

**Resilienz, dyadisches Coping und
psychische Belastung bei Krebspatienten
und deren Partnern**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Maximilian Wolfram
geboren am 30. Juli 1993 in Schleiz

Gutachter

1. Dr. phil. med. habil. Jenny Rosendahl, Jena
2. Prof. Dr. Heide Glaesmer, Leipzig
3. Prof. Dr. med. Jutta Hübner, Jena

Tag der öffentlichen Verteidigung: 05. November 2019

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|---|
| 95% KI | 95% Konfidenzintervall |
| β | Regressionskoeffizient |
| bzw. | beziehungsweise |
| d | Cohen´s d, Standardisierte Mittelwertsdifferenz |
| CRP | C-reaktives Protein (ein Entzündungsmarker) |
| DCI | Dyadisches Coping Inventar |
| HADS-D | Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version |
| MVZ | Medizinisches Versorgungszentrum |
| RAS | Relationship Assessment Scale |
| RS-13 | Resilienz-Kurzskala |
| SF-12 | Kurzversion des SF-36 |
| SF-36 | Fragebogen zum Gesundheitszustand |
| z. B. | zum Beispiel |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| Abkürzungsverzeichnis | 3 |
| Zusammenfassung | 5 |
| 1. Einleitung | 7 |
| 1.1. Beziehungsforschung | 7 |
| 1.2. Dyadisches Coping | 8 |
| 1.3. Resilienz..... | 15 |
| 1.4. Krebs..... | 17 |
| 2. Zielstellung..... | 18 |
| 3. Methodik | 20 |
| 3.1. Studiendesign und Setting | 20 |
| 3.2. Stichprobe | 21 |
| 3.3. Messinstrumente | 21 |
| 3.4. Statistische Auswertung | 26 |
| 4. Ergebnisse..... | 27 |
| 4.1. Deskriptive Daten | 27 |
| 4.2. Vergleich mit Normdaten..... | 30 |
| 4.3. Hypothesenprüfung | 34 |
| 4.4. Zusätzliche Analysen | 41 |
| 5. Diskussion | 47 |
| 5.1. Inhaltliche Diskussion..... | 47 |
| 5.2. Methodische Diskussion..... | 56 |
| 5.3. Schlussfolgerungen für die Forschung | 58 |
| 5.4. Schlussfolgerung für die klinische Praxis | 58 |
| Literaturverzeichnis | 60 |

Zusammenfassung

Hintergrund: Krebserkrankungen sind in Deutschland die zweithäufigste Todesursache. Operationen, Chemo- und Strahlentherapie stellen mit starken Einschränkungen und Nebenwirkungen eine große Herausforderung für den Patienten dar. Neben den dadurch vordergründig entstehenden körperlichen Beeinträchtigungen ergeben sich auch bedeutsame psychische Folgen. Als ein wesentlicher individueller Faktor zur besseren Verarbeitung der Erkrankung hat sich Resilienz hervorgehoben, welche als protektives Persönlichkeitsmerkmal gilt und hilft, den Krankheitsprozess besser zu verarbeiten. Resilienz korreliert bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen mit psychischer Gesundheit. Die Verarbeitung der Krebserkrankung betrifft meist neben dem Patienten auch dessen Partner. Entsprechend wird Krebs auch als sogenannte „we-disease“ (=wir-Krankheit) betitelt. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass meist beide Beziehungspartner im Rahmen einer Krebserkrankung eine verminderte psychische und körperliche Lebensqualität aufweisen. Zur Untersuchung des Prozesses der gemeinsamen Krankheitsverarbeitung hat sich in den letzten Jahrzehnten das dyadische Coping nach G. Bodenmann etabliert.

Die Ziele der Arbeit waren 1) allgemeine und rollen- sowie geschlechterspezifische dyadische Zusammenhänge zu untersuchen, 2) erste Hinweise auf Interaktionen zwischen Resilienz sowie dyadischem Coping inklusive dessen Diskrepanzindizes zu finden und 3) deren gemeinsame Auswirkungen auf die psychische Belastung bzw. Lebensqualität abzuschätzen.

Methodik: In einer Beobachtungsstudie wurden Krebspatienten und deren (Ehe/Lebens-)Partner im Rahmen einer komplementärmedizinischen Sprechstunde des MVZ Bad Berka befragt. Es wurden demographische und krankheitsbezogene Daten, die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12), psychische Belastung (HADS-D), Resilienz (RS-13), Partnerschaftszufrieden (RAS) sowie das dyadische Coping (DCI) erhoben. Die partnerschaftlichen Konkordanzen der Studienvariablen wurden mittels des Korrelationskoeffizienten Spearman's rho (ρ) untersucht. Zusammenhänge zwischen Variablen wurden

mittels linearer Regressionsanalyse geprüft. Für Mittelwertunterschiede wurde die Effektstärke Cohens' d mit 95% Konfidenzintervall berechnet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 40 Paare in die Studie eingeschlossen, Die Erstdiagnose „Krebs“ lag im Mittel etwas mehr als drei Jahre zurück. Am häufigsten waren gynäkologische Malignome vertreten, wobei das Mammakarzinom den größten Anteil einnahm. Häufigste Therapie war die Chemotherapie in circa zwei Drittel der Fälle. Die Patienten und Partner, unter denen überdurchschnittlich viele Akademiker waren, wiesen ein mittleres Alter von rund 61 Jahren auf. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Patienten und Partner in den Studienvariablen dyadisches Coping, Partnerschaftszufriedenheit und Depressivität ähneln. Außerdem stellte sich für die Patienten und deren Partner eine hohe psychische Belastung dar, die hinsichtlich ihres Ausmaß' vergleichbar mit zahlreichen Vorbefunden ist. Ebenso bestätigte sich der Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Belastung bzw. gesundheitsbezogener Lebensqualität. Für die Patientinnen wurde eine im Vergleich zu den männlichen Patienten verminderte gesundheitsbezogene psychische Lebensqualität festgestellt. Weitere höhere psychische Belastung der Frauen unabhängig ihrer Rolle in der Beziehung wurden im Gegensatz zu Voruntersuchungen nicht gefunden. Für das gemeinsame dyadische Coping der Gesamtpopulation und das *partnerbezogene* dyadische Coping der *Patienten* konnten intrapersonelle Einflüsse auf den psychischen Distress gefunden werden. Für alle anderen Subskalen und den Gesamtwert des dyadischen Copings konnte kein signifikanter Einfluss ermittelt werden. Es ergab sich ebenso kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem dyadischen Coping und der Resilienz. Somit konnte der vorab angenommene Mediatoreffekt des dyadischen Coping für den Einfluss der Resilienz auf die psychische Belastung nicht bestätigt werden.

Diskussion: Die berichteten Befunde müssen unter Berücksichtigung einiger methodischer Limitationen wie beispielsweise dem querschnittlichen sowie monozentrischen Studiendesign und der relativ kleinen Stichprobe interpretiert werden. Im Hinblick auf die klinische Praxis unterstreichen die Ergebnisse, wie wichtig die Berücksichtigung und Einbeziehung der Partner von Krebspatienten im Rahmen der psychoonkologischen Betreuung ist.

1. Einleitung

Der Volksmund meint, dass geteiltes Leid halbes Leid ist. Diese Redewendung wird durch die Tatsache verdeutlicht, dass Paare dazu neigen sich einen belastenden Ereignis als Einheit entgegen zu stellen und dies gemeinsam zu bewältigen (Hagedoorn et al. 2008, Lim et al. 2014). In widrigen Phasen wie Krankheiten, dem Versterben Nahestehender oder anderen Krisenzeiten können sich Paare gemeinsam der Herausforderung des Bewältigens stellen und somit einander stärken. Das kann sich jedoch für den Beziehungspartner, der primär nicht betroffen ist, als besondere Schwierigkeit erweisen. Wie kann dieser bei der Stressbewältigung helfen? Und was passiert mit ihm, wenn die Krise seines geliebten Menschen auch zu seinem eigenen Lebensmittelpunkt wird?

1.1. *Beziehungsforschung*

Eine Dyade ist als System zweier voneinander abhängiger Personen zu verstehen. Wenn sich nun bei einem Partner täglicher Stress ansammelt und dieser zugleich lang andauernd sowie schwerwiegend ist oder wenn das individuelle Bewältigen des Betroffenen nicht genügt, wird mindestens eine weitere bedeutende Person in die Stressbewältigung involviert (Herzberg 2013). Dies gilt besonders für Beziehungen, in denen ein Partner an einer chronischen Krankheit leidet. Die dabei vom Partner investierte Bewältigungsarbeit kann einen immensen Beitrag zur Entscheidungsfindung des anderen leisten. Das äußert sich z. B. durch die Wahl einer Therapie oder eine Zu-/Absage eines operativen oder diagnostischen Eingriffes (Hagedoorn et al. 2008). Die dadurch entstehende zusätzliche Belastung für den per se gesunden Partner macht ihn selbst anfälliger für Erkrankungen. Dass der Partner ähnlich auf den Stress des Patienten reagiert, wird durch die Tatsache unterstrichen, dass Beziehungspartner sich in mentaler Gesundheit (besonders in puncto Depressivität) ähneln (Meyler et al. 2007, Di Castelnuovo et al. 2009, Butterworth und Rodgers 2006). Somit ist es nicht verwunderlich, dass neben Patienten häufig auch deren Partner ein deutlich erhöhtes Level an Disstress, Angst, depressiven Symptomen sowie eine niedrige Lebensqualität berichten (Moser et al. 2013, Songprakun und McCann 2014,

O'Rourke et al. 2010). Teilweise leiden die Partnerinnen von schwer betroffenen Krebspatienten vermehrt an psychiatrischen Erkrankungen als die Patienten selber (Pitceathly und Maguire 2003, Drabe et al. 2008).

Diese Ergebnisse unterstreichen wie wichtig es ist, Menschen nicht als alleinstehende Individuen zu betrachten. Dyaden sind eine auf gewissen Ebenen separierte Einheit, die sich Aufgaben gemeinsam stellt und im besten Fall daran wächst.

1.2. Dyadisches Coping

Zur Untersuchung dieses Prozesses ist in den letzten Jahrzehnten das Konzept des dyadischen Coping in den Fokus der Forschung gerückt. Während sich noch Mitte bis Ende des 20. Jahrhunderts kaum eine Studie damit befasste, waren es in den ersten fünf Jahren des neuen Jahrtausends im Durchschnitt 50 pro Jahr mit steigender Tendenz. In den letzten Jahren wurden Konzepte und Theorien zu diesem Thema verfasst (Bodenmann 2008). Nach Bodenmann (2008) wird das dyadische Coping als ein Prozess definiert, in dem das Stressempfinden des einen Partners durch den anderen Partner erfasst und in Bezug auf dessen Antwort berücksichtigt wird. Dabei dient diese Reaktion dem Erhalt des Gleichgewichtes sowohl des Individuums als auch der Beziehung und das im Sinne der Emotionsregulation sowie des Umgangs mit Problematiken (ebenda.). Die Stressbewältigung in der Zweierbeziehung setzt aber erst dann ein, wenn der betroffene Partner mit dem Stress der Situation überfordert ist, sein individuelles Coping also nicht ausreicht und er die Hilfe des Partners verlangt. Es wurde gezeigt, dass individuelles und dyadisches Coping miteinander signifikant korrelieren. Dieser schwache Effekt bezieht sich nur auf intrapersonelle Zusammenhänge. Das bedeutet, dass ein besseres individuelles Coping zu vermehrtem positiven sowie vermindertem negativen eigenen dyadischen Coping führt. Daraus ergeben sich direkte Zusammenhänge zwischen der individuellen Stresskommunikation, individueller subjektiver Stresswahrnehmung und dem dyadischen Coping. Dieser intrapersonelle Effekt ist aber nicht interpersonell auf das dyadische Coping des Partners übertragbar (Papp und Witt 2010).

Bewältigung kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Sie lässt sich in die Formen positives supportives, delegiertes, negatives und gemeinsames dyadisches Coping unterscheiden.

Das *positive supportive dyadische Coping* umfasst Unterstützungshandlungen eines Partners zugunsten des anderen. Es wird jedoch nicht als komplette Übernahme der Bewältigungsarbeit verstanden sondern vielmehr als Unterstützung der Bewältigungsbemühungen. Dies kann sowohl auf einer problem- als auch auf einer emotionsbezogenen Ebene stattfinden. Problembezogenes Coping umfasst unter anderem Mithilfe bei Tätigkeiten, materielle/finanzielle Beihilfe oder aber auch praktische Ratschläge, wohingegen beim emotionsbezogenen Empathie, Solidarisierung mit dem Partner sowie Hoffnung verbreiten und Mut machen im Mittelpunkt stehen. Supportives Coping findet vor allem bei externen Beziehungsstressoren Anwendung. Eine weitere Voraussetzung ist, dass davon nur ein Partner betroffen ist. Das positive dyadische Coping wird besonders effektiv, wenn der gestresste Partner den Support oder die emotionale Hilfe zulässt und wenn der unterstützende Partner die benötigten Ressourcen zur Verfügung stellen kann (Bodenmann 2008).

Von dem positiven supportiven Coping wird das *negative supportive dyadische Coping* abgegrenzt. Es lassen sich dabei feindliche, oberflächliche oder ambivalente Ausprägungen unterscheiden. Für das feindselige dyadische Coping gilt, dass der unterstützende Partner zwar auf die Stressäußerung des betroffenen Partners reagiert und zu helfen versucht, dies aber in einer sarkastischen, gereizten oder besserwisserischen Art und Weise vollzieht. Als praktische Beispiele hierfür dienen das Bagatellisieren des Partnerstress' und die offene Kritik an der Bewältigungsarbeit. Es soll unterstrichen werden, dass eine Unterstützung stattfindet. Diese weist jedoch auf verbaler, para- oder nonverbaler Ebene aversive Züge auf. Ursächlich für das negative supportive Coping wirken eine insgesamt negative Partnerschaftszufriedenheit, ein Mangel an gegenseitigem Respekt und das Gefühl, dass ein Partner ausgenutzt wird.

Das ambivalente dyadische Coping stellt eine zweite Form des negativen dyadischen Copings dar. Auch bei dieser erfolgt eine Unterstützung des Partners, wobei diese nicht offensichtlich feindselig ist, sondern sich auf eine subtile latente

Weise äußert. Dies führt dazu, dass die Stressbewältigung verlangsamt und schwerfälliger vollzogen wird. Als Ursache dafür lässt sich die für den „helfenden“ Partner als belastend oder unangenehm empfundene Unterstützungsarbeit benennen. Eine beispielhafte Situation dafür ist, dass sich ein Paar verständigt, am Abend eine Pizza Hawaii selber zuzubereiten. Partner B isst aber ungerne Pizza Hawaii, weshalb er beim Einkauf in der Stadt alle Zutaten außer Ananasringe kauft.

Die dritte Form der negativen supportiven Bewältigung stellt das oberflächliche dyadische Coping dar. Kennzeichnend dafür ist die von außen scheinbare Zuneigung, welche aber nur emotionslose bzw. leere Unterstützung beinhaltet. Der unterstützende Partner weist kein inneres, engagiertes bzw. wahres Interesse auf. Wie auch beim positiven supportiven dyadischen Coping entfaltet sich sein negatives Pendant aus einem beziehungsexternen Stressor. Möglicherweise ist der Unterstützung suchende Partner A sogar selbst an der Belastung schuld oder trägt vermehrt dazu bei. Auf der anderen Seite stehen Partner B ebenfalls keine oder nur wenige Ressourcen zur Verfügung.

Neben den supportiven Ansätzen gibt es zusätzlich das *delegierte dyadische Coping*. Hierbei handelt es sich um diverse Situation, bei denen der nicht belastete Partner Bewältigungsarbeit komplett übernimmt und nicht wie bei den supportiven Ansätzen den belasteten Partner lediglich dabei unterstützt. Delegiertes dyadisches Coping wird praktisch angewendet, wenn ein Partner die Einkäufen oder das Kochen in einer Prüfungsphase bzw. allgemein hektischer Phasen im Berufsleben des anderen für diesen übernimmt. Auch hierbei wird davon ausgegangen, dass der vom Stress betroffene Partner ausdrücklich um das delegierte dyadische Coping gebeten hat, was gleichfalls auch bedeutet, dass der nicht betroffene Partner in der Lage ist, die Aufgaben zu übernehmen und sich dafür auch motivieren zu können. Wie beim supportiven dyadischen Coping erfolgt delegiertes Coping bei außerhalb der Beziehung vorliegender Stressbelastung (Bodenmann 2008).

Alle bisher erwähnten Formen können nochmals im Sinne eines Sender- und Empfängermodells in eigenes und partnerbezogenes dyadischen Copings differenziert werden. Eigenes dyadisches Coping bewertet das selbst

beigetragene Engagement. Wenn Partner A nun meint, dass er Partnerin B viel Mut zuredet und emotional unterstützt, dann erhöht sich sein eigenes supportives dyadisches Coping. Partnerbezogen hingegen meint, was Partner A als Bemühungen von Partnerin B wahrnimmt. Wenn Partnerin B also Partner A viel Mut zuredet und Partner A dies auch so wahrnimmt, dann ist das *partnerbezogene* supportive dyadische Coping des Partners A erhöht.

Schließlich zählt das *gemeinsame dyadische Coping* zu den von Bodenmann konzipierten dyadischen Bewältigungsstrategien. Dabei gehen beide Partner gemeinsam ein für die Dyade relevantes Ziel an. Dies findet entweder symmetrisch oder komplementär statt. Im Gegensatz zum stark in eine Richtung laufenden supportiven Coping wird das gemeinsame Bewältigen durch ein Prozess beschrieben, in dem beide Partner direkt und wechselseitig beteiligt sind. Im Fokus stehen dabei aufeinander abgestimmte und koordinierte Bewältigungsbemühen. Wie beim positiven supportiven Coping können problem- und emotionsbezogene Bewältigungsstrategien differenziert werden. Während sich ersteres zum Beispiel durch eine faire Aufteilung von Aufgaben und Tätigkeiten oder eine gemeinsame Planung zur Problemlösung beschreiben lässt, beinhaltet die emotionsbezogene Variante gemeinsame sportliche Aktivitäten wie tanzen oder gegenseitige Solidarisierung (Bodenmann 2008).

Tabelle 1 Skalenübersicht

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|
| eigenes positives dC | | vom Partner erfahrenes positives dC | | |
| + eigenes negatives dC | | + vom Partner erfahrenes negatives dC | | |
| + eigenes delegiertes dC | | + vom Partner erfahrenes delegiertes dC | | |
| + eigene Stresskommunikation | | + vom Partner erfahrene Stresskommunikation | | |
| eigenes dyadisches Coping | + | partnerbezogenes dyadisches Coping | + | gemeinsames dyadisches Coping (inklusive Evaluation) |
| gesamtes dyadisches Coping | | | | |

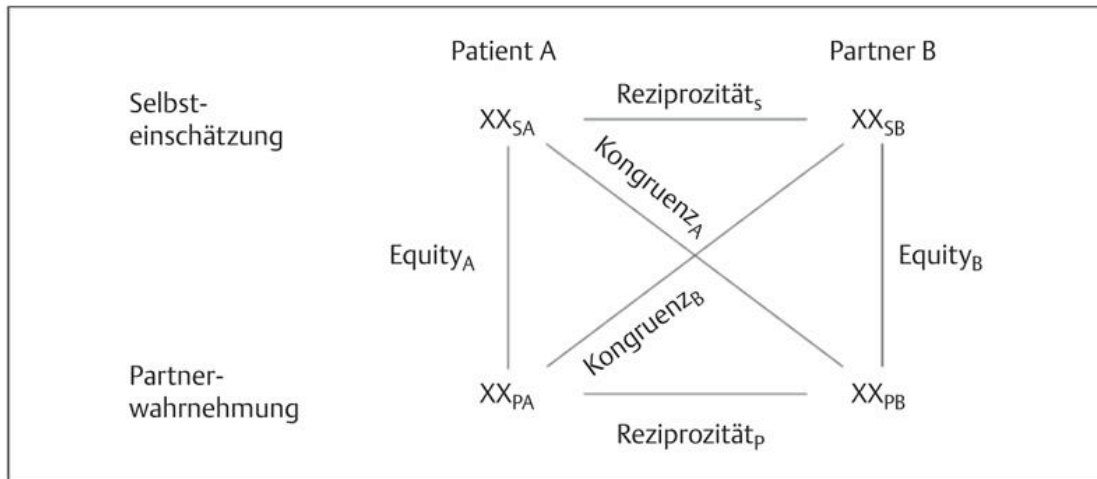
Es soll betont werden, dass alle erwähnten Copingarten Bewertungen sind und keinesfalls Anspruch auf objektivierbare Beobachtungen haben. Hinweise darauf können neben den Skalen zusätzlich die Diskrepanzmaße Kongruenz, Reziprozität und Equity geben. Diese können durch Subtraktion zweier (Sub)Skalen errechnet. Einen Überblick zeigt Abbildung 1.

Der Kongruenzindex (Übereinstimmungsindex) zeigt an, inwiefern die beiden Partner ihr Verhalten gegenseitig bestätigen. Dieser Index wird ermittelt, indem der Wert der Subskala „*partnerbezogenes dyadisches Coping des Partners*“ von dem Wert der Subskala „*eignes dyadisches Coping des Patienten*“ abgezogen wird. Negative Werte bedeuten somit, dass der Partner die Leistungen des Patienten bedeutender wahrnimmt, als der Patient seine Bemühungen selbst einschätzt.

Der Equityindex („wahrgenommene Fairness“-Index) gibt Aufschluss darüber, wie fair Partner A seine Copingbemühungen in Relation zu den wahrgenommenen des Partners B einschätzt. Im Gegensatz zur Berechnung der anderen Indizes erfolgt diese also intrapersonell. Dieser Index wird ermittelt, indem der Wert der Subskala „*partnerbezogenes dyadisches Coping des Patienten*“ von dem Wert der Subskala „*eignes dyadisches Coping des Patienten*“ abgezogen wird. Folglich deuten positive Werte daraufhin, dass man seine Bemühungen größer als die des Partners einschätzt

Durch den Reziprozitätsindex (Ähnlichkeitsindex) wird ermittelt, inwieweit sich bei beiden Partnern eine Übereinstimmung in den Antworten in derselben Frage bzw. (Sub-)Skala des dyadischen Coping finden lässt. So wird z. B. der Wert der Subskala „*eigenes dyadisches Coping des Patienten*“ mit dem Wert der Subskala „*eigenes dyadisches Coping des Partners*“ verglichen. Hier gibt es somit einen Vergleich der selbst als auch der vom Partner beigetragenen Bemühungen.

Hohe Werte der jeweiligen Diskrepanzindizes weisen auf einen großen Unterschied in den Bewertungen hin. Ein Wert von null spricht für Deckungsgleichheit bzw. Ausgewogenheit.



XX: Je nach Fragestellung einzelne Items, Subskalen oder Gesamtscore des DCI, wobei in jedem Feld (XX_{SA} bis XX_{PB}) immer korrespondierende Items/Subskalen/Gesamtscores berücksichtigt werden.

S=Selbsteinschätzung (z.B. eigenes supportives dyadisches Coping)

P=Partnerwahrnehmung (z.B. supportives Coping des Partners)

A=Patient / B=Partner

Abbildung 1 Diskrepanzindizes des Dyadischen Coping Inventars (Osin et al. 2018).

Untersuchungen haben den Zusammenhang zwischen dyadischem Coping und Beziehungsgestaltung bzw. Partnerschaftsqualität bereits weitestgehend belegt. So demonstrieren Paare, die in einer stabilen und zufriedenen Beziehung leben, ein effektiveres individuelles und positiveres dyadisches Coping. Außerdem wurde festgestellt, dass dyadisches Coping mit vielen Dimensionen der Partnerschaftsqualität (Zufriedenheit, Kommunikation, wahrgenommene Positivität der Paarinteraktion) signifikant positiv korreliert (Bodenmann 2008). Dyadisches Coping zeigt sich unabhängig von Alter, Länge der Beziehung, Geschlecht, Nationalität und Bildungsgrad als stärkster Prädiktor für Partnerschaftszufriedenheit (Herzberg 2013, Falconier et al. 2015). In Bezug auf die Partnerschaftszufriedenheit stellte sich der Einfluss von positivem dyadischem Coping größer als der des negativen dar. Dies gilt auch für den Fall des partnerbezogenen dyadischem Coping gegenüber dem eigens beigetragenem (Falconier et al. 2015). Im Umkehrschluss weisen Trennungspaare ein deutlich vermehrtes negatives Coping auf (Bodenmann 2008).

Neben Studien zur Beziehungsgestaltung wurden bereits auch erste Befragungen bei Paaren, die in besonderen Lebensumständen stecken, durchgeführt. So wurde bei Eltern, die ein an Autismus erkranktes Kind zu versorgen haben, herausgefunden, dass ein hohes positives dyadisches Coping mit niedrigeren

CRP-Werten korreliert. Ein negativer Einfluss des negativen dyadischen Copings konnte nicht ermittelt werden (Gouin et al. 2016). Hieraus ergab sich vorerst keine klinische Relevanz, könnte es aber in anderen Populationen geben. In einer Studie über den Vergleich von Paaren während einer Schwangerschaft zeigten solche Paare, bei denen die Schwangere vermehrt depressive Symptome aufwies, ein niedriges positives sowie gemeinsames dyadisches Coping und ein erhöhtes negatives dyadisches Coping (Alves et al. 2018).

Auch klinische Stichproben wurden zuletzt vermehrt untersucht. So gaben Partner von Patienten, die unter einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) leiden, im Verlauf von drei Jahren ein vermindertes partnerbezogenes delegiertes Coping sowie ein vermindertes gemeinsames dyadisches Coping an. Zusätzlich stellte sich ein erhöhtes *eigenes* negatives dyadisches Coping des *Patienten* als Prädiktor für eine niedrige zukünftige gesundheitsbezogene *Lebensqualität* des *Partners* heraus. Außerdem korrelierte das *partnerbezogene* delegierte dyadische des *Patienten* positiv mit der zukünftigen *Lebensqualität* der *Partner*. Ein hohes partnerbezogenes dyadisches Coping des Partners zeigt also an, dass der Patient die Bemühungen des Partners anerkennt und wahrnimmt, was diesen wiederum aufbaut. Zusätzlich profitierte die Lebensqualität der Patienten langfristig von einer hohen Stresskommunikation der Partner (Vaske et al. 2015).

Wenn Paare durch die Infertilität eines Partners betroffen sind, beeinflusst bei Männern das eigene dyadische Coping die eheliche Anpassungsfähigkeit, während bei Frauen hierfür das partnerbezogene dyadische Coping verantwortlich ist (Chaves et al. 2018). Bei Paaren, die hämatologische Krebsarten zu bewältigen haben, ließen sich ebenso signifikante intrapersonelle sowie partnerbezogene Effekte diverser Subskalen des dyadischen Coping sowohl auf die körperliche als auch die psychische Lebensqualität darstellen. Hier zeigte sich das *eigene* positive supportive dyadische Coping des *Partners* als Wirkfaktor sowohl auf die *eigene* psychische Lebensqualität als auch die des *Patienten* (Ernst et al. 2017). Eine weitere Untersuchung an einer ähnlichen Population betrachtete explizit die Diskrepanzindizes. Hier stellte sich ein negativer Einfluss der Kongruenzindizes auf den psychischen Distress des Patienten heraus. Dabei schienen Partner die Bemühungen des Patienten in höherem Maße anzuerkennen, was sich vorteilhaft

auf die psychische Belastung des Patienten auswirkte. Außerdem zeigte sich ein gleichgerichteter Zusammenhang zwischen dem Equityindex (wahrgenommene Fairness) und der psychischen Belastung. Folglich ergibt sich erhöhte psychische Belastung, wenn die eigenen Copingbemühungen größer als die des Partners eingeschätzt werden (Osin et al. 2018).

In Beziehungen von Brustkrebspatientinnen und deren Partnern zeigten sich weniger depressive Symptome für beide Parteien, wenn die Patientin das gemeinsame dyadische Coping als hoch bewertet hatte. Zusätzlich erfahren Patienten vermehrt depressive Symptome, wenn sie ein erhöhtes partnerbezogenes delegiertes dyadisches Coping aufweisen. Im Gegensatz dazu haben die Partner verminderte depressive Symptome, wenn sie ein hohes partnerbezogenes dyadisches Coping angeben, und mehr depressive Symptome, wenn sie ein niedriges partnerbezogenes dyadisches Coping aufwiesen (Rottmann et al. 2015). Allgemein scheinen vor allem eine offene Stresskommunikation, supportives Verhalten und positives dyadisches Coping die Beziehungszufriedenheit von Krebspatienten und deren Partnern aufrecht zu erhalten oder sogar noch zu verstärken (Traa et al. 2015).

Für das dyadische Coping und seine Subskalen hat sich bereits eine Menge an Befunden zu Partnerschaftsqualität und ihren diversen Dimensionen ergeben, deren Zusammenhänge als gesichert gelten. In den letzten Jahren wurden erste Untersuchungen und Befunde an klinischen Stichproben erhoben. Darin deuten sich erste positive Auswirkungen auf die psychische Lebensqualität und Belastung beider Partner sowie sogar auf messbare Laborwerte an.

1.3. Resilienz

Wie bereits erwähnt findet dyadisches Coping nur statt, wenn die eigenen Bewältigungsressourcen nicht ausreichen. Als ein wichtiger Einflussfaktor auf die intrapersonelle Bewältigung von Stress hat sich die Resilienz hervorgehoben. Sie kann als Personenmerkmal beschrieben werden und leitet sich von der Ego-Resilienz nach dem Konzept von Block und Block ab (Block und Block 2006). Sie bezeichnet das weitestgehend konstante Vermögen adaptiv auf Veränderungen und Widrigkeiten zu reagieren. Im Vordergrund steht dabei die Regulation der

Wahrnehmung und des Verhaltens. Personen mit einer hohen Ausprägung an Resilienz besitzen ein größeres Repertoire an affektiven und physiologischen Reaktionen und erleben unter schwierigen Umständen häufiger positive Emotionen (Ong et al. 2009). Resilienz hilft das seelische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten (Richardson 2002) und verbindet die beiden Faktoren persönliche Kompetenz und Akzeptanz des Selbst sowie des Lebens. Die Fähigkeit äußert sich flexibel und situationsangepasst (Schumacher et al. 2005). Resilienz bestärkt Menschen darin ihre Kapazitäten effektiver zu nutzen, um Erfolg zu erreichen und das persönliche Wachstum gegen Widrigkeiten und schwierige Umstände hin voranzutreiben (Bahremand et al. 2015). Resilienz korreliert außerdem positiv mit psychischer Gesundheit bei Menschen mit körperlicher Erkrankung oder Gesundheitsproblem. Dieser Zusammenhang variiert jedoch in verschiedenen Studien zwischen geringen und großen Effektstärken (Färber und Rosendahl 2018). Sie vermindert beispielsweise das subjektive körperliche Beschwerdebild bei Patienten mit chronischen Erkrankungen oder metabolischen Syndromen. Gleichzeitig unterstützt sie ältere Patienten bei der Bewältigung des Alltags, in dem positive Emotionen gefördert werden und Stress reduziert wird (Ong et al. 2006). Das Ausmaß an Resilienz steht in einem negativen Zusammenhang mit depressiven Symptomen und deren Schwere (Liu et al. 2015). Sie unterstützt dabei, dass negative sowie depressive Gedanken reduziert und Bewältigungspläne vorangetrieben werden (Songprakun und McCann 2014). Depressive Symptome sind wiederum mit einer reduzierten physischen und psychischen Gesundheit assoziiert (Liu et al. 2015, Lossnitzer et al. 2014, Bahremand et al. 2015). Auch bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren zeigte sich, dass eine ausgeprägte Resilienz mit hoher Lebensqualität korreliert. Dabei stach vor allem die Fähigkeit heraus, einen Sinn für inneren Frieden und Bedeutung des Lebens zu finden (Manne et al. 2015). Zudem wurde herausgefunden, dass bei Lungenkrebspaaren Frauen unabhängig von der Rolle als Patientin oder Partnerin niedrigere Werte in psychischer Gesundheit und Resilienz aufweisen (Kurz et al. 2014). Weiterhin leiden Partner von Alzheimer-Patienten signifikant weniger an depressiven Symptomen, wenn sie ein höheres Maß an Resilienz aufweisen (O'Rourke et al. 2010).

1.4. Krebs

Als wohl eines der größten medizinischen Probleme der heutigen Zeit gelten Krebserkrankungen. Der Spiegel betitelte sie schon 1953 als „Krankheit der Epoche“ und im Jahre 1965 als „Die letzte Seuche“ (Spiegel 1965, Spiegel 1953). Tatsächlich wird statistisch gesehen circa jeder zweite Mensch in Deutschland in seinem Leben mit einer Krebsdiagnose konfrontiert werden. Dabei sind Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache (RKI 2015). Neben der Erkrankung selbst mit ihren diversen Symptomen wie chronischer Erschöpfung, Schmerzen oder Schlaflosigkeit sowie den unerwünschten Nebenwirkungen der Therapien wie Übelkeit, Durchfall oder Polyneuropathie leiden Patienten auch unter psychischen Komorbiditäten. Bei diesen stehen vor allem Anpassungs-, Angststörungen sowie depressive Störungen im Vordergrund (Weis 2011). Die Diagnose „Krebs“ ist nicht nur für den Erkrankten, sondern auch für sein Umfeld und insbesondere dem Partner von immenser Bedeutung (Lee et al. 2018). In diesem Zusammenhang wird Krebs auch als so genannte „we disease“ (=“wir-Krankheit“) bezeichnet (Traa et al. 2015). Zahlreiche Studien zeigten, dass Krebspaare ein deutlich erhöhtes Level an psychischer Belastung und ein verminderte Lebensqualität aufweisen (Haun et al. 2014, Hagedoorn et al. 2008, Kurz et al. 2014, Lim et al. 2014, Manne et al. 2015, Lafaye et al. 2014). Es wurde jedoch auffällig, dass Frauen unabhängig von ihrer Rolle als Partnerin oder Patientin ein deutlich erhöhtes Stresslevel erleiden (Hagedoorn et al. 2008).

Allgemein ähneln sich die Beschwerden des Patienten mit denen des Partners. Wenn z. B. ein Patient durch das Fortschreiten der Krankheit immobil und daraus resultierend depressiv wird, erhöht dies auch die Wahrscheinlichkeit für den Partner, depressiver zu werden. Dies ergibt sich z. B., weil er diesen nicht allein lassen möchte und dadurch selbst auf eine gewisse Art und Weise immobil wird. Dieser Effekt bleibt im Verlauf der Krankheit konstant (Kurtz et al. 1995). Faktoren, die unter anderem Einfluss auf die psychische Belastung des Partners wirken, sind von der Patientenseite die Symptomschwere, eine vorliegende Depression und die Behandlungsart sowie von Partnerseite die Bildung, die Lebensumstände und die Wertschätzung des Geliebten (Kurtz et al. 2004). Während sich die

Sorgen der Patienten meist um die Therapienebenwirkungen und Krankheitsaspekte drehen, stehen für die Partner das Wohlergehen und die Verarbeitung der Erkrankung im Mittelpunkt (Dorros et al. 2017).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es um das Konstrukt des dyadischen Coping eine ansteigende Anzahl an Forschungsbefunden gibt. Diese bezogen sich bis dato vorrangig auf den Zusammenhang mit Partnerschafts- und Lebensqualität. Erste Untersuchungen bei klinischen Paaren jedoch weisen auf wichtige Prozesse hin, von denen beide Partner positiv oder negativ beeinflusst werden können. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass Paare dazu neigen, chronische Krankheiten als Team zu bewältigen und Partner dabei statistisch häufiger psychisch erkranken. Dabei scheinen Frauen mehr zu leiden, unabhängig von deren Rolle als Patientin oder Partnerin. Zur Resilienz ist bekannt, dass diese negativ mit psychischer Belastung korreliert. Ihr protektiver Einfluss auf Distress und psychische Komorbiditäten wurde auch im Zusammenhang mit Krebserkrankungen nachgewiesen. Dies ist jedoch meist nur Patienten bezogen untersucht worden. Eine Verbindung zwischen dyadischem Coping und Resilienz sowie deren Auswirkung auf die psychische Belastung bei Patienten mit schwerer körperlicher Erkrankung und deren Partnern ist bis her noch offen geblieben.

2. Zielstellung

Ausgehend von den beschriebenen offenen Forschungsfragen hatte die vorliegende Arbeit das Ziel, psychische Folgen einer Krebserkrankung bei Patienten und deren Partnern zu untersuchen. Besondere Berücksichtigung sollte dabei die Analyse dyadischer Zusammenhänge sowie die Untersuchung des protektiven Einflusses der Resilienz auf die psychische Gesundheit von Patienten und Angehörigen finden. Die Arbeit ist damit in die Forschungsschwerpunkte des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie (IPMP) des Universitätsklinikum Jena eingebettet. Am IPMP wird seit einigen Jahren die Rolle der Resilienz als protektives Merkmal bei Erkrankungen wie Lungenkrebs oder die dyadischen Folgen bei Sepsis untersucht.

Folgende Hypothesen wurden geprüft:

1.) Es gibt positive dyadische Zusammenhänge in

- a) der psychischen Belastung (Ängstlichkeit, Depressivität, psychischer Distress)
- b) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (körperlich, psychisch)
- c) der Resilienz
- d) der Partnerschaftszufriedenheit
- e) dem dyadischen Coping

der Patienten und Lebenspartner.

2.) Frauen berichten unabhängig von ihrer Rolle als Patientin oder Partnerin

- a) eine stärkere psychische Belastung (Ängstlichkeit, Depressivität, Distress) und
- b) eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperlich, psychisch)

als Männer.

3.) Je positiver die Resilienz des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren psychischer Distress und desto höher die Lebensqualität.

4.a) Je ausgeprägter das *eigene* dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren psychische Belastung.

4.b) Je ausgeprägter das *partnerbezogene* dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren psychische Belastung.

4.c) Je ausgeprägter das *gemeinsame* dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren psychische Belastung.

4.d) Je ausgeprägter das *gesamte* dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren psychische Belastung.

5.) Der Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischem Distress sowie der Lebensqualität wird durch das gesamte dyadische Coping mediiert.

Zusätzlich wurden explorativ dyadische Zusammenhänge der Hypothese 3 und 4 geprüft. Hierbei sollte betrachtet werden, inwiefern die Resilienz und das

dyadische Coping des Patienten Einfluss auf den Distress beim Beziehungspartner haben und umgekehrt.

Eine weitere Untersuchung widmete sich den Zusammenhängen der Diskrepanzindizes (Equity, Reziprozität sowie Kongruenz) und dem psychischen Distress, der gesundheitsbezogenen psychischen Lebensqualität, der Resilienz sowie der Partnerschaftszufriedenheit.

3. Methodik

3.1. Studiendesign und Setting

Die vorliegende Studie wurde als monozentrische, nicht kontrollierte Beobachtungsstudie konzipiert.

In Zusammenarbeit mit dem MVZ der Zentralklinik Bad Berka, einem anerkannten akademischen Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena, und dessen allgemeinmedizinischer Sprechstunde mit dem Schwerpunkt „integrative Onkologie“ wurden Patienten mit verschiedenen Krebsdiagnosen zur Teilnahme an der Untersuchung gebeten. In dieser Praxis werden neben der schulmedizinischen Versorgung auch gezielt naturheilkundliche Verfahren wie zum Beispiel Akupunktur oder Misteltherapie angeboten. Die Teilnahme erfolgte durch das Aushändigen und dementsprechenden Ausfüllen eines Fragebogenpaares für Patienten und Partner. Beide Fragebogen-Versionen enthielten den gleichen Fragensatz, welcher aber vor allem im Rahmen des Dyadischen Coping Inventars an die Geschlechter angepasst wurde. Jeweils ein Fragebogen für den Patienten und dessen Partner sowie ein Aufklärungsschreiben wurden mit einer Nummer versehen, um eine spätere Zuordnung zu gewährleisten. Die beiden Fragebögen und das Aufklärungsschreiben wurden zusammen in einem vorfrankierten und an das Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena voradressierten Briefumschlag aufbewahrt. Nach einer persönlichen Aufklärung über den Inhalt, die Ziele, den Datenschutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde die Einverständniserklärung durch den Patienten und die aufklärende Ärztin unterschrieben. Da nicht jeder Patient seinen Partner zur

Sprechstunde mitbringt, wurde das Ausfüllen des Partnerfragebogens als indirektes Einverständnis gewertet und so kommuniziert. Weiterhin wurde darum gebeten, dass die Fragebögen separat voneinander ausgefüllt werden, um eine Angleichung der Werte und somit eine Verfälschung zu verhindern. Der Erfassungszeitraum erstreckte sich von September 2016 bis April 2017. Es erfolgte eine einmalige Datenerhebung.

Die Krankheitsdaten des Patienten wurden aus den Akten des MVZ Bad Berka entnommen und, falls nicht oder nur unvollständig vorhanden, vom Patienten erfragt. Die Paardaten wurden pseudonymisiert. Dabei bekam jedes Paar eine Nummer zugewiesen, die sich sowohl auf der Einverständniserklärung als auch auf den beiden ausgehändigten Fragebögen befand.

Ein positives Votum der Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena wurde erteilt (Nr. 44767-04/16).

3.2. *Stichprobe*

Es wurden ausschließlich Menschen mit Diagnose einer malignen Neubildung befragt, die sich in Behandlung im MVZ Bad Berka befanden. Die Partnerschaft oder Ehe musste zudem mindestens seit einem Jahr bestehen. Dabei wurden sowohl hetero- als auch homosexuelle Paare berücksichtigt. Weiterhin wurden entsprechende Deutschkenntnisse vorausgesetzt.

3.3. *Messinstrumente*

Eine Übersichtstabelle der erhobenen Messinstrumente inklusive Reliabilitäten wird in Tabelle 2 dargestellt. In dieser Untersuchung wurden soziodemografische Merkmale, die psychische Belastung, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Persönlichkeitsmerkmal Resilienz, der dyadische Umgang mit Stress sowie die Partnerschaftszufriedenheit sowohl bei den Patienten als auch deren Lebenspartnern mittels schriftlicher Befragung erhoben.

Tabelle 2 erhobene Messinstrumente und deren Reliabilitäten

| Konstrukt | Messinstrument | interne Konsistenz (Patienten; n) | interne Konsistenz (Partner n) |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| psychische Belastung | | | |
| Ängstlichkeit | HADS-a Subskala | .79 (40) | .88 (40) |
| Depressivität | HADS-d Subskala | .79 (40) | .89 (40) |
| psychischer Distress | HADS-D Gesamtwert | .86 (40) | .93 (40) |
| Resilienz | RS-13 | .91 (39) | .94 (40) |
| Partnerschafts- zufriedenheit | RAS | .92 (37) | .90 (39) |
| dyadisches Coping | DCI Subskalen DCI gesamt | .73 - .91 .93 (34) | .51 - .97 .93 (39) |

Zur Erfassung der psychischen Belastung von Patient und Partner wurde die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale genutzt. Die ursprüngliche Version geht auf Zigmond und Snaith zurück und wurde erstmals im englischsprachigen Raum veröffentlicht (Zigmond und Snaith 1983). Die HADS-D wurde für den deutschsprachigen Raum normiert und psychometrisch getestet (Hinz und Schwarz 2001). Sie erfasst mit jeweils sieben Items Ängstlichkeit und Depressivität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen. Die Skala ist zusätzlich aber auch in der Lage, Ängstlichkeit und Depressivität in nicht klinischen Stichproben wie zum Beispiel der Partnerstichprobe zu erfassen. Die S3-Leitlinie zur Behandlung von Lungenkarzinomen von 2018 empfiehlt den Einsatz der HADS-D zur Erfassung der emotionalen Belastung durch die Atemnot (Leitlinie-Programm-Onkologie 2018). Die Items werden alternierend für Ängstlichkeit und Depressivität dargeboten und auf einer ordinalen, vier-stufigen Likert-Skala bewertet. Durch Summierung der jeweiligen Itemscores werden Gesamtwerte für die Subskalen Ängstlichkeit und Depressivität ermittelt. Diese reichen von null (keine Symptomatik) bis 21 (stärkste Symptomatik), wobei Werte über sieben als

grenzwertig und Werte über zehn als klinisch relevant bzw. auffällig gelten (Herrmann-Lingen et al. 2011). Neben den Subskalen kann zudem ein Gesamtwert durch Summierung aller Itemwerte berechnet werden, der als Maß für psychischen Distress gilt. Beispiele zur die Messung der Depressivität sind „Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.“ oder „Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.“, während Itembeispiele für die Ängstlichkeit „Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.“ oder „Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.“ darstellen. Die internen Konsistenzen wurden für die vorliegende Patientenstichprobe mit Cronbach's $\alpha = .79$ (Ängstlichkeit), $\alpha = .79$ (Depressivität) und $\alpha = .86$ (psychischer Distress) sowie bei der Stichprobe der Partner mit $\alpha = .88$ (Ängstlichkeit), $\alpha = .89$ (Depressivität) und $\alpha = .93$ (psychischer Distress) errechnet.

Weiterhin wurde die Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF12) zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den letzten vier Wochen eingesetzt. Die ursprüngliche Version (SF36) geht auf die Arbeit der Research and Development Cooperation zurück und wurde ursprünglich im englischsprachigen Raum veröffentlicht (Tarlov et al. 1989). Der SF36 wurde für den deutschsprachigen Raum normiert und psychometrisch getestet (Bullinger et al. 1998, Bullinger 2000). Seine entsprechende Kurzform gilt als reliable und valide Alternative (Ware et al. 1996). Der Fragebogen erfasst acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden, die sich in den Grunddimensionen körperliche und psychische Gesundheit zusammenfassen lassen. Die Fragen werden sowohl Ja-Nein-Format als auch in Form einer ordinalen drei- bis sechs-stufigen Skala beantwortet. Die Skalenwerte werden durch Transformation der Rohwerte mittels einer vorgegebenen Syntax ermittelt. Hohe Werte sprechen dabei für eine hohe Lebensqualität. Fragen, welche sich auf die psychische Lebensqualität beziehen, lauten z. B. „Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ruhig und gelassen oder voller Energie?“ Die körperliche Summenskala wird unter anderem durch Fragen wie „Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen

Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?“ ermittelt. Die internen Konsistenzen werden im Manual für die psychische Summenskala mit Cronbach's $\alpha = .70$ und für die körperliche Summenskala mit $\alpha = .78$ angegeben (Bullinger et al. 2011).

Zur Erfassung des Persönlichkeitsmerkmals Resilienz wurde die gekürzte deutsche Version der Resilienzskala (RS-13) genutzt. Die ursprüngliche Version geht auf Wagnild und Young zurück und wurde im englischsprachigen Raum veröffentlicht (Wagnild und Young 1993). Wagnild und Young haben in ihrem Konzept der Resilienz zwei wesentliche Faktoren definiert. Diese sind einerseits persönliche Kompetenz und andererseits Akzeptanz des Lebens und des Selbst. Die RS-13 wurde für den deutschsprachigen Raum normiert und psychometrisch getestet (Leppert 2008). Sie erfasst mit 13 Items die Resilienz von klinischen Stichproben und kann ebenso in der Normalbevölkerung angewendet werden. Die Items werden auf einer sieben-stufigen Intervallskala (1 = „ich stimme nicht zu“; 7 = „ich stimme völlig zu“) bewertet. Durch Summierung der jeweiligen Itemscores wird ein Gesamtwert ermittelt, wobei ein hoher Gesamtwert für eine hohe Ausprägung an Resilienz spricht. Ein Beispiel zur die Messung der persönlichen Kompetenz ist „In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.“, während ein Itembeispiel für Akzeptanz „Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.“ darstellt. In dieser Studie weist die RS-13 eine interne Konsistenz von $\alpha = .91$ (Patienten) und $\alpha = .94$ (Partner) auf.

Außerdem wurde das Dyadische Coping Inventar zur Einschätzung der Stressbewältigung innerhalb einer Beziehung vorgelegt. Das DCI wurde von Bodenmann entwickelt und gilt als reliabler und valider Fragebogen zur Erfassung von partnerschaftsbezogener Stressbewältigung für den deutschsprachigen Raum (Bodenmann 2008). Der aus 37 Items bestehende Fragebogen beinhaltet jeweils 15 Items über das eigene und das vom Partner erfahrene Stressbewältigungsverhalten, fünf Items zum gemeinsamen Umgang mit Stress und zwei Items zur Evaluation des partnerschaftlichen Bewältigens. Die 15 Items umfassenden Komplexe des eigenen und partnerbezogenen Stressbewältigungsverhalten werden aus einer jeweiligen Anzahl von Items aus weiteren Subskalen zusammengefasst: Zu diesen gehören Stresskommunikation

(jeweils vier Items), unterstützendes (jeweils fünf Items), delegiertes (jeweils zwei Items) sowie negatives dyadisches Coping (jeweils vier Items). Der Inhalt der 15 Fragen zu den Subskalen des eigenen und partnerbezogenen dyadisches Coping ist der gleiche. Dieser bezieht sich jedoch einerseits auf das dem Partner präsentierte Verhalten („Ich nehme seinen Stress nicht ernst.“ = eigenes dyadisches Coping) und andererseits auf das vom Partner wahrgenommene Verhalten („Er nimmt meinen Stress nicht ernst.“ = partnerbezogenes dyadisches Coping). Alle Items sind auf einer fünf-stufige Likert Skala zu beantworten, wobei 1 = sehr selten und 5 = sehr oft bedeutet. Durch die Summation der Itemwerte ergibt sich der Gesamtwert, wobei die Werte für das negative dyadische Coping umgepolt werden müssen. Hohe Werte deuten auf eine gute Stressbewältigung des Paares hin.

Beispiele für die Subskalen sind: Stresskommunikation „Ich bitte meinen Partner, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen, wenn ich überlastet bin.“; unterstützendes dyadisches Coping „Er solidarisiert sich mit mir, sagt mir, dass er dieses Gefühl auch kenne und hält zu mir.“; delegiertes dyadisches Coping „Er übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten.“ sowie negatives dyadisches Coping „Er macht mir Vorwürfe, dass ich zu wenig gut mit Stress umgehen kann.“ Ein Beispielitem für gemeinsames dyadisches Coping ist „Wir versuchen, das Problem gemeinsam zu bewältigen und konkrete Lösungen zu suchen.“ und ein Item aus der Kategorie der Evaluation stellt „Ich bin zufrieden mit der Unterstützung meines Partners und der gemeinsamen Stressbewältigung.“) dar. In der vorliegenden Studie liegen die internen Konsistenzen der Gesamtskala sowohl bei den Patienten als auch den Partnern bei $\alpha = .91$ und in den Subskalen zwischen $\alpha = .73 - \alpha = .91$ (Patienten) und $\alpha = .51 - \alpha = .97$ (Partner).

Neben den Subskalen können durch diverse Subtraktionen derer zusätzlich die Diskrepanzindizes (Kongruenz, Equity und Reziprozität) gebildet werden. Hohe Indexbeträge (sowohl positive als auch negative) sprechen für größere Unterschiede in den Copingbewertungen. Eine Differenz von null spricht für eine komplette Übereinstimmung.

Als Messinstrument für die globale Partnerschaftszufriedenheit wurde die Relationship Assessment Scale eingesetzt. Die ursprüngliche Version geht auf Hendrick zurück und wurde im englischsprachigen Raum veröffentlicht (Hendrick 1988). Sie gilt im englischsprachigen Raum als valider und reliabler Fragebogen und wurde von Hassebrauck ins Deutsche übersetzt (Vaughn und Baier 1999, Hassebrauck 1991). Die deutsche Version gilt ebenso als valide und reliables Messinstrument (Dinkel und Balck 2005). Sie umfasst sieben Items, welche mit Hilfe einer sieben-stufigen Skala beantwortet werden. Ein Gesamtwert wird durch Summation der Itemwerte erreicht, wobei die Items vier und sieben umgepolt werden müssen. Hohe Werte sprechen für eine hohe Partnerschaftszufriedenheit. Fragen wie zum Beispiel „Wie gut erfüllt Ihr Partner Ihre Wünsche und Bedürfnisse?“ oder „Wie zufrieden sind Sie im Großen und Ganzen mit Ihrer Beziehung?“ sollen beantwortet werden. Die interne Konsistenz liegt in dieser Studie bei $\alpha = .92$ (Patienten) bzw. $\alpha = .90$ (Partner).

3.4. *Statistische Auswertung*

Zur deskriptiven Beschreibung der Stichprobe wurden im Fall von normalverteilten Daten Mittelwerte und Standardabweichungen, im Fall von nicht-normalverteilten Daten Mediane und Interquartilsabstände berechnet. Die Angaben der Patienten wurden mit Normstichproben vom Alter 60-70 verglichen. Mittelwertunterschiede wurden mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben geprüft. Zudem wurden standardisierte Mittelwertsdifferenzen (Effektstärke Cohen's d) mit 95% Konfidenzintervall bestimmt. Hierbei gelten Werte ab $d = .30$ als kleiner, ab $d = .50$ als mittlerer und ab $d = .80$ als großer Effekt (Cohen 1988).

Im Folgenden werden die zur Hypothesenprüfung verwendeten statistischen Verfahren kurz beschrieben.

Hypothese 1. Dyadische Zusammenhänge wurden aufgrund der Abhängigkeit der Daten mittels bivariater Korrelationsanalyse unter Verwendung von Spearman's ρ analysiert. Hierbei gilt ein Betrag der Korrelation ab $r = .3$ als geringer, ab $r = .5$ als mittlerer und ab $r = .7$ als großer Effekt (Mukaka 2012).

Hypothese 2. Mittelwertunterschiede wurden mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben geprüft. Auch hier wurde die standardisierte Mittelwertsdifferenz bestimmt.

Hypothese 3 und 4. Hierbei wurde eine lineare Regressionsanalyse nach Einschlussverfahren durchgeführt. Es werden alle Prädiktoren in einem Schritt ins Modell aufgenommen und geprüft. Die unabhängige Variable war jeweils die Resilienz bzw. das jeweilige dyadische Coping, während Distress und psychische sowie körperliche Lebensqualität als abhängige Variable galten.

Hypothese 5. Zur Prüfung des Mediatoreffektes wurde das Modell nach Baron und Kenny von 1986 genutzt (Baron und Kenny 1986). Nach Baron und Kenny erfolgt der Test des Mediator-Effektes in folgenden Schritten (in der Hypothese wie folgt: dyadischen Coping als Mediator, Resilienz als Prädiktorvariable und psychische Belastung als Outcomevariable): Zuerst müssen Prädiktor- und Outcomevariable mit einander korrelieren. Im zweiten Schritt wird die Korrelation zwischen Prädiktor und Mediator geprüft. Danach wird erhoben, inwiefern Mediator und Outcomevariable korrelieren. Im letzten Schritt wird geprüft, ob sich unter Berücksichtigung des Mediatoreffektes der Effekt der Prädiktorvariable auf die Outcomevariable verringert. Von vollständiger Mediation wird gesprochen, wenn der Effekt der kausalen Variable auf die Outcomevariable unter Kontrolle des Mediators nicht mehr signifikant ist. Wird der Effekt kleiner, spricht man von partieller Mediation.

Die Daten wurden in SPSS Statistics Version 24 eingepflegt und es erfolgte die statistische Auswertung damit. Als Signifikanzkriterium wurde ein p-Wert $< .05$ festgelegt.

4. Ergebnisse

4.1. Deskriptive Daten

Insgesamt wurden 64 Fragebögenpaare ausgeteilt. Von diesen wurden 43 (67%) zurückgeschickt, wobei drei Exemplare nur vom Patienten ausgefüllt wurden. Somit waren 40 (62.5%) Fragebögenpaare zur Auswertung geeignet.

Ein Überblick zu den Merkmalen der Studienpopulation wird in Tabelle 3 dargestellt. Es nahmen 17 Paare mit männlichem Patienten und 23 mit weiblicher Patientin teil. Da sich darunter keine homosexuellen Paare befinden, ergeben sich die entsprechenden Verteilungen für die Partner. Im Durchschnitt waren sowohl die Patienten als auch die Partner ein knapp über 60 Jahre alt. Circa die Hälfte aller Befragten bezog bereits Renten- oder Pensionsansprüche. Die durchschnittliche Beziehungsdauer war rund 34 Jahre. Jeweils rund ein Drittel der Erkrankten und Partner war erwerbstätig. In der Population findet sich ein hoher Anteil (40%) an (Fach-)Hochschulabsolventen. Die am häufigsten vertretenen Diagnosen kam aus dem Bereich der gynäkologischen Tumoren (40%), gefolgt von den gastrointestinalen (19%) und hämatologischen (13%). Im Mittel bestand die Diagnose seit circa dreieinhalb Jahren. Der Großteil der Patienten (60%) befand bzw. befindet sich noch in einem kurativen Behandlungssetting, während rund ein Drittel der Patienten bereits mit einem palliativen Hintergrund behandelt wurden. Ungefähr zwei Drittel der Krebserkrankten bekam zumindest eine chemotherapeutische Behandlung. Drei Fünftel der Patienten durchlebte einen operativen Eingriff und mehr als ein Drittel wurde strahlentherapeutisch behandelt.

Tabelle 3 Deskriptive Merkmale der Studienpopulation (n=40 Paare)

| | Patient | Partner |
|-------------------------------------|---------|---------|
| Geschlecht | | |
| männlich | 17 | 23 |
| weiblich | 23 | 17 |
| Alter (in Jahren) | | |
| Mittelwert | 60.82 | 61.02 |
| SD | 11.81 | 11.47 |
| Beziehungslänge (in Jahren) | | |
| Mittelwert | | 33.63 |
| SD | | 14.84 |
| Bildung | | |
| ≤10. Klasse | 20 | 23 |
| Abitur | 1 | 3 |
| (Fach-)Hochschulabschluss | 19 | 13 |
| Berufstätigkeit | | |
| Vollzeit | 10 | 11 |
| Teilzeit | 5 | 4 |
| Rente/Pension | 21 | 20 |
| nicht erwerbstätig/unbekannt | 3 | 4 |
| Krebsart | | |
| Gynäkologisch | 16 | |
| Gastrointestinal | 7 | |
| Hämatologisch | 5 | |
| Urologisch | 4 | |
| ZNS | 3 | |
| Sonstige | 5 | |
| Behandlungsansatz | | |
| kurativ | 24 | |
| palliativ | 12 | |
| unbekannt | 4 | |
| Behandlungsart | | |
| operativ | 24 | |
| strahlentherapeutisch | 13 | |
| chemotherapeutisch | 27 | |
| unbekannt | 3 | |
| Monate seit der Erstdiagnose | | |
| Mittelwert | 40.08 | |
| SD | 44.90 | |

4.2. *Vergleich mit Normdaten*

Die Daten wurden mit repräsentativen und altersvergleichbaren Stichproben aus der Normalbevölkerung verglichen (Leppert 2008, Bodenmann 2008, Hinz und Schwarz 2001, Bullinger et al. 2011). Die Ergebnisse für die weibliche Studienpopulation sind in Tabellen 4, die für die männliche Studienpopulation in Tabelle 5 dargestellt.

Sowohl Patientinnen als auch Partnerinnen gaben im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant höhere Werte für Ängstlichkeit sowie psychischen Distress und geringere Werte in der körperlichen sowie psychischen Lebensqualität an. Unter den Patientinnen ließen sich im eigenen sowie gesamten dyadischen Coping niedrigere Werte als in der Vergleichspopulation finden. Zusätzlich wiesen die Partnerinnen signifikant höhere Werte für Resilienz auf.

Den im Folgenden genannten Differenzen gilt die Normalbevölkerung als Vergleichswert. Die Unterschiede in Ängstlichkeit sind für Patientinnen ($d=0.80$) sowie für die Partnerinnen ($d=1.12$) jeweils als große Effektstärke und in psychischem Distress für Patientinnen ($d=0.55$) sowie für die Partnerinnen ($d=0.62$) jeweils als mittlere Effektstärke zu bewerten. Ähnliches gilt in puncto psychischer Lebensqualität. Dort wurden ebenfalls große Effektstärken für Patientinnen ($d=-1.15$) und mittlere Effektstärken für die Partnerinnen ($d=-0.75$) gefunden. Für das eigene dyadische Coping der Patientinnen ($d=-0.61$) sowie die Resilienz der Partnerinnen ($d=0.62$) stellten sich mittlere Effektstärken dar. Eine kleine Effektstärke ergab sich für das gesamte dyadische Copings der Patientinnen ($d=-0.49$). Die komplette Übersicht der Effektstärken inklusive der 95%-Konfidenzintervalle ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4 Vergleich der Studienvariablen zwischen der weiblichen Studienpopulation und der Normalbevölkerung

| | Stichprobe | n | M (SD) | Cohen's d (95% KI) |
|--|------------|-----|-----------------------|-----------------------------|
| Ängstlichkeit | Norm | 417 | 5.1 (3.6) | |
| | Patient | 23 | 7.98 (3.51) | 0.80 (0.38; 1.23) |
| | Partner | 17 | 9.18 (4.84) | 1.12 (0.63; 1.61) |
| Depressivität | Norm | 417 | 5.4 (3.8) | |
| | Patient | 23 | 6.13 (3.81) | 0.19 (-0.23; 0.61) |
| | Partner | 17 | 5.41 (3.34) | 0.00 (-0.48; 0.49) |
| psychischer Distress | Norm | 417 | 10.4 (6.7) | |
| | Patient | 23 | 14.09 (6.44) | 0.55 (0.13; 0.97) |
| | Partner | 17 | 14.59 (7.73) | 0.62 (0.14; 1.11) |
| Resilienz | Norm | 309 | 65.52 (12.31) | |
| | Patient | 23 | 65.26 (14.85) | 0.02 (-0.40; 0.44) |
| | Partner | 17 | 73.10 (10.16) | 0.62 (0.13; 1.11) |
| körperliche Summenskala | Norm | 197 | 44.86 (11.37) | |
| | Patient | 23 | 39.55 (13.70) | -0.46 (-0.89; 0.02) |
| | Partner | 17 | 45.17 (11.31) | 0.20 (-0.29; 0.70) |
| psychische Summenskala | Norm | 197 | 52.03 (8.98) | |
| | Patient | 23 | 41.79 (8.38) | -1.15 (-1.59; -0.70) |
| | Partner | 17 | 45.17 (11.32) | -0.75 (-1.25; -0.25) |
| gesamtes dyadisches Coping | Norm | 93 | 127.41 (19.44) | |
| | Patient | 23 | 117.57 (22.17) | -0.49 (-0.97; -0.02) |
| | Partner | 17 | 127.45 (14.60) | -0.00 (-0.52; 0.52) |
| eigenes dyadisches Coping | Norm | 93 | 57.25 (7.36) | |
| | Patient | 21 | 52.61 (8.48) | -0.61 (-1.10; -0.13) |
| | Partner | 17 | 55.98 (6.37) | -0.18 (-0.69; 0.34) |
| partnerbezogenes dyadisches Coping | Norm | 93 | 53.57 (9.99) | |
| | Patient | 22 | 49.32 (11.31) | -0.41 (-0.88; 0.05) |
| | Partner | 16 | 55.59 (7.56) | 0.20 (-0.33; 0.73) |

| | | | |
|-----------------------------------|---------|-----|--------------|
| Partnerschafts- zufriedenheit* | Norm | 197 | |
| | Patient | 23 | 18.21 (9.10) |
| | Partner | 17 | 19.29 (7.11) |

* Für die RAS konnten keine geeigneten Vergleichswerte gefunden werden.

Vergleichbar mit der weiblichen Studienpopulation gaben auch die männlichen Patienten und Partner niedrigere Werte als die Normalbevölkerung für die psychische Lebensqualität an. Für die Patienten wurden keine weiteren signifikanten Unterschiede ermittelt. In der Partnerrolle wurden bei den männlichen Studienteilnehmern erhöhte Ängstlichkeit sowie psychischer Distress und niedrigere Werte für die Variablen des dyadischen Coping als in der Normbevölkerung gefunden.

Den im Folgenden genannten standardisierten Mittelwertsdifferenzen gilt die Normalbevölkerung als Vergleichswert. In puncto psychischer Lebensqualität wurden große Effektstärken für Partner ($d=-0.97$) und mittlere Effektstärken für Patienten ($d=-0.71$) gefunden. Die Ängstlichkeit ($d=1.10$), das gesamte ($d=-0.80$) sowie das eigene dyadische Coping ($d=-0.84$) der Partner werden als große Effektstärken eingeordnet. Dahingegen werden die standardisierten Mittelwertsdifferenzen des partnerbezogenen dyadischen Coping ($d=-0.73$) sowie des psychischen Distress ($d=0.65$) der Partner der als mittlere Effektstärke klassifiziert. Die komplette Übersicht der Effektstärken inklusive der 95%-Konfidenzintervalle ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5 Vergleich der Studienvariablen zwischen der männlichen Studienpopulation und der Normalbevölkerung

| | Stichprobe | n | M (SD) | Cohen's d (95% KI) |
|--|------------|-----|-----------------------|-----------------------------|
| Ängstlichkeit | Norm | 383 | 4.6 (3.2) | |
| | Patient | 17 | 5.99 (3.64) | 0.43 (-0.05; 0.92) |
| | Partner | 23 | 8.13 (4.65) | 1.07 (0.64; 1.50) |
| Depressivität | Norm | 383 | 5.6 (3.9) | |
| | Patient | 17 | 4.89 (3.12) | -0.19 (-0.67; 0.30) |
| | Partner | 23 | 6.39 (5.26) | 0.20 (-0.22; 0.62) |
| psychischer Distress | Norm | 417 | 10.2 (6.5) | |
| | Patient | 17 | 10.88 (6.09) | 0.11 (-0.38; 0.59) |
| | Partner | 23 | 14.52 (9.59) | 0.64 (0.22; 1.12) |
| Resilienz | Norm | 272 | 69.69 (12.42) | |
| | Patient | 17 | 74.37 (11.07) | 0.38 (-0.11; 0.87) |
| | Partner | 23 | 68.35 (17.49) | -0.10 (-0.53; 0.32) |
| körperliche Summenskala | Norm | 167 | 44.68 (11.04) | |
| | Patient | 17 | 40.05 (11.43) | -0.42 (-0.92; 0.08) |
| | Partner | 23 | 47.39 (11.10) | 0.25 (-0.18; 0.69) |
| psychische Summenskala | Norm | 167 | 54.19 (8.41) | |
| | Patient | 17 | 48.07 (10.34) | -0.71 (-1.22; -0.21) |
| | Partner | 23 | 45.83 (10.22) | -0.97 (-1.41; -0.52) |
| gesamtes dyadisches Coping | Norm | 138 | 128.96 (17.40) | |
| | Patient | 17 | 131.47 (15.44) | 0.15 (-0.36; 0.65) |
| | Partner | 23 | 114.27 (22.71) | -0.80 (-1.25; -0.35) |
| eigenes dyadisches Coping | Norm | 138 | 55.62 (7.56) | |
| | Patient | 17 | 55.12 (6.95) | -0.07 (-0.57; 0.44) |
| | Partner | 23 | 49.24 (7.59) | -0.84 (-1.29; -0.39) |
| partnerbezogenes dyadisches Coping | Norm | 138 | 56.86 (8.37) | |
| | Patient | 17 | 58.65 (7.65) | 0.22 (-0.29; 0.72) |
| | Partner | 23 | 50.17 (13.16) | -0.73 (-1.18; -0.27) |

| | | | |
|-----------------------------------|---------|-----|--------------|
| Partnerschafts- zufriedenheit* | Norm | 197 | |
| | Patient | 17 | 13.88 (6.92) |
| | Partner | 23 | 17.15 (9.79) |

* Für die RAS konnten keine geeigneten Vergleichswerte gefunden werden.

4.3. Hypothesenprüfung

Im Folgenden sollen die Ergebnisse entlang der a priori formulierten Hypothesen präsentiert werden.

Hypothese 1

In Hypothese 1 wurde postuliert, dass sich die Angaben der beiden Partnern zu den Studienvariablen ähneln. Die dyadischen Zusammenhänge der Studienvariablen sind als bivariate Korrelationen (Spearman's ρ) in Tabelle 6 dargestellt.

1. a) *Es gibt positive dyadische Zusammenhänge in der psychischen Belastung (Ängstlichkeit, Depressivität, psychischer Distress) der Patienten und Lebenspartner.*

Während sich für Depressivität eine signifikante Korrelation ergab, welche mit $\rho=.41$ als gering einzuschätzen ist, konnte dies für Ängstlichkeit ($\rho=.25$) und psychischen Distress ($\rho=.31$) nicht nachgewiesen werden. Die Hypothese ist daher zu teilweise abzulehnen.

1. b) *Es gibt positive dyadische Zusammenhänge in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten und Lebenspartner.*

Sowohl für die psychische ($\rho=.14$) als auch die körperliche Lebensqualität ($\rho=.29$) konnten keine signifikanten Zusammenhänge ermittelt werden. Die Hypothese ist daher zu abzulehnen.

1. c) *Es gibt positive dyadische Zusammenhänge in der Resilienz der Patienten und Lebenspartner.*

Auch für die Resilienz ergab sich kein signifikanter Zusammenhang ($\rho=.30$). Daher ist auch diese Hypothese abzulehnen.

1. d) *Es gibt positive dyadische Zusammenhänge in der Partnerschaftszufriedenheit der Patienten und Lebenspartner.*

Hinsichtlich der Partnerschaftszufriedenheit ergaben sich signifikante und mit $\rho=.78$ als hoch einzuschätzende Korrelationen. Diese Hypothese lässt sich somit bestätigen.

1. e) *Es gibt positive dyadische Zusammenhänge in dem dyadischen Coping der Patienten und Lebenspartner.*

Auch für die beiden Subskalen eigenes sowie partnerbezogenes dyadisches Coping und das gesamte dyadische Coping ergaben sich signifikante Korrelationen. Diese sind für die beiden Subskalen mit $\rho=.51$ (eigenes dyadisches Coping) sowie $\rho=.56$ (partnerbezogenes dyadisches Coping) als mittelgroße und für das gesamte dyadische Coping mit $\rho=.71$ als große Korrelationen einzuschätzen. Diese Hypothese lässt sich somit bestätigen.

Tabelle 6 Dyadische Zusammenhänge zwischen Patienten und Partnern in den Studienvariablen

| | Spearman's ρ | p-Wert |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|
| Ängstlichkeit | .25 | .081 |
| Depressivität | .41 | .012 |
| psychischer Distress | .31 | .053 |
| psychische Lebensqualität | .14 | .196 |
| körperliche Lebensqualität | .29 | .063 |
| Resilienz | .30 | .057 |
| Partnerschaftszufriedenheit | .78 | <.001 |
| eigenes dyadisches Coping | .51 | .004 |
| partnerbezogenes dyadisches Coping | .56 | <.001 |
| gesamtes dyadisches Coping | .71 | <.001 |

Hypothese 2

In dieser Hypothese wurden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern untersucht. Überprüft wurde, ob Frauen betroffener als Männer sind.

Die Patientendaten wurden in Tabelle 7 und die der Partner in Tabelle 8 aufgeführt.

2. a) Frauen berichten unabhängig von ihrer Rolle als Patientin oder Partnerin eine stärkere psychische Belastung (Ängstlichkeit, Depressivität, psychischer Distress) als Männer.

Über die Gesamtheit aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer fanden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der psychischen Belastung. Deshalb wurde eine rollenspezifische Trennung vorgenommen. Für den psychischen Distress ($d=0.51$) und die Ängstlichkeit ($d=0.57$) gaben Patientinnen höhere Werte als Patienten an. Diese Unterschiede sind jeweils als mittelgroße Effektstärken zu bewerten, stellen sich aber als nicht signifikant dar. Außerdem ergaben sich für den Vergleich unter den Partnerinnen und Partner keine signifikanten Differenzen. Deshalb ist die Hypothese abzulehnen.

2. b) Frauen berichten unabhängig von ihrer Rolle als Patientin oder Partnerin eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperlich, psychisch) als Männer.

Über die Gesamtheit aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer fanden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychisch und körperlich). Bei den Patienten hingegen stellte sich heraus, dass Frauen eine signifikant geringere psychische Lebensqualität als Männer aufweisen ($d=-0.68$). Die Unterschiede in der psychischen Lebensqualität sind als mittlere Effektstärke zu bewerten.

Für die Subgruppe der Partner ergaben sich keine signifikanten Differenzen. Da sich die Ergebnisse aber nur auf die Patientenrolle beziehen lassen und nur der Unterschied der psychischen Lebensqualität signifikant ist, ist diese Hypothese teilweise abzulehnen.

Tabelle 7 Geschlechtsunterschiede Patienten

| | Frauen (n=23) M (SD) | Männer (n=17) M (SD) | p (Differenz) | Cohen's d (95% KI) |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------------------------|
| Ängstlichkeit | 7.96 (3.51) | 6.00 (3.64) | .091 | 0.55 (-0.09; 1.20) |
| Depressivität | 6.13 (3.81) | 4.88 (3.14) | .261 | 0.35 (-0.28; 0.99) |
| psychischer Distress | 14.10 (6.44) | 10.90 (6.11) | .120 | 0.51 (-0.13; 1.15) |
| körperliche Lebensqualität | 39.60 (13.67) | 40.00 (11.36) | .904 | -0.03 (-0.66; 0.56) |
| psychische Lebensqualität | 41.80 (8.41) | 48.10 (10.33) | .041 | -0.68 (-0.04; -1.33) |

Tabelle 8 Geschlechtsunterschiede Partner

| | Frauen (n=17) M (SD) | Männer (n=23) M (SD) | p (Differenz) | Cohen's d (95% KI) |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|------------------------|
| Ängstlichkeit | 9.20 (4.84) | 8.18 (4.65) | .494 | 0.23 (-0.40; 0.86) |
| Depressivität | 5.40 (3.27) | 6.40 (5.26) | .505 | -0.22 (-0.85; 0.41) |
| psychischer Distress | 14.60 (7.73) | 14.50 (9.51) | .981 | 0.01 (-0.62; 0.64) |
| körperliche Lebensqualität | 45.20 (11.25) | 48.20 (10.19) | .848 | -0.06 (-0.69; 0.60) |
| psychische Lebensqualität | 47.10 (12.04) | 47.40 (11.00) | .942 | -0.03 (-0.65; 0.60) |

Hypothese 3

3.) *Je größer die Resilienz des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren psychische Belastung und desto höher die Lebensqualität.*

Es wurden insgesamt große intrapersonelle Effekte gefunden. Für die Patienten ergaben sich mit $\beta = -0.70$ (psychischer Distress) sowie $\beta = 0.69$ (psychische Lebensqualität) große und mit $\beta = 0.39$ (körperliche Lebensqualität) mittelgroße Effektstärken. Für die Partner zeigten sich ähnliche Werte. Es wurden mit $\beta = -0.64$ (psychischer Distress) sowie $\beta = 0.56$ (körperliche Lebensqualität) große und mit $\beta = 0.46$ (psychische Lebensqualität) mittelgroße Effektstärken nachgewiesen. Resilienz steht mit allen der drei geprüften Parameter in positiver Beziehung (siehe Tabelle 9). Somit lässt sich die Hypothese bestätigen.

Tabelle 9 Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischem Distress bzw. Lebensqualität bei Patienten und Partnern

| | Patienten | | Partner | |
|----------------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | -0.70 | <.001 | -0.64 | <.001 |
| psychische Lebensqualität | 0.69 | <.001 | 0.46 | .003 |
| körperliche Lebensqualität | 0.39 | .013 | 0.56 | <.001 |

Hypothese 4

Im Dienste der Übersichtlichkeit und des leichteren Verständnis wurde Hypothese 4 in vier Unterabschnitte aufgeteilt. Es werden die beiden jeweils 15 Items umfassenden Subskalen des eigenen sowie des partnerbezogenen dyadischen Copings, das gemeinsame dyadische Coping und das gesamte dyadische Coping untersucht. Die Werte wurden in den Tabellen 10 bis 13 in gleicher Reihenfolge wie die dazugehörigen Hypothesen dargestellt.

4.a) *Je ausgeprägter das eigene dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren eigener psychischer Distress.*

Die Daten sind in Tabelle 10 angegeben. Es ließen sich weder bei den Patienten ($\beta = -0.19$) noch bei den Partnern ($\beta = 0.01$) intrapersonelle Zusammenhänge

zwischen dem eigenen dyadischen Coping und dem psychischen Distress darstellen. Die Hypothese ist daher abzulehnen.

Tabelle 10 Zusammenhang zwischen *eigenem* dyadischem Coping und psychischem Distress bei Patienten und Partnern

| | Patienten | | Partner | |
|----------------------|----------------|------|----------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | -0.19 | .245 | 0.01 | .548 |

4.b) *Je ausgeprägter das partnerbezogene dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren eigener psychischer Distress.*

Die Daten sind in Tabelle 11 angegeben. Im Gegensatz zu den eigenen Copingbemühungen zeigte sich ein mittelgroßer negativer Zusammenhang zwischen der Fremdwahrnehmung des Patienten und seinem psychischen Distress ($\beta=-0.33$). Für den Partner wurde dies nicht nachgewiesen ($\beta=-0.23$). Die Hypothese ist daher teilweise anzunehmen.

Tabelle 11 Zusammenhang zwischen *partnerbezogenem* dyadischem Coping und psychischem Distress bei Patienten und Partnern

| | Patienten | | Partner | |
|----------------------|----------------|-------------|----------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | -0.33 | .041 | -0.23 | .163 |

4.c) *Je ausgeprägter das gemeinsame dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren eigener psychischer Distress.*

Die Daten sind in Tabelle 12 angegeben. In der gruppenspezifischen Trennung ergaben sich für beide Beziehungspartner ähnlich hohe aber nicht signifikante Zusammenhänge (Patienten $\beta=-0.25$; Partner $\beta=-0.21$). Deswegen wurden die Ergebnisse für die Gesamtpopulation überprüft. Hier ergab sich ein schwacher aber signifikanter Effekt intrapersoneller Effekt ($\beta=-0.23$). Die Hypothese ist daher anzunehmen.

Tabelle 12 Zusammenhang zwischen dem *gemeinsamen* dyadischen Coping und eigenem psychischem Distress bei Patienten, Partnern und der Gesamtpopulation

| | Patienten | | Partner | | Gesamtpopulation | |
|----------------------|----------------|------|----------------|------|------------------|-------------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | -0.25 | .122 | -0.21 | .202 | -0.23 | .044 |

4.d) *Je ausgeprägter das gesamte dyadische Coping des Patienten/Partners ist, desto geringer ist deren eigener psychischer Distress.*

Die Daten sind in Tabelle 13 angegeben. Es ergab sich ein mittelgroßer negativer intrapersoneller Effekt des Patienten auf seine psychische Belastung ($\beta=-0.30$). Dieser war aber nicht signifikant. Ebenso konnte kein signifikanter Effekt des dyadischen Coping Gesamtwertes auf den eigenen psychischen Distress des Partners nachgewiesen werden ($\beta=-0.13$). Die Hypothese ist daher abzulehnen.

Tabelle 13 Zusammenhang zwischen dem *gesamten* dyadischen Coping und psychischem Distress bei Patienten und Partnern

| | Patienten | | Partner | |
|----------------------|----------------|------|----------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | -0.30 | .065 | -0.13 | .483 |

Hypothese 5

5.) *Der Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischem Distress sowie der Lebensqualität wird durch das gesamte dyadische Coping mediiert.*

Für einen Mediatoreffekt müssen die im Methodikteil unter dem Gliederungspunkt 3.4. „Statistische Auswertung“ genannten Schritte erfolgen. Im Wesentlichen müssen 1. Prädiktor- sowie Outcomevariable, 2. Prädiktor sowie Mediator und 3. Mediator sowie Outcomevariable mit einander korrelieren. Abschließen wird geprüft, ob sich unter Berücksichtigung des Mediatoreffektes der Effekt der Prädiktorvariable auf die Outcomevariable verringert.

Da sich zwischen der Outcomevariable (psychischer Distress) und dem angenommenen Mediator (gesamtes dyadisches Coping) keine signifikante Korrelation ergab (siehe Hypothese 4d, $\beta=-0.30$ (Patienten) und $\beta=-0.13$

(Partner)), ist die Hypothese zu verwerfen. Auch für Zusammenhänge zwischen dem psychischen Distress und den Subskalen eigenes dyadisches Coping ($\beta=-0.19$ (Patienten) und $\beta=0.01$ (Partner)) sowie das partnerbezogene dyadische Coping des Partners ($\beta=-0.23$) waren nicht signifikant. Lediglich das partnerbezogene dyadische Coping des Patienten ($\beta=-0.33$) ergab sich signifikant.

Es erfolgte dennoch eine Prüfung der Zusammenhänge zwischen der Prädiktorvariable (Resilienz) und dem Mediator (dyadisches Coping). Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 dargestellt. Es konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen Resilienz und dyadischem Coping ($\beta =0.00$ bis 0.26) gefunden werden. Die Hypothese ist daher abzulehnen.

Tabelle 14 Zusammenhang zwischen Resilienz und dyadischem Coping bei Patienten und Partnern

| | Patienten | | Partner | |
|------------------------------------|----------------|------|----------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| eigenes dyadisches Coping | 0.11 | .502 | 0.00 | .994 |
| partnerbezogenes dyadisches Coping | 0.26 | .113 | 0.25 | .130 |
| gesamtes dyadisches Coping | 0.24 | .145 | 0.16 | .317 |

4.4. *Zusätzliche Analysen*

Dyadische Analyse zu Hypothese 3

Explorativ wurden dyadische Einflüsse analysiert. Dies soll der Frage nachgehen, inwiefern die Resilienz des Partners A mit dem psychischen Distress bzw. der Lebensqualität des Partners B in Zusammenhang steht. Die Ergebnisse wurden in den Tabellen 15, 16 und 17 dargestellt.

Negative, schwache bis mittelgroße Zusammenhänge wurden im zwischen der Resilienz des Partners und dem psychischen Distress des Patienten ($\beta=-0.22$) und vice versa gefunden ($\beta=-0.26$). Während beide Werte für sich nicht signifikant waren (siehe Tabelle 15 und 16), wurde in der Summe ein signifikanter dyadischer Zusammenhang mit $\beta=-0.24$ sichtbar (Tabelle 17).

In puncto psychischer Lebensqualität finden sich gleichgerichtete schwache und mittelgroße Einflüsse, wobei die Resilienz des Patienten auf die psychische

Lebensqualität des Partners einen größeren Einfluss zu haben scheint. Im Gegensatz zur Resilienz ergaben sich jedoch keine signifikanten Zusammenhänge ($\beta=0.21$). Dies gilt auch für den Einfluss auf die körperliche Lebensqualität, der mit $\beta=0.11$ deutlich geringer ausfällt.

Tabelle 15 Zusammenhang zwischen Resilienz des *Patienten* und psychischem Distress bzw. Lebensqualität des *Partners*

| | Stand. β | p |
|----------------------------|----------------|------|
| psychischer Distress | -0.22 | .178 |
| psychische Lebensqualität | 0.28 | .079 |
| körperliche Lebensqualität | 0.20 | .214 |

Tabelle 16 Zusammenhang zwischen Resilienz des *Partners* und psychischem Distress bzw. Lebensqualität des *Patienten*

| | Stand. β | p |
|----------------------------|----------------|------|
| psychischer Distress | -0.26 | .101 |
| psychische Lebensqualität | 0.15 | .348 |
| körperliche Lebensqualität | 0.07 | .658 |

Tabelle 17 Zusammenhang zwischen Resilienz des *Partners A* und psychischem Distress bzw. Lebensqualität des *Partners B* der Gesamtpopulation

| | Stand. β | p |
|----------------------------|----------------|-------------|
| psychischer Distress | -0.24 | .035 |
| psychische Lebensqualität | 0.21 | .056 |
| körperliche Lebensqualität | 0.11 | .323 |

Anmerkung: Unter Partner A bzw. Partner B sind Probanden unabhängig von ihrer Rolle als Patient oder Ehe- bzw. Lebenspartner subsummiert.

Dyadische Analyse zu Hypothese 4

Analog zu Hypothese 3 wurden auch Hypothesen 4a, 4b und 4d dyadisch untersucht. Die Werte werden in den Tabellen 18 und 19 dargestellt. Hierbei zeigten sich jedoch weder für den Patienten, noch für den Partner signifikante Werte.

Tabelle 18 Zusammenhang zwischen Werten für das dyadische Coping des *Patienten* und psychischem Distress des *Partners*

| | eigenes dyadisches Coping | | partnerbezogenes dyadisches Coping | | gesamtes dyadisches Coping | |
|----------------------|---------------------------|------|------------------------------------|------|----------------------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | -0.01 | .970 | -0.06 | .707 | -0.07 | .687 |

Tabelle 19 Zusammenhang zwischen Werten für dyadisches Coping des *Partners* und psychischem Distress des *Patienten*

| | eigenes dyadisches Coping | | partnerbezogenes dyadisches Coping | | gesamtes dyadisches Coping | |
|----------------------|---------------------------|------|------------------------------------|------|----------------------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | -0.24 | .139 | -0.24 | .147 | -0.26 | .107 |

Explorative Untersuchung der Diskrepanzindizes

Nach der Auswertung der Konstrukte des dyadischen Copings wurden explorativ die Diskrepanzindizes des DCI untersucht. Die Ergebnisse zu den einzelnen Auswertungen sind in den Tabelle 20 sowie 21 für den Kongruenzindex und in den Tabellen 22 sowie 23 für den Equityindex dargestellt. Als Hinweis zur Beurteilung der Werte soll betont werden, dass hohe Werte in den Diskrepanzindizes auf Unterschiede im Bewältigungsverhalten sowie in der Wahrnehmung des Copingverhaltens des Partners hinweisen und dass hohe Werte in der RAS auf eine hohe Unzufriedenheit in der Partnerschaft deuten.

Kongruenzindex

Der Kongruenzindex (Übereinstimmungsindex) gibt an, inwiefern sich die Partner gegenseitig bezüglich ihres gezeigten und wahrgenommenen Verhaltens bestätigen. Meint z. B. Partner A, er würde sehr viel zu den Bewältigungsbemühungen beitragen, und Partner B bestätigt dies, so ergibt sich eine Differenz von „null“. Nimmt nun aber Partner B dies nicht so wahr, ergeben sich von null verschiedene, entweder positive oder negative Werte. Positive Werte weisen folglich darauf hin, dass Partner A seine Beiträge größer einschätzt, als dass sie Partner B wahrnimmt.

Für den Kongruenzindex konnte ein intrapersoneller, negativer Effekt des Partners auf seine eigene psychische Lebensqualität gezeigt werden. Der Effekt ist mit $\beta = -.33$ als mittelstark zu bewerten (s. Tabelle 19). Zusätzlich ließ sich ein Einfluss auf die Partnerschaftszufriedenheit in der Gesamtpopulation errechnen. Dieser Effekt ist mit $\beta = -.27$ als schwach zu bewerten (s. Tabelle 20).

Tabelle 20 Zusammenhang zwischen Kongruenz und psychischem Distress, psychischer Lebensqualität, Resilienz sowie Partnerschaftszufriedenheit

| | Kongruenz Patienten (n=38) | | Kongruenz Partner (n=36) | |
|----------------------------------|-------------------------------|------|-----------------------------|-------------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| eigener psychischer Distress | .020 | .229 | 0.15 | .357 |
| eigene psychische Lebensqualität | -0.15 | .376 | -0.33 | .039 |
| eigene Resilienz | -0.06 | .731 | 0.31 | .051 |
| Partnerschaftszufriedenheit | -0.28 | .089 | -0.26 | .108 |

Tabelle 21 Zusammenhang zwischen Kongruenz und Partnerschaftszufriedenheit der Gesamtpopulation

| | Kongruenz (n=74) | |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| | Stand. β | p |
| Partnerschaftszufriedenheit | -0.27 | .019 |

Equityindex

Auch der Equityindex, der der Differenz aus dem eigenen Wert des partnerbezogenen dyadischen Copings und dem eigenen Wert des eigenen dyadischen Copings entspricht wurde untersucht. Er gibt somit einen Aufschluss über die selbst wahrgenommene Fairness. Positive Werte bedeuten, dass die Stressbewältigungsbemühungen des Partners größer als die eigenen eingeschätzt werden, während negative Werte bedeuten, dass der eigene Anteil als größer wahrgenommen wird. Beim Variablenwert von null wird demzufolge ein ausgeglichener Anteil an Bewältigungsarbeit wahrgenommen.

Es stellten sich mit $\beta = 0.38$ signifikante mittelgroße Effekte des Equity-Index' der Partner auf deren psychischen Distress, mit $\beta = -0.42$ auf deren psychische Lebensqualität und mit $\beta = 0.40$ auf deren Partnerschaftszufriedenheit heraus. Beim Patienten konnte mit $\beta = 0.40$ lediglich ein mittelstarker Effekt auf die Partnerschaftszufriedenheit gefunden werden. Ebenso konnte kein Zusammenhang zwischen der körperlichen Lebensqualität der Patienten und dem Equityindex des Partners gefunden werden.

Tabelle 22 Zusammenhang zwischen Equity und psychischem Distress, Resilienz, psychischer Lebensqualität sowie Partnerschaftszufriedenheit

| | Equity Patienten (n=38) | | Equity Partner (n=37) | |
|--|----------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| eigener psychischer Distress | 0.25 | .133 | 0.38 | .016 |
| eigene psychische Lebensqualität | -0.20 | .231 | -0.42 | .008 |
| eigene Resilienz | -0.26 | .119 | -0.32 | .050 |
| Partnerschaftszufriedenheit | 0.41 | .011 | 0.40 | .011 |
| körperliche Lebensqualität des Patienten | | | 0.14 | .383 |

Tabelle 23 Zusammenhang zwischen Equity und Resilienz in der Gesamtpopulation

| | Equity (n=75) | |
|------------------|----------------|-------------|
| | Stand. β | p |
| eigene Resilienz | -0.29 | .011 |

Reziprozitätsindex

Durch den Reziprozitätsindex (Ähnlichkeitsindex) wird ermittelt, inwieweit sich die beiden Partner im Verhalten und gegenseitigen Bewerten ähneln. Es erfolgt z. B. ein Vergleich der Subskala „eigenes dyadisches Coping des *Patienten*“ mit dem Wert der Subskala „eigenes dyadisches Coping des *Partners*“ (=Reziprozität_{Selbst}) bzw. „partnerbezogenes dyadisches Coping des *Patienten*“ mit dem „partnerbezogenem dyadisches Coping des *Partners*“ (=Reziprozität_{Fremd}). Eine Differenz von null bedeutet, dass beide Partner ihr eigenes Verhalten als gleich einschätzen bzw. das Verhalten des Partners als gleich einschätzen. Die Ergebnisse für Reziprozität_{Selbst} sind in Tabelle 24, die Ergebnisse für Reziprozität_{Fremd} in Tabelle 25 dargestellt. Es ergaben sich weder für die

Reziprozität_{Selbst} als auch Reziprozität_{Fremd} signifikante Zusammenhänge mit den Studienvariablen psychischer Distress, psychische Lebensqualität, Resilienz und Partnerschaftszufriedenheit.

Tabelle 24 Zusammenhang zwischen Reziprozität_{Selbst} (n=36) und psychischem Distress, Resilienz, psychischer Lebensqualität sowie Partnerschaftszufriedenheit

| | Patienten | | Partner | |
|-----------------------------|----------------|------|----------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | 0.21 | .198 | 0.01 | .958 |
| psychische Lebensqualität | -0.17 | .310 | -0.01 | .939 |
| Resilienz | -0.05 | .758 | 0.09 | .501 |
| Partnerschaftszufriedenheit | -0.05 | .772 | -0.02 | .915 |

Tabelle 25 Zusammenhang zwischen Reziprozität_{Fremd} (n=37) und psychischem Distress, Resilienz, psychischer Lebensqualität sowie Partnerschaftszufriedenheit

| | Patienten | | Partner | |
|-----------------------------|----------------|------|----------------|------|
| | Stand. β | p | Stand. β | p |
| psychischer Distress | 0.10 | .539 | 0.01 | .938 |
| psychische Lebensqualität | -0.31 | .057 | -0.16 | .339 |
| Resilienz | -0.16 | .328 | 0.08 | .632 |
| Partnerschaftszufriedenheit | 0.10 | .543 | 0.18 | .277 |

5. Diskussion

5.1. Inhaltliche Diskussion

Vergleich der Daten der Studienpopulation mit Normwerten

Ziel der Untersuchung war es Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung, dem dyadischem Coping und der Resilienz von Krebspatienten und deren Partnern zu finden. Dafür wurden Fragebögen von 40 heterosexuellen

Paaren aus einer komplementärmedizinischen Praxis ausgewertet. Hierbei nahmen mehr Paare mit weiblichen Erkrankten als mit männlichen Erkrankten teil. Sowohl unter den Patienten als auch den Partnern gab es einen überdurchschnittlichen Anteil an Hochschulabsolventen. In der Praxis werden neben der leitliniengerechten Versorgung auch komplementärmedizinische Behandlungen (z. B. Akupunktur) angeboten.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung weisen Patienten und Partner im Kollektiv deutlich erhöhte Werte für psychischen Distress und deutlich erniedrigte Werte für die psychische Lebensqualität auf. Diese Ergebnisse decken sich mit denen anderer Studien zur Prävalenz psychischer Belastung bei Krebspatienten und deren Partnern. Dabei ergaben sich ähnlich hohe Abweichungen zur Normalbevölkerung wie in der vorliegenden Untersuchung (Cataldo und Brodsky 2013, Hagedoorn et al. 2008, Haun et al. 2014, Kurz et al. 2014, Lafaye et al. 2014, Lim et al. 2014, Manne et al. 2015). Die Studien weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig ein Screening auf psychische Belastung ist, da sich psychische Störungen wie beispielsweise eine depressive Symptomatik negativ auf Compliance und somit auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung wäre bei Krebspatienten zu vermuten, dass die körperliche Lebensqualität der Patientengruppe nicht signifikant vermindert ist. Ein Erklärungsansatz hierfür kann der durchschnittliche Zeitpunkt seit Diagnosestellung sein. Mit rund dreieinhalb vergangenen Jahren seit Erstdiagnose sind die meisten Therapien bereits abgeschlossen, weshalb die starken Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie nicht mehr so deutlich ins Gewicht fallen, auch wenn Spätfolgeerkrankungen wie chronische Strahlenschäden oder Fatiguesyndrome häufig auftreten (Brix et al. 2009). Zudem kann der Patient, der im vorab kurativen Setting behandelt wurde, bereits als geheilt gilt und nur noch zur Nachsorge und Kontrolle in die Sprechstunde kommt.

Vergleich der dyadischen Korrelationen (Hypothese 1)

Es wurde eine Konkordanz für die Subskala Depressivität ermittelt. Dass es eine dyadische Konkordanz in Depressivität gibt, wurde bereits festgestellt (Di

Castelnuovo et al. 2009). Die Messungen hinsichtlich des psychischen Distress und der Ängstlichkeit lagen hingegen über der Signifikanzgrenze. Es stellt sich die Frage, warum sich die Depressivität von Paaren mehr gleicht als deren Ängstlichkeit. Auffällig ist in der vorliegenden Untersuchung, dass vor allem die Partnergruppe deutlich erhöhte Werte für Ängstlichkeit angeben, was sich mit der Befundlage deckt (Mitchell et al. 2013). Dies kann als Ursache für die Diskrepanz der Korrelationen in Betracht gezogen werden.

Sowohl die psychische als auch körperliche Lebensqualität ergaben keine signifikanten dyadischen Zusammenhänge, wobei die körperliche Lebensqualität nur knapp über der Marke liegt. Eine Erklärung hierfür könnte der geringe Unterschied der Durchschnittsalter geben. Im Mittel sind Patienten und Partner nahezu gleich alt, weshalb möglicherweise ähnliche Beschwerden außerhalb der Krebserkrankung vorliegen. Konkordanzen einerseits in körperlicher Lebensqualität in puncto Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andererseits zum Thema psychische Gesundheit sind bereits nachgewiesen. Bei Krebserkrankungen mangelt es an Voruntersuchungen. Es macht wohl einen entscheidenden Unterschied für den Partner, ob sich der Patient in einem palliativen oder kurativen Setting befindet. Tendenziell beeinflusst der palliative Status die Lebensqualität der Partner negativ, was auf einen schlechteren Status der Patienten zurückgeführt wird (Weitzner et al. 1999). In der vorliegenden Untersuchung wurde rund ein Drittel der befragten Paare in einem palliativen Setting behandelt. Es erfolgte auf Grund der kleinen Stichprobe keine Trennung der Paare in die Subgruppen „palliativ“ und „kurativ“ durchgeführt. Unter Berücksichtigung des vorhergenannten Aspektes ergibt sich eine Verzerrung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation, wodurch eine generalisierende Aussage schwieriger zu treffen ist.

Die Auswertung der Korrelation der Resilienz zwischen beiden Beziehungspartnern befindet sich auch knapp über der Signifikanzgrenze. Beim Thema Resilienz ist der Mangel an aussagekräftiger Vergleichsliteratur noch größer als bei der Lebensqualität. Es lässt sich vermuten, dass, wenn sich eine allgemeine Konkordanz für die psychische Lebensqualität findet und Resilienz sowie psychische Lebensqualität in engem Zusammenhang stehen, es eine

dyadische Verbindung auch für die Resilienz gibt. Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf.

Es wurden für die Parameter Partnerschaftszufriedenheit, das eigene, partnerbezogene sowie gesamte dyadische Coping signifikante und starke dyadische Korrelationen identifiziert. Diese Ergebnisse decken sich mit den Vorbefunden (Bodenmann 2008) und wurden bereits in ähnlicher Ausprägung in anderen klinischen Stichproben wie Patienten mit hämatoonkologischen Erkrankungen sowie Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und deren Partnern beobachtet (Osin et al. 2018, Vaske et al. 2015).

Vergleich der Geschlechterunterschiede (Hypothese 2)

Es zeigten sich einzig für die psychische Lebensqualität der Patientinnen signifikant niedrigere Werte als ihre männlichen Pendants. Für Ängstlichkeit und psychischen Distress in der Patientenrolle stellten sich ebenso tendenziell erhöhte Werte für Frauen dar, welche sich aber nicht signifikant herausstellten. Auch hier gilt, dass bei größerer Studienpopulation dies womöglich der Fall gewesen wäre. Diese Ergebnisse decken sich mit den vorbekannten Erkenntnissen (Hagedoorn et al. 2008). Es stellt sich die Frage, warum sich Frauen als belasteter angeben. Hierfür gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Ein Grund dafür trägt die meist noch sehr traditionelle Rolle und Ansicht der Frau in der Familie bei. Frauen tragen häufig immer noch den größten Teil der Hausarbeit. Leidet die Patientin an Krebs, kann diese oftmals krankheitsbedingt ihren Aufgaben in der Familie nicht mehr nachkommen, was zu einem verstärkten Insuffizienzgefühl beiträgt. Leidet der Partner hingegen an Krebs und kann somit seine Aufgaben nicht mehr übernehmen, führt dies ebenso zu einer erweiterten Belastung der Frau (Hagedoorn et al. 2008, Ross und Mirowsky 1995). Beim Vergleich zwischen den Partnern hingegen konnten sich keine signifikanten Unterschiede finden lassen. Dem könnte zugrunde liegen, dass männliche Patienten, die sich in integrativmedizinischen Praxen behandeln lassen, einem moderneren und emanzipierten Weltbild zugewandt sind und somit oben genannte Erklärungen hinfällig werden. Dies könnte auch erklären, warum vor allem die Partnerinnen eine überdurchschnittliche Resilienz aufweisen.

Zusammenhänge zwischen Resilienz, psychischer Belastung und Lebensqualität (Hypothese 3)

In der Patientenpopulation ließen sich große negativ gerichtete Zusammenhänge zwischen Resilienz und psychischem Distress sowie mittelgroße bzw. große positive Zusammenhänge zwischen Resilienz und körperlicher bzw. psychischer Lebensqualität finden. Dieser positive Einfluss der Resilienz in Bezug auf die psychische Gesundheit gilt als metaanalytisch gesichert (Eicher et al. 2015, Färber und Rosendahl 2018). Für die Ergebnisse der Partnerpopulation gilt ähnliches. Die Verbindung zwischen körperlicher Gesundheit und Resilienz wurde an einer deutschen Normstichprobe belegt (Schumacher et al. 2005).

Zusammenhänge zwischen dyadischem Coping und psychischer Belastung (Hypothese 4)

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen dem gemeinsamen dyadischen Coping und dem eigenen psychischen Distress. In der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen partnerbezogenem dyadischen Coping und dem eigenen psychischen Distress offenbarten sich für die Patienten signifikante mittelgroße negative Zusammenhänge. Bei den Partnern konnte dies nicht nachgewiesen werden. Ebenso ließen sich weder für das eigene noch des gesamte dyadischen Copings signifikante Effekte auf den eigenen psychologischen Distress finden, wobei die mittelstarken Effekte der Patienten bei letzterem marginal über der Signifikanzgrenze liegen. Die Resultate ähneln den Ergebnissen einer Untersuchung an Paaren, bei denen sich ein Partner in hämatoonkologischer Behandlung befand (Osin et al. 2018). Hier konnten ebenfalls keine signifikanten Einflüsse des dyadischen Coping Gesamtwertes auf die psychische Belastung nachgewiesen werden. Eine Einzelbetrachtung der Subskalen fehlt jedoch. So sind unter Umständen die Effekte des *gemeinsamen* dyadischen Copings untergegangen. Dies wurde jedoch in der Studie an Brustkrebspatientinnen untersucht und diese kam zu ähnlichen Ergebnissen wie die in der vorliegenden Untersuchung (Rottmann et al. 2015). Dass dieser Effekt zustande kommt, ist plausibel, da die Items des gemeinsamen dyadischen

Copings allesamt positive Kommunikation und teilweise sogar intime, sehr vertraulichen Themen erfragen.

Es stellt sich die Frage, warum vor allem die Patienten von den positiven Copingbemühungen der Partner profitieren. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass sich häufig erst in Krisensituationen der wahre Charakter eines Menschen zeigt. Wenn also der Partner sich dem Leiden der Patienten bewusst sind und dadurch vermehrt Rücksicht nehmen oder positive Aktivitäten fördern, kommt dies besonders dem Patienten zu gute. Unter Umständen sind die Erkrankten besonders dankbar dafür.

Prüfung des Mediatoreffektes des dyadischen Copings auf den Einfluss der Resilienz auf die psychische Belastung (Hypothese 5)

Wie bereits in Hypothese 4 erwähnt, ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dyadischem Coping und psychischem Distress. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass die Partner wahrscheinlich einen gewissen Einfluss auf den Umgang mit der Krankheit haben, letzten Endes aber der Patient selbst damit zurecht kommen muss. Anders und etwas überspitzt gesagt, stirbt jeder für sich allein und das kann niemand jemand anderem abnehmen. Ein anderer möglicher Faktor ist, dass die meisten Partner tendenziell laienhaft psychologisch unterstützen können und sich bei existenziellen Fragen wie der Konfrontation mit dem Tod vermeidend verhalten könnten.

Dyadische Analysen zu Hypothese 3

Für das gesamte Studienkollektiv ergab sich ein kleiner aber signifikanter Effekt der Resilienz von Partner A auf den psychischen Distress von Partner B. Ähnlich hoch aber nicht signifikant stellte sich der Einfluss der Resilienz auf die psychische Lebensqualität dar. Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse korreliert die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten höher als deren psychische Belastung mit der Resilienz des Partners. Andersherum korreliert der psychische Distress der Partner höher als deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit der Resilienz der Patienten, wobei sich für alle genannten Aspekte keine signifikanten

Zusammenhänge ergeben. Im Gegensatz dazu wurde in einer amerikanischen Untersuchung an Krebspatienten, die die Krankheit überlebt haben, interpersonelle Einflüsse gefunden (Lim et al. 2014). Hier wurde ein deutlicher Unterschied in den Rollen sichtbar. Dabei wirkte sich in niedriger Effektstärke die Resilienz des Patienten verringern auf den psychischen Distress des Partners aus. Einflüsse der Resilienz des Partners auf den Patienten wurden nicht nachgewiesen. Die Erklärung der Autoren lautet, dass Patienten durch die Krebsdiagnose und dadurch folgende Behandlungen in eine Art Tunnelblick geraten und somit kaum auf die Resilienz und den Stress und des Partners achten. Andersherum richtet sich die Aufmerksamkeit der Partner verstärkt auf die Patienten. Wenn diese nun durch eine erhöhte Resilienz weniger körperliche und seelische Beschwerden angeben, stellt dies eine Erleichterung für den Partner dar.

Dyadische Analysen zu Hypothese 4

Es wurden keinerlei signifikante Zusammenhänge zwischen dem dyadischen Coping des Patient und der psychischen Belastung des Partners und umgekehrt gefunden. Ein Sachverhalt ist erwähnenswert. Es zeichnen sich kleine negative Effekte des dyadischen Coping Gesamtwertes sowie den beiden Subskalen eigenes und partnerbezogenes dyadisches Coping des Partners auf den psychischen Distress der Patient ab. Das bedeutet, dass dem Patient tendenziell ein hohes dyadisches Coping des Partners wohl tut. Unter Umständen können sich in größeren Stichproben hierfür signifikante Zusammenhänge ergeben. Im Gegensatz dazu scheinen das eigene, partnerbezogene und gesamte dyadische Coping des Patienten gar keinen Einfluss auf den Partner zu haben. Voruntersuchungen zu diesem spezifischen Sachverhalt scheint es aktuell nicht zu geben. Ob und warum nun Partner vom dyadischen Coping profitieren können, sollte weiter untersucht werden. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass Partner sich im Allgemeinen hilflos fühlen, weil sie per se nichts zur Genesung beitragen können. Wenn Patienten aber das Gefühl hat, dass sie zusammen mit dem Partner gesundheitsförderliche Aktivitäten unternehmen oder ihnen Bürden

abgenommen werden können, wirkt sich das positiv auf ihre psychische Befindlichkeit aus.

Untersuchung der Diskrepanzindizes

Abschließend wurden Zusammenhänge zwischen den Diskrepanzindizes Kongruenz bzw. Equity und psychischem Distress, Lebensqualität, Resilienz sowie der Partnerschaftszufriedenheit untersucht.

Für den Kongruenzindex konnte ein intrapersoneller, mittelgroßer negativer Effekt des Partners auf seine eigene psychische Lebensqualität gezeigt werden. Zusätzlich ließ sich ein schwacher Einfluss auf die Partnerschaftszufriedenheit in der Gesamtpopulation nachweisen.

In einer ähnlichen Studie von Osin (2018) wurde ein negativer intrapersoneller Zusammenhang des Kongruenzindex' mit der psychischen Belastung bei den Patienten gefunden. Dieser fiel jedoch schwächer als in der vorliegenden Untersuchung aus. Für die Partnerpopulation wurden keine signifikanten Werte errechnet. Die Autoren erklären dies mit einer möglichen empfundenen Imbalance, bei der es im Kern um eine geringe Wertschätzung der Copingbemühungen geht. Wenn ein Partner viel leistet, was der andere aber nicht wahrnimmt, bürgt dies großes Konfliktpotential, worunter der als schlechter bewertete Partner leiden kann. Dies wiederum kann erklären, warum ein negativer Kongruenzindex, also der Beitrag zur Bewältigung wird vom Partner geringer eingeschätzt als man ihn selbst annimmt, eine erhöhte Unzufriedenheit mit der Beziehung nach sich zieht.

Darüber hinaus ließen sich signifikante, intrapersonelle und mittelgroße Effekte der Equity der Partner auf deren psychischen Distress, psychische Lebensqualität sowie Partnerschaftszufriedenheit zeigen. Bei den Patienten ergab sich nur ein Zusammenhang mit der Partnerschaftszufriedenheit in ebenfalls mittelgroßer Effektstärke. Für die Resilienz konnte sich in der Gesamtpopulation ein signifikanter, kleiner Effekt nachweisen lassen, was in der Einzelbetrachtung beider Beziehungspartner nicht der Fall war.

Ein höherer Equityindex, das heißt ein im Vergleich höherer eigener Beitrag zum gesamten dyadischen Coping, stand auch in der Studie von Osin (2018) in Verbindung mit höherem psychischen Distress bzw. niedrigerer psychischer

Lebensqualität. Dort ergaben sich für beide Beziehungspartner signifikante negative leichte Effekte des Equityindex auf die psychische Belastung (Osin et al. 2018). In dieser Studie wurden jedoch weder die Resilienz noch die Partnerschaftszufriedenheit untersucht.

Für den Reziprozitätsindex wurden in der vorliegenden Untersuchung keinerlei signifikante Zusammenhänge zum psychischen Distress und den anderen Studienvariablen ermittelt. Osin und Kollegen haben im Gegensatz dazu schwache aber signifikante Korrelationen sowohl zwischen dem Reziprozität_{Selbst} und der psychischen Belastung des Patienten sowie des Partners als auch dem Reziprozität_{Fremd} und der psychischen Belastung des Partners gefunden (Osin et al. 2018). Eine mögliche Erklärung dieses Zusammenhangs damit könnte sein, dass Paare, die ihre Bemühungen als ähnlich einschätzen, in einer wahrscheinlich wohltuenden Balance leben.

Warum in der vorliegenden Studie vor allem die Partner von dem Zusammenhang zwischen Equity und psychischem Distress betroffen sind, kann mehrere Ursachen haben. Zum einen ist es möglich, dass insbesondere Kranke wenig zu den gemeinsamen Bewältigungsstrategien beitragen und daraus ein hoher Equityindex für den Partner resultiert. Folglich leidet der Partner mehr, was aber eher durch die besondere Schwere der Situation geschuldet ist. Dagegen spricht, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der körperlichen Lebensqualität der Patienten und der Equity der Partner gibt. Eine zweite Möglichkeit ist, dass der Partner einfach unzufrieden mit der Lage ist. Patienten geraten in den oben bereits erwähnten Tunnelblick und fokussieren sich zum großen Teil auf deren Therapie, weshalb die Beziehungsgestaltung und Kommunikation möglicherweise beeinträchtigt ist. Die entgegengesetzte Verbindung zwischen Resilienz und Equity lässt sich theoretisch herleiten. Besonders resiliente Menschen erkennen wohl die Leistungen des Partners vermehrt an, weshalb sie deren Anteil als größer einschätzen. Andererseits kann auch argumentiert werden, dass dieser Zusammenhang verwunderlich ist, weil resiliente Menschen durch ihre förderliche individuelle Bewältigungsarbeit auch vermehrt zum eigenen dyadischen Coping beitragen könnten.

Abschließend bleibt zu sagen, dass es bezüglich der Diskrepanzindizes weitere Untersuchungen anzustreben gilt. Es scheint, als gäbe es viele mögliche und klinisch relevante Einflussfaktoren, wobei diese eher von kleiner Effektstärke sind.

5.2. *Methodische Diskussion*

Die Ergebnisse dieser Studie sollten als eine explorative Darstellung der Bewältigungssituation von Patienten mit Krebserkrankung und ihren Partnern angesehen werden. Vor allem durch die Stichprobengröße von n=40 Paaren ergeben sich einige methodische Einschränkungen. Bei kleinen Stichproben ist durch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines β -Fehlers alle relevanten Gruppenunterschiede zu beobachten geringer als bei größeren Stichproben, da die Teststärke der verwendeten Verfahren nicht ausreichen kann (Prein et al. 1993). Im Vergleich zu anderen Studien an Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und ihren Partnern ist die Stichprobengröße der vorliegenden Studie jedoch eine etwas niedrige aber durchaus gebräuchliche Größenordnung (Hagedoorn et al. 2008).

Erwähnenswert ist die hohe Rücklaufquote. Eine Beachtung der großen Zeitspanne seit Diagnosestellung muss ebenfalls stattfinden. Eine weitere Einschränkung ist durch eine mögliche körperliche Erkrankung der Partner gegeben, die in den Fragebögen nicht erfragt und in den Ausschlusskriterien nicht berücksichtigt wurde. Hierdurch kann die Partnergruppe weder als vollkommen gesund, noch als vergleichbar krank angesehen werden.

In die Betrachtung möglicher Limitationen muss auch mit einbezogen werden, dass durch Drop-outs ein Selektionsbias entstanden sein könnte. Etwa ein Drittel der Paare gab keinen Fragebogen zurück. Zudem konnten die Daten von drei weiteren Paaren aufgrund fehlender Partnerfragebögen nicht ausgewertet werden. Dies könnte das Ergebnis dahingehend beeinflussen, dass die Daten positiver ausgefallen sind, weil vorwiegend mit ihrer Partnerschaft zufriedene Paare teilgenommen haben. Im Gegensatz dazu haben unzufriedene Paare sich unter Umständen aus Scham nicht getraut, den Fragebogen auszufüllen oder aber es wurde vom erkrankten Partner gar nicht erst kommuniziert.

Die Durchführung einer monozentrischen Querschnittsstudie ist ebenfalls nicht als optimal anzusehen. Durch die monozentrische Durchführung ist die Aussagekraft und Generalisierbarkeit eingeschränkt. Dies wird durch die Tatsache unterstrichen, dass es sich bei der Praxis um eine naturheilkundliche handelt. Der Anteil von 40% Hochschulabsolventen ist überdurchschnittlich, was aber durchaus üblich für Praxen mit homöopathischem Angebot ist (Dinges 2012). Die querschnittliche Komponente lässt zudem keine Aussage über die Belastung im Verlauf der Erkrankung zu. Hier wäre es möglich, dass Patienten und Partner zum Zeitpunkt der Diagnosestellung belasteter sind. In dieser Studie wurden die Patienten im Mittel 41 Monate (circa 3,5 Jahre) nach Erstdiagnose untersucht, weshalb es sein könnte, dass gewisse Bewältigungsprozesse adaptiert und nun schlichtweg als gewohnt deklariert werden könnten. Auf der anderen Seite könnten sich im Laufe der Zeit Symptome verschlimmert haben und somit zu erhöhten Werten in puncto psychischer Belastung führen.

Zudem kommt eine Verzerrung im Sinne eines „reporting bias“ in Betracht, da die verwendeten Daten lediglich auf Selbstauskünften der Patienten bzw. deren Partnern beruhen.

Eine Verfälschung der Daten könnte deshalb auch durch gemeinsames Ausfüllen der Fragebögen entstanden sein und somit vor allem die Untersuchungen zu den dyadischen Zusammenhängen hinsichtlich ähnlicher Antworten beeinflussen. Es ist auch möglich, dass der Patient beide Fragebögen allein ausfüllte. Eine Aufklärung hinsichtlich dieser Fehlerquelle wurde durchgeführt, ob die Anweisung jedoch erfüllt wurde, bleibt offen.

Weiter kommen für die Verzerrung der Daten auch Verständnisschwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen in Betracht. Acht Patienten gaben die ausgefüllten Fragebögen in der Praxis ab und verneinten Verständnisschwierigkeiten. Eine weitere Partnerin rief im Verlauf an, um Fragen zu klären. Bei den restlichen Paaren kann dies jedoch nicht nachvollzogen werden.

Schließlich wurde im Fragebogen nicht berücksichtigt, ob bereits psychische Erkrankungen vorliegen oder therapeutische Interventionen durchgeführt worden sind. Wenn bereits vor der Diagnosestellung psychische Erkrankungen vorhanden waren, könnten sich diese durch die Diagnose Krebs für Patient oder Partner

verschlimmern und damit zu beispielsweise höheren Werten für psychischen Distress führen. Wurden bereits therapeutische Interventionen wie z. B. eine Psychotherapie durchgeführt, könnte dies zu einer besseren Krankheitsverarbeitung und somit niedrigeren Belastungswerten führen.

5.3. Schlussfolgerungen für die Forschung

Ein wesentlicher beschränkender Faktor in der vorliegenden Studie bezieht sich auf die Studienpopulation und die Art der Datenerhebung. Diese sollte in künftigen Forschungsarbeiten repräsentativer, das heißt mit einer größeren Stichprobenzahl, und heterogen, das heißt für verschiedene Krebsarten, untersucht werden, z. B. durch eine konsekutive längsschnittliche Rekrutierung von Krebspatienten und deren Partner ab Diagnosestellung. Dies würde unter anderem dabei helfen, Aussagen über die Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung, Resilienz und dem dyadischen Coping im Verlauf der Erkrankung für Patienten und Partner treffen zu können. Eine genauere Untersuchung der Diskrepanzindizes und deren Einflüsse auf die psychische Belastung und Lebensqualität der Beziehungspartner sollte dabei ebenso erfolgen. Der intrapersonelle Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Belastung ist weitestgehend geklärt, der interpersonelle Ansatz kann jedoch noch besser analysiert werden. Außerdem kann sich eine systematische Untersuchung geteilt in palliatives versus kuratives Setting lohnen. Weiterhin eignet sich ein multizentrischer Ansatz, um den Einfluss vorhandener Ungenauigkeitsquellen wie das Patientenaufkommen einer komplementärmedizinische Praxis sowie des ländlichen Raumes zu verringern. Anstelle eines Fragebogens könnte ein klinisch-diagnostisches Interview eingesetzt werden, um das Auftreten klinisch manifester psychischer Störungen zu untersuchen und somit auch die Patienten und Partnern nach eventuellen klinisch manifesten psychischen Vorerkrankungen zu differenzieren. Das wiederum würde genauere Aussagen zu lassen.

5.4. Schlussfolgerung für die klinische Praxis

Wenig resiliente Patienten oder Partner zeigen hier höhere Werte für Distress und eine niedrigere Lebensqualität. Insgesamt wird die Bedeutung besonders

belastete Patienten oder Partner zu identifizieren und ihnen ein entsprechendes Hilfsangebot anzubieten deutlich. Voruntersuchungen zu Paarinterventionen bei chronisch erkrankten Patienten deuten an, dass sowohl Betroffene als auch deren Partner davon profitieren können. Die Effektivität der Paarintervention scheint zudem höher als die der alleinigen Patientenintervention zu sein (Berry et al. 2017). Untersuchungen von Krebspatienten und deren Partnern zeigen, dass beide mit Hilfe der Paartherapie ihre psychische Lebensqualität positiv beeinflussen können (Badr und Krebs 2013). Unter Berücksichtigung dieser beiden Aspekte sollte ebenfalls der Partner das Angebot für eine psychoonkologische Mitbetreuung erhalten. Die Ergebnisse unterstreichen weiterhin, dass die Partner in das Therapiekonzept der Patienten miteingeschlossen werden sollten, da sie auf ähnliche Art und Weise betroffen sind und bei der Krankheitsbewältigung eine große Hilfe sein können. Zudem sollte weiblichen Patientinnen oder Partnerinnen eine besondere Hilfe zukommen.

Literaturverzeichnis

- Alves S, Fonseca A, Canavarro MC, Pereira M. 2018. Dyadic coping and dyadic adjustment in couples with women with high depressive symptoms during pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*:1-15.
- Badr H, Krebs P. 2013. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psychooncology*, 22 (8):1688-1704.
- Bahremand M, Rai A, Alikhani M, Mohammadi S, Shahebrahimi K, Janjani P. 2015. Relationship between family functioning and mental health considering the mediating role of resiliency in type 2 diabetes mellitus patients. *Glob J Health Sci*, 7 (3):254-259.
- Baron RM, Kenny DA. 1986. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*, 51 (6):1173-1182.
- Berry E, Davies M, Dempster M. 2017. Exploring the effectiveness of couples interventions for adults living with a chronic physical illness: A systematic review. *Patient Educ Couns*, 100 (7):1287-1303.
- Block J, Block JH. 2006. Venturing a 30-year longitudinal study. *Am Psychol*, 61 (4):315-327.
- Bodenmann G. 2008. DCI - Dyadisches Coping Inventar. . Bern: Verlag Hans Huber.
- Brix C, Schleussner C, Fuller J, Rohrig B, Strauss B. 2009. [Fatigue and its determinants in radio-oncology]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59 (2):42-49.
- Bullinger M. 2000. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt*, 43:190-197.
- Bullinger M, Morfeld M, Kirchberger I. 2011. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Gandek B, Wagner A, Aaronson N, Bech P, Fukuhara S, Kaasa S, Ware JE, Jr. 1998. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*, 51 (11):913-923.
- Butterworth P, Rodgers B. 2006. Concordance in the mental health of spouses: analysis of a large national household panel survey. *Psychol Med*, 36 (5):685-697.
- Cataldo JK, Brodsky JL. 2013. Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85 (1):33-40.
- Chaves C, Canavarro MC, Moura-Ramos M. 2018. The Role of Dyadic Coping on the Marital and Emotional Adjustment of Couples With Infertility. *Fam Process*:Pages 509-523.
- Cohen. 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.

- Di Castelnuovo A, Quacquareuccio G, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L. 2009. Spousal concordance for major coronary risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 169 (1):1-8.
- Dinges M. 2012. Entwicklungen der Homöopathie seit 30 Jahren. *Zeitschrift für Klassische Homöopathie*, 56 (3):137-148.
- Dinkel A, Balck F. 2005. An Evaluation of the German Relationship Assessment Scale. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*, 64:259-263.
- Dorros SM, Segrin C, Badger TA. 2017. Cancer survivors' and partners' key concerns and quality of life. *Psychol Health*, 32 (11):1407-1427.
- Drabe N, Zwahlen D, Buchi S, Moergeli H, Zwahlen RA, Jenewein J. 2008. Psychiatric morbidity and quality of life in wives of men with long-term head and neck cancer. *Psychooncology*, 17 (2):199-204.
- Eicher M, Matzka M, Dubey C, White K. 2015. Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. *Oncol Nurs Forum*, 42 (1):E3-16.
- Ernst J, Hinz A, Niederwieser D, Dohner H, Honig K, Vogelhuber M, Mehnert A, Weissflog G. 2017. Dyadic coping of patients with hematologic malignancies and their partners and its relation to quality of life - a longitudinal study. *Leuk Lymphoma*, 58 (3):655-665.
- Falconier MK, Jackson JB, Hilpert P, Bodenmann G. 2015. Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 42:28-46.
- Färber F, Rosendahl J. 2018. Zusammenhang von Resilienz und psychischer Gesundheit bei körperlichen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt* 115 (Heft 38):621-625.
- Gouin JP, Scarcello S, da Estrela C, Paquin C, Barker ET. 2016. Dyadic coping and inflammation in the context of chronic stress. *Health Psychol*, 35 (10):1081-1084.
- Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, Tuinstra J, Coyne JC. 2008. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*, 134 (1):1-30.
- Hassebrauck M. 1991. ZIP - Ein Verfahren zur Erfassung der Zufriedenheit in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 22:256- 259.
- Haun MW, Sklenarova H, Villalobos M, Thomas M, Brechtel A, Lowe B, Herzog W, Hartmann M. 2014. Depression, anxiety and disease-related distress in couples affected by advanced lung cancer. *Lung Cancer*, 86 (2):274-280.
- Hendrick SS. 1988. A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 50:93-98.
- Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP. 2011. Hospital Anxiety and Depression Scale Deutsche Version. . Hans Huber Verlag, Bern.
- Herzberg PY. 2013. Coping in relationships: the interplay between individual and dyadic coping and their effects on relationship satisfaction. *Anxiety Stress Coping*, 26 (2):136-153.

- Hinz A, Schwarz R. 2001. [Anxiety and depression in the general population: normal values in the Hospital Anxiety and Depression Scale]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51 (5):193-200.
- Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given B. 1995. Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression--a longitudinal view. *Soc Sci Med*, 40 (6):837-846.
- Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. 2004. Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer--a longitudinal view. *Med Sci Monit*, 10 (8):CR447-456.
- Kurz K, Reissig A, Strauss B, Rosendahl J. 2014. [Gender differences in mental distress of patients with lung cancer and their partners]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 64 (11):431-438.
- Lafaye A, Petit S, Richaud P, Houede N, Baguet F, Cousson-Gelie F. 2014. Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psychooncology*, 23 (7):797-803.
- Lee Y, Lin PY, Chien CY, Fang FM, Wang LJ. 2018. A comparison of psychological well-being and quality of life between spouse and non-spouse caregivers in patients with head and neck cancer: a 6-month follow-up study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14:1697-1704.
- Leitlinie-Programm-Onkologie. 2018. S3 Leitlinie Prävention, Diagnostik Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms AWMF online:
- Leppert K. 2008. Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*:226–243.
- Lim JW, Shon EJ, Paek M, Daly B. 2014. The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. *Support Care Cancer*, 22 (12):3209-3217.
- Liu JC, Chang LY, Wu SY, Tsai PS. 2015. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 52 (12):1846-1853.
- Lossnitzer N, Wagner E, Wild B, Frankenstein L, Rosendahl J, Leppert K, Herzog W, Schultz JH. 2014. Resilience in chronic heart failure. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139 (12):580-584.
- Manne SL, Myers-Virtue S, Kashy D, Ozga M, Kissane D, Heckman C, Rubin SC, Rosenblum N. 2015. Resilience, Positive Coping, and Quality of Life Among Women Newly Diagnosed With Gynecological Cancers. *Cancer Nurs*, 38 (5):375-382.
- Meyler D, Stimpson JP, Peek MK. 2007. Health concordance within couples: a systematic review. *Soc Sci Med*, 64 (11):2297-2310.
- Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. 2013. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*, 14 (8):721-732.

- Moser MT, Kunzler A, Nussbeck F, Bargetzi M, Znoj HJ. 2013. Higher emotional distress in female partners of cancer patients: prevalence and patient-partner interdependencies in a 3-year cohort. *Psychooncology*, 22 (12):2693-2701.
- Mukaka MM. 2012. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*, 24 (3):69-71.
- O'Rourke N, Kupferschmidt AL, Claxton A, Smith JZ, Chappell N, Beattie BL. 2010. Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over time. *Aging Ment Health*, 14 (8):984-993.
- Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. 2009. Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *J Pers*, 77 (6):1777-1804.
- Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. 2006. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol*, 91 (4):730-749.
- Osin R, Pankrath AL, Niederwieser D, Dohner H, Honig K, Vogelhuber M, Mehnert A, Weissflog G, Ernst J. 2018. [Dyadic Coping of Patients with Haemato-Oncological Diseases and their Partners: Discrepancy Indexes and Association with Social Support and Psychological Distress]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 68 (2):55-65.
- Papp LM, Witt NL. 2010. Romantic partners' individual coping strategies and dyadic coping: implications for relationship functioning. *J Fam Psychol*, 24 (5):551-559.
- Pitceathly C, Maguire P. 2003. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer*, 39 (11):1517-1524.
- Prein G, Kluge S, Kelle U. 1993. Strategien zur Sicherung von Repräsentativität und Stichprobenvalidität bei kleinen Samples. *SBF* 186.
- Richardson GE. 2002. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*, 58 (3):307-321.
- Ross CE, Mirowsky J. 1995. Does employment affect health? *J Health Soc Behav*, 36 (3):230-243.
- Rottmann N, Hansen DG, Larsen PV, Nicolaisen A, Flyger H, Johansen C, Hagedoorn M. 2015. Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychol*, 34 (5):486-495.
- Schumacher J, Leppert K, al. e. 2005. Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal.
- Songprakun W, McCann TV. 2014. Using bibliotherapy to assist people to recover from depression in Thailand: Relationship between resilience, depression and psychological distress. *Int J Nurs Pract*.
- Spiegel D. 1953. Duell in der Sonne. *Der Spiegel*, 28.
- Spiegel D. 1965. Krebs - Krankheit des Jahrhunderts. *Der Spiegel*, 7.
- Tarlov AR, Ware JE, Jr., Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. 1989. The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*, 262 (7):925-930.

- Traa MJ, De Vries J, Bodenmann G, Den Oudsten BL. 2015. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: a systematic review. *Br J Health Psychol*, 20 (1):85-114.
- Vaske I, Thone MF, Kuhl K, Keil DC, Schurmann W, Rief W, Stenzel NM. 2015. For better or for worse: a longitudinal study on dyadic coping and quality of life among couples with a partner suffering from COPD. *J Behav Med*, 38 (6):851-862.
- Vaughn MJ, Baier MEM. 1999. Reliability and validity of the relationship assessment scale. *The American Journal of Family Therapy*, 27.
- Wagnild GM, Young HM. 1993. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*, 1 (2):165-178.
- Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. 1996. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 34 (3):220-233.
- Weis JB, A. 2011. Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 54 (1):46-51.
- Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. 1999. Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage*, 17 (6):418-428.
- Zigmond AS, Snaith RP. 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67 (6):361-370.

Tabellenverzeichnis

| | | |
|----|--|-------|
| 1 | Skalenübersicht | 11 |
| 2 | erhobene Messinstrumente und deren Reliabilitäten | 22 |
| 3 | Deskriptive Merkmale der Studienpopulation (n=40 Paare) | 29 |
| 4 | Vergleich der Studienvariablen zwischen der weiblichen Studienpopulation und der Normalbevölkerung | 31+32 |
| 5 | Vergleich der Studienvariablen zwischen der männlichen Studienpopulation und der Normalbevölkerung | 33+34 |
| 6 | Dyadische Zusammenhänge zwischen Patienten und Partnern in den Studienvariablen | 35 |
| 7 | Geschlechtsunterschiede Patienten | 37 |
| 8 | Geschlechtsunterschiede Partner | 37 |
| 9 | Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischem Distress bzw. Lebensqualität bei Patienten und Partnern | 38 |
| 10 | Zusammenhang zwischen eigenem dyadischem Coping und psychischem Distress bei Patienten und Partnern | 39 |
| 11 | Zusammenhang zwischen partnerbezogenem dyadischem Coping und psychischem Distress bei Patienten und Partnern | 39 |
| 12 | Zusammenhang zwischen gemeinsamen dyadischem Coping und psychischem Distress bei Patienten und Partnern | 40 |
| 13 | Zusammenhang zwischen gesamten dyadischem Coping und psychischem Distress bei Patienten und Partnern | 40 |
| 14 | Zusammenhang zwischen Resilienz und dyadischem Coping bei Patienten und Partnern | 41 |
| 15 | Zusammenhang zwischen Resilienz des Patienten und psychischem Distress bzw. Lebensqualität des Partners (n=40) | 42 |
| 16 | Zusammenhang zwischen Resilienz des Partners und psychischem Distress bzw. Lebensqualität des Patienten (n=40) | 42 |
| 17 | Zusammenhang zwischen Resilienz des Partners A und psychischem Distress bzw. Lebensqualität des Partners B der Gesamtpopulation (n=80) | 42 |
| 18 | Zusammenhang zwischen Werten für das dyadische Coping des Patienten und psychischem Distress des Partners | 43 |

| | | |
|----|---|----|
| 19 | Zusammenhang zwischen Werten für das dyadische Coping des Partners und psychischem Distress des Patienten | 43 |
| 20 | Zusammenhang zwischen Kongruenz und psychischem Distress, psychischer Lebensqualität, Resilienz sowie Partnerschaftszufriedenheit | 44 |
| 21 | Zusammenhang zwischen Kongruenz und Partnerschaftszufriedenheit der Gesamtpopulation | 45 |
| 22 | Zusammenhang zwischen Equity und psychischem Distress, Resilienz, psychischer Lebensqualität sowie Partnerschaftszufriedenheit | 46 |
| 23 | Zusammenhang zwischen Equity und Resilienz in der Gesamtpopulation | 46 |
| 24 | Zusammenhang zwischen Reziprozität _{Selbst} (n=36) und psychischem Distress, Resilienz, psychischer Lebensqualität sowie Partnerschaftszufriedenheit | 47 |
| 25 | Zusammenhang zwischen Reziprozität _{Fremd} (n=37) und psychischem Distress, Resilienz, psychischer Lebensqualität sowie Partnerschaftszufriedenheit | 47 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Diskrepanzindizes des Dyadischen Coping Inventars (Osin et al. 2018) | 13 |
|---|--|----|

βwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben:

PD Dr. phil. med. habil. Jenny Rosenfahl; Dr. med. Doreen Jaenichen, Antje, Heiko, Emanuel und Willy Wolfram; Ingeborg und Joachim Körner, Gerade Zink und Dieter Wolfram; Ute und Peter Solf; Marcel und Daniel Ussat; stud. med. dent. Katharina Philipp.

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

Universitätsklinikum Jena · Ethik-Kommission · 07740 Jena

PD Dr. J. Rosendahl
Institut für Psychosoziale Medizin
und Psychotherapie
UKJ

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Ulrich Brandl
Geschäftsstelle: Dr. phil. Ulrike Skorsetz

Bachstraße 18
07743 Jena

Telefon 03641 93 37 70
Telefax 03641 93 37 71

E-Mail: ethikkommission@med.uni-jena.de

22. April 2016

Bearbeitungsnummer: 44767-0416


Zusammenhang zwischen Resilienz, dydadischem Coping und psychischer Belastung bei Patienten mit schwerwiegender Erkrankung und deren Partnern

Sehr geehrte Frau Dr. Rosendahl,

hiermit bestätigen wir den Eingang und die Kenntnisnahme der Anzeige der o. g. Studie.

Wir sehen diesbezüglich keine ethischen Bedenken.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. U. Brandl
Vorsitzender der Ethik-Kommission
(i. A. Dr. U. Skorsetz)

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsstand Jena
UST-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung: Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30
Konto 221 IBAN: DE97 8305 3030 0000 0002 21
BIC: HELADEF1JEN

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des Öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsratsvorsitzender: Staatssekretär Markus Hoppe
Kaufmännischer Vorstand und Sprecherin des
Klinikumsvorstandes: Dr. Brunhilde Seidel-Kwem
Medizinischer Vorstand: PD Dr. Jens Maschmann
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf



(Patientenetikett)

Dr. med. Doreen Jaenichen
Allgemeinmedizin/Integrative Onkologie
MVZ Zentralklinik Bad Berka

PD Dr. Jenny Rosendahl
cand. med. Maximilian Wolfram
Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Patienteneinwilligungserklärung

Ich willige hiermit ein, an der Studie zum Befinden von onkologischen Patienten teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte im MVZ/Zentralklinik Bad Berka über mich erhobene Krankheitsdaten sowie sonstige mit dieser Studie zusammenhängende personenbezogene Daten an das Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena weitergeben, wo diese Daten verarbeitet und gespeichert werden. Diese personenbezogenen Daten sind sicher vor dem Zugriff Dritter geschützt. Bei keiner Veröffentlichung wird aus den Daten hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen von meiner Einwilligung zurücktreten kann, ohne dass für mich daraus Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Unterschrift der aufklärenden Ärztin

Fragebogen zum Befinden von onkologischen Patienten

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung zum Befinden von Krebspatienten. Ihre Mitarbeit liefert einen wichtigen Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie es Krebspatienten geht und welchen Einfluss die Erkrankung auf die Partnerschaft hat.

Datenschutz:

Sie haben von uns diesen Fragebogen zusammen mit einem Umschlag erhalten, der mit Ihren Daten und den Daten Ihres Partners beschriftet ist. Wenn Sie diese Fragebögen vollständig ausgefüllt haben, legen Sie diese bitte wieder zurück in den Umschlag und verschließen ihn. Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Daten auf dem Umschlag lediglich der Zuordnung der Fragebögen zu den Bögen Ihres Partners dienen. Die Bögen werden von uns herausgenommen und mit Nummern versehen, so dass von den von Ihnen angegebenen Daten kein Rückschluss auf Ihre Person mehr möglich ist (Pseudonymisierung).

Hinweis zum Ausfüllen des Fragebogens:

Der Fragebogen besteht aus 5 Teilen (Teil A – Teil E).

Sie werden zum Ausfüllen des Bogens ca. 20 min benötigen. Bei den meisten Fragen gibt es mehrere Antwortmöglichkeiten. Entscheiden Sie sich für die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft und setzen Sie dort ein Kreuz in den vorgesehenen Kreis ()~~()~~. Andere Fragen erfordern ein Eintragen (_____).

Zu Beginn der jeweiligen Teile des Fragebogens finden Sie zusätzlich eine kurze Erläuterung zum Ausfüllen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass in dieser Umfrage auch sehr persönliche und intime Fragen gestellt werden. Wir bitten Sie daher herzlich ALLE Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Wir danken Ihnen schon jetzt für Ihre Teilnahme!

Fragebogenteil A

Zu Beginn möchten wir Sie um einige persönliche Angaben bitten.

| | |
|--------------|-------|
| Datum | _____ |
|--------------|-------|

| | | | |
|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Geschlecht | <input type="radio"/> weiblich | <input type="radio"/> männlich | |
|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

| | |
|--------------|-------------|
| Alter | _____ Jahre |
|--------------|-------------|

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| Schulabschluss | <input type="radio"/> kein Abschluss | <input type="radio"/> Hauptschule/ 8. Klasse | <input type="radio"/> Realschule/ 10. Klasse | <input type="radio"/> Fachabitur | <input type="radio"/> Abitur |
|-----------------------|--|--|--|-------------------------------------|---------------------------------|

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|
| Beruflicher Abschluss | <input type="radio"/> kein Abschluss | <input type="radio"/> Facharbeiter | <input type="radio"/> Fachschul- abschluss | <input type="radio"/> Fachhochschul- abschluss | <input type="radio"/> Hochschul- abschluss |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Beschäftigungs- verhältnis | <input type="radio"/> Vollzeit | <input type="radio"/> Teilzeit | <input type="radio"/> arbeitslos | <input type="radio"/> Rente / Pension | <input type="radio"/> nicht erwerbstätig |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Familienstand | <input type="radio"/> ledig | <input type="radio"/> in Partner- schaft lebend | <input type="radio"/> verheiratet | <input type="radio"/> geschieden | <input type="radio"/> verwitwet |
|----------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

| | |
|---------------|----------------|
| Kinder | _____ (Anzahl) |
|---------------|----------------|

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Wenn Sie in einer Partnerschaft leben: | | | |
| Wie lange leben Sie in Ihrer aktuellen Partnerschaft? | seit _____ Jahren | | |
| Leben Sie mit Ihrem Partner zusammen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |

Fragebogenteil B

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

Ich fühle mich angespannt und überreizt.

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genauso
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Fragebogenteil B

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Fragebogenteil C

Im nächsten Teil des Fragebogens geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen, und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte kreuzen Sie alle Fragen an.

| | ausgezeichnet | sehr gut | gut | weniger gut | schlecht |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? | ja, stark eingeschränkt | ja, etwas eingeschränkt | nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mehrere Treppenabsätze steigen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ich habe weniger geschafft als ich wollte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)? | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe weniger geschafft als ich wollte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | gar nicht | ein bisschen | mäßig | ziemlich | sehr |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Haus und im Beruf behindert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fragebogenteil C

| In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). | immer | meistens | ziemlich oft | manchmal | selten | nie |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen | | | | | | |
| ... ruhig und gelassen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... voller Energie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...entmutigt und traurig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | immer | meistens | manchmal | selten | nie |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fragebogenteil D

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch. Kreuzen Sie auf der 7-stufigen Skala an, inwieweit jede Aussage auf Sie zutrifft (von 1 = „ich stimme nicht zu“ bis 7 = „ich stimme völlig zu“). Bitte entscheiden Sie sich, je nachdem, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

| | 1= nein Ich stimme nicht zu | | | | | | | 7= ja Ich stimme völlig zu |
|---|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Normalerweise schaffe ich alles irgendwie. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich mag mich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich bin entschlossen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich nehme die Dinge wie sie kommen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich behalte an vielen Dingen Interesse. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Fragebogenteil E

Zu guter Letzt würden wir sehr gern Informationen über Ihre Stressbewältigung, die Ihrer Partnerin und des gemeinsamen Umgangs in Ihrer Beziehung sammeln. Bitte beantworten Sie alle 37 nummerierten Fragen. Im Anschluss beantworten Sie bitte 7 Fragen über Ihre Beziehungszufriedenheit.

| Was tun Sie, wenn Sie sich gestresst oder belastet fühlen? | sehr selten | selten | manchmal | oft | sehr oft |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich teile meinem Partner mit, wenn ich froh um seine praktische Unterstützung oder sachlichen Ratschläge und Hilfestellungen bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich bitte meinen Partner, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen, wenn ich überlastet bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich zeige meinem Partner, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich sage meinem Partner offen, wenn ich gestresst bin und seine emotionale Unterstützung brauche. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Wie reagiert Ihr Partner auf Ihre Stressäußerung? | sehr selten | selten | manchmal | oft | sehr oft |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Er gibt mir das Gefühl, dass er mich versteht und dass ihn mein Stress interessiert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er solidarisiert sich mit mir, sagt mir, dass er dieses Gefühl auch kennt und hält zu mir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er macht mir Vorwürfe, dass ich zu wenig gut mit Stress umgehen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er hilft mir, die Situation in einem anderen Licht zu sehen, das Problem zu relativieren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er hört mir zu, gibt mir Raum, mich auszusprechen und spricht mir gut zu oder muntert mich auf. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er nimmt meinen Stress nicht ernst. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er hilft mir zwar, doch tut er dies unwillig und demotiviert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er hilft mir, die Situation zu analysieren, damit ich das Problem konkret angehen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er packt zu, wenn ich zu viel zu tun habe, um mich zu entlasten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ich gestresst bin, geht mir mein Partner aus dem Weg. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fragebogenteil E

| Was tut Ihr Partner, wenn Sie sich gestresst/belastet fühlt? | sehr selten | selten | manchmal | oft | sehr oft |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Er teilt mir mit, wenn sie froh um meine praktische Unterstützung oder sachlichen Ratschläge und Hilfestellungen ist. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er bittet mich, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er zeigt mir, dass er sich belastet fühlt und es ihm schlecht geht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er sagt mir offen, wenn er gestresst ist und meine emotionale Unterstützung braucht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Wie reagieren Sie auf diese Stressäußerung des Partners? | sehr selten | selten | manchmal | oft | sehr oft |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich gebe meinem Partner das Gefühl, dass ich ihn verstehe, mich für seinen Stress interessiere. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich solidarisiere mich mit ihm, sage ihm, dass ich dieses Gefühl auch kenne und halte zu ihm. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich mache ihm Vorwürfe, dass er zu wenig mit Stress umgehen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich sage meinem Partner, dass alles nicht so schlimm ist und helfe ihm, die Situation in einem neuen Licht zu sehen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich höre ihm zu, gebe ihm Raum, sich auszusprechen, rede ihm gut zu oder mache ihm Mut. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich nehme seinen Stress nicht ernst. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn mein Partner gestresst ist, ziehe ich mich zurück. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich helfe ihm zwar, doch bin ich nicht motiviert und finde, dass er selber besser mit seinen Problemen umgehen sollte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich übernehme Aufgaben und Tätigkeiten, die er sonst macht, um ihn zu entlasten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich versuche, mit meinem Partner die Situation sachlich zu analysieren und ihm zu helfen, das Problem zu verstehen und zu verändern. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich packe zu, wenn er zu viel zu tun hat, um ihn zu entlasten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fragebogenteil E

| Wie gehen Sie und Ihr Partner mit Stress um, der Sie beide betrifft? | sehr selten | selten | manchmal | oft | sehr oft |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wir versuchen, das Problem gemeinsam zu bewältigen und konkrete Lösungen zu suchen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wir setzen uns ernsthaft mit dem Problem auseinander und analysieren, was zu tun ist. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wir helfen uns gegenseitig, das Problem in einem neuen Licht zu sehen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wir entspannen uns gegenseitig durch Massage, baden miteinander oder hören zusammen Musik. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wir sind zärtlich zueinander, schlafen miteinander und versuchen so, den Stress zu bewältigen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Wie beurteilen Sie Ihren Umgang mit Stress als Paar? | sehr selten | selten | manchmal | oft | sehr oft |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich bin zufrieden mit der Unterstützung meines Partners und der gemeinsamen Stressbewältigung. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich empfinde die Unterstützung meines Partners und unseren gemeinsamen Umgang mit Stress als wirksam. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| Wie gut erfüllt Ihr Partner Ihre Wünsche und Bedürfnisse? | sehr gut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | gar nicht gut |
| Wie zufrieden sind Sie im Großen und Ganzen mit Ihrer Beziehung? | sehr zufrieden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | gar nicht zufrieden |
| Wie gut ist Ihre Beziehung im Vergleich zu den Beziehungen anderer Paare? | sehr gut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | gar nicht gut |
| Wie oft wünschten Sie sich, dass Sie diese Beziehung lieber nicht hätten? | sehr oft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | gar nicht |
| Wie gut erfüllt die Beziehung Ihre ursprünglichen Erwartungen? | sehr gut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | gar nicht gut |
| Wie sehr lieben Sie Ihren Partner? | sehr | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | gar nicht |
| Wie viele Probleme gibt es in Ihrer Beziehung? | sehr viele | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | gar keine |

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!