

## Bewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung - eine Metaanalyse

IT´S THE END OF THE WORLD AS WE KNOW IT  
(BUT I FEEL FINE)

R.E.M. (Document, I.R.S., 1987)

### 1. Vorrede

Die Infektion mit dem HI-Virus (Human Immunodeficiency-Virus) ist ein Ereignis, aus dem Belastungen der physischen, psychischen und psychosozialen Existenz der Betroffenen resultieren, die verschieden unmittelbar bzw. mittelbar das innere und äußere Gleichgewicht der Existenz stören.

Während die physische Belastung wegen der langen Latenz der Infektion nicht unmittelbar wirkt und die psychosoziale Existenz zuerst eher indirekt bedroht wird, ist die psychische Belastung durch die Todesdrohung, die potentiell eingeschränkte Lebensperspektive und den Verlust der Handlungskontrolle durch die Unumkehrbarkeit des Ereignisses unmittelbar hoch. Die Mitteilung der Diagnose wird in der Regel entsprechend begleitet von allen Merkmalen einer traumatischen Reaktion.

Die multiple Belastungsrichtung sowie spezifische primäre und sekundäre Krankheitsmerkmale der HIV-Infektion stellen die Betroffenen vor Bewältigungsaufgaben, die als ´neue´ Aufgaben ins individuelle Bewältigungssystem integriert werden müssen. Damit erfordert die Merkmalskombinatorik der HIV-Infektion Bewältigungsleistungen, die kaum vergleichbar mit Krebs oder anderen chronischen Krankheiten scheinen. Weil sich die Auseinandersetzung mit der Infektion zunächst nicht über ihre manifest-spürbare Existenz im Körper ereignet, sind es neben verschiedenen Persönlichkeitsfaktoren die jeweils individuell verwirklichte Repräsentation der Infektion und die daraus abgeleiteten konkreten Bewältigungsweisen, die in Zusammenhängen mit bestimmten psychologischen Parametern wie Depression, Angst oder psychischer Befindlichkeit stehen - und wiederum den Verlauf der Infektion beeinflussen.

Dem damit angesprochenen Prozeß der verarbeitenden Auseinandersetzung mit dem belastenden Ereignis bzw. dem akuten und dann chronischen Stressor HIV-Infektion widmet sich diese Arbeit. Dabei ist es ihr Ziel, mögliche Zusammenhänge zwischen Variablen der Belastungsbewältigung und physischen, psychischen und psychosozialen Variablen zu erforschen und zu erkennen, welche Zusammenhänge HIV-spezifisch als gesichert gelten können. Um dieses Ziel zu erreichen bedient sich die Arbeit der Methode einer metaanalytischen Integration. Sie erfasst alle recherchierbaren und empirisch auswertbaren Primärstudien und berechnet aus den Ergebnissen der Primärstudien Effektstärken, die Aussagen darüber erlauben, wie eng die Ausprägungen der verschiedenen empirischen Variablen zusammenhängen und in welcher Richtung die gefundenen Zusammenhänge zueinander stehen.

Um das Ziel zu erreichen, wird im einzelnen folgendes Vorgehen gewählt: Im Kapitel, das dieser Einleitung folgt (Kap. 2), werden charakterisierende Merkmale der HIV-Infektion vorgestellt sowie der Verlauf und ihr epidemiologisches Auftreten beschrieben. Anschließend werden die Auswirkungen der Infektion auf psychische und psychosoziale Aspekte im Leben der Betroffenen dargestellt.

Das darauffolgende Kapitel (Kap. 3) beschäftigt sich mit den allgemeinen Grundlagen der psychologischen Belastungsbewältigungsforschung und stellt die beiden paradigmatischen Traditionen vor, auf denen die heute verwendeten Modelle der Bewältigungsforschung fußen: das Abwehrkonzept sensu Freud und das Coping-Konzept sensu Lazarus. Um der beabsichtigten empirischen Integration den Boden zu bereiten, wird in Unterkapitel 3.2. aus den Grundlagen ein allgemeines Modell der Ereignisbelastungsverarbeitungs- (EBV-) Modell, 'ECCE', entworfen. Das EBV-Modell dient als Rahmen für die Vorstellung jener Bewältigungs-Modelle, die in der HIV-Forschung verwendet werden (3.3.)

Kap. 3.4. befasst sich mit den Operationalisierungen, die aus den Modellen entwickelt wurden und beschreibt 7 Instrumente, mit deren Hilfe krankheitsverarbeitende Prozesse inhaltlich abgebildet werden können. Anschließend erfolgt ein kurzer Überblick über ausgewählte empirische Ergebnisse und verschiedene moderierende Faktoren, die den Prozess der Belastungsbewältigung beeinflussen. Zudem werden adaptionsförderliche und adaptionshinderliche Kriterien von Abwehr- und Copingmechanismen diskutiert.

Aus dem in Kapitel 2, 3 und 4 hergeleiteten theoretischen und empirischen Fundament erwachsen die in Kapitel 5 entworfenen Fragestellungen, die mit Hilfe der folgenden metaanalytischen Integration beantwortet werden. Kap. 6 stellt das Konzept der Metaanalyse als Forschungsmethode vor, die grundsätzlich auf demselben Abstraktionsniveau stattfindet wie eine empirische Primärstudie. Im einzelnen wird ein knapper theoretischer Überblick zur metaanalytischen Forschungstradition gegeben.

Die für den Phänomenbereich 'Belastungsbewältigung und HIV-Infektion' angemessenen Integrationsmethoden werden erläutert und diskutiert. Weiterhin erfolgt die Vorstellung des Konstrukt- und Kodierschemas, die die Grundlage einer nachvollziehbaren Integration bilden.

Daran schließt sich die Datenanalyse und die Datenauswertung an (Kap. 7). Kap. 8 diskutiert die metaanalytisch gefundenen Zusammenhänge zwischen physischen, psychischen und psychosozialen Variablen und Belastungsbewältigung sowie Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsvariablen und Belastungsbewältigung. Adaptionsförderliche und adaptionshinderliche Aspekte erfahren Abschließend werden Folgerungen aus der Übersichtserstellung gezogen.

## **2. HIV-Infektion und der Kontext ihrer Bewältigung**

Dieses Kapitel, das in das Thema 'HIV-Infektion und Belastungsbewältigung' einführt, umfasst eine Charakterisierung des Gesamtstressors HIV-Infektion - und damit eine Begründung, warum die Krankheit die physische, psychische und psychosoziale Existenz der Betroffenen bedroht. Neben einer Darstellung

aktueller epidemiologischer Fakten werden die spezifischen primären und sekundären Krankheitsmerkmale beschrieben, um das einzugrenzen, worauf die Betroffenen mit unterschiedlichen Belastungsbewältigungsweisen reagieren.

## 2.1. 15 Jahre HIV-Infektion

15 Jahre sind vergangen, seitdem in den USA erste Berichte<sup>1</sup> erschienen, die von opportunistischen Infektionen bei jungen Männern berichteten, die auf einen primären Immundefekt bis dato unbekannter Art schließen ließen. Dieser wurde zuerst mit dem Lebensstil der Betroffenen assoziiert, weil die Betroffenen alle homosexuell lebten. In Folge dessen enthielt die erste Namensgebung der neuen Krankheit diese Assoziation: Gay Related Immune Deficiency - GRID.

Die Beschreibung eines Syndroms, das nach der - mehrheitlich - sexuellen Übertragung eines Virus, das Funktionieren des menschlichen Immunsystems jeder systemimmanenten und externen Kontrolle entzog, erschütterte zumindest in den westlichen Industriestaaten die Sicherheit, mit der die Menschen auf die Fortschritte der Medizin in der Bekämpfung von weltweit verbreiteten Infektionskrankheiten vertrauten. Damit einher ging der Verlust des medizinisch induzierten Glaubens, in einem Jahrhundert zu leben, in dem die Wissenschaft Infektionskrankheiten in den Griff bekommen hätte. Der früh etablierte sexuelle Hauptübertragungsweg machte plötzlich die libertinäere Sexualmoral und das ihr entsprechende, explizitere Sexualverhalten zum Thema einer gesellschaftlichen Diskussion, die mit dem Verstreichen der 70er Jahre als erledigt betrachtet werden durfte.

Insgesamt statten der Seuchencharakter, der Selbstverschuldungsaspekt durch den mit der Krankheit assoziierten Lebensstil, die sexuelle Übertragbarkeit des Virus, der progrediente Verlauf und die bisher vergebliche Suche nach einem Therapeutikum das inzwischen eingeführte Kunstwort für eine erworbene Immunabwehrschwäche, 'AIDS' (Acquired Immune Deficiency Syndrome), mit großer assoziativer Macht aus.

"In den tieferen Schichten der kollektiven Psyche haben die Seuchen als Krankheiten von apokalyptischer Dimension einschließlich der diesen zugehörigen Ängste überdauert. Diese sind, wie AIDS lehrt, jederzeit wieder aktualisierbar." (Dannecker, 1991: 78) Die aus dieser Aktualisierung resultierende, von manchen Autor/innen als 'Hysterie' bezeichnete, gesellschaftliche Auseinandersetzung bildet für die akut Betroffenen einen Hintergrund mit mittel- und unmittelbaren Auswirkungen für die psychische Verarbeitung von Infektion und Krankheit.

## 2.2. Epidemiologie

Bis zum 31.03.95 registrierte das AIDS-Zentrum des Robert-Koch-Instituts in Berlin (kumuliert) 67893 bestätigte HIV-Antikörpertests und 12808 AIDS-Erkrankte, von denen 7917 als gestorben gemeldet wurden. (Estermann, J./Hamouda, O./Schwartländer, B., 1995: 1 - 6) Während für 45% der Infizierten derzeit keine Angaben über den Infektionsweg existieren, schlüsselt

---

<sup>1</sup>u.a.: Morbidity and Mortality Weekly Report (Center for Disease Control, Atlanta, USA, 05.06.1981)

sich dieser bei den AIDS-Diagnostizierten so auf: 67,9% infizierten sich über homosexuellen Geschlechtsverkehr, 14,2% durch intravenös benutzte Spritzen, 3,5% über Blutgerinnungspräparate, 2% durch Transfusionen, 5,2% durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr, 0,6% durch prä- oder perinatale Infektion. Für den Rest konnte keine Zuordnung vorgenommen werden. 61,8% der bis zum 31.03.95 in der Bundesrepublik Deutschland AIDS-Vollbild-Diagnostizierten sind verstorben.

Zu erwähnen bleibt, daß sich diese Zahlen ausschließlich auf die Population der Getesteten und AIDS-Diagnostizierten beziehen und daß daraus kein Bild über die sonstige Verbreitung des Virus in der nicht-getesteten Bevölkerung ableitbar ist. Da die Infektion eine lange stumme Phase durchläuft (inzwischen 4 - 8 Jahre, s.u.) sind Angaben zum tatsächlichen Vorkommen des Virus in der Bevölkerung nicht absicherbar.

Die obige Verteilung der Infektionswege entspricht in etwa dem von der WHO für Westeuropa, Nordamerika, Australien und Neuseeland als Pattern I beschriebenen. Für Pattern II (Afrika, Karibik) gilt eine mehrheitlich über den heterosexuellen Ansteckungsweg nachvollziehbare Verbreitung des Virus, während Pattern III (Asien, Südamerika) sich dadurch auszeichnet, daß einerseits die registrierten Häufigkeiten bisher relativ gering sind und Betroffene eine Vielzahl verschiedener (unspezifisch) Sexualpartner/innen hatten (Kelly/Raphael, 1993: 518).

Für die Vereinigten Staaten weisen die Statistiken der WHO bis zum 01.01.95 kumuliert 401789 AIDS-Fälle aus. AIDS-definierende Erkrankungen sind in den Metropolen der USA die Todesursache Nummer eins bei 30 - 40jährigen Männern und 20 - 30jährigen Frauen. (Gölz/Mayr/Bauer, 1995: 8) Insgesamt schätzt die UNO-Gesundheitsbehörde die Zahl der bisher Erkrankten auf weltweit rund 4,5 Millionen Menschen (Estermann, J./Hamouda, O./Schwartländer, B., 1995: 10).

Als problematisch für die Statistik erweisen sich mangelnde Meldedisziplin, unterschiedliche Falldefinitionen, mangelnde Erfassungssysteme und ein beträchtliches Underreporting aus einzelnen Ländern. Bezogen auf Europa zeigt sich für die kumulierten Inzidenzen (AIDS-Fälle pro Million Einwohner), daß Spanien (755/Mill.) die Tabelle vor der Schweiz (610/Mill.) und Frankreich (579/Mill) anführt, während Deutschland (153/Mill.) einen durchschnittlichen Wert aufweist. Die Unterschiede resultieren vor allem aus den wesentlich größeren Anteilen infizierter Drogenbenutzer/innen in den genannten Ländern (ebd.: 8). Insgesamt läßt sich aus den Zahlen ableiten, daß für westeuropäische Länder zwar keine Entwarnung gegeben werden kann, aber ein rationaler Diskurs über Infektion und Erkrankung der Infektions-Wirklichkeit entspricht.

Sehr viel schwerer wiegt der Umstand, daß nach den WHO-Schätzungen 90% aller Fälle in Regionen vorkommen, in denen nur etwa 50% der Weltbevölkerung leben - und deren Sexualgewohnheiten auf einen überwiegend heterosexuellen Übertragungsweg hindeuten.

## **2.3. Physische Belastung durch HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung**

### **2.3.1. klinische Merkmale**

Dem HI-Virus, das bereits 1983 als ursächlich für die im Verlauf tödliche Schwächung des menschlichen Immunsystems isoliert werden konnte, gilt das Immunsystem als primäres Zielgewebe. Kennzeichnende Merkmale des Virus sind die zentrale RNS-Kette mit 9300 Nukleotiden, verschiedene Strukturproteine (u.a. das Virushüllenprotein gp120, das eine hohe Affinität zum T4-Lymphozyten-Rezeptor aufweist) und Enzyme wie die reverse Transkriptase sowie ein Regulator-Gen, verantwortlich für die Virusreplikation innerhalb der Wirtszelle, nachdem das von RNS in DNS umgeschriebene Genom in diese eingefügt ist. (für ausführlichere Informationen siehe Bauer, 1995: 56f)

Das den Zellstoffwechsel organisierende Enzym reverse Transkriptase arbeitet bei der Umkodierung der RNS in eine DNS-Struktur ausgesprochen fehlerhaft. Etwa jede tausendste Ablesung geht schief, pro Umschreibung von 9300 Nukleotiden ereignen sich also etwa 10 Fehler. Sowohl das zuerst entdeckte Virus HIV-1 als auch das in Westafrika nachgewiesene HIV-2 warten mit Abwandlungen auf, die in ihrer DNS-Struktur um bis zu 25% variieren. Die Zahl der bisher beschriebenen Subtypen von HI-Viren kommt 100 nahe. Mayr (1995: 32) schreibt, daß die Spontanmutationsrate des HI-Virus im menschlichen Körper so hoch sei, daß gelegentlich bei HIV-Infizierten bis zu 15 HIV-Subtypen nachgewiesen werden können.

Diese Variabilität beeinflusst Verlauf und Therapie, die Suche nach einem antiviralen Wirkstoff und die soziale Interaktion, denn bereits infiziert zu sein, bedeutet nicht, sich nicht gegen weitere Viren-Übertragungen schützen zu sollen - zumal andere Stämme durchaus virulenter sein können, als die bisher in den Körper aufgenommenen.

Durch die bereits erwähnte hohe Affinität des Virus für cd4 (oder T4)-Lymphozyten erreicht es immunsystemisch betrachtet den höchsten Wirkungsgrad. T4-Zellen sind für die zelluläre Immunreaktion (der Vermehrung der Immunzellen) verantwortlich, wie die B-Lymphozyten für die humorale Reaktion (Bildung spezifischer Antikörper) verantwortlich zeichnen. Gleichzeitig dienen sie der Regulation der gesamten Immunantwort. Als Helferzellen stimulieren sie sowohl zelluläre als auch humorale Aktivitäten, als Suppressorzellen unterdrücken sie eine Immunreaktion.

Bereits 1982/83, also krankheitshistorisch frühzeitig, gelang es der wissenschaftlichen Gemeinschaft, die äußerst spezifischen Übertragungswege des Erregers zu erkennen: sexuelle Kontakte, Inokulation von infiziertem Blut und Blutprodukten sowie die peri- und postnatale Übertragung von der Mutter auf das Kind (Mayr, 1995: 28). Obwohl HI-Viren bspw. auch in Speichel, Stuhl, Tränenflüssigkeit oder Urin nachgewiesen werden können, reicht die Übertragungsnotwendige kritische Konzentration nur in den oben genannten Fällen für die Weitergabe der Infektion. Andere Übertragungswege, wie Tröpfchen- oder Schmierinfektionen gelten nach heutigem Stand der wissenschaftlichen Forschung als unwahrscheinlich. Weiterhin wird die HIV-Infektion im Vergleich zu anderen übertragbaren Krankheiten wie Tripper (50%) oder Syphilis (15-20%) mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von nur bis zu 1% bei einmaligem ungeschützten Geschlechtsverkehr (sowohl anal als auch vaginal) übertragen. Durch Kofaktoren wie primäre Infektionen,

Menstruation oder Genitalverletzungen erhöht sich diese Wahrscheinlichkeit auf bis zu 10%.<sup>2</sup>

Den Verlauf betrachtend, lassen sich vier Infektions-Stadien voneinander abgrenzen. Auf die Phase der akuten Infektion, die sich nur bei bis zu einem Drittel der Infizierten durch unspezifische Beschwerden grippaler Art wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Hals- und Muskelschmerzen klinisch manifestiert, folgt über viele Jahre (im Mittel 4 - 8) eine klinisch stumme Phase. Einziges begleitendes Symptom bei 90% aller Infizierten sind bis zu kastaniengroße Lymphknotenschwellungen. Doch im Gegensatz zu den ersten Klassifikationssystemen (CDC 1987, Walter Reed) mißt die Medizin dem Lymphadenopathie-Syndrom heute keine klinische Relevanz mehr zu, zumal das LAS individuell ausgesprochen variabel in Erscheinung tritt (Mayr, 1995: 63)

Schreitet die Infektion fort, zeigen sich im darauffolgenden Stadium (früher unter AIDS-Related Complex 'ARC' subsumiert) uneinheitliche HIV-assoziierte Symptomatiken, die eine zunehmende Störung der zellulären Immunabwehr signalisieren. Konstitutionell zählen Fieberschübe, Durchfall, Gewichtsverlust, Nachtschweiß, rezidivierender Mundsoor, Begleitmeningitiden, Herpes-Zoster und einige andere bakterielle und virale Infektionen mit septischen Verläufen dazu<sup>3</sup>. Sinkt die Anzahl der T4-Zellen im Blut weiter und die Immunabwehrschwäche nimmt zu, verringert sich die Widerstandskraft gegenüber sogenannten opportunistischen (sekundären) Infektionen. Deren Auslöser sind entweder sehr verbreitet (*Mycobacterium tuberculosis*, weltweit 3 Millionen Tote jährlich) oder führen bei Immunkompetenten nicht zu lethal verlaufenden Krankheitserscheinungen (*Pneumocystis-carinii*-Pneumonie). Bei Diagnosestellung einer der mittlerweile 21 AIDS-definierenden Erkrankungen (vgl. Mayr, 1995: 60 - u.a. HIV-Enzephalopathie, *Pneumocystis-carinii*-Pneumonie, Kaposi-Sarkom, rezidivierende Salmonellen-Septikämie) wird vom Ausbruch des AIDS-Vollbildes gesprochen.

Zusammen mit den an derselben Stelle (Mayr, 1995: 60) aufgeführten 10 HIV-assoziierten Erkrankungen vor Ausbruch des AIDS-Vollbildes wird solcherart das enorme Spektrum möglicher Symptomatiken deutlich. Der Kunstbegriff 'AIDS' verknüpft die klinische Wirklichkeit kaum angemessen, weil das Buchstabenkürzel Klarheit und Eindeutigkeit suggeriert, die dahinter keineswegs zu finden ist.

### 2.3.2. Diagnose, Therapie und Prognose

Die Diagnose der Virus-Infektion erfolgt durch Nachweis von Anti-Körpern mit Hilfe sehr sensitiver Modifikationen von ELISA (enzyme linked immuno sorbent

---

<sup>2</sup>Selbstverständlich bedeuten diese Zahlen keine Minimierung des individuellen Risikos, sich beim ersten ungeschützten Sexualkontakt sofort anstecken zu können.

<sup>3</sup>An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß es bei bis dato nicht Antikörper-positiv getesteten Frauen im Falle gynäkologischer Beschwerden wie 'normalen' Pilzinfektionen zu falschen Diagnosestellungen führen kann, wenn die Patientinnen anamnestisch nicht den gemeinhin üblichen Risikogruppenrastern (Prostituierte, IDU) entsprechen (vgl. Schmidt, N.D. (1994): Feminismus und AIDS - halbierte Vernunft? In: Lang, S./Richter, D. (Hrg.): Geschlechterverhältnisse - schlechte Verhältnisse? Schüren Presseverlag, Marburg, 110 - 123.

assay) und einem bestätigenden Test (´Western Blot´), der hohe Spezifität erzielt, um falsch positive Ergebnisse auszuschließen.

Ein positives Testergebnis besagt erst einmal nur, daß ein viraler Kontakt stattgefunden haben muß, bedeutet aber nicht - wie sich bereits aus dem oben gesagten ergibt - daß die Person AIDS ´hat´, noch daß die Krankheit manifest werden muß. Obwohl aus Sicherheitsgründen davon ausgegangen werden sollte, läßt sich aus dem positiven Anti-Körper-Test noch nicht einmal ableiten, daß die Getesteten tatsächlich Virus-Träger/innen sind.

Weil auch weiterhin kein Therapeutikum zur Verfügung steht, das die HIV-Infektion wirksam bekämpft, bestehen gegenwärtig die einzigen Möglichkeiten darin, mit Verlaufskontrollen (Laborwerte verschiedener Immunparameter wie T4-Zellen, Immunglobuline etc.), Primärprophylaxen (Meiden anderer immunsystemschwächender Gefahren, Abgabe von Pentamidin zur Vorbeugung gegen Lungenentzündung PcP) und bereits vorhandenen Mitteln antiretroviraler Medikation (AZT bspw. hemmt zumindest in vitro die Neuinfektion gesunder Zellen) zu versuchen, den Verlauf zu beobachten und im günstigsten Fall zu verlangsamen (Bauer, 1995: 95ff).

AZT (Azidothymidin) und eine Reihe von Kombinationspräparaten können physische Symptome auf so entscheidende Weise mildern, daß Krankenhausaufenthalte kaum mehr notwendig sind und die Betroffenen bis zum Tod ambulant behandelt werden können. AZT und seinen Derivaten wird zugeschrieben, daß es häufiger zu einem Tod ohne langandauernde Fesselung ans Bett bei nur geringer physischer Beeinträchtigung kommt.

## **2.4. Psychische Auswirkungen der Infektion**

### **2.4.1. psychische Belastung und Verlauf**

Wie bereits beschrieben, erweist sich die immunsystemdestabilisierende Wirkung des Virus als nicht unmittelbar spürbar. Die physische Betroffenheit durch die Infektion wird nur zeitverschoben und eingebettet in einen außerordentlich variablen Verlauf manifest.

Unmittelbar destabilisiert das Ereignis der Infektion das psychische System. Das psychische Gleichgewicht wird zerstört, weil die HIV-Infektion unumkehrbar ist und dadurch nicht nur die körperliche Integrität verletzt wird, sondern ein Verlust individueller Handlungskontrolle eintritt, der als traumatisch erlebt wird. Somit ist es nicht nur die HIV-Infektion selbst, sondern auch das aus ihr resultierende Trauma, das im Zuge des Belastungsbewältigungsprozesses in die veränderte Lebensperspektive integriert werden muß.

Hüsler (1995: 13f) nennt 5 Phasen der psychischen Auseinandersetzung mit HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung:

#### **1. Vortestphase**

Die Entscheidung für einen Test ist bereits mit innerer Spannung verbunden, weil die subjektiv repräsentierten Folgen eines positiven Resultats vorweggenommen werden. Diese Angst kann in einem stattgehabten Risikoverhalten begründet sein oder aus der Zugehörigkeit zu einer der Hauptbetroffenengruppen (Homosexuelle, Drogenbenutzer/innen, Hämophile) erwachsen. In einer Erhebung von Dannecker

(1990) begründen 45,2% der



354 befragten männlichen Homosexuellen, die testabstinent bleiben wollten, ihre Entscheidung mit der Angst vor einem positiven Anti-Körpertest und der entsprechenden psychischen Belastung. 36,2 % verzichteten auf einen Test, weil sie sich keinerlei Risiken ausgesetzt sehen bzw. weil sie sich sowieso verhalten, als seien sie positiv. Von den 498 Getesteten bestimmte für 42,2% der Wunsch nach Gewißheit die Entscheidung, sich testen zu lassen.

Damit ist gezeigt, daß schon die Entscheidung für oder gegen einen Test auf je verschiedene Weise intrapsychisch belastungsreduzierend wirkt. Das dem Test gesundheitspolitischerseits oft zugeschriebene primärpräventive Potential dürfte verglichen mit den Auswirkungen direkter Verhaltensänderungen durch die Einschränkung riskanten Verhaltens und die Verwendung von Kondomen eher klein sein. Clement (1992: 14) spricht von einem 'generellen AIDS-Effekt' der quantitative Verhaltensänderungen eher bewirkt hat, als ein 'spezieller Test-Effekt'. Die Untersuchung von Dannecker (1990) zeigt, daß sich positiv und negativ Getestete in ihrer Tendenz, riskante sexuelle Techniken anzuwenden, keine Unterschiede aufweisen.

## 2. Testkrise

Im Moment der Mitteilung eines positiven Testresultats ist die psychische Belastung unmittelbar hoch. Das traumatische Erleben zeigt sich in schockartigen Zuständen, Lähmungen, einem Nichtwahrhabenwollen bzw. Trancezuständen. Erst sukzessive wird die Tragweite des Geschehens bewußt und krisentypische Erscheinungsbilder werden manifest. Clement (1992: 16) berichtet von Gefühlen der Verzweiflung, Trauer, Schuld, Angst und Depression. Frühere psychische Auffälligkeiten scheinen die Wahrscheinlichkeit einer Dekompensation unter der HIV-Belastung zu erhöhen. Die Phase der Testkrise ist verschieden lang und subjektiv abhängig von Vorerfahrungen mit nicht kontrollierbaren Ereignissen. Auch die Subgruppenzugehörigkeit spielt eine Rolle.

## 3. Phase der Latenz

Diese Phase, in der die Krankheit mit nur wenigen manifesten Symptomen in Erscheinung tritt, ist gekennzeichnet durch innere und äußere Adaptationsprozesse. Die empirischen Ergebnisse zum Ausmaß der psychischen Belastung im asymptomatischen Krankheitsstadium sind uneindeutig. Eine epidemiologische Studie von Ostrow et al. (1989) an 4954 homosexuellen Männern zeigt, daß der Serostatus HIV-positiv ein weniger guter Prädiktor für berichtete psychische Belastung war als unspezifische körperliche Symptome. Moulton et al. (1991) erfragten in ihrer Stichprobe homosexueller Männer zuerst die Erwartungen ob des Testresultats und verglichen 12 Monate später das Ausmaß der psychischen Belastungen. Jene, die ein positives Resultat antizipierten, zeigten weniger Belastung als jene, die ein negatives Resultat erwarteten, aber positiv getestet wurden.

Während verschiedene Studien (Fitzgibbon et al., 1989; Lunn et al., 1991, Hestad et al., 1994) eine aufgrund des Serostatus HIV-positiv erhöhte Maß an Depression, Angst und sonstigen psychiatrischen Auffälligkeiten sowie eine verschlechterte psychische Befindlichkeit konstatieren, kommen einige Studien zu gemischten Befunden. Pergami et al. (1993) und Law et al. (1993) weisen

für einige Variablen weniger psychische Beeinträchtigung von asymptomatisch HIV-Positiven als von HIV-Negativen.

Einige Studien (Sahs et al., 1994; Cochran/Mays, 1994; Fell et al., 1993) weisen keine Unterschiede in Ängstlichkeit, Depressivität, sonstiger psychischer Befindlichkeit, verschiedenen Stimmungsskalen oder psychiatrischen Diagnosen zwischen asymptomatischen HIV-Positiven und HIV-Negativen aus. Auch aus der Perspektive der psychiatrischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses (Strain/Fulop, 1990) können keine Unterschiede ob der Konsultationsgründe gefunden werden, wegen denen HIV-Positive oder HIV-Negative an die Abteilung verwiesen werden.

Eine globale Belastungseinschätzung ´objektiver´ Natur ist wegen der uneindeutigen Ergebnisse kaum zu erstellen. Vielmehr scheinen jeweils spezifische Merkmale der Subgruppenzugehörigkeit, psychiatrische Störungen in der Geschichte, Drogenabhängigkeit, offener oder verdeckter Status der Homosexualität sowie Erwartungen bezüglich eines positiven oder negativen Testbefundes bestimmende Einflußfaktoren zu sein, wie groß das Ausmaß der psychischen Belastung ist.

#### 4. Beginn der AIDS-Erkrankung

Die erste Diagnose einer AIDS-definierenden Erkrankung wird als erneute Krise erlebt. Neben Angst und Depression kann es in Folge dessen auch zu einer neuen inneren Klarheit kommen, weil die Phase des unsicheren Antizipierens möglicher Symptomaten vorbei ist.

Aus empirischer Perspektive erweisen sich die Ergebnisse für diese Phase als eindeutiger als für die asymptomatische Phase. Verglichen mit HIV-Negativen zeigen symptomatisch HIV-Positive in einer Reihe von Studien (Dew et al., 1990; Catalan et al., 1992a; Catalan et al., 1992b; Pakesch et al., 1992; Fell et al., 1993; Maj et al., 1994) deutlich ausgeprägtere psychische Belastungen.

Auch im Vergleich zwischen asymptomatisch Positiven und symptomatisch Positiven berichten die stärker von der Krankheit Betroffenen von größerer psychischer Beeinträchtigung (Kaisch/Anton-Culver, 1989; Crystal et al., 1993; Folkman et al., 1993; Turner et al. 1993; Siegel et al. 1994). Jedoch sind die gefundenen Unterschiede kaum groß genug, um von einer wesentlich verschlechterten psychischen Befindlichkeit zu sprechen.

Wie Clement (1992: 17) zusammenfasst, ist es nicht angemessen, von einer Parallelität der psychischen Belastung mit dem objektiven Krankheitsbild auszugehen. Ein schwächeres Immunsystem ist einer stärkeren psychischen Belastung nicht proportional. Beispielsweise findet Franke (1990) bei 491 HIV-Infizierten keinen Zusammenhang zwischen dem Krankheitsstadium und der psychischen Belastung.

Andere Studien (Goldmeier, 1987; Tross/Hirsch, 1988) zeigen, daß Infizierte mit ARC (AIDS-related complex; die Krankheitsphase, die in früheren Klassifikationssystemen dem Stadium AIDS voranging) deutlich höhere Belastungen als die AIDS-Diagnostizierten berichteten. Das wird von Autorensseite mit der größeren Unsicherheit ob des weiteren Verlaufs erklärt.

Studien, die Zusammenhänge zwischen dem zentralen Immunparameter Anzahl von T4-Helferzellen und der psychischen Belastung untersuchen, finden keinerlei interpretierbare Zusammenhänge, die Korrelationen variieren zwischen

-0.1 und +0.1 (Fitzgibbon et al., 1989; Rabkin et al., 1991; Gorman et al., 1992; Perry et al., 1992).

Die Ergebnisse befürworten die Interpretation, daß insbesondere symptomatische Erscheinungen der Krankheit mit größerer psychischer Belastung einhergehen. Auch verringerte T4-Zellenwerte vergrößern die Belastung nicht, solange daß geschwächte Immunsystem nicht symptomatisch reagiert.

#### 5. Phase der Erkrankung bis zum Tod

Fortschritte in der Behandlung opportunistischer Infektionen bewirkte in den letzten 15 Jahren eine Veränderung der Krankheitsverläufe. Durch prophylaktische Medikation (s.o.) sterben nur noch wenige Patient/innen an PcP (Pneumocystis carinii Pneumonie), stationäre Aufenthalte entfallen. Gekennzeichnet ist diese Phase von der Adaptation an die Gewissheit des nahen Todes, die ebenfalls einhergehen kann mit depressiven Verstimmungen und Angststörungen. Wie wichtig krankheitsverzögernde, klinische Maßnahmen sind, die entsprechend den obigen Befunden belastungsreduzierend wirken, machen die wachsenden Zahlen sogenannter 'Long Term Survivors' deutlich. Laut Klassifikation des Centers of Disease Control (CDC) sind 'Long Term Survivors' jene AIDS-Erkrankten, die zweimal so lange leben, wie der Median der Überlebenszeit derzeit ist. Diese Betroffenen leben gegenwärtig über drei Jahre mit AIDS-definierenden Erkrankungen.

Krankheitsverlaufsübergreifende Studien bestätigen die Uneindeutigkeit der Zusammenhänge zwischen verschiedenen primären Krankheitsmerkmalen (Serostatus, T4-Helferzellen, HIV-spezifische Symptome) und verschiedenen Variablen der psychischen Belastung. Einerseits liegen Untersuchungen vor, die bei insgesamt längerer Krankheitsdauer und ausgebrochenem AIDS-Vollbild von wesentlich größerer psychischer Belastung berichten als bei kürzerer Krankheitsdauer und innerhalb der asymptomatischen Krankheitsphase (Catalan et al., 1992a; Catalan et al., 1992b; Fell et al., 1993; Sahs et al., 1994). Denen gegenüber stehen andererseits Studien (Atkinson et al., 1988; Dew et al., 1990; Egan et al., 1992; O'Dowd et al., 1993), die über die Krankheitsdauer und die prä-AIDS-Phase einen gegenteiligen Befund hervorbringen: asymptomatisch HIV-Positive mit nur wenigen Symptomen und kurzer Krankheitsdauer erfahren größere psychische Beeinträchtigung, berichten von größerer Angst und stärkerer Depressivität.

#### 2.4.2. psychische Belastung und Suizid

Mit den psychischen Belastungen in allen Post-Test-Phasen gehen Suizidgedanken, Suizidversuche und vollendete Suizide einher. In einer Studie von Schneider et al. (1991) berichten 27% (212) der befragten 778 HIV-Infizierten Suizidgedanken. Im Vergleich mit jenen Infizierten ohne Suizidgedanken tauchten bei denjenigen mit Suizidgedanken häufiger Trauer um den Verlust eines Partners, die Mitteilung einer ARC-Diagnose und mehrere enge Freunde mit ARC in den Berichten auf. Zwei Studien (McKegney/O'Dowd, 1992; O'Dowd/Biderman/McKegney, 1993) kommen zu dem Schluß, daß Patient/innen eines ambulanten Psychiatrie-Programms im asymptomatischen

Krankheitsstadium und mit ARC mehr Suizid-Gedanken äußern als Patient/innen mit AIDS. Die Ergebnisse sind unabhängig von Alter, Geschlecht und Subgruppenzugehörigkeit. Hirnorganische Faktoren sowie verleugnende Bewältigung einerseits als auch eine Refokussierung der Lebensperspektive angesichts der tödlichen Bedrohung andererseits werden von den Autor/innen als Erklärungen für die gefundenen Phänomene angeführt. Die psychiatrische Vorgeschichte scheint enger mit Suizidalität assoziiert als die HIV-Infektion alleine.

Verglichen mit den entsprechenden Altersgruppen der nicht-infizierten Population fanden Marzuk et al. (1988) in New York ein um das 36-fache vergrößertes Suizid-Risiko bei AIDS-Erkrankten. Dem steht entgegen, daß die von der HIV-Infektion betroffenen Subgruppen der Homosexuellen und intravenösen Drogen-Benutzer/innen auch als nicht-Infizierte verglichen mit der sonstigen Population einem erhöhten Suizid-Risiko ausgesetzt sind (Rajs/Fugelstad, 1992: 237). Dies berücksichtigten Marzuk et al. in ihrer Studie nicht.

King (1990: 153) faßt den Problembereich Suizid und HIV-Infektion folgendermaßen zusammen: "Although higher rates of suicide also occur in other chronic and life-threatening diseases, such as cancer, problems for AIDS sufferers, such as stigmatisation, possible withdrawal of support of families or friends, and fears of dependency and disfigurement, appear to be greater and may all contribute to the suicidal impulse."

### 2.4.3. psychische Belastung und Subgruppen

Grundsätzlich gelten alle krankheitsspezifischen Belastungen für alle betroffenen Subgruppen. Auch für die unmittelbaren Reaktionen auf den Test kommt es innerpsychisch zu gruppenübergreifend ähnlichen Belastungsprozessen, die sich in oben beschriebenen Symptomatiken äußern kann. Gleichwohl ist der daran anschließende Auseinandersetzungsprozeß gekoppelt an spezifische Subgruppenmerkmale, die auf unterschiedliche Weise belastungsförderlich bzw. belastungsreduzierend sein können.

#### 1. Homo- und bisexuelle Männer

Als Erstbetroffene und auch heute in den westlichen Industrieländern weiterhin Hauptbetroffene trifft die Krankheit mit den männlichen Homosexuellen eine Population, deren kohärente soziale Struktur spezielle belastungsmoderierende Effekte in die Auseinandersetzung mit HIV und AIDS einbrachte. Die aktivitätserfahrene Homosexuellenbewegung konnte eine Selbsthilfestruktur (´AIDS-Hilfe´) etablieren. Zudem schufen sie öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema und unterstützten und begleiteten den Fortschritt im wissenschaftlichen Erkenntnisprozeß. Zusätzlich bewirkten Aufklärungskampagnen von Homosexuellen für Homosexuelle einen massiven Verhaltenswandel, um die Bedrohung der psychosexuellen Existenz präventiv abzuwenden.

Reisbeck et al. (1993) bestätigen in einem Überblick zu Untersuchungen des Hilfesuchverhaltens HIV-Infizierter Homosexueller die Annahme, daß dem homosexuellen Netzwerk eine besondere Bedeutung für den Bewältigungsprozeß zukommt. Der homosexuelle Partner oder der schwule

Freundeskreis haben für die soziale Unterstützung eine weitaus bedeutendere Funktion als die Ursprungsfamilie oder anderen soziale Netzwerke.

Den potentiell belastungsreduzierenden Aspekten des homosexuellen Netzwerkes stehen belastungsvergrößernde Faktoren gegenüber, denen die männlichen Homosexuellen gerade durch die Einbindung in ein diese soziale Struktur ausgesetzt sind. Insbesondere stark in die 'gay community' integrierte Homosexuelle sehen sich mit größerer Wahrscheinlichkeit mit AIDS-bezogenen Todesfällen konfrontiert. Krankheit, Tod, Trauer und Verlust sind jene Themen, die den Kontext der Belastungsbewältigung homosexueller Männer mitbestimmen (Dean, 1988).

Studien mit positiv und negativ Getesteten homosexuellen Männern erbringen ähnlich uneindeutige Befunde ob der psychischen Belastung, wie jene zu Belastungen in bestimmten Phasen der Krankheit. Während Lunn et al. (1991); Egan et al. (1992); Martin et al. (1992); Sahs et al. (1994) zeigen, daß HIV-Positive stärkeren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, erbringen Untersuchungen von Gibbs et al. (1990) und Schneider et al. (1991) gegenteilige Ergebnisse. Möglicherweise ist die HIV-Belastung auch hier nicht so sehr vom Serostatus abhängig, als vielmehr von Fragen des homosexuellen Lebensstils, offener oder verdeckter Homosexualität, von der Erwartung bezogen auf das Testergebnis. Atkinson et al. (1988) zeigen zudem, daß homosexuelle Männer ein höheres Maß an Vulnerabilität und präorbider psychischer Auffälligkeit unabhängig vom Serostatus verglichen mit einer parallelisierten Stichprobe gleichaltriger Männer zeigen. Homosexuelle Männer berichten höhere Ängstlichkeit und Depressivität als die parallelisierte Vergleichsgruppe.

## 2. Drogenbenutzer/innen

Für Drogenbenutzer/innen wird die HIV-Infektion häufig durch die Suchtstruktur überlagert. Das toxikomane Syndrom geht einher mit einem psychischen Syndrom (aufgrund der Drogeneinwirkung, aufgrund der der Abhängigkeit zugrunde liegenden psychischen Störung) und einem somatischen Syndrom (als körperliche Folge der Drogenbenutzung sowie als körperliche Symptome begleitender Erkrankungen) (Franke et al., 1994: 298). Der daraus resultierende Kampf, das kurzfristig-alltägliche Überleben zu sichern, ist dominiert von Geld- und Drogenbeschaffung und birgt wenig Möglichkeiten, sich mit der Diagnose zu beschäftigen. Auseinandersetzungen mit den Belastungen der HIV-Infektion sind erst dann möglich, wenn das süchtige Verhalten nicht mehr im Mittelpunkt der Existenz steht. Lipsitz et al. (1994) finden in ihrer Untersuchung bei 223 Fixer/innen, daß schwache Zusammenhänge zwischen HIV-spezifischen Belastungen und Depression existieren. Genauere Analysen zeigen, daß der Drogengebrauch und mit ihm assoziierte Faktoren einen größeren Einfluß auf die psychische Befindlichkeit der Untersuchten haben.

Hüsler (1995: 52) erwähnt, daß bisher Belastungsprozesse unerforscht geblieben sind, wenn Ex-Drogenbenutzer/innen nach Jahren der Drogenfreiheit mit der HIV-Diagnose konfrontiert werden.

## 3. Hämophile

In einer Untersuchung von Hansmann et al. (1989) leiden 40% der 162 befragten HIV-positiven Hämophilen unter sozialer Benachteiligung, während

nur 20% der 168 HIV-negativen Hämophilen darüber berichtet. Diese Benachteiligung betrifft die Bereiche Arbeitsplatz (Entlassung) und Schule, soziale Diskriminierung durch Nachbarn sowie partnerschaftliche Probleme. Zudem fühlen sich der 85% der HIV-Positiven durch die AIDS-Erkrankungsgefahr erheblich belastet, aber immer noch etwa 53% der HIV-Negativen sehen sich in dieser Gefahr. 92% berichten von einer starken Belastung, ihre Partnerinnen durch sexuelle Kontakte anstecken zu können. Wiederum 73% geben eine Änderung ihres Sexualverhalten zur Verringerung des Übertragungsrisikos an. HIV-infizierte Hämophile weisen einen hohen Grad emotionaler Betroffenheit auf, neigen zu gedanklich-grüblerischer Weiterbeschäftigung mit der Infektion, Resignation und sozialem Rückzug. Ein Hämophilie-spezifisches Problem ist die Arzt-Patienten-Beziehung. Hansmann et al. berichten, daß HIV-positive Patienten signifikant weniger zu ärztlichen Kontrollen bestellt werden als HIV-negative Hämophile. Diese Tatsache scheint den Umstand zu reflektieren, daß es die vom Arzt verschriebene Blutgerinnungs-Medizin war, die nun eine wahrscheinlich tödliche Erkrankung bewirkt.

Bezogen auf die Familienstruktur von Hämophilen finden Remplein-Keller et al. (1992), daß die Betroffenen aufgrund der Hämophilie bereits einen spezifischen Krankheitsverarbeitungsstil entwickelt haben. Die Belastung zeigt sich hier eher indirekt in der geringen Nutzung externer Informationsangebote und einer starken Verleugnung der HIV-Infektion.

#### 4. Heterosexuelle

Zusätzlich zu den bereits erwähnten psychischen Belastungen, die alle Gruppen gleichermaßen betreffen, werden heterosexuell HIV-Infizierte in einem Atemzug mit gesellschaftlich diskriminierten Gruppen genannt, denen sie sich nicht zugehörig fühlen. Rückzug und Isolation sind häufige Reaktionen, es herrscht die Angst vor, die eigene Infektion könnte publik werden (Franke et al., 1994: 299).

#### 5. Frauen

Frauen scheinen diejenige der Betroffenen der HIV-Infektion zu sein, die den höchsten psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Studienergebnisse von Franke/Jäger (1990) und Franke et al. (1994) zeigen, daß HIV-infizierte Frauen verglichen mit testpositiven Männern stärker unter Ängsten und Depressivität leiden - wenngleich sich diese Ergebnisse dadurch relativieren, daß auch in der HIV-negativen Gesamtpopulation Frauen mehr psychische Symptome berichten als Männer. Zusätzlich belastend wirkt, daß viele Hilfsangebote weiterhin auf homosexuelle Männer oder Drogenkonsument/innen zugeschnitten sind, während es an psychosozialen Hilfsangeboten für heterosexuelle Frauen mangelt. Dementsprechend ziehen sich betroffene Frauen eher zurück und isolieren sich mit der Krankheit.

Die spezifischen Bedingungen der jeweiligen Betroffenenengruppen innerhalb des Belastungsbewältigungsprozesses zu berücksichtigen, kommt bei der Beantwortung der Frage, wie die Belastungen bewältigt werden, eine zentrale Rolle zu. Sehr verschiedene soziale Rahmenbedingungen bergen unterschiedlich adaptionsförderliche und adaptionshinderliche Einflußfaktoren.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild: Allen Betroffenen ist der Diagnose-Schock gemeinsam, begleitet von Angst- und Depressionssymptomen, einem kurzfristigen sozialen Rückzug und der übergenauen Beobachtung des Körpers, verbunden mit einer Interpretation jeglicher körperlicher Manifestationen als erste Anzeichen des Krankheitsausbruchs (Hüsler, 1995: 54). Die bereits erwähnte Studie von Franke (1990) an 491 HIV-Infizierten faßt die gefundenen psychischen Belastungen für alle Betroffenen in allen Krankheitsstadien zusammen: Es dominierten Schwäche- und Schmerzgefühle, Schlafstörungen und ein unbestimmtes Gefühl des 'Unwohlseins'. Hinzu kommen Konzentrationsstörungen und ausgeprägte Energielosigkeit, die Betroffenen leiden unter Selbstvorwürfen und Schwerkut, innerem Zittern und Ängsten. Ein Drittel der Befragten hegte suizidale Absichten, zwei Drittel fühlten sich durch Gedanken an Tod und Sterben belastet.

## 2.5. Psychosoziale Auswirkungen der HIV-Infektion

Wie vorurteilsüberfrachtet AIDS weiterhin mit Homosexualität und schwulem Lebensstil verbunden wird, macht folgender Vorfall deutlich: Im Weißen Haus in Washington, USA, empfingen die Sicherheitsbeamt/innen des Präsidenten und des Vizepräsidenten eine Abordnung schwuler Aktivisten mit Gummihandschuhen. Selbst die obligatorische Taschenkontrolle fand behandschuht statt (vgl. BILD-Zeitung 16.06.95, TAZ 17.06.95). Präsident und Vizepräsident entschuldigten sich bei den landesweit empörten Homosexuellen.

Das Ereignis offenbart nicht nur die Ängste der Beamt/innen, sondern auch, daß ohne Bezugnahme zum gesellschaftlichen und sozialen Umfeld und dessen Wirklichkeitskonstruktionen kaum hinreichend geklärt werden kann, unter welchen Bedingungen Belastungsbewältigung bei HIV-Positiven erfolgt. Es zeigt, wie eng Stigmatisierungsprozesse, subjektive Infektionsängste und Schuldzuschreibungen im Fall von Homosexualität und HIV-Infektion miteinander assoziiert sind.

Eirmbter/Hahn/Jacob (1993) zeigen in ihrer Studie mit rund 2000 Teilnehmer/innen, daß rund zwei Drittel Solidarität mit den Betroffenen behaupten und dem Satz "AIDS geht uns alle an und nicht nur bestimmte Randgruppen" eher zustimmen. Aus etwas differenzierterer Perspektive allerdings erweist sich dieses Ergebnis als möglicherweise verzerrt durch den Faktor soziale Erwünschtheit. Auf die Frage nach der wahrgenommenen Wahrheitsmeinung, vermuteten dreiviertel der Stichprobenpopulation, daß der überwiegende Teil der Bevölkerung Zwangstests für die 'Hauptrisikogruppen' befürwortet. Allerdings war nur ein Fünftel davon überzeugt, daß die Mehrheit der Bevölkerung sich auch freiwillig testen ließe und den 'Test für alle' favorisiert. Während also von der Mehrheit der Bevölkerung erwartet wird, diskriminatorischen Gedanken zu folgen, decken die Ergebnisse bezogen auf den eigenen Standpunkt einen genau entgegengesetzten Zusammenhang auf (Eirmbter/Hahn/Jacob, 1993: 116).

Insgesamt offenbaren die Befragungen eine starke Abhängigkeit vom Alter, der Qualifizierung und dem Wohnort. Je jünger die Befragten, je größer die Bildung und die Stadt, in der sie leben, desto größer ist die Ablehnung der Fragen. Für die Älteren vom Lande mit weniger Ausbildung gilt ein umgekehrter

Zusammenhang. Das bestätigen die Daten von Eirnbter/Hahn/Jacob 1993 und die daraus abgeleitete Analyse von Jacob 1995, die gravierende Milieuunterschiede und breite Gräben zwischen Stadt und Land ausmachen. Je stärker sich die Befragten dem Kreis der potentiell Bedrohten zurechnen, gleichwohl ihr Infektionsrisiko realistisch einschätzen, grundsätzlich aber eine Ansteckung für ihr Leben nicht gänzlich ausschließen können - weil sie bspw. in einer gefährdenderen Großstadt leben -, desto ablehnender stehen sie möglichen Ausgrenzungsmaßnahmen staatlicherseits gegenüber. Insgesamt offenbarte sich, daß die Bundesbürger/innen ein durchschnittlich gutes Wissen aufweisen, Anfang der 90er Jahre nicht mehr von AIDS-Panik gesprochen werden kann und die große Mehrheit mit adäquaten Verhaltensänderungen reagierte.

Dennoch bleibt das Stigmatisierungspotential hoch. Erving Goffman (1975) beschreibt in "Stigma" drei zum Teil interagierende Stigmatypen: Abscheulichkeiten des Körpers, individuelle Charakterfehler und eine bestimmte Gruppenzugehörigkeit, innerhalb derer das Stigma auch 'vererbungs-fähig' ist. HIV-Positive und AIDS-Erkrankte vereinen Anteile aller Stigmatypen auf sich. Sie erregen körperliche Abscheu (potentielle Ansteckungsgefahr, Kaposi-Flecken auf der Haut, Abmagerung), erfahren aufgrund ihres Infektionsweges moralische Abwertung (unnormales, sexuelles Verhalten, Drogengebrauch) und gehören häufig einer gesellschaftlichen Sub- oder Randgruppe an (Homosexuelle, Fixer/innen, Prostituierte).

Dennoch ergibt sich aus dieser Häufung nicht, daß mehrere zugeschriebene Stigmata im Erleben der Stigmatisierten additiv wirken. Vielmehr berichtet Crandall (1991), daß diejenigen, die von anderen als am wenigsten stigmatisiert erachtet werden - in seinem Fall HIV-positive heterosexuelle Frauen - sich als am stärksten stigmatisiert wegen der Infektion erleben (Crandall, 1991: 67). Bei denjenigen, die durch ihre Nähe zur 'Normalität' eine gravierendere Bedrohung für diese darstellen, wirkt sich das Stigma in besonderer Weise aus. Diejenigen, die einer sowieso stigmatisierten Gruppe angehören, sehen sich nur den üblichen Reaktionen des sozialen Umfelds ausgesetzt. Zusätzlich belegen zwei andere Studien (Crandall/Coleman, 1992; King, 1989) daß Diskriminierungserfahrungen nur von etwa einem Viertel der untersuchten Populationen HIV-Infizierter berichtet werden. Während drei Viertel keine grundlegenden Ausgrenzungsversuche erlebten und dadurch nicht zusätzlich psychisch belastet wurden, ist die psychische Situation für die Stigmatisierten umso problematischer: Depression und Angst korrelieren hoch positiv mit dem AIDS-Stigma (Crandall/Coleman, 1992: 169). Weiterhin zeigen die Ergebnisse, daß AIDS-Erkrankte stärker ausgegrenzt werden als asymptomatisch Positive.

Die Untersuchung von King offenbart darüberhinaus, wie ausgeprägt die Furcht vor sozialer Stigmatisierung ist - und möglicherweise wie übertrieben: 81 der 173 von King Befragten enthüllten den sie behandelnden Allgemeinmediziner/innen nicht, daß sie Anti-Körper-positiv getestet worden waren. Von den verbleibenden 92, die das Ergebnis mitgeteilt hatten, berichteten jedoch nur 5 von einer daraus resultierenden Verschlechterung des Verhältnisses zwischen ihnen und den Behandelnden (King, 1989: 140). Studien mit Hämophilen (Hansmann/Lauth/Strohmeier, 1989; Remplein-Keller et al.



1992) offenbaren eine ähnliche Tendenz. Sie vermeiden aus Furcht vor Stigma die Nutzung von Hilfsangeboten für Infizierte, weil bspw. AIDS-Hilfen zuerst als Schwulen-Selbsthilfen galten und die damit einhergehende Stigmatisierung vermieden werden soll.<sup>4</sup>

## 2.6. Belastungsprozesse und die Spezifität der HIV-Diagnose

Neben den charakteristischen Belastungsfaktoren der Lebensbedrohung und der prognostischen Unsicherheit, die HIV-Infizierte mit Herzinfarkt- und Krebspatient/innen teilen, erwachsen für die Betroffenen aus der Diagnose eine Reihe spezifischer Belastungsfaktoren, die in Anlehnung an Clement (1992: 20f.) im folgenden kurz dargestellt werden.

1. Das Virus wird neben der Übertragung durch Blutprodukte im wesentlichen durch intime Kontakte weitergegeben. Die sexuelle oder die Übertragung beim Spriztentausch geschieht demgemäß personifiziert, meist durch einen nahestehenden Menschen. Auf diese Weise stellt sich allen Infizierten die Schuldfrage. Ihre individuell unterschiedliche Beantwortung wirkt entsprechend verschieden auf die psychische Belastung.

2. Alle Infizierten sind potentiell in der Lage, selbst infizieren zu können. Daraus erwächst eine spezifische Verantwortung gegenüber anderen.

3. Die soziale Wahrnehmung HIV-Infizierter konstituiert sich meist über den sexuellen Übertragungsweg. Die mit der Sexualität und dem sexuellen Erleben

---

<sup>4</sup>Stigma wird sicherlich implizit reproduziert, wenn es selbst Wissenschaftler/innen nicht gelingt, in ihren Erhebungsbögen faktisch richtig und begrifflich klar zu formulieren. Sowohl Eirnbter/Hahn/Jacob 1993 als auch die ALLBUS-Fragebögen (Koch 1990; Häder, 1994) bedienen sich des Begriffs der 'AIDS-Infektion' und schreiben über Gefahren durch 'AIDS-Infizierte', auf ALLBUS bezogen sogar wider besseren Wissens. In einer Anmerkung zur Itemformulierung der Fragebögen rechtfertigt Achim Koch den Gebrauch des Begriffs 'AIDS-Ansteckung': "Im folgenden wird zum Teil der Begriff 'Ansteckung mit AIDS' verwendet, obwohl es sachlich richtig wäre, von der Infektion mit dem HI-Virus zu sprechen. Bei der Formulierung der Fragen für den ALLBUS wurde der erste Begriff gewählt, weil dies der in der Öffentlichkeit geläufigere ist." (Koch, 1990: 14) Auf diese Weise basteln empirische Sozialforscher/innen mit an Mythen und der Verstärkung laientheoretischer Vorstellungen, transportieren ein sachlich unrichtiges Erscheinungsbild und relativieren die eigenen Anstrengungen, den Deutungsmustern und Krankheitsbildern eines repräsentativen Bevölkerungsschnitts auf die Spur zu kommen. Gerade angesichts der enormen Varianz des zeitlichen Verlaufs zwischen Zeitpunkt der Infektion und den ersten symptomatischen Beschwerden (durchschnittlich 4 - 8 Jahre) wäre es unbedingt notwendig, Infektion und Symptomatik begrifflich zu entkoppeln und damit potentiell Stigmatisierte zu entlasten.

assoziierten Eigenschaften HIV-Infizierter (Triebhaftigkeit; Promiskuität) definieren die sozialen Rollen der Betroffenen.

4. Als gesellschaftlich randständige Gruppen sind Homosexuelle und Fixer/innen Ausgrenzungen und Diskriminierungen ausgesetzt. Eine HIV-Diagnose verstärkt diese Effekte. Die Mitteilung der Diagnose riskiert Beziehungsabbrüche oder andere Distanzierungen.

Für Clement (1992: 21) verbinden sich diese HIV-Spezifika "zu einem Konfliktpotential, in dem besonders aggressive Themen dominieren." In deren Mittelpunkt stehen Täter-Opfer-Szenarien, Fragen von Schuld, Strafe und Rache, die stark belastende Dynamiken auf das psychische System entwickeln können. Das Doppelgesicht der Infektion, das die Betroffenen zu Bedrohten und Bedrohenden zugleich macht, tangiert das Selbstverständnis, mit dem Menschen unter anderen Umständen zwischen äußerer Realität und innerem Erleben trennen können - ohne das aus diesem Dilemma ein Ausweg in Sicht wäre.

Die physische, psychische und psychosoziale Belastung durch die Infektion mit dem HI-Virus stellt die Betroffenen vor umfassende Bewältigungsaufgaben und erfordert Bewältigungsleistungen, die sich spezifisch von anderen chronischen Krankheiten unterscheiden. Wegen der Unsicherheit ob des verzögerten und hochvariablen physischen Verlaufs, wegen der antizipierten körperlichen Belastungen bei zunehmender Infektionsdauer, wegen der Ängste bezogen auf die eigene Lebensperspektive oder die Reaktion des sozialen Umfeldes, scheint es erforderlich das unmittelbar belastete psychische System der Betroffenen so zu stabilisieren, daß sie sich einen Weg aneignen, 'positiv' zu leben.

Ein erster Schritt dahin ist die Untersuchung der je individuellen Belastungsbewältigungsweisen, die den Betroffenen zur Verfügung stehen bzw. die sie einsetzen, um das durch die Diagnosestellung gestörte psychische Gleichgewicht wiederherzustellen. Ein zweiter Schritt ist die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Maßen psychischer und/oder physischer Belastung und verschiedenen Bewältigungsstrategien oder -stilen. Ein dritter Schritt ist die Betrachtung dieser Bewältigungsweisen im Hinblick auf ihre adaptionsförderlichen und adaptionshinderlichen Auswirkungen, d.h. inwieweit das Bewältigen dem Zielkriterium der Wiederherstellung des inneren und äußeren Gleichgewichts dienlich sind - hier: 'positiv' zu leben.

Diese drei Schritte sind die Aufgaben der hier vorgelegten empirischen Untersuchung. Um die Aufgaben 'gut' zu bewältigen, wird aus forschungslogischen Gründen der Weg einer metaanalytischen Integration eingeschlagen. Diese ist wegen der großen Heterogenität der primären Befunde angesichts unterschiedlichster Belastungen (s.o.) und der großen Vielfalt HIV-spezifischer Forschungen zu Belastungsbewältigung indiziert. Eine zusätzliche Primärerhebung zur Belastungsbewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung wäre nur ein weiterer heterogener Baustein und vergrößerte den Informationsgehalt der wissenschaftlichen Datenbasis nicht wesentlich. Eine metaanalytische Integration bietet auf empirischer Grundlage die Möglichkeit, eine Systematik der bisheriger Erkenntnisse zur Belastungsbewältigung zu erstellen und studienübergreifend neue Informationen zu gewinnen, die die wissenschaftliche Datenbasis bereichern.

### 3. Belastungsbewältigung<sup>5</sup>

Dieses Kapitel erstellt einen Überblick der Modelle zur Belastungsbewältigung, die den metaanalytisch ausgewerteten Primärstudien zugrundeliegen. Es vergrößert das Verständnis der empirisch erfaßten Bewältigungsweisen HIV-Infizierter und beschreibt die aus den Modellen abgeleiteten Operationalisierungen der Belastungsverarbeitung. Abschließend werden verschiedene zentrale Annahmen der Forschung zur Belastungsbewältigung anhand einiger ausgewählter empirischer Ergebnisse diskutiert.

#### 3.1. Abwehr und Coping - zwei Traditionen

Am Beginn steht eine Zusammenführung grundlegender Merkmale der beiden paradigmatischen Traditionen, auf die sich die Forschung zur Belastungsverarbeitung beruft: die Psychoanalyse Sigmund Freuds für die Verarbeitungsmodalität ´Abwehr´ und die physiologische Stresstheorie von Hans Selye für die Verarbeitungsmodalität ´Coping´.

Wiewohl sie diesen verschiedenen wissenschaftlichen Paradigmen entstammen, ist Abwehr- und Copingmodalität gemeinsam, daß sie der Auseinandersetzung mit belastenden inneren oder äußeren Konflikten, Situationen oder Ereignissen dienen, die das innere und äußere Gleichgewicht des Individuums stören.

Ziel von Abwehr- und Copingbemühungen gleichermaßen ist es, die innere und äußere Homöostase wiederzuerlangen.

##### 3.1.1. Abwehr

Abwehr steht in der psychoanalytischen Tradition für Versuche des Ich, als Teil des Drei-Instanzen-Modells aus Ich, Es und Über-Ich, unerwünschte Triebe des Es zu unterdrücken. Diese Ablenkung der Triebenergien in Form einer ´Technik´ findet eventuell in neurotischer Symptombildung Ausdruck.

Die analytische Ich-Psychologie entwickelte den von Freud geprägten Begriff weiter und nannte Abwehr regulierende Versuche der Ich-Integration und der Ich-Kohäsion, um das Ich vor Trieb- oder Affektimpulsen des Es zu schützen. Abwehr unterbindet das Eindringen unbewußter Wünsche in die Ich-Struktur, die den Zusammenhalt der Organisation gefährden. Konzentriert sich die Erforschung der Abwehrvorgänge anfänglich auf pathologische Prozesse, formuliert Anna Freud (1937) eine entwicklungspsychologisch differenzierte Perspektive. Sie beobachtete, daß Kinder Abwehrleistungen erbringen können, die sie situationsgemessen reagieren lassen. Damit entwickelte sie erstmals eine Perspektive von Abwehr, die deren positive Effekte in die Betrachtung einbezog.

---

<sup>5</sup>An dieser Stelle sei noch einmal auf die inhaltliche Gleichheit der Begriffe Verarbeitung und Bewältigung hingewiesen. Coping und Abwehr beschreiben in dieser Arbeit ausschließlich zwei einander ergänzende Belastungsbewältigungsmodalitäten, die dem PROZEß der Anpassung inhärent sind, deren Merkmale jedoch über verschiedene Autor/innen hinweg variieren können. Aus pragmatischen Gründen und ohne auf den jeweiligen theoretischen Hintergrund zu verweisen, werden die Begriffe Affekt und Emotion im folgenden ebenfalls synonym verwendet.

Um zu einer Beurteilung der positiven (gesundmachenden) oder negativen (krankmachenden) adaptiven Leistungen diverser Abwehrvorgänge zu gelangen, schlägt Beutel (1988: 18) in Anlehnung an Anna Freud folgende fünf Kriterien vor:

- a) Entwicklungsgemäßheit
- b) Intensität oder Ausmaß der Abwehr
- c) Rigidität oder Flexibilität
- d) Dauer
- e) Situationsangemessenheit

Im Hinblick auf eine allgemeine psychoanalytische Theorie menschlichen Verhaltens führt Heinz Hartmann (1960) den Begriff der Anpassung in die Diskussion ein und unternimmt damit den Versuch, nicht nur menschliche Abwehrleistungen, sondern auch 'konfliktfreies'<sup>6</sup> Handeln und Entwickeln in den psychodynamischen Ansatz zu integrieren. "Die Umgebung wird, durch menschliches Handeln, den menschlichen Funktionen angepaßt - und der Mensch paßt sich (sekundär) einer durch ihn selbst mitgeschaffenen Umgebung an." (Hartmann, 1960: 28).

Mit seiner Unterscheidung in alloplastisches, auf die Umwelt gerichtetes Handeln, und autoplastisches, auf die intrapsychischen Belange gerichtetes Handeln, nimmt Hartmann die später von der kognitiven Streßtheorie sensu Lazarus vorgenommene Trennung von problem- und emotions-orientiertem Coping bereits 1937 - als die Originalschrift erschien - vorweg, bleibt aber ausschließlich bezogen auf die unterschiedliche Funktionalität von Abwehrmechanismen.

Weil Hartmann mit der Dimension Anpassung explizit die bewußt-aktive Seite der Ich-Interessen hervorhebt, lassen sich Anpassungsprozesse als Selbst-erhaltend - und damit auf die Erzielung eines inneren und äußeren Gleichgewichts gerichtet - begreifen.

In Folge gerieten vor allem die statischen Annahmen über die innerseelischen Abläufe und die mechanistische Sicht von den Abwehrvorgängen durch die Ich-Psychologie in die Kritik (Steffens/Kächele, 1990: 13). Obwohl ihr prozessuale Abläufe nicht fremd sind, betont die Abwehrlehre vor allem die strukturellen Aspekte der Anpassung.

Sich ausdrücklich auf die Anregungen Hartmanns zur Anpassung beziehend, entwickeln Vaillant (1977; dt. 1980), Haan (1977) und Horowitz (1979) die psychoanalytische Sicht mit unterschiedlichen Schwerpunkten weiter. Gemeinsam ist ihnen dabei die entwicklungspsychologische Perspektive und ein Hervorheben kognitiv-affektiver Komponenten. Vaillant stellt ein hierarchisches Modell vor, das Abwehrleistungen als habituelle Verarbeitungsweisen anhand ihrer Entwicklungsgemäßheit in eher unreif-neurotische und eher reife Verarbeitungsweisen differenziert. Damit bleibt er einerseits im statischen Geschehen der Ich-Psychologie gefangen und ruft jene Kritiker/innen (Haan, 1977; Beutel, 1988) auf den Plan, die ein Belastungsverarbeitungs-Modell für problematisch halten, dessen Ausgangspunkt die seelische Gesundheit und

---

<sup>6</sup>Konfliktfrei meint in diesem Zusammenhang ausschließlich die von Hartmann (1960: 14) postulierte "konfliktfreie Ich-Sphäre", in der durchaus Auseinandersetzungen und damit Reifungen stattfinden, ohne daß Konflikte zwischen den Instanzen des Es, Ich oder Über-Ich daraus resultieren.

damit die gelungene Anpassung ist - denn das zu Erklärende wird aus dem Erklärten rückgeschlossen. Kritisch zu betrachten, ist auch die begriffliche Unschärfe Vaillants, denn er beschreibt die Ausdrücke 'Abwehr' und 'Anpassung' als "miteinander austauschbare Termini" (Vaillant, 1980: 23).

Norma Haan verknüpft den kognitiv-konstruktivistischen Ansatz von Piaget (Akkommodation, Assimilation, kognitive Schemata) mit der Abwehrlehre. Zusätzlich bettet sie ihr "Ego-Process-Model" in das transaktionale System sensu Lazarus ein und definiert Stress als die Beziehung zwischen Individuum und Umwelt angesichts eines belastenden Ereignisses. Dabei konstruiert Haan mit den drei Modalitäten Coping, Abwehr und Fragmentation ein offenes, ein mehr oder weniger offenes und ein geschlossenes Ich-Umwelt-Wechselwirkungssystem, dessen jeweilige Funktionalität im Hinblick auf erfolgreiche oder nichterfolgreiche Anpassung von den subjektiven Bedeutungszuschreibungen des epistemischen Subjekts abhängen (Haan, 1977: 34).

Einen anderen Versuch kognitionpsychologische Ansätze, Abwehrkonzept und den prozessualen Ablauf der Belastungsverarbeitung zu verkoppeln, unternimmt Mardi Horowitz. Sein Ausgangspunkt als klinischer Streßforscher sind jedoch im Unterschied zu Haan und Vaillant die klassische Traumatheorie und die unmittelbar auf den traumatogenen Stimulus folgenden kognitiv-affektiven Sensationen: Phasen der Vermeidung und der Intrusion, untrennbar ineinander verwoben und verschieden stark oszillierend (Horowitz, 1979: 236).

Horowitz' Konzept des 'Stress Response Syndrome' fußt als einziger Ansatz der bisher beschriebenen Weiterentwicklungen der Abwehrlehre auf einer konkreten Beachtung des traumatogenen Reizes, der Streßreaktion und einer Phase des 'traumatic state', in dessen Folge es zu Coping- oder Abwehrleistungen kommt. Zentral für den Prozess der Anpassung ist bei Horowitz die sogenannte 'Vervollständigungstendenz' (ebd. 249). Intrapsychische Vorgänge, wie die der Vermeidung und der Intrusion, bleiben demnach so lange aktiviert, bis die belastenden Ereignisse entweder in die kognitiven Schemata vom Selbst und der Welt integriert sind oder das Individuum die vorhandenen Schemata für die Integration der Ereignisse ergänzt hat.

Zusammenfassend läßt sich an dieser Stelle sagen, daß die einzelnen, in der psychoanalytischen Tradition wurzelnden Abwehr-Modelle durch große Differenziertheit und eine umfassende Darlegung der ihnen zugrundegelegten Annahmen ins Auge stechen. Sie lassen sich eher dynamisch-prozeßorientierte Ansätze und eher statisch-mechanistisch orientierte Ansätze unterscheiden.

Problematisch scheinen die Freiheitsgrade, mit denen in den Modellen verschiedene Begriffe für spezifische Phänomenbereiche verwendet werden. Stress als unmittelbare psychophysiologische Reaktion, Stress als die transaktionale Beziehung zwischen Individuum und Umwelt, Stressreaktion, Belastung, Abwehr, Coping und Anpassung - aus verschiedenen Modellen werden Begriffe abgeleitet, die inhaltlich gleich oder verschieden sein können, aber ohne systematischen Bezug über verschiedene Modelle hinweg verwendet werden.

Ungeklärt sind Fragen der Abwehrrichtung, der Adaptivität, des Verhältnisses zwischen unbewußten und vorbewußten Abwehranteilen, ebenso die Frage nach

der flexiblen Anwendung. Da die meisten Autor/innen Abwehrstrategien als ´trait´ konzipieren, bleibt offen, inwieweit diese traits in verschiedenen Lebensbereichen differenziert angewendet werden (vgl. Beutel, 1988: 30)

Eine große Schwierigkeit der analytischen Abwehrforschung liegt in der Taxonomie der Abwehrstrategien. Ihre Zahl variiert über verschiedene Autor/innen zwischen 8 und mehr als 40. Der kleinste gemeinsame Nenner sind jene acht Abwehrmechanismen, die schon auf Freud (1926, zit. nach Beutel, 1988: 7) zurückgehen: Verdrängung, Reaktionsbildung, Verschiebung, Regression, Verkehrung ins Gegenteil, Ungeschehenmachen, Isolierung und Projektion.

Ein weiteres Problem ist theorieimmanent: Weil Abwehr meist als habitualisiert/unbewußt-vorbewußt/chronifiziert/automatisch ablaufend verstanden wird, steht die empirische Forschung vor dem Problem ein Konstrukt zu operationalisieren, das nur indirekt manifest werden kann. Nur aufgrund klinischer Interpretation oder über den Umweg der Aktualisierung durch Rating-Instrumente kann auf das Vorhandensein spezieller Abwehrstrategien geschlossen werden. Dieser Umstand wirkt sich auf Validität und Reliabilität der jeweiligen Messung aus.

### 3.1.2. Coping

Während sich Abwehrmodelle innerhalb der psychoanalytischen Tradition im Rahmen klinischer und damit erfahrungswissenschaftlicher Kontexte veränderten, fußt die physiologische Stresstheorie Hans Selyes - und damit die spätere Coping-Forschung - ursprünglich in der Physik. Wenn von außen eine Kraft auf einen Körper einwirkt, reagiert dieser Körper mit - meßbarer - Spannung. Diese Spannung wird Stress genannt. Selye überträgt den physikalischen Ansatz auf die Physiologie und die Biologie. Er zeigt anhand von Experimenten die Wirkungen unterschiedlichster Stressoren auf Tiere und nannte Stress "die unspezifische Reaktion des Körpers auf jedwede Anforderung" (Selye, 1979: 12). Menschliche Entwicklung - und damit einhergehende Anpassung - auf der Basis von Selyes psychophysiologischen Erkenntnissen - ist ein Prozess, der das Individuum mit der Widerstandskraft für unvorhersehbare, zukünftige Stressoren ausstattet.

In seinem Konzept des ´General Adaptation Syndrome´ (G.A.S.) kommt Selye zu dem Schluß, daß Stress unabdingbar-positiver Teil des (Über)-Lebens (gelungener Anpassung) ist, weil nur eine angemessene Aktivierung für einen Zustand inneren und äußeren Gleichgewichts sorgen kann (Selye, 1979: 28).

Eine ´Kognitivierung´, auf der Basis experimentell-psychologischer Laborforschung, erfährt der Selye´sche Ansatz durch Richard Lazarus und die Berkeley-Forschungsgruppe, als sie beginnen, die Gründe zu erforschen, warum Menschen auf denselben Stressor sehr verschieden reagieren und welche Bewältigungsleistungen aus welchem Grund zu einer guten oder schlechten Anpassung führen (Lazarus, 1966; Folkman/Lazarus, 1980; 1985; Folkman, 1984). Mit dem 1966 erschienenen Werk ´Psychological Stress and the Coping Process´ setzt Lazarus den Bezugspunkt für die sozialwissenschaftliche Stress- und Coping-Forschung.

Zentrales Merkmal des transaktionalen Modell der Berkeley-Gruppe ist eine relationale Definition von Stress, der die Interaktion von Person und Umwelt

zugrundeliegt, die jedoch nur dann als Stress verstanden wird, wenn das Individuum sie als persönlich bedeutend und als die eigenen Ressourcen berührend oder übersteigend einschätzt.

Das Modell ist in zwei Schritte unterteilt: Der erste Schritt ist der 'cognitive appraisal'. Dieser besteht aus zwei Komponenten, dem primary und dem secondary appraisal. In der ersten Einschätzung (appraisal) bewertet das Individuum das Ereignis als entweder irrelevant, positiv oder stressierend. In der zweiten Einschätzung werden die Bewältigungsressourcen und die Handlungsoptionen bewertet.

Der zweite Schritt umfasst das eigentliche Bewältigen. "Coping refers to changing cognitive and behavioral efforts to manage specific demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person." (Folkman et al. 1991: 242). Daran schließt sich als Abschluß der Sequenz eine 'reappraisal' genannte erneute Einschätzung an, ob der Bewältigungsversuch erfolgreich war. Je nach Einschätzung endet die Sequenz an dieser Stelle oder wird erneut in Gang gesetzt. Der sequentielle Ablauf unterstreicht, daß beide Schritte als Prozeß konstruiert sind.

Die Definition von Coping umfaßt neben der Prozeßorientierung zwei weitere Gegebenheiten: Einerseits bezieht sie sich immer nur darauf, wie das Individuum innerhalb eines spezifischen Kontexts denkt oder handelt, andererseits postuliert die Definition die völlige Ergebnisunabhängigkeit dessen, was Coping genannt wird.

Das Begreifen der Belastungsverarbeitung als Problemlöseprozess des informationsverarbeitenden Systems Mensch, bei dem die subjektiven Einschätzungen des Individuums bezüglich der Bedrohlichkeit des Stressors und das Abwägen der individuellen Bewältigungsressourcen die wichtigsten Komponenten sind, löste ein Flut wissenschaftlicher Publikationen auf diesem Gebiet aus - und entzündete heftige Kontroversen.

Hamilton begründet die Notwendigkeit dieser Art der Subjektivierung: "In my view, a cognitive informational approach is difficult to avoid, since the perception of an event as a stressor depends fundamentally upon experientially derived predispositions to label events of one type as personally or subjectively acceptable and those of another type as aversive." (Hamilton, 1979: 6)

Ganz anderer Auffassung ist Fahrenberg (1990: 42): "Welchen Erklärungswert und welchen Entscheidungsnutzen haben kognitivistisch orientierte Aussagen? Reichen hochgestimmtes Bewußtsein, psychologische Zugänge zur Sicht des Subjekts zu finden, Plausibilität und interpretatorische Evidenz als Merkmale von Wissenschaft aus, oder gelten weiterhin Intersubjektivität der Realitätsprüfung, Kriterienvorhersage, Falsifikationsprinzip?"

Eine weitere entscheidende Veränderung der Streßtheorie durch das Modell von Lazarus steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einbeziehung der subjektiven Bewertungen: In Folge verlagert sich der Forschungsschwerpunkt von der Reizseite auf den Verarbeitungsaspekt. Dem 'General Adaptation Syndrome' nämlich liegt die - anhand physiologischer Daten gut begründbare - empirische Gleichverteilungsannahme in Bezug auf die Schwere der Stressoren und ihrer Wirkungen zugrunde. Unterdurchschnittliche Stimulation führt im 'G.A.S.' genauso zu Erschöpfung und Tod und damit suboptimaler Anpassung wie überdurchschnittliche. Nur der moderate Einfluß eines Stressors

führt zu optimaler Anpassung. Die umgekehrte U-Funktion veranschaulicht den Effekt. Weil der Lazarus'sche Ansatz die subjektive Bewertung als moderierend annimmt, gerät der Stressor aus dem Blick. Es ergibt sich vielmehr die danach weithingestellte Forschungsfrage, welchen Einfluß die subjektive Bewertung als Moderator auf das Bewältigen hat. Stressoren werden unter den Perspektiven 'harm/loss', 'threat' oder 'challenge' betrachtet, die schwierig voneinander abzugrenzen sind. Die Berkeley-Gruppe verlegt sich anfänglich stark auf das Konzept der 'daily hassles' und läßt mögliche objektive Stressorenmerkmale außer Acht. Damit handelt sie sich ebenfalls viel Kritik ein und vermag das Verhältnis zwischen Stressorenmerkmalen und dem Bewältigen bis heute nicht zu klären. (vgl. Haan, 1977; Fahrenberg, 1990; Brown, 1990; Myrtek et al., 1994).

Bei aller Kritik gebührt dem 'Ways of Coping'-Modell der Lazarus-Gruppe der Verdienst, den Prozeßcharakter der Ereignisbelastungsverarbeitung explizit in seine Struktur eingefasst zu haben. Kognitive Bewertungen führen zu Coping-Versuchen, die führen zu neuen kognitiven Bewertungen und die resultieren in weiteren Coping-Versuchen. Das transaktionale Modell ermöglicht die detaillierte Erfassung der Verarbeitungsprozesse als auch eine große Nähe zu alltäglichen Momenten der Ereignisbelastungsverarbeitung. Wegen der prozessualen Komponente scheint es sich besonders für die Beobachtung der Krankheitsverarbeitung zu eignen, die in der Regel über einen längeren Zeitraum hinweg stattfindet.

Problematisch an der großen Alltagsnähe des Lazarus-Modells ist vor allem die Schwierigkeit, Bewältigung von anderen Verhaltensweisen abzugrenzen. Die Konzentration auf momentan aktualisierte state-Anteile der Bewältigung vernachlässigt kognitive Repräsentationen der Lerngeschichte des Individuums. Auf diese Kritik reagierend, weisen Folkman und Lazarus (1984) daraufhin, daß dispositionale Faktoren keine zu unterschätzende Rolle spielen, wengleich sie weiterhin Persönlichkeits-Theorien als Grundlage für die Coping-Forschung ablehnen - zumal die empirischen Befunde diesbezüglich uneindeutig sind. Ein Ausweg aus diesem Dilemma wäre, sowohl transsituativ überdauernde Coping-Stile als auch situationsspezifische Coping-Strategien zu benennen, und herauszufinden, in welchem Verhältnis beide zueinander stehen (vgl. Clement, 1992).

Die Nachordnung affektiver Komponenten durch die spezielle Hervorhebung kognitiver Bedeutungszuschreibungen zu Beginn des Bewältigungsprozesses kritisieren Steffens/Kächele (1988: 35): "So könnte man argumentieren, daß das Primat kognitiver Vorgänge gleichbedeutend mit einer bereits zu Beginn einsetzenden Verleugnung der emotionalen Reaktionen ist."

Innerhalb der Modellentwicklung außer Betracht liegen beim 'Ways of Coping'-Modell die Vernetzung des Individuums innerhalb seiner gesellschaftlichen, familiären und freundschaftlichen Beziehungen sowie die Komplexität der Stressoren und der Situationen, in denen sie auftreten.

Neben den beschriebenen verhaltensbiologischen und dem kognitiv-informationsverarbeitenden Strängen der Coping-Forschung finden sich bei Beutel (1988: 36) weitere Rahmenkonzepte, deren Gemeinsamkeiten offenkundiger sind, als ihre Unterschiede: 1) Coping gerichtet auf die Wiederherstellung des Person-Umwelt-Passungsgefüges (Braukmann/Filipp,



1984), 2) Coping als biokybernetischer Regulationvorgang (Schönpflug, 1979), 3) Coping als sozialer Prozeß unter Bezugnahme auf gesellschaftliche Motivations- und Anreizsysteme (Mechanic, 1974; Pearlin/Schooler, 1978) 4) Coping als Reaktion auf akute Entscheidungskonflikte und Lebenskrisen (Janis/Mann, 1977).

Gemeinsam ist all diesen Ansätzen, daß sie das Geschehen als Prozeß betrachten und den Forschungsschwerpunkt auf weitere moderierende Faktoren wie soziale Ressourcen, personale Ressourcen, kritische Lebensereignisse und Merkmale der Situation legen.

Die Frage nach der Adaptivität des Coping bleibt allerdings weithin unberührt, wenn nicht gar undiskutiert. Wie schwierig sie zu beantworten ist, zeigt die Vielfalt der möglichen Zielzustände, insbesondere im Fall der Krankheitsverarbeitung: Körperliches Wohlergehen oder psychisches Gleichgewicht oder soziale Anpassung? Ist gelungenes Coping das, was die Ärzte wollen, was das soziale Umfeld will oder was das Individuum will? Wie schwer es ist, die Frage nach geeignetem oder ungeeignetem Coping zu beantworten, weil ihr die Gefahr der Konfundierung von zu bestimmendem Zielzustand und gutem oder schlechtem Coping immanent ist, zeigte sich bereits bei derselben Diskussion im Hinblick auf Abwehr. Zusätzlich mangelt es der Forschung an multimodalen Designs zur Prozessanalyse mit Mehrebenenbetrachtung und entsprechenden Operationalisierungen (vgl. Olbrich, 1990). Dafür wäre - in Anlehnung an Prystav (1981: 194) - die bessere Kenntnis der antezedenten Personen- und Situationsvariablen genauso notwendig, wie die der moderierenden Persönlichkeitsvariablen (state und trait) und der für die Prozeßbeschreibung aussagekräftigen Indikatorvariablen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich in der psychologischen Coping-Forschung ein dominierendes Modell entwickelt hat, auf das sich die meisten Autor/innen heute beziehen. Allerdings fehlt ein integrierendes Konzept, das Personenvariablen genauso umfaßt wie subjektive Bewertungen, wie Prozeßabläufe und Adaptivitätskriterien. Ähnlich wie in der Abwehrforschung werden auch in der Coping-Forschung oft gleiche Begriffe in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet und die den Prozeß bestimmenden Teilphänomene in ganz unterschiedlicher Gewichtung betrachtet.

### 3.1.3. Abwehr und Coping - Versuch der Systematisierung

Grundsätzlich scheint es sinnvoll, sowohl Coping als auch Abwehr getrennt voneinander zu konzeptualisieren. Beide Prozesse stehen komplementär zueinander, treten parallel in Erscheinung und sind einander nicht subsumierbar. Steffens und Kächele (1988: 41) schlagen vor, "diejenigen Verhaltensweisen, die der Bewältigung der realen Situation dienen, als Bewältigungsverhalten zu klassifizieren, und die Vorgänge, die ein Aufflammen regressiver Ängste verhindern sollen, als Abwehrvorgänge". Beutel (1990: 4) nennt zehn Merkmale zur Differenzierung von Abwehr- und Coping-Vorgängen (**Abb. 1**). In der Darstellung ist ein Kriterieninhalt modifiziert, da Beutel für Coping beim Kriterium 'Bewußtheit' ausdrücklich Automatismen ausschließt. Eine Begründung dafür gibt Beutel nicht.

	Abwehr	Coping
Bewußtheit	unbewußt	eher bewußt, eventuell habitualisiert oder

		automatisch
<b>Reaktionsebene</b>	kognitiv-affektiv	kognitiv-affektiv behavioral
<b>Flexibilität</b>	eher starr, rigide, flexible Verwendung nicht auszuschließen	eher flexibel, Starrheit, Rigidität nicht auszuschließen
<b>Realitätsbeachtung</b>	ausklammernd, entstellend, unangemessen	für viele Strategien angemessen, für andere nicht klar bestimmbar
<b>Richtung</b>	Wahrnehmungsverän- derung des gestörten Person-Umwelt-Gleich- gewichts	Umwelt- und oder Selbstveränderung
<b>Lokalisierung</b>	innen	innen/außen
<b>Ausmaß der Bedrohung</b>	von sehr intensiv bis moderat	von sehr intensiv bis moderat
<b>Kontrollierbarkeit</b>	eher unkontrollierbar, im Sinne von traumatisierend, nicht Ich-integrierbar	eher kontrollierbar, im Sinne von Ich-integrierbar
<b>Zeitdimension</b>	vergangene, aktuelle, traumatische Situationen	aktuelle, zukünftige Situationen
<b>Adaptivität</b>	kurzfristig oder langfristig positiv oder negativ	kurzfristig oder langfristig positiv oder negativ

**Abb. 1: Differenzierung von Abwehr und Coping**

Abschließend sei noch auf die unterschiedlichen Konfliktdimensionen bei beiden Prozessen verwiesen. Im psychoanalytischen Sinne setzt das Ich Abwehr nur dann ein, wenn es konfligierende Konfrontationen mit der Instanz Es unterbinden will. Es kommt also nur zu Abwehr, wenn ein innerseelischer Konflikt droht, Triebe oder Affekte das Ich überfluten. Ob das Individuum in einer potentiell traumatischen Situation eine Abwehrleistung erbringt, hängt entscheidend davon ab, inwieweit innerseelische Konflikte davon berührt werden. Im Coping-Ansatz der Berkeley-Gruppe wird nun ein wesentlich abgeschwächter Konfliktbegriff zugrundegelegt. Je nach dem, ob das Individuum den potentiell traumatogenen Stimulus als Herausforderung, Bedrohung oder Gefahr einschätzt, werden entsprechende Bewältigungsweisen angewendet oder neu ausgebildet. Letzteres scheint nach der Argumentation von Steffens und Kächele (1988: 46) der entscheidende Vorzug des eigentlich "naiven" Konfliktbegriffs von Lazarus et al. zu sein. Losgelöst von der Lern- oder Erfahrungsgeschichte ermöglicht dieses Konzept einen neuen Zugang zu bisher nicht gemachten Erfahrungen. Einerseits können auch in neuen Situationen unbewußte, lange verdrängte Konflikte reaktiviert werden. Andererseits muß das Ich in unvertrauten Situationen, die konflikthafte Forderungen stellen, neue Handlungskonzepte ausprobieren, um situationsadäquat reagieren zu können.

Zusammenfassend dienen beide Modalitäten funktional sowohl der Vermeidung, Eliminierung und Reduzierung äußerer und innerer Bedrohungen als auch der Schaffung und Aufrechterhaltung von Herausforderungen. Beutel (1990: 7) meint, daß sich zwischen beiden keine größeren - funktionalen - Unterschiede finden lassen, "mit Ausnahme einer akzentuierten Rolle der Abwehr in bezug auf bedrohliche Wünsche und Triebregungen sowie Gewissenskonflikte". Schließlich dienen beide kurz- und langfristiger Belastungskontrolle, der Vermeidung negativer Selbstbewertung, der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung innerer Konsistenz, einem zufriedenstellenden Selbstgefühl und der Fortführung bedeutender interpersonaler Beziehungen.

### 3.2. "ECCE" - ein allgemeines Modell der Ereignisbelastungsverarbeitung

Der Idee des hier entwickelten Ereignisbelastungsverarbeitungs (EBV)-Modells 'ECCE' liegt eine Annahme zugrunde, die gewissermaßen keine Annahme, sondern eine Erfahrungstatsache ist: So sehr Menschen sich immer wieder wünschen, in die Zukunft schauen zu können, so sehr verwirklichen sie das, was sie sich von dieser Zukunft wünschen, in der gelebten Gegenwart.

Wenn Ziel aller Bestrebungen der Belastungsverarbeitung die innere und äußere Homöostase ist, so gilt dieses Ziel, so lange Individuen geistig und körperlich in der Lage sind, es als Ziel aufrechtzuerhalten. Menschen gestalten ihr Leben also auf eine zukünftige innere und äußere Homöostase hin und tun dies unter Zuhilfenahme zweier basaler menschlicher Fähigkeiten: Der Fähigkeit, Ereignisse kognitiv-emotional vorwegnehmen und damit gestaltbar machen zu können, und der Fähigkeit, die beim fortwährenden Gestalten gemachten Erfahrungen in ihre Struktur zu integrieren, um sie - in vielleicht veränderter Form - beim Gestalten weiterer Zukunft wiederum zu nutzen. Diese Darstellung des Lebensflusses ist nicht neu, verdient aber angesichts der Auseinandersetzung mit Belastungsauslösern, Belastungsreaktionen, Belastungsverarbeitung und der eventuellen inneren und äußeren Belastungsanpassung neue Beachtung.

So wie die Frage, ob das eigene Verhalten zukünftig möglicherweise negative oder positive Konsequenzen hervorruft, ist die individuelle Antizipation möglicher erwünschter oder unerwünschter Konsequenzen des eigenen Verhaltens selbstverständlicher Teil gegenwärtigen Erlebens. Ob Individuen in diesen Momenten mit Abwehr oder Coping reagieren, spielt an dieser Stelle nur insofern eine Rolle, als daß gezeigt wird, daß antizipatorische Abwehr oder antizipatorisches Coping auf beliebige reale oder vorgestellte Stressoren genauso immanenter Teil menschlichen Verhaltens und Erlebens ist, wie die tatsächliche Abwehr oder das tatsächliche Coping auf einen konkreten Stressor.

Veranschaulichen und zuspitzen möchte ich das soeben Angerissene mit der Reformulierung eines Satzes von Mardi Horowitz (1979). Der Autor leitet seinen Beitrag 'Psychological Response to Serious Life Events' mit den Worten ein: "One of the great paradoxes of the mind is that it must use existing inner models to interpret new events; models based on the past must interpret the present and be revised to meet the future" (1979: 234).

Davon abgesehen, daß die Frage zu klären wäre, ob es sich bei dieser Eigenschaft des Kognitiven tatsächlich um ein Paradoxon handelt, spiegelt sich

das Menschenbild dieser Arbeit und des im folgenden entwickelten EBV-Modells 'ECCE' wohl eher in dieser Formulierung: "One of the great chances of the mind is that it can use existing models to interpret new events; models based on the past can interpret the present and can be revised to meet the future." Horowitz' Paradoxon verschwindet unter der oben begründeten Annahme, daß nicht nur die Erfahrungen der Vergangenheit im Kognitiven repräsentiert sind, sondern auch die vielgestaltigen Repräsentationen einer antizipierten Zukunft.

Da Menschen über die Beteiligung am Leben innerhalb ihres sozialen Umfelds zusätzlich - indirekt - am Belastungsverarbeitungsprozess anderer Menschen beteiligt sind, erfassen kognitive Repräsentationen bezogen auf potentielle Stressoren weit mehr, als das individuelle Erfahren vermitteln kann. Ein Umstand der gerade in Bezug auf das HI-Virus nicht zu vernachlässigen sein dürfte.

Wie in Abschnitt 3.1. gezeigt zielt der Adaptationsprozeß darauf ab, im Laufe des Lebens eine wie auch immer geartete individuelle Kontrolle über positive und negative Ereignisse oder Stimuli zu erlangen, um das innere und äußere Gleichgewicht wiederherzustellen. Das geschieht mit Hilfe kognitiv-emotionaler und behavioral-emotionaler Akte, die sowohl bewußt als auch unbewußt vollzogen werden.

Um den Adaptationsprozeß für die in der empirischen Forschung verwendeten Verarbeitungsmodelle einzufassen, geht das EBV-Modell 'ECCE' zuerst von der allgemeinen Annahme über die sequentielle Abfolge menschlicher Ereignisbelastungsverarbeitung aus, die ausdrücklich sowohl negative als auch positive Ereignisse einschließt. Diese Annahme verdeutlicht das unten dargestellte Phasenmodell (**Abb.2**).

Auch wenn es an dieser Stelle nicht mit Pfeilen und anderen Verweisen gesondert erwähnt wird, ist Transaktionalität dem Modell genauso immanent wie die Veränderbarkeit innerhalb einer Phase (aus einem akuten Stressor kann ein chronischer Stressor werden, ein chronischer Stressor sorgt immer wieder für akute Reize). Außerdem findet der gesamte Prozeß dauerhaft und ohne Unterbrechungen statt, kann jederzeit von vorn beginnen und wird in jeder Phase durch Personen- und Umweltvariablen moderiert. Phasen heißen die einzelnen Elemente des EBV-Modells, weil ihre zeitliche Erstreckung großer Variabilität unterliegt.

Phase 1 EVENT	Phase 2 CHECK	Phase 3 COPE	Phase 4 EXIT
<b>Merkmale:</b> Erwünschtheit; Ambiguität; Erwartbarkeit; Kontrollierbarkeit; Intensität	<b>Modi:</b> Wahrnehmung; Interpretation; Verarbeitungsvorbereitung	<b>Dimensionen:</b> Aufmerksamkeitsorientierung; Richtung der Einflußnahme	<b>Modi:</b> Wahrnehmung; Interpretation; Verarbeitungsvorbereitung
Mikrostressoren (daily hassles); Makrostressoren (life events); akut; chronisch;	akut-variabel habituiert; chronifiziert; automatisiert	rigide; flexibel kurzfristig; langfristig unbewußte Abwehr; bewußtes oder	langfristig; kurzfristig positiv; negativ

positiv; negativ		automatisiertes Coping	
------------------	--	---------------------------	--

## Abb. 2 Sequenzmodell der Ereignisbelastungsverarbeitung (EBV-Modell) ´ECCE´

Die Darstellung des EBV-Modells ´ECCE´ auf diese Weise verfolgt zwei basale Ziele: ´ECCE´ ermöglicht es, die in der HIV-Forschung verwendeten Modelle innerhalb eines einheitlichen Rahmens aufeinander zu beziehen. Zudem sorgt ´ECCE´ für eine nichtwillkürliche Abgrenzung der einzelnen Schritte der Ereignisbelastungsverarbeitung, um die oft recht willkürlich erscheinenden Zuordnungen der jeweiligen Modelle zu vermeiden. Auf den ersten Blick scheint die strikte Einteilung in voneinander distinkte Phasen der Belastungsverarbeitung artifiziell und nicht gegenstandsadäquat, weil die Grenzen zwischen den Phasen als fließend anerkannt werden müssen. Dennoch ist das Modell nicht nur unter Ordnungs- und Orientierungsgesichtspunkten von heuristischem Wert: Es fußt strikt auf der Prozessebene und vermeidet die, insbesondere in der Coping-Forschung zu findende, Vermischung zwischen der Erleben-Ergebnis-Ebene und dem zugrundeliegenden Prozeß. Weiterhin umgeht das Modell die Gefahr zirkulärer Annahmen insofern, als daß nicht von gelungener Anpassung auf die zugrundeliegende Bewältigung geschlossen werden muß. Zusätzlich integriert es das Gegeneinander verschiedener Ansätze - seien sie primär psychoanalytisch, kognitionspsychologisch, kognitiv-behavioral oder systemisch.

Als Ausgangspunkt für die Erläuterung der einzelnen Phasen kann für das hier interessierende Phänomen der Belastungsbewältigung - in Anlehnung an das Watzlawick´sche Kommunikationsaxiom, daß es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren - derselbe Grundsatz angenommen werden: Es ist unmöglich, nicht zu bewältigen. Innerhalb des ´ECCE´-Modells ist auch der Suizid eine Art, einen Stressor zu bewältigen.

Auf die wichtige etymologische Konfundierung des Alltagsbegriffes ´bewältigen´ mit einer gelungenen, guten Anpassung an den jeweils wirkenden Stressor weist Filipp (1990: 26) hin: "Wenn wir sagen, eine Person habe ein Problem bewältigt, so verzichten wir in der Regel auf den adverbialen Zusatz, daß sie es gut bewältigt habe." Allgemein kann - gute oder schlechte - Belastungsbewältigung als eine Re-Konstruktion stressoradaptierenden Verhaltens betrachtet werden, das sich aus zwei Quellen speist: Einerseits aus den (stressorunspezifischen) Bewältigungserwartungen, die den Individuen aufgrund ihrer Erfahrungen und damit ihrer Lerngeschichten zur Verfügung stehen und andererseits aus den (stressorspezifischen) Bewältigungserwartungen, die im Zweifelsfall, wenn der Stressor keinerlei schematische Repräsentation (Schemata im Piaget´schen Sinne) im psychischen System aufweist, erst neu konstruiert werden müssen.

Als Arbeitsdefinition ist Belastungsbewältigung innerhalb des EBV-Modells ´ECCE´ derjenige kognitiv-emotionale bzw. behavioral-emotionale Akt des Individuums, mit dessen Hilfe ein (´objektiv´) belastendes und/oder als bedrohlich oder herausfordernd erlebtes Ereignis, und seine innerpsychischen Repräsentationen, zu beeinflussen versucht werden.<sup>7</sup>

### 3.2.1. Phase 1: Event

´Event´ umfasst alle inneren und äußeren Umstände - einzelne belastende Ereignisse oder eine komplexe Konfiguration verschiedener Faktoren -, die in der Lage sind, das Person-Umwelt-Gleichgewicht zu stören.

Das große Problem, das einzugrenzen und zu definieren, was Phase Eins ausmacht, besteht darin, daß es Belastungsauslösern ureigen ist, ´stumm´ wirken zu können. Dadurch werden diese Auslöser häufig post hoc, aufgrund einer bestimmten Belastungssymptomatik, als Auslöser erkannt - sei es, das dies ´objektiv´ unter Zuschreibung harter klinischer Daten oder ´subjektiv´ als individuelle Bewertung geschieht. Dennoch besteht kein Grund, deswegen die Beschäftigung mit der Vielfalt von Stressorenmerkmalen auf die Dreiteilung harm/loss, threat oder challenge zu beschränken, wie Lazarus´ Modell es vorsieht.

In Anlehnung an Beutel ist ein Stressor/traumatogener Stimulus/Belastungsauslöser ein von innen oder außen, akut und/oder chronisch wirkendes Agens, das sich durch Merkmale der **Erwünschtheit**, **Ambiguität**, **Erwartbarkeit**, **Kontrollierbarkeit** und **Intensität** auszeichnet (vgl. Beutel, 1988: 61ff).

### 3.2.2. Phase 2: Check

Phase 2 umfasst alle unmittelbaren akuten oder chronifizierten/habitualisierten psychophysiologischen Belastungsreaktionen auf ein als stressierendes Agens wahrgenommenes Ereignis. Daraus ergibt sich allerdings bereits die erste Schwierigkeit der Abgrenzung von Phase 2 ´Check´ und Phase 3 ´Cope´. Inwieweit sich bestimmte körperliche oder psychische Reaktionen eindeutig dem reaktiven Teil oder dem verarbeitenden Teil des Verarbeitungsprozesses zurechnen lassen, wird nicht in jedem Fall unzweifelhaft zu klären sein.

Maßgeblich für die hier versuchte Differenzierung ist die Beschränkung der Belastungsreaktion auf psychophysiologische **Wahrnehmung** (bewußt/unbewußt), auf die kognitiv-emotionale **Interpretation** (bewußt/unbewußt) und die psychophysiologische **Verarbeitungsvorbereitung** (bewußt/unbewußt). Phase 2 umfaßt sowohl das traumatische Erleben aufgrund eines traumatogenen Stimulus, die individuelle Einschätzung objektiver (Intensität, Kontrollierbarkeit) und subjektiver (Bedrohung, Herausforderung) Stressorenmerkmale, die Einschätzung der

---

<sup>7</sup>Ohne an dieser Stelle eine emotionstheoretische Begründung zu geben, scheint es plausibel, anzunehmen, daß behaviorale genauso wie kognitive Akte von Emotionen begleitet und mit diesen in einem ständigen Wechselwirkungsprozess verbunden sind.



internen und externen Bewältigungsressourcen und die Entwürfe, wie mit dem Stressor zukünftig umgegangen werden kann.

Nicht zu vergessen ist dabei, daß belastende Lebensereignisse wie eine HIV-positiv-Diagnose zu Diskrepanzen zwischen den bereits repräsentierten Bewältigungserwartungen und den neuen Informationen führen, die sich mit den bisherigen Erfahrungen der Lebensbewältigung nicht mehr vereinbaren lassen. "Als Folge dieser Diskrepanzen treten schmerzliche Affekte auf, die als Input in die weiteren Regulationsvorgänge eingreifen." (Steffens/Kächele, 1988: 30)

Moderiert wird diese Phase des 'Datenabgleichs' durch eine Reihe personaler und soziodemographischer Variablen, die in Abschnitt 3.2.5. aufgeführt werden, weil sie den gesamten Verarbeitungsprozess beeinflussen. In Abhängigkeit vom stressierenden Agens zeichnet es Phase 2 auch aus, daß auf sie sofort Phase 4 folgen könnte, wenn das Individuum keine Notwendigkeit sieht, etwas zu verändern und das jeweilige Ergebnis bereits antizipatorisch anerkannt ist. Phase 4 kann auch sofort folgen, wenn der Reiz so intensiv ist, daß ein traumatischer Schock (Fragmentation als akute Abwehrleistung - Haan 1977), unmittelbare Erschöpfung oder der Tod eintritt.

Bei der Betrachtung der Literatur zur Bewältigungsforschung fällt auf, daß es die Sicht auf die Streßreaktions-Phase und der dieser Betrachtung zugrundegelegte wissenschaftstheoretische Zugang zu sein scheint, die das Gesamtkonzept des jeweiligen Streßverarbeitungsmodells determinieren.

Ob kybernetisch-regulatorisch, informationsverarbeitend, psychodynamisch, konstruktivistisch, kognitiv-behavioristisch oder rein behavioristisch - die Weise, auf welche das stressreagierende Subjekt apriori als Transaktionspartner/in betrachtet wird, entscheidet über die Befunde zu den Verarbeitungsleistungen und ihren Modalitäten. Inwieweit dies denjenigen, deren Belastungsbewältigungsleistungen beschrieben werden sollen, gerecht wird, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

### 3.2.3. Phase 3: Cope

Die beiden zentralen Bestimmungsstücke der Phase 'Cope' sind am Anfang dieses Kapitels bereits hergeleitet worden. Abwehr und Coping als Bewältigungsmodalitäten können auf Prozessebene durch ihre kurz- oder langfristige und ihre flexible oder rigide Anwendung näher spezifiziert werden. Abwehr gilt dabei als die eher unbewußte, Coping als die eher bewußte, eventuell auch automatisierte Verarbeitungsmodalität. Wie oben bereits erläutert, schließen sie einander nicht aus, beziehen sich vielmehr aufeinander und verlaufen sowohl parallel als auch sukzessive - wobei noch keine Erklärung gefunden ist, in welcher Weise sie miteinander wechselwirken. Beiden ist innerhalb des Verarbeitungsprozesses ein eigenständig prozesshafter Verlauf immanent.

Wie in der Arbeitsdefinition der Belastungsbewältigung eingegrenzt, umfassen Abwehr und Coping als summarisches Konzept der Phase 3 des EBV-Modells das gesamte Spektrum kognitiv-emotionaler und behavioral-emotionaler Akte, die das Individuum zum Beeinflussen von Belastungsereignissen anwendet.

Auf prozessualer Ebene lassen sich die Modalitäten Abwehr und Coping mit Hilfe zweier - theoretisch voneinander unabhängigen - Dimensionen abbilden: 1) **Aufmerksamkeitsorientierung** und 2) **Richtung der Einflußnahme**

(**Kontrollrichtung**). Diese bilden jeweils zwei Ausprägungen, mit deren Hilfe sich spezifische Bewältigungsformen eingrenzen lassen: **Annäherung** und **Vermeidung** für die erste Dimension, **Umwelt** und **Selbst** für die zweite Dimension (**Abb.3**).

Die Relationen Ereignisannäherung und Ereignisvermeidung repräsentieren eine Grundqualität menschlichen Verhaltens und sind Teil der psychoanalytischen (Durcharbeiten und Abwehr) genauso wie der verhaltenstheoretischen (repression und sensitization) oder phänomenologischen (Anziehung und Abstoßung) Wissenschaftsperspektive.

Dimensionen von Abwehr und Coping	Ereignisaufmerksamkeitsorientierung: <b>Annäherung</b>	Ereignisaufmerksamkeitsorientierung: <b>Vermeidung</b>
Richtung der Einflußnahme: <b>Umwelt</b>	behavioral-emotionales Coping	behavioral-emotionales Coping
Richtung der Einflußnahme: <b>Selbst</b>	reife Abwehr; ´Durcharbeiten´; kognitiv-emotionales Coping	Abwehr; kognitiv-emotionales Coping

**Abb. 3: Dimensionen der Bewältigung**

Wie Roth und Cohen (1986) in ihrem Übersichtsartikel zeigen, ist das Paar Annäherung/Vermeidung basal für eine breite Palette von Ansätzen zur Erforschung dispositionaler Konstrukte: z.B. monitoring/blunting; rejection/attention; avoidance/vigilance; sealing over/integration, um nur einige zu nennen (1986: 814f.). Zentrale Bedeutung für die Bewältigungsforschung erfährt beider Autor/innen Aufsatz durch die Betonung, daß Annäherung und Vermeidung und auch all die anderen Konzepte erst dadurch zu größerer Erklärungskraft gelangen, das sie nicht einander ausschließend formuliert werden.

Roth und Cohen kommen, bezugnehmend auf eigene Studien sowie Ansätze von Horowitz (1976; 1979) und Shontz (1975), zu dem Schluß: "Although scores on both the approach measures and the avoidance measures were highly consistent, they were not mutually exclusive; that is, people could not simply be characterized as either approachers or avoiders because nearly all subjects used some strategies from each category." (Roth/Cohen, 1986: 816).

Auch Filipp und Klauer (1990: 66) betonen in ihrer Begründung, warum sie Konzepte der Kategorisierung individualtypischer Bewältigungsstile nicht für gegenstandsadäquat hält, daß es für die Untersuchung langfristiger Bedrohungen wenig hilfreich zu sein scheint, von einem ´Entweder-Oder´ der

Aufmerksamkeitsorientierung auszugehen. Vielmehr seien "Oszillationen des Aufmerksamkeitsfokus" zu vermuten.

Die zweite Dimension **Richtung der Einflußnahme** bzw. **Kontrollrichtung** geht zurück auf Freud und Hartmann (Alloplastik/Autoplastik) genauso wie auf neobehavioristische Ansätze des offenen/verdeckten Verhaltens oder Konzepten zu Kontrollüberzeugungen (illusionär/real). Lazarus (1966) betont diese Trennung genauso wie alle anderen weiter unten vorgestellten Modelle.

Warum es sich lohnt, es in Phase 3 des 'ECCE' bei diesen beiden Dimensionen zu belassen, und bspw. keine eigenständige soziale Dimension zu formulieren, wie Filipp und Klauer das vorschlagen, läßt sich mit Blick auf die soziale Komponente allen aktionalen und intrapsychischen Beeinflussens eines Stressors und die soziale Komponente allen vermeidenden und annähernden Verhaltens bezogen auf einen Stressor erklären. Eine weitere Dimension derart führte nur zu ungeklärten Konfundierungen. Eine Aufgabe zukünftiger Forschung könnte es sein, empirisch zu prüfen, wie die von Klauer und Filipp vorgeschlagene Dimension Soziabilität (hoch/niedrig) in den Modi Annäherung/Vermeidung und Umweltkontrolle/Selbstkontrolle aufgeht.

Am Ende dieses Unterabschnitts stellt sich die Frage nach der inhaltlichen Abbildung der Modalitäten Abwehr und Coping auf den beiden Dimensionen. **Abb. 3** zeigt, wie Akte der Belastungsbewältigung innerhalb dieses Rahmens abgebildet werden können. Da diese inhaltliche Bezugnahme bereits auf die Problematik der Erfassung von Coping und Abwehr deutet, weil jeder behavioral-emotionale Akt und jeder kognitiv-emotionale Akt potentiell der Belastungsbewältigung dienen kann, wird auf Kapitel 4 verwiesen.

#### 3.2.4. Phase 4: Exit

Phase 4 weist einige Parallelen zu Phase 2 auf. In dieser Phase werden nicht nur die Folgen der Verarbeitung durch das Individuum wahrgenommen und bewertet, um eine Konsequenz daraus zu ziehen. An dieser Stelle wird auch das Ereignis als entweder erledigt betrachtet, oder die erneute Auseinandersetzung damit antizipiert.

An dieser Stelle entscheidet sich also, ob der Prozess der Adaptation vom Individuum als gelungen oder nicht gelungen angesehen wird (bei einem chronischen Stressor auch als vorläufig gelungen oder nicht gelungen). Eine gelungene Bewältigung stabilisiert das innerseelische Gefüge und stellt eine neue Balance zum Selbst und der Umwelt her. Eine nicht-gelungene Bewältigung kann unmittelbar zu einem neuen Stressor werden. Für den transaktionalen Prozess der Ereignisbelastungsverarbeitung steht Phase 4 auch im Dienst der weiteren Vorbereitung auf zukünftige Ereignisse. Moderiert wird auch die Ereignisverarbeitungseinschätzung - wie der gesamte Prozeß - von einer Reihe sozialer und personaler Variablen.

#### 3.2.5. Prozessmoderatoren

Den Verarbeitungsprozess moderierende Variablen blieben auf der Prozessebene bewußt ausgespart, weil sie in gewisser Weise das 'setting' bestimmen, in dem der Bewältigungsprozess stattfindet. In Anlehnung an Beutel (1988: 61ff.) zählen zu diesen Moderatoren soziale Unterstützung,

Kontrollüberzeugungen und Attributionsstile sowie die gesamte Palette soziodemographischer Variablen. Zusätzlich faßt Beutel Ich-Funktionen und Selbstkonzeptvariablen zu personalen Ressourcen zusammen (**Abb. 4**), die sowohl den Belastungsreaktions- als auch den Bewältigungsprozess beeinflussen.

<b>Selbstkonzeptvariablen</b>	<b>Ich-Funktionen</b>
Selbstwertgefühl	Intelligenz
Selbstwirksamkeit	Ich-Stärke
Optimismus	Repression
Fatalismus	Sensitization
Hardiness	Feldorientierung
Hilflosigkeit	Problemlösungsfähigkeiten
Hoffnungslosigkeit	soziale Kompetenz
Kontrollüberzeugungen	Selbstbehauptung
Interpersonales Vertrauen	Toleranz von Ambiguität
Religiöse Überzeugungen	Frustrationstoleranz
Gesundheitsüberzeugungen	
Vorerfahrung Bewältigung	

**Abb. 4:** Bewältigung beeinflussende Persönlichkeitsvariablen (nach Beutel, 1988: 72)

### 3.2.6. Kann 'ECCE' die Aufgabe, den Ereignisbelastungsverarbeitungsprozess abzubilden, 'gut' bewältigen?

Da das EBV-Modell 'ECCE' für diese Arbeit nur den Zweck erfüllt, das Vorverständnis jener in der HIV-Forschung zur Krankheitsbewältigung verwendeten Ansätze zu vergrößern, die im Mittelpunkt der Metaanalyse stehen, deckt das Modell den in die Überschrift gesetzten Anspruch weitgehend ab. Darüberhinaus ermöglicht es einen Überblick über die zentralen Elemente aller Streßverarbeitung. Je nach Fragestellung scheint es möglich, bestimmte Prozesse innerhalb des komplexen Geschehens genauer zu fokussieren.

Das Modell ist hilfreich für eine Metaanalyse zur Belastungsbewältigung, weil in der Literatur ein integrativ-theoretisches Konzept fehlt, das die Grundlage einer metaanalytischen Integration sein könnte. Die phasenweise Abbildung ermöglicht die Bestandsaufnahme, in welchen Teilbereichen die empirische Forschung Schwerpunkte setzt. 'ECCE' beschränkt den Fokus auf den Prozess der Belastungsverarbeitung und seine Bestimmungsstücke. Daraus ergibt sich die dem nachgeordnete Möglichkeit, Phasen genauer darzustellen - wie für Phase 3 versucht. Die Einbindung der Bewältigungsmodalitäten Abwehr und Coping und die Herleitung der Dimensionen Aufmerksamkeitsorientierung und Richtung der Einflußnahme innerhalb von 'ECCE' bettet die metaanalytischen Aussagen in ein theoretisches Fundament. Damit integriert das Modell

die beiden grundlegenden Traditionen der Belastungsbewältigungsforschung und schafft auf ökonomische Weise Ordnung.

Eine andere Chance bietet das Modell durch die Erweiterung der gegenwärtigen Perspektive insofern, als daß wissenschaftlicherseits fast ausschließlich negative Ereignissen berücksichtigt werden - und die Bewältigung positiver Ereignisse ausgeklammert bleibt. Demgegenüber scheint die integrative Überlegung sinnvoll, inwieweit positive Stressoren durch ihr gelungenes oder ihr nicht gelungenes Bewältigen entweder als potentielle Verstärker verloren gehen oder chronifiziert werden können. Möglicherweise lassen sich nur aus einem Verarbeitungsmuster positiver und negativer Ereignisse erklärungskräftige Schlüsse über menschliches Belastungsbewältigen ziehen. Einen Schritt in diese Richtung gehen Perrez und Reicherts (1992), deren Vorgehen in Kapitel 4.1.6. geschildert wird.

Problematisch erscheint 'ECCE' an Stellen, bei denen es Zusammenhänge und Abgrenzungen beinhaltet, die unerklärt bleiben. Das hypostasierte Unabhängigkeit der Dimensionen Aufmerksamkeitsorientierung und Richtung der Einflußnahme bzw. Kontrollrichtung bedürfte näherer Erläuterung. Augenscheinlich ist, daß sowohl in annäherndem Bewältigen als auch in vermeidendem Bewältigen aktionale Komponenten enthalten sind. Eventuell erhöhte sich die Trennschärfe zwischen beiden Dimensionen, wenn Annäherung und Vermeidung als eine Art Status begriffen wird, der sich auf unterschiedliche Weise behavioral-emotional und kognitiv-emotional manifestiert, und in den jeweiligen Bewältigungsmustern abgebildet ist.

Die größte Schwäche des EBV-Modells liegt in der Unmöglichkeit, Streßreaktionsphase und Belastungsbewältigungsphase so strikt voneinander zu trennen, wie es für die Systematisierung des Phänomens unbedingt erforderlich wäre.

### 3.3 Modelle der Belastungsbewältigung

Nach dem im vorhergehenden Kapitel ein Prozessmodell der Ereignisbelastungsverarbeitung entwickelt wurde, ist es das Ziel der nächsten Seiten, im Rahmen von 'ECCE' spezifische Ansätze der Belastungsbewältigung vorzustellen. Das Hauptaugenmerk liegt auf Ansätzen, die in der HIV-Bewältigungsforschung den Ausgangspunkt der Forschungsbemühungen bilden.

Bevor die Modelle im einzelnen referiert werden, bedarf es einiger begrifflicher Klärungen, um die in der Literatur zu findende große Variabilität in der Benennung derselben Phänomene nicht zu wiederholen.

**Bewältigungsformen** bzw. **Bewältigungsweisen** sind die gesamte Klasse behavioral-emotionaler und kognitiv-emotionaler Akte, die, entweder empirisch-induktiv, rational-deduktiv oder klinisch-heuristisch gewonnen, die Belastungsbewältigung in den jeweiligen Modellen abbilden (bspw. problem-orientiertes Coping, aufmerksamkeitsorientierte Abwehr, affektiv-regulative Abwehr, kognitiv-emotionales Coping etc.).

Die gesamte Klasse von Bewältigungsformen läßt sich je nach zeitlicher Perspektive entweder nach dem **Bewältigungsstil**, als eher langfristige und stabile Form der Verarbeitung mit dispositionalem Charakter, oder als **Bewältigungsstrategie**, und damit als eher kurzfristige und variable Form

der Verarbeitung mit situativem Charakter, unterscheiden. Phänomenologisch bestehen zwischen Stilen und Strategien keine Unterschiede.

### 3.3.1. Spezifische Modelle der Belastungsverarbeitung

Im Zentrum der Modellvorstellung steht die jeweilige Definition der Belastungsbewältigung insofern, als einer der zentralen Unterschiede die Richtung der Definition ist: Orientiert sich das Modell an normativen Kriterien einer 'guten' Bewältigung, und damit an Phase 4 des EBV-Modells 'ECCE', nimmt es ausschließlich Bezug auf die vorausgehenden Phasen 1 und/oder 2, oder versucht es eine Integration?

Weil diese Arbeit eine quantitativ-empirische Integration von Ergebnissen der Belastungsbewältigung zum Ziel hat, konzentriert sich dieses Kapitel auf die Darstellung jener Modelle, die den ausgewerteten Primärstudien zugrundeliegen. Wegen der bereits erwähnten Schwierigkeiten, Abwehrvorgänge zu taxonomisieren und zu operationalisieren, erfüllen abwehrorientierte Studien die Einschlußkriterien (s.a. 6.3.1.) für eine quantitative Metaanalyse nicht.

### 3.3.2. Horowitz

Horowitz (1979) stellt die Theorie der Posttraumatischen Störung und deren Verlauf in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen, bezieht sich auf die entwicklungspsychologische Lebensereignisforschung und integriert kognitionspsychologische Postulate der Informationsverarbeitung und der Prozesskontrolle in seinen Ansatz, der wie Norma Haans und George Vaillants (s.a. 3.1.1.) in der Psychoanalyse wurzelt.

Gebunden an die klinisch zu beobachtenden kognitiven Stressreaktionsprozesse **Intrusion** und **Vermeidung** ('denial') konzipiert Horowitz ein Phasenverlaufsmodell, an dessen Ende die innere 'Vervollständigung'<sup>8</sup> steht. "The mind continues to process important new information until the situation or the the model change, and reality and models of reality reach accord." (Horowitz, 1979: 249) Wenn das Oszillieren zwischen den Polen Intrusion und Vermeidung ('denial') mißlingt, ereignen sich maladaptive Anpassungen. Das verdeutlicht eines der Probleme des Horowitz'schen Ansatzes. Ob ein Bewältigen geeignet oder ungeeignet für das jeweilige Individuum ist, entscheidet die Negativ-Selektion, ob die Individuen den erwünschten Zielzustand der inneren 'Vervollständigung' erreicht haben - oder eben nicht.

Phase 1 Event	Phase 2 Check	Phase 3 Cope	Phase 4 Exit
traumatisches Ereignis, das bestimmte, explizit formulierte Qualitäten aufweist	traumatische Reaktion: durch einen Vergleich der kognitiv-repräsentierten Schemata mit den Stressor-Informationen ergibt sich eine	<b>Dimension:</b> inhibition und facilitation <b>Richtung der Einflußnahme:</b> Selbst <b>Bewältigungs-formen:</b>	oberstes Ziel: Vervollständigung;

<sup>8</sup>Im Original (Horowitz, 1979: 237) verwendet Horowitz den Begriff 'Completion'. Die damit gemeinte Integration des stressierenden Agens auf gelungene Weise drückt sich m.E. in 'Vervollständigung' gut aus.

	Diskrepanz, die eine emotionale Reaktion provoziert; daraufhin Oszillieren zwischen den Polen <b>Intrusion</b> und <b>Vermeidung</b>	Coping; Abwehr; Kontrollversagen	
--	--	--	--

### Abb. 5: Horowitz im EBV-Modell ECCE

Während sich Intrusions- und Vermeidungs-Stadien in Phase 2 als Streßreaktion zu zeigen scheinen, unterscheidet Horowitz in Phase 3 drei Modalitäten der Bewältigung, die bei ihm 'controls' heißen: Coping, Abwehr und Kontrollversagen.

Horowitz beschreibt drei Arten von 'controls': jene, die die zu verarbeitenden Informationen auswählen, jene, die die aktivierten Schemata auswählen (Selbst und Beziehungen) und jene, die auf abstrakter Ebene die ersten beiden integrieren und die Art des Modulationsprozesses auswählen (Horowitz, 1979: 255ff.).

So entschieden wünschenswert dieses Modell für die klinische Erkennung pathogener Prozesse aufgrund traumatischer Erlebnisse ist, so sehr nimmt es nur einen Teilbereich des betrachteten Belastungsverarbeitungsprozesses ein. Außerdem erreicht die Modelldarstellung einen so hohen Abstraktionsgrad, daß nicht sicher scheint, welche Gültigkeit es beanspruchen kann - zumal die Klassifikation von Abwehr-, Coping- und Kontrollversagensformen zwar innere Konsistenz und Plausibilität besitzt, aber von außen betrachtet durchaus auch anders taxonomisiert werden könnte.

Inwieweit es für potentiell traumatisierende Stressoren mit langfristigen Konsequenzen und nicht-pathogenen Reaktionen darauf (wie bei einer HIV-Infektion möglich) genügend Erklärungskraft aufbringt, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

### 3.3.3. Lazarus

Die wesentlichen Bestimmungsstücke des Stressmodells der Lazarus-Gruppe und der Weiterentwicklungen durch Billings und Moos (1981), Felton und Revenson (1984) sowie Scheier, Carver und Weintraub (1989) sind bereits im Unterabschnitt '3.1.2. Coping' benannt: die relationale Definition von Stress als die bedeutsam eingeschätzte Störung der Person-Umwelt-Transaktion, die relative Ereignisunabhängigkeit und die Ergebnisunabhängigkeit.

Mit ihrer Fokussierung auf die sich ständig verändernde Beziehung zwischen Umwelt und Selbst grenzt sich die Berkeley-Gruppe von rein dispositional- (trait) und rein situativ- (state) orientierten Modellen ab, weil diese dem permanenten Auseinandersetzungsprozess mit einem als bedrohlich oder



herausfordernd eingeschätzten Ereignis nicht gerecht werden können. Daß dennoch stabile Formen der Belastungsbewältigung über Situationen hinweg bestehen, weisen auch Lazarus und seine Mitarbeiter/innen nicht von der Hand, auch wenn deren empirische Bestätigung sich als ausgesprochen schwierig erweist (Folkman/Lazarus, 1985) und die Varianzaufklärung der ´trait´-Ansätze bei einem multiplen r von nicht mehr als 0.30 recht gering bleibt (Beutel, 1988).

Der Prozessverlauf innerhalb des Lazarus´schen Stressmodells stellt sich zusammengefaßt so dar: Basierend auf den Annahmen kognitiver Emotionstheorien, die Emotionen (und Stress) als durch Kognitionen bestimmt betrachten, erfolgt als erster Schritt ein ´primary appraisal´: Ein Individuum bewertet die Bedeutung eines Ereignisses für sich - entweder als irrelevant, günstig oder belastend. Im Belastungsfall kommt es zum ´secondary appraisal´, in dessen Rahmen die individuellen Ressourcen und die Adäquatheit möglicher Bewältigungsbemühungen, eingeschätzt werden. Beim Einwirken von individuell bekannten Stressoren allerdings scheint diese Trennung in ´primary´ und ´secondary appraisal´ nicht möglich zu sein. In Zuge der Bewältigungsbemühungen (Coping) kommt es zu ständigen Neubewertungen (´reappraisal´) der situativen Anforderungen und des Erfolgs oder Mißerfolgs der Bewältigung.

Die bereits im Unterabschnitt 3.1.2. angerissene Kritik am unzureichenden Stressorkonzept der Berkeley-Gruppe bringt Pearlin (1991: 263) auf den Punkt: "By targeting only certain ambient stressors, disruptive events, or role strains, we may fail to capture significant variations in the range and clustering of stressors that are simultaneously impinging on people who experience the targeted stressor."

Um die Belastungsverarbeitungsprozesse zu klassifizieren, schlug Lazarus (1966) zuerst die Unterscheidung von intrapsychischen Abläufen und direkter Handlung vor. 1980 entwickelten Folkman und Lazarus die ´Ways of Coping Checklist´ (s.u. 4.1.1.) und unterschieden zwischen palliativ-emotionsregulierendem und instrumentell-problemorientiertem Coping. Ergänzend fügten die Autor/innen 1985 soziale Unterstützung, Informationssuche und das Unterlassen von Handlungen hinzu. Billings/Moos (1981) gründeten ihr Konzept neben problem- und emotionsorientiertem auch auf bewertungsorientiertem Coping. Carver/Scheier/Weintraub (1989) bestimmten für den Entwurf des COPE (s.u. 4.1.2.) ihre Dimensionen vorderhand theoretisch und faßten diese in drei Kategorien: ´problemorientiert´, ´emotionsorientiert´ und ´potentially maladaptive´.

Phase 1 Event	Phase 2 Check	Phase 3 Cope	Phase 4 Exit
in den ersten Modellen Stressoren nur als unspezifische Auslöser; später Konzentration auf daily hassles; heute existieren Modelle, die Stressorenmerkmale einbeziehen	<b>primary appraisal:</b> harm/loss; threat; challenge  <b>secondary appraisal:</b> individuelle Ressourcen	<b>Richtung der Einflußnahme:</b> Umwelt; Selbst  <b>Bewältigungs-formen:</b> problemorientiertes Coping; emotionsorientiertes Coping;  je nach Modell Erweiterung	reappraisal

### Abb. 6: Lazarus im EBV-Modell ECCE

Zu Kontroversen führte die Lazarus'sche Auffassung, bestimmte Abwehrleistungen könnten problemlos in das Coping-Konzept integriert werden, ohne eine spezielle Abwehr-Modalität einzuführen, weil Coping jedes Problemlösen umfasst, egal ob auf realistische oder pathologische Weise - beide repräsentieren nur 2 Seiten einer (Coping)-Medaille. Tatsächlich tauchen in verschiedenen Versionen von Bewältigungsfragebögen (WCCL, COPE, Coping Checklist) Items auf, die Abwehrleistungen erheben. Norma Haan (1977: 163) hält dieser Subsumierung von Abwehr unter Coping entgegen, daß Coping- und Abwehrprozesse zu vermischen, bedeutet, einerseits die klassische (Abwehr)-Definition aufzugeben, und andererseits dem tatsächlichen Geschehen nicht gerecht zu werden, weil ohne Grund realitätsadäquate und realitätsinadäquate Abläufe nicht mehr differenziert voneinander betrachtet werden.

Die Kritik am Stressorenkonzept der Lazarusgruppe und an den empirisch nicht zu trennenden Bewertungsschritten führte zu grundlegenden Revisionen und Erweiterungen. Eine davon ist in **Abb. 8** zu sehen. Dabei wird deutlich, daß zwar versucht wird, den Ereignisbereich stärker zu berücksichtigen, daß aber die Klassifizierungen den Anspruch an ein Klassifikationssystem, möglichst einander ausschließende Kategorien zu finden, kaum erfüllen.

Deutlich wird in diesem Schaubild auch die Aufgabe der Bewältigungsform 'emotionsorientiertes Coping', ein Umstand, der ein zentrales Problem des gesamten Coping-Ansatzes offenbart. Aus der terminologischen Vielfalt resultiert ein Nebeneinander unterschiedlichster Konzepte, deren Grundgemeinsamkeit zwar die Auffassung eines transaktionalen Bewältigungsprozesses ist, der aber in seinen Manifestationen nur noch wenig Übereinstimmung aufweist. **Abb. 8** offenbart aber auch, daß inzwischen zumindest auf konzeptueller Ebene direkte Wirkungen des Ereignisses auf die Verarbeitungsstrategien angenommen werden, und Strategien nicht mehr nur durch den Filter des bewertenden Individuums erschlossen werden (sollten).



**Abb. 7: konzeptuelle Verknüpfungen im Stressmodell der Lazarusgruppe (nach Wethington/Kessler, 1991: 14)**

Kritisch anzumerken ist die Überbewertung kognitiver Elemente und die daran gebundene Nachordnung affektiver Komponenten der Stressbewältigung. Auch läßt der Befund von Folkman/Lazarus (1980), daß in fast 98% der von ihrer Untersuchungspopulation berichteten Stressepisoden emotions- als auch problemorientiertes Coping Anwendung fand, nicht nur den Schluß zu, daß die Zweiteilung in diese Bewältigungsformen gerechtfertigt erscheint. Der Befund bietet auch die Interpretationsmöglichkeit, daß möglicherweise beide Kategorien in dieser Form redundant sind, weil sie nicht genügend diskriminieren.

#### **3.3.4. Filipp/Klauer**

Im Rahmen des Trierer Projekts ´Psychologie der Krankheitsverarbeitung´ entwickelte die Forschungsgruppe um Sigrun-Heide Filipp ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung (Filipp/Klauer, 1988; Filipp, 1990). Ausgangspunkt ihrer Überlegungen ist, daß es nicht ausreicht, zu konstatieren, daß die hohen inter- und intraindividuellen Unterschiede in der Verarbeitung belastender Ereignisse deren systematische Erforschung erschweren.

Die Autor/innen gehen einen Schritt weiter und benennen zuerst zwei grundlegende Abgrenzungsprobleme. Ein solches erster Ordnung resultiert daraus, daß phänomenal kein Unterschied zwischen sonstigem Verhalten und Bewältigungsverhalten besteht und potentiell alle Verhaltensweisen - im Zuge einer spezifischen Belastung - zu Bewältigungsverhalten werden können. Ein Abgrenzungsproblem zweiter Ordnung entsteht bei der Frage, ob nur Verhalten mit protektiver/belastungsreduzierender Funktion in die Betrachtung einbezogen wird oder nur jenes, welches a posteriori empirisch ermittelt, bestimmten Anpassungszielkriterien dient (Filipp, 1990: 26).

Sowohl die wenn-dann-Variante (wenn protektives Verhalten, dann gute Anpassung), als auch die Orientierung an Zielkriterien erweisen sich als problematisch: Gesetzesaussagen des wenn-dann-Typs lassen sich wegen der erwähnten hohen inter- und intraindividuellen Variabilität des Bewältigungsverhaltens nicht treffen. Zielkriterien erweisen sich als mehrdeutig, vage und/oder konfligierend (Lebensqualität - Lebensdauer). Als Arbeitsdefinition schlagen Philipp/Klauer (1988: 58) vor: "Bewältigung steht als summarisches Konzept für alle Verhaltensweisen, die im Umfeld von raumzeitlich umgrenzten Belastungssituationen die je individuelle Auseinandersetzung mit diesen Situationen markieren."

Gerade für ein also nur so vage und schwach zu definierendes Konstrukt wie 'Belastungsbewältigung' ergibt sich die Notwendigkeit, die Komplexität des Forschungsgegenstandes theoriegeleitet zu reduzieren. Philipp und Klauer schlagen deshalb einen dreidimensionalen Zugang vor, der die beiden zentralen Merkmale eines Klassifikationsschemas zu berücksichtigen versucht: Exklusivität und Exhaustivität. Diese Art der a priori Modellbildung scheint vor allem deswegen sinnvoll, weil empirisch-dimensionanalytisch gewonnene Kategoriensysteme diesen Ansprüchen nicht genügen.

Die drei vorgeschlagenen Basisdimensionen im Ansatz der Trierer Gruppe sind Verhaltensebene (intrapyschisch/aktional), Soziabilität (hoch/niedrig), Aufmerksamkeitorientierung (ereigniszentriert/ereignisdistanziert). Außer der Dimension Soziabilität erfuhren Aufmerksamkeitsorientierung und Verhaltensebene Eingang in das EBV-Modell 'ECCE'. Erläuterungen zu den Dimensionen finden sich entsprechend im Unterabschnitt 3.2.3.

Phase 1 Event	Phase 2 Check	Phase 3 Cope	Phase 4 Exit
spezifisch für Krankheiten als chronische Stressoren	nicht spezifisch berücksichtigt	<b>Richtung der Einflußnahme:</b> intrapyschisch; aktional <b>Aufmerksamkeitsorientierung:</b> ereigniszentriert; ereignisdistanziert <b>Soziabilität:</b> hoch; niedrig	Adaptivität des Coping erschließt sich aus Zielkriterien, die vorher geklärt sein müssen, ohne die Erhebung der Bewältigung dadurch zu beeinflussen (bswp: Kompromiß zwischen Lebensqualität und Lebensdauer)

Abb. 8: Philipp und Klauer im EBV-Modell ECCE

### 3.3.5. Perrez/Reicherts

Perrez/Reicherts (1992) sowie Reicherts/Perrez (1994) unternehmen den Versuch, ein Streß-Reaktions-Verlaufs-Modell zu konzipieren, das den Aspekt der Verarbeitung unter Bezugnahme auf objektiv-situative Bedingungen betrachtet. Ihr Situations-Verhaltens-Modell zum Umgang mit Belastungen rückt somit das stressierende Agens stärker in den Mittelpunkt.

Neben der eigentlichen Belastungsbewältigung gehören zum Umgang mit Belastungen die Einschätzung der Situation bzw. des Stressors, emotionale Reaktionen und persönliche Bewältigungsziele. All diese Konstrukte werden unter dem Begriff 'Belastungsverarbeitung' subsumiert. "Auswahl und

Ausführung des Coping-Verhaltens bilden den theoretischen Abschluß dieser Sequenz“ (Reicherts/Perrez, 1994: 231).

Belastende Ereignisse umfassen objektiv-situative Merkmale (Aufretenshäufigkeit, Kontrollierbarkeit, Dauer des Stressors) und entsprechende subjektive Merkmale (Valenz, subjektive Kontrollierbarkeit). Der Geschehensablauf nun ist ein Prozeß, der sich aus einer Reihe der oben beschriebenen Situations-Reaktions-Sequenzen zusammensetzt, die bei den Autoren "Episoden" genannt werden. In deren Verlauf kann sich nicht nur die Situation, sondern auch die Belastungsverarbeitung verändern. Das Situations-Handlungs-Modell hat den großen Vorzug, daß aus ihm Hypothesen generiert werden können. Beispielsweise wird von Personen erwartet, die eine homöostasestörende Situation als hoch valent, wenig kontrollierbar und wenig wandelbar einschätzen, daß sie negative Streßemotionen erleben. Als Bewältigungsformen in diesem Zusammenhang erwarten Reicherts und Perrez (1994: 232) Meiden und Rückzug (Evasion), innere Distanzierung (Informationsunterdrückung) und Gefühlsberuhigung (Palliation).

Angemessener Belastungsverarbeitung vorausgehend ist die realistische Einschätzung der Situation und funktionales Bewältigungsverhalten unter Berücksichtigung individueller Ziele.

Der kognitiv-verhaltenstheoretische Zugang zum Phänomen der Belastungsverarbeitung und insbesondere das Einbeziehen objektiver Situationsmerkmale garantiert eine innere Geschlossenheit des Modells, das sich insofern von anderen vorgestellten Ansätzen unterscheidet. Ob es allerdings auf der Basis der Reiz-Reaktions-Annahmen die große Variabilität inter- und intraindividuellen Bewältigens zu umfassen vermag, kann nur empirisch geklärt werden. Auf jeden Fall ermöglicht es prospektive, auf die Zukunft gerichtete Annahmen derart, daß bspw. in einer kontrollierbaren Situation nach einem erfolglosen Bewältigungsversuch wiederholtes instrumentelles Coping als funktional erachtet wird oder in einer nicht-kontrollierbaren Situation evasiv-meidendes Coping adaptationsförderlich ist.

Phase 1 Event	Phase 2 Check	Phase 3 Cope	Phase 4 Exit
<b>Merkmale des Stressors:</b> Kontrollierbarkeit; Wandelbarkeit; Aufretenshäufigkeit; Dauer	emotionale Reaktionen; Kausalattributionen; Einschätzung subjektiver Kontrollierbarkeit; subjektiver Häufigkeit; Valenz; Vertrautheit	<b>Bewältigungsformen:</b> umgebungsbezogenes Coping; selbstbezogenes Coping; palliatives Coping	persönliche Bewältigungs- ziele; Funktionalität der gewählten Bewältigungsformen hängt von Situation ab

Abb. 9: Reicherts und Perrez im EBV-Modell ECCE

### 3.3.6. Ein Arbeitsmodell für die Belastungsverarbeitung bei einer HIV-Infektion

An dieser Stelle werden die wichtigsten Elemente der Kapitel 2 und 3 zusammengefaßt und im Rahmen des EBV-Modells 'ECCE' spezifisch für die Belastungsbewältigung der HIV-Infektion dargestellt (Abb. 10).

Grundlegend für diese Arbeit ist ein Verständnis der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung als eines **chronischen Stressors**, der unumkehrbar ist, langfristig wirkt, in seinen Krankheitsmanifestationen progredient verläuft, dabei mit phasenhaften Verschlimmerungen einhergeht und sich weitestgehend der Vorhersagbarkeit entzieht.

Idealerweise ließe sich der Prozess der Ereignisbelastungsverarbeitung bezogen auf die HIV-Infektion der Abbildung entsprechend erfassen. Unter Hinzuziehung einiger Persönlichkeitsvariablen, die aufgrund der physischen, psychischen und psychosozialen Belastung aktiviert werden (Locus of Control, Optimismus, Hilflosigkeit, Hardiness, Vulnerabilität) und unter Berücksichtigung von Geschlecht und Subgruppenzugehörigkeit entsteht ein komplexes Bild der Zusammenhänge zwischen HIV-Infektion, physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen und vier verschiedenen Bewältigungsweisen:

- a) annähernd-umweltorientierte Einflußnahme
- b) annähernd-selbstorientierte Einflußnahme
- c) vermeidend-umweltorientierte Einflußnahme
- d) vermeidend-selbstorientierte Einflußnahme

Phase 1 Event	Phase 2 Check	Phase 3 Cope	Phase 4 Exit
<b>Stressoren-merkmale:</b> - HIV-Infektion als chronischer Stressor mit akuten Verläufen - unumkehrbar - unerwünscht - kaum kontrollierbar - eindeutig negativ <b>Belastungen:</b> - physisch - psychisch - psychosozial	<b>Modi:</b> Wahrnehmung; Interpretation; Verarbeitungsvorbereitung  <b>Belastungen:</b> - traumatischer Schock - Angst - Verunsicherung - Depressivität - Scham - Schuld	<b>Bewältigung:</b> - annähernd-umweltorientierter Einfluß - annähernd-selbstorientierter Einfluß - vermeidend-umweltorientierter Einfluß - vermeidend-selbstorientierter Einfluß	<b>zeitlich variable Beeinflussung:</b> - immunologische Parameter - opportunistische Infektionen - sonstige physische Symptome - psychische Befindlichkeit - Depressivität - Ängstlichkeit - Suizidalität - sexuelles Verhalten - Selbstbild - Selbstwert - Lebensqualität - soziale Unterstützung

Abb. 10: HIV-Infektion und Belastungsbewältigung im EBV-Modell ECCE

Die Betonung der Darstellung liegt auf 'idealerweise', weil Kapitel 6 zeigen wird, daß die Zuordnung der Instrumente nur auf der Dimension Annäherung und Vermeidung vorgenommen werden kann. Außerdem ist der Prozeß nur als Längsschnitt operationalisierbar ist - und die in Kapitel 7 ausgewerteten Primärstudien verlassen sich im wesentlichen auf Querschnittsdesigns.

#### 4. Operationalisierungen und Befunde der Bewältigungsforschung

Im Zentrum dieses Kapitels stehen die Instrumente, mit denen Belastungsbewältigung gemessen wird. Zusätzlich werden unter Anwendung der Instrumente erlangte Erkenntnisse zur Adaptivität der Bewältigung und Befunde zu Zusammenhängen zwischen Bewältigung und einzelnen Prozess-Moderatoren wie soziale Unterstützung referiert. Die Darstellung der Instrumente bereitet den Boden für die empirische Integration der Primärstudien im Rahmen der Metaanalyse. Dazu werden, wenn möglich, auf Einzelskalenebene Zuordnungen der Instrumente nach Abb. 3 'Dimensionen der Bewältigung' vorgenommen

Die technische Vorstellung der Instrumente orientiert sich an nachfolgenden Kriterien:

1. Situation-Stressor (spezifisch/unspezifisch)
2. Beurteilungsperspektive (Selbst/Fremd)
3. Bewältigungsformen (Strategie/Stil)
4. Umfang (Itemanzahl)
5. Methode der Itemgewinnung (rational, external, induktiv, prototypisch)
6. Gültigkeit
7. Zuverlässigkeit

#### 4.1. Operationalisierungen

Daß grundsätzlich jeder behavioral-emotionaler oder kognitiv-emotionaler Akt im Falle eines zu bewältigenden Ereignisses der Einflußnahme auf dieses Ereignis dienen kann, führt zu einem "Repräsentations-Validitäts-Dilemma" (Filipp/Klauer, 1990: 67).

Einerseits sollten die als Fragebogenitems operationalisierten Bewältigungsweisen - möglichst stressorübergreifend - alle Anforderungen und Belastungen eines Ereignisses erfassen. Andererseits scheint es unerlässlich, ereignisspezifische Reaktionen in die Erhebung einzubeziehen, um eine valide Aussage zu den je spezifischen Bewältigungsstilen und/oder -strategien zu erhalten. Manche Operationalisierungen<sup>9</sup> der Belastungsbewältigung (COPE nach Scheier/Carver/Weintraub, 1989; FEKB nach Klauer/Filipp, 1988; Coping Checklist nach Billings/Moos, 1984; UBV nach Reicherts/Perrez 1993) stellen sich diesem Problem, in dem sie theoriegeleitet inhaltliche Vorgaben für einzelne, theoretisch voneinander unabhängige Skalen entwickeln. Die meisten Instrumente in der Tradition von Lazarus (WCCL nach Folkman/Lazarus, 1985; EIPS nach Leiberich et al. 1992; Felton Coping Scale nach Felton/Revenson, 1984; FKV nach Muthny, 1990; WCCL-dt. Version nach Filipp, 1989) umgehen die Auseinandersetzung mit dem Problem, in dem es nicht angesprochen wird.

##### 4.1.1. Ways of Coping Checklist - WCCL

Die 'Ways of Coping Checklist' (WCCL) ist ein Selbstbeschreibungsverfahren, bei dem die jeweilige Untersuchungspopulation als Vorgabe das belastendste Ereignis innerhalb des letzten Monats erinnern und in ihren Antworten darauf

---

<sup>9</sup>Die Abkürzungen der Operationalisierungen werden bei der Einzelvorstellung erläutert

Bezug nehmen soll. Das Instrument entstand im Zuge des 'Ways of Coping'-Projekts der Berkeley-Gruppe um Richard Lazarus und Susan Folkman Ende der 70er Jahre. Der Originalitempool umfaßte 68 items behavioraler und kognitiver (wahlweise auch problem- und emotionsorientierter) Formen der Bewältigung (Folkman/Lazarus, 1980), die mit Hilfe dichotomer Antwortkategorien (ja/nein) erfaßt wurden. Die Items der **WCCL** beinhalten u.a. das, was Folkman und Lazarus "defensive coping" nennen und auf harsche Kritik von Norma Haan stieß: Intellektualisierung, Vermeidung, Isolation, Unterdrückung. Weiterhin werden die Bereiche Linderung, Problemlösen, Informationssuche, Handlungshemmung, direkte Aktion und magisches Denken abgedeckt.

Aufgrund mannigfaltiger Kritik revidierten die Autor/innen den Itempool. Items zur sozialen Unterstützung kamen hinzu, manche faktorenanalytisch nicht zuzuordnende Items wurden ergänzt oder umformuliert. In der bis heute gebräuchlichen 1985er Version der **WCCL** veränderte die Lazarus-Gruppe auch die dichotome Erhebung der Bewältigungsformen. Jedes Item konnte nun auf einer vierstufigen Skala abgetragen werden. Das trug der Kritik mangelnder Differenzierung Rechnung. Ebenso wurde die durch dichotome Antwortkategorien geförderte Tendenz, sozial erwünscht zu antworten, eingeschränkt.

Die 85er Version umfaßt 66 items, die sich nach der Faktorenanalyse der Autor/innen zu acht Skalen zusammenfassen lassen (Folkman/Lazarus, 1985: 156), deren Abbildung im Vierfelder-Schema der Phase 3 des EBV-Modells 'ECCE' so aussieht:

	Annäherung	Vermeidung
umweltorientierte Einflußnahme	- problem-focused coping - seeking social support	- distancing - self isolation
selbstorientierte Einflußnahme	- emphasizing the positive	- tension reduction - wishful thinking - self blame

Abb. 11: WCCL-Skalenzuordnung<sup>10</sup>

Die Art faktorenanalytischer Skalenbildung weist auf ein zentrales Problem von Meßinstrumenten, deren Itemstruktur post hoc zu mehr oder weniger inhaltlich kohärenten Skalen zusammengefaßt wird: die Populationsabhängigkeit. Deswegen lassen sich in der Literatur Studien mit vier bis acht interpretierbaren Skalen finden, deren Validität und insbesondere deren Reliabilität aufgrund der Populationsabhängigkeit als testtheoretisch nicht hinreichend betrachtet werden dürfen.

Wie niedrig beispielsweise die Retest-Reliabilität der **WCCL** ist, zeigen Folkman und Lazarus anhand ihrer eigenen Untersuchung (1980), auch wenn sie die Ergebnisse anders interpretieren: Die Befragten wurden aller vier Wochen mit

<sup>10</sup>Die folgenden Skalenzuordnungen können nur als Ordnungsversuche betrachtet werden. Weil die Instrumente in der Regel unter anderen Gesichtspunkten entwickelt wurden und Kategorien wie problem- oder emotionsorientiert nicht genug differenzieren, ist die Einteilung innerhalb des Vier-Felder-Schemas zwar modellgemäß wünschenswert, empirisch-inhaltlich aber nicht als unzweifelhaft richtig zu garantieren. Die Ergebnisdiskussion wird diesen Umstand reflektieren.



der **WCCL** konfrontiert, im Schnitt ereigneten sich jeweils sieben Messungen. Daß die Ergebnisse eine vergleichsweise hohe Variabilität in der Verwendung verschiedener Bewältigungsformen über die Zeit aufweisen, heißt nicht zwangsläufig, daß das Copingverhalten eine solche Variabilität aufweist, sondern möglicherweise nur, daß das Erhebungsinstrument eine solche Bandbreite im Antwortverhalten zuläßt und damit als nicht reliabel gelten muß.

Trotz aller Kritik erfreut sich die Checklist ob ihrer einfachen und ökonomischen Handhabung großer Beliebtheit.

- 
1. Situation: spezifisch, weil speziell aktualisiert (meist daily hassles)
  2. Beurteilungsperspektive: Selbst
  3. Bewältigungsformen: problem- und emotionsorientiertes Coping als Strategien
  4. Umfang: 66 Items
  5. Methode der Itemgewinnung: empirisch-induktiv
  6. Gültigkeit: Problem der Populationsabhängigkeit
  7. Zuverlässigkeit: Retest-Reliabilität ungenügend
- 

**Abb. 12: WCCL im Überblick**

#### 4.1.2. Coping Orientations to Problems Experienced - COPE

Die ‘Coping Orientations to Problems Experienced’ (**COPE**)-Skalen von Carver/Scheier/Weintraub (1989) basieren auf demselben transaktionalen Ansatz wie dem der Lazarus-Gruppe. Allerdings verweisen die Autor/innen explizit auf die - auch oben erwähnten - Beschränkungen, denen die WCCL unterliegt. Darauf gründen sie ihr theoriegeleitetes Vorgehen, um möglichst unabhängige Skalen mit trennscharfen Items zu schaffen. Vor allem kritisieren sie die einfache Trennung in problem- und emotionszentriert, bei der Items, die nicht der ersten Kategorie zuzurechnen sind, einer zweiten (Rest)-Kategorie zugeschlagen werden, obwohl die Items untereinander entgegengesetzt zusammenhängen.

Auch versuchten Carver et al. bedeutungsüberschüssige Itemformulierungen und die Ambiguität der Items anderer Fragebogenkonstruktionen zu vermeiden (Carver/Scheier/Weintraub, 1989: 268). Schließlich wählten die Autor/innen Itemformulierungen so, daß je nach Fragestellung situationsspezifisches als auch transsituatives Bewältigen erfasst werden kann. Die **COPE**-Skalen umfassen folgende Bewältigungsformen, vierstufig abzutragen, die sich im Vierfelder-Schema von Phase 3 des EBV-Modells ‘ECCE’ so darstellen:

	Annäherung	Vermeidung
umweltorientierte Einflußnahme	- active coping - seeking instrumental support	- supression of competing activities - restraint coping - behavioral disengagement
selbstorientierte Einflußnahme	- planning - seeking emotional support - positive reinterpretation - acceptance - turning to religion	- denial - focus on and venting of emotions - mental disengagement

### Abb. 13: COPE-Skalenzuordnung

Nach der empirischen Analyse der COPE-Skalen deuten die Skaleninterkorrelationen auf eine relative Unabhängigkeit der Dimensionen hin. Es wurde auch deutlich, daß bspw. ´acceptance´ und ´denial´ infolge eines belastenden Ereignisses durchaus gleichzeitig auftreten können. Insgesamt entstanden auf diese Weise 13 Skalen mit jeweils 4 items sowie eine Alkohol- und Drogenskala, deren Items faktoriell nicht auf der Skala ´mental disengagement´ abbildbar waren. Darin könnte ein Hinweis stecken, daß sich eine bestimmte Art palliativen Alkohol- und Drogenkonsums nicht von vornherein aufgrund seiner implizierten Dysfunktionalität verstehen läßt.

- 
1. Situation: von daily hassles zu kritischen Lebensereignissen
  2. Beurteilungsperspektive: Selbst
  3. Bewältigungsformen: problem- und emotionsorientiert, maladaptiv - sowohl als Stil als auch Strategie zu erfassen
  4. Umfang: 13 Skalen (4 Items) plus 1 Einzelitem
  5. Methode der Itemgewinnung: sowohl rational deduktiv als auch empirisch induktiv
  6. Gültigkeit: Mißt mit Einschränkungen, was es zu messen vorgibt
  7. Zuverlässigkeit: weist befriedigende Kennwerte auf
- 

### Abb. 14: COPE im Überblick

”The COPE has a Number of limitations, including the psychometric problems of scales consisting of four items, separating factors into more than one subscale, and emphasizing gender differences but then combining the data for men and women in their analysis.“ (Endler/Parker, 1990: 845)

Die Studien von Carver et al. (1989) belegen, daß die COPE-Skalen verglichen mit diversen Persönlichkeitsmaßen wie Locus of Control, Optimismus, Selbstwert gut diskriminante Werte aufweisen (1989: 276).

Inwieweit unter Zuhilfenahme von Instrumenten wie der WCCL oder den COPE-Skalen in den mehrheitlich Querschnittsstudien tatsächlich erfahren werden kann, wie HIV-Infizierte mit ihrer Belastung umgehen, wird später diskutiert. Inzwischen bleibt zu betonen, daß die gewählten Zugänge zu den Informationen über eine mögliche Belastungsbewältigung selbstberichtete Daten erbringen, die sowohl attributionstheoretisch als auch wahrnehmungstheoretisch begründbar Validitätseinschränkungen unterliegen. Das gilt für alle hier vorgestellten Selbstbeschreibungsvorgahren.

#### 4.1.3. Coping-Checklist

Auch dieses von Billings und Moos (1984) vorgestellte Instrument fußt auf dem transaktionalen Ansatz aus Berkeley. Weil die Autor/innen Belastungsbewältigung aus eher sozial-ökologischer Perspektive betrachten, erweitern sie es zuerst um Dimensionen der sozialen Unterstützung, die sie ”environmental coping resources“ nennen (Moos/Billings, 1982: 214). Sie unterscheiden bei ihrer Konstruktion zwischen dem die gesamte neue Situation einschätzenden Bewältigen (appraisal-focused coping), dem die neue Situation aktiv-beeinflussenden Bewältigen (problem-focused coping) und dem die

heraufbeschworenen Gefühle handhabenden Bewältigen (emotion-focused coping). Daraus leiteten Moos und Billings (1982: 218) 9 Subtypen der Belastungsbewältigung ab, von denen sich fünf - in der Coping-Checklist abgebildet - empirisch bestätigen ließen:

	Annäherung	Vermeidung
umweltorientierte Einflußnahme	- problem solving	
selbstorientierte Einflußnahme	- information seeking - affective regulation - logical analysis	- emotional discharge

**Abb. 15: Coping-Checklist-Skalenzuordnung**

Nicht bestätigt oder nicht interpretierbar waren bei der Fragebogenkonstruktion die Subtypen: cognitive redefinition, cognitive avoidance für das situationseinschätzende Bewältigen, develop alternative rewards für aktiv-einflußnehmendes Bewältigen und resigned acceptance für emotionsorientiertes Bewältigen. In der 1984 vorgestellten Version enthält die Coping-Checklist 32 Aussagen, deren häufige oder weniger häufige Anwendung als Bewältigungsstrategie auf einer vierstufigen Skala abzutragen ist.

- 
1. Situation: von daily hassles bis zu kritischen Lebensereignissen
  2. Beurteilungsperspektive: Selbst
  3. Bewältigungsformen: appraisal-, problem-, emotions-focused coping als Strategien
  4. Umfang: 32 Items auf 5 Skalen
  5. Methode der Itemgewinnung: rational-deduktiv und empirisch-induktiv
  6. Gültigkeit: durch expliziten Einbezug der belastenden Situation kann sich - theoretisch - die Relevanz der Daten erhöhen
  7. Zuverlässigkeit: für die 5 Skalen befriedigend
- 

**Abb. 16: Coping Checklist im Überblick**

#### 4.1.4. Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung - FKV

Der ´Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung´ (FKV) von Muthny (1989) verweist schon in seinem Namen darauf, daß er auf das Erfassen der Belastungsbewältigung im Umfeld von Krankheiten ausgerichtet ist und damit eine klinisch-medizinische Perspektive einschließt, die den eher alltagspsychologischen Blick von Instrumenten wie dem COPE oder der WCCL erweitert.

Entsprechend eklektisch traf die Gruppe um Muthny die Vorauswahl der später standardisierten Items: Sowohl Aussagen der WCCL, als auch Elemente der Berner Bewältigungsformen als klinischem Rating-System (Heim, 1986) flossen in das Instrument ein. Zusätzlich fanden der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke (1985), die Arbeiten von Billings und Moos (1984), Viney und Westbrook (1982) bei der Itemauswahl Verwendung. Dieses Vorgehen gründet sich im Anerkennen, daß alltagspsychologische Verfahren zur Belastungsbewältigung dem komplexen Wechselspiel zwischen Individuum, Ärzt/innen und sozialem Umfeld im Falle

chronischer Belastungen durch Krankheiten kaum gerecht werden können - zumal durchaus unterschiedliche Sichtweisen bezogen auf die adaptive Funktion verschiedener Bewältigungsstrategien aus der einen oder anderen Perspektive möglich scheinen (Muthny, 1988: 320).

Dieses Ziel zu erreichen, entwickelte die Muthny-Gruppe mehrere Arten des FKV. Neben drei verschiedenen langen Selbstbeschreibungsversionen (Gesamtform: 142 items; Langform: 102 items; Kurzform: 35 items) konstruierten die Autor/innen die Kurzform auch als Fremdbeschreibungsinstrument. Die Gesamtform umfaßt 27 Skalen auf den Dimensionen Verhalten, Emotion, Kognition (bspw. Informationssuche, depressive Verarbeitung, Selbstaufwertung, Altruismus). Das breite Spektrum von Bewältigungsformen und das Erfassen befindlichkeitsorientierter Aussagen (Skala: depressive Verarbeitung) führt zu einer Konfundierung möglicher Krankheitssymptomatik mit dem, was als Belastungsbewältigung konzipiert werden kann. Die Skalenzuordnung der FKV-Kurzform stellt sich so dar:

	Annäherung	Vermeidung
umweltorientierte Einflußnahme	- Suche nach sozialer Unterstützung - problemorientiert	- sozialer Rückzug
selbstorientierte Einflußnahme	- Selbstaufwertung - Informationssuche	- depressive Verarbeitung - Bagatellisierung - Wunschdenken

**Abb. 17: FKV-Skalenzuordnung**

Grundsätzlich sind die Proband/innen in den FKV-Selbstbeschreibungsverfahren aufgefordert, eine bestimmte Anzahl als Selbstaussagen formulierte Items bezogen auf ein belastendes Ereignis (z.B. Diagnosemitteilung) oder bezogen auf die letzte Woche mit der Krankheit dahingehend zu beantworten, wie stark die jeweilige Aussage zutrifft (von 1 - 5). Die Konstruktvalidität kann durch die Standardisierung an gemischten Stichproben chronisch Kranker als gesichert gelten.

- 
1. Situation: Krankheit
  2. Beurteilungsperspektive: Selbst/Fremd
  3. Bewältigungsformen: kognitiv, emotional, aktional
  4. Umfang: 142 items; 102 items; 35 items (Selbst), 35 items (fremd)
  5. Methode der Itemgewinnung: klinisch-empirisch
  6. Gültigkeit: gut
  7. Zuverlässigkeit: gute Werte über verschiedene chronische Erkrankungen
- 

**Abb. 18: FKV im Überblick**

#### **4.1.5. Erlanger Patienteninventar zur Erfassung psychosozialer Problemsituationen - EPIPS**

Das 'Erlanger Patienteninventar zur Erfassung psychosozialer Problemsituationen' (EPIPS) wurde ebenso wie der FKV speziell für Populationen chronisch Kranker entwickelt. Dabei stellte die Arbeitsgruppe um Olbrich und Leiberich (1988) keinen standardisierten Fragebogen, sondern ein

nichtstandardisiertes Explorationsinstrument vor, das sowohl quantitative als auch qualitative Daten zu erheben vermag.

Bezugnehmend auf systemische und konstruktivistische Theorien begründet Olbrich einen solchen Schritt mit dem jeweils individuellen Erleben: "Deutlicher als in standardisierten Testerhebungsverfahren wird in der gering oder nichtstrukturierten Exploration zugänglich, was beim Befragten kognitiv repräsentiert ist. Dies wird weniger durch spezifische Stimuli evoziert, die ein Befrager oder Testkonstrukteur festgelegt hat, als vielmehr durch den Befragten selbst, durch seine Akzentuierung, seine Interpretationen und seine Bedürfnisse." (Olbrich, 1990: 71f.) Olbrich nennt das im **EIPS** praktizierte Vorgehen auf verschiedenen explorativen Ebenen wie der sozialen Unterstützung, der Beziehungsintensität, des Bewältigungsverhaltens, der Belastung einen multimodalen Mehrkanalansatz.

Diesem Weg dienen 188 Aussagen, von denen 66 Items zu 30 Bewältigungsstrategien zusammengefaßt werden. Die restlichen Aussagen umfassen Items zur Belastung, zur Identität und zur sozialen Unterstützung. Die Proband/innen werden dabei vor die Entscheidung gestellt: trifft zu - trifft nicht zu. Die Befragung findet innerhalb eines bis zu zwei Stunden einnehmenden komplexen, halbstandardisierten Interviews statt, die vermeidet, daß die Befragten auf ein schlichtes paper-pencil-Verfahren reagieren.

Dadurch wird ermöglicht, ganz individuelle Bewältigungsmuster zu bilden, die anschließend clusteranalytisch untersucht werden können. Empirisch lassen sich folgende (populationsabhängige) Item-Cluster ermitteln: aktional-problemzentriert, Gefühlskontrolle, evasiv-regressiv (auf andere bezogen), evasiv-regressiv (selbstbezogen), emotional-palliativ.

	Annäherung	Vermeidung
umweltorientierte Einflußnahme	- aktional-problemzentriert	- evasiv-regressiv (andere)
selbstorientierte Einflußnahme	- Gefühlskontrolle - emotional-palliativ	- evasiv-regressiv (selbst)

**Abb. 19: EIPS-Skalenzuordnung**

Die nichtstandardisierte Form der **EIPS**-Erhebung und das Verlassen auf die Informationen der Proband/innen führen zu theoretischen und praktischen Auswertungsproblemen. Olbrich schlägt dafür den dialogischen Abgleich im Sinne einer Dialog-Konsens-Methode vor (Olbrich, 1990: 74).

- 
1. Situation: Krankheit
  2. Beurteilungsperspektive: Selbst
  3. Bewältigungsformen: Denken, Fühlen, Handeln
  4. Umfang: 66 Items in 30 Kategorien
  5. Methode der Itemgewinnung: empirisch-induktiv
  6. Gültigkeit: Gütekriterien können nicht angewandt werden
  7. Zuverlässigkeit: keine Angaben möglich
- 

**Abb. 20: EIPS im Überblick**

#### 4.1.6. Umgang mit Belastungen im Verlauf - UBV



Einen von den bisher vorgestellten Verfahren völlig verschiedenen Ausgangspunkt wählt die Forschungsgruppe um Reicherts und Perrez (1994) mit dem Fragebogen zum 'Umgang mit Belastungen im Verlauf' (**UBV**). In diesem Situation-Reaktions-Instrument werden die Proband/innen mit drei Stadien prototypischer Situationen, die aus dem sie spezifisch belastenden Ereignis resultieren können, konfrontiert. Für alle Stadien geben die Befragten auf verschiedenen Skalen ihre Situationseinschätzungen, emotionalen Reaktionen, Bewältigungsziele und ihr Bewältigungsverhalten an.

Eine entscheidende Abgrenzung des **UBV** von anderen Verfahren gründet in der Berücksichtigung situativer Determinanten: Dazu gehören Valenz (Aufforderungscharakter, den Objekte der Wahrnehmung für das Individuum haben); Kontrollierbarkeit (als Möglichkeiten des Individuums); Veränderbarkeit (der Situation aus sich selbst heraus); Ambiguität (Mehrdeutigkeit aufgrund mangelnder Informationen für Eindeutigkeit); Wiederauftretenswahrscheinlichkeit.

Bei der konkreten Belastungsbewältigung belassen es Reicherts und Perrez bei der Trennung in intrapsychisch-kognitiv und instrumentell (1994: 233). Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, daß die betreffenden Strategien nur als singuläre Items Inhalte erheben, die bei anderen Instrumenten durch vier bis acht Items abgebildet werden, und dadurch die Vermutung eingeschränkter Gültigkeit nahelegen.

	Annäherung	Vermeidung
umweltorientierte Einflußnahme	- aktive Stressorbeeinflussung - soziale Unterstützung - aktives Umorientieren	- Passivität - Evasion - aktives Verhindern
selbstoporientierte Einflußnahme	- Palliation - Informationssuche - Umbewertung - Selbstbegründung	- Informations-unterdrückung - Selbstbeschuldigung - Fremdbeschuldigung

**Abb. 21: UBV-Skalenzuordnung**

Die Gesamtform des **UBV** umfaßt einen Situations- und eine Reaktionsteil. Der Situationsteil beschreibt 18 (Kurzform: 4) in drei Phasen gegliederte Testepisoden: Auftreten der Belastung (1), Fortbestehen der Belastung (2), Abschluß der Belastung (3). In Phase 3 werden sowohl negative als auch positive Ausgänge geschildert. Neben den Bewältigungszielen, die ein Kriterium für das selbstberichtete Bewältigungsverhalten darstellen, den emotionalen Reaktionen und den Bewältigungsstrategien werden im Anschluß an Phase 3 auch Kausalattributionen bezogen auf das Ergebnis erfragt.

Bis 1994 wurden rund 2000 Personen mit dem Instrument befragt. Mit internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) und Retest-Reliabilitäten zeigt sich die Forschungsgruppe zufrieden. Für Validitätskriterien ermittelten sie ebenfalls gute Werte.

- 
1. Situation: vorgegeben, prototypisch für spezifische Belastungen
  2. Beurteilungsperspektive: Selbst
  3. Bewältigungsformen: selbst- und umgebungsbezogenes Bewältigen

4. Umfang: Langform - 18 Situationen in drei Stadien über 14 Strategien; Kurzform - 4 Situationen
5. Methode der Itemgewinnung: rational-deduktiv
6. Gültigkeit: in klinischen Populationen hinreichend diskriminant und treatmentsensitiv
7. Zuverlässigkeit: hoch

---

**Abb. 22: UBV im Überblick**

#### 4.1.7. Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung - FEKB

Wie alle anderen Operationalisierungen (außer EPIPS) den Prozeßcharakter der Belastungsbewältigung betonend, entwickelte die Trierer Arbeitsgruppe ´Psychologie der Krankheitsbewältigung´ um Sigrun-Heide Filipp den ´Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung´ (**FEKB**) (Filipp/Klauer, 1988; Klauer/Filipp/Ferring, 1989). Grundlage dieses Selbstbeurteilungsinstruments sind drei apriorisch festgelegte Dimensionen: Aufmerksamkeitsorientierung (ereignisdistanziert/ereigniszentriert), Kontrollrichtung (aktional/innerpsychisch), Soziabilität (hoch/niedrig). Diese sind stehen theoretisch orthogonal aufeinander und bilden damit  $2^3=8$  Kategorien der Bewältigung. Diesen theoretisch gewonnen Kategorien wurden im Anschluß inhaltlich mit jeweils acht Items gefüllt, die aus der einschlägigen Literatur über Formen der Auseinandersetzung mit Krankheit entnommen wurden. "Jedes dieser Items ´trägt´ somit alle drei Basisdimensionen in seiner Formulierung, und zwar entweder in positiver oder in negativer Ausprägung." (Klauer/Filipp/Ferring, 1989: 320f). In der Anweisung werden die Proband/innen gebeten, auf einer sechsstufigen Skala mitzuteilen, wie häufig die in den Items beschriebenen Reaktionen in den letzten Wochen auftraten (nie - sehr häufig). Mittels explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalysen konnten für dem **FEKB** aus den 64 Items 5 Skalen gewonnen werden, die in Phase 3 des EBV-Modells so zugeordnet werden können:

	Annäherung	Vermeidung
umweltorientierte Einflußnahme	- Suche nach sozialer Einbindung - Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	
selbstorientierte Einflußnahme	- Suche nach Halt in der Religion	- Rumination - Bedrohungsabwehr

**Abb. 23: FEKB-Skalenzuordnung**

Die teststatistischen Befunde aus den Untersuchungen der Trierer Projektgruppe bestätigen die konstruierten Skalen. Weil das Instrument an einer Stichprobe von Krebspatient/innen normiert wurde, zeigt sich auch für diese die höchste Stabilität und prädiktive Validität der faktoriellen Strukturen. In einer Untersuchung von Ferring/Klauer/Filipp/Steyer (1990) zeigt sich, daß der **FEKB** zwar zu einem größeren Anteil personentypische Variationen des



Bewältigungsverhaltens im Kontext schwerer körperlicher Erkrankungen abbildet, aber genügend änderungssensitiv ist, um als episodisches Verfahren eingesetzt zu werden.

- 
1. Situation: Krankheit
  2. Beurteilungsperspektive: Selbst
  3. Bewältigungsformen: kognitiv, aktional, emotional auf den Dimensionen Aufmerksamkeitsorientierung, Soziabilität, Kontrollrichtung
  4. Umfang: 64 Items (5 Skalen)
  5. Methode der Itemgewinnung: rational-deduktiv
  6. Gültigkeit: aufgrund der Basisdimensionen gut
  7. Zuverlässigkeit: Faktorenstruktur bestätigt Skalenwahl nicht immer
- 

**Abb. 24: FEKB im Überblick**

#### **4.2. Ausgewählte Ergebnisse der Belastungsverarbeitung - zur Adaptivität von Coping- und Abwehrprozessen und zur Auswirkung moderierender Variablen**

Weil allein die Datenbank Psyclit der American Psychological Association für den Zeitraum 1/1990 - 12/1995 mehr als 7000 Einträge zu den Stichworten Coping und Abwehr ausweist, werden an dieser Stelle nur einige ausgewählte Ergebnisse zur Adaptivität der Belastungsverarbeitung und zu Zusammenhängen von Bewältigung und verschiedenen prozeßmoderierenden Variablen (Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung) vorgestellt. Die Auswahl richtet sich vor allem danach, inwieweit bestimmte empirische Befunde unterschiedliche Modellannahmen über effektives oder nicht-effektives Bewältigen stützen oder nicht.

Allerdings findet auch diese Auswahl unter erschwerten Bedingungen statt: "Nonsystematic variations in the literatur of conceptualizations of approach and avoidance (i.e. coping, T.Z.), measurement approaches, indicators of effectiveness, and stressors compounds the difficulty of understanding the coping process." (Roth/Cohen, 1986: 816)

##### **4.2.1. Zur Adaptivität**

Die in der Literatur gebräuchlichsten adaptationsbezogenen Dichotomisierungen für die Einschätzung der Wirkung von Abwehr- und Copingprozessen sind geeignetes vs. ungeeignetes Bewältigen, funktionales vs. dysfunktionales, effektives vs. nicht-effektives, belastungsreduzierendes vs. belastungsvergrößerndes Bewältigen.

Der Entscheidung über gelungene oder nicht gelungene Bewältigung geht allerdings ein Problem voraus, das es erschwert, sich über viele empirischen Studien zur Effektivität der Belastungsbewältigung hinweg zu verständigen.

Während die Wirkung von Coping- und Abwehrstrategien auf die Belastungsbewältigung an sich unzweifelhaft scheint, weil jeder behavioral-emotionale und jeder kognitiv-emotionale Akt als Reaktion auf ein als subjektiv und/oder objektiv belastend eingeschätztes Ereignis als Bewältigungsstrategie definiert wird, scheint sehr viel weniger unzweifelhaft, wie die Art der jeweiligen individuellen Reaktion wirkt, wie sie sich auswirkt. Einerseits stellt sich die

normativ-evaluative Frage, welche Kriterien bestimmen, wie sich Belastungsbewältigen auswirkt, andererseits stellt sich die perspektivische Frage, wer einschätzt, wie sich Belastungsbewältigen auswirkt.

Da das übergeordnete Zielkriterium der Wiederherstellung des (subjektiven) inneren und äußeren Gleichgewichts unstrittig ist, stellt sich als erstes die theoretische Frage, auf welche Weise sich ein solches abstraktes Zielkriterium in seiner empirischen Konkretion abbilden läßt.

Es zeigt sich, daß empirische Konkretionen wie Symptomfreiheit, Symptomverbesserung, Lebensqualität, subjektive Befindlichkeit, soziale Integration, 'Annahme des Lebens unter den geänderten Umständen', Arbeitsfähigkeit, psychische Gesundheit, 'Wiederherstellung der vollen Liebes- und Genußfähigkeit', 'fully functioning person' und psychische Angepaßtheit - wahlweise selbst- oder fremdeingeschätzt - nur indirekt und mangelhaft zu erfassen vermögen, was individuell als inneres und äußeres Gleichgewicht verstanden werden kann.

Gleichzeitig wird anhand dieser nur indirekten Konkretionen des Zielkriteriums deutlich, daß ein Teil von ihnen gleichzeitig Kriterien sein können, aufgrund derer erst davon ausgegangen wird, daß das Person-Umwelt-Gleichgewicht gestört ist, und die damit dem Coping- und Abwehr-Prozeß als vorangehend betrachtet werden könnten (vgl. Phase 2 und Phase 4 des EBV-Modells 'ECCE').

Weil Querschnittsstudien keine Aussage darüber zulassen, ob die subjektive Befindlichkeit die gefundene Coping- oder Abwehrstrategie ausgelöst hat oder ob die gefundene Coping- oder Abwehrstrategie die subjektive Befindlichkeit beeinflusst, verlieren solcherart konzipierte Studien zur Bestimmung der Effektivität von Coping und Abwehr weiter an Erklärungskraft. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, wie sehr Coping- und Abwehrvorgänge theoretisch als Prozesse modelliert werden, und wie wenig die mehrheitlich genutzten empirischen Ein-Punkt-Messungen diesen Umstand berücksichtigen können.<sup>11</sup>

Brown (1990: 21) bringt die Kritik an der Erhebungsmethodik und der Datenrelevanz der psychologischen Streßforschung folgendermaßen auf den Punkt: "If we are to satisfy the wider scientific community about how the correlations that have emerged relate to the real world, it will probably be necessary to develop measures based on quite different principles and involving the collection of detailed descriptive material."

Als das zentrale Element zur Vorhersage guten oder schlechten Bewältigens sticht im Streßmodell der Berkeley-Gruppe die individuelle Einschätzung der situativen Kontrollierbarkeit des belastenden Ereignisses ins Auge. Wie Folkman (1984) begründet, speist sich diese Einschätzung aus den generalisierten Erwartungen bezüglich des individuellen Kontrollvermögens und den ereignisspezifischen Kontrollerwartungen. Daraus lassen sich vier Voraussagen für adaptionsförderliche oder -hinderliche Bewältigungsstrategien ableiten:

1) Die realitätsangemessene Einschätzung der Kontrollierbarkeit eines Stressors muß problem-orientiertes Coping bewirken, um

---

<sup>11</sup>Die Analyse der Studien zur Bewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung wird diesen Umstand verdeutlichen.

adaptationsförderlich zu sein. Emotions-orientiertes Coping allein wirkt adaptationshinderlich.

2) Die realitätsangemessene Einschätzung der Nicht-Kontrollierbarkeit eines Stressors muß emotions-orientiertes Coping bewirken, um adaptationsförderlich zu sein. Problem-orientiertes Coping allein wirkt adaptationshinderlich.

3) Die realitätsunangemessene Einschätzung eines kontrollierbaren Stressors als nicht-kontrollierbar verhindert den Einsatz von eigentlich angemessenen problem-orientiertem Coping. Emotions-orientiertes Coping allein wirkt adaptationshinderlich.

4) Die realitätsunangemessene Einschätzung eines nicht-kontrollierbaren Stressors als kontrollierbar verhindert den Einsatz von eigentlich angemessenem emotions-orientiertem Coping. Problem-orientiertes Coping allein wirkt adaptationshinderlich. (Folkman, 1984: 849).

Belege für die ersten beiden Annahmen finden sich bei Pearlin/Schooler, (1978) Folkman/Lazarus (1980; 1985; 1987), Wethington/Kessler (1991) nicht aber bei Stone/Neale (1984) und Thoits (1991), die keinerlei bedeutende Zusammenhänge zwischen der Kontrollierbarkeit des Stressors und der gewählten Coping-Strategie finden. Für die Annahmen 3 und 4 lassen sich keine Belege finden.

Insgesamt werfen die obigen Annahmen Fragen auf, die erneut die Validität der Konstruktion von Copingprozessen als problem- und emotionsorientiert betreffen. Gerade der Befund der Studie von Folkman und Lazarus (1980) trägt zu den Fragen bei. Wenn nämlich, wie berichtet, in 98% der von den Proband/innen gewählten Stress-Episoden sowohl problem- als auch emotionsorientiertes Coping angewandt wurde, hieße das entweder, die Untersuchung hat ausschließlich adaptationsförderliche Prozesse untersucht, und es stellte sich die Frage, warum, oder es hieße, problem- und emotionsorientiertes Coping sind als unterschiedliche Klassen von Copingstrategien ungeeignet, die adaptationsbezogenen Annahmen der Streßtheorie zu belegen, weil sie gar nicht tatsächlich diskriminant und differenziert voneinander zu erheben sind, zumindest nicht mit der WCCL.

Vielmehr scheinen andere Faktoren als die Kontrollierbarkeit des Stressors die adaptationsförderliche oder -hinderliche Wirkung einer gewählten Strategie zu bestimmen, z.B. der Kontext ihrer Anwendung.

So fanden Pearlin und Schooler (1978) in ihrer Stichprobe von 2300 Personen die mehrfache Verwendung einer bestimmten Coping-Strategie (hier: selektives Ignorieren), jedoch mit verschiedenen Auswirkungen auf den jeweiligen Lebensbereich: Während selektives Ignorieren Belastungen in Ehe und Partnerschaft erhöhte, reduzierte diese Maßnahme den berichteten Streß im ökonomisch-beruflichen Bereich. Sowohl Pearlin/Schooler (1978) als auch Wethington/Kessler (1991) und Untersuchungen von Perrez und Reicherts (1989, 1992) zeigen, daß es insgesamt flexible, veränderbare, vielfältige "Bewältigungs-Profile" sind, die mit guter emotionaler Anpassung an stressreiche Ereignisse verbunden, und die aktiv kognitives Bewältigen genauso einschließen können wie passives, hinnehmendes Bewältigen.

Roth und Cohen (1986) kommen in ihrer Übersichtsarbeit, Ergebnisse der Krankheitsverarbeitungs-forschung referierend, ebenfalls zu dem Schluß, daß

aktiv-ereignisannäherndes Coping im Fall potentieller Kontrollierbarkeit zu gelungener Adaptation führt, während sich vermeidend-ereignisdistanziertes Coping im Fall der Nicht-Kontrollierbarkeit eines Stressors als adaptionsförderlich erweist. Krankheiten wie Asthma, Diabetes oder Krebs erfordern rasches Handeln für adäquate Diagnose und Behandlung. Vermeidung allerdings erweist sich nur kurzfristig als belastungsreduzierend: "Thus, in the long run, the positive consequences of avoidance are largely effects that work to facilitate approach. Even in uncontrollable situations where there is no possibility for instrumental behavior, the reduction in stress and anxiety provided by avoidance may not be productive if it prevents an assimilation and resolution of the trauma." Roth und Cohen (1986: 817)

In seiner (deskriptiven) Metaanalyse über 15 kontrollierte Studien zur Krankheitsbewältigung von Karzinompatient/innen kommt Heim (1988) zu dem Ergebnis, daß sich aktives, zupackendes Bewältigen als geeignet für Krankheitsbewältigungsprozess erweist, und zusätzlich Zuwendung aus dem sozialen Umfeld auslöst. Problemanalyse und zuversichtliche bis rebellierende emotionale Grundhaltung unterstützt den Prozess aktiver Anpassung. Ungeeignetes Bewältigen zeichnet sich durch resignative Einstellung zur Krankheit und passive Kooperation mit dem medizinischen Umfeld aus. Konkret geht damit einher, daß häufig nicht nur die Krankheit dissimuliert wird, sondern auch deren prognostische Bedeutung. Als zusätzliche Faktoren für ungeeignetes Coping wirken Fatalismus, sozialer Rückzug, Gefühlsunterdrückung und Rumination (Heim, 1988: 15f.)

Da gute oder schlechte Anpassung häufig aus Lebenszufriedenheitsskalen geschlossen wird, die selten valider konstruiert sind als die Erhebungsinstrumente zur Bewältigung, ergibt sich ein weiterer methodenkritischer Einwand gegen die Befunde der transaktionalen Streßtheorie sensu Lazarus. Untersuchungen an Herz-Kreislauf-Patient/innen zeigen nämlich, daß Lebenszufriedenheitsskalen wenig mit objektiven medizinischen Daten zu tun haben, sehr vielmehr allerdings mit der Prädiktion, daß eine Patientin von den behandelnden Mediziner/innen als arbeitsunfähig betrachtet wird, wieviele Kuren sie besuchte oder ob eine Rente beantragt wird (Fahrenberg, 1990: 48).

Eine Untersuchung von Myrtek et al. (1994) schließlich stellt die Adäquatheit der Erfassung von Copingprozessen unter Zuhilfenahme selbstberichteter Daten in Zweifel. Die Autor/innen erbringen mit ihrer Untersuchung an 373 baden-württembergischen Lokführern, die in ihrer Berufslaufbahn mit Suiziden auf den Gleisen konfrontiert waren, einen Beleg, daß valides Messen des Copingverhaltens unter Nicht-Berücksichtigung der Ausgangsbedingungen kaum möglich ist. Am Beispiel der Kurzform des FKV (FKV-LIS-SE) zeigen sie, daß sich unter standardisierten, zufallsabhängigen, personenunabhängigen Ausgangsbedingungen zwei Gruppen Betroffener nur im relativen Ausmaß des Bewältigens unterscheiden, nicht in der differenzierten Verwendung unterschiedlicher Coping-Strategien je nach subjektiv eingeschätzter Belastung.

Mit Hilfe diagnostischer Befragungen, Krankendaten und Krankschreibungen teilten Myrtek et al. die Befragten zuerst in zwei Gruppen: durch das Ereignis hoch Belastete vs. durch das Ereignis wenig Belastete. In der Auswertung der FKV-Daten bildet sich genau diese Einteilung wieder ab. Alle Lokführer wenden

alle 30 Copingstrategien an. Hoch Belastete berichten dabei über alle Strategien von einem signifikant höheren Ausmaß ihrer Verwendung als die wenig Belasteten. Das bedeutet, die Bewältigungsmuster sind identisch, nur auf unterschiedlich hohem Niveau. Schwere Belastung, viel Coping, wenig Belastung, wenig Coping. "Offenbar ist es so, daß Lokführer, die sich von einem Unfall wenig bedroht fühlen, keinen Anlaß haben, die mit dem Fragebogen erfaßten Copingprozesse für sich in Anspruch zu nehmen, gleichgültig, um welche Prozesse es sich auch handeln mag." (Myrtek/Itte/Zimmermann/Brügner, 1994: 301)

Die Ergebnisse verändern sich auch nach genaueren Analysen der Unfallsituation, der Lokführerpopulation oder ihres Wohnortes nicht. Als bedeutsam für die Belastungserfahrung erwies sich der Umstand, ob der Lokführer den Suizid tagsüber oder nachts miterlebte. Hoch Belastete konnten ihrem 'Opfer' teilweise tagsüber ins Gesicht sehen.

**Aus diesem Resultat erwächst zwangsläufig die Frage, ob überhaupt Copingprozesse existieren, die unterschiedlich gute Bewältigung bewirken - wie von der Streßtheorie sensu Lazarus seit 30 Jahren behauptet.**

Obwohl die theoretische Kohärenz der psychodynamischen Abwehrforschung größer ist als die der Streßtheorie, stellt sich deren taxonomische Bandbreite von einem Minimum an acht bis hin zu differenzierten 40 Abwehrmechanismen als großes Problem in der Bestimmung adaptionsförderlicher oder adaptionshinderlicher Prozesse dar.

Einerseits werden die Bewältigungsstrategien aus dieser Sicht eher als 'trait', weniger als situativ variabel, konzipiert, treten dementsprechend invariant auf und können sich in der Lebensspanne verändern. Andererseits werden die wirkenden Mechanismen von einem bestimmten erwünschten oder unerwünschten (klinischen) Zustand rückgeschlossen und somit von vornherein als funktional oder dysfunktional erachtet. Empirisch erhoben werden Abwehrmechanismen mit Selbstbeschreibungs- und Fremdbeurteilungsverfahren, Textanalysen sowie projektiven Tests. Selbstberichte sind wegen der postulierten Unbewußtheit der Abwehrprozesse problematisch, in Fremdrating-Verfahren erweist es sich als schwierig, hohe Interraterreliabilitäten zu erreichen, projektive Tests sind aufwendig und methodisch problematisch (Validität) (Beutel, 1988: 20).

Haan (1977: 182) bilanziert in ihrem Überblick, daß Abwehr zwar kurzfristig der Entlastung dienen kann, in stressigen Transaktionen langfristig jedoch keine adaptionsförderlichen Prozesse in Gang setzt, sondern daß vielmehr das individuelle Eingeständnis, Stress ausgesetzt zu sein, ein erster bedeutender Schritt zum guten Bewältigen desselben ist.

Vaillant (1980) kommt aufgrund der Daten seiner Langzeitstudie von 95 Männern, die über 30 Jahre begleitet werden, zu dem Schluß, daß unreife Abwehrmechanismen vom Ende der Jugend bis ins mittlere Lebensalter hinein weniger häufig verwendet werden und daß reife Mechanismen im selben Zeitraum bei seinen Befragten häufiger auftreten. Dabei lastet das ganze Gewicht adaptionsförderlicher Prozesse auf 5 reifen Strategien (Sublimierung, Humor, Suppression, Altruismus, Antizipation), von denen allein kaum vorstellbar ist, daß sie das gesamte Spektrum adaptionsförderlicher Prozesse abbilden (können).

Eine Untersuchung von Heilbrun und Pepe (1985), die mit verschiedenen Methoden zu erfassen sucht, inwieweit Abwehr als bewußter oder unbewußter Vorgang zu betrachten ist, kann nur geringe Zusammenhänge zwischen selbstberichteten und experimentell ermitteltem Gebrauch von Abwehrmechanismen zeigen. Darüberhinaus zeigt sich jedoch, daß Proband/innen, die Projektion und Rationalisierung gebrauchten, ohne sich dessen bewußt zu sein, weniger belastende Ereignisse aus dem Jahr zuvor berichten, ähnlich denen, die bewußt verleugneten. Höchste Belastungen berichten hingegen Befragte, die verdrängten, ohne sich dessen bewußt zu sein.

#### 4.2.2. Prozess-Moderatoren

**Soziale Unterstützung** ist ein globales Konzept potentieller und realer Hilfeleistungen emotionaler, instrumenteller, informeller und evaluativer Art, dem großer adaptionsförderlicher Einfluß zugeschrieben wird und auf subjektive Befindlichkeit sowie auf Lebensqualität und somatischen Zustand wirkt (Beutel, 1988: 59).

Die Heterogenität des Konzepts allerdings und die große Variabilität entsprechender Operationalisierungen führt zu nur wenigen Ergebnissen, die mehr als die allgemeine Erkenntnis bestätigen, daß es gut ist, innerhalb eines sozialen Netzes integriert zu sein. Beutel nennt in seinem Überblick die Stärkung von Hoffnung und Zuversicht infolge belastender Ereignisse, die Erholung von Belastungen, die kognitive Verarbeitung des Ereignisses, die Wiedergewinnung des seelischen Gleichgewichts, die Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls sowie die Verhaltens- und Lebensumstellung für die sich **soziale Unterstützung** - empirisch gesichert - als förderlich erweist.

Gleichwohl kann die Annahme sozialer Unterstützung mit einer Reihe Kosten verbunden sein, welche die förderlichen Aspekte möglicherweise neutralisieren: Hilfe eventuell erwidern zu sollen, Bedrohung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen durch Abhängigkeit, intensive Belastungen des Netzwerkes.

Die Untersuchungen zur **sozialen Unterstützung** werden von zwei grundlegenden Hypothesen geleitet: 1) die Annahme direkter Effekte sozialer Unterstützung bezüglich einer günstigeren psychischen und physischen Gesundheit und 2) die Annahme belastungsmindernder Puffereffekte in der individuellen Reaktion auf kritische Lebensereignisse.

Cohen und Wills (1985) kommen in ihrer Übersicht zu 50 Arbeiten in diesem Bereich zu dem Schluß, daß je nach situativem Kontext beide Hypothesen gestützt werden können. Bei der Untersuchung alltäglicher **sozialer Unterstützung** (sozialer Integration) fand die Hypothese direkter Effekte Bestätigung, bei akuten Krisensituationen konnte entsprechende Puffereffekte gezeigt werden.

Dennoch mangelt es dem Konzept sozialer Unterstützung noch an allgemein akzeptierten Definitionen, Forschungsstrategien und Meßverfahren, um mit seiner Hilfe den Verarbeitungsprozess und den Zusammenhang zwischen Belastung und Belastungsbewältigung besser zu erklären.

Zu Erkenntnissen über mögliche **altersspezifischen Differenzen** im Bewältigen von Stress zu gelangen, ist problematisch, weil die meisten Studien sich auf Querschnittsdesigns verlegen, und die Spannweite des erfaßten Alters

selten breit genug ist, um Alterseffekte zu finden. Entwicklungs- und spezielle Kohorteneffekte können mit Querschnitten nicht berücksichtigt werden. Empirische Befunde sind deswegen rar.

Rook et al. (1991: 80ff.) diskutieren in ihrer Übersicht die moderierende Funktion des Alters unter drei Gesichtspunkte: **1) Verschlechterung, 2) Verbesserung** und **3) Stabilität** der Copingfähigkeiten über die Zeit. Für alle drei Annahmen weisen sie Belege auf. Eine **Verschlechterung** der adaptiven Fähigkeiten begründen verschiedene Autor/innen mit dem Nachlassen kognitiver Leistungen im Alter, einhergehend mit einer Rigidisierung, die bewirkt, in belastenden Situationen vertraute, frühere Reaktionsmuster zu aktivieren, anstatt eventuell notwendige Änderungen vorzunehmen. Adaptationshinderlich wirken altergemäß zunehmende sensorische und motorische Schwierigkeiten, weil sie Zweifel an den individuellen Bewältigungsfähigkeiten wecken und vorsichtig-rigide Reaktionsmuster auslösen.

Eine **Verbesserung** postulieren Autor/innen unter Bezug auf eine Lernhypothese: Einerseits lernen Individuen ineffektive Bewältigungsstrategien zu vermeiden, sie lernen aus den Coping-Bemühungen innerhalb ihres sozialen Umfelds und sie lernen, im Zuge eigener Streßerfahrungen, stresstoleranter zu werden. **Stabilität** weisen effektive Bewältigungsstrategien dann auf, wenn von 'normalen' Alterungserscheinungen, die zur Verschlechterung physischer und geistiger Kräfte führen, abgesehen wird. Vielmehr können auch erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Coping-Bemühungen über die Zeit 'trait'-artigen Charakter annehmen, wenn sie durch wiederholte Anwendung ins psychische System integriert werden.

Vaillant's Längsschnitt (1980) und seine Ergebnisse einer Zunahme reifer Abwehrmechanismen wurde bereits erwähnt. Ansonsten zeigen Pearlin und Schooler (1978), daß jüngere und ältere Proband/innen ähnlich effektive Bewältigungsstrategien zeigen und keine Altersgruppe einen Bewältigungsvorteil erzielt. Indes finden Folkman und Lazarus (1987), daß Jüngere stärker aktives, problem-orientiertes Coping verwenden, während Ältere stärker inaktiveres, emotions-orientiertes Coping anwenden. Dieser Effekt zeigt sich sowohl über alle Stressereignisse hinweg als auch nach Untergruppenbildungen bezogen auf Inhalt, Veränderbarkeit, Grad der Bedrohung. Nur bezogen auf gesundheitliche Aspekte berichten Ältere von aktiveren Bewältigungsstrategien.

Die Belege für **geschlechtsspezifische** Formen des Bewältigens belastender Ereignisse sind spärlich und uneinheitlich und immer getragen von interpretatorischen Schwierigkeiten, da als etabliert gilt, daß Frauen häufiger Streßsymptome berichten als Männer. Für diesen Umstand existieren drei Erklärungen (Thoits, 1991: 107). Der Unterschied kann ein methodischer Artefakt sein, weil Frauen qua Sozialisation zu größerem emotionalen Ausdrucksverhalten angehalten sind. Ein weiteres Argument ist, daß Frauen mehr und schwerwiegenderen Stressoren ausgesetzt sind als Männer. Eine dritte Erklärung für geschlechtsspezifische Unterschiede ist das Argument höherer Vulnerabilität von Frauen, weil es ihnen an Ressourcen mangelt, die die Belastungsbewältigung positiv zu moderieren (sense of mastery, hoher Selbstwert).

Stressorunspezifisch finden Stone und Neale (1984) bei 2368 Befragten, daß Männer häufiger direkte Aktion wählen, während Frauen eher zu Spannungsabbau durch Ablenkung und Gebeten<sup>12</sup> neigen, und gleichzeitig häufiger soziale Unterstützung suchen. Letzters bestätigend, finden Folkman und Lazarus (1987) zusätzlich, daß Frauen häufiger die Strategie 'positive reappraisal' einsetzen, während Männer häufiger problem-orientiert bewältigen und zu emotionaler Selbstkontrolle neigen.<sup>13</sup>

Das Bild verändert sich, wenn die Ergebnisse unter spezifischen Stressorenmerkmalen betrachtet werden. Folkman und Lazarus (1980) können keine Geschlechtsunterschiede für emotions-orientiertes Coping zeigen, wenn es sich um Reaktionen auf Familien-, Gesundheits- und Arbeitsprobleme handelt. So wie Pearlin und Schooler (1978) zeigen sie allerdings, daß Männer bezogen auf Arbeitsschwierigkeiten häufiger problem-orientiertes Coping nutzen. Innerhalb von Beziehungsproblemen und Schwierigkeiten mit Kindern berichten Frauen in größerem Ausmaß von problem-orientierten Lösungsversuchen. Für den behaupteten Zusammenhang von internalem Locus of control, der Männern stärker zugeschrieben wird, und problem-orientierten Lösungsstrategien konnte Thoits (1991: 128) in ihrer Untersuchung keine Belege entdecken.

Abschließend soll noch auf die Studie von Carver, Scheier und Weintraub (1989) verwiesen werden, um Zusammenhänge zwischen verschiedenen Persönlichkeitsvariablen und gelungenem und nicht gelungenem Coping zu referieren. Als adaptionsförderlich erkennen die Autor/innen hoch positive Zusammenhänge zwischen Optimismus, Selbstwert, Hardiness, fehlender 'trait'-Angst und aktiv-planendem Coping. Als maladaptiv erweisen sich Korrelationen zwischen Pessimismus, wenig Selbstwert, wenig Hardiness, starker 'trait'-Angst und Coping-Variablen wie mental disengagement und behavioral disengagement (Carver/Scheier/Weintraub, 1989: 276). Gleichzeitig sind die Zusammenhänge zwischen Locus of control und Coping, entgegen der Voraussage, so schwach, daß weder für externalen noch internalen Locus of Control Aussagen gemacht werden können.

Allerdings geben Carver, Scheier und Weintraub (1989: 276) einen Hinweis in eigener Sache, wenn sie interpretieren: "This converging pattern of associations suggests that the coping strategies postulated to be functional are in fact linked to personality qualities that are widely regarded as beneficial. Similarly, coping tendencies hypothesized to be less functional were inversely associated with desirable personality qualities."

Das untermauert den Eindruck, Coping-Inventare könnten nur eine Tendenz der Befragten abbilden, funktional erachtetes, sozial erwünschtes Verhalten zu zeigen.

## 5. Zur Fragestellung der Metaanalyse 'Bewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung'

---

<sup>12</sup>Das Ergebnis dokumentiert beispielhaft die starke Populationsabhängigkeit der Befunde zur Belastungsbewältigung.

<sup>13</sup>Hier scheint sich die Tendenz zu spiegeln, daß Coping-Inventare sozial erwünschte Verhaltensmuster eher erfassen als postulierte Coping-Prozesse.



Die HIV-Infektion ist ein akuter und im Verlauf chronischer Makrostressor mit rezidivierenden akuten Krisen, der die physische, psychische und psychosoziale Existenz der Betroffenen belastet. Aus der Belastung resultiert ein Auseinandersetzungsprozess. In dessen Verlauf wenden die Betroffenen sowohl transsituativ stabile als auch situativ variable behavioral-emotionale und kognitiv-emotionale Formen der Bewältigung an, um die Integrität ihrer physischen, psychischen und psychosozialen Existenz zu wahren und/oder wiederzuerlangen.<sup>14</sup>

Aus den in Kapitel 2 dargestellten Belastungen durch HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung und den im 3. Kapitel hergeleiteten Dimensionen der Bewältigung im Rahmen des EBV-Modells ergeben sich für eine Metaanalyse folgende inhaltliche Fragestellungen. Allerdings unterliegen die Fragestellungen einer forschungspraktischen Beschränkung, die aus dem empirisch Vorfindbaren innerhalb der empirischen Primärstudien resultiert: An dieser Stelle erfolgt eine Abweichung von den theoretisch hergeleiteten vier diskriminanten Weisen der Bewältigung (annähernd-umweltorientiert, annähernd-selbstorientiert, vermeidend-umweltorientiert, vermeidend-selbstorientiert).

Weil die Operationalisierungen der Bewältigung in den einzelnen Instrumenten meist atheoretisch erfolgt bzw. Skalenstrukturen post hoc faktorenanalytisch ermittelt werden, lassen sich die Skalen nicht auf ideale Weise, wie in Kapitel 4.1. versucht, abbilden. Für die explorative Metaanalyse ist es nur möglich, die in den ausgewerteten Primärstudien vorgefundenen Operationalisierungen zu integrieren - und nicht jene, die in den vorgestellten Modellen idealtypischerweise entworfen werden. Deswegen beschränken sich die Skalenzuordnungen auf die Dimension Annäherung/Vermeidung als grundlegende Bewegungsrichtungen kognitiv-emotionaler Akte und behavioral-emotionaler Akte. Die in den Primärstudien verwendeten Meßinstrumente erlauben keine weitere Differenzierung in die theoretisch hergeleitete Vier-Felder-Systematik aus Annäherung/Vermeidung und Umweltkontrolle/Selbstkontrolle.

Eine Darstellung der konkreten Konstruktoperationalisierung findet sich in Kapitel 6.3.3.

Im einzelnen ergeben sich folgende inhaltliche Fragestellungen:

- 1) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und physischen Korrelaten?
  - 1.1.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und dem Verlauf der Krankheit über verschiedene Stadien?
  - 1.2.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und HIV-spezifischen Symptomen?
  - 1.3.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und dem immunologischen Parameter T4-Helferzellen?
  - 1.4.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und nicht-HIV-spezifischen physischen Symptomen?

---

<sup>14</sup>Die Integrität der Existenz ist in diesem Zusammenhang gleichzusetzen mit dem oben beschriebenen abstrakten Zielkriterium der inneren und äußeren Homöostase.

- 2) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und psychischen Korrelaten?
  - 2.1.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und psychischer Störung/Labilität/Beeinträchtigung?
  - 2.2.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und Depression?
  - 2.3.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und Angst?
  - 2.4.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und Suizidalität?
  - 2.5.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und allgemeiner psychischer Befindlichkeit?
  
- 3) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Bewältigung und psychosozialen Korrelaten?
  - 3.1.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und Partnerschaft (ja vs. nein)?
  - 3.2.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und dem AIDS-Stigma?
  - 3.3.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und sozialer Unterstützung?
  - 3.4.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und der Lebensqualität?
  
- 4) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und verschiedenen Persönlichkeitsvariablen?
  - 4.1.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und dem Locus of Control (internal/external)?
  - 4.2.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und dem Selbstwertgefühl der Betroffenen?
  - 4.3.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und kritischen Lebensereignissen/sonstigen Stressoren?
  - 4.4.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und Hardiness, Hilflosigkeit, Optimismus?
  
- 5) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und einzelnen Subgruppen (Homosexuelle, Drogenbenutzer/innen, Hämophile, Heterosexuelle)?
- 6) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und dem Serostatus (HIV+ vs. HIV-)?
- 7) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und dem Geschlecht?
- 8) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen annähernder/vermeidender Bewältigung und der ethnischen Zugehörigkeit (Caucasian vs. non-Caucasian)?

Zusätzlich zu den inhaltlichen Fragenstellungen lassen sich folgende methodische Fragen stellen:



- 10) Erbringen verschiedene Instrumente differentielle Effekte, wenn sie Zusammenhänge ein und derselben empirischen Variablen untersuchen?
- 11) Erbringen Instrumente voneinander verschiedene Effekte, wenn standardisierte Operationalisierungen mit nicht-standardisierten Operationalisierungen verglichen werden?
- 12) Erfassen Coping-Inventare differentielle Copingprozesse?
- 13) Differieren Ergebnisse zwischen objektiven und subjektiven Belastungen?

## 6. Operationalisierung der Metaanalyse ´Bewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung´

Unter den heutigen Bedingungen empirisch-wissenschaftlicher Forschung ist es eine entscheidende, apriorisch zu beantwortende Frage, ob es im Sinne des Erkenntniszugewinns indiziert ist, zu einem bestimmten Phänomenbereich eine Primärerhebung oder eine metaanalytische Integration vieler solcher Primärerhebungen zu konzipieren. Diese Frage ist deswegen so entscheidend, weil mit wachsender Studienzahl innerhalb eines Phänomenbereichs der relative Informationsgehalt einer einzelnen Untersuchung abnimmt. Außerdem scheint es angesichts der Vielzahl von Einzelstudien kaum mehr möglich, jene Forschungslücken zu entdecken, die oft erst die Basis wissenschaftlichen Erkenntniszugewinns oder einer veränderten Sichtweise auf ein Phänomen sind.

Wenn, wie an dieser Stelle, die Entscheidung für eine metaanalytische Integration von Primärdaten gefallen ist, stehen zwei Ziele im Vordergrund: Einmal soll die Metaanalyse einen realitätsadäquaten Überblick zur empirischen Datenlage leisten, der jenseits der Informationsverarbeitungskapazität einzelner Review-Ersteller/innen angesiedelt ist. Zum anderen soll der Informationsgehalt einer einzelnen Primärerhebung, als ein Datum unter vielen empirischen Daten betrachtet werden, dessen Einzeleffekt Teil eines zu bestimmenden Gesamteffekts für den jeweiligen Phänomenbereich ist.

Obwohl vom Anspruch der Übersichtserstellung dem traditionellen Review gleich, vermag es eine metaanalytische Integration, in weitaus stärkerem Maße komplexitätsreduzierend vorzugehen und einen Überblick innerhalb eines umschriebenen Phänomenbereichs zu ´erforschen´.

Farin (1994: 58) nennt die **Metaanalyse** "eine Forschungsperspektive, die unter der Berücksichtigung der Kriterien empirischer Wissenschaft die Ergebnisse empirischer Untersuchungen integriert. Sie bedient sich quantitativ statistischer Methoden, um die zentrale Tendenz und die Variabilität der Ergebnisse von empirischen Untersuchungen zu analysieren sowie die Variabilität der Resultate zu erklären. Wo der Rückgriff auf quantitative Techniken nicht möglich ist, werden qualitative Verfahren angewandt."

Daraus wird ersichtlich, daß sich hinter Metaanalyse keine einheitliche Methode verbirgt, wie Daten zu integrieren sind. Vielmehr ist die Metaanalyse ein Bündel von Verfahren, die reliablere und validere Aussagen über Zusammenhänge oder Wirkeffekte von Variablen verschiedener Merkmalsausprägungen erlauben als die herkömmliche Erstellung einer Literaturübersicht. Eine metaanalytische Integration kann zu größerer Validität und Reliabilität im Überblick über die Ergebnisse empirischer Primärforschung beitragen, weil die Kriterien

empirischer Wissenschaft<sup>15</sup> nicht mehr nur für die Ebene der Primärstudien berücksichtigt werden, sondern auch auf Integrationsebene. Damit erweitert sie die Grenzen traditioneller Literaturüberblicke und legt gleichzeitig, für die Primärforschung unbestrittene, Maßstäbe zugrunde, aus deren Perspektive Literaturüberblicke kaum betrachtet werden.

Schließlich kann der veränderte Blick auf die Daten sogar so weit führen, daß es möglich ist, auf metaanalytischer Ebene Fragen zu stellen, denen Primärerhebungen entweder per se nicht nachgehen können oder bisher nicht nachgegangen sind (vgl. Drinkmann, 1990: 2). Beispielsweise erlaubt ein metaanalytischer Datensatz vergleichende Betrachtungen über zwei Meßinstrumente als jeweilige Operationalisierungen ein und desselben Konstrukts, die ansonsten allenfalls im Rahmen von Validitätsstudien aufeinander bezogen werden.

Durch den metaanalytischen Perspektivwechsel kommt den Ergebnissen der Primärstudien eine neue Bedeutung zu. Die potentielle Relevanz der Primärstudien könnte sich forschungspraktisch auf den Umstand beschränken, Teil zukünftiger Metaanalysen zu sein. Das folgt unmittelbar, wenn stimmt, was Schmidt für diese Forschungsperspektive formuliert: "Meta-analysis is not merely a new way of doing literature reviews, it is a new way of thinking about data, requiring that we change our views of the individual empirical study and perhaps even our views of the basic nature of scientific discovery." (Schmidt, 1992: 1173)

Mit der Konzeptionalisierung der Metaanalyse auf dem grundsätzlichen gleichen Abstraktionsniveau wie eine Primärerhebung folgen auch die im einzelnen zu leistenden Forschungsschritte demselben Rational: Suche und Begründung der Aufgabenstellung (hier: Kapitel 2), theoretisch inhaltliche Herleitung der Fragestellung (hier: Kapitel 3; 4; 5) Begründung des methodischen Vorgehens und Operationalisierung des Konstrukts (hier: Kapitel 6), Stichprobenziehung - Datenauswertung - Datenanalyse (hier: Kapitel 7), Dateninterpretation (hier: Kapitel 8), Forschungsausblick (hier: Kapitel 9).

Im folgenden sollen die für diese Arbeit noch fehlenden Forschungsschritte vollzogen werden. Die Operationalisierung des Konstrukts erfolgt dabei innerhalb von drei Unterkapiteln. Zuerst wird der metaanalytische Rahmen für die Auswertung der Primärergebnisse geschaffen (6.1.), dann werden die verwendeten integrativen Techniken und Auswertungsverfahren vorgestellt (6.2.). Anschließend wird das realisierte Konstrukt- und Kodierschema für die Datenintegration (6.3.) erläutert.

### 6.1. 'Äpfel und Birnen'

Während herkömmliche Literaturüberblicke eine narrative Form der Darstellung integrierter Ergebnisse bevorzugen, bricht die Metaanalyse mit dieser Form. Ausgangspunkt ist - wie oben gezeigt - die Annahme, daß Kriterien empirischer Forschung auch bei der Integration empirischer Daten angewendet werden können. Diese Annahme gilt sowohl für eine quantitative als auch eine - bisher noch weitgehend unerforschte - qualitative Metaanalyse. Weil im Rahmen

---

<sup>15</sup>Replizierbarkeit, Intersubjektivität, Explizitheit, Systematik

dieser Arbeit eine quantitative Metaanalyse vorgestellt werden soll, beziehen sich alle weiteren Erläuterungen auf diese Methode integrativer Forschung.<sup>16</sup>

Die Entwicklung der Metaanalyse als sozialwissenschaftliche Forschungsmethode verläuft nach Drinkmann (1990: 17) in drei Phasen. 1) Propagierung, 2) Kritik und 3) Konsolidierung.

Die erste Phase beginnt mit den Arbeiten von Gene Glass (1976, 1978), der die Vorarbeiten (Pearson, Fisher) aufnimmt, das Verfahren und seine statistische Auswertungsmethoden für die Bestimmung von Therapieeffekten weiterentwickelt und den Begriff 'Metaanalyse' in die wissenschaftliche Diskussion einführt.

Glass' Vorgehen, insbesondere seine liberalen Einschlußkriterien und seine nachlässige Behandlung des Problems abhängiger Daten, provoziert die harsche Kritik anderer empirischer Forscher/innen, die Phase 2 auszeichnet. Hans Eysencks berühmten Vorwurf, Metaanalytiker/innen vermengten willkürlich Äpfel und Birnen, wehren Glass et al. mit einem pragmatischen Hinweis ab: "Indeed the approach does mix apples and oranges, as one would necessarily do in studying fruits." (Glass/McGaw/Smith, 1981: 47)

Um eine Metaanalyse fruchtbar zu machen, ist es deswegen notwendig, die Kriterien der Variablenzusammenfassung nachvollziehbar aufzuführen und pragmatisch getroffene Zuweisungsentscheidungen zu erläutern. Letztendlich dient die Methode nur als Hilfsmittel, das den Forscher/innen die quantitative Integration ermöglicht. Die inhaltlichen Begründungen müssen aus der theoretischen Einbettung resultieren: "Man kann es jedoch nicht der Methode der 'Metaanalyse' als Mangel ankreiden, wenn einzelne Anwender nicht begründen können, warum sie es für sinnvoll halten, gerade diese 'Äpfel' und 'Birnen' metaanalytisch zu integrieren." (Fricke/Treinies, 1985: 17)

Neben dem Äpfel- und Birnen-Argument kritisiert Eysenck auch die gemeinsame Integration qualitativ guter und qualitativ schlechter Studien ('garbage in - garbage out'). Dem begegnen nachfolgende metaanalytische Arbeiten mit der Kodierung von Studien-Validitäten, die in der anschließenden Auswertung berücksichtigt werden.

Wegen ihrer empirischen Ausrichtung gerät die Stichprobenbeschaffenheit ebenfalls in den Blickpunkt kritischer Aufmerksamkeit (Drinkmann, 1990: 25), denn die Metaanalyse stößt auf zwei Probleme empirischer Forschung, die die Repräsentativität der Stichprobe beschränken und damit die Gültigkeit der Integration mindern: Das Schubladen (file-drawer)-Problem und die Verzerrung durch die gängige Veröffentlichungspraxis (publication bias). Beide bedingen einander.

Ersteres entsteht durch die Neigung der Forscher/innen insignifikante Ergebnisse in der Schublade zu belassen. Letzteres resultiert aus der Tendenz wissenschaftlicher Publikationen, eher hypothesenbestätigende, signifikante Ergebnisse aufzunehmen. Gelöst werden kann die Schwierigkeit durch eine möglichst breite Literaturrecherche, durch die Integration von ansonsten

---

<sup>16</sup>Dementsprechend erfüllen sich die Kriterien empirischer Forschung in dieser Arbeit durch folgende Merkmale: Statistische Modelle und Verfahren sichern die **Expliztheit** des Vorgehens. Eine lückenlose Dokumentation der Einzelentscheidungen sichert die **Replizierbarkeit**. Ein kontrolliertes Vorgehen im Sinne eines Problemlöseprozesses sichert die **Intersubjektivität**. Das Konstrukt- und Kodierschema sichert die **Systematik**.

unveröffentlichten Kongresspostern, unveröffentlichten Dissertationen und anderer 'grauer' Literatur wie bspw. Institutsberichten.

Ein letztes zentrales Argument der Metaanalyse-Kritiker/innen sind die abhängigen Daten, die im Glass-Modell wie unabhängige behandelt werden. Abhängige Daten entstehen in Studien, in denen eine Hypothese mehrfach getestet wird, weil entweder verschiedene Stichproben oder mehrere abhängige Variablen und/oder Operationalisierungen unabhängiger Variablen untersucht werden (Drinkmann, 1990: 28). Dieser impliziten Gewichtung läßt sich durch eine Mittelung der Ergebnisse vor der Effektstärkenkalkulation begegnen. Der Weg, stattdessen nur ein Ergebnis (das schwächste) pro Studie zuzulassen, verändert den Informationsgehalt und wirkt sich auf die interne Validität der Metaanalyse aus.

Phase 3 der metaanalytischen Entwicklung zeichnet sich durch eine grundsätzliche Anerkennung metaanalytischen Vorgehens und einer Differenzierung metaanalytischer Techniken aus. Schließlich mündet die Auseinandersetzung um die Metaanalyse und ihre integrative Kraft in einer verstärkten wissenschaftstheoretischen Diskussion (Drinkmann, 1990). Neben hypothesentestenden Modellierungen werden auch theoriengenerierende Aspekte in den Blickpunkt gerückt (Schmidt, 1992).

## 6.2. Metaanalytische Ansätze und Techniken<sup>17</sup>

### 6.2.1. Ansätze

Die erste sozialwissenschaftliche Anwendung einer deskriptiven Analyse vieler konzeptueller Replikationen einer empirischen Größe stellt **Glass** (1976) vor. Ziel seines Verfahrens ist die Zusammenfassung von Einzeleffekten über eine Vielzahl von Studien, um zu einem (empirischen) Überblick in einem bestimmten Phänomenbereich zu gelangen. Entsprechend liberal sind die Einschlußkriterien. Für diese Integration betrachtet Glass die einzelnen Studienergebnisse als unabhängige Datenpunkte, sodaß aus einer einzelnen Studie mehrere Ergebnisse integriert werden können, wenn sie konzeptuelle Replikationen der Operationalisierung sind. Zentraler Parameter der Glass'schen Metaanalyse ist die **Effektstärke**, die als standardisierte Mittelwertsdifferenz aus jedem Einzelergebnis extrahiert und anschließend selbst wieder gemittelt wird, um zu einer Populationseffektstärke zu gelangen. Ergebnisvarianz kann mit dem (behandlungseffekt)-vergleichenden Verfahren nicht aufgeklärt werden. Das Verfahren wird angewandt, wenn die experimentellen Primärstudien auf einen Vergleich zwischen einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zielen, bspw. beim Vergleich einer therapeutisch behandelten Gruppe und einer nicht-behandelten Gruppe. Auf diese Weise lassen sich Unterschiedshypothesen testen bzw. Wirkeffekte einer therapeutischen Intervention zeigen, wenn sie vorliegen. Eine bestimmte Gesamteffektstärke bedeutet dann, daß eine Gruppe um die entsprechende Standardabweichung besser oder schlechter abgeschnitten hat.

Den beiden in 6.1. bereits angesprochenen Kritikpunkten an Glass' Verfahren (abhängige Daten, Varianz der internen und externen Validität der

---

<sup>17</sup>Der folgende Überblick ist eine Zusammenfassung der Arbeiten von Fricke/Treinies, 1985; Bangert-Drowns, 1986; Drinkmann, 1990; Schmidt, 1992; Farin, 1994

Primärstudien) zu begegnen suchen **Mansfield** und **Busse** (1977). Sie lassen pro Studie nur eine Effektstärke gelten und formulieren strenge Einschlußkriterien. Problematisch an diesem Vorgehen sind die Verknappung der Datenbasis und der daraus resultierende Verlust wertvoller Informationen, die auch in Studien minderer Qualität zu finden sind.

Einen von Glass gänzlich verschiedenen Weg geht **Rosenthal** (1978) mit der Methode der Kombination von Wahrscheinlichkeiten. Ziel seines Verfahrens ist, experimentelle Effekte auf der Basis von Wahrscheinlichkeitskalkulationen abzuschätzen und deren Reliabilität zu bestimmen. Statt wie Glass Mittelwerte und Standardabweichungen verwendet Rosenthal p-Werte und entsprechend standardnormalverteilte z-Werte, um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines bestimmten Effektes vorherzusagen. Studiencharakteristika finden bei diesem Verfahren, abgesehen von Stichprobengrößen, keine Berücksichtigung.

Rosenthal (1979) ergänzt seine Methode um ein Prüfverfahren, das die zufallskritische Abschätzung der Einflüsse unspezifischer Selektionsprozesse zwischen Durchführung und Publikation einer empirischen Arbeit erlaubt. Der sogenannte ´fail-safe-N´ ist ein Maß, welches die Aussage zuläßt, wieviel bestätigte, aber nicht veröffentlichte Null-Hypothesen zu finden sein müßten, damit der integrative Signifikanztest insignifikant wird.

Der Vorteil des ´fail-safe-N´, der nicht nur für Wahrscheinlichkeiten, sondern auch für die Schätzung von Null-Effekten benutzt werden kann, liegt in der Möglichkeit, metaanalytische Befunde relativieren zu können und Übergeneralisierungen zu vermeiden.

Ziel des metaanalytischen Vorgehens nach **Hedges** und **Olkin** (1985) ist die Aufklärung verschiedener Varianzanteile innerhalb ermittelter Populationseffektstärken, um die prüfstatische Absicherung der Ergebnisse zu gewährleisten. Das wesentliche Element dieses Vorgehens ist ein Homogenitätstest. Dieser Test überprüft, ob die Variabilität der Einzeleffektstärken größer ist, als der Stichprobenfehler erwarten läßt. Ist dies nicht der Fall, und 100% der Effektstärkevarianz können dem Stichprobenfehler zugerechnet werden, kann der wahre Populationswert mit der integrativen Effektstärke geschätzt werden. Eine Suche nach weiteren moderierenden Einflüssen erübrigt sich beim Vorliegen homogener Verteilungen. Ein heterogenes, überzufällig variierendes Muster erlaubt es nicht, die Einzeleffektstärken zu mitteln, weil demgemäß substantiell divergierende Populationswerte angenommen werden müssen. Ein heterogenes Ergebnis kann nur die Suche nach anderen Analysekatoren bewirken, um homogene Effekte zu zeigen.

Nicht grundsätzlich verschieden von Hedges und Olkin entwickeln **Hunter** und **Schmidt** (1982) das Verfahren der metaanalytischen Integration weiter. Ziel von Hunter und Schmidt ist, nach vorausgegangenem Pooling der Daten und unter Zuhilfenahme von Artefaktkorrekturen, ebenfalls ´wahre´ Effektstärkeschätzungen vorzunehmen. Da der Ansatz aus der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie stammt und den Arbeiten in diesem Bereich keine experimentellen Designs zugrundeliegen, sind Korrelationen die Bezugsmaße für die Effektstärkekalkulationen.

Hunter und Schmidt (1990: 45) listen 11 metaanalytisch prinzipiell korrigierbare Artefakte auf, deren wichtigste der Stichprobenfehler und der Meßfehler sind. Von der beobachteten Varianz wird die auf Artefakte



rückführbare Varianz abgezogen, um aus der verbleibenden Varianz zu schließen, ob sie die Annahme eines substantiellen korrelativen Zusammenhangs rechtfertigen oder eine weitere Moderatorensuche indiziert ist.

Aufgrund des strukturellen Zusammenhangs, daß der Stichprobenfehler bei kleineren Stichproben wächst, weil die ´wahre´ Population in einer kleinen Stichprobe nicht mehr repräsentiert ist, vertreten Hunter und Schmidt die Ansicht, daß nur die metaanalytische Kumulation der Studienergebnisse der Ermittlung ´wahrer´ Effekte dienen kann. Diese Ansicht führt zu der oben bereits beschriebenen anderen Bedeutung von Primärforschung, wenn deren Ergebnisse nur als Einzeldaten zukünftiger Metaanalysen zu verstehen sind.

Drei Einwände ziehen die dargestellten metaanalytischen Ansätze auf sich (Farin, 1994: 87):

1. Metaanalysen verringerten die Motivation für empirische Grundlagenforschung.
2. Metaanalysen besäßen eine konservative, gegen Innovationen gerichtete Funktion.
3. Metaanalysen seien ungeeignet Kausalerklärungen zu leisten.

Der erste Einwand beruht auf der Befürchtung, die metaanalytische Ausschöpfung der vorliegenden Daten könnte die weitere wissenschaftliche Entwicklung beeinträchtigen, weil sie das Belohnungssystem wissenschaftlicher Forschung verändern und aufgrund ihrer erschöpfenden Integration das Ende einer bestimmten Forschungsrichtung bedeuten können. Schmidt (1992: 1178ff.) entwirft demgegenüber ein Szenario, das eine wissenschaftsinterne Arbeitsteilung von im wesentlich experimentell arbeitenden Primärforscher/innen und im wesentlichen theoretisch arbeitenden Metaanalytiker/innen beschreibt - so wie es diese Trennung in der experimentellen und theoretischen Physik gibt.

Darüberhinaus hält er es für durchaus sinnvoll, wenn mit Hilfe metaanalytischer Überblicke eine zu große Diversifizierung wertvoller Forschungsressourcen vermieden wird. Entweder können ´überforschte´ Bereiche identifiziert werden oder eine Metaanalyse offenbart bisher übersehene Forschungslücken, die weitere Forschung auf Primärebene anregen. Daraus resultiert auch das theorienbildende Potential der Integrationsmethode.

Im zweiten Einwand gegen die Metaanalyse artikuliert sich die Befürchtung, der Trend häufig untersuchte Fragestellungen zu integrieren, konzentrierte sich auf den akademischen ´mainstream´ und vernachlässige die Bedeutung neuer, innovativer Forschungsideen. Dieser Einwand berührt jedoch alle Arten der Überblickszusammenstellung und muß auf je spezifische Weise Berücksichtigung finden. Die Entwicklung qualitativer Integrationsmethoden nicht nur zu fordern, wie es in der gesamten Metaanalyse-Literatur geschieht, sondern diesen Weg auch zu gehen, könnte den Einwand weiter entkräften.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup>Bezogen auf die Bedeutung der Primärforschung sei in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Studie von Myrtek et al. (1994) hingewiesen, die anhand einer einzelnen Untersuchung unter annähernd standardisierten Ausgangsbedingungen die Frage aufwirft, inwieweit Coping-Instrumente tatsächlich eine Prozess abbilden, der Aussagen über individuelle Bewältigungsweisen zuläßt, die jenseits der Erkenntnis liegen, daß stark Betroffene in stärkerem Ausmaß Bewältigungsverhalten berichten als weniger stark Betroffene.

Der dritte Einwand berührt die Erklärungskraft metaanalytischer Integration im Hinblick auf kausale Variablenbeziehungen. Für eine ausführliche Darstellung dieses Problems sei auf Farin (1994: 88f) verwiesen.

### 6.2.2. Techniken

Die hier gewählte Darstellung metaanalytischer Techniken und einzelner Integrationsparameter orientiert sich an jenen statistischen Methoden, die im Rahmen der Metaanalyse 'Belastungsbewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung' Verwendung fanden.

#### Effektstärken

Wesentliches Kennzeichen einer Effektstärke (ES) ist, daß sie Aussagen über die Größe eines Populationswertes zuläßt, nicht über die Signifikanz eines Sachverhaltes (Farin, 1994: 96). Dabei schätzen Effektstärken sowohl die Größe eines Zusammenhangs zwischen zwei Variablen, als auch die Größe eines experimentellen Effektes.

Für experimentelle Designs gilt die standardisierte Mittelwertsdifferenz als ES-Maß:

$$(1) \quad dp = M_1 - M_2 / sp$$

$sp$  ist das gewogene Mittel aus Experimental- und Kontrollgruppenvarianz:

$$(2) \quad sp = (n^e - 1)(s^e)^2 + (n^k - 1)(s^k)^2 / n^e + n^k - 2$$

$dp$ : Schätzung der Populations-ES

$sp$ : mittlere Populationsvarianz

$e$ : Experimentalgruppe

$k$ : Kontrollgruppe

$n$ : Umfang  $n$  von  $k$  und  $e$

$s$ : Standardabweichung  $s$  von  $k$  und  $e$

Für korrelative Zusammenhänge gilt der Korrelationskoeffizient als ES-Maß, wobei Ableitungen des Pearson'schen Produkt-Moment-Koeffizienten wie die punkt-biseriale Korrelation und Spearman's Rho ebenfalls integrierbar sind. In ihrem Lehrbuch schlagen Glass/McGaw/Smith (1981) vor, über die  $k$  unabhängigen Untersuchungen einen mittleren Korrelationskoeffizienten zu berechnen, um zu einer integrativen Aussage zu gelangen. Hunter/Schmidt/Jackson (1982) betrachten hingegen einen mit den Stichprobenumfängen gewichteten Korrelationskoeffizienten als besten Schätzer der Populationskorrelation (nach Fricke/Treinies, 1985: 97):

$$(3) \quad r_p = \frac{\sum_{i=1}^k n_i r_i}{N}$$

Die dazugehörige Formel für die beobachtete gewichtete Varianz lautet:



$$(4) \quad s^2 = \sum_i^k n_i (r_i - r_p)^2 / N$$

$r_p$ : Populationskorrelationskoeffizient als Schätzung der Populations-ES

$r_i$ : Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient als ES-Schätzung der Studie  $i$  von  $i=1, \dots, k$

$N$ : Gesamtstichprobenumfang  $N=n_1+n_2+\dots+n_k$

$i$ : Stichprobenumfang in Studie  $i$  von  $i=1, \dots, k$

$k$ : Anzahl der unabhängigen Korrelationskoeffizienten

Das ES-Maß  $d$  läßt sich durch folgende Operation in einen Populationskorrelationskoeffizienten  $r$  überführen (Farin, 1994: 100):

$$(5) \quad r_p = d_p / \sqrt{(d_p^2 + n_e + n_k - 2)(n_e + n_k) / n_e n_k}$$

(Die Indizes entsprechen denen der Formeln (1) - (4). Alle Anwendungen unterliegen der Annahme, daß die Variablen mindestens Intervallskalenniveau besitzen.)

Neben den bisher aufgeführten lassen sich Effektstärken aus anderen experimentellen Studien bilden und in  $d$ -Werte transformieren. Dazu zählen  $t$ -Werte bei Mittelwertsvergleichen zwischen Experimental- und Kontrollgruppe,  $F$ -Werte bei varianzanalytischen Auswertungen zwischen zwei Gruppen und  $c^2$ -Verteilungen bei Zweigruppenvergleichen.

### Homogenitätstest

Die Einzeleffektstärken daraufhin zu untersuchen, inwieweit ihnen diesselben Populationswerte zugrundeliegen, ist Ziel von Homogenitätstests. Wie in 6.2.1. bereits erwähnt, ist die Mittelung von Einzeleffektstärken wenig informativ, wenn sie nicht auf vergleichbaren Populationsparametern beruhen.

Die Testung der Einzeleffektstärken auf Homogenität kann auf zwei Wegen geschehen. Für die Glass'sche Variante der ES-Kalkulation übernimmt Farin (1994: 110) eine Formel, die auf Rosenthal und Rubin (1982) zurückgeht:

$$(6) \quad H = \sum_i^k (d_i - d_+)^2 / s^2(d_i)$$

$s^2(d_i)$ : Varianz der Effektstärkenverteilung

$d_i$ : Effektstärkeschätzung  $d$  der Studie  $i$  von  $i=1, \dots, k$ .

$d_+$ : gewichtete Standardabweichung der Schätzung

Die aus diesem Prüfverfahren resultierende Verteilung nähert sich asymptotisch einer  $c^2$ -Kurve an. Wenn  $H$  mit  $k-1$  Freiheitsgraden den gewählten kritischen Wert der  $c^2$ -Verteilung übersteigt, ist die Nullhypothese zu verwerfen. Damit ist die Annahme ungültig, die Effektstärkeschätzungen

beruhen auf denselben Populationswerten, weil die Streuung der Einzelvarianzen diesen Schluß nicht erlauben.

Neben der Möglichkeit, über eine z-Transformation zu untersuchen, ob die Effektstärken von korrelativen Studien einer gemeinsamen Population entstammen - und damit sinnvoll gemittelt werden können - schlagen Hunter und Schmidt (1990: 110ff.) einen Homogenitätstest für ein untransformiertes  $r$  vor. Sie raten jedoch grundsätzlich von der Verwendung eines solchen Tests ab, weil nicht die Signifikanz der Variabilität einer Verteilung aus metaanalytischer Sicht von Belang ist. Zusätzlich vernachlässigt das Verfahren den  $\beta$ -Fehler und damit die Wahrscheinlichkeit  $1-\beta$  (Teststärke), daß die Alternativhypothese fälschlicherweise gegenüber der Nullhypothese (alle ES stammen aus einer Population) bevorzugt wird.

Wenn nämlich gezeigt werden kann, daß die Variabilität der Einzeleffektstärken sämtlich durch die Variabilität des Stichprobenfehlers (oder andere Artefakte) erklärt wird - und somit in ihren 'wahren' Varianzen einer Population entstammen -, darf die Nullhypothese (die Homogenitätsannahme) nicht verworfen werden.

Damit wird die Frage beantwortet, ob die Variabilität der Korrelationskoeffizienten größer ist, als jene die durch die (Stichproben)-Fehlervarianz erklärt wird. Können die Varianzen solchermaßen approximiert erklärt werden, gilt das Modell homogener Effekte (kritischer Wert der Varianzaufklärung für die Falsifizierung der Heterogenitätsannahme: 75%) und die Einzeleffektstärken können sinnvoll gemittelt werden. Ist die (Fehler)-Varianzaufklärung gering, können entweder die Werte verschiedenen Populationen entstammen oder andere Artefakte wie Meßfehler, Konstruktvalidität, Mitteilungsfehler, Berechnungsungenauigkeiten die Streuung bedingen. Bis auf den Meßfehler, dessen Korrektur Fricke/Treinies (1985: 130ff.) beschreiben, werden die anderen Fehlereinflüsse entweder nicht berücksichtigt oder lassen sich nicht korrigieren.

Der Meßfehler, die suboptimale Reliabilität der zu korrelierenden Variablen, erhöht die Fehlervarianz und verringert die Größe des tatsächlichen Zusammenhangs zwischen den Variablen (Farin, 1994: 108). Obwohl prinzipiell möglich, erlauben die meisten Studien aufgrund der mitgeteilten Daten keine Korrektur.

Die bleibenden Schwierigkeiten der sekundären Datenauswertung im Rahmen einer Metaanalyse listen Fricke/Treinies (1985: 169f.) anhand von fünf kritischen Erwägungen auf, die trotz aller methodischer und statistischer Techniken immer wieder in Betracht gezogen werden müssen:

- Inwieweit sind Untersuchungen überhaupt vergleichbar?
- Mit welchem Gewicht gehen methodisch gute und schlechte Arbeiten in die Auswertung ein?
- Durch die Art der Studienselektion wird kein 'wahrer' Forschungsstand integriert.
- Die Gefahr der Behandlung abhängiger Daten als unabhängige ist groß.
- Zufällige Signifikanzen bekommen im Integrationsprozeß neues Gewicht.

### 6.3. Konstrukt- und Kodierschema

Metaanalytische Methodik fußt auf einem Entscheidungsprozess, der ähnlich angelegt ist, wie ein allgemeiner Problemlöseprozess. Aufgrund mehrerer Lösungsmöglichkeiten und den entsprechenden Entscheidungsspielräumen für den einzuschlagenden Weg müssen alle getroffenen Entscheidungen die Gewähr bieten, für Dritte nachvollziehbar zu sein.

Da es sich in der hier geleisteten Arbeit um eine explorative Metaanalyse handelt, ist der erste Schritt, Nachvollziehbarkeit zu garantieren, eine erschöpfende Literaturrecherche, um eine möglichst breite Datenbasis zu erlangen. Auf deren Grundlage wird unter Bezug auf vorher bestimmte Studienmerkmale eine erste Entscheidung über Ein- und Ausschluß von recherchierten Studien getroffen.

Der zweite Schritt ist die Generierung eines nachvollziehbaren Konstruktschemas, mit dessen Hilfe die inhaltlichen Variablen jener Studien, die den Einschlußkriterien genügen, in ein Ordnungssystem gebracht werden. Erst damit kann gewährt werden, daß die zu integrierenden Variablen tatsächlich integrierbar und zwei Konstrukte innerhalb einer Abbildungsebene tatsächlich vergleichbar sind.

Zu integrierende Variablen sind in diesem Zusammenhang jene Einzeldaten, die im Rahmen der Metaanalyse aus den Primärstudien extrahiert werden (Stichprobenmerkmale, Korrelationskoeffizienten, Validitätsschätzungen, Wahrscheinlichkeiten, Z-Werte, Mittelwerte, Standardabweichungen). Konstrukte sind in diesem Zusammenhang jene Entitäten, die auf metaanalytischer Ebene die inhaltlichen Variablen (abhängige und unabhängige Variablen der Primärstudien - psychische Befindlichkeit, Depression, sexuelle Störungen, Selbstwert, Lebensqualität, Bewältigung, soziale Unterstützung etc.) so abbilden, daß sie miteinander in Bezug zu setzen sind. Konstrukte sind metaanalytisch betrachtet theoretische Begriffe, die festlegen, welche Daten als Operationalisierung des gleichen Gegenstandes angesehen werden. Sie sind die Entitäten zwischen denen in der Metaanalyse Zusammenhänge berechnet werden.

Aufgabe dieses Kapitels ist, die Literaturrecherche (6.3.1.), das Konstruktschema (6.3.2.), das Konstrukt 'Belastungsbewältigung' (6.3.3.) und das Kodiermanual (6.3.4.) vorzustellen. Literaturrecherche, Konstruktentwicklung und die Entwicklung des Kodiermanuals fanden im Rahmen des Projektes 'Methodische Integration von empirischen Studien zur Lebensqualität, psychischen Verarbeitung und sexuellem Verhalten HIV-Positiver' an der Psychosomatischen Klinik Heidelberg statt (Clement et al, 1995). Aus dieser Arbeit wird die Darstellung für den Bereich 'Belastungsbewältigung und HIV-Infektion' abgeleitet.

### 6.3.1. Literatursuche

Aus der quantitativen Ausrichtung dieser Metaanalyse ergibt sich, daß ausschließlich solche Studien in die methodische Integration einbezogen werden, die empirische Aussagen zur Belastungsbewältigung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker machen. Damit sind folgende Studien ausgeschlossen:

- reine Präventionsstudien
- rein qualitative Berichte
- sekundär zitierende Studien

- Studien mit quantitativen Daten, die nicht in Effektstärken umrechenbar sind

Weil es für eine explorative Metaanalyse nicht möglich ist, die zu untersuchenden Konstrukte apriorisch zu definieren und anhand dieses theoriegeleiteten Vorgehens nach 'key words' zu suchen, beruhte die Auswahl der Schlüsselwörter auf der inhaltlichen Vorkenntnis des Phänomenbereichs. Um einen möglichst umfassende Datenbasis zu gewinnen, galt für die Auswahl aufgrund der einleitenden Zusammenfassungen der Studien das Prinzip 'alpha-Fehler vor beta-Fehler'. Lieber soll 'falsch positiv' entschieden und eine unpassende Studie zuviel bestellt werden, als 'falsch negativ' zu entscheiden und eine passende Studie zu wenig zu bestellen.

Innerhalb des Gesamtprojekts fand die Literatursammlung auf folgenden Wegen statt:

- CD-ROM-Recherche (Medline; Psynindex; PsycLit)
- Bibliographien und Projektdatenbanken
- wissenschaftliche Poster und Vorträge auf Kongressen gesammelt oder bestellt (Berlin, 1993; Yokohoma, 1994)
- persönliche Kontakte des Projektleiters

#### **CD-ROM-Recherche**

Als Grundmenge wurden die Begriffe HIV und AIDS gewählt. Für die Datenbank Medline wurde eine näher spezifizierte Grundmenge beschrieben, weil ansonsten zu viele Einträge hätten gesichtet werden müssen. Die Grundmenge wurde deshalb auf die in den Primärstudien vorkommende Synonyme für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke beschränkt: People living with AIDS, PLWA, People with AIDS, PWA, Seropositive and (AIDS or HIV), HIV Antibody Positive, AIDS Patient; AIDS Patients, Asymptomatic and (AIDS or HIV), HIV Positive or AIDS Positive, Women with AIDS. Aus dieser "Studiengrundmenge" wurden für die einzelnen Hauptfragestellungen mit Hilfe der folgenden Key Words die geeigneten Studien herausgesucht.

**Psychiatric, Stress\*, Anxi\*, Depress\*, Mental disorder\*, Suicid\*, Distress\*, Coping, Locus of control, Adapt\*, Quality of life, Life Quality, Personality, Psychoimmun\*, Psychoneuroimmunology, Disease course, Social support, Support\* group\*, Self help group\*, Needle sharing**

#### ***Kongresse - Poster und Vorträge***

Um die CD-ROM-Recherche zu erweitern, wurden zwei internationale AIDS Konferenzen als weitere Quelle empirischer Studien herangezogen, die *IXth International Conference on AIDS, Berlin, 6.-11. Juni 1993* und die *Xth International Conference on AIDS, Yokohama, 7.-12. August 1994*. In diesem Zusammenhang ist es plausibel anzunehmen, daß große Teile der 1992 und früher vorgestellten Untersuchungen bereits publiziert vorliegen.

In den jeweiligen Kongreßberichten, die jeden Vortrag und jedes Poster in Form eines Abstracts darstellten, wurde nach demselben Rational wie bei der CD-ROM-Recherche nach weiteren Studien gesucht. Erfüllte ein Abstract die

Einschlußkriterien, erhielten die Autor/innen schriftliche Bitten, dem Projekt die Studie zur Verfügung zu stellen.

### **Forschungsdatenbanken**

Primäre Kanäle der Literatursuche sind Recherchen über Bibliographien und internationale Forschungs- und Projektdatenbanken.

Für die Recherche wurde die europäische Projektbibliographie „Inventory of psychosocial and behavioural AIDS/drug research throughout Europe“, herausgegeben vom AIDS-Zentrum im (früheren) Bundesgesundheitsamt (AZ Heft, 19/1994), genutzt. Die einzelnen Projekte sind in der Bibliographie nach Ländern geordnet, aufgelistet sind Titel, Laufzeit, Projektleitung, Mitarbeiter/innen sowie eine kurze Projektbeschreibung, die Finanzierungsquellen, und bisherige Publikationen.

### **Informelle Suche**

Durch bestehende wissenschaftliche Kontakte sind dem Projektleiter verschiedene nationale und internationale Arbeitsgruppen und Einzelpersonen bekannt, die auf dem hier interessierenden Feld forschen. An sie gingen individuelle Anschreiben mit der Bitte, dem Projekt publizierte und unpublizierte Arbeiten zuzuschicken. In einzelnen Fällen wurde die Bitte im Schneeballverfahren an weitere Forscher/innen weitergegeben.

### **Auswahl der Studien**

Innerhalb des Gesamtprojektes erhielten die Studien eine Nummer und wurden anhand folgender spezifischer Kriterien einer weiteren Selektion unterzogen.

#### Einschlußkriterien:

- verwendete inhaltliche Variablen müssen unter Fragestellung subsumierbar sein
- empirische Studien mit quantifizierbaren Ergebnissen
- Stichprobengröße  $\geq 4$
- Publikation in englischer oder deutscher Sprache
- Ergebnisse müssen Effektstärken enthalten oder müssen in Effektstärken umrechenbar sein
- Operationalisierung der inhaltlichen Variablen muß nachvollziehbar sein

#### Außschlußkriterien:

- Negation der Einschlußkriterien
- Studien, die sich ausschließlich auf neuropsychologische Parameter (kognitive, motorische Defizite) beziehen, da neurologische (Mit)-Ursachen wahrscheinlich sind
- Studien, die komplexe statistische Verfahren anwenden, die nicht in Effektstärkemaße  $d$  und  $r$  zu verwandeln sind
- Studien, die Stichprobenparameter mit Normalpopulationen vergleichen, ohne das Mittelwert und Standardabweichung der Normalpopulation angegeben sind
- rein deskriptive Statistiken von Beratungsstellen, Programmen, klinischen Stichproben



- Studien, deren quantitative Ergebnisse nur in graphischer Form vorliegen
- Studien, die gemischte Stichproben von HIV-Infizierten und Nichtinfizierten verwenden, ohne getrennte Werte für beide Gruppen anzugeben
- Studien mit Kindern
- kasuistische Studien ohne Quantifizierungsmöglichkeiten

Aus der Grundmenge von 159 empirischen Studien zum Bereich ´Krankheit und Psyche´ des Gesamtprojekts konnten 53 Studien zur Integration innerhalb des Konstrukts ´Belastungsbewältigung´ gewonnen werden. Deren nähere Beschreibung erfolgt in Kapitel 7.1.

### 6.3.2. Konstruktschema

Die Fragestellung dieser Arbeit ist so angelegt, daß sie Zusammenhänge zwischen einer Anzahl unabhängiger Variablen mit einer umgrenzten abhängigen Variable (vermeidendes und annäherndes Belastungsbewältigen) analysiert. Diese Zusammenhänge beruhen allerdings nicht auf Hypothesen, sondern auf Fragen, die für die physische, psychische und psychosoziale Befindlichkeit HIV-Infizierter praktische Bedeutung haben. Modelle oder Hypothesen, die für diesen Bereich zu testen wären, liegen nicht vor. Die Metaanalyse ist explorativ und faßt die Vielfalt der vorliegenden Befunde systematisch zusammen.

Deswegen werden ausgehend von den Primärstudien Konstrukte als Operationalisierungen der inhaltlichen Variablen definiert. Die Validität der Konstrukte kann sich nicht an Theorien oder Hypothesen bemessen, sondern an der ´goodness-of-it´ der zusammengefaßten Primärstudien-Variablen.

Die Konstrukte müssen konzeptuell randscharf und möglichst spezifisch sein. Zugleich müssen sie sich als breit genug erweisen, der Variabilität der Primärstudien-Variablen zu entsprechen, um die Zellhäufigkeit von subsumierbaren Primärdaten nicht zu stark zu beschränken.

Nach iterativem Prinzip wurden die in den Primärstudien vorhandenen inhaltlichen Variablen auf ihren Sinngehalt geprüft und entsprechende Konstrukte gebildet. Sinnvollerweise mußte für die Konstruktgenerierung ein ´willkürliches´ Ende festgelegt werden. Deswegen gingen Primärstudien in die Konstruktentwicklung ein, die sich inhaltlich weitmöglichst unterschieden. Mit Hilfe des Konstruktschemas und unter Bildung von Konstruktkombinationen (bspw. Depression und annähernde Bewältigung oder vermeidende Bewältigung und soziale Unterstützung) können nun die auszuwertenden Studien nach ihren empirischen Gehalt kodiert und ihre Effektstärken kalkuliert werden. Auf diese Weise kommt es für häufig erhobene Variablen zu entsprechend größeren Zellhäufigkeiten.

Die Breite eines Konstrukts, also die Spezifität des zu erfassenden Gegenstandes, ist abhängig von inhaltlichen und empirischen Aspekten. Inhaltliche Aspekte sind der jeweilige Forschungsstand (Gegenstand gut beforscht, Theorieentwicklung fortgeschritten - enges Konstrukt bspw. Depression. Forschungsstand nur empirisch fundiert - breites Konstrukt bspw. annäherndes Bewältigen). Behandelt eine Anzahl Primärstudien eine spezifische Fragestellung, wird das Konstrukt enger.

Zu den empirischen Aspekten gehört, daß das Konstrukt nicht enger sein kann, als die Operationalisierungen der Primärstudien. Die Breite eines Konstrukts muß so angelegt sein, daß sich verschiedene Operationalisierungen aus unterschiedlichen Studien darunter subsumieren lassen.

Konstrukte sind hierarchisierbar. Spezifische Konstrukte werden durch breitere, auf einer höheren Ebene angesiedelte Konstrukte zusammengefaßt. Analog werden die metaanalytischen Fragestellungen immer unspezifischer. Für das Beispiel von Belastungsbewältigung und Depression soll die hierarchische Konzeption der Metaanalyse vorgestellt werden. Das komplette Konstruktschema findet sich in Anhang C.

In der vorliegenden Metaanalyse zu ´Belastungsbewältigung und HIV-Infektion´ wurden die Konstrukte auf zwei Ebenen hierarchisiert. Beiden Ebenen zugrunde liegt die Ebene der Instrumente, als den Operationalisierungen der jeweiligen inhaltlichen Variablen (Abb. 6.1.).

## Graphik

Die Ebene der Konstrukte faßt die entsprechenden Operationalisierungen zusammen. Die nächsthöhere Ebene ist die Ebene der Oberkonstrukte. Sie schließen die Konstrukte ein, sind aber weiterhin trennscharf (psychische Störung/Labilität/Beeinträchtigung). Wie aus der Graphik ersichtlich, ist es für das Konstrukt Belastungsbewältigung nicht möglich, ein Oberkonstrukt zu bilden, weil Konstrukte nur dann sinnvoll in ein Oberkonstrukt integriert werden können, wenn die Richtung ihres Zusammenhangs identisch ist. Da vermeidendes und annäherndes Bewältigen hypothetisch sowohl gegenläufig als auch gleichgerichtet ausgeprägt sein können, empfiehlt es sich nicht, beide auf Oberkonstruktebene zusammenzufassen.

Um die Richtung des Zusammenhangs zwischen den Konstrukten eindeutig zu bestimmen, müssen Konstrukte gepolt sein. Es muß eindeutig festgelegt sein, welche Seite der Ausprägung einer inhaltlichen Variable einem positiven Pol und welche einem negativen Pol zugeordnet werden kann.

Das Prinzip der Polung wird an folgenden Beispielen verdeutlicht:

Das Oberkonstrukt A beinhaltet alle Formen von psychischen Störungen, der psychischen Beeinträchtigung und Labilität. Die Polung erfolgte im Wortsinn, daß heißt , die stärker gestörte Ausprägung der psychischen Befindlichkeit liegt auf dem Minuspol (- viel), die ´gesündere´ Ausprägung liegt auf dem Pluspol (+ wenig).

Das Oberkonstrukt A hat folgende Form:

**A psychische Störung/Labilität/Beeinträchtigung wenig (+) vs viel (-)**

Die Konstrukte haben folgende Form:

- |                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| - A1 psychiatrische Störung      | nein (+) vs viel (-)    |
| - A2 Depression                  | wenig (+) vs viel (-)   |
| - A3 Angst                       | wenig (+) vs viel (-)   |
| - A4 Suizidalität                | wenig (+) vs viel (-)   |
| - A5 psychische Beeinträchtigung | wenig (+) vs viel (-)   |
| - A6 sexuelle Störungen          | wenig (+) vs viel (-)   |
| - A7 Körperbewertung             | gut (+) vs schlecht (-) |

- **A99** sonstige Beeinträchtigung **wenig (+) vs viel (-)**

Das Ausmaß der Ausprägung ist auf Oberkonstruktebene unerheblich. Qualitative Unterschiede werden auf Konstruktebene abgebildet. Die auf diese Weise ermittelten psychischen Beeinträchtigungen haben nicht notwendigerweise ´Krankheitswert´. A2, A3, A4, A6 fassen die jeweiligen (spezifischen) Störungsbilder zusammen. A99 entspricht einer Restkategorie. In dieser werden psychische Variablen erfaßt, die zu spezifisch sind, um auf Konstruktebene im Rahmen eines entsprechenden Konstrukts abgebildet zu werden. A99 geht nur im Oberkonstrukt A in die Effektstärkekalkulationen ein.

Für das Konstrukt Belastungsbewältigung haben die Konstrukte folgende Form:

- **B1** annäherndes Bewältigen **viel (+) vs wenig (-)**
- **B2** vermeidendes Bewältigen **viel (+) vs wenig (-)**
- **B4** Selbstbeschuldigung **viel (+) vs wenig (-)**
- **B5** Sinnsuche **viel (+) vs wenig (-)**
- **B6** Fatalismus **viel (+) vs wenig (-)**

Die Zusammenhangsaussagen werden dann entsprechend dieser Polung formuliert, die Effektstärken werden entsprechend errechnet. Wenn das Ergebnis einer Studie lautet, daß stärker depressive HIV-Infizierte weniger annäherndes Bewältigen zeigen, entspricht das einem Zusammenhang von zwei negativen Polungen. Die metaanalytisch zu verrechnenden Effektstärken geben das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Depression und annäherndem Bewältigen an. Sie sind ungerichtet und müssen der Konstruktlogik entsprechend gepolt sein. (Tab. 1)

	Konstrukt 1 positiver Pol	Konstrukt 1 negativer Pol
Konstrukt 2 positiver Pol	+ r	- r
Konstrukt 2 negativer Pol	- r	+ r

Tab. 1: Vorzeichen der Effektstärke in Abhängigkeit von der Konstruktspolung

### 6.3.3. Erläuterung des Konstrukts ´Belastungsbewältigung´

Wie in der Darstellung des Ereignisbelastungsverarbeitungs-Modells ´ECCE´ gezeigt (Kapitel. 3.2.), läßt sich Bewältigungsverhalten auf zwei Dimensionen abbilden: **Aufmerksamkeitsorientierung** (Annäherung und Vermeidung) sowie **Richtung der Einflußnahme** (Umwelt und Selbst). Unter diesen beiden theoretisch begründeten Dimensionen lassen sich die zugrundeliegenden Instrumente der Primärstudien als Operationalisierungen der jeweiligen Bewältigungs-Variablen subsumieren. Leider erweist sich diese Art der differenzierten Aufschlüsselung der Bewältigungsvariablen auf vier Konstrukte

- a) annähernd Umwelt
- b) annähernd Selbst
- c) vermeidend Umwelt

**d) vermeidend Selbst**

als zwar theoretisch begründbar, aber empirisch nicht verwirklichtbar. Grund dafür ist einerseits die mangelnde Differenziertheit der Ergebnisdarstellungen in Primärstudien, in denen aus den Primärskalen häufig globale Werte (problemorientiertes Bewältigen, emotionsorientiertes Bewältigen) errechnet werden. Andererseits gewähren die post-hoc durchgeführten Faktorenanalysen und die anschließende Skalenbenennung keine Garantie für inhaltliche Gleichheit auf Skalenebene. Zudem erschweren unterschiedliche theoretische Blickwinkel die eindeutige Zuordnung einer Skala in eines der vier Felder. Auf Primärstudienebene mangelt es eines ausgebauten theoretischen Gerüsts, mit dessen Hilfe eine metaanalytische Integration theoretisch abgesichert werden könnte. Der Versuch, Belastungsbewältigung metaanalytisch auf zwei theoretisch begründeten Dimensionen mit insgesamt vier Ausprägungen abzubilden, nimmt die Anregungen von Klauer/Filipp (1990), Roth/Cohen (1986) und Horowitz (1979) auf. Die empirischen Befunde weisen jedoch inhaltlich eine so große Heterogenität auf, daß metaanalytisch sinnvoll nur auf die in 6.3.2. erwähnten fünf Konstrukte (B1; B2; B4; B5; B6) der Belastungsbewältigung zurückgegriffen werden kann. Selbstbeschuldigung (B4), Sinnsuche (B5) und Fatalismus (B6) werden als eigene Konstrukte erfaßt, weil ihre Inhalte nicht unter den Dimensionen Annäherung und Vermeidung abbildbar scheinen. Aus der Analyse der Primärstudien und der in ihnen verwendeten Instrumente ergeben sich folgende Zuordnungen zu den Konstrukten B1 Annäherung und B2 Vermeidung (**Abb. 6.2.**). Die Zuordnung ist orientiert am empirisch Vorfindbaren und weicht von den in Kapitel 4 vorgestellten Originalversionen der Instrumente ab, da diese in den Primärerhebungen nur unvollständig verwendet wurden oder die Studienautor/innen die Ergebnisse von Einzelskalen in größere Kategorien zusammengefaßt haben.

<b>annäherndes Bewältigen</b>	<b>vermeidendes Bewältigen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- active-problemorientiert; seeking social support; <b>(WCCL)</b></li> <li>- seeking instrumental support; active coping <b>(COPE)</b></li> <li>- Informationssuche, soziale Unterstützung; aktive Stressorbeeinflussung, aktives Verhindern, aktives Umorientieren <b>(UBV)</b></li> <li>- Suche nach sozialer Einbindung; Suche nach Information und Erfahrungsaustausch <b>(FEKB)</b></li> <li>- problemorientiert <b>(FKV)</b></li> <li>- active-behavioral <b>(Coping Checklist)</b></li> <li>- aktional-problemorientiert <b>(EPIPS)</b></li> <li>- aktiv-problemorientiert <b>(Felton Coping Scale)</b></li> <li>- fighting spirit <b>(MACS-HIV)</b></li> <li>- problemorientiert <b>(Coping Strategies Device)</b></li> <li>- emphasizing the positive; personal growths; realistic acceptance; tension reduction <b>(WCCL)</b></li> <li>- palliativ <b>(EPIPS)</b></li> <li>- positive reinterpretation; planning, acceptance <b>(COPE)</b></li> <li>- Palliation, Umbewertung; Selbstbegründung; aktive Entspannung; Entlastung <b>(UBV)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sozialer Rückzug <b>(FKV)</b></li> <li>- restraint coping; suppression of competing activities; behavioral disengagement <b>(COPE)</b></li> <li>- Informationsunterdrückung; Passivität; Evasion; Alltagsdrogen <b>(UBV)</b></li> <li>- denial <b>(WCCL)</b></li> <li>- Bedrohungsabwehr <b>(FEKB)</b></li> <li>- evasiv-regressiv (auf andere bezogen) <b>(EPIPS)</b></li> <li>- wishful thinking; denial <b>(Felton Coping Scale)</b></li> <li>- Vermeidung <b>(HHCL)</b></li> <li>- avoidance <b>(Coping Checklist)</b></li> <li>- anxious preoccupation <b>(MACS-HIV)</b></li> <li>- Herunterspielen <b>(SVF)</b></li> <li>- evasiv-regressiv (auf Selbst bezogen) <b>(EPIPS)</b></li> <li>- depressive Verarbeitung <b>(FKV)</b></li> <li>- denial; mental disengagement; focus of and venting of emotions <b>(COPE)</b></li> <li>- Rumination <b>(FEKB)</b></li> <li>- helpless coping <b>(MACS-HIV)</b></li> <li>- Rumination <b>(Kieler Gesundheitsfragebogen)</b></li> <li>- Selbstbemitleidung, Resignation <b>(SVF)</b></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>- optimistic attitude (HHCL)</li><li>- active-cognitive (Coping Checklist)</li><li>- emotional-palliativ (EPIPS)</li><li>- emotionszentriert (Felton Coping Scale)</li><li>- AIDS-specific optimism (AIDS denial Scale)</li><li>- cognitive Coping (CSI)</li><li>- emotions-orientiert (Coping Strategies Device)</li></ul>	
---	--

**Abb 6.2.:** integrierte Einzelskalen der Konstrukte B1 Annäherung und B2 Vermeidung

Diese Zuordnung ermöglicht eine metaanalytische Integration verschiedener Zusammenhänge der (hier) abhängigen Variablen ´Belastungsbewältigung´ mit den in der Fragestellung eingeschlossenen unabhängigen Variablen (bpsw. psychische Befindlichkeit, soziale Unterstützung, Selbstwert).

Verschiedene dieser Zuordnungen sind erläuterungsbedürftig ob ihrer inhaltlichen Ausrichtung. Um diese Diskussion in aller Breite zu führen, bedürfte es einer Analyse der inhaltlichen Variablen auf Itemebene. Beispielhaft möchte ich dennoch einige der problematischen Zurordnungen begründen.

**6.3.3. Kodiermanual**

Im Rahmen des Gesamtprojekts ´Methodische Integration von empirischen Studien zur Lebensqualität, psychischen Verarbeitung und sexuellem Verhalten´ wurde ein Kodiermanual (Anhang C) entworfen, mit dessen Hilfe Stichprobenmerkmale, Angaben zur Datenerhebung und zum Untersuchungsdesign sowie die Studiennummer erfaßt werden. Zusätzlich dient

das Kodiermanual der Erfassung sämtlicher zur Effektstärkekalkulation notwendigen und hinreichenden statistischen Größen. Die im Manual unter den jeweiligen Konstrukten aufgelisteten Meßinstrumente sind die Operationalisierungen der inhaltlichen Variablen in den Primärstudien.

Eine beispielhaft dargestellte Studien (634) erläutert den Vorgang der Kodierung. Zum besseren Verständnis ist die Artikelzusammenfassung in Form des 'abstracts' ebenfalls abgebildet.

**Gala, Costanzo et al:** The Psychosocial Impact of HIV Infection in Gay Men, Drug Users and Heterosexuals  
British Journal of Psychiatry, 1993, 163, 651-659

#### **Abstract**

*The aim of this study was to establish the prevalence of current and past psychiatric morbidity in HIV seropositive asymptomatic subjects belonging to three transmission categories (gay men, intravenous drug users, and heterosexuals) compared with that found in HIV seronegative controls from the same groups. A cross-sectional, controlled study including 279 seropositive subjects belonging to groups II and III defined by the Center for Disease Control (94 gay men, 157 intravenous drug users, and 28 heterosexuals) and 159 seronegative subjects (38 gay men, 91 intravenous drug users, and 30 heterosexuals) is reported. Outcome measures included standardised, self-report questionnaires and a semi-structured interview to assess current psychopathological status and past psychiatric history. In addition, a psychiatric diagnosis according to DSM-III-R criteria Axis I and II was made in seropositive subjects. Results showed that these subjects differed very little from the controls and that overall levels of psychiatric disturbances in both groups were low and similar to those found in other life-threatening illnesses. Furthermore, intravenous drug users, regardless of HIV serostatus, had the highest level of psychological morbidity. Psychosocial distress was associated with previous and current lifestyle, independently of HIV status.*

#### **Probandenmerkmale:**

SEX-M: 81%

SEX-F: 19%

ALTER-U:

ALTER-O:

ALTER-M: 29.8

LAND-Z: Italien

LAND-N: I

ETHNIE-Z:

ETHNIE-N: 9

SOZOE-S Bildung: Durchschnittliche Dauer: 11,5 Jahre

SOZOE-N: 2

SOZ-I: fehlend

SOZ-N: 9

RISKGR-Z: VPN sind Homosexuelle, IVDUs, Hetero/as  
 RISKGR-N: 8  
 KRSTEX1-Z: Homosexuelle Vpn / CDC-Status II u. III  
 KRSTEX1-1: 100%  
 KRSTEX2-Z: IVDu-Vpn / CDC-Status II u. III  
 KRSTEX2-1: 100%  
 KRSTEX3-Z: Heterosexuelle Vpn / CDC-Status II u. III  
 KRSTEX3-1: 100%  
 KRSTKO1-Z: HIV negativ  
 KRSTKO1-3: 100%

### Datenerhebung

SPART-Z: Anfallende Stichprobe, Ambulanz des Department of Infectious Diseases of the University of Milan Medical School  
 SPART-N: 1  
 SPIDENT-Z: keine Abweichung  
 SPIDENT-N: 0  
 SPGES-N: 279  
 SPEX1-N: 94  
 SPEX2-N: 157  
 SPEX3-N: 28  
 SPKO1-N: 159

### Untersuchungsdesign

Desg1-Z: Querschnittsstudie mehrere Experimentalgruppen HIV+ Homosexuelle; HIV+ IDUs, HIV+ Hetero/as vs HIV-  
 Desg1-N: 5

Abschließend zur Beschreibung des metaanalytischen Konstrukt- und Kodierschemas soll eine kleine Einschränkung nicht unerwähnt bleiben: Eine metaanalytische Integration kann nicht besser sein, als das Datenmaterial, das sie integriert. Sie kann allerdings offenlegen, warum an welcher Stelle welche Entscheidung getroffen wurde, die Daten so und nicht anders zu integrieren.

Das weitere methodische Vorgehen zur Kalkulierung der Effektstärken erfolgte unter Zuhilfenahme des Datenbankprogrammes Access, für das eine Maske entwickelt wurde, in der insgesamt 43 Studien-Variablen erfaßt werden können. Mit Hilfe des Statistikprogramms SAS werden notwendige Umrechnungen der Primärdaten in Effektstärken geleistet. Eine Analyse der Gesamteffektstärken mit verschiedenen Prüfstatistiken geschieht unter Zuhilfenahme eines eigens dafür entwickelten Computerprogramms (Schwarzer, 1989).

## 7. Ergebnisse

### 7.1. Beschreibung der Stichprobe



Insgesamt konnten 79 Studien recherchiert werden, die sich mit dem Bereich 'Belastungsbewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung' beschäftigen. Von denen erfüllten 53 (67,1%) die in 6.3.1. aufgelisteten Einschlusskriterien. 43 dieser Studien wiederum erhoben nur Querschnittsmaße, 6 erhoben sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittmaße, 4 erhoben ausschließlich Längsschnittmaße.

**Tab. 1a** und **Tab. 1b** zeigen die Verteilungen verschiedener Stichprobenmerkmale für die Quer- und die Längsschnittdesigns.

Studienmerkmale + Anzahl der HIV-Positiven Betroffenen quer

Studienmerkmale + Anzahl der HIV-Positiven Betroffenen längs

## 7.2. Erläuterung des Auswertungsrationalis

Aus diesen Studien konnten 817 Querschnitts- und 66 Längsschnittmaße extrahiert werden, die als Einzeleffektstärken in die Berechnung der Gesamteffektstärken einfließen.

Für metaanalytische Integrationen, denen auf Primärstudienoberfläche Unterschiedshypothesen zugrundeliegen, erfolgt die Effektstärkekalkulation mit Hilfe des Effektstärkemaßes  $d$  (Formel 1, Kap. 6.2.2). Für alle metaanalytischen Integrationen, denen auf Primärstudienoberfläche Zusammenhangshypothesen zugrundeliegen, erfolgt die Effektstärkekalkulation mit Hilfe des Korrelationsmaßes  $r$  (Formel 3, Kap. 6.2.2.). Aus darstellungs- und interpretationsökonomischen Gründen erfolgt auf Programmebene (Schwarzer, 1989) eine Transformation der  $d$ -Werte in  $r$ . Aus interpretatorischer Sicht werden für die Effektstärken (ES) in der Literatur, beziehungsweise auf Cohen (1977), folgende Richtwerte genannt:  $r \geq 0.10$  (kleine ES),  $r \geq 0.30$  (mittlere ES),  $r \geq 0.50$  (große ES).

Weitere Auskunft über die Stärke eines Zusammenhangs zwischen zwei Konstrukten gibt das Wahrscheinlichkeitsmaß  $p$ , das hier die Wahrscheinlichkeit angibt, mit der die Gesamteffektstärke von Null verschieden ist.

Das Konfidenzintervall ist ein Streuungsmaß und gibt an, in welchem Bereich die 'wahre' Gesamteffektstärke mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit liegt bzw. wie gut die Gesamteffektstärke die Einzeleffektstärken aus den Primärstudien repräsentiert. Für die Ergebnisdarstellung wurde ein 95%-Intervall gewählt.

Die Homogenität einer Effektstärke ist abhängig von der durch den Stichprobenfehler erklärten Varianz. Ist die Varianz der Einzeleffektstärken aus den Primärstudien durch den Stichprobenfehler erklärt, kann die Gesamteffektstärke homogen genannt werden. In diesem Fall gibt die Gesamteffektstärke den Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten für alle darin enthaltenen Stichproben und Merkmalsbereiche an. Ist die Gesamteffektstärke heterogen, wird davon ausgegangen, daß sie sich aus unterschiedlichen Populationswerten zusammensetzt.

Daraufhin durchgeführte Moderatorensuchen beabsichtigen, diejenigen Merkmale herauszufinden, welche die Teilpopulationen einer gegebenen Grundpopulation (das Gesamt der Einzelstichproben aller in einer

Gesamteffektstärke verrechneten Primärstudien) so trennt, daß die für diese Teilpopulationen resultierenden Gesamteffektstärken homogen sind. In der nachfolgenden Ergebnisdarstellung gingen folgende studienspezifische Merkmale als potentiell moderierende Variablen ein: Validitätsmängel der statistischen Kennwerte, Geschlecht, Betroffenengruppe, Ethnie, Krankheitsstadium.

Schließlich muß die Polung (Tab. ??, Kap. 6.3.2.) für die Ergebnisinterpretation wieder 'rückübersetzt' werden. Ein positives oder negatives Vorzeichen bestimmt die Richtung des Zusammenhangs, die sich wiederum wegen der Kodierung aus dem Konstruktschema erschließen läßt: Ein negatives Vorzeichen der Gesamteffektstärke ergibt sich aus einem positiv/negativen Zusammenhang zwischen zwei Konstrukten, ein positives Vorzeichen der Gesamteffektstärke verweist entweder auf einen negativ/negativen oder einen positiv/positiven Zusammenhang zwischen zwei Konstrukten. Die De-Kodierung der Polungen, um die Gesamteffektstärken zu interpretieren, erfolgt entsprechend der Tab. ??.

Moderatorenkontrolle ohne Mängel, mit Mängeln

Wie kommen die Stichprobengrößen zustande? Wie erkläre ich, daß die Summe der Teilnehmer/innenzahlen nicht den Teilpopulationen entspricht?

Die Auswertung des Gesamtdatensatzes aus 49 Querschnitts- und 10-Längsschnittstudien geschieht anhand der Fragestellungen aus Kap. 5. Als Mindestkriterium für eine sinnvolle Mittelung der Einzeleffektstärken wurde aus ökonomischen und inhaltlich-interpretatorischen Gründen eine Anzahl von 3 Einzeleffektstärken aus 3 Primärstudien festgelegt. Alle Abfragen über Konstrukte und ihre Moderatoren, die dieses Kriterium nicht erfüllen, finden keine Berücksichtigung. Mehrere Einzeleffektstärken aus einer Studie, und damit abhängige Daten, wurden vor der metaanalytischen Integration gemittelt, und fließen solcherart transformiert in die Gesamteffektstärke ein.

7.3. Zusammenhänge zwischen Belastungsbewältigung und physischen, psychischen und psychosozialen Korrelaten

Die folgende Darstellung orientiert sich chronologisch an den in Kapitel 5 aufgelisteten Fragestellungen. Sie beginnt mit Zusammenhängen von annäherndem/vermeidendem Bewältigen und physischen Korrelaten, gefolgt von psychischen und psychosozialen Korrelaten. Darauf folgen Zusammenhänge zwischen annäherndem/vermeidendem Bewältigen und einigen Persönlichkeitsvariablen sowie Gruppenvergleiche. Abschließend werden Ergebnisse dargestellt, die auf der Analyse einzelner Erhebungsinstrumente beruhen.

7.3.1. Zusammenhänge von annäherndem und vermeidendem Bewältigen und physischen Korrelaten

7.3.1.1. Krankheitsverlauf

Im Oberkonstrukt U Krankheitsverlauf wurden die Konstrukte Krankheitsdauer, Krankheitsstadium und Tod zusammengefaßt. **Tab 7.3.1.** zeigt, daß die

errechneten Zusammenhänge zwischen dem Oberkonstrukt und annäherndem und vermeidendem Bewältigen nur eine interpretierbare Effektstärke generiert. Zwischen annäherndem Bewältigen und kurzer Krankheitsdauer und asymptomatischen Krankheitsstadium besteht ein kleiner, allerdings nicht homogener Zusammenhang. Die Richtung der ansonsten nicht interpretierbaren Effektstärken zeigt, daß stärker von der Krankheit Belastete eher vermeidendes Bewältigen und weniger Belastete mehr annäherndes Bewältigen berichten.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>physische Korrelate: Krankheitsverlauf</b>						
keine Moderatorenkontrolle	9 15 1328	<b>r=0.064</b> p=0.009 -0.041 bis 0.17	V=69,67% H: nein	7 16 1046	<b>r=-0.095</b> p=0.001 -0.269 bis 0.079	V=45,4% H: nein
ohne Mängel	6 9 1001	<b>r=0.132</b> p=0.000 0.006 bis 0.259	V=58,18% H: nein	4 12 959	<b>r=-0.089</b> p=0.002 -0.257 bis 0.078	V=35,79% H: nein
mit Mängeln	4 6 entfällt	<b>r=0.000</b>	entfällt	3 4 entfällt	<b>r=0.000</b>	entfällt

**Tabelle 7.3.1.:** Zusammenhang Oberkonstrukt U1, U2, U6 (Krankheitsverlauf) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

Die Effekte der Datensätze mit Mängeln sind Null, weil sie nur Maße umfassen, die auf Primärstudienebene als nicht signifikant dargestellt wurden - und damit die Effektstärken laut Kodieranweisung auf Null gesetzt werden mußten. Die Größen der Stichproben ermittelt das Programm in diesen Fällen nicht mehr.

Moderatorabfragen lassen sich aufgrund der Populationsheterogenität und der geringen Anzahl der Datensätze nicht rechnen.

#### 7.3.1.2. HIV-spezifische Symptome

Auf Konstruktebene zeigt sich für das Konstrukt wenige vs. viele HIV-spezifische Symptome ein kleiner, homogener Effekt mit vermeidendem Bewältigen ( $r=-0.159$ ). Zwar ist auch der Zusammenhang zwischen annäherndem Bewältigen und Konstrukt HIV-spezifische Symptome homogen, aber die Effektstärke erweist sich als nicht interpretierbar gering (Tab. 7.3.2.).

Die Richtung der Zusammenhänge entspricht dem unter 7.3.1.1. dargestellten: Weniger Belastete verwenden mehr annäherndes Bewältigen, stärker Belastete verwenden mehr vermeidendes Bewältigen.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te - Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te - Varianz - Homogenität
<b>physische Korrelate: HIV-spezifische Symptome</b>						
keine Moderatorenkontrolle	4 10 866	<b>r=0.076</b> p=0.012  0.031 bis 0.121	V=89,64% H: ja	3 3 1403	<b>r=-0.159</b> p=0.000  -0.177 bis - 0.142	V=96,16% H: ja
ohne Mängel	4 10 866	<b>r=0.076</b> p=0.012  0.031 bis 0.121	V=89,64% H: ja	3 3 1403	<b>r=-0.159</b> p=0.000  -0.177 bis - 0.142	V=96,16% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
nur Homosexuelle	3 7 624	<b>r=0.035</b> p=0.185  0.035 bis 0.035	V=100% H: ja			

**Tabelle 7.3.2.:** Zusammenhang Konstrukt U4 (HIV-spezifische Symptome) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

### 7.3.1.3. T4-Helferzellen

Die Zusammenhänge des Konstrukts T4-Helferzellen mit annäherndem und vermeidendem Bewältigen erweisen sich bei sechs integrierten Studien als sehr homogen. Sowohl die Effektstärken als auch die Irrtumswahrscheinlichkeiten signalisieren jedoch, daß die Zusammenhänge nicht als von Null verschieden betrachtet werden dürfen. Nur für die Moderatorabfrage der Subpopulation ´Männer´ zeigt sich ein kleiner Effekt ( $r=0.109$ ), allerdings ebenfalls insignifikant. (Tab.7.3.3.) Der immunologische Parameter T4-Helferzellen allein gibt also keinen Hinweis, ob die Betroffenen mehr oder weniger annäherndes oder vermeidendes Bewältigen zeigen. Die Richtungen der errechneten insignifikanten Effektstärken signalisiert allerdings dasselbe wie bei den vorherigen Konstruktkombinationen: Betroffene mit hohen T4-Werten verwenden in der Tendenz mehr annäherndes Bewältigen, während Betroffene mit niedrigen T4-Werten eher vermeidendes Bewältigen verwenden.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz	- durch Stichprobenfehler erklär-te	- Studien - Datensätze - Größe der	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz	- durch Stichprobenfehler erklär-te

	Stichprobe	95%	Varianz - Homogenität	Stichprobe	95%	Varianz - Homogenität
<b>physische Korrelate: T4-Helferzellen</b>						
keine Moderatoren- kontrolle	6 25 314	<b>r=0.091</b> p=0.052  0.091 bis 0.091	V=100% H: ja	6 22 469	<b>r=-0.051</b> p=0.133  -0.096 bis - 0.006	V=95,99% H: ja
ohne Mängel	6 25 314	<b>r=0.091</b> p=0.052  0.091 bis 0.091	V=100% H: ja	6 22 469	<b>r=-0.051</b> p=0.133  -0.096 bis - 0.006	V=95,99% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
nur Homosexuelle	4 10 219	<b>r=0.057</b> p=0.2  0.057 bis 0.057	V=100% H: ja			
alle außer Homosexuelle				5 21 440	<b>r=-0.046</b> p=0.163  -0.144 bis 0.05	V=81,98% H: ja
mehr als 70% Caucasian	5 23 210	<b>r=0.109</b> p=0.057  0.109 bis 0.109	V=100% H: ja			

**Tabelle 7.3.3.:** Zusammenhang Konstrukt U3 (T4-Helferzellen) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.1.4. nicht-HIV-spezifische physische Beeinträchtigung

Das Zusammenfassen der Effekte zwischen nicht-HIV-spezifischen Symptomen (erfaßt über Beschwerdelisten, Somatisierungsskalen, Karnofskyscore) und annäherndem und vermeidendem Bewältigen generiert kleine Effekte über beide Konstruktkombinationen hinweg (**Tab. 7.3.4.**). Allerdings erweist sich der Effekt für annäherndes Bewältigen als heterogen. Erst der geschlechtsspezifische Effekt (nur Männer in der Subpopulation) zeigt einen homogenen Zusammenhang. Zusätzlich vergrößert sich die mittlere Effektstärke für diesen kontrollierten Moderator zu einem beinahe mittleren Effekt ( $r=-0.268$ ).

Die Zusammenhangsstruktur erweist sich in der Richtung für die Konstruktkombinationen mit annäherndem und vermeidendem Bewältigen als nicht mehr gegenläufig. Entgegen der Tendenzen für HIV-spezifische Symptome und den Krankheitsverlauf zeigen die Betroffenen hier ein anderes Bild: HIV-Positive mit vielen nicht-HIV-spezifischen Symptomen zeigen für beide untersuchten Bewältigungsweisen eine stärkere Ausprägung, die Vorzeichen sind in beiden Fällen negativ.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>physische Korrelate: Physische Beeinträchtigung (non-HIV-spezifisch)</b>						
keine Moderatorenkontrolle	5 14 303	<b>r=-0.147</b> p=0.005 -0.387 bis 0.087	V=52,37% H: nein	3 10 144	<b>r=-0.16</b> p=0.027 -0.217 bis - 0.103	V=95,88% H: ja
ohne Mängel	5 13 303	<b>r=-0.169</b> p=0.001 -0.397 bis 0.058	V=53,44% H: nein	3 10 144	<b>r=-0.16</b> p=0.027 -0.217 bis - 0.103	V=95,88% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70% Männer	3 3 217	<b>r=-0.268</b> p=0.000 -0.268 bis - 0.268	V=100% H: ja			

**Tabelle 7.3.4.:** Zusammenhang Oberkonstrukt F (physische Beeinträchtigung) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

### 7.3.1.5. Zusammenfassung physische Belastung

HIV-spezifisch weniger physisch Belastete zeigen stärker ausgeprägtes annäherndes Bewältigen. Die Effekte sind klein. HIV-spezifisch stärker physisch Belastete zeigen stärker ausgeprägtes vermeidendes Bewältigen. Die Effekte sind ebenfalls klein.

### 7.3.2. Zusammenhänge von annäherndem und vermeidendem Bewältigen und psychischen Korrelaten

#### 7.3.2.1. psychische Störung/Labilität/Beeinträchtigung

Das Oberkonstrukt A (psychische Störung/Labilität/Beeinträchtigung) integriert quantitativ die meisten empirischen Primärstudien (26), die Zusammenhänge zwischen Bewältigung und verschiedenen empirischen Variablen untersuchen. Dadurch erzeugte das Oberkonstrukt die meisten Einzeleffektstärken (130).

Die Ergebnisstruktur des Oberkonstrukts weist für den Zusammenhang mit annäherndem Bewältigen kleine Effektstärken aus, die, mit Ausnahme mangelhafter Kennwerte, über alle Moderatoren hinweg heterogen sind (Tab. 7.3.5.). Damit kann auf Oberkonstruktebene nicht davon ausgegangen werden, daß die Zusammenhänge zwischen annäherndem Bewältigen und psychischer Störung / Labilität / Beeinträchtigung auf denselben Populationsparametern beruhen. Obwohl die Spannen der Konfidenzintervalle über alle Moderatoren zwischen negativen und positiven Grenzen variieren, weisen die Tendenzen der Gesamteffektstärken daraufhin, daß weniger psychische Belastung mit mehr annäherndem Bewältigen einhergeht.

Für den Zusammenhang zwischen dem Oberkonstrukt A und vermeidendem Bewältigen sind die Ergebnisse eindeutiger: Durchgängig zeigen sich mittlere Zusammenhänge. Durchgängig zeigt sich die Tendenz, daß viel psychische Belastung mit viel vermeidendem Bewältigen einhergeht. Auch die Konfidenzintervalle variieren nur innerhalb negativer Polungen. Allerdings sind die Zusammenhänge nur für die Subpopulation der Homosexuellen, die Subpopulationen in (auf Studienebene) gemischtem Krankheitsstadium und im Krankheitsstadium AIDS sowie für die (auf Studienebene) gemischte Ethnie homogen. Die Effektstärke für das Krankheitsstadium AIDS erreicht mit  $r=-0.469$  den höchsten Wert. Einen ähnlich hohen Wert ( $r=-0.468$ ) erreicht die Effektstärke für die Subpopulation mit dem Studienmerkmal 'Ethnie gemischt'.

Nicht in Tabellenform aufgeführt sind an dieser Stelle die Ergebnisse der Zusammenhänge des Oberkonstrukts A mit den Konstrukten B5 (Sinnsuche) und B6 (Fatalismus). Während 'Sinnsuche' alle Skalen zusammenfaßt, die religiös-sinnsuchende Items umfassen, verbergen sich hinter Fatalismus alle Skalen, die explizit fatalistische Einstellungen erfassen.

Insgesamt erheben 5 Studien Items mit sinnsuchendem Inhalt. Daraus konnten 15 Einzeleffektstärken gewonnen werden. Die Gesamteffektstärke erweist sich mit  $r=0.012$  als vernachlässigbar und zudem insignifikant ( $p=0.428$ ). Sinnsuche und psychische Belastung hängen damit nicht zusammen.

Für Fatalismus (3 Studien, 6 Kennwerte) erreicht der Zusammenhang mit  $r=-0.284$  ( $p=0.000$ ) mittlere Stärke. Allerdings wird nur 39,22% der Varianz durch den Stichprobenfehler erklärt. Der Effekt ist nicht homogen.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität
<b>psychische Korrelate: psychische Störung / Labilität / Beeinträchtigung</b>						
		<b>r=0.143</b>			<b>r=-0.353</b>	



keine Moderatorenkontrolle	26 130 3505	p=0.000 -0.082 bis 0.369	V=35,39% H: nein	19 83 2792	p=0.000 -0.506 bis 0.2	V=46,01% H: nein
ohne Mängel	26 123 3505	<b>r=0.145</b> p=0.000 -0.077 bis 0.369	V=35,35% H: nein	19 83 2792	<b>r=-0.353</b> p=0.000 -0.506 bis 0.2	V=46,01% H: nein
mit Mängeln	4 7 199	<b>r=-0.067</b> p=0.171 -0.067 bis - 0.067	V=100% H: ja	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70% Männer	14 74 1650	<b>r=0.148</b> p=0.000 -0.07 bis 0.368	V=34,8% H: nein	17 67 2727	<b>r=-0.356</b> p=0.000 -0.507 bis - 0.204	V=44,33% H: nein
nur Homosexuelle	14 74 1650	<b>r=0.195</b> p=0.000 0.043 bis 0.348	V=56,45% H: nein	9 43 1293	<b>r=-0.359</b> p=0.000 -0.359 bis - 0.359	V=100% H: ja
alle ausser Homosexuelle	12 49 1855	<b>r=0.101</b> p=0.000 -0.139 bis 0.342	V=29,56% H: nein	10 40 1499	<b>r=-0.348</b> p=0.000 -0.57 bis - 0.127	V=28,73% H: nein
mehr als 70% Caucasian	19 89 2726	<b>r=0.162</b> p=0.000 -0.015 bis 0.34	V=44,49% H: nein	15 64 2442	<b>r=-0.337</b> p=0.000 -0.479 bis - 0.194	V=47,68% H: nein
Ethnie gemischt	6 32 726	<b>r=0.076</b> p=0.019 -0.243 bis 0.397	V=23,4% H: nein	4 19 350	<b>r=-0.468</b> p=0.000 -0.468 bis - 0.468	V=100% H: ja
Krankheitsstadium non-AIDS	12 61 2192	<b>r=0.132</b> p=0.000 -0.083 bis 0.347	V=30,34% H: nein	9 41 1786	<b>r=-0.353</b> p=0.000 -0.509 bis - 0.197	V=37,84% H: nein
Krankheitsstadium gemischt	8 43 778	<b>r=0.151</b> p=0.000 -0.135 bis 0.439	V=31,29% H: nein	6 30 598	<b>r=-0.326</b> p=0.000 -0.326 bis - 0.326	V=100% H: ja
Krankheitsstadium AIDS	4 15 393	<b>r=0.172</b> p=0.000 0.04 bis 0.305	V=67,78% H: nein	3 7 319	<b>r=-0.469</b> p=0.000 -0.469 bis - 0.469	V=100% H: ja

**Tabelle 7.3.5.:** Zusammenhang Oberkonstrukt A (psychische Störung / Labilität / Beeinträchtigung) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

### 7.3.2.2. Depression

Auf Konstruktebene gelten für die Zusammenhänge von Depression und annäherndem und vermeidendem Bewältigen tendenziell diesselben Aussagen wie für das Oberkonstrukt. Für die Konstruktkombination mit annäherndem Bewältigen erweisen sich die Gesamteffektstärken durchgängig als klein und sind ausschließlich für die Population der Homosexuellen homogen. Die Richtung der Zusammenhänge deutet daraufhin, daß weniger depressive Verstimmung mit mehr annäherndem Bewältigen einhergeht (Tab. 7.3.6.).

Für die Konstruktkombination Depression und vermeidendes Bewältigen erreichen die Gesamteffektstärken wie auf Oberkonstruktebene mittlere Stärke. Homogen allerdings sind die Ergebnisse nur für die Subpopulation der Homosexuellen und bei jenen Kennwerten, die aus Studien mit gemischter Ethnie stammen. Die Richtung des Effekts zeigt auch hier eindeutig den Zusammenhang, daß viel depressive Verstimmung mit viel vermeidendem Bewältigen auftritt.

Ergänzend kann hier festgehalten werden, daß für die Kombination von Depression und Sinnsuche kein interpretierbarer Zusammenhang gefunden wurde ( $r=0.086$ ;  $p=0.178$ ).

Bewäl-tigung	Annäherung			Vermeidung		
	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>psychische Korrelate: Depression</b>						
keine Moderatoren- kontrolle	15 46 2399	<b>r=0.145</b> p=0.000 -0.122 bis 0.413	V=24,26% H: nein	13 31 1968	<b>r=-0.369</b> p=0.000 -0.543 bis - 0.194	V=38,41% H: nein
ohne Mängel	15 45 2399	<b>r=0.148</b> p=0.000 -0.123 bis 0.42	V=23,68% H: nein	13 31 1968	<b>r=-0.369</b> p=0.000 -0.543 bis - 0.194	V=38,41% H: nein
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70% Männer	12 34 2284	<b>r=0.148</b> p=0.000 -0.12 bis 0.418	V=21% H: nein	11 23 1903	<b>r=-0.371</b> p=0.000 -0.549 bis - 0.194	V=35,2% H: nein
nur Homosexuelle	5 20 660	<b>r=0.279</b> p=0.000 0.279 bis 0.279	V=100% H: ja	5 12 585	<b>r=-0.371</b> p=0.000 -0.377 bis - 0.365	V=99,84% H: ja
		<b>r=0.098</b>			<b>r=-0.368</b>	

alle ausser Homosexuelle	10 25 1739	0.000 -0.169 bis 0.367	V=23,11% H: nein	8 19 1383	p=0.000 -0.575 bis - 0.16	V=27,78% H: nein
mehr als 70% Caucasian	11 35 1753	<b>r=0.164</b> p=0.000 -0.041 bis 0.369	V=35,06% H: nein	11 28 1697	<b>r=-0.343</b> p=0.000 -0.503 bis - 0.191	V=43,99% H: nein
Ethnie gemischt	4 10 646	<b>r=0.105</b> p=0.003 -0.282 bis 0.494	V=13,36% H: nein			
Krankheits- stadium non- AIDS				6 17 1126	<b>r=-0.353</b> p=0.000 -0.56 bis - 0.146	V=26,85% H: nein
Krankheits- stadium gemischt	5 12 606	<b>r=0.155</b> p=0.000 -0.195 bis 0.507	V=19,66% H: nein	5 12 550	<b>r=-0.333</b> p=0.000 -0.333 bis - 0.333	V=100% H: ja

**Tabelle 7.3.6.:** Zusammenhang Konstrukt A2 (Depression) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.2.3. Angst

Wie **Tab. 7.3.7.** zeigt, unterscheiden sich die Ergebnisse der Konstruktkombinationen Angst und annäherndes Bewältigen sowie Angst und vermeidendes Bewältigen nur wenig von den vorhergehenden. Augenscheinlich ist jedoch, daß für annäherndes Bewältigen die Gesamteffektstärken keine interpretierbare Größe erreichen ( $r < 0.1$ ). Eine Ausnahme stellen jene Datensätze dar, die Werte integrieren, deren Population mehrheitlich aus Weißen besteht bzw. keiner Minderheit angehören ( $r = 0.211$ ). Allerdings ist das Effektmaß nicht homogen. Zwar weist die Vorzeichenrichtung daraufhin, daß wenig Angst mit mehr annäherndem Bewältigen zusammenhängt, doch die Grenzen der Konfidenzintervalle offenbaren, daß die Richtung nicht durchgängig eindeutig ist.

Für die Konstruktkombination Angst und vermeidendes Bewältigen ergeben sich kleine bis mittlere Effektstärken. Homogen sind die Ergebnisse für Homosexuelle ( $r = -0.253$ ) und Datensätze mit mehrheitlich Caucasians ( $r = -0.269$ ) sowie jene mit einer Population in gemischtem Krankheitsstadium ( $r = -$

0.22). Die Vorzeichenrichtung weist aus, daß viel Angst mit viel vermeidendem Bewältigen einhergeht.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität
<b>psychische Korrelate: Angst</b>						
keine Moderatorenkontrolle	10 22 893	<b>r=0.091</b> p=0.003 -0.0166 bis 0.349	V=39,8% H: nein	8 17 672	<b>r=-0.359</b> p=0.000 -0.53 bis -0.189	V=54,39% H: nein
ohne Mängel	8 19 893	<b>r=0.086</b> p=0.004 -0.179 bis 0.353	V=32,33% H: nein	8 17 672	<b>r=-0.359</b> p=0.000 -0.53 bis -0.189	V=54,39% H: nein
mit Mängeln	3 3 125	<b>r=-0.061</b> p=0.248 -0.061 bis -0.061	V=100% H: ja	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70% Männer	6 9 828	<b>r=0.097</b> p=0.002 -0.166 bis 0.362	V=28,12% H: nein	5 8 557	<b>r=-0.383</b> p=0.000 -0.545 bis -0.222	V=49,07% H: nein
nur Homosexuelle				3 4 127	<b>r=-0.253</b> p=0.002 -0.253 bis -0.253	V=100% H: ja
alle ausser Homosexuelle	6 16 816	<b>r=0.097</b> p=0.002 -0.188 bis 0.383	V=25,28% H: nein	5 13 545	<b>r=-0.384</b> p=0.000 -0.579 bis -0.189	V=40,2% H: nein
mehr als 70% Caucasian	5 11 351	<b>r=0.211</b> p=0.000 0.021 bis 0.401	V=58,14% H: nein	6 14 401	<b>r=-0.269</b> p=0.000 -0.269 bis -0.269	V=100% H: ja
Ethnie gemischt	3 8 542	<b>r=0.006</b> p=0.443 -0.173 bis 0.185	V=39,77% H: nein			
Krankheitsstadium gemischt	5 14 173	<b>r=-0.007</b> p=0.458 -0.007 bis -	V=100% H: ja	5 12 173	<b>r=-0.22</b> p=0.001 -0.22 bis -0.22	V=100% H: ja

		0.007				
--	--	-------	--	--	--	--

**Tabelle 7.3.7.:** Zusammenhang Konstrukt A3 (Angst) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.2.4. Suizidalität

Gibts dazu gar keine Ergebnisse? Eine Studie erwähnen?

#### 7.3.2.5. allgemeine psychische Befindlichkeit

Auch bei der Konstruktkombination allgemeine psychische Befindlichkeit erinnert die Ergebnisstruktur an vorangegangene Resultate. Wie bei Depression, Angst und im Rahmen des Oberkonstrukts psychische Störung / Labilität / Beeinträchtigung zeigen sich für den Zusammenhang mit annäherndem Bewältigen keine bis kleine Effekte (Tab. 7.3.8.). Im Fall allgemeiner psychischer Befindlichkeit erreicht die durch den Stichprobenfehler aufgeklärte Varianz nie den kritischen Wert von 75%, nachdem davon ausgegangen werden kann, daß die Gesamteffektstärken einer homogenen Population entstammen.

Für den Zusammenhang vermeidendes Bewältigen und allgemeine psychische Befindlichkeit kann Obengesagtes ebenso bestätigt werden: schlechtere psychische Befindlichkeit geht einher mit mehr vermeidendem Bewältigen. Nur die Effektstärke für die Population der Homosexuellen ( $r=-0.382$ ) erreicht hier den kritischen Wert ( $V=86,81\%$ ).

Das hier nicht dargestellte Konstrukt Fatalismus hängt mit einem mittleren Effekt von  $r=-0.299$  mit psychischer Befindlichkeit zu sammen. Das Effektmaß wird allerdings in seiner Varianz nur zu 47,03% durch den Stichprobenfehler erklärt und ist damit heterogen.

Bewäl-tigung	Annäherung			Vermeidung		
	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>psychische Korrelate: allgemeine psychische Befindlichkeit</b>						
keine Moderatoren- kontrolle	11 41 1314	<b><math>r=0.098</math></b> $p=0.000$ -0.064 bis 0.262	$V=54,18\%$ H: nein	7 20 824	<b><math>r=-0.351</math></b> $p=0.000$ -0.489 bis - 0.213	$V=56,75\%$ H: nein
ohne Mängel	11 40 1314	<b><math>r=0.106</math></b> $p=0.000$ -0.097 bis 0.311	$V=42,96\%$ H: nein	7 20 824	<b><math>r=-0.351</math></b> $p=0.000$ -0.489 bis - 0.213	$V=56,75\%$ H: nein
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70% Männer	9 35 714	<b><math>r=0.055</math></b> $p=0.067$ -0.147 bis 0.259	$V=53,84\%$ H: nein	7 20 824	<b><math>r=-0.351</math></b> $p=0.000$ -0.489 bis - 0.213	$V=56,75\%$ H: nein

nur Homosexuelle	8 32 927	<b>r=0.143</b> p=0.000 -0.003 bis 0.29	V=59,59% H: nein	5 12 708	<b>r=-0.382</b> p=0.000 -0.437 bis - 0.237	V=86,81% H: ja
alle ausser Homosexuelle	3 8 387	<b>r=0.018</b> p=0.358 -0.201 bis 0.238	V=38,12% H: nein			
mehr als 70% Caucasian	9 34 1016	<b>r=0.153</b> p=0.000 0.011 bis 0.296	V=61,39% H: nein	6 17 797	<b>r=-0.353</b> p=0.000 -0.505 bis - 0.201	V=48,98% H: nein
Krankheits- stadium non- AIDS	4 18 902	<b>r=0.083</b> p=0.005 -0.104 bis 0.272	V=32,01% H: nein	3 8 631	<b>r=-0.38</b> p=0.000 -0.482 bis - 0.279	V=56,47% H: nein
Krankheits- stadium gemischt	3 7 151	<b>r=0.13</b> p=0.055 -0.254 bis 0.514	V=33,31% H: nein			



**Tabelle 7.3.8.:** Zusammenhang Konstrukt A5 (allgemeine psychische Befindlichkeit) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.2.6. Zusammenfassung psychische Korrelate

Zusammengefaßt zeigt die Ergebnisstruktur von Oberkonstrukt A und annäherndem und vermeidendem Bewältigen, kleine bis gar keine Effekte für die Kombination mit Annäherung und mittelgroße Effekte für die Kombination mit Vermeidung.

#### 7.3.3. psychosoziale Korrelate

##### 7.3.3.1. Partnerschaft

???

##### 7.3.3.2. AIDS-Stigma

???

## 7.3.3.3. soziale Unterstützung

Das Oberkonstrukt 'Soziale Unterstützung', das, wie oben beschrieben, belastungsmoderierenden Einfluß hat, umfaßt inhaltlich den Gegensatz Unterstützung/Konflikt sowie Netzwerkmaße und Unterstützung instrumenteller, emotionaler und informationeller Art.

Die Ergebnisstruktur weist aus, daß für die Kombination mit annäherndem Bewältigen kleine Effekte errechnet werden konnten (Tab. 7.3.9.). Die höchste mittlere Effektstärke erreicht die Population der Homosexuellen ( $r=0.211$ ). Die Richtung des Vorzeichen ist auch innerhalb der Konfidenzintervallgrenzen eindeutig positiv, sodaß davon ausgegangen werden kann, daß viel soziale Unterstützung mit stärker ausgeprägtem annäherndem Bewältigen einhergeht. Augenscheinlich ist, daß sowohl mit annäherndem als auch mit vermeidendem Bewältigen mehrheitlich homogene Effektmaße erzielt werden. Das stellt einen Unterschied zu allen anderen hier vorgestellten Konstruktkombinationen dar.

Für vermeidendes Bewältigen und soziale Unterstützung zeigen sich ebenfalls kleine Effektstärken, hier erreicht der Wert der Homosexuellen-Population sogar mittlere Größe ( $r=-0.302$ ). Die Richtung des Vorzeichens ist ebenfalls eindeutig: weniger soziale Unterstützung korreliert mit stärker ausgeprägtem vermeidendem Bewältigen. Auf Konstruktebene lassen sich die gefundenen Ergebnisse für das Konstrukt D1 'perceived social support vs social conflict' bestätigen. Die Effektmaße (Tab. 7.3.10) sind etwas höher als für das Oberkonstrukt. Die Richtung der Ergebnisse ist identisch. Die Werte sind homogen.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>psychosoziale Korrelate: social support</b>						
keine Moderatorenkontrolle	8 26 1331	$r=0.121$ $p=0.000$ 0.032 bis 0.21	V=73,75% H: nein	7 13 1286	$r=-0.182$ $p=0.000$ -0.277 bis -0.087	V=68,43% H: nein
ohne Mängel	7 23 1286	$r=0.15$ $p=0.000$ 0.15 bis 0.15	V=100% H: ja	6 10 1197	$r=-0.196$ $p=0.000$ -0.247 bis -0.144	V=87,1% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70%	5	$r=0.148$ $p=0.000$	V=83,06%	6	$r=-0.196$ $p=0.000$	V=87,1%

Männer	18 1147	0.091 bis 0.205	H: ja	10 1197	-0.247 bis - 0.144	H: ja
nur Homosexuelle	4 15 219	<b>r=0.211</b> p=0.000 0.211 bis 0.211	V=100% H: ja	4 8 219	<b>r=-0.302</b> p=0.000 -0.302 bis - 0.302	V=100% H: ja
alle ausser Homosexuelle	3 8 1067	<b>r=0.137</b> p=0.000 0.074 bis 0.201	V= 71,94% H: nein			
mehr als 70% Caucasian	6 20 1044	<b>r=0.15</b> p=0.000 0.112 bis 0.188	V=93,68% H: ja	5 9 955	<b>r=-0.192</b> p=0.000 -0.274 bis - 0.11	V=73.45% H: nein
Krankheits- stadium AIDS	3 8 381	<b>r=0.156</b> p=0.001 0.156 bis 0.156	V=100% H: ja	3 4 381	<b>r=-0.251</b> p=0.000 -0.251 bis - 0.251	V=100% H: ja

**Tabelle 7.3.9.:** Zusammenhang Oberkonstrukt D (social support) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>psychosoziale Korrelate: soziale Unterstützung/ perceived social support vs social conflict</b>						
keine Moderatoren- kontrolle	6 15 550	<b>r=0.217</b> p=0.000  0.217 bis 0.217	V=100% H: ja	5 6 461	<b>r=-0.255</b> p=0.000  -0.255 bis - 0.255	V=100% H: ja
ohne Mängel	6 15 550	<b>r=0.217</b> p=0.000  0.217 bis 0.217	V=100% H: ja	5 6 461	<b>r=-0.255</b> p=0.000  -0.255 bis - 0.255	V=100% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70% Männer	4 12 411	<b>r=0.226</b> p=0.000  0.226 bis 0.226	V=100% H: ja			

**Tabelle 7.3.10.:** Zusammenhang Konstrukt D1 (soziale Unterstützung / social integration vs social conflict) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.3.4. Lebensqualität

Das Konstrukt Lebensqualität generiert kleine Effektstärken für die Kombination mit annäherndem Bewältigen ( $r=0.214$ ; ohne Mängel) und einen mittlere Effektstärke für die Kombination mit vermeidendem Bewältigen ( $r=-0.372$ , ohne Mängel). Allerdings kommt letzteres Ergebnis nur durch eine Verletzung des Mindesteinschlußkriteriums für eine Effektstärkekalkulation zustande (**Tab. 7.3.11.**), denn das Maß integriert nur 2 Studien, die noch dazu innerhalb einer Forschungsabteilung entstanden.

Die Richtung der Vorzeichen bedeutet hier, daß mehr Lebensqualität mit mehr annäherndem Bewältigen einhergeht. Weniger Lebensqualität hängt mit mehr vermeidendem Bewältigen zusammen.

Bewäl-tigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>psychosoziale Korrelate: Lebensqualität</b>						
keine Moderatoren-kontrolle	6 19 402	$r=0.148$ $p=0.001$ -0.032 bis 0.328	$V=62,79\%$ H: nein	3 13 180	$r=-0.268$ $p=0.000$ -0.558 bis 0.021	$V=39,56\%$ H: nein
ohne Mängel	4 14 278	$r=0.214$ $p=0.000$ 0.066 bis 0.361	$V=69,84\%$ H: nein	2 12 130	$r=-0.372$ $p=0.000$ -0.407 bis - 0.337	$V=97,29\%$ H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

**Tabelle 7.3.11.:** Zusammenhang Oberkonstrukt C (Lebensqualität) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.4.5. sexuelles Verhalten

Die Ergebnisse der Kombinationen von Oberkonstrukt K mit annäherndem und vermeidendem Bewältigen reihen sich zumindest in Vorzeichenrichtung in die der vorher beschriebenen psychosozialen Korrelate ein. Viel sexuelle Aktivität,

mehr unsafe Sex, viele Sexualpartner/innen gehen einher mit eher vermeidender Bewältigung. Weniger sexuelle Aktivität, safe Sex, wenige Sexualpartner/innen gehen einher mit eher annäherndem Bewältigen (Tab. 7.3.12.). Allerdings ist dieser Befund schwach, weil die Effektstärken keine Zusammenhänge ausweisen, die Heterogenitätsannahme nicht falsifiziert werden konnte und die Grenzen der Konfidenzintervalle erkennbar machen, daß die Richtung nicht eindeutig ist.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>psychosoziale Korrelate: sexuelles Verhalten</b>						
keine Moderatorenkontrolle	3 16 509	<b>r=0.055</b> p=0.107  -0.182 bis 0.292	V=28,45% H: nein	4 8 539	<b>r=-0.095</b> p=0.013  -0.307 bis 0.116	V=38,37 H: nein
ohne Mängel	3 16 509	<b>r=0.055</b> p=0.107  -0.182 bis 0.292	V=28,45% H: nein	4 8 539	<b>r=-0.095</b> p=0.013  -0.307 bis 0.116	V=38,37 H: nein
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

**Tabelle 7.3.12.:** Zusammenhang Oberkonstrukt K (sexuelles Verhalten) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.4.6. Zusammenfassung psychosoziale Korrelate

Wie bereits erwähnt, ist über alle drei erfaßten Oberkonstrukte (soziale Unterstützung, Lebensqualität, sexuelles Verhalten) hinweg die Vorzeichenrichtung identisch. Wenig soziale Unterstützung, wenig Lebensqualität, viel riskantes, sexuelles Verhalten hängen mit stärker vermeidendem Bewältigen zusammen. Viel soziale Unterstützung, mehr Lebensqualität, wenig riskantes, sexuelles Verhalten hängen stärker mit annäherndem Bewältigen zusammen.

#### 7.3.4. Zusammenhänge zwischen annähernder und vermeidender Bewältigung und Persönlichkeitsvariablen

##### 7.3.4.1. Locus of Control (internal - external)

Soll ich die Tabelle löschen und stattdessen beschreiben, daß sich das Konstrukt nur schwer auswerten läßt, weil nicht genügend Datensätze aus den Studien zu ziehen sind?

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität
<b>Persönlichkeitsvariablen: Locus of control (internal)</b>						
keine Moderatorenkontrolle	3 6 693	<b>r=0.268</b> p=0.000  0.177 bis 0.359	V=63,19% H: nein	3 4 693	<b>r=-0.116</b> p=0.001  -0.29 bis 0.057	V=34,76% H: nein
ohne Mängel	3 6 693	<b>r=0.268</b> p=0.000  0.177 bis 0.359	V=63,19% H: nein	3 4 693	<b>r=-0.116</b> p=0.001  -0.29 bis 0.057	V=34,76% H: nein
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

**Tabelle 7.3.12.:** Zusammenhang Konstrukt B3 (Locus of Control internal) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.4.2. Locus of Control (external)

#### 7.3.4.3. Selbstwert/Selbstbild

Für das Oberkonstrukt Selbstwert/Selbstbild ergeben sich folgende Zusammenhänge: In der Kombination mit Annäherung erreicht die Effektstärke unter Ausschluß mangelhafter Datensätze mit  $r=0.28$  einen mittleren Größe. Für die Subpopulation der Männer steigt dieser Wert auf  $r=0.326$ . Alle Maße der Konstruktkombination sind homogen. Das gilt auch für die Kombination mit vermeidender Bewältigung (Tab. 7.3.13.).

Die Effektstärke für die Kombination Selbstwert/Selbstbild mit vermeidendem Bewältigen beträgt  $r=-0.387$  und steigt für die Subgruppe der Homosexuellen auf  $r=-0.428$ , eine der größten Effektstärken, die überhaupt in dieser Metaanalyse generiert wurden. Die Richtung der Vorzeichen ist, auch wegen der Homogenität der Werte, eindeutig: Ein stärkeres Selbstwertgefühl, ein besseres Selbstbild hängt mit mehr Annäherung zusammen, ein weniger starkes Selbstwertgefühl, ein schlechteres Selbstbild korreliert hoch mit vermeidendem Bewältigen.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effektstärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität

Persönlichkeitsvariablen: Selbstwert/Selbstbild						
keine Moderatorenkontrolle	6 17 355	<b>r=0.197</b> p=0.000 0.197 bis 0.197	V=100% H: ja	5 7 281	<b>r=-0.387</b> p=0.000 -0.427 bis -0.347	V=96,8% H: ja
ohne Mängel	5 15 281	<b>r=0.28</b> p=0.000 0.28 bis 0.28	V=100% H: ja	5 7 281	<b>r=-0.387</b> p=0.000 -0.427 bis -0.347	V=96,8% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
mehr als 70% Männer	3 12 142	<b>r=0.326</b> p=0.000 0.326 bis 0.326	V=100% H: ja	3 4 142	<b>r=-0.299</b> p=0.000 -0.299 bis -0.299	V=100% H: ja
nur Homosexuelle	4 9 220	<b>r=0.267</b> p=0.000 0.267 bis 0.267	V=100% H: ja	4 6 220	<b>r=-0.428</b> p=0.000 -0.428 bis -0.428	V=100% H: ja



**Tabelle 7.3.13.:** Zusammenhang Oberkonstrukt R (Selbstwert/Selbstbild) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

#### 7.3.4.4. Stressoren/kritische Lebensereignisse

Für das Oberkonstrukt E sonstige Stressoren/kritische Lebensereignisse wurde auf eine tabellarische Darstellung verzichtet, weil nur für die Kombination mit annäherndem Bewältigen eine auswertbare Anzahl statistischer Kennwerte zur Verfügung stand. Zudem weist das Ergebnis für diese Kombination keinen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen aus ( $r=0.062$ ;  $p=0.04$ ). Das Ergebnis ist über vier integrierte Studien und 7 Einzeleffektstärken hinweg homogen.

#### 7.3.5. Zusammenhänge zwischen annähernder und vermeidender Bewältigung und Subgruppen

für einen Vergleich Homo vs. Hetero reichen die Datensätze nicht

##### 7.3.5.1. Homosexuelle vs. Drogenbenutzer/innen

Die Resultate des Gruppenvergleichs Homosexuelle und Drogenbenutzer/innen mit annäherndem oder vermeidendem Bewältigen weisen keine Unterschiede in der Verwendung beider Bewältigungsweisen aus. Auch die

Irrtumswahrscheinlichkeiten deuten daraufhin, daß der Effekt nicht als von Null verschieden betrachtet werden darf (Tab.7.3.14.).

Die Richtung des Vorzeichens ist eindeutig gleichläufig. Homosexuelle zeigen tendenziell sowohl mehr annäherndes als auch mehr vermeidendes Bewältigen. Fixer/innen zeigen von beidem weniger.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität
<b>Subgruppen: Homosexuelle vs Drogenbenutzer/innen</b>						
keine Moderatorenkontrolle	4 12 969	<b>r=0.06</b> p=0.029 0.06 bis 0.06	V=100% H: ja	3 8 869	<b>r=0.046</b> p=0.086 0.046 bis 0.046	V=100% H: ja
ohne Mängel	3 11 869	<b>r=0.049</b> p=0.073 0.049 bis 0.049	V=100% H: ja	3 8 869	<b>r=0.046</b> p=0.086 0.046 bis 0.046	V=100% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

**Tabelle 7.3.14.:** Zusammenhang Konstrukt J1 (Homosexuelle vs. Drogenbenutzer/innen) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

### 7.3.5.2. Drogenbenutzer/innen vs. Heterosexuelle

Auch für den Vergleich von Drogenbenutzer/innen und Heterosexuellen ist die Vorzeichenrichtung gleichläufig über beide Konstruktkombinationen (Tab. 7.3.15.). Wieder zeigen Fixer/innen weniger ausgeprägtes Bewältigen sowohl bei Annäherung als auch bei Vermeidung. Diesmal ist es die Subpopulation der Heterosexuellen, die in der Tendenz mehr annäherndes und mehr vermeidendes Bewältigen zeigen. Für Annäherung ließ sich eine kleine Effektstärke berechnen, die einer homogenen Population entstammt.

Die Ergebnisstruktur für die Kombination mit Vermeidung zeigt, daß kein Effekt vorliegt, der als verschieden von Null betrachtet werden darf ( $r=-0.042$ ;  $p=0.191$ )

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität
<b>Subgruppen: Drogenbenutzer/innen vs Heterosexuelle</b>						
keine Moderatoren-	4 12	<b>r=-0.133</b> p=0.000	V=100% H: ja	3 8	<b>r=-0.042</b> p=0.191	V=78,5% H: ja

kontrolle	553	-0.133 bis - 0.133		418	-0.129 bis 0.043	
ohne Mängel	3 11 418	<b>r=-0.112</b> p=0.000 -0.112 bis - 0.112	V=100% H: ja	3 8 418	<b>r=-0.042</b> p=0.191 -0.129 bis 0.043	V=78,5% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

**Tabelle 7.3.15.:** Zusammenhang Konstrukt J5 (Drogenbenutzer/innen vs. Heterosexuelle) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

### 7.3.6. Serostatus

#### 7.3.6.1. Serostatus HIV-positiv non-AIDS vs. HIV-negativ

**Tab. 7.3.16.** offenbart eine schwache Vorzeichen-tendenz für ein gleichläufige Unterschiede im Verwenden von annäherndem und vermeidendem Bewältigen von asymptomatisch HIV-Positiven und HIV-Negativen: Stärker Belastete (HIV-Positive) zeigen mehr annäherndes und mehr vermeidendes Bewältigen als weniger Belastete (HIV-Negative). Die Unterschiede sind allerdings nicht interpretierbar klein, die Grenzen der Konfidenzintervalle variieren zum Teil erheblich.

In Kombination mit annäherndem Bewältigen erreichen die Effektmaße für die Subgruppen der Männer, der Homosexuellen und der Caucasians einen Wert, der einen kleinen Effekt beschreibt. Allerdings sind genau diese Ergebnisse auch jene mit der geringsten Varianzaufklärung durch den Stichprobenfehler und damit heterogen. In Kombination mit vermeidendem Bewältigen erreicht nur das Effektmaß der Homosexuellen einen interpretierbaren Wert ( $r=-0.11$ ). Dieser kleine Effekt beruht auf homogenen Populationsmerkmalen.

Der mittelgroße Effekt ( $r=0.377$ ) beim Vergleich Serostatus und annäherndes Bewältigen bei der kompletten Integration aller Datensätze verschwindet, wenn ein Datensatz ausgeschlossen wird, der den Vergleich über die verzerrende Prüfgröße  $\chi^2$  vornimmt.

Ergänzend kann gesagt werden, daß der hier nicht dargestellte Vergleich Serostatus und Sinnsuche die Ergebnisse für Annäherung und Vermeidung bestätigt: Stärker belastete HIV-Positive berichten mehr Sinnsuche als weniger belastete HIV-Negative. Die Effektstärken erreichen für die Population der Männer und der Homosexuellen den höchsten Wert ( $r=-0.18$ ). Allerdings sind die Werte sehr heterogen zu nennen ( $V=24,51\%$ ).

Bewäl-tigung	Annäherung			Vermeidung		
	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichproben- fehler erklär-te Varianz - Homogenität
<b>Serostatus HIV+ non-AIDS vs. HIV- (quer)</b>						
keine Moderatoren- kontrolle	9 33 2342	$r=0.377$ $p=0.000$ -0.507 bis 1.26	$V=1,37\%$ H: nein	8 23 975	$r=0.029$ $p=0.174$ -0.475 bis 0.535	$V=10,96\%$ H: nein
ohne Mängel	9 32 2342	$r=-0.095$ $p=0.000$ -0.322 bis 0.131	$V=22,01\%$ H: nein	7 22 916	$r=-0.031$ $p=0.169$ -0.218 bis 0.155	$V=45,52\%$ H: nein
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
		$r=-0.123$			$r=-0.085$	

mehr als 70% Männer	7 26 870	p=0.000 -0.47 bis 0.223	V=19,93% H: nein	6 18 811	p=0.007 -0.085 bis - 0.085	V=100% H: ja
nur Homosexuelle	5 23 606	<b>r=-0.033</b> p=0.206 -0.033 bis - 0.033	V=100% H: ja	5 16 606	<b>r=-0.11</b> p=0.003 -0.11 bis -0.11	V=100% H: ja
alle ausser Homosexuelle	4 9 1736	<b>r=-0.116</b> p=0.000 -0.381 bis 0.148	V=10,95% H: nein			
mehr als 70% Caucasian	6 23 789	<b>r=-0.179</b> p=0.000 -0.525 bis 0.166	V=18,64% H: nein	5 15 730	<b>r=-0.021</b> p=0.282 -0.021 bis - 0.021	V=33,65% H: nein
Ethnie gemischt	3 9 1553	<b>r=-0.052</b> p=0.019 -0.052 bis - 0.052	V=100% H: ja			

**Tabelle 7.3.16.:** Zusammenhang Konstrukt G1 (HIV+ non-AIDS vs. HIV- Querschnitt) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

7.3.6.2. Serostatus HIV-positiv non-AIDS Längsschnitt

Für die einzig auswertbare Konstruktkombination, die ein Längsschnittdesign verwendet, zeigen sich keine Unterschiede in der Ausprägung von annäherndem und vermeidendem Bewältigen über die Zeit: Jene HIV-Positiven,

die zum Zeitpunkt t1 mehr Annäherung zeigten, berichteten auch zum Zeitpunkt t2 über mehr annäherndes Bewältigen. Dasselbe Richtung gilt für Vermeidung: Jene HIV-Positiven, die zum Zeitpunkt t1 mehr vermeidendes Bewältigen zeigten, taten dies auch zum Zeitpunkt t2. Die Ergebnisse stammen aus einer homogenen Population, die Effekte dürfen aber nicht als von Null verschieden betrachtet werden.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität	- Studien - Datensätze - Größe der Stichprobe	- Effekt-stärke - Signifikanz - Konfidenz 95%	- durch Stichprobenfehler erklärte Varianz - Homogenität
<b>Serostatus HIV+ non-AIDS (längs)</b>						
keine Moderatorenkontrolle	3 8 255	<b>r=0.068</b> p=0.139  0.068 bis 0.068	V=100% H: ja	3 10 255	<b>r=0.04</b> p=0.258  0.04 bis 0.04	V=100% H: ja
ohne Mängel	3 8 255	<b>r=0.068</b> p=0.139  0.068 bis 0.068	V=100% H: ja	3 10 255	<b>r=0.04</b> p=0.258  0.04 bis 0.04	V=100% H: ja
mit Mängeln	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

**Tabelle 7.3.17.:** Zusammenhang Konstrukt G4 (HIV+ non-AIDS - Längsschnitt) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

### 7.3.7. Geschlecht

### 7.3.8. Ethnie

#### 7.3.8.1. Caucasian vs. Non-Caucasian

Für den Vergleich des annähernden und vermeidenden Bewältigens zwischen verschiedenen Ethnien ergab sich nur eine sinnvolle Effektstärkenkalkulation. Wenngleich die Effekt auch hier als nicht interpretierbar klein zu gelten haben, deuten die Richtung des Vorzeichens und die Homogenität der Resultate an, daß die Gruppe der nicht-Weißen sowohl mehr Annäherung als auch mehr Vermeidung als die Gruppe der Weißen zeigt.

Da unter nicht-weiß all jene Betroffene subsumiert sind, die innerhalb der amerikanischen Gesellschaft ethnischen Minderheiten angehören und die spezifisch stärkeren Belastungen ausgesetzt sind, als die gesellschaftliche Mehrheit, darf der Zusammenhang wohl auch hier so interpretiert werden, daß stärker Belastete mehr Annäherung und mehr Vermeidung zeigen als weniger stark Belastete.

Bewältigung	Annäherung			Vermeidung		
kontrollierte Moderatoren	- Studien - Datensätze	- Effekt-stärke - Signifikanz	- durch Stichproben-	- Studien - Datensätze	- Effekt-stärke - Signifikanz	- durch Stichproben-





**Tabelle 7.3.18.:** Zusammenhang Konstrukt X5 Ethnie (Caucasian vs. non-Caucasian) x Konstrukte B1 (Annäherung); B2 (Vermeidung)

### 7.3.9. Instrumente

## 8. Diskussion und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, eine empirische Untersuchung zur Belastungsbewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung vorzulegen. Ausgangspunkt der Überlegungen war die Feststellung, daß aus der HIV-Infektion Belastungen der physischen, psychischen und psychosozialen Existenz resultieren, die das innere und äußere Gleichgewicht der Existenz stören. Diesen Belastungen begegnen die Betroffenen in je spezifischer Weise belastungsbewältigend.

- Aussagen zur Adaptivität lassen sich anhand der erhobenen Querschnittsmaße nicht treffen.

- für empirische Variablen wie psychische Belastung und HIV-spezifische physische Belastungen oder soziale Unterstützung gelten gegenläufige Tendenzen: Mehr Belastung (bzw. wenig soziale Unterstützung, wenig Lebensqualität) geht mit mehr vermeidendem Bewältigen einher. Weniger Belastung (bzw. viel soziale Unterstützung, viel Lebensqualität) geht einher mit mehr annäherndem Bewältigen einher.

Für den Vergleich von nicht-HIV-spezifischer Belastungen und für den Vergleich zwischen HIV-Positiven und HIV-Negativen gilt hingegen eine gleichläufige Tendenz: Stärker Belastete (HIV-Positive bzw. jene Betroffenen mit mehr nicht-HIV-spezifischen Symptomen) zeigen sowohl mehr annäherndes als auch mehr vermeidendes Bewältigen.

Auch für Betroffenen

**Rubrik: interessante Details**

- Selbstwert/Selbstbild: größere Effektstärke für Männerpopulation bei Annäherung, eine Konstruktkombination, die möglicherweise konfundierende Inhalte aufweist, mit dem positiv assoziierte männliche Geschlechtsrollentypisierungen verstärkt zum Ausdruck gebracht werden.
- Selbstwert/Selbstbild: mehr als mittelgroße Effektstärke für die Subpopulation der Homosexuellen in der Kombination mit Vermeidung. Dahinter verbirgt sich möglicherweise eine andere Geschlechtsrollenkombination derart, daß Homosexuelle mit geringerem Selbstwertgefühl und der nicht-Akzeptanz der eigenen Lebensform folgerichtig eher vermeidende Bewältigungsstrategien zeigen.
- in der Kombination B01 x G01 sinkt der Wert  $r=0.377$  auf  $-0.095$  allein durch die Eliminierung eines Datensatzes, der ein  $\chi^2$  als Vergleichmaß verwendet.

Das zentrale Ergebnis der Metaanalyse 'Bewältigung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung' ist die unbedingte Notwendigkeit, eine allgemeine Theorie der Belastungsbewältigung zu entwickeln.

Dieses Kapitel dient dazu, die Notwendigkeit anhand der Ergebnisse dieser Arbeit zu begründen.

Die Zusammenhangsstruktur des Vergleichs

HIV-Negative unterscheiden sich in ihren annähernden und vermeidenden Bewältigungsweisen nicht von HIV-Positiven.

Mit dem Vergleich B02 x G01 und B01 x G01 kann ich in der Tendenz, nämlich in der Richtung des Vorzeichens der metaanalytischen Integration, die Lokführer-Studie von Myrtek et al. (1994) bestätigen

Über zwei Konstrukte hinweg, die physische Belastung erheben zeigt sich zumindest eine klare Vorzeichentendenz: Betroffene, mit stärkerer (physischer) Belastung berichten sowohl mehr annäherndes als auch mehr vermeidendes Bewältigen. Alle sind Unterschiede in der Ausprägung äußerst gering, die Effektstärken schwanken zwischen 0 und -0.1 und entziehen sich damit der Interpretierbarkeit. Ob im Vergleich von HIV-Positiven und HIV-Negativen, im Vergleich von Positiven mit vielen, nicht HIV-spezifischen Symptomen und Positiven mit wenigen solchen Symptomen, immer deutet die Richtung des Effekts (ausgedrückt in der Polung der Effektstärke) daraufhin, daß stärker Belastete beide Bewältigungsweisen quantitativ ausgeprägter verwenden.

Die Ergebnisstruktur für das ebenfalls physische Belastungen erfassende Konstrukt 'Krankheitsstadium /-verlauf' weicht von der obigen Richtung ab: Stärker belastete HIV-Positive (Betroffene mit vielen HIV-spezifischen Symptomen, AIDS-Diagnostizierte, diejenigen mit wenigen T4-Helferzellen, jene mit insgesamt längerer Krankheitsdauer) zeigen in der Richtung mehr vermeidendes Bewältigen. Umgekehrt berichten HIV-Positive mit weniger

physischer Belastung durch HIV-spezifische Symptome, jene mit mehr T4-Helferzellen, jene mit kürzerer Krankheitsdauer, HIV-asympotomatische in der Tendenz mehr annäherndes Bewältigen. Mit Ausnahme eines kleinen Effekts für den Zusammenhang von vielen HIV-spezifischen Symptomen und vermeidendem Bewältigen erweisen sich alle Effektstärkemaße für alle Arten HIV-spezifischer Krankheitsbelastungen als genauso wenig interpretierbar wie für die anderen Zusammenhänge von physischer Belastung und beiden Bewältigungsweisen.

Dennoch resultiert daraus nicht zwangsläufig, daß die Erkenntnis relativiert werden muß, stärker Belastete zeigten mehr annäherndes und mehr vermeidendes Bewältigen. Die HIV-spezifischen physischen Belastungen zeichnen sich, im Unterschied zu nicht-HIV-spezifischen Belastungen, möglicherweise dadurch aus, daß bestimmte Verhaltensweisen, die unter annäherndem Bewältigen subsumiert werden, von den stärker Belasteten wegen ihrer Symptomatik gar nicht mehr ausgeführt werden können.

Beide Ergebnisstrukturen untermauern die Forderungen nach einerseits sensitiveren Erhebungsinstrumenten, die einerseits möglichst wenig Konfundierung zwischen den erhobenen Zusammenhängen abbilden, andererseits differenzierendere Instrumente, die nicht nur abbilden, daß stärker Belastete mehr Bewältigen über verschiedene Bewältigungsweisen hinweg zeigen.

Dafür müßten aber zuvorderst die Voraussetzungen in Form einer allgemeinen Theorie der Belastungsbewältigung geschaffen werden. Aus einem solchen Fundament könnten Erhebungsinstrumente resultieren, die nicht nur abbilden, daß bewältigt wird, wenn eine Belastung erfahren wird, sondern auch wie differentiell dieses Bewältigen geschieht.

Kann eine einzige Studie einen so großen Homogenitätsunterschied bewirken wie bei den mehr als 70% Männern? Vermeidendes Bewältigen, 6 Studien 18 Kennwerte, 100%, annäherndes Bewältigen, 7 Studien 26 Kennwerte, 19,93% Varianz durch Stichprobenfehler erklärt.

Anhang A

Anhang B

Anhang C

**ERKLÄRUNG**

Ich versichere, diese Arbeit selbstständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet zu haben.

Heidelberg, 01. April 1996