

16. Kapitel

Krankheitsverarbeitung – Coping

Friederike Kendel und Monika Sieverding

Der medizinische Fortschritt hat in den vergangenen Jahrzehnten zu einer deutlich längeren Lebenserwartung geführt. Viele chronische Krankheiten sind heute besser behandelbar und führen nicht mehr zum Tod. Dies bedeutet jedoch auch, dass viele Menschen heute länger als früher mit Erkrankungen wie z. B. Krebs, Koronarer Herzerkrankung, Diabetes und AIDS leben. Mit der Zunahme von chronischen Krankheiten hat auch das Interesse an den psychosozialen Konsequenzen dieser Bedingungen stark zugenommen. Wie Menschen mit den Anforderungen von akuten oder chronischen Erkrankungen umgehen, welche Verhaltensweisen und Interaktionen protektiv wirken und welche Persönlichkeitseigenschaften dabei eine wesentliche Rolle spielen, dies ist Gegenstand der Copingforschung. Coping bezieht sich traditionell auf eine adaptive Orientierung mit dem Ziel der Stressreduktion, der Regulation von stressreichen Emotionen und der Wiedergewinnung von Kontrolle. Im medizinischen Kontext wird mit *Coping* das Bewältigungsverhalten angesichts einer chronischen oder akuten Erkrankung bezeichnet. Üblicherweise wird der Begriff Coping mit Stress- bzw. Krankheitsbewältigung übersetzt. Während Krankheitsbewältigung eine erfolgreiche und abgeschlossene Handlung suggeriert, liegt der Fokus des synonym benutzten Begriffes *Krankheitsverarbeitung* auf dem prozesshaften Charakter der Handlungen. Krankheitsverarbeitung dürfte deshalb gerade bei chronischen Erkrankungen, die von den Betroffenen eine fortlaufende Auseinandersetzung mit der Krankheit verlangen, der passendere Begriff sein. Folgende Elemente sind für eine Bestimmung des Copingkonstruktes zentral (Martz & Livneh, 2007):

- Copinganstrengungen umfassen eine breite Palette von kognitiven, emotionalen und behavioralen Strategien, die sowohl auf externale Stressoren als auch auf internale Anforderungen und Bedürfnisse gerichtet sind.

- Coping ist ein breiter gefasstes Konstrukt als Abwehr. Während Abwehrmechanismen unbewusste Reaktionen sind, die bei Angst und Gefahr automatisch ablaufen, sind Copingstrategien Anstrengungen, die mehr oder weniger bewusst und flexibel auf internale und externale Anforderungen sowie verfügbare Ressourcen gerichtet sind.
- Obwohl Coping häufig als Persönlichkeitsdisposition betrachtet wird, werden Copinganstrengungen maßgeblich auch von der Art, Schwere und Dauer des Stressors oder des Traumas beeinflusst.
- Copinganstrengungen können entweder eine moderierende oder eine medierende Funktion haben, indem sie den Zusammenhang zwischen situationalen oder internalen Anforderungen (z. B. einer chronischen Erkrankung) und dem Outcome (z. B. Depressivität oder Lebensqualität) beeinflussen.

1 *Stresstheorien und Konzepte der Krankheitsverarbeitung*

Der Begriff „Stress“ wird verwendet, um sehr unterschiedliche Phänomene zu beschreiben. Im Wesentlichen lassen sich drei Stresskonzepte voneinander abgrenzen: *reaktionsbezogene*, *stimulusorientierte* und *transaktionale* Stresstheorien (Lazarus & Folkman, 1984, 1999).

1.1 Reaktionsbezogene Stresstheorien

Die reaktionsbezogenen Stresstheorien betrachten Stress als charakteristisches Reaktionsmuster, welches Tiere und Menschen als Antwort auf erhöhte Beanspruchung zeigen; hier stehen die *Stressreaktionen* im Vordergrund. Schwerpunkt dieses Ansatzes ist die Erforschung von körperlichen Reaktionen wie z. B. Veränderungen in der Herzfrequenz, in der Ausschüttung von Stresshormonen, im Blutdruck oder im Muskeltonus. Zur Verbreitung des Stressbegriffes hat vor allem Hans Selye (1976) mit der Beschreibung des *Allgemeinen Adaptionssyndroms* beigetragen. Selye nahm an, dass bei allen Stressreaktionen unabhängig von dem jeweiligen Auslöser bzw. Stressor ein gesetzmäßiger Verlauf zu beobachten sei. Stress wird in diesem Modell als ein typisches Reaktionsmuster definiert. Die Stressreaktion umfasst drei Phasen, in denen sich die Widerstandsfähigkeit des Organismus jeweils verändert:

- Alarmphase: Aktivierung des Sympathikus und Mobilisierung von Ressourcen.
- Widerstands- bzw. Adaptionphase: Mobilisierung der möglichen Abwehrkräfte zur Überwindung der Noxe bzw. Anpassung an veränderte Bedingungen (die eigentliche Coping-Phase).

- Erschöpfungsphase: Verlust der adaptiven Kapazität und Zusammenbruch, wenn der Organismus der Noxe zu lange ausgesetzt bleibt.

Innerhalb dieses Konzeptes liegt ein Fokus auf Stressreizen, die entweder internal (z. B. Schlafmangel, Schmerz) oder external (z. B. Lärm) auf den Organismus wirken. Stressreize können nach ihrer Dauer und Häufigkeit unterschieden werden – sie können akut und zeitlich begrenzt oder chronisch sein. Sie können chronisch wiederkehrend oder sequenziell sein.

1.2 Stimulusorientierte Stresstheorien

Während in Selyes Modell die Spezifität der Stressoren keine Rolle spielt, fokussieren die stimulusorientierten Theorien auf die unterschiedlichen Auslöser von Stress. In der *Life-Event-Forschung* wurden psychosoziale Stressoren aus unterschiedlichen Lebensbereichen (z. B. Scheidung, Arbeitsplatzverlust) je nach ihrer Belastung in eine Rangfolge gebracht (Holmes & Rahe, 1967). Außerdem wurde für jedes stressreiche Lebensereignis der von Experten geschätzte durchschnittliche Anpassungsaufwand in „Life Change Units“ gewichtet. Es konnte gezeigt werden, dass die Anzahl belastender Lebensereignisse (die z. B. in einem Zeitraum von einem Jahr erlebt wurden) mit dem Ausbruch von Krankheiten zusammenhängen, allerdings waren diese Zusammenhänge in der Regel nicht sehr hoch. Viele Menschen überstehen auch schwierigste Lebenskrisen und -veränderungen ohne körperlich zu erkranken. Für eine weitere stimulusorientierte Theorie sind deshalb nicht so sehr die großen Lebensereignisse, sondern chronische und immer wiederkehrende Belastungen im Alltag zentral und mit der Gesundheit verbunden: dies sind die „daily hassles“ – die kleinen alltäglichen Schwierigkeiten – und die „daily uplifts“ – die kleinen Freuden des Alltags (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981).

1.3 Transaktionale Stresstheorie

Eine Hauptkritik an den stimulus- und reaktionsbezogenen Stresstheorien bestand darin, dass diese Ansätze nicht erklären konnten, warum Menschen sehr unterschiedlich auf ein- und dasselbe Ereignis reagieren können und es umgekehrt Menschen gibt, die, obwohl sie starken Stressoren ausgesetzt sind, keine oder nur geringe Stressreaktionen zeigen. In einer Erklärung dieser individuellen Unterschiede besteht das Erkenntnisinteresse der Stresstheorie von Lazarus (Lazarus, 1999). Nach Lazarus entsteht Stress aus der kognitiven Einschätzung der Situation durch eine Person, bei der sowohl situationale als auch persönliche Merkmale interagieren. Stress wird definiert als jedes Ereignis, bei dem

äußere oder innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums oder eines sozialen Systems beanspruchen oder übersteigen (Lazarus & Launier, 1981, S. 226). Diese Definition hat das überaus einflussreiche Paradigma von Lazarus begründet, auf das sich bis heute zahlreiche Untersuchungen zur Krankheitsverarbeitung beziehen. Stress ist demnach nicht mehr nur eine spezifische Reaktion eines Organismus auf verschiedene Stimuli, sondern entsteht aus dem Wechselspiel („transaktional“) zwischen dem Menschen und seiner Umgebung. Kernstücke dieser Theorie sind die Prozesse der Bewertung und die daraus folgenden Bewältigungsanstrengungen (vgl. Abb. 1).

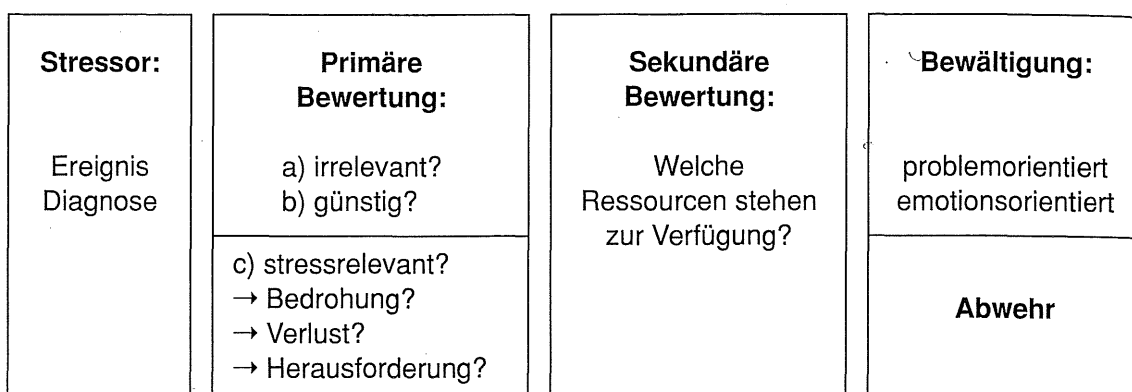


Abbildung 1:

Transaktionales Stressmodell (nach Lazarus & Folkman, 1984)

Zwei Formen der Bewertung werden unterschieden: die primäre und die sekundäre Bewertung. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass diese Bewertungen nicht zwingend nacheinander erfolgen, die Begriffe also etwas irreführend sind. Die *primäre Bewertung* (primary appraisal) ist die Einschätzung, welche Bedeutung ein Ereignis für das Wohlbefinden hat. Die Anforderungen des Ereignisses können *irrelevant*, *günstig* oder *belastend* für das Wohlbefinden sein. Was bedeutet es, wenn ein Ereignis als belastend und damit als stressrelevant eingeschätzt wird? Bestimmt ein bereits eingetretener Schaden die Einschätzung, wird das Ereignis als Verlust aufgefasst. Ein für die Zukunft erwarteter Schaden dagegen stellt sich als Bedrohung dar. Ein Ereignis kann jedoch auch als Herausforderung interpretiert werden. Die *sekundäre Bewertung* (secondary appraisal) bezieht sich auf die Einschätzung der persönlichen Ressourcen und der damit verbundenen Handlungsmöglichkeiten. Ressourcen schließen alle zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten ein. Dabei kann es sich um materielle Ressourcen (z. B. eine private Krankenversicherung) handeln, aber auch soziale Unterstützung und Persönlichkeitsdispositionen (z. B. Optimismus, Selbstwirksamkeit) sind wichtige Ressourcen für die Krankheits-

verarbeitung. Die Stressbelastung ist dann am größten, wenn die Bedrohung und die Anforderungen einer Situation groß sind, die zur Verfügung stehenden Ressourcen dagegen gering erscheinen.

Der Umgang mit chronischen Erkrankungen ist ein langfristiger Prozess, von daher sind die Bewertungen nicht statisch, sondern verändern sich in der Regel im Verlauf des transaktionalen Anpassungsprozesses. Diese sich verändernden Einschätzungen werden als *Neubewertungen* bezeichnet. Wichtig ist, dass es sich bei den Einschätzungen um kognitive Prozesse handelt, die subjektiv sind und nicht zwangsläufig mit den tatsächlich vorhandenen Ressourcen oder der tatsächlich gegebenen Gefahr übereinstimmen müssen. Die Einschätzungen sind u. a. abhängig von soziodemografischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Kultur, außerdem von der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit und der Dauer des Stressors.

In der Regel setzen Individuen verschiedene Strategien ein, um das gestörte Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen wieder herzustellen. Die Bewältigungsbemühungen können sich entweder auf den Stressor (und die Veränderung der Anforderung) direkt richten (*problemorientierte Bewältigung*) oder auf eine Regulierung der durch den Stressor ausgelösten Emotionen (*emotionsorientierte Bewältigung*). Diese Differenzierung bezieht sich also auf das, *was* bewältigt werden soll, nicht so sehr darauf, *wie* im Einzelnen bewältigt wird (Kaluza & Vögele, 1999). Emotionsorientierte Strategien (z. B. positive Umdeutung oder Suche nach emotionaler Unterstützung) werden oft eingesetzt, wenn eine Person davon ausgeht, dass die zugrunde liegende Situation nicht veränderbar ist oder die Ressourcen für eine Veränderung fehlen. Problemorientierte Bewältigungsanstrengungen (z. B. die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus, bestimmten Therapien oder Informationen) werden vor allem dann eingesetzt, wenn eine Situation als veränderbar eingeschätzt wird. Die Mehrzahl der Stressoren dürften sowohl emotionsorientierte als auch problemorientierte Strategien hervorrufen. Deshalb kann man nur von Dominanzen der einen oder anderen Strategie 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, Scheier & Weintraub, 1989).

Während die Bewältigungsanstrengungen weitgehend bewusst ablaufen, steht der aus der Psychoanalyse stammende Begriff *Abwehr* für unbewusste Versu-

che, selbstwertbedrohliche Gefühle auszuschalten bzw. zu reduzieren. Gerade eine plötzlich eintretende Erkrankung oder eine neueröffnete Diagnose können zu Überforderung führen („*Diagnoseeröffnungsschock*“) und die gewohnten Verarbeitungsroutinen außer Kraft setzen. Abwehrmechanismen verhindern eine Überflutung mit Emotionen, z. B. mit Todesangst, die nicht mehr bewältigt werden können (Faller, 1998). Deshalb wird aus neuerer psychoanalytischer Sicht Abwehr durchaus als in vielen Fällen notwendiger Mechanismus verstanden, der langfristig adaptiv sein kann, indem er eine der Situation angemessene Bewältigung erst ermöglicht (vgl. Abb. 2).

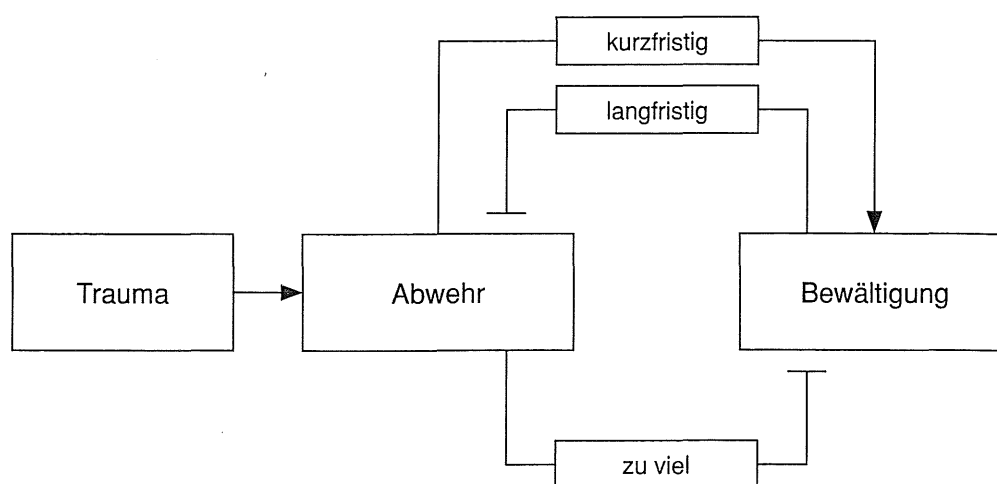


Abbildung 2:

Schematische Darstellung des Verhältnisses von Abwehr und Coping (nach Faller, 1998)

Zum Beispiel kann ein leistungsorientierter Patient, der einen schweren Herzinfarkt erleidet, mit der therapeutischen Empfehlung einer radikalen Umstellung seiner Lebensgewohnheiten zunächst überfordert sein. Möglicherweise teilt er seinen Angehörigen mit, es sei alles nicht so bedrohlich wie gedacht und er könne bald wieder richtig arbeiten. Der Patient kann mit dieser Art der Verleugnung kurzfristig sein inneres Gleichgewicht sichern. Von Seiten des Arztes ist es wichtig, die Verleugnung als unbewussten Copingmechanismus zunächst zu respektieren, aber auch den geeigneten Zeitpunkt für ein weiterführendes Gespräch zu erkennen.

Über Jahrzehnte wurden die Konsequenzen von Stress- bzw. Krankheitsverarbeitungsprozessen in erster Linie mit negativen Emotionen beschrieben. Dass bei der Verarbeitung von Krankheiten auch positive Erfahrungen gemacht werden können, hat in den 90er Jahren zu einer Revision des Lazarus-Modells geführt (Folkman, 1997). Positive Emotionen sind seither als Element integriert, das direkt oder indirekt alle Einschätzungs- bzw. Copingprozesse und

deren Outcomes beeinflusst. Das zunehmende Interesse an positiven Emotionen hat seither – insbesondere im Zusammenhang mit Krankheitsverarbeitung – zu einer substantiellen Forschung geführt. Am häufigsten untersucht ist bislang die Sinnfindung, die ein Wachstum an Weisheit und Kompetenz, eine Stärkung des Glaubens oder der Spiritualität und eine Stärkung der sozialen Beziehungen umfasst (vgl. Folkman, 2008).

1.4 Dispositionelle Ansätze

Während das transaktionale Modell die situationalen Determinanten bzw. den Bewältigungsprozess akzentuiert, sehen dispositionelle Ansätze Persönlichkeitsvariablen und Dispositionen als entscheidend für die Bewältigung einer Krankheit an. Angesichts einer akuten Bedrohung der körperlichen Integrität sind verschiedene Reaktionen denkbar. Eine Person kann ihre ganze Aufmerksamkeit auf die Gefahr richten oder die direkte Konfrontation vermeiden, indem sie sich von dem bedrohlichen Reiz abwendet. Byrne (1961) geht in diesem Zusammenhang von einem eindimensionalen Konstrukt mit den Polen „repression – sensitization“ aus. Krohne (1993) hingegen etabliert entsprechend „Vigilanz“ und „Vermeidung“ – allerdings als Konstrukt mit zwei voneinander unabhängigen Dimensionen. Diese Dimensionen sind in seinem „Modell der Angstbewältigungsmodi“ operationalisiert (vgl. Abb. 3).

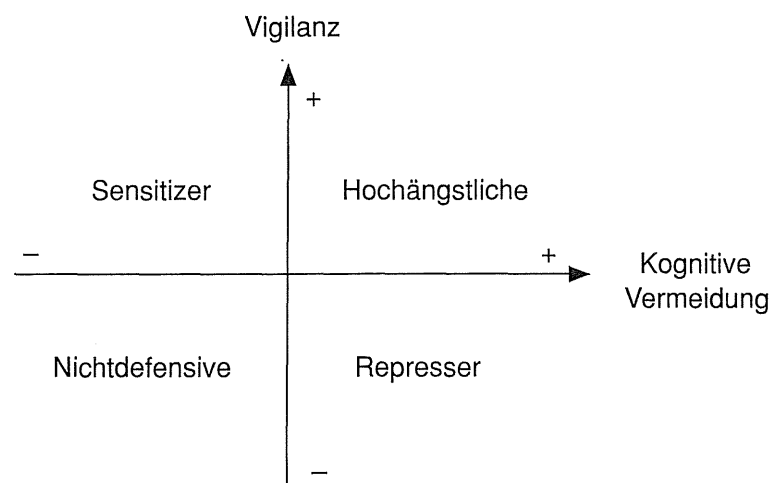


Abbildung 3:
Modell der Angstbewältigungsmodi (nach Krohne, 1993)

Vigilantes Bewältigungsverhalten ist Krohne zufolge von einer Intoleranz gegenüber Unsicherheit („Angst vor der Ungewissheit“) motiviert. Es zeichnet sich durch verstärkte Suche und Verarbeitung stressrelevanter Informationen

aus. Dabei werden mehrdeutige Reize generell als bedrohlich interpretiert. Eine hoch vigilante Person, die mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird, wird versuchen, so viele Informationen wie möglich über ihre Erkrankung zu bekommen (z. B. Suche im Internet, in Fachzeitschriften, Konsultation von mehreren Ärzten). Vermeidendes Bewältigungsverhalten ist dagegen von einer Intoleranz gegenüber emotionaler Erregung („Angst vor der Angst“) motiviert. Kennzeichen sind eine Abwendung von stressrelevanten Reizen und bedrohlichen Informationen. Eine hoch vermeidende Person mit der gleichen Diagnose wird versuchen, die Auseinandersetzung mit diesem Thema ganz zu umgehen.

Ein Vorteil dieses Konzeptes liegt in seiner Zweidimensionalität. Krohne unterscheidet vier Bewältigungsmodi : (a) Sensitization: Konsistent vigilantes Verhalten bei gleichzeitig geringer Vermeidungstendenz; (b) Repression: Konsistente Vermeidung bei gleichzeitig geringer Vigilanz; (c) Nichtdefensivität: Weder auffallend vigilantes noch vermeidendes Verhalten; (d) Hochhängstlichkeit: Fluktuierend hochvigilantes und hochvermeidendes Verhalten. Mittels einer Latent-Class-Analyse konnten bei 871 Personen mit selbstwert- und physisch bedrohlichen Situationen des Angstbewältigungs-Inventars die Strategien Sensitization, Repression und Nichtdefensivität identifiziert werden, die vierte identifizierte Strategie wurde dagegen als „semi-konsistent“ bezeichnet: eine Bewältigungsstrategie, die sich in selbstwertbedrohlichen Situationen durch den Einsatz vieler vigilanter Strategien und in physisch bedrohlichen Situationen durch den Einsatz vieler vermeidender Strategien auszeichnet (Schmukle, Egloff & Krohne, 2000).

1.5 Ressourcentheorie von Hobfoll

Die Theorie der Ressourcenerhaltung (Hobfoll, 1998) betont die Bedeutung von objektiven Ressourcen wie z. B. Macht, Sozialstatus und Geld. Damit ist die Ressourcentheorie eine wichtige Ergänzung der Lazarus-Theorie, die mit ihrer Betonung auf subjektiven Einschätzungsprozessen eine genuin psychologische Theorie ist und damit der ganzen Bandbreite von Stressphänomenen in unserer Gesellschaft nicht gerecht werden kann. Das ressourcenorientierte Modell geht davon aus, dass Menschen eine starke Neigung haben, die eigenen Ressourcen zu schützen und dass sie danach streben, neue Ressourcen aufzubauen. Einfluss auf den Erhalt und Erwerb von Ressourcen haben sowohl kritische Lebensereignisse als auch alltägliche, kleine Stressoren, die das Individuum daran hindern, Ressourcen zu erhalten oder zu kultivieren. Stress ist definiert als Reaktion auf die Umwelt, in der (1) der Verlust von Ressourcen droht, (2) der tatsächliche Verlust von Ressourcen eintritt oder (3) der adäquate Zugewinn von Ressourcen nach einer Investition von Ressourcen versagt bleibt.

Innerhalb dieser Theorie wird postuliert, dass positive und negative Veränderungen der Ressourcen unterschiedliche Effekte haben. Das erste Prinzip der Theorie besagt, dass bei gleichem Ausmaß an Ressourcenverlusten und -gewinnen die Verluste stärkere Auswirkungen haben. Das zweite Prinzip beruht auf der Annahme, dass Menschen Ressourcen investieren, um sich vor Verlusten zu schützen, von Verlusten zu erholen und neue Ressourcen hinzuzugewinnen. Bestehende Ressourcen werden folglich in Neugewinne investiert, um den gesamten Ressourcenpool zu erweitern. Dies hat Konsequenzen: Individuen mit vielen Ressourcen sind weniger verletzlich gegenüber Verlusten. Umgekehrt werden Individuen mit geringen Ressourcen stärker von Ressourcenverlusten getroffen und haben es gleichzeitig schwerer, sich neue Ressourcen zu erschließen. So erwachsen aus anfänglichen Verlusten weitere Nachteile bei der Bewältigung von Stress. Es entsteht eine Verlustspirale, die das System mit jedem Verlust anfälliger und verletzlicher werden lässt und die Stressbewältigung erschwert. So kann sich z. B. bei älteren Patienten, die ein wenig unterstützendes Umfeld haben und nicht mobilisiert sind, nach einer schweren Operation eine Verlustspirale entwickeln, die damit beginnt, dass die Teilnahme an notwendigen ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nicht möglich ist. Dadurch werden zum einen der Heilungsprozess, zum anderen aber auch die Entwicklung von neuen sozialen Kontakten erschwert. In der Folge kann die soziale Isolation, die ihrerseits ein Risikofaktor für Depressivität ist, zunehmen.

1.6 Soziale Unterstützung und dyadisches Coping

Sowohl in der Stresstheorie von Lazarus als auch im Ressourcenmodell von Hobfoll wird die Bedeutung der Interaktion mit der Umwelt bzw. die Abhängigkeit von anderen Menschen bei der Bewältigung von Stress betont. Die meisten Belastungen, die im Kontext von Erkrankungen entstehen, greifen in die Beziehungen zu anderen Menschen ein und fordern von allen Beteiligten Anpassungsleistungen und ein Bemühen um Bewältigung. Eine Rolle spielt beispielsweise das Bedürfnis nach sozialer Bindung, das Zurückstellen persönlicher Bedürfnisse zugunsten der Gruppe oder die Berücksichtigung von sozialen Hierarchien. Außerdem ist der Bewältigungserfolg oft an das Urteil und die Kooperation anderer geknüpft. Die Relevanz des sozialen Kontextes für den Verlauf von Erkrankungen hat zu dem Konzept des „dyadischen Coping“ geführt.

Bei Coyne und Smith (1991) steht die Rolle der einzelnen Partner in der Bewältigungsdyade im Vordergrund. Sie differenzieren zwei breite Kategorien beziehungsbezogener Bewältigung: Zum einen eine vorwiegend problembezogene und partnerorientierte Form der Bewältigung, das *active engagement*, ge-

kennzeichnet durch gemeinsames Problemlösen und eine Exploration der Gefühle des Partners, zum anderen eine Form der Bewältigung, bei der Sorgen eher verborgen und Konflikte vermieden werden, das *protective buffering*. Die Effekte, die die genannten Strategien auf den jeweiligen Teil der Dyade ausüben, können dabei durchaus unterschiedlich sein. So kann z. B. das Bemühen, den Partner von allen unangenehmen Nachrichten und Aufgaben abzuschirmen, zwar für den Empfänger hilfreich sein, bei dem Gebenden aber zu einem Stressanstieg führen.

Eine systemisch-transaktionale Perspektive der Stressbewältigung bei Paaren vertritt Bodenmann (2000, 2008). Dyadisches Coping beschreibt nach Bodenmann die Art und Weise, wie Personen in einer Partnerschaft gemeinsam mit Stress umgehen, indem sie sich wechselseitig unterstützen (supportives dyadisches Coping), Stress gemeinsam bewältigen (gemeinsames dyadisches Coping) oder Stress in Zeiten der Überlastung aneinander delegieren können (delegiertes dyadisches Coping). Voraussetzungen für eine Erfassung der partnerschaftlichen Bewältigung sind hier, dass die Entstehung des Stresses, die Ziele und die Bewältigungsmechanismen sowohl individuell als auch gemeinschaftlich berücksichtigt werden müssen. Somit handelt es sich bei dyadischem Coping um ein Zusammenspiel von Stresssignalen eines Partners und den Copingreaktionen des anderen Partners auf diese Signale. Das individuelle Stresserleben kann zum dyadischen Stresserleben werden, wenn sich der Stress des einen Partners auf den anderen Partner auswirkt. Dyadischer Stress kann auch entstehen, wenn die Bewältigungsbemühungen des einen Partners mit den Zielen oder Erwartungen des anderen Partners in Konflikt stehen. Abhängig von der Einschätzung des Stressereignisses werden – individuell oder gemeinsam – Bewältigungsmechanismen beider Partner aktiviert. Aus dieser Perspektive ist dyadisches Coping ein Versuch der Selbstregulation mit dem Ziel, auf individueller, Paar- und sozialer Ebene einen Zustand der Homöostase zu erreichen. Dyadische Bewältigung wird weniger als altruistisches Verhalten beschrieben, sondern vielmehr als Mittel zur eigenen Stressreduzierung durch die Stressreduzierung des Partners.

Bis in die 1990er Jahre hinein gab es nur wenige Publikationen zu dyadischem Coping bei Erkrankungen. Seither ist die Zahl der Veröffentlichungen stark angestiegen und es liegen u. a. zu Krebs, Myokardinfarkt, rheumatischer Arthritis und körperlichen Behinderungen einige Studien vor (Bodenmann, 2000; Berg & Upchurch, 2007; Hagedoorn et al., 2008; Knoll et al., 2011). Diese Untersuchungen zeigen, dass eine gute Übereinstimmung und Koordination bezüglich der von beiden Partnern eingesetzten Copingstrategien positiv mit der Partnerschaftsqualität, einer reduzierten Belastung des gesunden Partners und einem besseren Umgang des Patienten mit seiner schweren Erkrankung einhergeht. Günstig ist außerdem eine hohe Kongruenz hinsichtlich des emo-

tionsbezogenen Coping, während in Hinblick auf problembezogenes Coping Komplementarität günstiger zu sein scheint. Männer verlassen sich in erster Linie auf die Unterstützung ihrer Partnerin, während Frauen bei der Krankheitsbewältigung neben der Dyade auf größere soziale Netzwerke zurückgreifen.

1.7 Geschlechterunterschiede bei Coping und Krankheitsverarbeitung

Die Annahme, dass Frauen eher emotionsorientiert bewältigen, Männer dagegen eher problemorientiert, ist weit verbreitet. Die empirischen Befunde sind jedoch nicht homogen: Manchmal zeigen sich Geschlechterunterschiede in der erwarteten Richtung (Frauen emotionsorientiert, Männer problemorientiert), manchmal zeigen sich keine Unterschiede, andere Studien zeigen, dass Frauen eher problemorientiert bewältigen. Auch wenn sich die konzeptuelle Unterscheidung der Kategorien problemorientiert vs. emotionsorientiert bewährt hat, scheint sie doch für die Beschreibung von Geschlechterunterschieden zu undifferenziert zu sein. Deshalb ist eine Betrachtung der spezifischen Copingstrategien und der jeweiligen situationalen Bedingungen in diesem Zusammenhang unabdingbar (Zwicker & DeLongis, 2010).

Frauen besitzen größere Netzwerke als Männer und suchen in Stresssituation eher nach sozialer Unterstützung. Diese Tatsache wird von Taylor et al. (2000) auf biologische Ursachen zurückgeführt. So sei die von Cannon (1932) etablierte „Fight-or-flight“-Dichotomie eher für Männer charakteristisch, während Frauen ein Verhalten zeigten, welches die Autoren als „Tend-and-befriend“ („zuwenden und anfreunden“) bezeichnen. Diese Theorie basiert auf Evidenz aus Tierstudien, bei denen weibliche Tiere bei Bedrohung ein weniger stereotypes Antwortverhalten zeigten. Dieses Verhalten äußert sich in einem Ausbau und Schutz des sozialen Netzwerkes und wird u. a. evolutionsbiologisch erklärt: Frauen hätten – im Kontrast zur „Fight-or-flight“-Reaktion – die Möglichkeit von Kampf oder Flucht nicht in dem Maß gehabt und deshalb zwangsläufig andere Mechanismen der Stressbewältigung entwickelt, die den Nachwuchs weniger gefährdeten. Taylor et al. (2000) betonen die Rolle von Oxytocin, einem Hormon, das möglicherweise Fluchtreaktionen unterdrücken und Bindungen fördern kann.

Andere Forschungsergebnisse heben vor allem die Dauer des Stressors und dessen Kontrollierbarkeit hervor. Werden diese Variablen berücksichtigt, berichten Männer mehr Vermeidungsstrategien bei der Bewältigung von Stress. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Stressor kurzfristig ist. Frauen scheinen

dagegen, wenn sie z. B. eine Bedrohung ihrer Gesundheit wahrnehmen, die Tendenz zu haben, ihre ganze Aufmerksamkeit auf den Stressor zu richten, (vgl. dazu den Forschungsüberblick von Weidner & Collins, 1993). Dies könnte insbesondere dann ungünstig sein, wenn der Stressor unkontrollierbar und vorübergehend ist. Langfristig jedoch kann die erhöhte Aufmerksamkeit durchaus förderlich sein, indem z. B. Vorsorgeuntersuchungen verstärkt wahrgenommen werden oder frühe Warnsignale Beachtung finden. Die anfänglich vigilante Reaktion kann so auf lange Sicht die Entwicklung von Problemlösestrategien fördern.

Ein Review über Copingstrategien nach Myokardinfarkt (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2003) betont einen weiteren Aspekt: Sowohl Männer als auch Frauen benutzen eine Vielfalt von Copingstrategien, aber Frauen scheinen insgesamt *mehr* Copingstrategien einzusetzen (vgl. auch Kendel, Böhmer & Sieverding, 2004). Eine Erklärung für diesen Unterschied im Copingverhalten wird auch hier darin gesehen, dass Frauen von vornherein eine höhere Vigilanz zeigen, mehr Stress erleben und deshalb mehr Strategien ausprobieren. Um diesen Geschlechterunterschied in der Bewältigung richtig zu erfassen, wird eine Bestimmung des *relativen* Einsatzes von Copingstrategien vorgeschlagen (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002): Statt die absoluten Häufigkeiten von Strategien bei Männern und Frauen zu vergleichen, sollte jeweils der Einsatz einer Strategie in Relation zur Häufigkeit von anderen Strategien betrachtet werden.

Die größere Tendenz von Frauen, gedanklich um den Stressor zu kreisen und zu grübeln (*Rumination*), wird von Nolen-Hoeksema (2001) als Erklärung für die höhere Depressivitätsrate von Frauen herangezogen. Durch Rumination können auch bei einer vorübergehenden depressiven Episode der negative Affekt und die Gefühle von Hilflosigkeit verstärkt werden. Die Ruminationstheorie postuliert, dass das ruminative Verhalten in der Kindheit beginnt und im Erlernen der Geschlechterrolle begründet ist. Die traditionelle männliche Geschlechterrolle wird mit der Präsentation von Selbstsicherheit, dem Verbergen negativer Emotionen (wie Angst) und der aktiven Bewältigung von Herausforderungen assoziiert, während die traditionelle weibliche Geschlechterrolle den Ausdruck von Emotionen, Empathie sowie eine insgesamt passivere Haltung impliziert Sieverding (2009). In einer Studie, mit der Stressreaktionen in einer simulierten Bewerbungssituation erfasst wurden, konnte gezeigt werden, dass das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept wichtiger zur Vorhersage der Stressreaktivität ist als das biologische Geschlecht. Ein maskulines Selbstkonzept (gekennzeichnet durch die Selbstbeschreibung mit Attributen wie „selbstsicher“, „aktiv“ oder „überlegen“) war mit einer geringen subjektiven und gleichzeitig erhöhten kardiovaskulären Stressreaktivität assoziiert, und zwar bei Männern wie bei Frauen (Sieverding, Weidner &

Volkman, 2005). Mit dem gesellschaftlichen Wandel der Geschlechterrollen ist zu erwarten, dass sich auch geschlechtstypische Muster des Copingverhaltens verändern werden.

2 Messung von Stress und Krankheitsbewältigung

In den vorangegangenen Abschnitten wurde die große Heterogenität von Stress- und Copingtheorien dargestellt: Coping kann u. a. unter dem Aspekt von Bewertungsprozessen, dem Vorhandensein von Ressourcen oder Persönlichkeitseigenschaften betrachtet werden.

Bei der Messung von Stress gibt es mehrere konzeptuelle Schwierigkeiten (Schwarzer & Schwarzer, 1996). Zum einen können kognitive Bewältigung und Bewertung konfundiert sein. Beispielsweise können, wenn eine Situation als bedrohlich wahrgenommen wird, Bewältigungsprozesse in Gang gesetzt werden (Gedanken, Abwehrmechanismen), die dieser Wahrnehmung entsprechen, d. h. Prozesse, die wiederum die Bedrohlichkeit der Situation akzentuieren. Zum anderen können Probleme entstehen, wenn Coping und Ressourcen getrennt erfasst werden. Ressourcen sind relativ statische Voraussetzungen, während Coping ein Prozess ist, der mehr oder weniger von diesen Ressourcen abhängt. Bei der Messung von Bewältigungsprozessen sind außerdem Fragen der Stabilität, Generalisierbarkeit und Dimensionalität von Bewältigung zu berücksichtigen. Eine Auswahl von Messinstrumenten, die in der Vergangenheit insbesondere zur Erfassung von Krankheitsbewältigung eingesetzt wurden, ist in Tabelle 1 aufgeführt. Eine ausführlichere Darstellung dieser Messinstrumente und weiterer krankheitsspezifischer Fragebögen zur Krankheitsverarbeitung findet sich bei Bengel, Wirtz und Zwingmann (2008) und Franke, Jagla, Salewski und Jäger (2007).

Tabelle 1:
Verfahren zur Erfassung von Stress- und Krankheitsbewältigung (Auswahl)

Bezeichnung	Abkürzung	Autoren	Anwendungsbereich	Zahl der Items/ Dimensionen
Ways of Coping Checklist	WCCL	Folkman & Lazarus (1988)	Erfassung von Stressbewältigungsstrategien bei stressreichen Ereignissen	68 Items

Tabelle 1 (Fortsetzung):
Verfahren zur Erfassung von Stress- und Krankheitsbewältigung (Auswahl)

Bezeichnung	Abkürzung	Autoren	Anwendungsbereich	Zahl der Items/ Dimensionen
Brief COPE	–	Carver (1997)	Krankheitsbewältigung bei chronischen und akuten Erkrankungen, kritische Lebensereignisse	28 Items/ 14 Skalen
Multidimensional Coping Inventory	MCI	Endler & Parker (1990)	Klinische Psychologie, gesundheitspsychologische Fragestellungen	48 Items/ 3 Dimensionen
Strategic Approach to Coping Scale	SACS	Hobfoll, Dunahoo & Monnier (1993)	Individuelle und gemeinschaftliche Stressbewältigung	52 Items/ 9 Subskalen
COMputergestütztes Erfassungssystem	COMES	Perrez, Reicherts, Fahrenberg & Myrtek (1996)	Kritische Lebensereignisse, Stress- und Belastungsproblem, Burnout	33 Selbstbeobachtungskategorien
Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung	FKV, Kurzform: FKV-Lis	Muthny (1989)	Prozesse der Krankheitsverarbeitung bei erwachsenen Patienten mit akuten oder chronischen somatischen Erkrankungen, Selbst- und Fremdeinschätzung	102 Items/ 12 Skalen Kurzform: 35 Items/ 5 Skalen
Stressverarbeitungsbogen	SVF 120	Janke & Erdmann (1997)	Stressverarbeitung bei Belastung im Alltag, Beruf und Arbeit, Vorhersage des Erfolges von Interventionen/ Krankheitsrückfällen	120 Items/ 20 Subtests

Tabelle 1 (Fortsetzung):
Verfahren zur Erfassung von Stress- und Krankheitsbewältigung (Auswahl)

Bezeichnung	Abkürzung	Autoren	Anwendungsbereich	Zahl der Items/ Dimensionen
Tagebuch zur Erfassung alltäglicher Belastungen und deren Bewältigung	TBB	Laireiter (1998)	Alltagsbelastungen bei verschiedenen Patienten- und Altersgruppen, Patienten mit psychischen und somatischen Erkrankungen	88 Items + 21 offene Fragen/ 7 Skalen
Trierer Inventar zum chronischen Stress	TICS	Schulz, Schlotz & Becker (2004)	Individuelle Stressdiagnostik, Screening zur Abschätzung des Rehabilitationsbedarfes – Informationen zur Krankheitsverarbeitung	57 Items/ 9 Skalen
Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung	TSK	Filipp & Klauer (1993)	Krankheitsbewältigung bei schweren körperlichen Erkrankungen, Einzel- und Differenzialdiagnostik	37 Items/ 5 Skalen
Dyadisches Coping Inventar	DCI	Bodenmann (2008)	Partnerschaftsdiagnostik, klinische Diagnostik, Grundlagen- und Interventionsforschung, Fragestellungen u. a. im Bereich der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie	37 Items/ 9 Skalen

3 Coping bei unterschiedlichen Krankheitsbildern

Im Folgenden soll beispielhaft auf die Krankheitsverarbeitung bei Koronarer Herzerkrankung und Krebs sowie auf den Umgang mit Schmerzen eingegangen werden. Die Koronare Herzerkrankung und Krebs gehören heute zu den

häufigsten Diagnosen in den industriellen Ländern. Die Wahrscheinlichkeit, dass wir im Laufe des Lebens mit einer dieser Krankheiten konfrontiert werden, ist sehr hoch. Beide Erkrankungen stellen eine hohe Belastung für das Wohlbefinden einer Person dar und verändern das Leben der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) nachhaltig. Seit den 90er Jahren haben sich die *Psychokardiologie* und *Psychoonkologie* als Forschungsgebiete etabliert, die auf der Schnittstelle zwischen Medizin und Psychologie die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung im Zusammenspiel mit den jeweiligen Copingprozessen erforschen. Da viele Erkrankungen mit Schmerzen verbunden sind, die sich chronifizieren können, ist auch dieser Bereich ein Schwerpunkt der Copingforschung.

3.1 Krankheitsverarbeitung bei Krebs

Bei der Früherkennung von Krebs sowie in der Krebstherapie hat es in den vergangenen Jahren immense Fortschritte gegeben, dennoch ist eine Krebsdiagnose nach wie vor ein einschneidendes und belastendes Ereignis. Häufig ist die Diagnose der Beginn eines langfristigen Auseinandersetzungsprozesses, verbunden mit einer großen Unsicherheit über den weiteren Verlauf. Die Unsicherheit bleibt auch nach einer erfolgreichen Operation und Behandlung oft lange bestehen. Die sozialen Folgen können immens sein. Sie betreffen die Belastung der Bezugspersonen, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und den möglichen Verlust von sozialen, gesundheitlichen und materiellen Ressourcen.

Eine häufig beschriebene (erste) Reaktion auf die Diagnose „Krebs“ ist die Verleugnung (z. B. Faller, 1998). Verleugnung ist ein Abwehrmechanismus, der das „Ich“ vor der Überflutung mit Ängsten, auch Todesangst, schützt und den durch die Diagnose ausgelösten Schock abmildern kann. Kritisch wird dieses Abwehrverhalten dann, wenn es langfristig bestehen bleibt und dadurch die Mitarbeit bei der Behandlung beeinträchtigt wird, Termine nicht wahrgenommen oder Medikamente nicht richtig eingenommen werden (vgl. Abschnitt 1.3).

Über lange Zeit wurde die Verleugnung als eine typische Strategie von Krebskranken beschrieben. Die Forschung hat jedoch gezeigt, dass Krebskranke auf eine Vielzahl von Strategien zurückgreifen (Faller, 1998; Franks & Roesch, 2006). Dazu gehören die Suche nach sozialer Unterstützung, Fokussierung auf das Positive, Distanzierung sowie kognitive und behaviorale Muster von Flucht und Vermeidung. Diese Strategien ähneln jenen, die auch bei anderen kritischen Lebensereignissen eingesetzt werden (Folkman & Moskowitz, 2004). In einer multizentrischen Studie mit 1062 Patienten zeigten sich Vertrauenssetzung in die Ärzte und compliancebezogene Strategien als wichtigste Strategien (Muthny, 1989). Kampfgeist und Selbstermutigung wurden von mehr als der Hälfte der Erkrankten genannt. Für ca. 25 % war die Akzeptanz der Erkranken-

kung eine wichtige Strategie. Eine Metaanalyse von 2006 auf der Basis von 15 Studien berichtete Zusammenhänge zwischen primären Bewertungen und Copingstrategien bei Krebskranken (Franks & Roesch, 2006): Wurde die Situation vorwiegend als Bedrohung eingeschätzt, kamen vor allem problembezogene Strategien zum Einsatz. Dieses Ergebnis war unerwartet, ist aber plausibel, wenn man sich vor Augen hält, dass eine Person, die durch eine Krebsdiagnose zwar eine Bedrohung ihrer Ziele, der Ressourcen und ihres Lebens erfährt, diese Verluste aber nicht für unvermeidbar halten muss. Personen, bei denen die Einschätzung als Schaden oder Verlust im Vordergrund stand, benutzten vor allem vermeidende Strategien. Diejenigen, die in der Krankheit eine Herausforderung sahen, benutzten mit größerer Wahrscheinlichkeit konfrontative Strategien. Auch bei der Einschätzung als Herausforderung wird die Möglichkeit eines ungünstigen Krankheitsverlaufes nicht unbedingt ausgeschlossen, ein solcher Verlauf wird jedoch nicht für unbeeinflussbar gehalten. Krebskranke, die Möglichkeiten sehen, den Verlauf zu kontrollieren, werden ihre Energie mit größerer Wahrscheinlichkeit auf den Stressor direkt richten.

In der Vielfalt der Einschätzungen und der Reaktionen zeigt sich die Komplexität des Krankheitsverarbeitungsprozesses. Die erhebliche Varianz verweist auf weitere Einflussvariablen: Neben Persönlichkeitsdispositionen werden die Zeit, die seit der Diagnose vergangen ist, das Krebsstadium, die Komorbidität und der Behandlungstyp genannt.

In fast allen Studien stehen die Verluste durch die Erkrankung und die Schwierigkeiten der Anpassung im Vordergrund. Deshalb soll betont werden, dass viele Krebspatienten im Verlauf der Erkrankung auch Veränderungen erfahren, die von ihnen als positiv bewertet werden. Dies betrifft u. a. Prozesse der Sinnfindung, einen Wertewandel und eine Stärkung der sozialen Beziehungen (vgl. Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert & Knoll, 2006).

3.2 Krankheitsverarbeitung bei Koronarer Herzerkrankung

Kardiovaskuläre Erkrankungen umfassen angeborene Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz, den Schlaganfall und die Koronare Herzerkrankung (KHK). Die KHK ist die häufigste Erkrankung mit dem Leitsymptom der Angina Pectoris, die durch eine Verengung bis hin zu einer Blockade der Koronararterien (Herzinfarkt) charakterisiert ist. Die Erkrankung ist chronisch und erfordert sowohl Lebensstiländerungen als auch eine Anpassung an die oft reduzierte Leistungsfähigkeit.

Das sogenannte Typ-A-Verhalten, charakterisiert durch Konkurrenzstreben, Zeitdruck und Feindseligkeit, galt lange Zeit als der dominierende psychosozial-

ale Risikofaktor für die KHK. Spätestens seit einer Metaanalyse von Myrtek (2001) auf der Basis von 25 prospektiven Studien ist diese Annahme nicht mehr haltbar. Der Fokus der Aufmerksamkeit hat sich in den vergangenen Jahren auf die Depressivität verlagert. Bei bis zu 50 % der Patienten mit KHK werden depressive Verstimmungen diagnostiziert (Herrmann-Lingen, 2008). Diese können z.T. auf die körperliche Belastung zurückgeführt werden. In einer Metaanalyse, in die 13 prospektive Studien eingingen, wurde gezeigt, dass Depressivität aber auch unabhängig von anderen Faktoren das Risiko für die Entstehung einer KHK um das 1,6-fache steigert (Rugulies, 2002). Bei bestehender KHK hat Depressivität eine noch stärkere Vorhersagekraft für die Verschlechterung der Krankheit und für Mortalität (vgl. die Metaanalyse von Barth, Schumacher & Herrmann-Lingen, 2004). Ein häufiger – nicht bewusster – Bewältigungsmechanismus ist auch bei KHK-Patienten die Verleugnung (Albus, 2008). Verleugnung wird vielfach mit einem besseren emotionalen Wohlbefinden in Verbindung gebracht – insbesondere, wenn die erste Zeit nach einem kardialen Ereignis betrachtet wird. Der Einfluss von Verleugnung auf die langfristige psychosoziale Anpassung ist weniger eindeutig. Hier sind die Ergebnisse inkonsistent und reichen vom Fehlen eines Zusammenhanges bis zu dem Befund, dass Verleugnung mit einem schlechteren emotionalen Wohlbefinden assoziiert ist (vgl. das Review von Bennett & Boothby, 2007). Die Bewältigungsstrategien bei kardiovaskulären Erkrankungen variieren interindividuell deutlich. Das Review zeigt, dass von den Patienten selbst am häufigsten Optimismus, aktives Coping, aktives Problemlösen und die Suche nach sozialer Unterstützung genannt werden. Auch Patienten, die vor einer Herztransplantation standen, nannten positives Denken und Humor als bevorzugte Strategien (Porter et al., 1994).

In den vergangenen Jahren ist innerhalb der Kardiologie die Zahl von psychosozialen Interventionsprogrammen stark angestiegen. Psychosoziale Interventionen umfassen z. B. Stressmanagementprogramme und kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Depressivität. Eine Metaanalyse mit 43 Studien zeigte bei kardialen Patienten eine Senkung der Mortalität um 27 % in den ersten beiden Jahren. Die Rückfallquote für ein kardiales Ereignis konnte sogar nach mehr als 2 Jahren um 43 % reduziert werden (Linden, Phillips & Leclerc, 2007). Der Zeitpunkt, zu dem die Interventionen eingesetzt werden, scheint von großer Bedeutung zu sein. Wenn die Interventionen nicht direkt nach dem kardialen Ereignis, sondern mindestens 2 Monate danach durchgeführt wurden, waren die Effekte größer. Allerdings erfahren die Effekte bezüglich der Mortalität eine Einschränkung, indem sie sich nur für die Gruppe der Männer nachweisen ließen, nicht aber für Frauen. Die Gründe hierfür sind bislang unklar: Welche Rolle spielt die Art der psychosozialen Interventionen? Wie lassen sich Interventionen auf die Bedürfnisse von einzelnen Subgruppen zu-

schneiden? Welche Länge müssen Interventionsmaßnahmen haben, um nachhaltige Effekte erzielen zu können? Nicht zuletzt stellt sich die Frage nach den Outcomekriterien. Während bislang die medizinische Forschung von „harten“ Kriterien wie z. B. Mortalität oder Rehospitalisierung dominiert wird, dürfte es für eine Beurteilung der Effektivität von Interventionen zunehmend wichtiger werden, subjektive, „weiche“ Outcomekriterien wie z. B. die subjektive Lebensqualität der Betroffenen zu berücksichtigen.

3.3 Krankheitsverarbeitung bei chronischen Schmerzen

Viele Erkrankungen sind auf Dauer mit chronischen Schmerzen verbunden. Dabei entspricht der Grad an Behinderung durch die zugrunde liegende Erkrankung oft nicht der Intensität der berichteten Schmerzen. Dies bedeutet, dass Personen, die hohe Schmerzwerte berichten, einen relativ geringen aktuellen Grad an Behinderung haben können, während andere eine ausgeprägte Behinderung mit wenig Schmerzen erfahren können. Die Entkoppelung der Schmerzempfindung von dem physischen Korrelat wird durch positive Konsequenzen des schmerzbezogenen Verhaltens begünstigt und wird als Chronifizierung des Schmerzes beschrieben. Für die Chronifizierung spielt die spezifische Bewältigung der akuten Schmerzen eine entscheidende Rolle. Auf der einen Seite steht häufig das Einnehmen einer Schonhaltung, die eine Verstärkung über das kurzfristige Nachlassen der Schmerzen bewirkt. Auf der anderen Seite erfährt dieses Krankheitsverhalten häufig eine positive Verstärkung in Form vermehrter Zuwendung durch den Partner (Flor, Breitenstein, Birbaumer & Fürst, 1995). Der Prozess der Schmerzentstehung wird beschleunigt, wenn einer Person nur wenige Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen (Thorn & Dixon, 2007).

Dass Schmerz in der Regel nicht als Herausforderung im Sinne einer ersten Bewertung nach Lazarus gesehen wird, mag nicht verwundern. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass Männer experimentell induzierte Schmerzen häufiger als Herausforderung bewerteten, während Frauen den Schmerz häufiger als bedrohlich einschätzten (Sanford, Kersh, Thorn, Rich & Ward, 2002). Die Mehrheit der bisherigen Copingstudien zu Schmerz bezieht sich auf theoretisch begründete Copingkategorien. Brown und Nicassio (1987) unterscheiden passive und aktive Bewältigungsstrategien. Passive Schmerzbewältigungsstrategien sind solche, in denen das Individuum entweder die Verantwortung für den Umgang mit den Schmerzen an eine externale Quelle, z. B. den Arzt oder eine höhere Macht delegiert oder aber zulässt, dass die Schmerzen mit allen möglichen Bereichen des Lebens interferieren. Aktive Copingstrategien spiegeln dagegen eine persönliche Verantwortung für die Schmerzbewältigung

wider und erlauben dem Individuum, einerseits aktive Versuche zur Schmerzreduzierung zu unternehmen, andererseits aber auch das gewohnte Leben trotz der Schmerzen weiterzuführen. Andere Forscher unterscheiden „krankheits- vs. gesundheitsorientiertes“ Coping (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1995). Die meisten Behandlungsansätze zur Schmerzbekämpfung ermutigen zu gesundheitsorientiertem Coping, indem sie Bewältigungsstrategien wie z. B. körperliche Aktivität und Entspannung einsetzen. Im Gegensatz dazu würde eine krankheitsorientierte Strategie die Annahme der „Krankenrolle“ und Maßnahmen (z. B. Bettruhe und Medikamente) beinhalten. Die Mehrheit der Studien lässt schließen, dass der Einsatz von „aktiven“, „problembezogenen“ und „gesundheitsorientierten“ Strategien (z. B. Aktivität trotz Schmerzen und internale Kontrollüberzeugungen) adaptiver ist. Im Gegensatz dazu sagen Bewältigungsstrategien, die „passiv“, „emotionsorientiert“, oder „krankheitsorientiert“ sind, oft ein schlechteres Wohlbefinden vorher (Thorn & Dixon, 2007). Interventionsstudien, die auf diesen Ergebnissen aufbauten, haben entsprechend gezeigt, dass ein Training der behavioralen Strategien (Entspannung, Biofeedback, Aktivität) und kognitiven Strategien (Uminterpretation der Schmerzempfindungen, positive Selbstbeeinflussung, Imaginationstechniken) zu einer besseren Anpassung bei Personen mit chronischen Schmerzen führt. Ein multidisziplinärer Behandlungsansatz, der verhaltenstherapeutische Elemente mit einbezieht, scheint einer rein medikamentösen Therapie überlegen zu sein (Scascighini, Toma, Dober-Spielmann & Sprott, 2008).

4 Die Grenzen der Modifizierbarkeit von Copingstrategien

Anscheinend gibt es Personen, die effektiver mit Stress umgehen können als andere. Deshalb liegt der Gedanke nahe, dass Bewältigungsstrategien durch Interventionen verändert werden könnten. In der Forschung zu dieser Fragestellung wurden typischerweise Gesundheitsprobleme ausgewählt wie z. B. Schmerz oder Depressivität. Die Teilnehmer wurden in Techniken trainiert, die helfen sollten, mit diesen Problemen erfolgreicher umzugehen. Beispiele für trainierte Fähigkeiten in diesen Interventionen sind u. a. Problemlösen, Kommunikation, Umgang mit Emotionen und kognitive Umstrukturierung. So werden beispielsweise bei der kognitiven Umstrukturierung negative Gedankenmuster („Dieser Schmerz ist absolut unerträglich“) durch positive Gedankenmuster („Ich habe starke Schmerzen, aber ich kann damit umgehen“) ersetzt.

Mittlerweile gibt es viele Interventionsstudien zu diesem Forschungsgegenstand. Trotz einer gewissen Heterogenität waren die Ergebnisse häufig ermutigend: Studien haben gezeigt, dass durch Interventionen Problemlösefähigkeiten verbessert, die Mitarbeit bei komplexen medizinischen Behandlungen gefördert,

die Anpassung an chronische Erkrankungen gesteigert und chronische Schmerzen reduziert werden konnten (vgl. das Review von Coyne & Racioppo, 2000). Ein Hauptkritikpunkt an den bisher durchgeführten Studien ist, dass die kritischen Variablen, die zu Veränderungen in den Bewältigungsstrategien führten, noch nicht ausreichend identifiziert wurden. Deshalb ist das Verständnis, *wie* genau es zu den Verhaltensänderungen kommt, bislang begrenzt. Ein weiterer Punkt, der Aufmerksamkeit verdient, ist, dass die gefundenen Zusammenhänge in der Regel sehr schwach sind. Dies ist auch dann der Fall, wenn es nicht um Veränderungen der Bewältigungsstrategien geht, sondern die Zielkriterien z. B. Depressivität, Rehospitalisierung oder Mortalität sind. Weber (1994) stellt mehrere Gründe für die schwachen Zusammenhänge zwischen Copingstrategien und Outcomekriterien in den Mittelpunkt der Überlegungen, die nach wie vor Gültigkeit haben dürften: Zum einen finden sich dort schwache Zusammenhänge zwischen Coping und Kriterium, wo diese beiden Größen nicht stringent aufeinander bezogen sind, bzw. wo die inhaltliche Passung fehlt. Grundsätzlich sollten deshalb *wirksamkeitssensible* Kriterien eingesetzt werden. Zum anderen ist Krankheitsverarbeitung zu einem großen Anteil *personenspezifisch* wirksam, d. h. Bewältigungsformen zeigen unter Umständen vor allem dann Wirksamkeit, wenn sie dem präferierten Bewältigungsstil entsprechen. Um diesem Umstand methodisch Rechnung zu tragen, müsste der individuelle Bewältigungsstil als Moderatorvariable einbezogen werden. Ein weiteres Problem der Bewältigungsforschung liegt in der häufigen Bevorzugung einer unidirektionalen Beziehung, bei der die Bewältigung als dem Befinden vorausgehend betrachtet wird. In der Realität sind diese Zusammenhänge jedoch eher bidirektional. Schlechtes körperliches Wohlbefinden induziert häufig auch eine weniger „effektive“ Verarbeitung und umgekehrt, sodass ein Teufelskreis entsteht und präzise Aussagen über die Wirkrichtung und Auswirkung von Bewältigungsstrategien kaum noch möglich sind. Ein letzter Punkt ist der Begriff „Erfolg“ selbst, der bei der Suche nach „erfolgreicher“ Verarbeitung von Krankheit einer kritischen Betrachtung unterzogen werden sollte. Begriffe wie „effizient“, „adaptiv“, „effektiv“ oder auch „angemessen“, die in diesem Zusammenhang gerne verwendet werden, spiegeln vielfach vor allem die sozialen Regeln und unser soziokulturelles Wertesystem wider und dürften einem Gegenstand, bei dem sich „Erfolg“ im Sinne der geläufigen Kriterien gar nicht einstellen kann, selten gerecht werden. Viel mehr als um Erfolg geht es um ein individuelles Gleichgewicht, welches in jeder Phase einer chronischen Erkrankung – z. T. sehr mühsam – wieder gesucht wird. Krankheitsverarbeitung, das haben die vorangegangenen Abschnitte gezeigt, ist ein Prozess, der zwar zum einen von den subjektiven Bewertungen eines Menschen abhängt, zum anderen aber auch von nicht immer beeinflussbaren Gegebenheiten: von der Persönlichkeit, der Lerngeschichte, von objektiven Ressourcen und nicht zuletzt dem Verlauf der Krankheit selbst.

Literatur

- Albus, C. (2008). Grundkonzepte der psychosomatischen Medizin. In C. Herrmann-Lingen, C. Albus & G. Titscher (Hrsg.), *Psychokardiologie* (S. 45–54). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Barth, J., Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66 (6), 802–813.
- Bengel, J., Wirtz, M. & Zwingmann, C. (2008). *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Bennett, K. K. & Boothby, J. L. (2007). Coping and Heart Disease: implications for Prevention and Treatment. In E. Martz & H. Livneh (Eds.), *Coping with chronic illness and disability* (pp. 267–287). New York, NY: Springer.
- Berg, C. A. & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133, 920–954.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar (DCI). Testmanual*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2008). Dyadic coping and the significance of this concept for prevention and therapy. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 108–111.
- Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31 (1), 53–64.
- Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale: rationale, reliability and validity. *Journal of Personality*, 29, 334–349.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York, NY: Norton.
- Carver, C. S. (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.
- 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.
- Coyne, J. C. & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *The American Psychologist*, 55 (6), 655–664.
- Coyne, J. C. & Smith, D. A. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (3), 404–412.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). *Coping inventory for stressful situations: Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Filipp, S.-H. & Klauer, T. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Flor, H., Breitenstein, C., Birbaumer, N. & Fürst, M. (1995). A psychophysiological analysis of spouse solicitousness towards pain behaviors, spouse interaction, and pain perception. *Behavior Therapy*, 26 (2), 255.

- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45 (8), 1207–1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress & Coping*, 21 (1), 3–14.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- Franke, G. H., Jagla, M., Salewski, Ch. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 41–55.
- Franks, H. M. & Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*, 15, 1027–1037.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J. & Coyne, J. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134 (1), 1–30.
- Herrmann-Lingen, C. (2008). Depression. In C. Herrmann-Lingen, C. Albus & G. Titscher (Hrsg.), *Psychokardiologie* (S. 99–109). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture and community: the psychology and philosophy of stress*. New York, NY: Plenum.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L. & Monnier, J. (1993). *Preliminary test manual: the strategic approach to coping scale (SACS)*. Kent, OH: Kent State University.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment scale. *Journal of psychosomatic research*, 11 (2), 213–218.
- Janke, W. & Erdmann, G. (1997). *Stressverarbeitungsbogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. & Strom, S. E. (1995). The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60 (2), 203.
- Kaluza, G. & Vögele, C. (1999). Streß und Streßbewältigung. In H. Flor, N. Birbaumer & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Verhaltensmedizin* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie Klinische Psychologie, Bd. 3, S. 331–388). Göttingen: Hogrefe.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral Medicine*, 4 (1), 1–39.
- Kendel, F., Böhmer, S. & Sieverding, M. (2004). Kann Coping belasten? Bewältigungsstrategien bei Mann und Frau. *Psychomed*, 16, 49–54.
- Knoll, N., Burkert, S., Luszczynska, A., Roigas, J. & Gralla, O. (2011). Predictors of spousal support provision: A study with couples adapting to incontinence following radical prostatectomy. *British Journal of Health Psychology*, 16, 472–487.
- Kristofferzon, M.-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 360–374.
- Krohne, H. W. (1993). *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.

- Laireiter, A.-R. (1998). Tagebuch zur Erfassung alltäglicher Belastungen und deren Bewältigung – TBB. In J. Glück, M. Vitouch, M. Jirasko & B. Rollett (Hrsg.), *Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich* (Bd. 2, S. 275–278). Wien: WUV.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Streß, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213–259). Bern: Huber.
- Linden, W., Phillips, M. J. & Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, 28 (24), 2972–2984.
- Martz, E. & Livneh, H. (2007). *Coping with chronic illness and disability: theoretical, empirical, and clinical aspects*. New York, NY: Springer.
- Muthny, F. A. (1989). Krankheitsverarbeitung bei chronisch körperlich Kranken. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 34 (2), 64–72.
- Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, 79 (2–3), 245–251.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (5), 173–176.
- Perrez, M., Reicherts, M., Fahrenberg, J. & Myrtek, M. (1996). A computer-assisted self-monitoring procedure for assessing stress-related behavior under real life conditions. In J. Fahrenberg & M. Myrtek (Eds.), *Ambulatory assessment: computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies* (pp. 51–67). Toronto: Hogrefe & Huber.
- Porter, R. R., Krout, L., Parks, V., Gibbs, S., Luers, E. S., Nolan, M. T. et al. (1994). Perceived stress and coping strategies among candidates for heart transplantation during the organ waiting period. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 13, 102–107.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 51–61.
- Sanford, S. D., Kersh, B. C., Thorn, B. E., Rich, M. A. & Ward, L. C. (2002). Psychosocial mediators of sex differences in pain responsivity. *The Journal of Pain*, 3 (1), 58.
- Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S. & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*, 47 (5), 670–678.
- Schmukle, S. C., Egloff, B. & Krohne, H. W. (2000). Transsituativ konsistente und variable Bewältigungsmodi: Eine Latent-Class-Analyse des Angstbewältigungs-Inventars (ABI). *Diagnostica*, 46, 199–207.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S. & Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medicine*, 63 (6), 1614.

- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 107–132). New York, NY: Wiley.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Sieverding, M. (2009). Gender. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 130–138). Göttingen: Hogrefe.
- Sieverding, M., Weidner, G. & Volkmann, B. von (2005). Cardiovascular reactivity in a simulated job interview: the role of gender role self-concept. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 1–10.
- Tamres, L. K., Janicki, D. & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6 (1), 2–30.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107 (3), 411–429.
- Thorn, B. E. & Dixon, K. E. (2007). Coping with chronic pain: a stress-appraisal coping approach. In E. Martz & H. Livneh (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: theoretical, empirical, and clinical aspects*. New York, NY: Springer.
- Weber, H. (1994). Effektivität von Bewältigung: Kriterien, Methoden, Urteile. In E. Heim & M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung* (S. 49–62). Göttingen: Hogrefe.
- Weidner, G. & Collins, L. (1993). Gender, Coping and Health. In H. W. Krohne (Ed.), *Vigilance and avoidance. Two central strategies in coping with aversiveness* (pp. 3–15). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Zwicker, A. & DeLongis, A. (2010). Gender, stress, and coping. In J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology, Vol 2: Gender research in social and applied psychology* (pp. 495–515). New York, NY US: Springer Publishing Co.