

Kann Coping belasten? Bewältigungsstrategien bei Mann und Frau

Friederike Kendel, Sonja Böhmer, Monika Sieverding, Berlin

Dichotome Modelle zur Beschreibung von Geschlechtsunterschieden erfreuen sich in jüngster Zeit wieder zunehmender Beliebtheit. Aber reagieren Männer auf Stress tatsächlich mit problemorientierten Strategien, Frauen hingegen emotionsorientiert? Vor dem Hintergrund einer schweren Operation stellen sich die Geschlechtsunterschiede wesentlich komplexer dar.

Einleitung

„Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being.“

(Lazarus & Folkman, 1984, S. 19)

Eine Krebserkrankung, verbunden mit einer Operation, ist ein starker Stressor, der mit physischer Bedrohung, körperlichen Einschränkungen und Ungewissheit über die Zukunft einhergeht. Die Einschätzung der Situation und der Konsequenzen, die die Erkrankung für das eigene Leben hat, sind individuell sehr verschieden. Ähneln sich Männer und Frauen in ihrem Erleben und in ihren Reaktionen, wenn sie mit einer schweren Erkrankung konfrontiert sind – oder führt die Bedrohung durch die Tumoroperation zu spezifischen Verhaltensmustern, so dass Unterschiede erst deutlich hervortreten?

Die Erforschung von Geschlechtsunterschieden ist aus verschiedenen Gründen wichtig: Unterschiede im Bewältigungsverhalten können eine Folge von geschlechtsspezifischen Sozialisationserfahrungen sein, es könnte jedoch auch sein, dass umgekehrt ein unterschiedli-

ches Bewältigungsverhalten zu Geschlechtsunterschieden führt, welche bei einer Reihe von stressabhängigen physischen und psychischen Störungen beobachtet werden (Ptacek et al., 1992; Solomon & Rothblum, 1986). Forschungsbefunde zu dieser Problematik haben zu Theorien geführt, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von affektiven Störungen mit Unterschieden im Bewältigungsverhalten erklären (Miller & Kirsch, 1987). So sieht beispielsweise Nolen-Hoeksema (2001) die Ursache für die höhere Depressionsrate von Frauen in einer stärkeren Tendenz von Frauen zu Ruminaton (Kreisen um den Stressor).

Die transaktionale Stresstheorie von Lazarus (1966) hat zahlreiche Stressforscher inspiriert und Begriffe geprägt. Stress entsteht demnach aus dem Wechselspiel zwischen dem Menschen und seiner Umgebung. Dieses Wechselspiel wird durch die kognitiven Bewertungsprozesse, die in einer Situation entstehen, bestimmt. Kern dieser Theorie sind also die fortlaufenden Prozesse der Bewertung und die daraus resultierenden Bewältigungsanstrengungen (*Coping*). Nach Lazarus und Launier (1978) können Bewältigungsanstrengungen unternommen werden, um das zugrundeliegende Problem zu verändern (problemorientierte Strategien) oder um Emotionen, die durch den Stressor entstehen, zu regulieren (emotionsorientierte Strategien). Emotionsorientierte Strategien überwiegen, wenn eine Person davon ausgeht, dass die zugrunde liegende Situation nicht veränderbar ist oder die Ressourcen für eine Veränderung fehlen. Bei einer schweren Erkrankung etwa kann das Bemühen, die Ereignisse positiv umzudeuten – eine emotionsorientierte Strategie –, an Bedeutung gewinnen.

Problemorientierte Bewältigung zielt dagegen auf eine direkte Verringerung

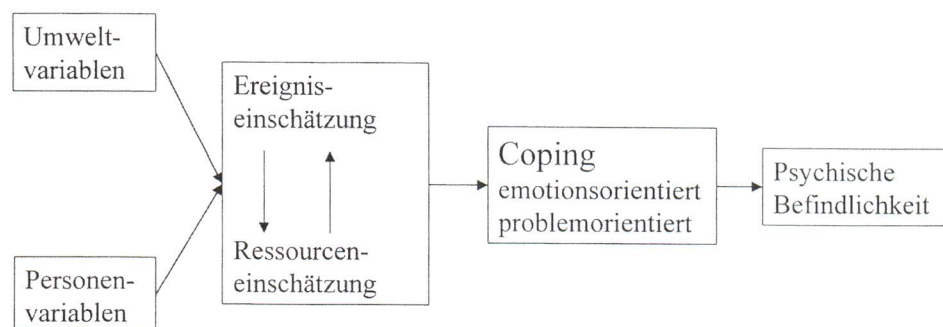


Abb. 1: Stress und Coping aus transaktionaler Perspektive

Fachbeitrag

von Anforderungen oder auf eine Erweiterung der Ressourcen. Diese Strategie dominiert, wenn Personen den Eindruck haben, sie könnten eine Situation verändern und konstruktiv handeln (Lazarus & Folkman, 1984). Eine problemorientierte Strategie wäre beispielsweise eine konkrete Bitte um Unterstützung oder die genaue Planung der Zukunft. Die Mehrzahl der Stressoren ruft sowohl emotionsorientierte als auch problemorientierte Bewältigung hervor. Man kann daher nur von Dominanzen der einen oder anderen Bewältigungsstrategie sprechen. Außerdem lassen sich nicht alle Strategien, die eingesetzt werden, eindeutig entweder emotionsorientiertem oder problemorientiertem Coping zuordnen. Soziale Unterstützung beispielsweise kann gesucht werden, um Emotionen besser regulieren zu können, d. h. um Trost und Verständnis zu bekommen. Dahinter kann jedoch auch der Wunsch nach instrumenteller Unterstützung stehen, die für die Bewältigung eines konkreten Problems benötigt wird (Carver et al., 1989; Vitaliano et al., 1985). Es gibt einige Hinweise darauf, dass problemorientiertes Coping mit geringerer Wahrscheinlichkeit zu Depressionen führt als emotionsorientiertes Coping (Billings & Moos, 1981). Andere Forschungsergebnisse legen nahe, dass die Adaptivität dieser Strategien vor allem von der subjektiv wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der Situation abhängt (Lazarus & Folkman, 1984).

Emotionsorientierte und problemorientierte Bewältigung im Geschlechtervergleich

Allgemein wird angenommen, dass Männer mehr problemorientierte Strategien einsetzen und von diesen mehr profitieren als Frauen. Umgekehrt sollen Frauen mehr emotionsorientierte Strategien benutzen und von diesen auch mehr profitieren als Männer (Stone & Neale, 1984). Unterstützung erfährt diese Annahme z. B. durch eine Metaanalyse von Taylor (2000), die zu dem Ergebnis kommt, dass die diesbezügliche Diskrepanz zwischen Männern und Frauen evolutionsbiologisch begründet sei: Frauen hätten über die primäre physiologische Stressreaktion hinaus, für die Cannon (1932, zitiert nach Taylor et al., 2000) den Begriff „fight-and-flight“

prägte, andere Strategien entwickeln müssen, um ihren Nachwuchs und sich selbst nicht zu gefährden.

Billings und Moos (1981) konnten diesen Geschlechtsunterschied in Bezug auf Stressreaktionen in einer Studie mit gesunden Erwachsenen nur teilweise bestätigen. Frauen berichteten häufiger emotionsorientierte Strategien als Männer. Männer und Frauen unterschieden sich jedoch nicht, was die Wahl von problemorientierten Bewältigungsstrategien betraf. Viney und Westbrook (1982) führten eine Studie mit chronisch kranken Patienten durch und baten sie, verschiedene Copingstrategien in eine Rangfolge zu bringen. Hier setzten Männer häufiger als Frauen Strategien an die erste Stelle, die dem Konzept der problemorientierten Bewältigung entsprachen.

Andere Forscher haben die oben beschriebenen Geschlechtsunterschiede nicht gefunden. So bezeichnen Carver, Scheier und Weintraub (1989) den höheren Alkohol- und Drogenkonsum bei Männern als emotionsorientierte Strategie; andere Forscher finden überhaupt keine Geschlechtsunterschiede (Hamilton & Fagot, 1988).

Die Ergebnisse sind also inkonsistent. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass die Definitionen der Kategorien emotions- bzw. problemorientiert teilweise erheblich voneinander abweichen. Die Befunde wurden überwiegend mit verschiedenen Messinstrumenten und an verschiedenen Stichproben erhoben und sind somit nur schwer vergleichbar.

Depressivität im Geschlechtervergleich

Wie hängen Bewältigungsstrategien und Depressivität zusammen? Frauen leiden etwa doppelt so häufig an depressiven Störungen wie Männer. Dieser Befund ist unabhängig von der Art der Messung, d. h. ob Depression über das Ausmaß der depressiven Symptome erfasst wird oder über diagnostizierte unipolare depressive Störungen (Kessler et al., 1993; Nolen-Hoeksema, 1990, 1995). Außerdem scheint er über verschiedene Länder relativ konsistent zu sein, wie sich aus einer Metaanalyse von Nolen-Hoeksema (1987) ergibt. Ein Ergebnis dieser Analyse ist auch, dass Frauen in ihren Reaktionen auf Stressereignisse mehr zu Ex-

tremen neigen und eine höhere Fluktuation in ihren Reaktionen zeigen. Für den Geschlechtsunterschied bei Depressionen gab es vielfältige Erklärungsversuche, ein Forschungsfokus liegt heute auf der Rolle von kognitiven Faktoren. Eine wichtige Darstellung stammt von Nolen-Hoeksema (2001). Ihr zufolge ist das Übergewicht von Frauen bei der Depressionsrate zumindest teilweise eine Funktion der Differenzen im Copingstil. Nolen-Hoeksema meint, dass mehr Frauen als Männer bei der Bewältigung von Stress ein ruminatives und selbstbezogenes Bewältigungsverhalten zeigen, während Männer eher dazu neigen, sich abzulenken und die depressive Stimmung zu dämpfen.

Fragestellungen

Aus diesen Ausführungen ergeben sich folgende Fragestellungen:

Tendieren Männer angesichts einer schweren Erkrankung und Operation mehr zu problemorientierten Strategien, Frauen hingegen mehr zu emotionsorientierten Strategien? Wie verändern sich die Bewältigungsbemühungen im zeitlichen Verlauf?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Coping und Depressivität? Profitieren Frauen von einem erhöhten Einsatz von emotionsorientierten Strategien, wohingegen sich bei Männern der Einsatz von problemorientierten Strategien günstig auf die Depressivitätswerte auswirkt?

In Einklang mit der Literatur erwarteten wir für Frauen insgesamt höhere Depressivitätswerte.

Methode

Stichprobe

Die Daten für diese Studie wurden von Mai bis Oktober 2001 auf chirurgischen Stationen von vier Berliner Kliniken im Rahmen des interdisziplinären Forschungsprojektes „Krankheitsverarbeitung, perioperativer Stress und Lebensqualität von Tumorpatienten und ihren Angehörigen“ erhoben. 384 Patienten (222 Männer, 162 Frauen) die sich wegen eines malignen Tumors im Gastrointestinaltrakt einer Operation unter-

zogen, beantworteten etwa 3 Tage vor der Operation einen Fragebogen. Eine zweite Befragung folgte eine Woche nach der Operation, eine dritte einen Monat nach der Operation. Die folgenden Auswertungen beschränken sich in Hinblick auf die Fragestellung auf den ersten und dritten Messzeitpunkt (im Folgenden t2). In die Analyse wurden N = 133 Patienten (58.6 % Männer), die zu beiden Messzeitpunkten den Fragebogen ausgefüllt hatten, einbezogen. Das Durchschnittsalter betrug bei den Männern M = 62 Jahre (SD = 10.61; Bereich = 31 – 86). Bei den Frauen lag das Durchschnittsalter bei M = 61 Jahren (SD = 14.40; Bereich = 19 – 86).

Messinstrumente

Problemorientierte Bewältigung

Personen, die problemorientiert bewältigen, setzen sich direkt mit dem Stressor auseinander. Beispiele für diese Skala, sind: „Ich habe mich bemüht, etwas an meiner Situation zu ändern.“ oder: „Ich habe mir genau überlegt, wie es weitergehen soll.“ Die Skala enthält insgesamt acht Items. Sechs Items stammen aus dem „Brief COPE“ (Carver, 1997), ein weiteres aus dem MAC, Mental Adjustment to Cancer Scale (Greer & Watson, 1987) und ein letztes wurde im Rahmen dieser Studie konzipiert. Die internen Konsistenzen waren akzeptabel ($\alpha_{t1} = .73$; $\alpha_{t2} = .77$).

Emotionsorientierte Bewältigung

Emotionsorientierte Bewältigung wird eingesetzt, um den emotionalen Stress, der durch eine hohe Anforderung entsteht, zu reduzieren oder damit umgehen zu können. Dazu gehören nach Carver et al. (1989) positive Umdeutung, Sinnggebung und Religiosität. „Ich habe mich auf Dinge im Leben besonnen, die wirklich zählen.“, „Ich habe gebetet oder meditiert.“, „Ich lebte bewusster als sonst.“ sind Beispiele für Items dieser Skala. In Anlehnung an Carver et al. wurde eine Skala gebildet, deren interne Konsistenz zu beiden Messzeitpunkten zufrieden stellend war ($\alpha_{t1} = .84$; $\alpha_{t2} = .89$).

Depressivität

Die von Radloff (1977) entwickelte „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D) wurde für die

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der Bewältigungsstrategien und Depressivität

Variable	Männer n = 78		Frauen n = 55	
	M	SD	M	SD
Emotionsorientiert t1	2.45	.58	2.75	.56
Emotionsorientiert t2	2.52	.62	2.71	.67
Problemorientiert t1	2.47	.61	2.47	.62
Problemorientiert t2	2.64	.58	2.74	.64
Depressivität t1	1.81	.60	2.04	.61
Depressivität t2	1.78	.53	2.00	.58

M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung

Messung aktueller depressiver Symptomatik entwickelt. In ihrer Originalform enthält sie 20 Items, die die Häufigkeit unterschiedlicher Symptome erfragen. Aus der CES-D-Skala wurden sechs Items genommen und zwei eigene (Taubert & Förster, unveröffentlicht) hinzugefügt. Cronbach's alpha kann zu beiden Messzeitpunkten als gut bezeichnet werden ($\alpha_{t1} = .81$; $\alpha_{t2} = .80$). Alle Items der drei oben beschriebenen Skalen wurden auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet.

Ergebnisse

Die erste Fragestellung bezieht sich auf Geschlechtsunterschiede beim Einsatz von emotions- und problemorientierten Strategien. Veränderungen des Bewältigungsverhaltens über die Zeit wurden mit zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet.

Mittelwerte und Standardabweichungen für die Copingvariablen und Depressivität sind, getrennt für Männer und Frauen, in Tabelle 1 dargestellt.

Bezüglich der emotionsorientierten Bewältigung wurde ein statistisch signifikanter Haupteffekt (vgl. Abbildung 1) gefunden: Frauen setzten diese Strategie in erhöhtem Maß ein ($F(1, 131) = 5.3, p < .05$). Hinsichtlich des Einsatzes von problemorientierten Strategien unterschieden sich die Geschlechter nicht. Hier zeigte sich jedoch für beide Geschlechter ein hochsignifikanter Haupteffekt des Messzeitpunktes (vgl. Abbildung 1): postoperativ nahm die problemorientierte Bewältigung stark zu ($F(1, 131) = 18.6, p < .001$). Die emotionsorientierte Bewältigung änderte sich über die Zeit nicht signifikant. Durchgehend gab es sowohl zwischen problem- und emotionsorientierter Bewältigung als auch über die Zeit hinweg hochsignifikante Zusammenhänge. Einzige Ausnahme war der schwache Zu-

Verlauf problemorientierter Bewältigung in Abhängigkeit vom perioperativen Zeitpunkt

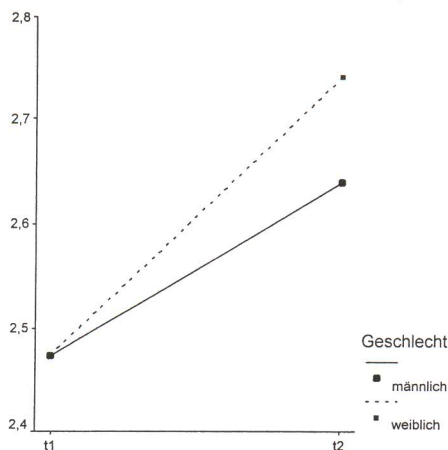
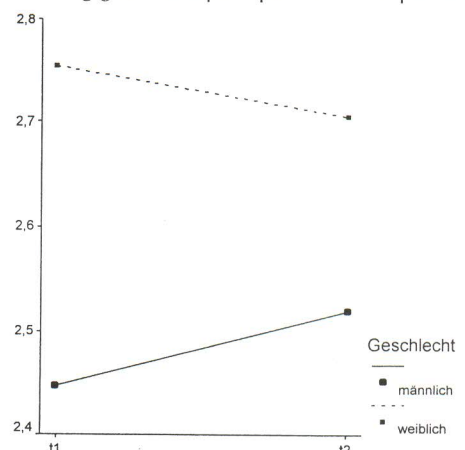


Abb. 2

Verlauf emotionsorientierter Bewältigung in Abhängigkeit vom perioperativen Zeitpunkt



Fachbeitrag

sammenhang zwischen problemorientierter Bewältigung t1 und emotionsorientierter Bewältigung t2 bei den Frauen ($r = .26, n.s.$). Die Differenz zum entsprechenden Korrelationskoeffizienten in der Gruppe der männlichen Patienten ($r = .64, p < .01$) war signifikant ($z' = 3.014, p = .01$).

Wie erwartet wurde für die Ausprägung der Depressivität ein signifikanter Geschlechtsunterschied gefunden ($F(1, 126) = 5.7, p < .05$). Dieser Unterschied wurde vor der Operation, jedoch auch noch einen Monat danach beobachtet. Der Geschlechtsunterschied zeigte sich also stabil.

Wechselseitige Einflüsse von emotions- und problemorientierter Bewältigung und Depressivität

Bei den Zusammenhängen, die zwischen Coping und dem berichteten subjektiven Befinden gefunden werden, sind die Kausalzusammenhänge meist unklar: Ist ein bestimmter Copingstil prädictiv für das berichtete Befinden, bestimmt die Befindlichkeit das Copingverhalten oder werden Zusammenhänge aufgrund von Messkonfundierungen gefunden? Mit Längsschnittstudien können prinzipiell Einflussrichtungen bestimmt werden. Deshalb soll mittels einer kreuzverschobenen Regressionsanalyse geprüft werden, wo sich signifikante Veränderungen ergeben (zur Methode vgl. Faller et al., 1994). Dabei wird der entsprechende Wert des Kriteriums zum ersten Messzeitpunkt immer als Baselinewert in das Regressionsmodell einbezogen. So wird eine Konfundierung des Prädiktors mit dem Baselinewert kontrolliert und die Prädiktoren können einen eigenen Beitrag zur Vorhersage des Kriteriums leisten. In einem zweiten Schritt wird die umgekehrte Richtung der Kausalbeziehung geprüft. Dies bedeutet, dass das Kriterium nun als Prädiktor in das Regressionsmodell aufgenommen wird. Umgekehrt ist dann der vorherige Prädiktor das Kriterium, auch hier wieder unter Kontrolle des Baselinewertes. Beide Schritte zusammen ergeben eine kreuzverschobene multiple Regressionsanalyse. Kausalität kann am ehesten dort angenommen werden, wo die Differenz der aufklärten Varianz (ΔR^2) des ersten Schrittes größer ist als die Differenz von R^2 des zweiten Schrittes.

Als Beispiel soll der Zusammenhang zwischen emotionsorientierter Bewältigung und Depressivität dienen: Nur wenn der Einfluss (d. h. der aufklärte Varianzanteil ΔR^2) von Depressivität zu t1 auf emotionsorientierte Bewältigung zu t2 größer wäre als umgekehrt der Einfluss (ΔR^2) von emotionsorientierter Bewältigung zu t1 auf Depressivität zu t2, wäre die Annahme einer kausalen Priorität von Depressivität über emotionsorientierte Bewältigung plausibel. Im ersten Fall wird emotionsorientierte Bewältigung zu t1, im zweiten Fall Depressivität zu t1 als Baselinewert in das Regressionsmodell aufgenommen.

In alle Regressionsmodelle wurde das Alter der Patienten als Kontrollvariable einbezogen, nachdem sich für diese Variable signifikante Zusammenhänge mit Bewältigungsstrategien ergeben hatten. Andere Zusammenhänge – mit Dauer der Krankheit, Familienstatus – waren nicht bedeutsam.

Die Überprüfung der Einflüsse von problem- und emotionsorientierten Bewältigungsstrategien zu t1 auf Depressivität zu t2 und umgekehrt folgte dem Rational der kreuzverschobenen Regressionsanalyse. Für die Gruppe der männlichen Patienten waren die Zusammenhänge zwischen den untersuchten Bewältigungsstrategien und Depressivität, wenn der Baselinewert von Depressivität zum ersten Messzeitpunkt kontrolliert wurde, tendenziell negativ, erreichten jedoch keine Signifikanz. Auch umgekehrt hatte Depressivität keinen bedeutsamen Einfluss auf die Wahl der Bewältigungsstrategien, wenn der Baselinewert der Bewältigungsstrategien kontrolliert wurde. Ein anderes Bild ergab sich hier für die Frauen: Frauen, die vor der Operation verstärkt emotionsorientierte oder problemorientierte Strategien wählten, zeigten zum dritten Messzeitpunkt eine schlechtere Befindlichkeit als Frauen, die diese Strategien weniger einsetzten. Für problemorientierte Strategien als Prädiktor für Depressivität betrug die zusätzliche aufklärte Varianz $\Delta R^2 = .03, p < .05$, während umgekehrt der Einfluss von Depressivität auf die Wahl problemorientierter Strategien nicht signifikant wurde. Hinsichtlich emotionsorientierter Strategien war der Unterschied noch augenfälliger: Die zusätzliche aufklärte Varianz betrug hier $\Delta R^2 = .05, p < .01$ – auch hier hatte

umgekehrt Depressivität unter Kontrolle der Ausgangswerte des Kriteriums keinen Einfluss auf die Höhe der emotionsorientierten Bewältigung.

Diskussion

In dieser Studie wurden Geschlechtsunterschiede bei der Verarbeitung einer Stresssituation – einer schweren Tumoroperation – untersucht. Die Operation ist für beide Geschlechter ein Einschnitt: postoperativ nehmen problemorientierte Bewältigungsstrategien stark zu. Von besonderem Interesse waren die Zusammenhangsmuster zwischen den einzelnen Copingstrategien und Depressivität. Bei Frauen zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen Depressivität und der Intensität der Copingbemühungen.

Problemorientierte und emotionsorientierte Strategien

Anders als erwartet geben Männer ebenso wenig problemorientierte Strategien wie Frauen an. Bei beiden Geschlechtern nimmt diese Bewältigungsform postoperativ zu. Vor einer Operation sind die Handlungsmöglichkeiten ohnehin gering, einen Monat nach der Operation hingegen befinden sich die Patienten wieder zu Hause und müssen ihren Alltag meistern.

Bei der emotionsorientierten Bewältigung, die u. a. Sinnsuche und positive Umdeutung einschließt, zeigt sich ein anderes Bild: Emotionsorientierte Strategien werden von Frauen in höherem Maß als von Männern eingesetzt. Dieser Befund ist nicht überraschend und wird konsistent in vielen Studien berichtet (Ptacek et al., 1992; Carver et al., 1989; Vitaliano et al., 1985). Postoperativ verliert diese Form der Bewältigung etwas an Bedeutung. Offenbar werden vor der Operation weniger konkrete Handlungsmöglichkeiten gesehen. Zu diesem Zeitpunkt ist die Bewältigung der Emotionen, die durch die bevorstehende Operation ausgelöst werden, entscheidend.

Depressivität und Coping

Frauen weisen vor und nach der Operation höhere Depressivitätswerte auf als Männer. Dieser Befund war erwartet

worden und steht im Einklang mit anderen Forschungsergebnissen, nach denen Frauen etwa doppelt so häufig an depressiven Störungen leiden wie Männer (Nolen-Hoeksema, 1995). Von Interesse war nun, wie weit das Befinden durch Copingstrategien beeinflusst wird. Führt ein problem- bzw. emotionsorientiertes Herangehen zu einer besseren Befindlichkeit, oder bestimmt die Befindlichkeit, welche Strategien zum Einsatz kommen?

Im Rahmen dieser Studie soll eine Aussage über mögliche Einflussrichtungen getroffen werden. Dafür sind Längsschnittstudien grundsätzlich geeignet. Kausalität lässt sich dennoch immer nur eingeschränkt postulieren, wenn, wie in diesem Fall, natürlich nicht alle Variablen kontrolliert werden können. Zum einen kann der Einfluss intervenierender Drittvariablen nicht vollständig ausgeschlossen werden. Zum anderen könnten Ergebnisse immer auch von einer Konfundierung von Copingvariablen und Depressivität zum zweiten Messzeitpunkt beeinflusst sein. Dennoch lassen sich die beobachteten Einflussrichtungen gut vor dem Hintergrund von neueren Forschungsergebnissen interpretieren.

Bei Frauen gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen dem erhöhten Einsatz von emotionsorientierten Strategien und Depressivität sowie dem Einsatz von problemorientierten Strategien und Depressivität. Männer, die problemorientierte oder emotionsorientierte Strategien berichten, geben postoperativ zumindest tendenziell eine bessere Befindlichkeit als vor der Operation an. Für den Zeitraum bis einen Monat nach der Operation wird daher die Annahme von Stone und Neale (1984), dass Männer von problemorientierten Strategien profitieren, Frauen dagegen mehr von emotionsorientierten, in dieser Gegen-sätzlichkeit nicht bestätigt. Wie kommt es, dass bei den Frauen der erhöhte Einsatz von Strategien, die doch eigentlich als adaptiv betrachtet werden, zu einer schlechteren Befindlichkeit führt?

Coping als Indikator für Belastung

Ein Zusammenhang zwischen der Intensität von Bewältigungsanstrengungen und erhöhter Depressivität wird, unabhängig vom Geschlecht, von anderen Forschungsergebnissen bestätigt. Hüt-

ter, van Osterhout und Gilsbach (2000) untersuchten Patienten nach einem Schädelhirntrauma. In dieser Studie zeigten Personen, die im psychosozialen Bereich mehr belastet waren, unspezifisch intensivere Copingaktivitäten als weniger belastete Personen. Auch die Ergebnisse von Weis und Koch (1995) zeigen, dass es nicht einzelne Strategien sind, die für das Wohlbefinden von Bedeutung sind. Vielmehr spiegelt die Summe aller Copingstrategien in ihrer Intensität den Grad an Belastung wider.

Die Ergebnisse von Weis und Koch (1995) stimmen mit den Befunden dieser Studie überein, nach denen Aussagen über „günstige“ oder „ungünstige“ Bewältigungsformen nicht getroffen werden können. Möglicherweise verstärkt die Vorstellung mangelnder Kontrollierbarkeit und Unsicherheit die Bewältigungsanstrengungen. In der Folge könnte sich dadurch die Belastung erhöhen. Entlastende Funktionen von Bewältigungsstrategien sind nach den bisherigen Forschungsergebnissen jedenfalls eher die Ausnahme. Wenn überhaupt, wurden überwiegend positive Zusammenhänge von Coping mit Belastung gefunden. Dass davon eher Frauen betroffen sind, ist in diesem Zusammenhang nicht überraschend. Weidner & Collins (1993) weisen darauf hin, dass Frauen mehr Aufmerksamkeit als Männer auf bedrohliche Aspekte einer Situation richten, insbesondere wenn es sich um eine Bedrohung des physischen Wohlbefindens handelt. In eine ähnliche Richtung weist eine Untersuchung von Krohne et al. (2000), in der für Frauen in (hypothetischen) bedrohlichen Situationen höhere Vigilanzwerte berichtet werden. Ein solcherart vigilantes Verhalten läuft Gefahr, den Aufmerksamkeitsfokus auf handlungsirrelevante Aspekte zu verstärken, wodurch die emotionale Belastung noch zunehmen kann. Ein fluktuierendes Bewältigungsverhalten kann die Folge sein, das man als „Overcoping“ bezeichnen könnte. Solche Patienten brauchen in der Vorbereitung auf eine Operation vor allem Beruhigung und werden möglicherweise nicht von noch mehr Informationen und Ratschlägen profitieren.

An dieser Stelle soll auf Einschränkungen der Studie hingewiesen werden. Eine Einschränkung ist in der Drop-out-Rate zu sehen. Es gibt Hinweise darauf,

dass einerseits Frauen mit höheren Depressivitätswerten und andererseits Männer mit niedrigeren Depressivitätswerten eine weitere Teilnahme abgelehnt haben. Da sich durch diesen „bias“ die Geschlechtsunterschiede eher verringern, ist die Gefahr einer Überinterpretation der Ergebnisse jedoch unwahrscheinlich.

Eine weitere Einschränkung betrifft die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Befunde aus der Copingforschung legen nahe, dass bei der Feststellung von Geschlechtsunterschieden dem Alter und dem beruflichen Status eine große Bedeutung zukommt. Je jünger und gebildeter die Probanden sind, desto kleiner stellen sich die Unterschiede dar. Die Patienten unserer Stichprobe waren im Durchschnitt ca. 61 Jahre alt, in dieser Alterskohorte sind deutlich weniger Frauen als in einer jüngeren Kohorte berufstätig und weisen einen geringeren Bildungsgrad auf.

Ausblick

Für die weitere Forschung wird es wichtig sein, Korrelate des Copingverhaltens wie Vigilanz und Vermeidung (Krohne, 1993) gezielt einzubeziehen. Zur Überprüfung der Annahme, dass ein anfänglich vigilantes Verhalten kurzfristig belastet, langfristig jedoch die Entwicklung von adaptiveren Copingmechanismen fördern könnte (Weidner & Collins, 1993; Viney & Westbrook, 1982), wäre ein Follow-up über einen längeren Zeitraum wünschenswert. Auch die Rolle einer Umgebung, die neben sozialer Unterstützung eine verwirrende Vielfalt an Krankheitstheorien und Ratschlägen für den „richtigen“ Umgang mit Krankheiten bereithält, könnte gezielt untersucht werden. Möglicherweise sehen Frauen ihre Handlungen auch als weniger effizient an (Nolen-Hoeksema, 2001). Deshalb könnten unter Umständen auch hier nicht untersuchte Assoziationen mit Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit (Schwarzer, 2002) einen Beitrag zum Verständnis der Geschlechtsunterschiede leisten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Untersuchung von Geschlechtsunterschieden zum Verständnis von Anpassung und Bewältigung von schweren Erkrankungen beiträgt. Dabei wäre es wohl verfehlt, von „adaptiven“ und „maladaptiven“ Bewältigungsstra-

Fachbeitrag

tegien zu sprechen. Vielmehr sollte auf die Intensität und Fluktuation der Copinganstrengungen als möglicher Indikator für Belastung geachtet werden.

Literatur

Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139–157.

Carver, S. C., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.

Carver, S. C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92–100.

Faller, H., Schilling, S. & Lang, H. (1994). Verbessert Coping das Befinden? Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Bronchialkarzinompatienten. *Psychosomatische medizinische Psychologie*, 44, 355–364.

Greer, S. & Watson, M. (1987). Mental Adjustment to Cancer: Its measurement and prognostic impact. *Cancer Surveys*, 6, 432–453.

Hamilton, S. & Fagot, B. I. (1988). Chronic stress and coping styles: A comparison of male and female undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 819–823.

Hütter, B., van Oosterhout, J. M. & Gilsbach, J. M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung nach einem Schädelhirntrauma. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und soziologischer Perspektive* (S. 148–163). Göttingen: Hogrefe.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey 1: Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85–96.

Krohne, H. W. (1993). Vigilance and avoidance as concepts in coping research. In H. W. Krohne (eds.), *Vigilance and avoidance. Two central strategies in coping with aversiveness* (pp. 19–50). Seattle: Hogrefe & Huber.

Krohne, H. W., Egloff, B., Varner, L. J., Burns, L., Weidner, G. & Ellis, H. (2000). The assessment of dispositional vigilance and cognitive avoidance: Factorial structure, psychometric properties, and validity of the Mainz Coping Inventory. *Cognitive Theory and Research*, 24, 297–311.

Lazarus R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In: L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287–327). New York: Plenum Press.

Lazarus R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Miller, S. M. & Kirsch, N. (1987). Sex differences in cognitive coping with stress. In: R. C. Barnett, L. Biener & G. K. Baruch (Eds.), *Gender and Stress* (S. 278–307). New York: The Free Press.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259–282.

Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Nolen-Hoeksema, S. (1995). Gender differences in coping with depression across the lifespan. *Depression*, 3, 81–90.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173–176.

Ptacek, J. T., Smith, R. E. & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60, 747–770.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385–401.

Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 521–524). Göttingen, Germany: Hogrefe.

Solomon, L. J. & Rothblum, E. D. (1986). Stress, coping and social support in women. *Behavior Therapist*, 9, 199–204.

Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping. Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892–906.

Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R. & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, Not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411–429.

Viney, L. L. & Westbrook, M. T. (1982). Coping with chronic illness: The mediating role of biographic and illness-related factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 595–605.

Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3–26.

Weidner, G. & Collins, L. (1993). Gender, coping and health. In H. W. Krohne (ed.), *Vigilance and avoidance. Two central strategies in coping with aversiveness* (S. 3–15). Seattle: Hogrefe & Huber.

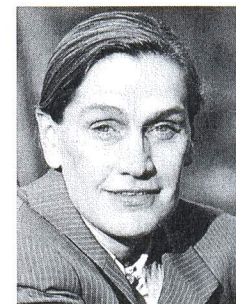
Weis, J. & Koch, U. (1995). Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung. In R. Schwarz, J. Bernhard, H. Flechtner, T. Küchler, & C. Hürny (Hrsg.), *Lebensqualität in der Onkologie. Vol II* (S. 167–176). München: Zuckschwerdt.



Dipl.-Psych. Friederike Kendel
E-Mail: kendel@zedat.fu-berlin.de



Dipl.-Psych. Sonja Böhmer
E-Mail: boehmers@zedat.fu-berlin.de



PD. Dr. Monika Sieverding
E-Mail: mosiever@zedat.fu-berlin.de

Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie
und Psychologische Genderforschung
Habelschwerdter Allee 45
D-14195 Berlin
Tel. (0 30) 83 85 50 94

Die Autoren möchten sich bei Prof. Ralf Schwarzer für die Zusammenarbeit und Unterstützung bedanken. Wir danken außerdem den anderen Mitarbeitern des Berliner Forschungsprojekts zur Lebensqualität nach Tumoroperationen: Nihal Mohamed, Charis Förster, Ute Schulz und Steffen Taubert sowie den vier beteiligten Berliner Kliniken.