



Bachelorarbeit

Krebsdiagnose: Zum Zusammenhang von Krankheitsverarbeitung (Coping) und posttraumatischem Wachstum (posttraumatic growth)

Danielle Zollinger

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: dipl. psych. FH Priska Garbely

Co-Referent: Dr. phil. Alfred Künzler

Zürich, Mai 2009

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Ziel und Fragestellung	1
1.2.	Abgrenzungen.....	2
1.3.	Aufbau der Arbeit	2
2.	Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1.	Coping	3
2.1.1.	Begriffsklärung	3
2.1.2.	Theoriemodelle zur Krankheitsverarbeitung	4
2.1.3.	Emotions- und Problemzentriertes Coping	5
2.1.4.	Krankheitsverarbeitung und Abwehr	6
2.1.5.	Die Effizienz von Bewältigung	6
2.1.6.	Adaptive und maladaptive Emotionsregulation	7
2.1.7.	Verschiedene Messmethoden zu Coping	7
2.1.8.	Emotionsregulation	8
2.1.9.	Soziodemographische Korrelate von Coping	9
2.2.	Posttraumatisches Wachstum.....	9
2.2.1.	Begriffsklärung	9
2.2.2.	Theoretische Konzeptualisierungen	10
2.2.3.	Abgrenzung gegenüber verwandten Konzepten	10
2.2.4.	Erfassung und Bereiche posttraumatischen Wachstums	11
2.2.5.	Der Prozess von posttraumatischem Wachstum	12
2.2.6.	Faktor Zeit und posttraumatisches Wachstum	13
2.2.7.	Soziodemographische Korrelate von posttraumatischem Wachstum	13
2.2.8.	Der Faktor Krankheitsstadium	14
2.2.9.	Posttraumatisches Wachstum bei Partnern	14
2.3.	Empirische Befunde zum Zusammenhang von Coping und Posttraumatischem Wachstum.....	15
2.3.1.	Fragestellung und Hypothesen	16
3.	Methode	17
3.1.	Datenerhebung.....	17

3.2.	Vorgehen	17
3.3.	Verwendete Variablen	18
3.3.1.	Krankheitsverarbeitung	18
3.3.2.	Posttraumatisches Wachstum (positive persönliche Veränderungen)	19
3.3.3.	Soziodemographische Daten	19
3.3.4.	Krankheitsstadium	19
3.4.	Statistische Auswertung	20
4.	Ergebnisse	21
4.1.	Beschreibung der Stichprobe Patienten	21
4.2.	Beschreibung der Stichprobe Partner	23
4.3.	Ausgangslage Krankheitsverarbeitung Patienten und Partner	24
4.4.	Ausgangslage posttraumatisches Wachstum Patienten und Partner	28
4.5.	Bivariate Korrelationen Patienten und Partner	30
4.6.	Multiple lineare Regression Patienten und Partner	32
5.	Diskussion	34
5.1.	Zusammenfassung Theorie	34
5.2.	Zusammenfassung Ergebnisse	36
5.3.	Beantwortung der Forschungsfragen	37
5.4.	Stärken und Schwächen dieser Studie	42
5.5.	Implikationen für die Praxis	44
6.	Abstract	46
7.	Literaturverzeichnis	47
8.	Abbildungsverzeichnis	53
9.	Tabellenverzeichnis	53
10.	Anhang	54
10.1.	Fragebogen zur Emotionsregulation (EMOREG)	54
10.2.	Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)	56

1. Einleitung

„Sweet are the uses of adversity, which, like the toad, ugly and venomous, wears yet a precious jewel in his head“ (William Shakespeare in „as you like it“).

Die philosophische Auffassung, wonach Leiden und Belastungen potenzielle Quellen von persönlichem Wachstum sein können, ist Hunderte von Jahren alt und wurde im 17. Jahrhundert bereits von William Shakespeare in seinem Theaterstück „As you like it“ verarbeitet. Eine Krebsdiagnose zu erhalten bedeutet für viele Betroffene einen existenziellen Lebenschnitt, der häufig einen neuen Lebensabschnitt markiert. Der Suche nach neuen Perspektiven kommt für die Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle zu.

Auch bei guter Prognose erfahren die meisten Betroffenen und deren Partner und Partnerinnen durch die Krebserkrankung ein hohes Mass an subjektiver Bedrohung und Verunsicherung. Den Partnern und Partnerinnen kommt dabei eine Doppelrolle zu, indem sie einerseits mitbetroffen und andererseits die meist wichtigste Unterstützungsperson sind. Die Krebsdiagnose kann jedoch auch Auslöser für unerwartete positive persönliche Veränderungen sein. Dieses Phänomen wird heute als „posttraumatisches Wachstum“ bezeichnet.

1.1. Ziel und Fragestellung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie mit dem Titel *Coping – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern* des psychologischen Institutes der Universität Bern zusammen mit der Krebsliga Aargau und dem Kantonsspital Aarau. Die Rahmenstudie wie auch diese Arbeit greifen die soziale Dimension von Krebs auf, indem die Partner und Partnerinnen der Betroffenen mituntersucht werden.

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit richtet sich auf die Frage, ob die Art und Weise, wie Menschen habituell mit ihren Gefühlen umgehen, Einfluss auf das Erfahren von posttraumatischem Wachstum hat. Es wird angenommen, dass die Art der Krankheitsbewältigung eine kritische Grösse für das Erfahren von posttraumatischem Wachstum darstellt. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auch den Einflussfaktoren Geschlecht, Alter und dem sozioökonomischen Status (Bildung und Einkommen) geschenkt. Zudem interessiert auch, ob das Krankheitsstadium, in dem sich die Patienten dieser Studie befinden, einen objektiven und wichtigen Faktor darstellt, wenn posttraumatisches Wachstum untersucht wird.

1.2. Abgrenzungen

Die Arbeit beschränkt sich auf die Erfassung des posttraumatischen Wachstums bei Betroffenen und deren Partner und Partnerinnen im Zusammenhang mit einer gestellten Krebsdiagnose. Dabei werden die Ergebnisse der Patientengruppe nicht mit denen der Partner und Partnerinnen verglichen, dies würde den Rahmen der Arbeit sprengen. Alle Arten von diagnostizierten Tumoren und Krankheitsstadien werden in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt. Als Basis für die Erfassung der Bewältigungsstrategien dient der Fragebogen zur Emotionsregulation (EMOREG), das posttraumatische Wachstum wird mit dem Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) erfasst. Andere Messinstrumente werden nicht berücksichtigt.

1.3. Aufbau der Arbeit

Im Kapitel 2 wird der aktuelle Stand der empirischen Forschung zum Untersuchungsgegenstand aufgezeigt. Zuerst wird das Konzept der Krankheitsbewältigung (Coping), in einem nächsten Abschnitt die Konzeptualisierung des posttraumatischen Wachstums vorgeschlagen. Empirische Befunde zum Zusammenhang der beiden Konzepte schliessen die Ausführungen dieses Kapitels ab.

Kapitel 3 dient der Darstellung der Methode. Es folgen Informationen zur Datenerhebung, dem methodischen Vorgehen, den verwendeten Variablen und Angaben zur statistischen Auswertung.

Im Kapitel 4 folgt die Darstellung der Ergebnisse. In einem ersten Schritt wird die Ausgangsstichprobe der Patienten und Patientinnen sowie deren Partner und Partnerinnen beschrieben. In einem zweiten Schritt wird der Zusammenhang zwischen den einzelnen Copingstrategien sowie dem posttraumatischen Wachstum mit den soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht für die Patienten- wie Partnergruppe deskriptiv dargestellt. Überlegungen zum Einfluss der Bewältigungsstrategien, soziodemographischen Variablen und Krankheitsstadium auf das posttraumatische Wachstum schliessen diesen Teil der Arbeit ab.

Beide Geschlechter werden sprachlich berücksichtigt, indem sowohl männliche wie weibliche Sprachformen verwendet werden, oder abwechselnd mal die weibliche und mal die männliche.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Coping

2.1.1. Begriffsklärung

Der englische Fachbegriff „Coping“ wird laut Weis (2002, S.5) in der Fachliteratur häufig mit den Begriffen „Krankheitsverarbeitung“, „Stressverarbeitung“ oder „Krankheitsbewältigung“ gleichgesetzt. Weitgehend synonym werden die Begriffe „Krankheitsbewältigung“ und „Krankheitsverarbeitung“ verwendet, wobei der Ausdruck „Bewältigung“ laut Weis bereits eine Konnotation einer erfolgreichen Verarbeitung besitzt und somit bereits eine Bewertung der Verarbeitungsreaktion beinhaltet.

Laut Fellenberg (2000, S. 31), die sich mit Krankheitsverarbeitung bei Krebserkrankung auseinandergesetzt hat, haben Verarbeitungsprozesse zum Ziel, die subjektive Bedeutung der bedrückenden Situationen zu verändern und dadurch unangenehme Gefühle, die durch die Erkrankung hervorgerufen wurden, zu kontrollieren. Verschiedene Bewältigungsreaktionen und -formen werden zusammengefasst und formen einen Bewältigungsstil, der als übergeordnete Einheit bezeichnet wird. Ein Bewältigungsstil ist eine zeitlich und transsituative stabile Form der Bewältigung, die typisch ist für eine Person.

Lazarus und Folkman (1984, S. 141) definieren Belastungsverarbeitung als „sich ständig verändernde kognitive und behaviorale Bemühungen, spezifische, externale und/oder internale Anforderungen zu handhaben, die so eingeschätzt werden, dass sie die Ressourcen einer Person beanspruchen oder überschreiten“. Die Dimension der emotionalen Verarbeitung ist in der Definition von Lazarus und Folkman nicht enthalten und wird von Heim (1988, S. 9) ergänzt:

„Krankheitsverarbeitung ist das Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit mehr psychisch (emotional, kognitiv) oder durch zielgerichtetes Verhalten und Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten“.

Nach Laux und Weber (1990, S. 564) hat die Bewältigung zum Ziel, das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Handlungsmöglichkeiten zu überwinden. Dabei werden auch Strategien miteinbezogen, die im Allgemeinen als nicht-effiziente Bewältigungsformen verstanden werden, wie zum Beispiel realitätsverzerrende Abwehrmechanismen.

2.1.2. Theoriemodelle zur Krankheitsverarbeitung

Trotz grosser Übereinstimmungen in einzelnen Teilaspekten der Krankheitsverarbeitung, ist es der wissenschaftlichen Forschung laut Weis (2002, S. 7) noch nicht gelungen, eine einheitliche Theorie zur Erklärung der Krankheitsverarbeitung zu finden. Unterschiedliche Forschungstraditionen prägen die heutigen Theoriemodelle.

Vier Entwicklungslinien haben in Anlehnung an Heim (1988, zit. nach Weis, 2002, S. 7) zur Modellentwicklung der Krankheitsverarbeitung in ihrem aktuellen wissenschaftlichen Verständnis beigetragen: (a) psychophysiologische orientierte Stresstheorie (Selye, 1956; Schulz & Schönflug, 1982), (b) Psychoanalyse, v. a. Ich-Psychologie und Theorie der Abwehr (Freud, 1959; Haan, 1977; Vaillant, 1977), (c) kognitiv-behaviorale Theorie des Verhaltens (Lazarus & Folkman, 1984) und (d) Soziologie und die Theorie der Person-Umwelt-Anpassung (French et al., 1974; Braukmann & Filipp, 1984).

Laut Weis (2002, S. 7) gehen die heutigen Definitionen der Krankheitsverarbeitung meist auf die transaktionale Theorie der Belastungsverarbeitung von Lazarus und Folkman (1984) zurück. Wesentlich an diesem Ansatz ist die Annahme, dass subjektive Bewertungsprozesse (appraisal) die Einschätzung der Belastung bestimmen und die Verarbeitung über Feedback-Prozesse zwischen dem Menschen und der Belastungssituation erfolgt und von daher gesteuert wird. Bei der primären Bewertung (primary appraisal) wird entschieden, ob eine Situation (z.B. chronische Erkrankung) im Hinblick auf die eigene Integrität als irrelevant, angenehm-positiv oder bedrohlich empfunden wird. Die sekundäre Bewertung (secondary appraisal) dient der Auswahl von Bewältigungsstrategien. Es werden die eigenen Ressourcen und Möglichkeiten im Hinblick auf eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der stressbezogenen Situation abgeschätzt (Krohne, 1996, S. 247).

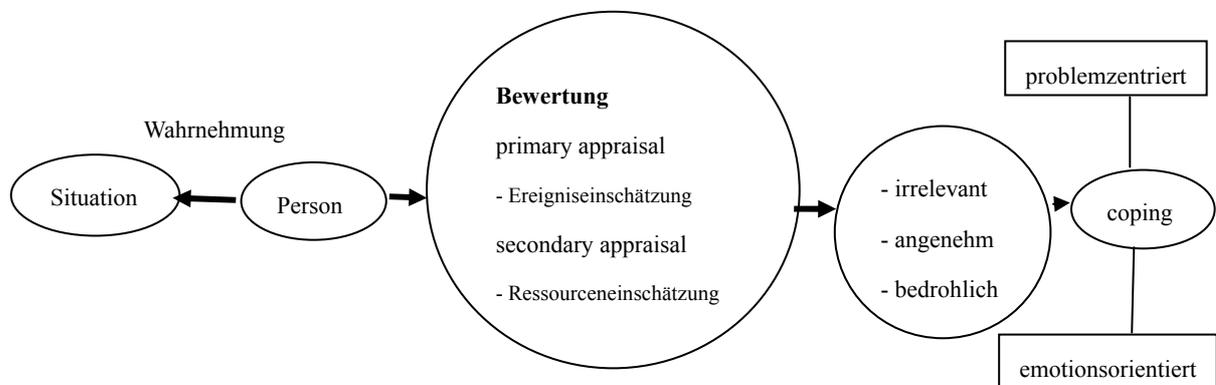


Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell in Anlehnung an Lazarus (1984)

Neuere Forschungsrichtungen konzentrieren sich vermehrt auf die Untersuchung von personalen Ressourcen oder protektiven Faktoren in ihrem Einfluss auf den Verarbeitungsprozess. Im Mittelpunkt steht bei allen Richtungen die Identifikation von Ressourcen des Menschen. Diese interessieren im Hinblick auf ihre protektive Wirkung im Sinne der Gesundheitsprävention wie auch in der Bewältigung von Krankheit oder anderen Krisen (Weis, 2002, S. 9). Für die Aufgabe des pathogenetischen zugunsten eines salutogenetischen Modells plädierte insbesondere Antonovsky (1987). Auch Folkman (1997, S. 1214) hat eine Erweiterung des transaktionalen Theoriemodells verfolgt, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf positive psychische Merkmale wie z.B. Spiritualität, positive Umdeutung der Belastungssituation, zielorientiertes, problemfokussiertes Coping gerichtet hat, mit dem Ziel, deren Bedeutung im Verarbeitungsprozess von belastenden Lebensereignissen zu untersuchen.

2.1.3. Emotions- und Problemzentriertes Coping

Nach Lazarus und Folkman (1993, S. 238) können Verarbeitungsprozesse problemzentriert oder emotionsorientiert sein. Nur die Interaktion von Merkmalen der Person, der Situation und der Umwelt kann eine Erklärung der individuellen Bewältigungsformen leisten. Problemfokussiertes Coping zielt auf eine Problemlösung und versucht die Stressquelle zu verändern (indem z. B. andere um konkreten Rat gefragt werden).

Das emotionsorientierte Coping hat zum Ziel, den situationsbezogenen emotionalen Stress zu reduzieren oder zu handhaben (darüber reden, aber auch Ablenkung, Vermeidung, Verleugnung). Obwohl die meisten Stressoren beide Copingformen hervorrufen können, scheint das problemfokussierte Coping öfter angewendet zu werden, wenn Personen das Gefühl haben, dass sie etwas Konstruktives gegen den Stressor tun können (Folkman & Lazarus, 1980, zit. nach Zeidner & Saklofske, 1996, S. 514). Die Unterscheidung zwischen problemfokussiertem und emotionsorientiertem Coping ist gemäss Scheier et al. (1986, zit. nach Carver et al., 1989, S. 269) wichtig, hat sich jedoch als zu vereinfacht herausgestellt. Seine Auswertungen der *Ways of Coping Skala* nach Lazarus zeigen in den meisten Fällen mehrere Formen von Coping als nur die beiden erwähnten.

Gemäss Cheng und Cheung (2005, S. 317) braucht es für die Anpassung an Umweltanforderungen verschiedene Strategien. Das kann emotionszentriertes oder problemfokussiertes Coping oder eine Kombination von beidem sein.

2.1.4. Krankheitsverarbeitung und Abwehr

Vor allem in den Anfängen der Copingforschung in den 1970er Jahren wurde versucht, das Konzept der Krankheitsverarbeitung dem der Abwehr gegenüberzustellen und streng voneinander abzugrenzen (Haan, 1977, zit. nach Weis, 2002, S. 11). In dieser Gegenüberstellung wurde die Abwehr sehr stark als pathologische und demzufolge als irrationale Form der Bewältigung betrachtet. Es folgte jedoch eine „Rehabilitierung“ der Abwehrmechanismen. Entgegen der früher verbreiteten negativen Bewertung von Abwehr betonen Gaus und Köhle (1990, zit. nach Faller, 1998, S. 37), dass Abwehr allgegenwärtig und innerhalb gewisser Grenzen unerlässlich sei. Verleugnung, d.h. unbewusstes Nicht-wahrhaben-Wollen der Krankheit oder ihrer Folgen, ist der am häufigsten beschriebene Abwehrmechanismus bei lebensbedrohlich Kranken. Während die Abwehr das Unbewusstbleiben von bedrohlichen Gefühlen und Phantasien zum Ziel hat, steht laut Faller (1998, S. 37) beim Coping die Realitätsbewältigung im Vordergrund. Coping sichert die Realitätsanpassung des Individuums und erfolgt meist bewusst. Betrachtet man die Informationsverarbeitung in beiden Konzepten, wird eine strikte Trennung gemäss den neueren Ansätzen als nicht sinnvoll angesehen.

2.1.5. Die Effizienz von Bewältigung

Effizienz von Bewältigung bezieht sich gemäss Laux und Weber (1990, S. 579) auf die Veränderung problematischer Situationen und die Regulation negativer emotionaler Befindlichkeit. Da Bewältigungsreaktionen durch situative und personenbezogene Faktoren beeinflusst werden ist die Frage nach der „Effizienz“ von Bewältigung gemäss Lazarus (1993, S. 237) wenig sinnvoll. Vielmehr stellt sich Effizienzbestimmung als ein

differentielles Problem dar. Es stellt sich die Frage, welche Formen der Bewältigung bei welchen Personen unter welchen Bedingungen hinsichtlich welchen Kriteriums als effizient (oder synonym adaptiv) beurteilt werden können.

Beutel (1988, S. 85) betont die zeitliche Perspektive für die Betrachtung der Adaptivität von Krankheitsverarbeitung. Kurzfristige Verarbeitungsstrategien können zu Beginn geeignet erscheinen, sind aber für mittel- oder langfristige Bewältigung unzweckmässig. Dies lässt sich gemäss Faller (1998, S. 38) am Beispiel der Verleugnung als Bewältigungsstrategie gut aufzeigen. Wenn eine krebskranke Person längere Zeit verleugnet, schwer krank zu sein, und dadurch notwendige medizinische Behandlungsmassnahmen verweigert. Die Chancen auf Heilung oder auf eine längere Überlebenszeit sind so deutlich verringert. Als kurzfristiger Gewinn der Verleugnung bezeichnet Faller die Abschirmung von ausgelösten inneren Ängsten. Die Schwierigkeit der zu bewältigenden Anforderung wird durch das Verleugnen reduziert.

2.1.6. Adaptive und maladaptive Emotionsregulation

Gemäss Filipp und Aymanns (1998) sind die verschiedenen Verarbeitungsstrategien nicht per definitionem adaptiv oder maladaptiv und können positive oder negative Effekte auf das Ziel der Anpassung haben. In der Copingforschung bezieht sich der Begriff „adaptiv“ laut Lazarus (1993, S. 237) auf die Effektivität des Copings im Hinblick auf die Verbesserung des Ergebnisses.

Wie schon die klassischen Psychoanalytiker, argumentieren viele Theoretiker, dass die Unterdrückung von Emotionen maladaptiv sei und zu einem verschlechterten psychologischen und physiologischem Wohlbefinden führe (Nolen-Hoeksema, 1993, S. 306). Es wird vermehrt bestätigt, dass exzessives Fokussiertsein auf negative emotionale Zustände maladaptiv ist. Menschen, die ihren Fokus gegen innen richten und sich chronisch mit ihren negativen emotionalen Zuständen befassen, tendieren laut Nolen-Hoeksema dazu, länger anhaltende und schwerere Depressionsphasen durchzumachen, als Menschen, die ihre Konzentration auf andere Dinge als sich selber richten können.

2.1.7. Verschiedene Messmethoden zu Coping

In den Anfängen der Copingforschung war gemäss Rüger et al. (1990, zit. nach Weis, 2002, S. 18) die „Ways of Coping Check List“ (WCCL) von Lazarus und Folkman (1984) eines der wenigen Instrumente, das nicht auf krankheitsspezifische Belastungen ausgerichtet war. Laut Weis (2002, S. 18) ist bei der Erfassung der Krankheitsverarbeitung in besonderem Masse zu berücksichtigen, dass es sich bei der Verarbeitung um Bewertungsprozesse handelt, und durch die Fragebögen oft kognitive Einstellungen

der Betroffenen gemessen werden. Im Zentrum der Bewältigungsforschung steht gemäss Beutel und Muthny (1988) immer die Frage, in welcher Form (Fragebogen oder Interview, qualitative vs. quantitative, Querschnitt vs. Längsschnittuntersuchung) die Krankheitsverarbeitung reliabel und valide erfasst werden kann.

2.1.8. Emotionsregulation

Unter den Begriff Emotionsregulation fasst Znoj (2008, S. 23) teils unbewusste, teils bewusste Verhaltensweisen und Strategien, welche das Erleben von Emotionen verändern. Aversive emotionale Zustände werden dabei auch erträglicher gestaltet.

Im Fragebogen zur Erfassung von emotionaler Regulation (EMOREG) wird gemäss Znoj (2008, S. 175) zwischen adaptiven und maladaptiven Regulationen des emotionalen Erlebens unterschieden.

Die erste adaptive Regulation *Autokontrolle* umfasst eine gelungene Regulierung von starken Emotionen. Gelungene Emotionsregulierung zeichnet sich dadurch aus, dass Personen auch in hochemotionalen Situationen ruhig bleiben und die eigenen Gefühle kontrollieren können.

Die zweite adaptive Regulation hat Znoj zum Begriff *Ausdruck* zusammengefasst. Über verbales Mitteilen wird die Befindlichkeit reguliert. Laux und Weber (1990) gestehen dem Mitteilen negativer Gefühle eine erfüllende Funktion zu. Andere Menschen werden so direkt über die bestehende Belastung informiert. Für die betroffene Person wirkt das Sich-Aussprechen befreiend und entlastend. Auch Pennebaker (1993, zit. nach Znoj, 2008, S. 176) beschreibt den sprachlichen Ausdruck der entsprechenden Emotionen, dem kreativen Umgang und die aktive Auseinandersetzung mit den Inhalten des Ereignisses als heilsam.

Maladaptive Strategien werden gemäss Znoj (2008, S. 182- 184) angewendet, wenn die automatische Regulation nicht funktioniert; die als unangenehm erlebten Gefühle werden auf strikte Weise reguliert.

Die erste maladaptive Regulation im EMOREG-Fragebogen ist das *Vermeiden*. Diese zeigt sich durch Ablenkung, gedankliche Vermeidung und sozialen Rückzug. Oft sind Personen, die vermeiden, aber auch hyperaktiv, ruhelos und suchen dauernd nach Beschäftigungsmöglichkeiten. Gemäss Schulz (2005, S. 230-231) wird mit dieser Strategie versucht, die reale Konfrontation mit einer Stressquelle hinauszuschieben, da man glaubt, dem Stressor nicht oder nur knapp gewachsen zu sein. Vermeidung wird häufig als maladaptive Bewältigungsstrategie betrachtet, wobei man jedoch beachten sollte, dass Vermeidung bewusst gewollt und mit positiven Auswirkungen verbunden

sein kann. Die zweite maladaptive Regulation *Verzerren* ist laut Znoj (2008, S. 184) geprägt durch kognitive Verzerrungen, missinterpretierte Situationen und eine Hyper-sensitivität für Ereignisse, die potenziell starke Emotionen auslösen.

2.1.9. Soziodemographische Korrelate von Coping

Auf Geschlechterunterschiede in den Bewältigungsstrategien trifft man in vielen Studien. Männer tendieren dazu, Gefühle zu kontrollieren und zurückzuhalten und instrumentelles Coping sowie direkte Handlung zu bevorzugen. Frauen hingegen tendieren dazu, ihre Gefühle auszudrücken und in schwierigen Situationen Hilfe bei vertrauten Personen zu suchen (Thoits, 1995; Weidner et al., 1993, zit. nach Faller, 1998, S. 44).

Der Einfluss des Lebensalters auf Verarbeitungsprozesse wird gemäss Beutel (1988) unter zwei gegensätzlichen Hypothesen beschrieben: Nach der Regressionshypothese von McCrae (1982, zit. nach Beutel, 1988, S. 65) wenden sich ältere Personen stärker passiven und rigiden Verarbeitungsstrategien wie Rückzug, Depression und Verleugnung, zu. Nach der Wachstums- oder Reifungshypothese von Vaillant (1977, zit. nach Beutel, 1988, S. 66) werden ältere Leute effektiver in ihren Verarbeitungsversuchen und wenden vermehrt „reife“ Strategien wie Altruismus, Humor und Sublimierung an.

Über die Auswirkungen sozioökonomischer Statusvariablen (Ausbildung, Einkommen, beruflicher Status, etc.) auf Verarbeitungsprozesse ist laut Beutel (1988, S. 67) bisher wenig bekannt. Westbrook (1979, zit. nach Beutel, 1988, S. 67) postulierte, dass ein geringer sozioökonomischer Status stärker mit Vermeidungsreaktionen zusammenhänge als ein hoher sozioökonomischer Status.

2.2. Posttraumatisches Wachstum

2.2.1. Begriffsklärung

Unter dem Begriff „posttraumatisches Wachstum“ (engl. posttraumatic growth) verstehen Tedeschi und Calhoun (2004, S. 1) positive psychologische Veränderungen, die ein Mensch als Folge des Bewältigungsprozesses von extrem belastenden und traumatischen Erlebnissen erfahren kann. Andere in der Literatur vorkommende Termini für posttraumatisches Wachstum sind gemäss Zöllner, Calhoun und Tedeschi (2006, S. 37) Finding Benefits (Affleck & Tennen, 1996), Stress-related Growth (Park et al., 1996), Thriving (O’Leary et al., 1995) oder Transformational Coping (Aldwin, 1994).

2.2.2. Theoretische Konzeptualisierungen

Posttraumatisches Wachstum wird von manchen Autoren in erster Linie als *Ergebnis des Bewältigungsprozesses* nach einem Trauma angesehen (Tedeschi & Calhoun, 2004, S. 1) Andere Konzeptualisierungen betrachten posttraumatisches Wachstum als eine *eigene Bewältigungsstrategie* (Affleck & Tennen, 1996, S. 3). Diese Strategien werden meist als adaptiv betrachtet, z. B. als eine Möglichkeit der Sinn- und Bedeutungsfindung (Davis et al., 1998). In ihrer Studie schreiben Davis et al. (1998, S. 564), dass Menschen im Verlust Bedeutung finden, indem sie ihn auf Gottes Wille zurückführen oder sich selber einen Teil der Verantwortung für das Geschehene übertragen. Auch das Verhalten oder der „Lifestyle“ (rauchen während vieler Jahre und darauf folgender Lungenkrebs) kann für den Tod verantwortlich gemacht werden und so für die Hinterbliebenen Sinn machen.

Taylor (1983, S. 1171) konzipiert posttraumatisches Wachstum als eine Form von selbstwerterhaltender positiver Illusion. Die Prozesse der Bedeutungszuschreibung, der Wahrnehmung von Kontrolle und der Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes gründen weitgehend auf Illusionen. Diese zeigen sich z. B. in unangemessenem Optimismus, in überhöhten Einschätzungen der eigenen Kontrolle sowie in einem unrealistisch positiven Selbstkonzept (Taylor & Armor, 1996, zit. nach Filipp & Aymanns, 2003, S. 305).

Gemäss Maercker und Zöllner (2004, S. 43-44) ist die Konzeption des selbstberichteten posttraumatischen Wachstums ein Janus-Gesicht, mit zwei Komponenten: eine selbsttranszendierende, konstruktive Seite und eine selbsttäuschende, illusorische Seite. Die erste Komponente hat einen direkten Zusammenhang mit positiver psychologischer Anpassung. Die zweite Komponente, die illusorische, selbsttäuschende Seite, bringen die Betroffenen jedoch mit Verleugnung, Wunschdenken oder Selbstberuhigung in Verbindung. Wenn die illusorische Seite von posttraumatischem Wachstum, im Sinne von „Sichversichern positiver Traumafolgen“ mit der Vermeidung der Auseinandersetzung mit negativen, belastenden Traumafolgen verbunden ist, kann die Bewältigungsstrategie des „Sichversicherns an positive Folgen“ zur kognitiven Vermeidungsstrategie werden.

2.2.3. Abgrenzung gegenüber verwandten Konzepten

Salutogenetische Konzepte wie Resilience (Rutter, 1987), Hardiness (Kobasa, 1979), Optimismus (Scheier & Carver, 1992) und Kohärenzsinn (Antonovsky, 1993) unterscheiden sich gemäss Zöllner, Calhoun und Tedeschi (2006, S. 39) vom Konzept des posttraumatischen Wachstums. Die salutogenetischen Konzepte beschreiben

bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die dem Individuum bei der Bewältigung eines traumatischen Ereignisses helfen und es vor seelischen Verletzungen schützen. Posttraumatisches Wachstum bezieht sich im Unterschied zu salutogenetischen Konzepten auf „transformative bzw. qualitative Veränderungen, die den prätraumatischen Entwicklungslevel psychischer Funktionsfähigkeit und des Bewusstseins einer Person übersteigen“. Betroffene erfahren positive Veränderungen im Erleben sowie in kognitiven und emotionalen Fähigkeiten.

2.2.4. Erfassung und Bereiche posttraumatischen Wachstums

Drei psychometrisch validierte Verfahren werden laut Tedeschi und Calhoun (2006, S. 51-52) in der Forschung heute häufig verwendet: die Stress-Related-Growth Scale (SRGS) nach Park, Cohen und Murch (1996), das Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) von Tedeschi und Calhoun (1996) und die Benefit Finding Scale (BFS) nach Tomich und Helgeson (2004). Bei allen drei Verfahren sind die Personen angehalten, retrospektiv auf einer Likert-Skala allfällige Veränderungen anzugeben.

Laut Zöllner, Calhoun und Tedeschi (2006, S. 38) kann sich posttraumatisches Wachstum auf unterschiedlichen Ebenen zeigen und beim Individuum unterschiedliche Lebensbereiche beeinflussen. Tedeschi und Calhoun (1996, S. 456-458) identifizierten in der Entwicklung des Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) fünf Bereiche, in denen persönliches Wachstum auftreten kann.

Eine oft beschriebene „Reifungserfahrung“ von Menschen, die mit schwer wiegenden Schwierigkeiten konfrontiert waren, ist **(1.) eine intensivierete Wertschätzung des Lebens**. Die wesentlichen, oft auch „kleinen Dinge im Leben“ werden wichtiger und bedeutsamer, der Alltag intensiver erlebt. In der **(2.) Intensivierung persönlicher Beziehungen** kann sich posttraumatisches Wachstum auch zeigen. Betroffene fühlen sich bestimmten Menschen gegenüber näher und die Beziehung wird bedeutsamer und gestärkt. Es kommt auch vor, dass sich Betroffene in schwierigen Situationen von spezifischen Personen distanzieren, die sich nicht als „die eigentlichen guten Freunde“ erweisen. Oft scheint das Bewusstsein für andere Not leidende Menschen verstärkt und geht dann mit einem allgemein erhöhten Mitgefühl für andere einher.

Betroffene berichten häufig von einer grösseren inneren Klarheit darüber, dass die vermeintliche Gesundheit und Sicherheit im Leben jederzeit angreifbar sei und erfahren so ein erhöhtes Bewusstsein der eigenen Vulnerabilität. Scheinbar paradoxerweise erfahren sie aber auch ein gewachsenes Gefühl an innerer Stärke. Ein weiterer Bereich persönlicher Reifung ist somit das **(3.) Bewusstwerden der eigenen Stärke**.

Persönliches Wachstum in diesem Bereich wird deswegen meist als Kombination aus einem gewachsenen Bewusstsein darüber, dass schwerwiegende Ereignisse jederzeit eintreten können, und der Gewissheit, stark genug zu sein, diese meistern zu können, erlebt.

Posttraumatisches Wachstum kann sich auch in der **(4.) *Entdeckung neuer Möglichkeiten*** im Leben manifestieren. Oft berichten Betroffene von Beispielen wie einem vermehrten sozialen Engagement oder dass sie einen neuen Beruf ergriffen haben. Ein letzter Wachstumsbereich stellt das **(5.) *intensivierte spirituelle Bewusstsein*** dar, von welchem auch Menschen berichten, die zuvor atheistische Weltansichten vertraten. Jeder dieser genannten fünf Bereiche scheint gegensätzliche Merkmale in sich zu vereinen.

2.2.5. Der Prozess von posttraumatischem Wachstum

Damit ein persönlicher Wachstumsprozess ausgelöst wird, muss das Individuum ein so schwer wiegendes Ereignis erleben, dass seine bisherigen Grundannahmen über das Leben erschüttert werden. Die vorhandenen Bewältigungskompetenzen genügen nicht, um die Erschütterung abzuschwächen (Zöllner, Calhoun & Tedeschi, 2006, S. 39). Der Beginn eines solchen Prozesses setzt voraus, dass die „Welt“ der Betroffenen zumindest teilweise als „gebrochen“ wahrgenommen wird (Janoff-Bulmann, 1992, S. 51-52).

Diese als selbstverständlich betrachtete Welt wird hinterfragt, wenn eine persönliche Katastrophe ihre Gültigkeit anzweifelt. Dass die Annahme der Kontrolle so leicht angreifbar ist, löst bei den meisten Menschen nach einem traumatischen Ereignis Schock und Bestürzung aus. Der Betroffene wird aufgefordert, seine bisherigen Grundüberzeugungen an eine neue Realität anzupassen. Somit wird der Weg für persönliche Veränderung vorgelegt (Janoff-Bulman & Schwartzberg, 1991 zit. nach Affleck & Tennen, 1996, S. 7).

Die Erschütterung der Grundannahmen ruft nach Zöllner, Calhoun und Tedeschi (2006, S. 39), psychisches und emotionales Leid hervor. Dadurch wird aber ein kognitiv-emotionaler Verarbeitungsprozess in Gang gesetzt. Am Anfang dieses Verarbeitungsprozesses steht ein häufiges, automatisches Ruminieren über das Erlebte und dessen Folgen. Das Konzept der Rumination von Martin und Tesser (1989, S. 306) beschreibt das Ruminieren als konstruktiven Prozess, der Denkaktivitäten wie Situationsanalyse, Sinnfindung und kognitive Reinterpretation beinhaltet. Sobald unerreichbare Ziele verabschiedet und emotionaler Distress reduziert wird, kann sich ein absichtliches Reflektieren über das Trauma und dessen Bedeutung einstellen.

Cordova et al. (2001, S. 180) können in ihrer Studie ebenfalls einen Zusammenhang zwischen kognitivem Verarbeitungsprozess und persönlichem Wachstum aufzeigen: Wenn Freunde und Familie von Betroffenen nicht über die Krankheit sprechen wollen wird der kognitive Verarbeitungsprozess bei der betroffenen Person gehemmt und sie erfährt weniger posttraumatisches Wachstum. Weitere Persönlichkeitseigenschaften, die posttraumatisches Wachstum erleichtern können, sind nach Tedeschi und Calhoun (2004, S. 8) Eigenschaften wie Extraversion und Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen.

2.2.6. Faktor Zeit und posttraumatisches Wachstum

Gemäss Tedeschi und Calhoun (2004, S. 8) geschieht die kognitive Verarbeitung zu Beginn der Reaktion auf das Trauma wahrscheinlich unbewusst. Ein negatives, intrusives Nachsinnen über die Situation wird häufig beobachtet. Wenn dieser Prozess effektiv ist, kann er zu einer Loslösung von bisherigen Zielen und Annahmen führen, da es klar wird, dass die Art das Leben zu führen nicht mehr den sich radikal veränderten Lebensumständen entspricht. Der Faktor Zeit bzw. der Zeitpunkt, wann posttraumatisches Wachstum gemessen wird, ist laut Tomich und Helgeson (2004, S. 22) wichtig und vielleicht eine Erklärung für die widersprüchlichen Ergebnisse der Konsequenzen des posttraumatischen Wachstums. So können Menschen, die zu einem frühen Zeitpunkt ihres Bewältigungsprozesses zu Veränderungen/Wachstum befragt werden, dies mit Faktoren wie zum Beispiel Leid und Verzweiflung in Verbindung bringen. Erfahrungen zu posttraumatischem Wachstum die dagegen im späteren Verarbeitungsprozess berichtet werden, reflektieren wahrscheinlich häufiger substanzielle Veränderungen, welche die Lebensqualität positiv beeinflussen. Die erste Längsschnittuntersuchung zu posttraumatischem Wachstum nach einer Krebsdiagnose, die Betroffene und Partner miteinbezog, stammt von Manne et al. (2004, S. 449). Am häufigsten wurde posttraumatisches Wachstum bei Betroffenen und Partnern 1.5 Jahre nach der Diagnose festgestellt.

2.2.7. Soziodemographische Korrelate von posttraumatischem Wachstum

Bisherige Krebsstudien konnten gemäss Stanton, Bower und Low (2006, S. 156-57) weder in Quer- noch in Längsschnittstudien geschlechtsspezifische Unterschiede im Erfahren von posttraumatischem Wachstum belegen.

Von den Studien, die den Zusammenhang zwischen Alter und posttraumatischem Wachstum untersuchten, fanden die meisten entweder keine signifikanten Ergebnisse oder negative Zusammenhänge, im Sinne dass jüngere Menschen mit einer Krebsdiagnose häufiger über positive persönliche Veränderungen berichteten (Stanton, Bower

& Low, 2006, S. 156). Manne et al. (2004, S. 447) schliessen aus ihrer Studie, die an Brustkrebs erkrankte Frauen untersuchte, dass jüngere Frauen höhere Werte im PTGI aufwiesen als ältere. Während Studien mit verschiedenen Krebsdiagnosen keine signifikanten Resultate zum Zusammenhang von sozioökonomischem Status (Bildung und Einkommen) und Wachstum aufwiesen, wurden in den Studien zu Brustkrebs dieser Zusammenhang festgestellt. Signifikante Ergebnisse wurden dabei bei Frauen festgestellt, bei denen die Behandlung bereits abgeschlossen war (Stanton, Bower & Low, 2006, S. 150-156)

2.2.8. Der Faktor Krankheitsstadium

Die Einteilung von Tumoren wird gemäss Buser (2006, S. 28) in fünf Stadien unterteilt: (0) Präinvasives Karzinom; (I) Frühe lokale Invasion, keine Metastasen; (II) begrenzte lokale Tumorausbreitung mit minimalem Lymphknotenbefall; (III) ausgedehnter lokaler Tumorbefall, ausgeprägter Lymphknotenbefall; (IV) extensive Ausbreitung des Tumorbefalls und starker Befall der Lymphknoten, oder jeder Befund mit Fernmetastasen ohne Berücksichtigung der lokalen Tumorausbreitung.

Lechner et al. (2003, S. 491-493) untersuchten in ihrer Studie 83 Frauen und Männer mit verschiedenen Krebsdiagnosen in unterschiedlichen Krankheitsstadien und gingen der Frage nach, wie stark eine wahrgenommene Lebensbedrohung durch Krebs die kognitiven Schemas erschüttert. Für die Krankheitsstadien 0 und I, wie auch für die Stufe IV wurden tiefere Werte im posttraumatischen Wachstum erwartet. Wie vermutet, zeigten die Ergebnisse, dass Bedeutungs- und Sinngebung der Krebserkrankung am häufigsten auftritt bei Menschen, die ihre Krebserkrankung als mittelgradig bedrohlich wahrnehmen und deren Prognose eher ungewiss ist (Stufe II und III).

In eine ähnliche Richtung argumentieren Tomich und Helgeson (2004, S. 22). In ihrer Studie untersuchten sie 364 Frauen mit Brustkrebs (Krankheitsstadium I, II und III) und gingen der Frage nach, welchen Einfluss krankheitsbezogene Variablen auf posttraumatisches Wachstum haben. Es zeigte sich, dass Frauen mit fortgeschrittenem Krankheitsstadium (II und III) am häufigsten posttraumatisches Wachstum erfahren, aber auch vermehrt negative Affekte und verschlechterte kognitive Funktionen aufweisen.

2.2.9. Posttraumatisches Wachstum bei Partnern

Znoj (2008, S. 302-308) untersuchte in seiner Studie die psychische Belastung und das posttraumatische Wachstum bei Angehörigen von Betroffenen mit einer Querschnittslähmung. Sind genügend Ressourcen, im Sinne von bewältigbaren Anforderungen

vorhanden, setzt das Erleben von Stressreaktionen einen positiven Entwicklungsprozess in Gang. Dafür dürfen die Angehörigen jedoch nicht durch konstante Betreuungsaufgaben chronisch belastet werden, sondern brauchen genügend Zeit für sich selber. Ist dies nicht gegeben, können die Stresssymptome eine pathologische Entwicklung in Gang bringen.

In einer Studie von Weiss (2004, S. 260) berichteten 88 % der Ehemänner von positiven Veränderungen wie z. B. intensivierten persönlichen Beziehungen und einer grösseren Wertschätzung des Lebens, nachdem ihre Frau mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert worden war. Diese Befunde sind nicht erstaunlich, wie Northouse (1995, zit. nach Weiss, 2004, S. 260) in derselben Studie festhält. Die Ehemänner berichten von einer oft vergleichbar hohen Belastung durch die Erkrankung der Frau. Sie zeigen ebenfalls psychosomatische Beschwerden, Angst und Depressionen. Es ist das Leiden, die existenzielle Krise, welche den Weg zum posttraumatischen Wachstum ebnet.

Soziale Unterstützung zeitigt aber nicht immer nur positive Effekte. Coyne et al. (1990, zit. nach Weiss, 2004, S. 261) postulieren, dass der Faktor „Partnerbeziehung“ für die Erfahrung von posttraumatischem Wachstum nicht eindeutig ist: Eine Beziehung kann auch als belastend erfahren werden. Wie Studien an Herzinfarkt- und an Krebspatienten nahelegen, können Austauschprozesse auch unerwünschte Nebenwirkungen zeigen. Der Empfänger wird vielleicht in seinem Selbstwertgefühl beeinträchtigt und es kann sich eine Abhängigkeit herausbilden.

2.3. Empirische Befunde zum Zusammenhang von Coping und Posttraumatischem Wachstum

In seiner Beschreibung des transformativen Copings postuliert Aldwin (1994, zit. nach Tedeschi & Calhoun, 2004, S. 9), dass individuelle Unterschiede in der Bewältigungsfähigkeit massgebend sind, dass Menschen entweder maladaptive oder adaptive Bewältigungsstrategien anwenden. Tedeschi und Calhoun (2004, S. 12) postulieren, früher Erfolg im Bewältigungsprozess sei wegbereitend für späteres posttraumatisches Wachstum. Sie betrachten den kognitiven Anteil im Verarbeitungsprozess als zentrales Element für posttraumatisches Wachstum. Manne et al. (2004, S. 452-453) beschreiben zwei kognitive Prozesse, die posttraumatisches Wachstum erleichtern; (1) keine Unterdrückung von intrusiven Erinnerungen und (2) die Suche nach Sinn- und Bedeutung. Maercker (1998, zit. nach Maercker & Langner, 2001) hat ein Modell postuliert, in dem die persönliche Reifung nach Traumatisierung durch eine kognitive Neubewertung sowie die Tendenz zur Selbstberuhigung (im Sinne einer *protektiven Illusion*) erklärt wird. Beide Komponenten sind Unterformen des problem- bzw. emotionszentrierten Copings.

In der Angehörigenstudie von Znoj (2008, S. 316) belegen die Ergebnisse zum persönlichen Wachstum und den vier Formen der Emotionsregulation (Autokontrolle, Ausdruck, Vermeiden und Verzerren) einen deutlichen Zusammenhang. Adaptive Bewältigungsstrategien gehen mit einer positiven Entwicklung und maladaptive Formen der Emotionsregulation mit einer „pathologischen“ Entwicklung einher. Wenn die Angehörigen Hauptbetreuungspersonen sind und ihnen wenig Ressourcen zur Verfügung stehen, wird die pathologische Entwicklung begünstigt.

2.3.1. Fragestellung und Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, welchen Einfluss ein Copingstil auf das Erfahren von persönlichen Veränderungen nach einer Krebsdiagnose hat. Untersucht werden dabei zwei adaptive und zwei maladaptive Bewältigungsstrategien. In die Untersuchung werden zudem wichtige Einflussgrößen wie Geschlecht, Alter, Einkommen und erreichtes Bildungsniveau einbezogen, sowie das Krankheitsstadium, welches ein objektiver Faktor darstellt, wenn posttraumatisches Wachstum untersucht wird. In einer zweiten Untersuchung werden dieselben Überlegungen und Untersuchungen auch für die Partner und Partnerinnen gemacht.

Aufgrund der Ergebnisse aus der Literatur wurde für diese Studie somit folgende weiterführenden Hypothesen aufgestellt:

1. Adaptive Bewältigungsstrategien begünstigen posttraumatisches Wachstum bei Patienten und Patientinnen (Hypothese 1a), während maladaptive Strategien einen negativen Zusammenhang aufweisen (Hypothese 1b).
2. Partner und Partnerinnen mit adaptiven Regulationsstrategien erfahren posttraumatisches Wachstum (Hypothese 2a).
3. Soziodemographische Variablen wie Geschlecht und Alter beeinflussen das Erfahren von Wachstum. Frauen wachsen häufiger nach einer Krebsdiagnose, da sie eher adaptive Bewältigungsstrategien haben (Hypothese 3a). Jüngere Menschen erfahren eher posttraumatisches Wachstum, da sie der Wachstumserfahrung tendenziell offener gegenüberstehen als ältere (Hypothese 3b). Der sozioökonomische Status, der Bildung und Einkommen umfasst, hat keinen Einfluss auf das Erfahren von Wachstum (Hypothese 3c).
4. Auch bei den Partnern und Partnerinnen von Betroffenen beeinflussen soziodemographische Variablen wie Alter (Hypothese 4a) und Geschlecht (Hypothese 4b) im gleichen Sinne das Erfahren von Wachstum. Das Bildungsniveau hat keinen Einfluss auf das Wachstum (Hypothese 4c).

5. Betroffene die sich in den Krankheitsstadien II und III befinden, erfahren häufiger positive persönliche Veränderungen als solche in den Stadien I und IV (Hypothese 5a).

3. Methode

3.1. Datenerhebung

Der vorliegenden Arbeit liegen Daten aus der Rahmenstudie „COPING – Psychische Bewältigung einer Krebserkrankung bei Betroffenen und ihren Partnern“ vor. Diese wissenschaftliche Studie wurde vom Institut für Psychologie der Universität Bern, in Zusammenarbeit mit der Krebsliga Schweiz, der Krebsliga Aargau und dem Kantonsspital Aarau, erstellt.

Die Längsschnittstudie startete im November 2004. Im Verlauf eines Jahres wurden alle im Kantonsspital Aarau neu diagnostizierten Tumorpatienten ab 18 Jahren und deren Partner um Teilnahme gebeten. Die Partner sollten vorher mindestens 6 Monate mit den Betroffenen zusammengewohnt haben. Ausschlusskriterium waren neurologische Beeinträchtigungen und ungenügende Deutschkenntnisse von Betroffenen sowie Partnern. Eingesetzt wurden mehrheitlich international verwendete Fragebögen, wo immer möglich wurde die Kurzfassung gewählt. Die Befragung wurde mit aktuellen medizinischen Daten zur Krankheit, Medikation und Nebenwirkungen ergänzt. Es wurden drei Messzeitpunkte festgesetzt; kurz nach Diagnosestellung (t1), nach 6 Monaten (t2) und nach 12 Monaten (t3).

3.2. Vorgehen

In der vorliegenden Untersuchung geht es um den Einfluss zweier adaptiver wie zweier maladaptiver Copingstrategien auf posttraumatisches Wachstum unter Miteinbezug von soziodemographischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildungsniveau und der krankheitsbezogenen Variable Krankheitsstadium. Im Rahmen der ersten Befragung (t1), kurz nach Diagnosestellung, wurden bei Patienten sowie deren Partnern die Werte der Krankheitsverarbeitung anhand des Fragebogens zur Emotionsregulation (EMOREG) bestimmt. Gleichzeitig wurden auch die soziodemographischen Daten und das Krankheitsstadium erfasst. In einem ersten Schritt wird bei den Patienten wie bei den Partnern der Zusammenhang zwischen den einzelnen Copingstrategien und den soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht kreuztabellarisch dargestellt. Beim Messpunkt (t3), 12 Monate nach Diagnosestellung, wurden positive persönliche Veränderungen anhand des Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) bei den Betroffenen

und Partnern erfragt. Dieser Zeitpunkt wurde in der theoriegeleiteten Annahme, dass substanzielle Veränderungen des Lebens erst oder am häufigsten 1.5 Jahre nach Diagnosestellung festgestellt wurden, gewählt. In einem zweiten Schritt wird somit der Zusammenhang des Wachstums mit den Variablen Alter und Geschlecht aufgezeigt. In die weiterführende Untersuchung werden Daten zum Einkommen, Bildungsniveau und Krankheitsstadium miteinbezogen, um deren Einfluss auf die persönlichen Veränderungen zu erkennen.

3.3. Verwendete Variablen

Im folgenden Abschnitt werden die ausgewählten Variablen vorgestellt. Die Krankheitsverarbeitung wird anhand der Werte des Fragebogens zur Emotionsregulation (EMOREG) gemessen, dabei stammen die Daten dazu aus der ersten Erhebung (t1), die spätestens 8 Wochen nach Diagnosestellung stattgefunden hat. Die persönlichen Veränderungen sollen mit dem Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) operationalisiert werden. Hierbei kommen Daten aus der dritten Erhebung (t3), ein Jahr nach Diagnosestellung zur Anwendung. Eine detaillierte Darstellung der Fragen und Antwortmöglichkeiten ist im Anhang 10.1 und 10.2 zu finden.

3.3.1. Krankheitsverarbeitung

Die Erfassung der Bewältigungsstrategien wurde anhand des Fragebogens zur Emotionsregulation (EMOREG) ermittelt. Im EMOREG sind 26 Aussagen einzuschätzen. Alle Items werden mit der folgenden Einleitung eingeführt: „Wir wissen aus Gesprächen mit Patientinnen / Patienten, dass im Umgang mit Krebs sehr verschiedene Gefühle, Gedanken und Handlungen auftreten. Bitte kreuzen Sie an, was Sie **in den letzten 7 Tagen** normalerweise taten und wie Sie sich fühlten.“ Die Einschätzung erfolgt auf einer sechsstufigen Skala. Die Ankerpunkte sind: 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 6 = „stimmt genau“. Eine Aussage wie „bin mir meiner Stärken und Schwächen bewusst und fühle mich in den meisten Situationen kompetent“ ist der adaptiven Strategie Autokontrolle zugeordnet. Die zweite adaptive Bewältigungsstrategie *Ausdruck* beinhaltet das Ausdrücken von Emotionen mit Items wie „spreche ich ausführlich über emotional wichtige Themen“. Der erste maladaptive Faktor *Vermeiden* drückt eine misslungene internale Kontrolle aus und beinhaltet eine Aussage wie: „lenke ich mich nach Möglichkeit ab, um schmerzhaft Gefühle zu vermeiden“. Im zweiten maladaptiven Faktor *Verzerren* zeigen sich defensive Strukturen, die gebildet werden, wenn Regulationsbemühungen des ersten maladaptiven Faktors nicht ausreichen, um die emotionale Balance wiederherzustellen. Ein Item wie „nehme ich Dinge

falsch und verzerrt wahr oder verstehe, was andere meinen, nicht richtig“ ist diesem Faktor zugeordnet.

In der vorliegenden Arbeit wurde für die deskriptive Darstellung der Bewältigungsstrategien je eine neue Variable gebildet mit den Zustimmungskategorien „schwach“, „mittel“ und „stark“.

3.3.2. Posttraumatisches Wachstum (positive persönliche Veränderungen)

Zur Erfassung des posttraumatischen Wachstums wurde das Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) verwendet. Das PTGI wurde als Fragebogen mit 21 Items publiziert und ist durch einen Gesamtwert sowie fünf Subskalen auszuwerten. Folgende Einleitung führte die Items ein: „Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, ob sich aufgrund der Erkrankung bestimmte Dinge in Ihrem Leben verändert haben.“ Die Einschätzung erfolgt auf einer sechsstufigen Skala, wobei die Ankerpunkte: 1 = „gar nicht“ bis 6 = „sehr stark“ sind. Die Items sind in fünf Subskalen einzuteilen. Der Fragebogen erfasst mit seinen 21 Items verschiedene Dimensionen des Reifungskonstruktes, höchst mögliche Punktzahl beträgt 126.

Um in der vorliegenden Arbeit Häufigkeitsverteilungen von Alters- und Geschlechtsgruppen vergleichen zu können, wurden die Werte des posttraumatischen Wachstums kategorisiert. Die drei gebildeten Variablen „niedriges Wachstum“, „mittleres Wachstum“ und „hohes Wachstum“ sollen auch zur besseren Übersicht dienen.

3.3.3. Soziodemographische Daten

Variablen, die in der Untersuchung berücksichtigt wurden, beinhalten Angaben zu Geschlecht, Alter, Einkommen der Familie (4 Ausprägungen) und Ausbildungsniveau (6 Ausprägungen). Um Häufigkeitsverteilungen der Copingstrategien und Dimensionen des posttraumatischen Wachstums in Zusammenhang mit dem Alter darzustellen, wurden für die Betroffenen und deren Partner je vier Alterskategorien gebildet.

3.3.4. Krankheitsstadium

Um eine möglichst präzise, einheitliche Tumoreinteilung zu schaffen, die national sowie international anerkannt und vergleichbar ist, hat die Union Internationale Contre le Cancer (UICC) das TNM-System entwickelt. Es bezieht sich auf die Beschreibung des Primärtumors (T für Tumor), der Lymphknoten (N für engl. „node“ = Knoten) und der Metastasen (M). Dabei wird die Ausdehnung des Primärtumors (T), den Befall von regionären Lymphknoten (N) und das Vorhandensein von Fernmetastasen (M)

berücksichtigt. Die TNM-Klassifikation gibt Hinweise auf die Prognose und bestimmt die Behandlungsform (Operation, Chemotherapie, etc.).

Tabelle 1: Übersicht der Stadien I - IV

Einteilung von Tumoren nach Stadium	
Stadium	Erklärung
Stadium 0	Präinvasives Karzinom
Stadium I	Frühe lokale Invasion, keine Metastasen
Stadium II	Begrenzte lokale Tumorausbreitung mit minimalem Lymphknotenbefall
Stadium III	Ausgedehnter lokaler Tumorbefall mit ausgeprägtem Lymphknotenbefall
Stadium IV	Extensive Ausbreitung des Tumorbefalls und starker Befall der Lymphknoten

Anmerkung. In Anlehnung an Buser (2006), Tabelle 2.2, S. 28

Die in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigte Variable „Krankheitsstadium“ beinhaltet 4 Ausprägungen (Stufe I, II, III und IV).

3.4. Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Statistik-Software SPSS 13.0. Die operationalisierten Variablen (Copingstrategien, soziodemographische Daten und Krankheitsstadium) sind auf einen möglichen Zusammenhang mit posttraumatischem Wachstum untersucht und anschliessend ausgewertet worden.

Die Verteilung der Daten wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft. Bei den Patientendaten konnte die Annahme einer Normalverteilung für die Verarbeitungsstrategien „Ausdruck“ und „Verzerren“, bei den Partnerdaten für die beiden maladaptiven Strategien „Vermeiden“ und „Verzerren“ nicht aufrecht erhalten bleiben. Dennoch wurde mit parametrischen Verfahren gerechnet, da gemäss Wooldridge (2003, S. 173) bei genügend grosser Stichprobe unabhängig von der Verteilung der Residuen in der Stichprobe davon ausgegangen werden kann, dass die Störgrösse u und die abhängige Variable y normalverteilt sind. Es besteht keine Einigkeit über die hinreichende Grösse der Fallzahl, damit der zentrale Grenzwertsatz greift. Wooldridge nennt die Zahl von 30 Fällen, was im Einzelfall aber auch zu wenig sein kann.

Bei Berechnungen der Korrelation wurden die Werte nach Pearson ermittelt. Der Zusammenhang zwischen den Copingstrategien und den Variablen Alter und Geschlecht

wurden mittels Kreuztabelle erfasst. Anhand dieses Verfahrens wurde auch der Zusammenhang des Wachstums, in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht, bei Patienten wie Partnern untersucht. In einem nächsten Schritt wurden insgesamt 9 Modellvariablen auf Multikollinearität untersucht, um eine exakte lineare Abhängigkeit zwischen den Regressoren auszuschliessen und eine Regressionsanalyse durchzuführen. Diese hat laut Wooldridge (2003, S. 77-79) die angenehme Eigenschaft, dass die einzelnen Parameter so interpretiert werden können, als ob alle anderen Grössen konstant gehalten würden. Mathematisch geschieht dies durch Auspartialisieren der jeweiligen Einflüsse aller anderen unabhängigen Variablen. So können Aussagen *ceteris paribus* gemacht werden.

Die Variable „Krankheitsstadium“ wird aufgrund der theoriegeleiteten Annahme, dass mittlere Stadien II und III mehr Wachstum aufweisen, dichotomisiert. Die ordinalskalierten Parameter Bildung (ohne Ausbildung und Anlehre = „tiefes Bildungsniveau“) und Einkommen (Kategorie 3 und 4 = „hohes Einkommen“) wurden ebenfalls dichotomisiert. Für diese beiden Variablen besteht keine theoriegeleitete Annahme, die eine verfeinerte Präzisierung rechtfertigen würde. Für die statistische Auswertung wurde die Wahl des statistischen Verfahrens vom Skalenniveau der jeweiligen Variablen bestimmt. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0.05$ festgelegt. Die Wahrscheinlichkeit, dass der gemessene Unterschied zwischen zwei Vergleichsgruppen nur zufällig ist, liegt somit unter 5 Prozent.

4. Ergebnisse

4.1. Beschreibung der Stichprobe Patienten

Die Gruppe der Patienten umfasst 248 Personen, die sich aus 126 Frauen und 122 Männern im Alter zwischen 18 und 89 Jahren zusammensetzt. Im Durchschnitt sind die Personen 57,46 Jahre alt. 26 Personen gaben an, keine Ausbildung zu haben. 20 Personen haben eine Anlehre gemacht, während 134 Personen als höchsten erreichten Berufsabschluss die Lehre/Berufsschule angaben. 31 Personen haben eine HöFa oder Meisterschule abgeschlossen. 18 Personen haben eine Matura und 14 Personen verfügen über einen Hochschulabschluss. Es waren Mehrfachantworten möglich, von 5 Personen existieren keine Angaben. Die Mehrheit der Patienten (90) verfügt über ein Familieneinkommen bis Fr. 70'000.-- Über ein Familieneinkommen bis 40'000.-- verfügen 75 Personen. 40 haben bis zu 100'000.-- zur Verfügung und 33 der Befragten erhalten mehr als Fr. 100'000.-- pro Jahr. 10 Personen haben keine Angaben zum Einkommen gemacht. 42 Personen befanden sich im ersten Krankheitsstadium, 47 im zweiten, 66 im

dritten und 90 Personen im vierten Krankheitsstadium. Von 3 Personen existieren keine Angaben.

Variable	Verteilungen und Ausprägungen (N = 248)
Alter	18 bis 89 Jahre; M = 57,46 Jahre
Geschlecht	126 Frauen; 122 Männer
Ausbildungsniveau	26: keine Ausbildung 20: Anlehre 134: Lehre/Berufsschule 31: Höfa/Meisterschule 18: Matura 14: Hochschulabschluss
Einkommen	75: 40'000.- 90: 70'000.- 40: 100'000.- 33: mehr als 100'000.-
Krankheitsstadium	42: Stadium I 47: Stadium II 66: Stadium III 90: Stadium IV

Tabelle 2: Eckdaten der Stichprobe Patienten und Patientinnen

Eine Übersicht über das Ausscheiden der Teilnehmer von t1 bis t3 zeigt Tabelle 2. In die erste Erhebung (t1) gelangen Daten von 218, in die dritte Erhebung (t3) noch von 155 Patienten. Dabei waren von den ursprünglichen 248 Teilnehmenden 50 bei der zweiten Erhebung (t2) ausgeschieden. 1 Person schied wegen kognitiven Problemen aus, 15 waren bereits verstorben, 1 Person zu schwach und 26 hatten sich aus weiteren Gründen zurückgezogen.

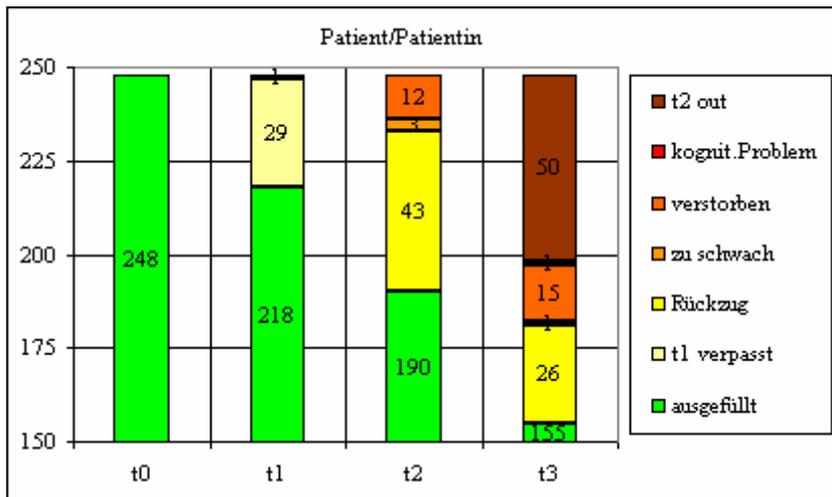


Tabelle 3: Stichprobe nach Drop out Patienten und Patientinnen

4.2. Beschreibung der Stichprobe Partner

154 Partner und Partnerinnen im Alter von 24 bis 85 Jahren wurden angefragt. Im Durchschnitt sind die Personen 57,36 Jahre alt. Die Gruppe setzt sich aus 122 Frauen und 126 Männern zusammen, von denen 20 über keine Ausbildung verfügen, 15 über eine Anlehre und 79 Personen über eine Lehre/Berufsschule. 18 Personen gaben als höchsten erreichten Berufsabschluss eine HöFa oder Meisterschule an. 10 Personen verfügen über eine Matura und gleich viele über einen Hochschulabschluss. Über zwei Personen existieren keine Alters- und Bildungsangaben.

Variable	Verteilungen und Ausprägungen (N = 154)
Alter	24 bis 85 Jahre; M = 57,36 Jahre
Geschlecht	122 Frauen; 126 Männer
Ausbildungsniveau	20: keine Ausbildung 15: Anlehre 79: Lehre/Berufsschule 18: Höfa/Meisterschule 10: Matura 10: Hochschulabschluss

Tabelle 4: Eckdaten der Stichprobe Partner und Partnerinnen

Der Verlauf der Stichprobe (Tabelle 4) zeigt, dass in die erste Erhebung (t1) Daten von 142, in die dritte Erhebung (t3) von 93 Personen gelangen. Von den ursprünglich 154 angefragten Partnern schieden 34 Personen bei der zweiten Erhebung (t2) aus, 12 waren bereits verstorben und 15 Personen haben sich aus anderen Gründen zurückgezogen.

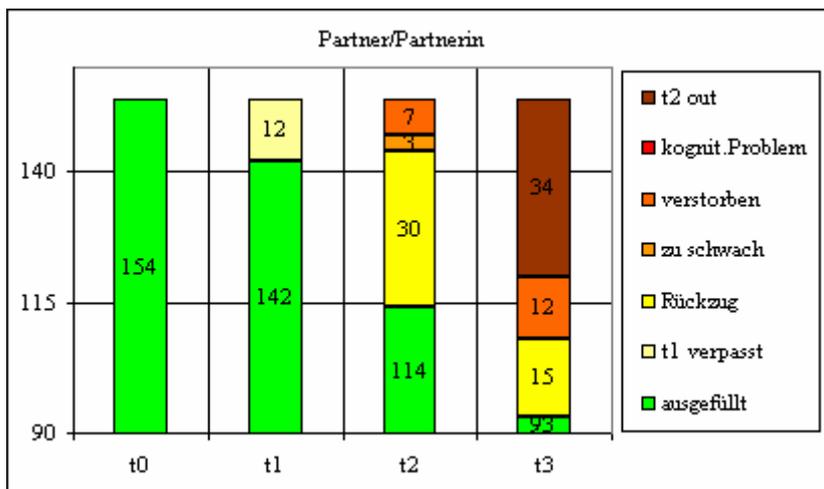


Tabelle 5: Stichprobe nach Drop out Partner und Partnerinnen

4.3. Ausgangslage Krankheitsverarbeitung Patienten und Partner

Autokontrolle Patienten: Auf die Frage, in welchem Ausmass man in emotionalen Situationen ruhig bleiben und die eigenen Gefühle kontrollieren konnte (von 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 6 = „stimmt genau“), nannten 54 % der Befragten die Werte 5 oder 6 und gaben somit eine gelungene Autokontrolle an. 61 % der Männer gaben an, dass es ihnen gelingt, auch in hoch emotionalen Situationen einen ruhigen Kopf zu bewahren. Hinsichtlich der Altersverteilung kann man bei der „starken“ Autokontrolle eine steigende Tendenz beobachten, im Alter zwischen 59–68 jedoch ist ein „Ausreisser“ zu vermerken. Die unter Signifikanz ausgewiesenen Wahrscheinlichkeitswerte für den Chi-Quadrat-Wert waren nicht gültig, da mehr als 20 % der erwarteten Werte unter 5 waren (Bühl, 2006, 259-61). Alter und Geschlecht wirkten sich somit nicht signifikant auf die Anteilsverteilung der Bewältigungsstrategie *Autokontrolle* aus.

	w	m	bis 46	47-58	59-68	>69	Gesamt
schwach	4%	1%	6%	0%	3%	2%	3%
mittel	47%	38%	43%	39%	56%	31%	43%
stark	49%	61%	51%	61%	41%	67%	54%
Signifikanz	.099		.072				

Tabelle 6: Anteilsverteilung *Autokontrolle* Patienten und Patientinnen

Autokontrolle Partner: Insgesamt wiesen 136 befragte Partner einen Wert zwischen 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 6 = „stimmt genau“ auf. Auch hier gaben 57 % der Partner und Partnerinnen eine gelungene Autokontrolle an. Die Geschlechts- und Altersunterschiede waren weniger ausgeprägt als bei den Patienten und stellten sich als nicht signifikant heraus.

	w	m	bis 46	47-59	60-67	>68	Gesamt
schwach	6%	2%	0%	6%	9%	3%	4%
mittel	37%	43%	55%	39%	36%	26%	39%
stark	57%	55%	45%	55%	55%	71%	57%
Signifikanz	.521		.159				

Tabelle 7: Anteilsverteilung *Autokontrolle* Partner und Partnerinnen

Ausdruck Patienten: Die Mehrheit der Patienten (48 %) berichtete, sich aktiv und kreativ mit der Krebsdiagnose auseinandergesetzt zu haben, indem sie darüber gesprochen und sich ausgedrückt haben. Vor allem jüngere Leute bis 46 Jahre (64 %), gaben an, ihr Wohlbefinden stark über das Ausdrücken reguliert zu haben. Während Frauen ihr Ausdrucksvermögen häufiger als Männer in den schwachen (21 %) bis mittleren (44 %) Kategorien einordneten, gaben 63 % der Männer an, dass sie ihre Gefühle gut „herauslassen“ könnten. Während die Variable Alter sich nicht signifikant auf die Anteilsverteilung von *Ausdruck* auswirkte, wies die Variable Geschlecht eine signifikante Trennkraft auf ($p = 0.00$).

	w	m	bis 46	47-58	59-68	>69	Gesamt
schwach	21%	10%	10%	16%	19%	17%	16%
mittel	44%	27%	26%	31%	40%	47%	36%
stark	35%	63%	64%	53%	41%	36%	48%
Signifikanz	.000		.089				

Tabelle 8: Anteilsverteilung *Ausdruck* Patienten und Patientinnen

Ausdruck Partner: Bei den Partnern gaben gleich viele Personen (37 %) an, sich aktiv und kreativ mit der Krebsdiagnose des Betroffenen auseinandergesetzt zu haben. Fast 30 % der Partner gaben an, kaum oder wenig über emotional wichtige Themen gesprochen zu haben. Während die Variable Geschlecht keine signifikante Trennungskraft auf die Anteilsverteilung von *Ausdruck* aufwies, wirkte sich das Alter signifikant ($p = 0.04$) aus.

	w	m	bis 46	47-59	60-67	>68	Gesamt
schwach	26%	29%	6%	24%	43%	31%	26%
mittel	31%	47%	42%	40%	27%	40%	37%
stark	43%	24%	52%	36%	30%	29%	37%
Signifikanz	.080		.042				

Tabelle 9: Anteilsverteilung *Ausdruck* Partner und Partnerinnen

Vermeiden Patienten: Bei der ersten maladaptiven Regulationsstrategie fiel auf, dass sich das Verhältnis der Wertangaben im Vergleich zu den oben beschriebenen adaptiven Regulationsstrategien verändert hatte. Bedeutend mehr Personen gaben Werte in den schwachen Kategorien an, was bedeutete, dass die Tendenz zur Ablenkung und gedanklicher Vermeidung nicht gross war. Die Variablen Alter und Geschlecht wirkten sich beide nicht signifikant auf die Anteilsverteilung des Copingstils *Vermeiden* aus.

	w	m	bis 46	47-58	59-68	>69	Gesamt
schwach	64%	54%	58%	61%	62%	54%	59%
mittel	31%	41%	40%	37%	32%	36%	36%
stark	5%	5%	2%	2%	6%	10%	5%
Signifikanz	.315		.524				

Tabelle 10: Anteilsverteilung *Vermeiden* Patienten und Patientinnen

Vermeiden Partner: Auch bei den Partnern gab die Mehrheit (68 %) an, sozialen Situationen kaum oder wenig aus dem Weg zu gehen oder sich abzulenken. Bezüglich des Alters und des Geschlechts ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

	w	m	bis 46	47-59	60-67	>68	Gesamt
schwach	65%	73%	64%	76%	70%	63%	68%
mittel	25%	25%	30%	21%	24%	26%	25%
stark	10%	2%	6%	3%	6%	11%	7%
Signifikanz	.256		.814				

Tabelle 11: Anteilsverteilung *Vermeiden* Partner und Partnerinnen

Verzerren Patienten: 76 % der Befragten gaben an, Situationen überhaupt nicht oder kaum je missinterpretiert oder kognitiv verzerrt zu haben. Es bestand kein auffälliger Geschlechtsunterschied. Ältere Leute ab 69 Jahre gaben tendenziell häufiger an, Dinge vielleicht falsch oder verzerrt wahrgenommen oder nicht richtig verstanden zu haben. Alter und Geschlecht wirkten sich nicht signifikant auf die Bewältigungsstrategie *Verzerren* aus.

	w	m	bis 46	47-58	59-68	>69	Gesamt
schwach	74%	78%	74%	78%	84%	67%	76%
mittel	24%	19%	23%	20%	16%	29%	22%
stark	2%	3%	3%	2%	0%	4%	2%
Signifikanz	.522		.435				

Tabelle 12: Anteilsverteilung *Verzerren* Patienten und Patientinnen

Verzerren Partner: Ein sehr ähnliches Bild zur Bewältigungsstrategie Vermeiden zeigte sich auch bei den Partnern. Auch hier gaben 76 % der Befragten an, Dinge nicht falsch oder verzerrt wahrgenommen zu haben bzw. Erinnerungen mit Zukunftserwartungen vermischt zu haben. Bezüglich des Alters und des Geschlechts ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

	w	m	bis 46	47-59	60-67	>68	Gesamt
schwach	74%	80%	73%	67%	88%	77%	76%
mittel	22%	20%	27%	27%	9%	20%	21%
stark	4%	0%	0%	6%	3%	3%	3%
Signifikanz	.296		.362				

Tabelle 13: Anteilsverteilung *Verzerren* Partner und Partnerinnen

4.4. Ausgangslage posttraumatisches Wachstum Patienten und Partner

Die vorliegende Studie demonstriert, dass 70 % der Patienten angeben, „ein wenig“ bis „ziemlich“ vom Ereignis profitiert zu haben, was sich als mittleres Wachstum bezeichnen lässt. Männer weisen häufiger ein mittleres (73 %) bzw. hohes (13 %) Wachstum auf, im Vergleich zu den Frauen. Die Altersverteilung zeigt, dass 84 % der Personen bis 46 von „mittleren“ persönlichen Veränderungen berichten. Personen zwischen 59 und 68 Jahren scheinen stark bis sehr stark von der Lebensumstellung profitiert zu haben. Alter ($p = 0.00$) und Geschlecht ($p = 0.04$) ergaben signifikante Unterschiede.

	w	m	bis 46	47-58	59-68	>69	Gesamt
niedriges Wachstum	28%	14%	7%	18%	19%	40%	20%
mittleres Wachstum	66%	73%	84%	68%	64%	60%	70%
hohes Wachstum	6%	13%	9%	14%	17%	0%	10%
Signifikanz	.044		.005				

Tabelle 14: Anteilsverteilung positive persönliche Veränderungen Patienten und Patientinnen

Bei den Partnern zeigt sich eine inhaltlich ähnliche Anteilsverteilung. Partner geben jedoch häufiger an (31 %), „gar nicht“ bis „kaum“ gewachsen zu sein, was man als niedriges Wachstum bezeichnet. Die Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung waren nicht signifikant.

	w	m	bis 46	47-59	60-67	>68	Gesamt
niedriges Wachstum	22%	42%	33%	46%	21%	20%	31%
mittleres Wachstum	76%	55%	67%	50%	79%	75%	67%
hohes Wachstum	2%	3%	0%	4%	0%	5%	2%
Signifikanz	.125		.357				

Tabelle 15: Anteilsverteilung positive persönliche Veränderungen Partner und Partnerinnen

4.5. Bivariate Korrelationen Patienten und Partner

Im folgenden Abschnitt sind die bivariaten Korrelationen aller neun Modellvariablen tabellarisch aufgeführt. Keine der unabhängigen Variablen steht in einer exakten linearen Verbindung zu einer anderen unabhängigen Variable.

Nennenswerte Korrelationen ergeben sich bei den **Patienten und Patientinnen** (Tabelle 16) zwischen den verschiedenen Copingstrategien. Der Zusammenhang zwischen den maladaptiven Strategien „Vermeiden“ und „Verzerren“ wird durch einen Korrelationskoeffizienten von 0.53, zwischen „Ausdruck“ und „Autokontrolle“ von 0.38 repräsentiert. Beide Korrelationskoeffizienten sind auf dem 1%-Niveau signifikant. Die adaptive Strategie „Ausdruck“ korreliert zusätzlich mit der maladaptiven Strategie „Verzerren“ (0.16), dies auf dem 5%-Niveau. Der Zusammenhang ist positiv, jemand, der zu kognitiven Verzerrungen neigt, wird auch über emotional wichtige Themen sprechen können oder wollen. Die Skalen des EMOREG sind schwach korreliert, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sie voneinander weitgehend unabhängige Dimensionen der Emotionsregulation messen. Die operationalisierte Grösse für die Variable „Bildung“ ist in der bivariaten Konstellation mit dem „Einkommen“ statistisch signifikant korreliert. Der Zusammenhang ist positiv, höhere Bildung geht mit hohen Werten auf der Einkommensskala einher.

Auch bei den **Partnern und Partnerinnen** (Tabelle 17) ergeben sich zwischen den verschiedenen Copingstrategien Korrelationen. Auf dem 1%-Niveau, mit einem Korrelationskoeffizienten von 0.23 korrelieren die Strategien „Ausdruck“ und „Vermeiden“, die maladaptiven Strategien „Vermeiden“ und „Verzerren“ mit einem mittelhohen Koeffizienten von 0.66. Statistisch signifikant korrelieren auch „Ausdruck“ und „Autokontrolle“ mit 0.18 und „Ausdruck“ und „Verzerren“ mit 0.19.

Um nun herauszufinden, welche Regulationsstrategie den grössten Einfluss hat auf posttraumatisches Wachstum, unter Einbezug der operationalisierten soziodemographischen Variablen und des Krankheitsstadiums, benötigen wir die multivariate Regressionsanalyse, deren Ergebnisse gleich im Anschluss präsentiert und diskutiert werden. Die bivariaten Korrelationen sind für die Beantwortung dieser Fragestellung nicht ausreichend, weil die das Wachstum beeinflussenden Variablen im bivariaten *setting* nicht konstant gehalten werden

Tabelle 16: Bivariate Korrelationen Patienten

	Krankheitsstadium	Alter	Geschlecht	Bildung	Einkommen	Autokontroll	Ausdruck	Vermeiden	Verzerren
Krankheitsstadium	1								
Alter	.034	1							
Geschlecht	.210**	.137*	1						
Bildung	.029	-.192**	.156*	1					
Einkommen	.044	-.259**	.204**	.401**	1				
Autokontrolle	-.149*	.105	-.140*	-.031	.038	1			
Ausdruck	-.090	-.229**	-.286**	.110	.049	.377**	1		
Vermeiden	.038	.012	-.107	-.110	-.123	.091	.046	1	
Verzerren	.031	.020	.051	-.074	-.033	-.068	.164*	.527**	1

* auf dem 5%-Niveau signifikant ** auf dem 1%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

Tabelle 17: Bivariate Korrelationen Partner

	Alter	Geschlecht	Bildung	Autokontroll	Ausdruck	Vermeiden	Verzerren
Alter	1						
Geschlecht	-.048	1					
Bildung	-.290**	.255**	1				
Autokontrolle	.061	-.091	.029	1			
Ausdruck	-.281**	-.109	.055	.183*	1		
Vermeiden	-.012	-.125	-.207*	.006	.234**	1	
Verzerren	-.050	-.179*	-.220*	-.038	.197*	.661**	1

* auf dem 5%-Niveau signifikant ** auf dem 1%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

4.6. Multiple lineare Regression Patienten und Partner

Die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalysen unter Variierung der Anzahl unabhängiger Variablen sind für die Betroffenen in der Tabelle 18 und für die Partner in der Tabelle 19 dargestellt. Für die Patientengruppe wurden drei Modelle gerechnet, wobei das erste Modell die Variable „tiefes Bildungsniveau“, das zweite „hohes Einkommen“ und das dritte Modell „Krankheitsstadium II und III“ miteinbezieht. Für die Patientengruppe wurde ein Modell gerechnet, das den Einfluss aller relevanten unabhängigen Variablen aufzeigen soll. Um Beobachtungswerte auf Autokorrelation zu überprüfen wurde der Durbin/Watson-Test angewendet. Allgemein wird ein Wert zwischen 1.5 und 2.5 verlangt, damit von fehlender Autokorrelation der Stör- oder Fehlerterme ausgegangen werden kann. Diese Vorgabe wird bei beiden Regressionsanalysen erfüllt, was die Effizienz der Parameterschätzer erhöht. Durch die Standardisierung (Beta-Werte) wurden die unterschiedlichen Messdimensionen der Variablen, die sich in den Regressionskoeffizienten niederschlagen, eliminiert und eine Vergleichbarkeit ermöglicht. Da die nicht standardisierten Regressionskoeffizienten jedoch einen marginalen Effekt der Änderung einer unabhängigen Variable angeben, haben sie gemäss Backhaus (2008) eine wichtige inhaltliche Bedeutung.

Tabelle 18: Modelle 1-3 posttraumatisches Wachstum Patienten und Patientinnen

Modell nr.	1	β	2	β	3	β
Alter	-.24* (-2.2)	-.18	-.24* (-2.1)	-.18	-.24* (-2.2)	-.18
Geschlecht	-8.4** (-2.7)	-.22	-8.1** (-2.4)	-.21	-8.3** (-2.7)	-.22
Autokontrolle	2.8 (1.3)	.11	2.5 (1.2)	.10	2.4 (1.2)	.10
Ausdruck	3.5** (2.5)	.23	4.0** (2.9)	.26	3.8** (2.8)	.25
Vermeiden	3.6* (2.0)	.17	3.2 (1.8)	.16	3.6* (2.0)	.18
Verzerren	2.0 (1.0)	.09	2.0 (1.0)	.09	1.6 (.85)	.08
Tiefes Bildungsniveau	-3.1 (-.69)	-.05				
Hohes Einkommen			-.93 (-.28)	-.02		
Stadium (II / III)					-2.0 (-.68)	-.05
Korr. r^2	.27		.28		.27	
n	129		126		129	

Abhängige Variable: Posttraumatisches Wachstum. Regressionsparameter (unstandardisiert), T-Werte in Klammern, Beta-Werte. * signifikant auf dem 5%-Niveau, ** signifikant auf dem 1%-Niveau

Die Erklärungskraft aller drei Modelle von 27 und 28 Prozent gehen zu einem erheblichen Teil auf das Konto der Copingvariable „Ausdruck“ und der soziodemographischen Variable „Geschlecht“. Während der Ausdruck in allen drei Modellen einen konstant signifikanten Einfluss auf das posttraumatische Wachstum hat, weist die maladaptive Bewältigungsstrategie „Vermeiden“ im ersten und dritten Modell einen signifikanten Einfluss auf, im zweiten Modell wird die Signifikanz jedoch knapp nicht erreicht ($p = .069$). Mögliche Erklärungen, weshalb die anderen beiden Copingstile „Autokontrolle“ und „Verzerren“ keinen Einfluss haben, werden im nächsten Kapitel diskutiert.

Das Geschlecht hat in allen drei Modellen einen auf dem 1-Prozent-Niveau signifikanten Einfluss auf das posttraumatische Wachstum. Die negative Polung der Geschlechtsvariable bedeutet, dass Frauen insgesamt mehr Wachstum erfahren als Männer. Auch der Prädiktor Alter besitzt in allen drei Modellen einen signifikanten Einfluss auf das Wachstum. Anhand des negativen Vorzeichens lässt sich erkennen, dass jüngere Personen häufiger Wachstum erfahren als ältere. Durch die aufgeführten unstandardisierten Regressionsparameter lässt sich die Grössenordnung in den Einheiten der Variablen abschätzen. Ist eine Person um 10 Jahre jünger, so steigt das Wachstumsniveau um 2.4 Punkte.

Personen, die ein tiefes Ausbildungsniveau (obligatorische Schulzeit oder Anlehre) aufweisen, erfahren weniger Wachstum, als solche mit höheren Bildungsabschlüssen. Der Einfluss der Variablenausprägung „tiefes Bildungsniveau“ ist jedoch nicht signifikant und kann vernachlässigt werden. Im zweiten Modell interessiert der Einfluss eines Einkommens von 70'000 bis über 100'000.-- pro Jahr. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit hohem Einkommen im Schnitt weniger positive persönliche Veränderungen erfahren, als Personen die über ein Einkommen bis zu 70'000.-- verfügen. Diese Variablenausprägung erreicht jedoch ebenfalls keine Signifikanz und der Einfluss ist überaus schwach.

Die mittleren Krankheitsstadien II und III werden ins dritte Modell miteinbezogen. Das Vorzeichen ist negativ und sagt somit aus, dass Personen in den Stadien II und III insgesamt weniger Wachstum erfahren als solche, die sich im Stadien I und IV befinden. Die Variablenausprägung „Krankheitsstadium II und III“ erreicht jedoch keine Signifikanz.

Bei den **Partnern** und **Partnerinnen** ergibt sich ein inhaltlich anderes Bild der Regressionskoeffizienten. 15 % Varianz des posttraumatischen Wachstums wird durch die Regressoren erklärt, wobei die Erklärungskraft vor allem der Variablenausprägung „tiefes Bildungsniveau“ (0.26), dem Geschlecht (-0.22) und dem Copingstil „Ver-

meiden“ (0.20) zugeschrieben werden kann. Der Faktor Geschlecht verfehlt bei den Partnerinnen den signifikanten Bereich sehr knapp ($p = .059$). Die Variablenausprägung „tiefes Bildungsniveau“ weist einen signifikanten Einfluss auf und sagt aus, dass Partner und Partnerinnen ohne Ausbildung oder mit einer Anlehre häufiger wachsen als Partner und Partnerinnen mit höheren Bildungsabschlüssen.

Tabelle 19: Modell 1 posttraumatisches Wachstum Partner und Partnerinnen

Modell nr.	1	β
Alter	-0.06 (-.33)	-.04
Geschlecht	-8.8 (-1.9)	-.22
Autokontrolle	-2.5 (-.08)	-.01
Ausdruck	1.7 (1.0)	.12
Vermeiden	3.8 (1.2)	.20
Verzerren	-.79 (-.24)	-.04
Tiefes Bildungsniveau	12.74* (2.2)	.26
Korr. r^2	.15	
n	71	

Abhängige Variable: Posttraumatisches Wachstum. Regressionsparameter (unstandardisiert), T-Werte in Klammern, Beta-Werte. * signifikant auf dem 5%-Niveau

5. Diskussion

Als Basis für die Diskussion werden die theoretischen Grundlagen und die Ergebnisse der eigenen Untersuchung zusammengefasst. Anschliessend werden die Hauptfragestellungen der Arbeit beantwortet, Hypothesen formell als bestätigt oder nicht bestätigt bestimmt sowie die Ergebnisse kritisch diskutiert. Am Ende stehen Überlegungen zu Stärken und Schwächen dieser Arbeit sowie zu möglichen Implikationen für die Praxis.

5.1. Zusammenfassung Theorie

Krankheitsverarbeitung wird in der Fachliteratur häufig mit dem englischen Fachbegriff „Coping“- auf deutsch Bewältigung - bezeichnet und beinhaltet kognitive sowie emotionale Bemühungen, krankheitsbedingte Belastungen durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren oder zu verarbeiten. Die transaktionale Theorie der Belastungsverarbeitung

von Lazarus und Folkman (1984) dient verschiedenen Definitionen auch heute noch als Grundlage. Positiven, psychischen Merkmalen wie beispielsweise der Spiritualität oder protektiven Faktoren, z.B. stabile emotionale Beziehungen, werden heute in der Bewältigungsforschung vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Verarbeitungsprozesse können problem- oder emotionszentriert sein. Während problemfokussiertes Coping darauf zielt, die Stressquelle zu verändern, zielt das emotionszentrierte Coping, darauf ab, den emotionalen Stress zu handhaben oder zu reduzieren. Für die Anpassung an Umweltanforderungen braucht es verschiedene Strategien, sinnvollerweise eine Kombination von emotions- und problemfokussiertem Coping.

Ein häufig beschriebener Abwehrmechanismus bei schwer kranken Menschen ist die Verleugnung bzw. ein unbewusstes Nicht-wahrhaben-Wollen der Krankheit und deren Folgen. Während dem Konzept der Abwehr intrapsychische und unbewusste Konfliktbewältigung zugeordnet werden, schreibt man dem Coping bewusste, Realität fokussierende Aspekte der Verarbeitung zu. Die Frage, ob und in welchem Ausmass die verschiedenen Bewältigungsstrategien jemandem helfen, sich an die Krankheit oder an die veränderte Lebenssituation anzupassen, ist auch für die heutige Bewältigungsforschung zentral. Bewältigungsstrategien sind nicht per se adaptiv oder maladaptiv sondern müssen in einem ganzheitlichen Kontext betrachtet werden. Der Bewältigungsforschung stehen verschiedene Messmethoden zur Verfügung. Im Fragebogen zur Erfassung von emotionaler Regulation (EMOREG) wird zwischen zwei adaptiven Regulationsstrategien, *Ausdruck* und *Autokontrolle*, und zwei maladaptiven Strategien, *Vermeiden* und *Verzerren*, unterschieden. Männer und Frauen weisen Unterschiede in den Bewältigungsstrategien auf. Zudem haben das Lebensalter wie auch der sozioökonomische Status einen Einfluss auf die Verarbeitungsprozesse.

Menschen können nach einem erfolgreich bewältigten Trauma positive psychologische Veränderungen erfahren. Zusammengefasst werden sie als „posttraumatisches Wachstum“ bezeichnet. Ob selbstwerterhaltende, positive Illusion oder ein Janus-Gesicht mit einer konstruktiven Seite einerseits und selbsttäuschenden Seite andererseits – es bestehen verschiedene theoretische Konzeptualisierungen zu posttraumatischem Wachstum. Während salutogenetische Konzepte wie Resilience, Hardiness, Optimismus und Kohärenzsinn bestimmte Persönlichkeitsmerkmale hervorheben, die den Menschen vor seelischen Verletzungen schützen, bezieht sich posttraumatisches Wachstum auf qualitative, positive Veränderungen im Erleben sowie kognitive und emotionale Fähigkeiten eines Menschen. Posttraumatisches Wachstum kann beim Individuum unterschiedliche Lebensbereiche beeinflussen. Häufig berichten Betroffene von einem intensiver erlebten Alltag und einer *intensivierten Wertschätzung des Lebens*. Oder sie erfahren unerwartete soziale Unterstützung und können *persönliche Beziehungen intensivieren*. Trotz einem

Bewusstsein der eigenen Vulnerabilität berichten Menschen oft von einem gewachsenen *Gefühl der inneren Stärke*, sie haben mehr Mut und Kraft für die Zukunft und weniger Angst vor weiteren schwierigen Erfahrungen. Posttraumatisches Wachstum kann sich auch darin zeigen, dass man plötzlich *neue Möglichkeiten* für sich entdeckt und vielleicht Dinge in Angriff nimmt, die man schon lange im Sinn hatte, ein weiterer Bereich kann zudem die *Spiritualität* sein. Um diese Wachstumsdimensionen zu erfassen, werden in der Forschung häufig drei psychometrisch validierte Verfahren angewendet (Stress-Related-Growth Scale (SRGS), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) und Benefit Finding Scale (BFS)), in denen Betroffene retrospektiv Veränderungen angeben.

Der Wachstumsprozess braucht Zeit, da der Verlust der bisherigen Gesundheit oft nur graduierlich akzeptiert werden kann. Stehen die Faktoren Leid und Verzweiflung zu einem frühen Zeitpunkt des Bewältigungsprozesses im Vordergrund, so berichten Menschen erst später über substanzielle Veränderungen in ihrem Leben. Die Determinanten des posttraumatischen Wachstums sind bei Krebspatienten zahlreich und nicht eindeutig. Geschlecht, Alter und der sozioökonomische Status stellen Einflussgrößen dar, zudem kommt es auch darauf an, in welchem Krankheitsstadium sich eine Person befindet. Eine Krebsdiagnose bedeutet auch für die Partner von Betroffenen eine Umstellung, die positive wie auch negative Aspekte mit sich bringt. Der Faktor „Partnerbeziehung“ ist für posttraumatisches Wachstum nicht eindeutig; sie kann unterstützend wie auch belastend wirken. Betrachtet man Bewältigungsstrategien und posttraumatisches Wachstum im Zusammenhang, so wird der kognitive Anteil im Verarbeitungsprozess ins Zentrum gestellt und das Wachstum kann als kognitive Neubewertung und Selbstberuhigung (im Sinne einer protektiven Illusion) erklärt werden.

5.2. Zusammenfassung Ergebnisse

Der Zusammenhang zwischen den einzelnen Copingstrategien sowie dem posttraumatischem Wachstum mit den soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht wurde für die Patienten- wie Partnergruppe kreuztabellarisch dargestellt. Bivariate Korrelationen zur Erklärung von Zusammenhängen der unabhängigen Variablen untereinander ergaben, dass keine der erklärenden Variablen in einer übermässig starken Verbindung standen und somit alle in die Regressionsberechnung miteinbezogen werden konnten. Unter Variierung der unabhängigen Variablen wurden in den multiplen linearen Regressionsanalysen 3 Modelle berechnet, welche für die **Patientengruppe** folgende Ergebnisse ergaben: Die Erklärungskraft der drei Modelle ist praktisch gleich gross (27–28%), wobei die Variablen „Ausdruck“ und „Geschlecht“ den grössten Anteil an Erklärungskraft beitragen. Die Bewältigungsstrategie „Aus-

druck“ erreicht in allen drei Modellen Signifikanz. Personen, die ihre Emotionen ausdrücken können, erfahren somit eher positive persönliche Veränderungen. Der maladaptive Copingstil „Vermeiden“ ist im ersten und dritten Modell signifikant, in welches die Variablenausprägungen „tiefes Bildungsniveau“ und „Krankheitsstadium II und III“ miteinbezogen werden. Personen können also trotz gedanklicher Vermeidung oder sozialem Rückzug, posttraumatisches Wachstum erfahren. Den Strategien „Auto-kontrolle“ und „Verzerren“ können in keinem der drei Modelle ein Einfluss zugeschrieben werden. Weibliche sowie jüngere Personen erfahren unabhängig ihres Copingstils in allen drei Modellen häufiger Wachstum als Männer und ältere Personen. Die Variablenausprägungen „tieferes Bildungsniveau“, „hohes Einkommen“ und „Krankheitsstadien II und III“ haben alle keine signifikanten Effekte auf posttraumatisches Wachstum.

Bei den **Partnern und Partnerinnen** wird durch die Regressoren 15% Varianz des posttraumatischen Wachstums erklärt, wobei die meiste Erklärungskraft den Variablen „tiefes Bildungsniveau“, Geschlecht und dem Copingstil „Vermeiden“ zuschreibbar scheint. Von diesen erreicht jedoch nur die Variablenausprägung „tiefes Bildungsniveau“ Signifikanz. Der positive Zusammenhang deutet an, dass Personen ohne Ausbildung oder mit einer Anlehre häufiger posttraumatisches Wachstum erfahren als Partner und Partnerinnen mit höheren Bildungsabschlüssen.

5.3. Beantwortung der Forschungsfragen

Im folgenden Abschnitt werden die Fragestellungen dieser empirischen Arbeit zu beantworten versucht und die hypothetischen Annahmen überprüft.

Haben adaptive Bewältigungsstrategien einen Einfluss auf das Erfahren von persönlichen Veränderungen nach einer Krebsdiagnose?

Da einzig die adaptive Bewältigungsstrategie „Ausdruck“ einen signifikanten Einfluss auf das Erfahren von Wachstum aufweist, muss die Hypothese 1a, dass adaptive Bewältigungsstrategien im Allgemeinen einen Einfluss auf das Erfahren von persönlichen Veränderungen haben, zurückgewiesen werden. „Ausdruck“ hat einen positiven Zusammenhang: Je mehr jemand seine Gefühle ausdrücken und besprechen kann, desto eher kann er oder sie positive psychologische Veränderungen erfahren. Dieses Ergebnis deckt sich mit früheren Forschungsarbeiten, in dem der Ausdruck als wichtiger Einflussfaktor auf den Wachstumsprozess bezeichnet wird. Schon Pennebaker (1993) beschreibt den sprachlichen Ausdruck der Emotionen, den kreativen und aktiven Umgang mit den Inhalten des Ereignisses als heilsam.

Gemäss Maercker und Zöllner (2004) hat posttraumatisches Wachstum neben einer konstruktiven auch eine illusorische Seite, indem man sich der positiven Traumafolgen selbst versichert und die Auseinandersetzung mit den negativen, belastenden Seiten des Traumas vermeidet. Somit könnten die Patienten und Patientinnen der vorliegenden Studie zwar über eine gelungene Bewältigungsstrategie verfügen, indem sie ihre Sorgen und ihren Ärger ausdrücken, die signifikanten Veränderungen jedoch könnten im Sinne von Maercker und Zöllner trotzdem illusorisch sein.

Unter Berücksichtigung der anderen Einflussgrössen konnte für die zweite adaptive Bewältigungsstrategie „Autokontrolle“ kein signifikanter Effekt auf das Erfahren von Wachstum festgestellt werden. Eine gelungene Regulierung von starken Emotionen scheint demnach keinen relevanten Einfluss auf das Erleben von positiven Veränderungen zu haben. Dies mag teilweise auf die soziale Erwünschtheit dieser Fähigkeit zurückzuführen sein. Bei einer Frage wie „ich habe sorgfältig entschieden, auch wenn die Situation komplex war“ ist ein beträchtlicher Beitrag sozialer Erwünschtheit zur gesamten Zustimmungstendenz gut vorstellbar – welcher die Fähigkeit der Variable Autokontrolle einen genuinen, inhaltlich begründeten Effekt auf Wachstum zu zeigen, entsprechend einschränken würde.

Gemäss Janoff-Bulmann (1992) setzt ein Wachstumsprozess voraus, dass die „Welt“ der Betroffenen durch das Trauma zumindest teilweise als „gebrochen“ wahrgenommen wird. Die Annahme eigener Kontrolle mag vielleicht bei Menschen, die ein grosses Vertrauen in die eigene Person haben und ihre Gefühle gut kontrollieren können, durch ein Trauma im Vornherein weniger erschütterbar sein. Ihre Grundannahmen würden somit nicht derart erschüttert, dass ein Weg für positive persönliche Veränderungen vorgelegt würde.

Haben maladaptive Bewältigungsstrategien einen Einfluss auf das Erfahren von persönlichen Veränderungen nach einer Krebsdiagnose?

Die maladaptive Bewältigungsstrategie „Vermeiden“ weist einen signifikanten Einfluss auf das Erfahren von Wachstum auf. Die Hypothese 1b, dass maladaptive Bewältigungsstrategien im Allgemeinen keinen Einfluss auf das Erfahren von persönlichen Veränderungen haben, muss daher zurückgewiesen werden.

Dieses Ergebnis verweist auf die Studien von Schulz (2005) und Znoj (2008), in denen sie feststellen, dass die Vermeidung häufig als maladaptive Bewältigungsstrategie betrachtet wird, die aber bewusst gewollt und mit positiven Auswirkungen verbunden sein kann.

Der Zeitfaktor dürfte für dieses Ergebnis ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. In seiner Studie betont Beutel (1988) die zeitliche Perspektive für die Betrachtung der Adaptivität von Krankheitsverarbeitung. Kurzfristige Verarbeitungsstrategien können zu Beginn geeignet erscheinen, sind aber für die mittel- oder langfristige Bewältigung unzureichend. Unter der Annahme, dass nach einem Jahr vorliegende Effekte noch den kurzfristigen zurechenbar sind, würde der unerwartete günstige Effekt des Vermeidens somit erklärbar sein.

Es ist möglich, dass sich bei diesem Ergebnis die illusorische, selbsttäuschende Seite des Janus-Gesichts nach Maercker und Zöllner (2004) offenbart. Nach ihrer Theorie, kann die vermeidende Auseinandersetzung mit negativen und belastenden Folgen der Krebsdiagnose, verbunden sein mit einer illusorischen Seite des Wachstums, in dem man sich der positiven Traumafolgen versichert. Dieses „Sichversichern der positiven Folgen“ könnte möglicherweise bei den Betroffenen der vorliegenden Forschungsarbeit zur kognitiven Vermeidungsstrategie geworden sein. Die Wachstumsitems wie z.B. „Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar“, würden in die Vermeidungsstrategie eingebaut und dienen der weiteren Ausflucht.

Die Verteidigung der positiven Illusionen kann so in der Tat dazu führen, dass die Person dadurch ein Wachstum erfährt.

Erfahren Partner und Partnerinnen von Betroffenen posttraumatisches Wachstum, wenn sie über eine adaptive Bewältigungsstrategie verfügen?

Beide adaptiven Bewältigungsstrategien „Autokontrolle“ und „Ausdruck“ weisen bei Partnern keinen signifikanten Einfluss auf das Erfahren von posttraumatischem Wachstum auf. Die Hypothese 2a, dass Partner und Partnerinnen positive persönliche Veränderungen erfahren, wenn sie über adaptive Bewältigungsstrategien verfügen, muss somit zurückgewiesen werden.

Dieses Ergebnis deckt sich *nicht* mit den Ergebnissen der Forschungsarbeit von Znoj (2008). Darin war ein deutlicher Zusammenhang der Bewältigungsstrategien und des posttraumatischen Wachstums zu finden. Die adaptiven Bewältigungsstrategien „Autokontrolle“ und „Ausdruck“ lösten bei den Lebensgefährten und Lebensgefährtinnen einen positiven Entwicklungsprozess aus. Wie Znoj postulierte, kommt es darauf an, ob die Angehörigen Hauptbetreuungspersonen sind und ob ihnen genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Frage, ob dies in der vorliegenden Studie so ist, bleibt offen.

Eine weitere Erklärung für die nicht signifikanten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wären, dass die Krebsdiagnose der Partnerin nicht ausreicht, damit auch für den Nicht-

Betroffenen existenzielle Fragen ausgelöst werden. Ihre Welt ist zu wenig „gebrochen“, so dass sie posttraumatisches Wachstum erfahren könnten.

Beeinflussen soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Einkommen und Bildungsabschluss das Erfahren von Wachstum bei Patienten?

Die Variable „Geschlecht“ hat einen signifikanten Einfluss auf das Erfahren von posttraumatischem Wachstum, dabei scheinen Frauen nach einem traumatischen Erlebnis häufiger zu wachsen als Männer. Die Hypothese 3a kann somit vorläufig angenommen werden.

Dieses Ergebnis deckt sich *nicht* mit den früheren Forschungsarbeiten, in denen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede des Wachstums aufgezeigt werden konnten. Es könnte jedoch ein Anzeichen dafür sein, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf traumatische Ereignisse reagieren. Das Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) beinhaltet im Schnitt viele „weiche“ Items mit emotionalen und selbstreflektierten Bezügen, die von Frauen oft ungehemmter positiv beantwortet werden könnten. Die Itemnr. 19 „Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte“ ist so ein Beispiel. Stark zustimmende Reaktionen auf ein solches Item könnten vielen Männern im Verlauf ihrer genderspezifischen Sozialisation als „unmännlich“ abgewöhnt worden sein.

Die Einflussgrösse „Alter“ weist ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf das Erfahren von positiven persönlichen Veränderungen auf: Jüngere Menschen wachsen signifikant häufiger als Ältere. Die Hypothese 3b kann somit ebenfalls vorläufig angenommen werden. Es ist denkbar, dass jüngere Menschen der Veränderung und Lernerfahrung des Prozesses offener gegenüberstehen als ältere Menschen, die vielleicht ihre Lektion des Lebens schon gelernt haben.

Ein negativer Einfluss der Variablenausprägung „tiefes Bildungsniveau“ deutet sich zwar an, wird aber nicht signifikant. Ein negativer Zusammenhang weist auch die Variablenausprägung „hohes Einkommen“ auf, erreicht jedoch ebenfalls keine Signifikanz. Die Hypothese 3c, dass der sozioökonomische Status keinen Einfluss auf das Erfahren von Wachstum hat, kann somit vorerst angenommen werden.

Beeinflussen soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss das Erfahren von Wachstum bei Partnern und Partnerinnen?

Die Variablenausprägung „tiefes Bildungsniveau“ hat einen deutlich positiven Einfluss auf das Erfahren von persönlichen Veränderungen der Partner und Partnerinnen. Personen mit Pflichtschulabschluss bzw. einer Anlehre erfahren häufiger Wachstum als solche mit höheren Bildungsabschlüssen. Die Hypothese 4a, dass das Bildungsniveau keinen Einfluss auf das Erfahren von Wachstum hat, muss zurückgewiesen werden.

Der möglichen Erklärung dieses Ergebnisses sollen vorgängig ein paar Gedanken zum Lernprozess folgen: In einer Ausbildung findet man sich häufig mit Situationen konfrontiert, die die eigenen Fähigkeiten, den Wissenstand übersteigen. Dies stellt eine Herausforderung und Notwendigkeit dar, neue Modelle und Strategien zu entwickeln. Indem man neue Perspektiven einnimmt und entwickelt, kommt es zu einer Erweiterung der „eigenen Weltkarte“, die wiederum auch den eigenen Wissensstand relativiert. Bildungsarbeit beinhaltet auch den Sinn einer Sache zu erkennen, den man auf den ersten Blick nicht sieht. Zudem wird im Rahmen einer Ausbildung mit der Zeit ein abstraktes Wissen gebildet, das losgelöst ist von konkreten Situationen und Wörtern.

Relativ gebildete Menschen dürften aufgrund ihrer Lern- und Erfahrungsprozesse während der Ausbildung, das Konzept der Rumination, welches Denkaktivitäten wie Situationsanalyse, Sinnfindung und kognitive Reinterpretation beinhaltet, integriert haben. Dies hat ihnen möglicherweise schon bei früheren Gelegenheiten Wachstumsprozesse ermöglicht, so dass entsprechend ein geringeres verbliebenes Potenzial in diese Richtung besteht.

Weniger gebildete Menschen sind weniger geübt im Finden und Entwickeln von neuen Strategien und Perspektiven, um Erklärungen zu finden. Das Ruminieren über das Erlebte und dessen Folgen beginnt somit möglicherweise erst durch die Konfrontation mit einem Ereignis, wobei sie merken, dass ihre gewohnte Art mit Schwierigkeiten umzugehen, herausgefordert ist und möglicherweise nicht mehr reicht. Als Folge davon entwickeln sie neue Möglichkeiten und Perspektiven und berichten somit häufiger von persönlichen Veränderungen.

Ein negativer Einfluss der Variable Geschlecht deutet sich zwar an, wird aber knapp nicht signifikant. Das Alter weist ebenfalls einen negativen Zusammenhang auf, erreicht jedoch keine Signifikanz. Die Hypothesen 4b und 4c müssen somit abgelehnt werden.

Stellt das Krankheitsstadium einen objektiv wichtigen Einflussfaktor für posttraumatisches Wachstum dar?

Dem Parameter „Krankheitsstadium II und III“ kann der erwartete signifikant positive Einfluss auf das posttraumatische Wachstum nicht zugestanden werden. In der Tendenz zeigen die Ergebnisse sogar, dass je eher sich eine Person im Krankheitsstadium II und III befindet, desto *weniger* erfährt sie positive persönliche Veränderungen. Die Hypothese 5a muss somit zurückgewiesen werden.

Dieses Resultat deckt sich *nicht* mit der Untersuchung von Lechner et al. (2003), in der Bedeutungs- und Sinnfindung der Krebserkrankung am häufigsten bei Menschen auftrat, die sich in den mittleren Krankheitsstadien II und III befanden und deren Prognose eher ungewiss war. Die „Ungewissheit“ der Prognose bei Befragten der vorliegenden Studie, die die Stadien II und III mit sich bringen, wirkt sich scheinbar eher ungünstig auf das Erfahren von posttraumatischem Wachstum aus.

In einer modernen Gesellschaft, die sich um relativ frühe Krebserkennung bemüht, deckt sich die Krebsdiagnose häufig mit der ersten Phase der Erkrankung, in der erste Symptome entdeckt und die Diagnose wahrgenommen wird. Diese wird von betroffenen Personen zumeist als schockartiges Erlebnis beschrieben. Auch die Patienten und Patientinnen der vorliegenden Arbeit wurden auf diese Weise mit einer völlig neuartigen Realität konfrontiert, so dass ihre bisherigen Grundüberzeugungen wahrscheinlich hinterfragt werden mussten und der Weg für positive persönliche Veränderungen bereits in der ersten Krankheitsphase vorgelegt werden konnte. Es ist anzunehmen, dass das vierte Stadium im Kontext einer Krebserkrankung von verschiedenen Ängsten geprägt ist. Angst vor dem Unbekannten oder davor Familie und Freunde zu verlieren sind nur zwei von vielen. Die unmittelbare Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod kann dazu beitragen, eine Antwort auf existenzielle Sinnfragen zu finden. Den Patienten und Patientinnen der vorliegenden Untersuchung könnte es demnach möglicherweise gelungen sein, der Krankheit eine sinnvolle Funktion zugewiesen zu haben oder den Verlust von individuellen Lebenszielen zu verarbeiten, indem diese z.B. durch neue ersetzt wurden.

5.4. Stärken und Schwächen dieser Studie

Eine Stärke dieser Untersuchung ist, dass sie, wie auch die Rahmenstudie, die soziale Dimension von Krebs aufgreift, indem sie die Partner und Partnerinnen der Betroffenen mituntersucht hat. Auch die Lebensgefährten und Lebensgefährtinnen befinden sich auf

einer Gratwanderung zwischen Unterstützung und Trösten des Partners einerseits und Zulassen und Annehmen von eigenen belastenden Gefühlen andererseits.

Eine Schwäche der hier vorliegenden Arbeit ist hingegen, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung, als möglicher Einflussfaktor für posttraumatisches Wachstum nicht miteinbezogen wurde. Diese hätte anhand des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU), der im verwendeten Datensatz miteinbezogen wurde, untersucht werden können. Der Fragebogen mit seinen Skalen zur sozialen Unterstützung misst den direkten oder indirekten Einfluss der sozialen Unterstützung auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung und/oder des posttraumatischen Wachstums. Wie man aus vorgängigen Studien weiss, kann die soziale Unterstützung jedoch auch negative Effekte haben, indem regressive Gefühle intensiviert werden können, die der Krankheitsverarbeitung nicht förderlich sind. Wie sich soziale Unterstützung auf das Erfahren von Wachstum auswirkt, ist ein wichtiger und interessanter Gegenstand für künftige Untersuchungen.

Personen mit fortgeschrittenem Krankheitsstadium (II und III) weisen in der vorliegenden Studie im Schnitt weniger posttraumatisches Wachstum auf. Ob sie auch über vermehrt negative Affekte und verschlechterte kognitive Funktionen verfügen, wie es in der Studie von Tomich und Helgeson (2004) der Fall ist, könnte anhand der *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)* festgestellt werden.

Der verwendete Datensatz beinhaltet keine Kontrollmöglichkeit der sozialen Erwünschtheit bei selbstberichteten Angaben zu Bewältigungsstrategien und des posttraumatischen Wachstums.

Bei vergleichbaren Datenerhebungen dürfte es demnach sinnvoll sein, die soziale Erwünschtheit anhand der Crowne-Marlow-Scale (1960) oder einer funktional entsprechenden Skala mit modernisiertem Itembestand zu erfassen und so in Auswertungen als Kontrollvariable einzusetzen. Die Soziale-Erwünschtheits-Skala dient der Erfassung einer positiven Selbstdarstellung im Sinne einer möglichen Verfälschungstendenz. Verzerrungen der selbstberichteten Angaben könnten somit reduziert bzw. objektiviert werden, wobei auch ein Instrument wie die Crowne-Marlow-Scale, soziale Erwünschtheit kaum vollständig oder erschöpfend ausschliessen kann.

Als weitere Einschränkung des verwendeten Datensatzes ist der Datenverlust bei der Variable „Einkommen“ zu betrachten. Die anzukreuzenden Kategorien mögen durch die Vereinfachung sinnvoll sein und können zum Vorteil haben, dass es weniger fehlende Werte hat. Durch eine metrische Erfassung jedes einzelnen Einkommens hätte der hohe Informationsgehalt jedoch beibehalten werden können und eine Dichotomisierung der Variable wäre vermeidbar gewesen.

5.5. Implikationen für die Praxis

Patienten und Angehörige erwarten von den Ärzten oft Rat, wie sie denn die Erkrankung am besten bewältigen können. Soll man als Patient versuchen, eher eine kämpferische oder eine akzeptierende Haltung einzunehmen? Soll man als Angehöriger die erkrankte Partnerin so viel wie möglich aktivieren oder eher trösten? Auf diese Fragen allgemeingültige Antworten zu geben, ist wohl ein Ding der Unmöglichkeit, da es für den Umgang mit schwerer Krankheit immer individuelle Aspekte des besten Bewältigungsverhaltens geben wird.

Die vorliegende Arbeit demonstriert einen eindeutigen, positiven Einfluss der Bewältigungsstrategie „Ausdruck“ auf das Erfahren von positiven persönlichen Veränderungen. Dieses Ergebnis könnte - denkbare Implementationsform für die Praxis - in eine Patienten- und Angehörigenbroschüre aufgenommen werden. Eine solche Broschüre könnte über adaptive wie maladaptive Bewältigungsstrategien mit ihren Vor- und Nachteilen informieren und verschiedene kreative Ausdrucksmöglichkeiten aufzeigen. Im Hinblick auf die Bewältigungsstrategie „Ausdruck“ wären dies z.B., sich mit Familie und Freunden austauschen, emotionale Ereignisse aufschreiben oder aufzeichnen sowie soziale Kontakte pflegen.

Der psychoonkologischen Beratung und Betreuung während der verschiedenen Krankheitsphasen kommt grosse Bedeutung zu. Durch eine in den Gesprächen erprobte emotionale Unterstützung, lässt sich für die Betroffenen die Möglichkeit realisieren, Gefühle zum Ausdruck zu bringen und sich auszusprechen. Dies kann auch eine wertvolle Entlastung für die Angehörigen bedeuten, insbesondere wenn sie Hauptbetreuungsaufgaben wahrnehmen und durch die Lebensumstellung ebenfalls belastet sind.

Die Tatsache, dass auch die als maladaptiv bezeichnete Bewältigungsstrategie „Vermeiden“ posttraumatisches Wachstum ermöglichen kann, eröffnet für die psychoonkologische Betreuung eine relativ neue Perspektive und zeigt auf, dass die Formen der Bewältigung sehr individuell und dabei durchaus effizient sein können. Adaptive Copingstrategien werden wohl weiterhin als generell wünschenswerte Bewältigungsformen betrachtet werden, das Ergebnis der vorliegenden Arbeit mag jedoch in der psychoonkologischen Behandlung helfen, die vermeidende Bewältigungsstrategie der Betroffenen besser zu verstehen.

Das Verständnis von den Einflussfaktoren und dem Prozess von posttraumatischem Wachstum, nach einem traumatischem Erlebnis wie einer Krebsdiagnose, bedarf weiterer empirischer Forschung. Nur so kann ein ganzheitliches Verständnis dieses Phänomens erreicht werden. Der Blick für potenzielle positive persönliche Verän-

derungen nach einer Krebsdiagnose kann auch die psychoonkologische Behandlung und Betreuung von Krebsbetroffenen bereichern, indem die Wachstumsperspektive in die psychologischen Gespräche integriert wird.

6. Abstract

Im Rahmen einer Längsschnittstudie wird der Einfluss zweier adaptiver sowie zweier maladaptiver Bewältigungsstrategien auf posttraumatisches Wachstum bei Krebs-erkrankten und deren Partner untersucht. Zusätzlich werden soziodemographische Daten und bei Betroffenen das Krankheitsstadium miteinbezogen. 218 Betroffene und 142 Lebensgefährten werden zu zwei Messzeitpunkten untersucht. Erhebungsinstrumente sind der Fragebogen zur Emotionsregulation (EMOREG) nach Znoj und das Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) von Tedeschi und Calhoun. Die adaptive Bewältigungsstrategie „Ausdruck“ und die maladaptive Strategie „Vermeiden“ haben bei Betroffenen einen signifikant positiven Einfluss auf das Wachstum. Weibliche sowie jüngere Personen erfahren, unabhängig ihres Copingstils, häufiger Wachstum. Die Variablenausprägungen „tiefes Bildungsniveau“ und „Krankheitsstadium II und III“ erreichen keine Signifikanz. Bei den Partner und Partnerinnen kann kein Zusammenhang zwischen Copingstilen und Wachstum festgestellt werden. Die Variablenausprägung „tiefes Bildungsniveau“ hat bei den Partnern einen signifikant positiven Effekt auf posttraumatisches Wachstum. Das Miteinbeziehen dieser Ergebnisse könnte sich in der psychoonkologischen Betreuung und bei der Hypothesenbildung für einschlägige, umfassendere Forschungsprojekte lohnen.

7. Literaturverzeichnis

- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 900-922.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development*. New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine, 36*, 725-733.
- Aymanns, P. & Filipp, S.-H. (1998). Soziale Wahrnehmungsprozesse als Vorläufer sozialer Unterstützung bei Krebspatienten. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*, 131-140. Stuttgart: Schattauer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. In U. Koch (Hrsg.), *Psychologie der Medizin*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Beutel, M. & Muthny, F. (1988). Konzeptionalisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung – Hintergrundtheorien, Methodenprobleme und künftige Möglichkeiten. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 38*, 19-27.
- Braukmann, W. & Filipp, S. H. (1984). Strategien und Techniken der Lebensbewältigung. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. Bd.6. Bern: Hans Huber.
- Bühl, A. (2006). *SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse* (10. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Buser, K. (2006). Einteilung und Klassifikation maligner Tumoren. In A. Margulies, K. Fellingner, Th. Kroner & A. Gaisser (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege*. Heidelberg: Springer Verlag.

- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. Authors`Response. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cheng, C. & Cheung, M. W. L. (2005). Cognitive processes underlying coping flexibility: Differentiation and integration. *Journal of Personality*, 73, 859–886.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R. & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Coyne, J. C., Ellard, J. H & Smith, D.A.F. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B. R, Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (Eds.), *Social Support: An Interactional View*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Davis, C.G, Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and social Psychology*, 75, 561-574.
- Dolan, Frances. E. (2000). „Introduction“ in Shakespeare. *As you like it*. New York: Penguin Books.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Fellenberg, F. (2000). *Bewältigungsprozesse bei Krebs. Eine Verlaufsuntersuchung an 13 Einzelfällen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-21.
- French, J. R., Rodgers, W. & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. In: Coelho, G.V., Hamburg, D. A. & Adams, J. E. (Hrsg.), *Coping and adaption*. New York: Basic Books.

- Freud, A. (1959). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler.
- Gaus, E. & Köhle, K. (1990). Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei körperlichen Erkrankungen. In: *Uexküll Tv Psychosomatische Medizin, 4. Auflage*. München, Wien, Baltimore: Urban u. Schwarzenberg.
- Haan, N. (1977). *Coping and Defending. Processes of Self-Environment Organization*. New York: Academic Press.
- Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es ein geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 38*, 8-18.
- Heim, E., Augustiny, K. F., Blaser, A. & Schaffner, L. (1991). *Berner Bewältigungsformen (BEFO), Handbuch*. Bern: Hans Huber.
- Janoff-Bulman, R. & Schwartzberg, S. (1991). Toward a general model of personal change. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*, 488-508. New York: Pergamon.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and social Psychology, 37*, 1-11.
- Krohne, H. W. (1996). *Angst und Angstbewältigung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Laux, L. & Weber, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K. R. Scherer (Ed.), *Psychologie der Emotionen*, 560-629. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 237-247.
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K. & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology, 12*, 491-99.
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst.

- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47(3), 153-162.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 41-48.
- Manne, S., Ostroff J., Winkel G., Goldstein L., Fox K. & Grana G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Martin, L. L & Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In: Uleman J. S & Bargh J. A (Eds.), *Unintended thought* (306-326). New York: Guilford.
- McCrae, R. R. (1982). Age specific differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 37, 454-460.
- Nolen-Hoeksema, S. (1993). Sex Differences in Control of Depression. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of Mental Control*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Northouse L. L. (1995). The impact of cancer in women on the family. *Cancer Practice*, 3, 134–142.
- O’Leary, V. E & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women’s health. *Women’s health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.
- Park C. L., Cohen L. H. & Murch R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 73-105.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research & Therapy*, 31(6), 539-548.
- Rüger, U., Blomert, A.G. & Förster, W. (1990). Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze und Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1257–1264.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects on optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 201-228.
- Schulz, P. (2005). Stress- und Copingtheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C, Theorie und Forschung. Serie 10, Gesundheitspsychologie*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Schulz, P. & Schönplflug, W. (1982). Regulatory activity during states of stress. In H.W. Krohne & L. Laux (Hrsg.), *Achievement, stress and anxiety*. New York: Hemisphere.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Stanton, A. L., Bower, J. E. & Low, C. A. (2006). Posttraumatic Growth After Cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.
- Taylor, S. E. & Armor, D.A. (1996). Positive Illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, *64*, 873-898.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*, 1-18.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and social Behavior (Extra issue)*, 53-79.
- Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, *23*, 16-23.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaption to life*. Boston: Little & Brown.

- Weidner, G. & Collins, R. L. (1993). Gender, coping, and health. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance. Strategies of coping with aversiveness*. Seattle: Hogrefe und Huber.
- Weis, J. & Koch, U. (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart: Schattauer.
- Weis, J. B. (2002). *Leben nach Krebs. Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung*. Bern: Hans Huber.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 268-268.
- Westbrook, M. T. (1979). A classification of coping behavior based on multidimensional scaling of similarity ratings. *Journal of clinical Psychology*, 35, 407-410.
- Wooldridge, J. M. (2003). *Introductory econometrics: a modern approach*. Mason: Thomson South-Western.
- Zeidner, M. & Saklovske, D. (1996). Adaptive und Maladaptive Coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, 505-531. New York: Wiley.
- Znoj, H. J. (2008). *Regulation emotionaler Prozesse in Psychotherapie und Verhaltensmedizin*. Bern: Peter Lang.
- Zöllner, T., Calhoun L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell in Anlehnung an Lazarus (1984)	5
--	---

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Stadien I - IV	20
Tabelle 2: Eckdaten der Stichprobe Patienten und Patientinnen	22
Tabelle 3: Stichprobe nach Drop out Patienten und Patientinnen	23
Tabelle 4: Eckdaten der Stichprobe Partner und Partnerinnen	23
Tabelle 5: Stichprobe nach Drop out Partner und Partnerinnen	24
Tabelle 6: Anteilsverteilung <i>Autokontrolle</i> Patienten und Patientinnen	25
Tabelle 7: Anteilsverteilung <i>Autokontrolle</i> Partner und Partnerinnen	25
Tabelle 8: Anteilsverteilung <i>Ausdruck</i> Patienten und Patientinnen	26
Tabelle 9: Anteilsverteilung <i>Ausdruck</i> Partner und Partnerinnen	26
Tabelle 10: Anteilsverteilung <i>Vermeiden</i> Patienten und Patientinnen	27
Tabelle 11: Anteilsverteilung <i>Vermeiden</i> Partner und Partnerinnen	27
Tabelle 12: Anteilsverteilung <i>Verzerren</i> Patienten und Patientinnen	28
Tabelle 13: Anteilsverteilung <i>Verzerren</i> Partner und Partnerinnen	28
Tabelle 14: Anteilsverteilung <i>positive persönliche Veränderungen</i> Patienten und Patientinnen	29
Tabelle 15: Anteilsverteilung <i>positive persönliche Veränderungen</i> Partner und Partnerinnen	29
Tabelle 16: Bivariate Korrelationen Patienten	31
Tabelle 17: Bivariate Korrelationen Partner	31
Tabelle 18: Modelle 1-3 <i>posttraumatisches Wachstum</i> Patienten und Patientinnen	32
Tabelle 19: Modell 1 <i>posttraumatisches Wachstum</i> Partner und Partnerinnen	34

10. Anhang

10.1. Fragebogen zur Emotionsregulation (EMOREG)

Krankheitsverarbeitung

Wir wissen aus Gesprächen mit Krebspatienten, dass im Umgang mit dieser Krankheit sehr verschiedene Gefühle, Gedanken und Handlungen auftreten.

*Bitte kreuzen Sie an, was Sie **in den letzten 7 Tagen** normalerweise taten und wie Sie sich fühlten.*

	stimmt überhaupt nicht			stimmt genau		
1. Ich habe neue Wege des Denkens und Handels ausprobiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin Gedanken, die mich in Stress versetzen, aus dem Weg gegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe wichtige soziale Beziehungen abgebrochen, um Scham- oder Peinlichkeitsgefühle zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe andere wissen lassen, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe meine starken Gefühle klar ausgedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe sorgfältig alles abgewogen, wenn ich eine harte Entscheidung fällen musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe ausführlich über emotional wichtige Themen gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe übertrieben emotional reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe gut entscheiden können, ob ich im Moment das Wohl der Gemeinschaft oder meine persönlichen Bedürfnisse in den Vordergrund stellen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ich bin mir meiner Stärken und Schwächen bewusst gewesen und habe mich in den meisten Situationen kompetent gefühlt.	<input type="checkbox"/>					
11. Ich habe sowohl gewusst, wann ich mir Sorgen machen muss, als auch, wann ich eine Sache auf sich beruhen lassen kann.	<input type="checkbox"/>					
12. Ich habe mit einer engen Freundin / einem engen Freund über Themen gesprochen, die sehr stressvoll für mich sind.	<input type="checkbox"/>					
13. Ich habe die Nase schnell voll gehabt und eine Beziehung / Bekanntschaft abgebrochen, wenn mich was geärgert hat.	<input type="checkbox"/>					
14. Ich habe mich nach Möglichkeit abgelenkt, um schmerzhaft Gefühle zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>					
15. Ich habe Dinge falsch oder verzerrt wahrgenommen, oder nicht richtig verstanden, was andere meinen.	<input type="checkbox"/>					
16. Ich habe mich <u>sowohl</u> entspannen, <u>als auch</u> harten Einsatz leisten können.	<input type="checkbox"/>					
17. Ich habe mich so benommen, dass ich und wichtige andere Bezugspersonen einander auf der gleichen Ebene mit Wertschätzung behandelt haben.	<input type="checkbox"/>					

18. Ich habe Erinnerungen aus der Vergangenheit mit der Gegenwart und mit Zukunftserwartungen vermischt.	<input type="checkbox"/>					
19. Ich habe hart gearbeitet, aber mir auch Ruhe gegönnt.	<input type="checkbox"/>					
20. Ich bin ruhelos gewesen und habe mich ständig beschäftigt, damit keine unangenehmen Gefühle und Gedanken aufkommen.	<input type="checkbox"/>					
21. Ich habe mich selbst und / oder andere ständig beobachten müssen.	<input type="checkbox"/>					
22. Ich habe mich missverstanden gefühlt und deshalb aggressiv auf andere reagiert.	<input type="checkbox"/>					

23. Ich habe Spannungen vermieden, indem ich bestimmten sozialen Ereignissen aus dem Weg gegangen bin.	<input type="checkbox"/>					
24. Ich habe auf mich und meine Fähigkeiten vertrauen können.	<input type="checkbox"/>					
25. Ich habe sorgfältig entschieden, auch wenn die Situation komplex war.	<input type="checkbox"/>					
26. Ich habe mich darum bemüht, meine Gedanken anderen mitzuteilen.	<input type="checkbox"/>					

10.2. Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)

Persönliche Veränderungen

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, ob sich **aufgrund der Erkrankung** bestimmte Dinge in Ihrem Leben verändert haben.

	gar nicht	kaum	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
1. Ich habe neue Vorstellungen darüber was im Leben wichtig und vorrangig ist.	<input type="checkbox"/>					
2. Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wichtig mir mein Leben ist.	<input type="checkbox"/>					
3. Ich entwickelte neue Interessen.	<input type="checkbox"/>					
4. Ich entwickelte ein Gefühl des Selbstvertrauens.	<input type="checkbox"/>					
5. Ich habe jetzt ein größeres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.	<input type="checkbox"/>					
6. Ich weiß jetzt, dass ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann.	<input type="checkbox"/>					

7. Ich beschritt einen neuen Weg in meinem Leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
8. Ich entwickelte einen Sinn für die Verbundenheit mit Anderen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
9. Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10. Ich weiß jetzt, dass ich mit Schwierigkeiten umgehen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11. Ich fange mehr mit meinem Leben an.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
12. Ich bin mehr in der Lage, die Wendungen zu akzeptieren, die die Dinge nehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
13. Ich würdige jeden Tag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
14. Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
15. Ich habe mehr Mitgefühl mit Anderen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
16. Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
17. Ich bin mehr dazu geneigt, Dinge zu verändern, die geändert werden müssen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
18. Ich habe einen stärkeren religiösen oder spirituellen Glauben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
19. Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
20. Ich erfuhr eine Menge darüber, wie gut Menschen sind.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
21. Ich akzeptiere, dass ich Andere brauche.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: