universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Coping und posttraumatisches Wachstum bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil“

verfasst von / submitted by

Katharina Maria Spratler, BA BA BSc MA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 840
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Psychologie UG2002
Betreut von / Supervisor:	Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, Privatdoz.

Meiner Mama Elisabeth und meiner Gota Maria

„Mut, Humor und Lebensfreude sind nach wie vor
die schönsten Kontrastfarben gegen das Grau der Welt.“

KarlHeinz Karius

Inhaltsverzeichnis

Coping und posttraumatisches Wachstum bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil 5
Theoretischer Hintergrund 6
Junge Erwachsene 7
Coping 7
Krebsdiagnose als Belastung – Relevanz von Coping 8
Studien zu Coping 11
Coping und Gender 12
Posttraumatisches Wachstum 13
Dimensionen des posttraumatischen Wachstums 15
Zeitlicher Aspekt 16
Studien zu posttraumatischem Wachstum 16
Posttraumatisches Wachstum und Gender 17
Zusammenhang von Coping und posttraumatischem Wachstum 18
Weitere Limitationen bisheriger Studien 20
Fragestellungen und Hypothesen 21
Fragestellung und Hypothesen zu Coping 21
Fragestellung und Hypothese zu posttraumatischem Wachstum 22
Fragestellung und Hypothesen zu Coping und posttraumatischem Wachstum 23
Methode 24
Untersuchungsdesign und Durchführung der Studie 24
Fallzahlplanung 26
Stichprobenbeschreibung 28
Erfragte soziodemografische Daten und genutzte Messinstrumente 33
Soziodemografische Daten 33
Carvers Brief COPE 34
Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) 35

Datenanalyse ... 36
Ergebnisse ... 38
Fehlende Werte ... 38
Voraussetzungsprüfungen ... 38
Deskriptive Statistik ... 40
Erste Fragestellung ... 42
Zweite Fragestellung ... 43
Dritte Fragestellung ... 44
Diskussion ... 46
Erste Fragestellung ... 47
Zweite Fragestellung ... 50
Dritte Fragestellung ... 52
Conclusio ... 54
Stärken ... 56
Limitationen und Ausblick ... 57
Praktische Implikationen ... 61
Literaturverzeichnis ... 63
Tabellenverzeichnis ... 69
Anhang ... 70
Abstract in deutscher Sprache ... 70
Abstract in englischer Sprache ... 70

Coping und posttraumatisches Wachstum bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil

In der Europäischen Union erhielten im Jahr 2020 ungefähr 2.7 Millionen Menschen eine Krebsdiagnose. Zwar lebt in Europa nur ein Zehntel der gesamten Weltbevölkerung, dennoch tritt dort ein Viertel aller Krebserkrankungen weltweit auf (Europäische Kommission, 2021). Von Krebs wird gesprochen, wenn Krebszellen wachsen und sich ausbreiten, wobei sich Tumore bilden. Diese beschädigen jene Körperbereiche, in denen sie vorkommen, wie Organe, oder zerstören sie. Findet keine Behandlung statt, kann eine Krebserkrankung zum Tod führen. Zudem können über 100 Arten von Krebs unterschieden werden. Während bei Männern in den USA im Jahr 2014 Prostatakrebs die häufigste Krebsart darstellte, war dies bei Frauen Brustkrebs (Davey, 2016). Anzumerken ist weiters, dass sich die Anzahl an Krebspatient*innen, welche die 5-Jahres-Überlebensrate erreichen, in den letzten Jahren erhöht hat und bei ungefähr 63% liegt (Levesque & Maybery, 2012).

Die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung steigt mit höherem Alter stark an (Puterman & Cadell, 2008). Viele der Krebsarten treten vermehrt bei Personen auf, welche mindestens 50 Jahre alt sind (Levesque & Maybery, 2012), und beinahe die Hälfte aller Krebsüberlebenden ist mindestens 70 Jahre alt (Davey, 2016). Durch erhöhtes Schwangerschaftsalter steigt somit auch die Wahrscheinlichkeit an, dass junge Erwachsene zwischen 18 und 35 Jahren, welche die Zielgruppe dieser Masterarbeit darstellen, erleben, wie ein Elternteil an Krebs erkrankt (Götze et al., 2017; Syse et al., 2012). In Norwegen war bei ungefähr 8% der jungen Erwachsenen zwischen 19 und 25 Jahren im Jahr 2008 ein Elternteil an Krebs erkrankt (Syse et al., 2012) und in Australien wird jährlich bei ungefähr 10.000 Elternteilen Krebs diagnostiziert, wobei sich dies auf circa 21.000 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 24 Jahren auswirkt (Morris et al., 2019; Patterson et al., 2017). Bereits hieran wird deutlich, wie viele Nachkommen im jungen Erwachsenenalter von der Krebserkrankung eines Elternteils betroffen sind und, dass eine genauere Betrachtung dieser Zielgruppe bedeutsam ist.

Auch wenn argumentiert werden kann, dass viele junge Erwachsene nicht mehr zuhause wohnen und eine Abhängigkeit von den Eltern somit weniger gegeben ist, bedeutet das nicht, dass die Krebserkrankung eines Elternteils deshalb einen geringeren Einfluss auf diese Nachkommen ausübt (Levesque & Maybery, 2012). Die psychoonkologische Forschung hat dahingehend gezeigt, dass eine Krebserkrankung stets auch das familiäre Umfeld mitbelastet (Davey, 2016; Ernst & Weißflog, 2017; Levesque & Maybery, 2012). Es existieren vielfältige Studien, welche sich auf die Identifizierung negativer psychosozialer Einflüsse auf

Nachkommen mit krebskrankem Elternteil fokussierten (Bellizzi, 2004; Levesque & Maybery, 2012; Morris et al., 2018; Tedeschi & Calhoun, 1996; Walczak et al., 2018; Wild & Paivio, 2004; Wong et al., 2009). Die Berücksichtigung negativer Konsequenzen, welche aus der Krebsdiagnose beziehungsweise -erkrankung eines Elternteils resultieren können, ist in jedem Fall äußerst wichtig (Calhoun et al., 2010; Kissil et al., 2010). Umso relevanter ist aber auch, dass junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil über adäquate Copingstrategien zur psychischen und emotionalen Anpassung an diese Herausforderungen verfügen (Costas-Muñiz, 2012; Davey, 2016).

Die Krebserkrankung eines Elternteils kann auch positive Folgen, wie in Form des posttraumatischen Wachstums, nach sich ziehen. In Studien fanden positive Aspekte bisher wenig Berücksichtigung (Morris et al., 2020), weshalb, insbesondere bezüglich der Zielgruppe der jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, nach wie vor ein Forschungsbedarf besteht (McPhail et al., 2017). Darüber hinaus wird angenommen, dass posttraumatisches Wachstum durch die Anwendung bestimmter Copingstrategien unterstützt wird (Rajandram et al., 2011; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011; Wild & Paivio, 2004).

Aufbauend auf die zuvor erfolgten Erläuterungen widmet sich die vorliegende Masterarbeit den beiden Thematiken *Coping* und *Posttraumatisches Wachstum* im Kontext der Krebserkrankung eines Elternteils bei jungen Erwachsenen. Es wurden nach Wissen der Autorin bis Herbst 2021 zwar bereits Studien zu zumindest einer der beiden Thematiken im Kontext von (Krebs-)Erkrankungen durchgeführt, jedoch nur wenige in Europa (z. B. Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011) und kaum welche im deutschsprachigen Raum (z. B. Brügger et al., 2016; Krattenmacher et al., 2013). Darüber hinaus konnten im Zuge der Literaturrecherche keine Studien gefunden werden, die sich mit dem Zusammenhang von Coping und posttraumatischem Wachstum bei jungen Erwachsenen (18–35 Jahre) mit einem krebskranken Elternteil auseinandersetzten. Umso relevanter ist es, Coping und posttraumatisches Wachstum im Kontext der Krebserkrankung eines Elternteils bei jungen Erwachsenen im deutschsprachigen Raum zu berücksichtigen.

Theoretischer Hintergrund

In diesem Teil der Masterarbeit wird, basierend auf einer ausführlichen Literaturrecherche, zunächst der Begriff *Junge Erwachsene* definiert, bevor die Konzepte *Coping* und *Posttraumatisches Wachstum* erläutert werden. Die beiden Konzepte werden dabei zusätzlich im Kontext der Krebserkrankung eines Elternteils beleuchtet. Im Anschluss daran wird deren Zusammenhang, wiederum auf dem Hintergrund der Krebserkrankung eines Elternteils,

dargelegt. Daraus werden schlussendlich die Fragestellungen und Hypothesen, mit welchen sich diese Masterarbeit auseinandersetzt, abgeleitet.

Junge Erwachsene

Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen gibt es unterschiedliche Definitionen. In der vorliegenden Masterarbeit werden, in Anlehnung an bereits existierende Auffassungen, Personen zwischen 18 und 35 Jahren als *Junge Erwachsene* bezeichnet (Puterman & Cadell, 2008; Rogge, 2020). Es ist jedoch anzumerken, dass international kein Konsens darüber besteht, welche konkrete Altersgruppe den Jugendlichen und welche den jungen Erwachsenen zuzuordnen ist (Walczak et al., 2018).

Coping

Unter dem Begriff *Coping* wird die bewusste Bewältigung internaler und externaler Anforderungen durch persönliche Ressourcen verstanden, wobei diese Anforderungen die Ressourcen des Individuums herausfordern (Morris et al., 2020) oder übersteigen (Silva et al., 2011). Somit geht es darum, welche Verhaltensweisen und Gedanken Individuen zum Umgang mit diesen Anforderungen, zur Anpassung an veränderte Alltagssituationen (Ernst & Weißflog, 2013), zur Problemlösung und zur Stressreduktion nutzen (Brügger et al., 2016). Jene Verhaltensweisen und Gedanken können sich jedoch auch verändern (Krattenmacher et al., 2013; Silva et al., 2011; Walczak et al., 2018). „Zum Coping gehören kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Strategien. Diese Strategien richten sich auf die Regulation von Stress, der von außen „kommt“ (z.B. die Erkrankung bzw. Behandlung), und auf innere Bedürfnisse (Sicherheit, Wiedererlangen von Kontrolle).“ (Ernst & Weißflog, 2013, S. 57).

Es können zwei verschiedene Copingstile, der *adaptive* und der *maladaptive Copingstil,* voneinander unterschieden werden. Das Wort *adaptiv* kommt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie *sich anpassend* (Hermann, 1996). Somit wird, im Gegensatz zu den maladaptiven Copingstrategien, durch adaptive Copingstrategien aktiv versucht, sich an Gegebenheiten anzupassen. Zum adaptiven Copingstil zählen die adaptiven Copingstrategien *Aktive Bewältigung, Akzeptanz, Emotionale* und *Instrumentelle Unterstützung, Humor, Planung, Positive Umdeutung* und *Religion.* Dahingegen umfasst der maladaptive Copingstil die maladaptiven Copingstrategien *Ablenkung, Alkohol/Drogen* im Sinne eines Substanzmissbrauchs, *Ausleben von Emotionen, Selbstbeschuldigung, Verhaltensrückzug* und *Verleugnung* (Morris et al., 2020). Die einzelnen Copingstrategien bilden die Skalen des Fragebogens *Carvers Brief COPE* (Knoll et al., 2005), welcher in dieser Masterarbeit zur Erhebung der Copingstrategien beziehungsweise des adaptiven und des maladaptiven

Copingstils genutzt wird. Es ist außerdem je nach Ausprägung des adaptiven und des maladaptiven Copingstils möglich, vier verschiedene Copingtypen voneinander zu unterscheiden, indem die beiden Ausprägungen *hoch* und *niedrig* des adaptiven und des maladaptiven Copingstils miteinander kombiniert werden (Morris et al., 2020). Somit wird vom *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp*, vom *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp*, vom *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* oder vom *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* gesprochen. Anzumerken ist, dass diese Copingtypen in einer englischsprachigen Studie als *coping styles* bezeichnet wurden (Morris et al., 2020), jedoch werden üblicherweise auch der adaptive und der maladaptive Copingstil im Englischen coping styles genannt (z. B. Costas-Muñiz, 2012). Deshalb wurde entschieden, in dieser Masterarbeit den Begriff *Copingtyp* zu nutzen, um die Copingtypen vom adaptiven und maladaptiven Copingstil abzugrenzen. Zum besseren Verständnis sind die beiden Copingstile sowie die vier Copingtypen in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Copingstile und Copingtypen

		Maladaptiver Copingstil	
		hoch	**niedrig**
Adaptiver Copingstil	**hoch**	hoch adaptiver und hoch maladaptiver Copingtyp	hoch adaptiver und niedrig maladaptiver Copingtyp
	niedrig	niedrig adaptiver und hoch maladaptiver Copingtyp	niedrig adaptiver und niedrig maladaptiver Copingtyp

Krebsdiagnose als Belastung – Relevanz von Coping

Angehörige, welche den*die Krebspatient*in unterstützen, müssen parallel dazu auch mit den eigenen Ängsten und/oder mit psychosozialen Konflikten umgehen (Ernst & Weißflog, 2017). Eine Krebserkrankung bringt deshalb nicht nur für den*die Patient*in, sondern auch für die Angehörigen Herausforderungen und Belastungen mit sich (Ernst & Weißflog, 2013; Preisler & Goerling, 2016) und beeinflusst die gesamte Familie (McPhail et al., 2017; Puterman & Cadell, 2008; Walczak et al., 2018). Es wurde gezeigt, dass bei bis zu 50% der Angehörigen von Krebspatient*innen eine psychische Belastung, beispielsweise in Form von Depressionen oder Angststörungen, vorliegt (Preisler & Goerling, 2016). Pflegende Angehörige von (Krebs-)Patient*innen erzählten von Gefühlen der Hilflosigkeit, von Einsamkeit, Zukunftssorgen, Müdigkeit und Überlastung (Brügger et al., 2016). Außerdem

war die Anzahl jener Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, welche über ein hohes bis sehr hohes Ausmaß an Distress berichteten, drei bis sechs Mal größer als die Anzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ohne krebskrankem Elternteil (Patterson et al., 2017). Auch wiesen Jugendliche mit einem Elternteil, welcher aufgrund der fortgeschrittenen Krebserkrankung in Behandlung war, ein höheres Ausmaß an Angst und Depression sowie ein niedrigeres Selbstbewusstsein als andere Gleichaltrige auf (Phillips, 2014). Zudem berichteten Jugendliche und junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil über mehr Ängste und Depressionen als jüngere Kinder (Morris et al., 2018, 2020). Weiters gaben Jugendliche mit einer an Krebs erkrankten Mutter Belastungsgefühle aufgrund eines möglichen Verlusts an (Clemmens, 2009), wohingegen weibliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil eine mögliche Veränderung des Alltags oder der Lebensqualität als belastend empfanden (Puterman & Cadell, 2008). Darüber hinaus berichteten Jugendliche und junge Erwachsene nach der Krebsdiagnose eines Elternteils gehäuft von Ängsten, Traurigkeit (Davey et al., 2011; Ghofrani et al., 2019; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017) und Unsicherheit (Clemmens, 2009; Davey et al., 2011; Ghofrani et al., 2019; Levesque & Maybery, 2012), beispielsweise hinsichtlich der eigenen Zukunft oder jener des Elternteils (Davey et al., 2011). Auch wurden Wut (Ghofrani et al., 2019; Levesque & Maybery, 2012), Frustration, Schuldgefühle (Levesque & Maybery, 2012), Depressionen, Verwirrung, Gefühle des Alleinseins (Ghofrani et al., 2019) oder emotionaler Kontrollverlust (McPhail et al., 2017) erwähnt. Die Angst vor einer Vererbung der Krebserkrankung wurde sowohl von Jugendlichen (Clemmens, 2009; Davey et al., 2011), wobei diese Angst insbesondere auf weibliche Jugendliche zutraf (Clemmens, 2009), als auch von weiblichen jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil thematisiert (Davey et al., 2011; Puterman & Cadell, 2008). Zudem unterbrach die Krebserkrankung eines Elternteils die Erreichung der Ziele der Entwicklungsphase des jungen Erwachsenenalters (Morris et al., 2019; Puterman & Cadell, 2008; Walczak et al., 2018), welche ohnehin eine Zeit der Instabilität darstellt (Morris et al., 2018). Zu den Zielen dieser Entwicklungsphase zählen die Definition von Lebens- und Karrierezielen (Puterman & Cadell, 2008), finanzielle Unabhängigkeit (Walczak et al., 2018), ein eigenes Zuhause (Puterman & Cadell, 2008) und die Entwicklung intimer Beziehungen (Puterman & Cadell, 2008; Walczak et al., 2018). Jungen Erwachsenen fiel das Erreichen der Unabhängigkeit beziehungsweise eines eigenen Lebens durch die Krebserkrankung eines Elternteils schwerer (Puterman & Cadell, 2008), da sie ihre Familie unterstützen und in deren Nähe sein wollten (Morris et al., 2018; Patterson et al., 2017). Deshalb besuchten auch bereits ausgezogene junge Erwachsene ihre Familie häufiger, halfen im Alltag mit und versuchten,

die anderen Familienmitglieder zu entlasten (McPhail et al., 2017). Zwar waren junge Erwachsene nach wie vor auf die Unterstützung ihrer Familie angewiesen (Puterman & Cadell, 2008), jedoch verlangten erkrankte Elternteile mehr emotionale sowie praktische Unterstützung, wie in Form von Haushalts- und Pflegeaufgaben (Morris et al., 2019). Darüber hinaus unterstützten sie ältere Nachkommen weniger als Nachkommen im Kindesalter (Ghofrani et al., 2019). Häufig erlebten ältere Nachkommen aufgrund der Krebsdiagnose eines Elternteils deshalb eine stärkere Erschütterung als jüngere (Morris et al., 2019). Dies lag unter anderem auch daran, dass sie die Krebserkrankung des Elternteils und deren mögliche Konsequenzen besser nachvollziehen konnten (Ghofrani et al., 2019; Morris et al., 2018; Syse et al., 2012). Dennoch ließ sich die Nutzung bestimmter Copingstrategien nicht durch das jeweilige Alter der Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren, vorhersagen (Morris et al., 2020). Es konnte auch nicht bestätigt werden, dass ältere Jugendliche mit krebskrankem Elternteil mehr Copingstrategien nutzen als jüngere Jugendliche (Krattenmacher et al., 2013).

Unter Berücksichtigung der vorangegangenen Ausführungen kann davon ausgegangen werden, dass die Bedrohung, welche aus der Krebserkrankung eines Elternteils resultiert, einen kontinuierlichen Stressor für die gesamte Familie darstellt (Krattenmacher et al., 2013; Morris et al., 2018). Dadurch wird die Relevanz der Nutzung förderlicher Copingstrategien umso deutlicher. Insbesondere, da Copingprozesse teilweise modifizierbar sind (Morris et al., 2020), ist die Erforschung dieser sowie möglicher positiver Ergebnisse bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil relevant. Auf diese Weise können die jungen Erwachsenen bei der Umsetzung der förderlichsten Copingstrategien unterstützt werden. Wandten junge Erwachsene keine adäquaten Copingstrategien an, wurde deren Wohlbefinden negativ beeinflusst, insbesondere, wenn die Krankheit des*der Angehörigen schwerwiegend war (McPhail et al., 2017). Auch waren positive Ergebnisse durch bestimmte Copingstrategien besser zu erreichen als durch andere. Dies hing davon ab, ob die Copingstrategien dem adaptiven oder dem maladaptiven Copingstil zugeordnet werden konnten. Ein hoher adaptiver Copingstil hing mit hoher Resilienz, positiven Emotionen und positivem Affekt zusammen (Morris et al., 2020). Zudem wurden Zusammenhänge zwischen unterstützungssuchenden Copingstrategien (Walczak et al., 2018), wie den Copingstrategien *Emotionale* und *Instrumentelle Unterstützung,* und besserer mentaler Gesundheit festgestellt. Dies wurde auch in einer anderen Studie gezeigt, welche darüber hinaus feststellte, dass insbesondere emotionsfokussierende Copingstrategien, die lösungsorientiert sind, wie *Akzeptanz* oder *Positive Umdeutung,* förderlich sind (Krattenmacher et al., 2013). Dahingegen

war der maladaptive Copingstil mit niedrigerer Resilienz, höherem negativem Affekt, psychologischer Morbidität und Posttraumatischer Belastungsstörung assoziiert (Morris et al., 2020). Auch hingen vermeidungsorientierte Copingstrategien, wie sozialer und familiärer *Verhaltensrückzug* (Walczak et al., 2018) oder *Ablenkung* (Krattenmacher et al., 2013), mit negativen psychosozialen Konsequenzen (Walczak et al., 2018) und schlechterer mentaler Gesundheit (Krattenmacher et al., 2013) zusammen. Außerdem wurde herausgefunden, dass die maladaptiven Copingstrategien *Alkohol/Drogen*, *Verhaltensrückzug* und *Verleugnung* Prädiktoren für Depressionen und Angststörungen bei Jugendlichen mit krebskrankem Elternteil darstellen (Costas-Muñiz, 2012).

Studien zu Coping

Es wurde bereits in qualitativen Studien nach konkreten Copingstrategien bei Jugendlichen (Davey et al., 2011) und Universitätsstudent*innen (McPhail et al., 2017) mit krebskrankem Elternteil sowie bei pflegenden Angehörigen von, unter anderem krebskranken, Patient*innen gefragt (Brügger et al., 2016). Auch in systematischen Reviews mit Fokus auf Jugendliche und/oder junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil wurden Copingstrategien berücksichtigt (Phillips, 2014; Walczak et al., 2018). In diesen Studien wurden die Suche nach (in-)formeller Unterstützung (Brügger et al., 2016; McPhail et al., 2017; Walczak et al., 2018), insbesondere durch die Familie und durch Freund*innen (Davey et al., 2011; McPhail et al., 2017), die Fokussierung auf Positives (Brügger et al., 2016), die Hoffnung, die Bedeutungsfindung (Phillips, 2014), die Akzeptanz (McPhail et al., 2017), die Anerkennung der eigenen Grenzen (Brügger et al., 2016) sowie die Suche nach Informationen bezüglich des Krankheitsverlaufs und nach unterstützenden Angeboten (Brügger et al., 2016; Davey et al., 2011; Phillips, 2014) genannt. Bezüglich der unterstützenden Angebote wurde gezeigt, dass von Nachkommen mit krebskrankem Elternteil insgesamt mehr psychiatrische Angebote genutzt werden, und dies bereits in jüngerem Alter, als von Nachkommen mit gesunden Elternteilen (Morris et al., 2018, 2020). Auch wurden die Ermöglichung eines Ausgleichs (Brügger et al., 2016) beziehungsweise das Bedürfnis nach *normalen* Aktivitäten (Clemmens, 2009; Davey et al., 2011; McPhail et al., 2017) und die Ablenkung (Davey et al., 2011; Phillips, 2014), beispielsweise in Form von Computerspielen, dem Treffen von Freund*innen oder der Fokussierung auf die Schule (Davey et al., 2011) beziehungsweise die Universität (McPhail et al., 2017) thematisiert. Weiters wurden Gespräche mit anderen (Brügger et al., 2016; McPhail et al., 2017; Phillips, 2014) und die offene Kommunikation über die Krebserkrankung innerhalb der Familie, da dies den Jugendlichen Sicherheit und die Möglichkeit gab, neue Copingstrategien auszuprobieren (Clemmens, 2009), erwähnt. Darüber

hinaus gaben Jugendliche an, mehr auf sich selbst zu achten, beispielsweise durch Musikhören, Yoga oder meditative Praktiken. Zudem berichteten sie, teilweise auch gemeinsam mit dem erkrankten Elternteil, zu beten oder die Bibel zu lesen, sofern dies bereits zuvor zu den Familienroutinen gezählt hatte (Davey et al., 2011).

In quantitativen Studien wurde zur Erhebung der Copingstrategien von Jugendlichen (Costas-Muñiz, 2012), von Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren (Morris et al., 2020), und von Krebspatient*innen (Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011) beziehungsweise von weiblichen Brustkrebsüberlebenden (Silva et al., 2011) der Carvers Brief COPE (Knoll et al., 2005[1]) verwendet. Jene Copingstrategien, welche in den zuvor erwähnten, qualitativen Studien genannt wurden, lassen sich großteils den Skalen des Carvers Brief COPE (Knoll et al., 2005) zuordnen. Gezeigt wurde, dass Jugendliche mit krebskrankem Elternteil insbesondere die adaptiven Copingstrategien *Emotionale Unterstützung*, *Religion* und *Akzeptanz* nutzen (Costas-Muñiz, 2012). Darüber hinaus lag bei Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren und mit dem erkrankten Elternteil zusammenwohnten, im Vergleich zu gleichaltrigen Nachkommen, welche nicht mit dem erkrankten Elternteil im selben Haushalt lebten, eher der *niedrig adaptive und niedrig maladaptive Copingtyp* vor (Morris et al., 2020). Jedoch wurde in einer anderen Studie festgestellt, dass alle Universitätsstudent*innen mit krebskrankem Elternteil, unabhängig davon, ob sie mit dem erkrankten Elternteil im selben Haushalt wohnten oder nicht, von den Erfahrungen, welche die Krebserkrankung des Elternteils nach sich zog, betroffen waren (McPhail et al., 2017). Dahingegen entsprachen Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren und deren Elternteil an Krebs verstorben war, im Vergleich zu Nachkommen, deren Elternteil nach wie vor an Krebs erkrankt oder davon geheilt war, eher dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* (Morris et al., 2020).

Coping und Gender

Die Studienergebnisse bezüglich Coping und Gender waren inkonsistent. In einer Studie wurde davon ausgegangen, dass weibliche Jugendliche mit krebskrankem Elternteil mehr emotionsfokussierende Copingstrategien nutzen als männliche. Hierzu wurden die Copingstrategien *Suche nach emotionaler Unterstützung, Akzeptanz, Humor, Religion* und *Positive Umdeutung* gezählt. Dahingegen wurde bei männlichen Jugendlichen mit

[1] Dieser Verweis entspricht der deutschsprachigen Version. In den aufgezählten Studien wurde der Fragebogen in verschiedenen Übersetzungen genutzt.

krebskrankem Elternteil angenommen, dass diese mehr problemfokussierende Copingstrategien verwenden als weibliche, wie dies auf die Copingstrategien *Aktive Bewältigung* und *Planung* zutrifft. Es konnten diesbezüglich jedoch keine signifikanten Genderunterschiede festgestellt werden (Costas-Muñiz, 2012). Im Gegensatz hierzu wurde in einer anderen Studie gezeigt, dass Frauen sich häufiger emotionsfokussierender Copingstrategien bedienen als Männer (Matud, 2004). Während in einer weiteren Studie mit Jugendlichen mit krebskrankem Elternteil keine Genderunterschiede bezüglich Coping gefunden werden konnten (Krattenmacher et al., 2013), wurde in einer Studie mit Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren, nachgewiesen, dass Töchter eher einen adaptiven Copingstil als Söhne nutzen. Dies war unabhängig von der Ausprägung des maladaptiven Copingstils (Morris et al., 2020). Auch im Vergleich von erwachsenen Frauen und Männern zeigte sich, dass Frauen signifikant mehr adaptive Copingstrategien als Männer verwenden (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Darüber hinaus berichteten sowohl weibliche als auch männliche Jugendliche von der Nutzung mehrerer, verschiedener Copingstrategien (Davey et al., 2011). Jedoch nutzten Töchter, die bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren, insgesamt mehr verschiedene Copingstrategien als Söhne. Dies wurde dadurch begründet, dass Frauen eher mit Stress auf negative Ereignisse reagieren. Es wurde angenommen, dass Frauen deshalb häufiger Copingstrategien als Männer nutzen und in der Umsetzung dieser geübter sind (Morris et al., 2020). Dass erwachsene Frauen signifikant mehr verschiedene Copingstrategien als Männer verwenden, wurde auch in früheren Studien festgestellt. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass Frauen sich ihrer Emotionen bewusster sind und sich eher damit auseinandersetzen (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Dies stimmt wiederum mit jenem Studienergebnis, dass Frauen häufiger emotionsfokussierende Copingstrategien als Männer verwenden (Matud, 2004), überein. Bezüglich des Geschlechts des an Krebs erkrankten Elternteils zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des Copingstils bei den Nachkommen (Morris et al., 2020).

Posttraumatisches Wachstum

Der Begriff *Posttraumatisches Wachstum* wurde von Tedeschi und Calhoun (1996) eingeführt. Es handelt sich dabei um, von dem*der Betroffenen als positiv beschriebene, Veränderungen, welche aus dem Umgang mit einem Trauma, mit Krisensituationen oder einer Herausforderung und den daraus entstehenden Nachwirkungen resultieren (Calhoun et al., 2010; Morris et al., 2020; Tedeschi & Calhoun, 1996). Von einem Trauma wird gesprochen, wenn ein Individuum einmal oder mehrmals mit sexueller Gewalt, einer ernsthaften

Verletzung oder Tod konfrontiert wird beziehungsweise wenn es wahrnimmt, wie dies einem anderen Individuum geschieht (Falkai & Wittchen, 2018; Wild & Paivio, 2004). Es geht somit um die Bedrohung des eigenen Körpers beziehungsweise der Psyche oder um die Bedrohung eines anderen Individuums (Spratler, 2021). Diese kann zu Gefühlen von extremer Angst und/oder Hilflosigkeit führen. Somit bestehen traumatische Erfahrungen stets auch aus einer subjektiven Komponente (Wild & Paivio, 2004). Es kann davon ausgegangen werden, dass schwerwiegende negative Ereignisse enorme Anpassungsleistungen von Individuen fordern (Mangelsdorf, 2020), was deshalb auch für lebensbedrohliche Krankheiten, wie eine Krebserkrankung, gilt. Eine Krebserkrankung ist sowohl für den*die Patient*in als auch für die Angehörigen sehr stressvoll (Ghofrani et al., 2019) beziehungsweise sogar traumatisch (Garrard et al., 2017). Die Angehörigen müssen sich auf den möglichen Verlust des*der Patient*in vorbereiten und sehen diese*n physisch und emotional leiden (McPhail et al., 2017). Insbesondere für Nachkommen stellt die Krebserkrankung des Elternteils eine traumatische Erfahrung dar. Dies gilt zum einen aufgrund des möglichen endgültigen Verlusts des Elternteils und zum anderen wegen des vorübergehenden Verlusts des Elternteils aufgrund der Krebssymptomatik, der Behandlung und deren Nebenwirkungen sowie der Unterbrechung von familiären Routinen (Kissil et al., 2010). Weitere Belastungen wurden bereits zuvor verdeutlicht. Anzumerken ist, dass es sich bei einer Krebserkrankung nicht um ein einzelnes traumatisches Ereignis, sondern um einen chronischen Stressfaktor handelt, der über einen längeren Zeitraum andauert (Scrignaro et al., 2011).

Für Individuen ist es möglich, nach solchen Erlebnissen zu einem Zustand des Wohlbefindens zurückzukehren und/oder einen Nutzen aus dem Geschehenen zu ziehen (Wild & Paivio, 2004) beziehungsweise über signifikante positive Veränderungen zu berichten (Calhoun et al., 2010). Somit führt auch eine Krebserkrankung nicht ausschließlich zu negativen Konsequenzen, sondern kann positive Folgen haben (Garrard et al., 2017). Jedoch können die Folgen von traumatisierenden Ereignissen sehr verschieden sein (Spratler, 2021), wodurch dies auch für Nachkommen, welche von der Krebserkrankung eines Elternteils betroffen sind, gilt. Zu den möglichen positiven Konsequenzen zählt das posttraumatische Wachstum, welches nicht nur bei Krebspatient*innen (Kissil et al., 2010), sondern auch bei deren Nachkommen auftrat (Morris et al., 2020; Teixeira & Pereira, 2013). Posttraumatisches Wachstum war darüber hinaus negativ mit Depressionen, negativem Affekt, Substanzmissbrauch und Angst assoziiert (Kissil et al., 2010).

Beim posttraumatischen Wachstum wird nicht nur zum ursprünglichen Funktionszustand zurückgekehrt, sondern laut der *trauma-/stressrelated growth theory* findet eine Verbesserung

in einem oder in mehreren Bereichen des eigenen Lebens statt (Levesque & Maybery, 2012). Diese Verbesserung resultiert aus der Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen. Extrem negative Ereignisse können zu großem Distress führen und fordern die Sichtweisen des Individuums auf sich selbst, andere und die Realität heraus (Wild & Paivio, 2004). Posttraumatisches Wachstum erfolgt, wenn Individuen mit einer Welt konfrontiert werden, die nicht mehr zu den Vorstellungen über sich selbst, das Verhalten anderer oder die Zukunft passt (Calhoun et al., 2010). Auch, wenn die eigenen Ansichten über das Leben und die Welt durch ein sehr negatives Ereignis erschüttert werden (Kissil et al., 2010; Mangelsdorf, 2020) und Individuen sich darum bemühen, neue Annahmen bezüglich der Welt und des eigenen Selbst zu bilden (Kissil et al., 2010) beziehungsweise bisherige Annahmen hinterfragen, wird posttraumatisches Wachstum ermöglicht (Levesque & Maybery, 2012). Auf diese Weise werden Entwicklungsprozesse des Individuums angeregt (Mangelsdorf, 2020). Somit handelt es sich beim posttraumatischen Wachstum nicht nur um ein Ergebnis, sondern auch um einen Prozess (Rajandram et al., 2011). Es erfolgt eine psychologische und emotionale Reorganisation (Kissil et al., 2010; Levesque & Maybery, 2012), wodurch Aspekte der eigenen Persönlichkeit beziehungsweise des eigenen Selbst transformiert werden (Kissil et al., 2010). Aus diesem Grund stellt posttraumatisches Wachstum eine wichtige Ressource von traumatisierten Individuen dar (Mangelsdorf, 2020). Außerdem ist posttraumatisches Wachstum von posttraumatischen Verlusten statistisch unabhängig (Calhoun et al., 2010).

Dimensionen des posttraumatischen Wachstums

Beim posttraumatischen Wachstum handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt (Teixeira & Pereira, 2013), welches die Vermehrung emotionaler, kognitiver und/oder psychosozialer Ressourcen beinhaltet (Wild & Paivio, 2004). Das Konstrukt umfasst die Dimensionen *Beziehungen zu anderen, Neue Möglichkeiten, Persönliche Stärke, Religiöse Veränderungen* und *Wertschätzung des Lebens.* Mit der Dimension *Beziehungen zu anderen* ist gemeint, dass die erlebten, negativen Ereignisse positive Veränderungen in Beziehungen zu Freund*innen und/oder zur Familie hervorrufen. Hierzu zählen ein verstärktes Gefühl der Nähe, insgesamt mehr Mitgefühl (Calhoun et al., 2010), Sensibilität gegenüber anderen und engere Beziehungen (Tedeschi & Calhoun, 1996). Bei der Dimension *Neue Möglichkeiten* geht es um die Übernahme neuer Aufgaben oder Rollen sowie um das Eingehen neuer Beziehungen aufgrund der negativen, stressvollen Ereignisse (Calhoun et al., 2010). Die Dimension *Persönliche Stärke* beinhaltet, dass sich Individuen aufgrund des Aushaltens der negativen Ereignisse stärker, selbstbewusster (Calhoun et al., 2010; Tedeschi & Calhoun, 1996) und/oder erfahrener (Tedeschi & Calhoun, 1996) fühlen. Dahingegen umfasst die

Dimension *Religiöse Veränderungen* neue Ansichten bezüglich der eigenen Existenz und der Verbindung zu Transzendentem sowie die Vertiefung oder Infragestellung des eigenen Glaubens (Calhoun et al., 2010). Durch die negativen Ereignisse kann es außerdem zu einer erhöhten *Wertschätzung des Lebens* kommen, wobei sich dies beispielsweise in einer freieren, weniger routinierten und lebhafteren Lebensweise äußert (Calhoun et al., 2010).

Zeitlicher Aspekt

Teils wird davon ausgegangen, dass posttraumatisches Wachstum über die Zeit ansteigt (Silva et al., 2011) und deshalb erst zu einem späteren Zeitpunkt nachweisbar ist (Teixeira & Pereira, 2013). Andererseits wird angenommen, dass posttraumatisches Wachstum und die Zeit, welche seit dem negativen Ereignis vergangen ist, nicht zusammenhängen (Tedeschi & Calhoun, 1996). Von Jugendlichen mit krebskrankem Elternteil wurden bereits zwei Monate nach der Krebsdiagnose des Elternteils positive Veränderungen berichtet, was darauf hindeutet, dass für posttraumatisches Wachstum kaum eine Entwicklungszeit notwendig ist (Kissil et al., 2010). Auch bei Frauen mit Brustkrebs trat posttraumatisches Wachstum bereits vier Monate nach deren Krebsdiagnose auf (Silva et al., 2011). Positive Veränderungen durch die Krebserkrankung eines Familienmitglieds sind somit bereits nach wenigen Monaten nachweisbar und auch bei Angehörigen möglich (Levesque & Maybery, 2012).

Studien zu posttraumatischem Wachstum

In einer qualitativen Studie berichteten ungefähr 44% der Erwachsenen, welche in ihrer Kindheit oder Jugend die Krebsdiagnose eines Elternteils erlebt hatten, spontan von sich aus über posttraumatisches Wachstum, wenn sie nach dem Einfluss der Krebserkrankung eines Elternteils auf ihr eigenes Leben gefragt wurden (Wong et al., 2009). Außerdem wurde festgestellt, dass über die Hälfte der Individuen, welche ein traumatisches Ereignis erlebt hatten, von einzelnen positiven Konsequenzen, welche aus dieser Erfahrung resultierten, erzählten (Kissil et al., 2010). Diese positiven Folgen dauerten noch Jahre nach der Krebsdiagnose des Elternteils an (Levesque & Maybery, 2012). In einem systematischen Review mit Fokus auf Jugendliche und junge Erwachsene (Walczak et al., 2018) und in qualitativen Studien mit Erwachsenen, welche in ihrer Kindheit oder Jugend von der Krebsdiagnose eines Elternteils betroffen waren (Wong et al., 2009), mit Kindern und deren krebskranken Eltern beziehungsweise Elternteilen (Garrard et al., 2017), Jugendlichen (Davey et al., 2011; Kissil et al., 2010; Phillips, 2014), Universitätsstudent*innen (McPhail et al., 2017) und Erwachsenen (Levesque & Maybery, 2012; Teixeira & Pereira, 2013) mit krebskrankem Elternteil sowie pflegenden Angehörigen von (Krebs-)Patient*innen und Krebspatient*innen selbst (Kissil et al., 2010) wurde posttraumatisches Wachstum erhoben.

Dabei wurde von mindestens einer positiven Konsequenz, die auf eine Krebsdiagnose folgte, berichtet (Kissil et al., 2010; Teixeira & Pereira, 2013). Zu den erwähnten positiven Konsequenzen zählten die Weiterentwicklung des Charakters (Wong et al., 2009), die erhöhte Wertschätzung des Lebens (Garrard et al., 2017; Kissil et al., 2010; Walczak et al., 2018; Wong et al., 2009) und der Familie (Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Phillips, 2014), innigere und bessere (Familien-)Beziehungen (Brügger et al., 2016; Clemmens, 2009; Davey et al., 2011; Garrard et al., 2017; Kissil et al., 2010; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Phillips, 2014; Walczak et al., 2018; Wong et al., 2009), die Wahrnehmung der eigenen Wichtigkeit für andere (Kissil et al., 2010) und ein erhöhtes Interesse am Thema Krebs (Kissil et al., 2010; Wong et al., 2009). Auch die Reifung beziehungsweise das persönliche Wachsen (Brügger et al., 2016; Davey et al., 2011; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Walczak et al., 2018; Wong et al., 2009), die erhöhte Unabhängigkeit (Garrard et al., 2017; Phillips, 2014), die Würdigung jedes einzelnen Tages (Teixeira & Pereira, 2013), mehr mit der Familie verbrachte Zeit (Levesque & Maybery, 2012; Phillips, 2014; Walczak et al., 2018), veränderte Lebensprioritäten (Kissil et al., 2010; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Phillips, 2014; Walczak et al., 2018), die Wahrnehmung neuer Möglichkeiten (Wong et al., 2009), mehr Stärke (Davey et al., 2011; Kissil et al., 2010; Teixeira & Pereira, 2013; Wong et al., 2009) und Mitgefühl (Garrard et al., 2017; Kissil et al., 2010; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Wong et al., 2009) wurden erwähnt. Darüber hinaus wurde über ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein und einen gesünderen Lebensstil (Kissil et al., 2010; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Walczak et al., 2018), das Erkennen der wahren Freund*innen (McPhail et al., 2017), den Zugang zu eigenen, zuvor unbekannten Ressourcen (Davey et al., 2011), eine positivere und dankbarere Sichtweise auf das Leben insgesamt (Garrard et al., 2017; McPhail et al., 2017; Phillips, 2014) und erhöhte Spiritualität (Kissil et al., 2010) berichtet.

Posttraumatisches Wachstum und Gender

In quantitativen Studien wurde posttraumatisches Wachstum mit dem *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI; Maercker & Langner, 2001[2]) erhoben. In die fünf Dimensionen des Fragebogens lassen sich großteils die zuvor aufgezählten, positiven Folgen einordnen. Mit dem PTGI (Maercker & Langner, 2001) wurden Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren (Morris et al., 2020), erwachsene

[2] Bei diesem Verweis handelt es sich um die deutschsprachige Version. In den Studien wurden verschiedene Übersetzungen des Fragebogens verwendet.

Nachkommen mit krebskrankem Elternteil (Teixeira & Pereira, 2013), Krebspatient*innen (Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011) und Krebsüberlebende (Bellizzi, 2004; Silva et al., 2011) befragt. Dabei wurden, neben dem Zusammenhang von posttraumatischem Wachstum und Coping, insbesondere Studienergebnisse zu Gender und posttraumatischem Wachstum fokussiert, wobei diese inkonsistent waren. Häufig wiesen Frauen ein signifikant höheres posttraumatisches Wachstum, auf einzelnen Dimensionen des PTGI (Maercker & Langner, 2001) und/oder insgesamt, als Männer auf. Dies galt für weibliche Krebsüberlebende, die auf allen Einzeldimensionen, außer auf der Dimension *Beziehungen zu anderen*, und insgesamt ein signifikant höheres posttraumatisches Wachstum als Männer zeigten (Bellizzi, 2004). Auch in einer anderen Studie wiesen Frauen insgesamt sowie auf allen Einzeldimensionen, außer auf der Dimension *Neue Möglichkeiten,* ein höheres posttraumatisches Wachstum als Männer auf. Jedoch wurden in diese Studie zur Überprüfung der Konstruktvalidität des posttraumatischen Wachstums Individuen mit und ohne traumatische Erfahrung einbezogen. Der Genderunterschied wurde darauf zurückgeführt, dass es Frauen eher als Männern möglich ist, aus negativen Erlebnissen zu lernen und von diesen zu profitieren (Tedeschi & Calhoun, 1996). Dass auch weibliche Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren und einem krebskranken Elternteil beziehungsweise krebskranken Elternteilen insgesamt mehr posttraumatisches Wachstum als Männer zeigten, ließ sich anhand einer weiteren Studie bestätigen. Dies wurde dadurch begründet, dass Frauen stärker mit Stress auf negative Ereignisse reagieren als Männer und deshalb eher posttraumatisches Wachstum wahrnehmen sowie darüber berichten (Teixeira & Pereira, 2013). Dahingegen wurde bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit an Krebs verstorbenem Elternteil und einem Durchschnittsalter von 19 Jahren kein signifikanter Zusammenhang zwischen posttraumatischem Wachstum und Gender festgestellt (Hirooka et al., 2017). Auch weibliche und männliche Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 24 Jahren und einem Elternteil, welcher in deren Kindheit oder Jugend eine Krebsdiagnose erhalten hatte, berichteten gleichermaßen über posttraumatisches Wachstum (Wong et al., 2009). Darüber hinaus zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen posttraumatischem Wachstum und Gender des verstorbenen Elternteils (Hirooka et al., 2017). Weiters wurde posttraumatisches Wachstum sowohl von Kindern mit einem von einer Krebserkrankung geheilten als auch mit einem daran verstorbenen Elternteil berichtet (Wong et al., 2009).

Zusammenhang von Coping und posttraumatischem Wachstum

Möglich sind positive Veränderungen aufgrund sehr stressvoller beziehungsweise traumatischer Ereignisse nur, wenn das Individuum auf bestimmte Copingstrategien

zurückgreift, um mit diesen negativen Ereignissen umzugehen (Wild & Paivio, 2004). Somit hängt das posttraumatische Wachstum eng mit den Copingstrategien, welche zur Anpassung an das traumatische Ereignis genutzt werden, zusammen (Rajandram et al., 2011). Das bedeutet, je nachdem, wie auf ein traumatisches Ereignis reagiert wird, kann sich dies unterschiedlich auf das posttraumatische Wachstum auswirken (Teixeira & Pereira, 2013). Es wird davon ausgegangen, dass insbesondere adaptive Copingstrategien zur effektiven Entwicklung posttraumatischen Wachstums beitragen. Dass verschiedenste adaptive Copingstrategien signifikant mit erhöhtem posttraumatischem Wachstum assoziiert sind, wurde in, unter anderem längsschnittlichen, Studien mit Krebspatient*innen (Rajandram et al., 2011; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011), weiblichen Brustkrebsüberlebenden (Silva et al., 2011) und Universitätsstudent*innen (Wild & Paivio, 2004) festgestellt. In einer weiteren Studie wurde diese Annahme auch in Bezug auf Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren, bestätigt. Es wurde gezeigt, dass ein hoher adaptiver Copingstil mit signifikant höherem posttraumatischem Wachstum assoziiert ist als ein niedriger adaptiver Copingstil. Dies war unabhängig von der Ausprägung des maladaptiven Copingstils. Posttraumatisches Wachstum war zudem in derselben Studie bei jenen Nachkommen am höchsten, welche viele Copingstrategien nutzten, unabhängig davon, ob es sich dabei um adaptive oder maladaptive Copingstrategien handelte. Somit war die mittlere Ausprägung des posttraumatischen Wachstums bei jenen Nachkommen am höchsten, welche dem *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* entsprachen (Morris et al., 2020). Darüber hinaus wurde in einer weiteren Studie festgestellt, dass posttraumatisches Wachstum zu verstärkten intrusiven oder vermeidenden Gedanken bezüglich der stressauslösenden Faktoren führen kann. Ein insgesamt besseres psychologisches Funktionieren aufgrund posttraumatischen Wachstums ist somit umstritten (Wong et al., 2009). Jedoch wurde in einer anderen Studie herausgefunden, dass zur Entstehung posttraumatischen Wachstums eine Berücksichtigung des negativen Erlebnisses erfolgen muss. Eine solche Auseinandersetzung kann durch adaptive Copingstrategien, wie *Planung* oder *positive Umdeutung*, aber auch durch Grübeln als maladaptive Copingstrategie erfolgen (Morris et al., 2020). Es ließ sich feststellen, dass absichtliches und positiv orientiertes Grübeln zu posttraumatischem Wachstum beiträgt (Bellizzi, 2004). Außerdem ist es möglich, dass der Zugang zu einem traumatischen beziehungsweise sehr stressvollen Ereignis durch maladaptive Copingstrategien erleichtert wird, da adaptive Copingstrategien weitgehend lösungsorientiert sind (Morris et al., 2020).

Aufgrund dessen kann davon ausgegangen werden, dass auch maladaptive Copingstrategien eine Funktion für das posttraumatische Wachstum erfüllen.

Weitere Limitationen bisheriger Studien

Studien, welche sich mit der Krebsdiagnose eines Elternteils auseinandersetzten, fokussierten, ausgerichtet am Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils, kaum eine spezifische Altersgruppe. Dasselbe wurde auch in systematischen Reviews bemängelt (Morris et al., 2018; Walczak et al., 2018). Stattdessen handelte es sich bei den Proband*innen um Kinder und Jugendliche (z. B. McPhail et al., 2017; Morris et al., 2018), Jugendliche und junge Erwachsene (z. B. Morris et al., 2020) oder um Erwachsene insgesamt (z. B. Levesque & Maybery, 2012).

Darüber hinaus wurde in bisherigen Studien bei der Auswahl der Proband*innen von einer Krebsdiagnose des Elternteils, die bis zu maximal 10 Jahren zurücklag, ausgegangen, um den *recall bias* zu verhindern (Bellizzi, 2004, McPhail et al., 2017; Morris et al., 2020). Diese Art der Verzerrung tritt oft auf, wenn sich ein Individuum an ein vergangenes Verhalten oder Ereignis erinnert. Hierbei wird beispielsweise die Häufigkeit des Auftretens eines Verhaltens über- oder unterschätzt (American Psychological Association, 2020). Retrospektive Selbstberichte können somit zu einer Erinnerungsverzerrung führen, und zwar insbesondere dann, wenn das zu Erinnernde bereits lange zurückliegt (Morris et al., 2020). Durch die Definition einer Zeitspanne wird versucht, diese Verzerrung zu kontrollieren beziehungsweise zu minimieren. In einer anderen Studie wurde vorgeschlagen, einen kürzeren Zeitrahmen zu definieren, da insbesondere bei Personen, die vor 10 Jahren noch Kinder oder Jugendliche gewesen waren, der recall bias ansonsten dennoch auftreten kann. Auch ist es möglich, dass bei einem Zeitraum von 10 Jahren viele andere Geschehnisse das Coping und das posttraumatische Wachstum beeinflussten (Levesque und Maybery, 2012). In verschiedenen weiteren Studien wurde deshalb ein Zeitrahmen von fünf Jahren gewählt (Ghofrani et al., 2019; Hirooka et al., 2017; Patterson et al., 2017; Puterman & Cadell, 2008; Wild und Paivio, 2004), wohingegen in anderen Studien wiederum von einem Zeitrahmen von zwei Jahren (Davey et al., 2011; Kissil et al., 2010) oder von einem Jahr (Lindqvist et al., 2007) ausgegangen wurde.

Bezüglich einer Krebserkrankung des Elternteils wurde überwiegend mütterlicher Brustkrebs fokussiert (Davey et al., 2011; Kissil et al., 2010; McPhail et al., 2017; Morris et al., 2018; Silva et al., 2011) und andere Arten von Krebs sowie krebskranke Väter waren unterrepräsentiert (Morris et al., 2018). Es muss jedoch angemerkt werden, dass bei Frauen am häufigsten Brustkrebs diagnostiziert wird (Davey, 2016; Silva et al., 2011) und

beispielsweise in Australien in den Jahren von 1982 bis 2015 Brustkrebs der Mutter insgesamt die häufigste Krebsdiagnose eines Elternteils darstellte (Morris et al., 2019). Auch wurde in kaum einer der, in der vorliegenden Masterarbeit genannten, Studien die Krebsdiagnose beider Elternteile erwähnt. Eine Ausnahme bilden zwei Studien (Garrard et al., 2017; Teixeira und Pereira, 2013), welche jedoch bezüglich der Stichprobe nicht zwischen der Krebserkrankung von einem oder beiden Elternteil(en) unterschieden.

Fragestellungen und Hypothesen

Aus den Erkenntnissen, welche aus den vorangegangenen Kapiteln resultierten, werden im Folgenden anhand kurzer Zusammenfassungen Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet. Diese bilden die Grundlage des methodischen Teils der vorliegenden Masterarbeit.

Fragestellung und Hypothesen zu Coping

Jugendliche mit krebskrankem Elternteil gaben an, insbesondere die adaptiven Copingstrategien *Emotionale Unterstützung*, *Religion* und *Akzeptanz* zu nutzen (Costas-Muñiz, 2012). Darüber hinaus lag bei Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren und mit dem krebskranken Elternteil in einem Haushalt wohnten, im Vergleich zu jenen, bei welchen dies nicht der Fall war, eher der *niedrig adaptive und niedrig maladaptive Copingtyp* vor. In derselben Studie entsprachen Nachkommen mit an Krebs verstorbenem Elternteil, im Vergleich zu Nachkommen mit von Krebs geheiltem oder nach wie vor mit Krebs lebendem Elternteil, eher dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* (Morris, 2020). Ob eine Replikation dieser Ergebnisse in Bezug auf junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum möglich ist, wird in der ersten Fragestellung berücksichtigt.

Zum anderen sind die Studienergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs von Coping und Gender bei Nachkommen mit krebskrankem Elternteil inkonsistent. Während in manchen Studien keine Genderunterschiede bei Jugendlichen bezüglich der genutzten Copingstrategien beziehungsweise Copingstile festgestellt werden konnten (Costas- Muñiz, 2012; Krattenmacher et al., 2013), nutzten sowohl weibliche Nachkommen (Morris et al., 2020) als auch erwachsene Frauen (Matud, 2004; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011) nicht nur insgesamt mehr Copingstrategien, sondern auch mehr adaptive Copingstrategien als Männer. Dies war unabhängig vom maladaptiven Copingstil. Deshalb ließen sich Frauen nicht nur eher dem adaptiven Copingstil, sondern auch eher dem *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* zuordnen. Da in den genannten Studien Genderunterschiede bezüglich des Copings überwiegend bestätigt wurden, bezieht sich die erste Fragestellung auch auf eine mögliche

Replikation dieser Studienergebnisse hinsichtlich junger Erwachsener mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum.

1. Welche Copingstrategien nutzen junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum zur Anpassung an die Krebsdiagnose des Elternteils und inwieweit liegen Unterschiede hinsichtlich des (Nicht-)Zusammenwohnens zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils, des aktuellen Zustands des Elternteils und/oder Gender dieser jungen Erwachsenen vor?

   H1a: Junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum, die mit dem erkrankten Elternteil zum Zeitpunkt von dessen Krebsdiagnose zusammen in einem Haushalt wohnten, entsprechen, im Vergleich zu jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum, die zum Zeitpunkt von dessen Krebsdiagnose nicht mit diesem zusammen in einem Haushalt wohnten, eher dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp*.

   H1b: Junge Erwachsene im deutschsprachigen Raum, von welchen der an Krebs erkrankte Elternteil verstorben ist, entsprechen, im Vergleich zu jungen Erwachsenen im deutschsprachigen Raum mit von Krebs geheiltem oder nach wie vor mit Krebs lebendem Elternteil, eher dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp*.

   H1c: Weibliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum nutzen insgesamt signifikant mehr Copingstrategien als männliche.

   H1d: Weibliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum nutzen signifikant mehr adaptive Copingstrategien als männliche.

Fragestellung und Hypothese zu posttraumatischem Wachstum

Hinsichtlich des posttraumatischen Wachstums wurden bereits Genderunterschiede untersucht, wobei die Ergebnisse diesbezüglich inkonsistent sind. In einzelnen Studien mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit an Krebs verstorbenem Elternteil (Hirooka et al., 2017) sowie mit Erwachsenen, die in ihrer Kindheit oder Jugend die Krebserkrankung eines Elternteils erlebt hatten (Wong et al., 2009), wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gender und posttraumatischem Wachstum festgestellt. Dahingegen wiesen weibliche Krebsüberlebende (Bellizzi, 2004), Frauen mit und ohne erlebte Traumata (Tedeschi & Calhoun, 1996) sowie weibliche Erwachsene mit krebskrankem Elternteil beziehungsweise krebskranken Elternteilen (Teixeira & Pereira, 2013) auf einzelnen Dimensionen des PTGI (Maercker & Langner, 2001) und/oder insgesamt eine signifikant höhere mittlere Ausprägung an posttraumatischem Wachstum auf als Männer. Hierbei zeigten sich jedoch Unterschiede hinsichtlich der einzelnen Dimensionen, weil auf der Dimension

Beziehungen zu anderen (Bellizzi, 2004) beziehungsweise auf der Dimension *Neue Möglichkeiten* (Tedeschi & Calhoun, 1996; Teixeira & Pereira, 2013) keine signifikanten Genderunterschiede nachgewiesen werden konnten. Die zweite Hypothese stützt sich insbesondere auf die Ergebnisse der letztgenannten Studie (Teixeira & Pereira, 2013), da deren Zielgruppe ein Durchschnittsalter von 33 Jahren aufwies und da darüber hinaus während des Erhebungszeitraums eine Krebserkrankung bei dem/den Elternteil(en) vorlag. Dahingegen war bei den anderen Studien entweder das Durchschnittsalter eher niedrig und der an Krebs erkrankte Elternteil bereits verstorben (Hirooka et al., 2017), es handelte sich um Erwachsene und die Krebserkrankung von deren Elternteil lag weit zurück (Wong et al., 2009) oder es war eine völlig andere Zielgruppe untersucht worden (Bellizzi, 2004; Tedeschi & Calhoun, 1996). Somit wurde die Zielgruppe der erstgenannten Studie (Teixeira & Pereira, 2013) als jener der Masterarbeit am nächsten angesehen. Aufbauend auf den vorherigen Ausführungen geht es bei der zweiten Fragestellung darum, ob eine Replikation der Studienergebnisse hinsichtlich der Genderunterschiede bezüglich des posttraumatischen Wachstums bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum möglich ist.

2. Inwieweit tritt bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum posttraumatisches Wachstum auf und inwiefern lassen sich diesbezüglich Genderunterschiede hinsichtlich der mittleren Ausprägung des posttraumatischen Wachstums, auf dessen einzelnen Dimensionen sowie insgesamt, feststellen?

   H2: Weibliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum zeigen im Mittel insgesamt sowie auf allen einzelnen Dimensionen des posttraumatischen Wachstums, bis auf die Dimension *Neue Möglichkeiten,* eine signifikant höhere Ausprägung als männliche.

Fragestellung und Hypothesen zu Coping und posttraumatischem Wachstum

Hinsichtlich des posttraumatischen Wachstums wurde in verschiedenen, unter anderem längsschnittlichen, Studien (Morris et al., 2020; Rajandram et al., 2011; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011; Wild & Paivio, 2004) festgestellt, dass insbesondere adaptive Copingstrategien sowie ein hoher adaptiver Copingstil, im Gegensatz zu einem niedrigen adaptiven Copingstil, mit einer signifikant höheren mittleren Ausprägung an posttraumatischem Wachstum assoziiert sind/ist. Dies war unabhängig von der Ausprägung des maladaptiven Copingstils (Morris et al., 2020). Darüber hinaus wiesen in einer dieser Studien mit Nachkommen, welche bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24

Jahre alt gewesen waren, jene Nachkommen die höchste mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum auf, die viele Copingstrategien nutzten. Dies war unabhängig davon, ob es sich um adaptive oder maladaptive Copingstrategien handelte. Somit war in dieser Studie das posttraumatische Wachstum bei jenen Nachkommen, welche sich dem *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* zuordnen ließen, im Mittel am höchsten ausgeprägt (Morris et al., 2020). Mit einer möglichen Replikation der Ergebnisse bezüglich der Copingstrategien und der mittleren Ausprägung des posttraumatischen Wachstums beschäftigt sich die dritte Fragestellung.

3. Inwiefern liegt ein Zusammenhang zwischen Coping und posttraumatischem Wachstum bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum vor?

   H3a: Die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum ist bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum signifikant höher, wenn bei diesen ein hoher adaptiver Copingstil vorliegt, als wenn sich diese einem niedrigen adaptiven Copingstil zuordnen lassen, unabhängig von der Ausprägung des maladaptiven Copingstils.

   H3b: Die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum ist bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum signifikant höher, wenn diese dem *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* entsprechen, als wenn sich diese dem *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp*, dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* oder dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* zuordnen lassen.

Methode

Im Folgenden werden das Untersuchungsdesign und die Durchführung der Studie sowie die Fallzahlplanung geschildert. Außerdem wird die Stichprobe beschrieben. Im Anschluss daran wird auf die erfragten soziodemografischen Daten und die genutzten Messinstrumente eingegangen, bevor das Vorgehen bei der Analyse der erhobenen Daten dargelegt wird.

Untersuchungsdesign und Durchführung der Studie

Im Rahmen der Masterarbeit wurde eine quantitative, querschnittliche Onlinestudie in Form eines Fragebogens durchgeführt. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte über die Homepage *soscisurvey.de*. Der Fragebogen konnte auf dem Handy, am Computer, am Laptop oder am Tablet ausgefüllt werden. Eine Teilnahme an der Studie war 18- bis 35-jährigen Personen aus dem deutschsprachigen Raum, bei welchen bei einem der beiden Elternteile in den letzten fünf Jahren Krebs diagnostiziert worden war, vorbehalten. Der Zeitrahmen von

fünf Jahren wurde in Anlehnung an verschiedene Studien (Ghofrani et al., 2019; Hirooka et al., 2017; Patterson et al., 2017; Puterman & Cadell, 2008; Wild und Paivio, 2004) im Sinne eines Mittelwegs und auch, um ausreichend Proband*innen zu erreichen, übernommen. Eine Einschränkung bezüglich der Krebsart oder des Erkrankungsstadiums erfolgte nicht, jedoch sollte nur bei einem der beiden Elternteile, unabhängig von dessen Geschlecht, Krebs diagnostiziert worden sein. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich eine zweifache Krebsdiagnose auf andere Weise auf Coping und posttraumatisches Wachstum von Nachkommen auswirkt, als wenn *nur* ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Deshalb wurden junge Erwachsene, bei welchen beide Elternteile eine Krebsdiagnose in den letzten fünf Jahren erhielten, aus der Studie ausgeschlossen.

Zunächst wurde im Juli 2021 ein Pretest an fünf jungen Erwachsenen zwischen 18 und 35 Jahren ohne krebskrankem Elternteil durchgeführt, um den fehlerfreien Ablauf der Fragebögen über *soscisurvey.de* zu prüfen, gegebenenfalls Unklarheiten auszubessern und die zeitliche Dauer der Studie zu bestimmen (Raithel, 2008). Der adaptierte Fragebogen wurde anschließend als Link in einen Flyer eingebettet und war vom 06. August 2021 bis zum 26. Oktober 2021 online verfügbar. Im Flyer wurden das Thema der Studie, deren zeitliche Dauer und die Ein- und Ausschlusskriterien deutlich gemacht. Ausgesandt wurde der Flyer über Social Media (Facebookgruppen, Instagram). Auch wurde der Flyer an Bekannte und Kommiliton*innen weitergeleitet, welche diesen wiederum weiterversendeten. Zur Verbreitung des Flyers wurde außerdem gezielt bei Vereinen, Krebsgesellschaften und Kliniken in Österreich, Deutschland, der Schweiz, Liechtenstein und Luxemburg angefragt, welche den Flyer wiederum auf deren Homepages, über Facebook, Instagram sowie in Newslettern teilten oder persönlich an Klient*innen weitergaben. Im Gegenzug wurde diesen Vereinen, Krebsgesellschaften und Kliniken angeboten, ihnen die Masterarbeit nach deren Vollendung zukommen zu lassen.

Im Fragebogen wurde den Proband*innen das Ziel der Studie geschildert, bevor auf die Teilnahmeanforderungen eingegangen wurde. Anschließend erfolgte eine Triggerwarnung, da teilweise Fragen mit sensibler Thematik gestellt wurden. Zudem wurde den Proband*innen versichert, dass die Studienteilnahme anonym und freiwillig ist, sowie jederzeit, ohne die Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für den*die Proband*in, beendet werden kann. Auch wurde die ungefähre Dauer der Studie angegeben. Die Proband*innen mussten ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie geben. Es fand keine Vergütung der Proband*innen für deren Teilnahme an der Studie statt. Am Ende des Fragebogens wurde den Proband*innen für deren Teilnahme gedankt und es wurde ihnen die Möglichkeit gegeben,

eine Anmerkung zu hinterlassen. Außerdem wurde den Proband*innen angeboten, dass sie, bei Interesse an den Studienergebnissen, mit der Verfasserin der Masterarbeit über deren Emailadresse Kontakt aufnehmen können. Die vollständigen Ergebnisse werden ihnen in diesem Fall nach Vollendung der Masterarbeit zugeschickt. Dieses Angebot nutzten 11 Proband*innen.

Fallzahlplanung

Im Folgenden wird die Fallzahlplanung unter anderem so beschrieben, wie sie ursprünglich vorgenommen wurde, um die notwendige Anzahl an Proband*innen für die einzelnen Hypothesen zu ermitteln. Der Grund für die Schilderung der ursprünglichen Berechnungen besteht darin, dass auf diesen die Datenerhebung der Studie aufbaute. Da sich die Verfahren, welche schlussendlich zur Auswertung der Hypothesen genutzt wurden, im Laufe der Erstellung der Masterarbeit teilweise noch veränderten, wurden gegebenenfalls neue Fallzahlplanungen und Post-Hoc-Poweranalysen durchgeführt, welche ebenso in diesem Kapitel angeführt werden.

Da in keiner der, für die Masterarbeit relevanten, Studien konkrete Effektmaße angegeben wurden, wurde das Effektmaß Cohens *f* für die Hypothesen H1a, H1b, H1c und H1d anhand der Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression einer Studie mit Nachkommen, die bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren (Morris et al., 2020), berechnet. Die Software *G*Power* (Faul et al., 2007) ergab, ausgehend von einer ANOVA, bei einem α-Level von .05, einer Power von .8 und den berechneten mittleren bis großen Effekten für die Hypothesen H1a (Cohens $f = 0.37$), H1b (Cohens $f = 0.43$), H1c (Cohens $f = 0.44$) und H1d (Cohens $f = 0.35$) zwischen 83 und 142 anzustrebende Proband*innen. Da hinsichtlich der Hypothese H1a schlussendlich ein χ^2-Test berechnet wurde und somit nur eine Post-Hoc-Poweranalyse durchgeführt werden konnte, ergab sich bei einem kleinen Effekt von $\varphi = .03$ und einem α-Level von .05 eine Power von .07. Es hätte eine Stichprobengröße von 10012 Proband*innen angestrebt werden müssen, um eine Power von .8 zu erhalten, wobei das Erreichen einer solch riesigen Stichprobe im Zuge dieser Masterarbeit nicht möglich gewesen wäre. Dasselbe galt für die Hypothese H1b, bei welcher ebenso ein χ^2-Test berechnet wurde. Eine Post-Hoc-Poweranalyse ergab bei einem kleinen Effekt von φ beziehungsweise Cramérs $V = .14$, unter Annahme eines α-Levels von .05, eine Power von .5. Um eine Power von .8 zu erhalten, hätte eine Stichprobengröße von 478 Proband*innen erzielt werden müssen. Dies wäre aufgrund der sehr spezifischen Zielgruppe innerhalb eines absehbaren Zeitraums nicht möglich gewesen, weshalb keine Nacherhebung erfolgte. Bezüglich der Hypothesen H1c und H1d wurde die Fallzahl, basierend auf *t*-Tests für

unabhängige Stichproben, einem α-Level von .05, einer Power von .8 und einem großen Effekt von Cohens *d* = 0.88 beziehungsweise einem mittleren Effekt von Cohens *d* = 0.70 neu berechnet, woraus eine anzustrebende Stichprobengröße von mindestens 34 beziehungsweise 52 Proband*innen resultierte.

Für die Hypothese H2 wurde auf eine Studie, welche univariate Tests bezüglich der Genderunterschiede hinsichtlich des posttraumatischen Wachstums von Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil beziehungsweise krebskranken Elternteilen durchgeführt hatte (Teixeira & Pereira, 2013), zurückgegriffen. Anhand dessen ergab *G*Power* (Faul et al., 2007), ausgehend von einem *t*-Test für unabhängige Stichproben und unter Annahme des berechneten, eher kleinen Effekts der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum (Cohens *d* = 0.44), einem α-Level von .05 sowie einer Power von .8 eine Proband*innenanzahl von 130. Bei den Effekten der einzelnen Dimensionen des posttraumatischen Wachstums handelte es sich um eher kleine Effekte, die zwischen Cohens *d* = 0.34 und Cohens *d* = 0.45 schwankten, weshalb sich die errechnete Fallzahl zwischen 124 und 216 anzustrebenden Proband*innen bewegte. Es wurden keine neuen Berechnungen durchgeführt.

Zur Berechnung der Fallzahl für die Hypothesen H3a und H3b wurden die Mittelwerte des *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* jenen des *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* gegenübergestellt. Dieses Vorgehen basierte auf dem Ergebnis einer Studie mit Nachkommen, die bei der Krebserkrankung des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren. In dieser wurde festgestellt, dass das posttraumatische Wachstum am höchsten ausgeprägt war, wenn bei den Nachkommen der *hoch adaptive und hoch maladaptive Copingtyp* vorlag (Morris et al., 2020). Laut *G*Power* (Faul et al., 2007) wurden zur Testung der Hypothese H3a anhand eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben, bei einem großen Effekt Cohens *d* = 1.29, einem α-Level von .05 und einer Power von .8, zumindest 18 Proband*innen benötigt. Hier wurde eine neue Berechnung, basierend auf einer ANOVA, unter Annahme eines großen Effekts Cohens *f* = 0.65, einem α-Level von .05 und einer Power von .8 durchgeführt, woraus eine Fallzahl von zumindest 48 Proband*innen resultierte. Das gleiche Ergebnis war ursprünglich bereits hinsichtlich der Hypothese H3b, welcher dieselben Annahmen zugrunde lagen, berechnet worden. Somit wurde bezüglich der Hypothese H3b keine neue Berechnung vorgenommen.

Aufgrund der vorherigen Ausführungen konnte davon ausgegangen werden, dass für die aktuelle Studie insgesamt zumindest 142 beziehungsweise 216 Proband*innen benötigt werden. Die anzustrebenden Stichprobengrößen der Hypothesen H1a, H1b, H1c und H1d

wurden dabei nicht berücksichtigt, da diese erst im Nachhinein berechnet worden waren. Hinsichtlich der Hypothesen H1c und H1d war dies jedoch nicht weiter relevant, da die nachträglich errechnete Stichprobengröße 34 beziehungsweise 52 Proband*innen umfasste. Es wurde beschlossen, zunächst eine Proband*innenanzahl von 142 anzustreben und nur auf eine höhere Proband*innenanzahl abzuzielen, sollte der Rücklauf angemessen sein und eine Proband*innenanzahl von 216 in einem adäquaten Erhebungszeitraum erreicht werden können. Dies traf schlussendlich zu.

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen 688 Proband*innen an der Studie teil. Es wurden nur die Datensätze jener Proband*innen genutzt, welche den Fragebogen bis inklusive der vierten Seite ausgefüllt hatten, da in diesem Fall sowohl die Items bezüglich der soziodemografischen Daten als auch jene des Carvers Brief COPE beantwortet und Proband*innen, welche die Ausschlusskriterien erfüllt hatten, bereits automatisch exkludiert worden waren. Hieraus ergab sich eine Proband*innenanzahl von $N = 274$. Außerdem wurden drei Proband*innen ausgeschlossen, welche nur die Items bezüglich der soziodemografischen Daten beantwortet hatten, bei welchen aber keine automatische Exklusion stattgefunden hatte. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, ob das Einschlusskriterium einer Krebsdiagnose des Elternteils in den letzten 5 Jahren von den Proband*innen, trotz vorheriger Angabe, tatsächlich erfüllt wurde, indem eine Überprüfung des, von den Proband*innen berichteten, Jahres der Krebsdiagnose des Elternteils erfolgte. Im Zuge dessen wurden neun weitere Proband*innen ausgeschlossen, welche eine Krebsdiagnose des Elternteils vor dem Jahr 2016 angegeben hatten. Zudem wurde ein*e weitere*r Proband*in aus dem Datensatz entfernt, da diese*r den Wunsch geäußert hatte, dass die Daten nicht verwendet werden. Daraus resultierte schlussendlich eine Stichprobengröße von $N = 261$ Proband*innen. Weiters hatten 13 Proband*innen den Fragebogen nach der vierten Seite abgebrochen und somit den PTGI (Maercker & Langner, 2001) nicht ausgefüllt. Es könnte sein, dass diese Proband*innen kein Interesse mehr an der Studie hatten oder aber, dass die Studie sie emotional überforderte. Ein Abbruch der Studie aufgrund der Dauer ist unwahrscheinlich, da diese nur ungefähr fünf bis zehn Minuten umfasste.

Es ordneten sich 68 Proband*innen (26.1%) der schlussendlich resultierenden Stichprobe dem männlichen und eine Mehrheit von 193 Proband*innen (73.9%) dem weiblichen Geschlecht zu. Dem Geschlecht *Divers* fühlte sich laut Angaben keine*r der Proband*innen zugehörig.

Während 49 Proband*innen (18.8%) berichteten, in Österreich wohnhaft zu sein, gab eine Mehrheit von 205 Proband*innen (78.5%) an, in Deutschland zu wohnen. Außerdem berichteten sechs Proband*innen (2.3%) über einen Wohnort in der Schweiz und ein*e Proband*in (0.4%) darüber, in Luxemburg wohnhaft zu sein. Keine*r der Proband*innen gab an, in Liechtenstein zu wohnen.

Das mittlere Alter der Proband*innen lag zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils bei M = 24.11 Jahren (SD = 4.30, R = 18–35) und zum Erhebungszeitpunkt bei M = 26.69 Jahren (SD = 4.30, R = 18–39).

Detailliertere Charakteristika der Stichprobe sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2

Charakteristika der Stichprobe

Variable	*n*	%
Alter bei Krebsdiagnose des Elternteils		
18–21	78	29.9
22–25	92	35.2
26–29	57	21.8
30–33	25	9.6
34–35	9	3.4
Alter zum Erhebungszeitpunkt		
18–21	27	10.3
22–25	91	34.9
26–29	76	29.1
30–33	45	17.2
34–37	19	7.3
38–39	3	1.1
Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Pflichtschule	1	0.4
Lehre	12	4.6
Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura	1	0.4
Allgemeinbildende/Berufsbildende höhere Schule mit Matura	62	23.8
Bachelor	113	43.3
Master	52	19.9
Doktorat	6	2.3
Sonstiges	14	5.4

Anmerkung: *N* = Anzahl, % = Prozentanteil der Stichprobe.

Die Krebsdiagnose des Elternteils betreffend berichteten 109 Proband*innen (41.8%), dass ihr Vater innerhalb der letzten fünf Jahre eine Krebsdiagnose erhalten hatte und eine Mehrheit an 152 Proband*innen (58.2%) gab an, dass dies auf ihre Mutter zutraf.

Das Alter des an Krebs erkrankten Elternteils lag im Mittel, laut Selbstberichten der Proband*innen, zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose bei *M* = 56.15 Jahren (*SD* = 7.03, *R* = 39–88), wobei drei Proband*innen keine Angabe gemacht hatten.

Während 216 Proband*innen (82.8%) und somit die Mehrheit angaben, dass es sich bei der Krebserkrankung des Elternteils um eine Ersterkrankung handelte/gehandelt hatte, berichteten 39 Proband*innen (14.9%) über eine erneute Erkrankung. Sechs Proband*innen (2.3%) gaben an, nicht zu wissen, ob es sich bei der Krebserkrankung des Elternteils um eine Erst- oder eine erneute Erkrankung handelte/gehandelt hatte.

Zudem wurden von den Proband*innen sehr unterschiedliche Krebsdiagnosen des Elternteils berichtet. Die beiden häufigsten Krebsdiagnosen waren Brustkrebs, welcher von 63 Proband*innen (24.1%) und Darmkrebs, welcher von 41 Proband*innen (15.7%) genannt wurde.

Während laut 130 Proband*innen (49.8%) der an Krebs erkrankte Elternteil zum Erhebungszeitpunkt genesen war, gaben 90 Proband*innen (34.5%) eine nach wie vor bestehende Krebserkrankung des Elternteils an und 41 Proband*innen (15.7%) berichteten, dass der an Krebs erkrankte Elternteil verstorben war.

Außerdem erwähnten 89 Proband*innen (34.1%), zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils mit diesem gemeinsam in einem Haushalt gewohnt zu haben, während dies laut einer Mehrheit von 172 Proband*innen (65.9%) nicht der Fall gewesen war.

Weitere Angaben zur Krebserkrankung des Elternteils der Proband*innen in der aktuellen Studie sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3

Angaben bezüglich der Krebsdiagnose des Elternteils

Variable	***n***	**%**
Jahr der Krebsdiagnose		
2016	22	8.4
2017	32	12.3
2018	34	13.0
2019	62	23.8
2020	56	21.5
2021	52	19.9
Alter Elternteil		
39	1	0.4
40–49	40	15.3
50–59	143	54.8
60–69	65	24.9
70–79	6	2.3
80–88	3	1.1
Krebsdiagnose		
Brustkrebs	63	24.1
Leber-/Gallen-/ Bauchspeicheldrüsenkrebs	17	6.5
Hautkrebs	13	5.0
Hirntumor	2	0.8
Knochenkrebs	1	0.4
Krebs der Atemwege[3]	17	6.5
Krebs der männlichen Geschlechtsorgane	22	8.4
Krebs der weiblichen Geschlechtsorgane	8	3.1
Krebs des Harntraktes	7	2.7
Krebs des lymphatischen/ blutbildenden Systems	14	5.4
Krebs des Verdauungstraktes	55	21.1
Neuroendokriner Tumor	19	7.3
Mehrfachdiagnose	14	5.4

[3] Der Rachenkrebs wurde zu *Krebs des Verdauungstraktes* gezählt.

Prognose		
Sehr schlecht	34	13.0
Schlecht	52	19.9
Mittelmäßig	72	27.6
Gut	62	23.8
Sehr gut	31	11.9
Beziehung bei Krebsdiagnose des Elternteils		
Sehr schlecht	1	0.4
Schlecht	7	2.7
Mittelmäßig	29	11.1
Gut	87	33.3
Sehr gut	137	52.5
Beziehung zum Erhebungszeitpunkt		
Sehr schlecht	2	0.8
Schlecht	7	2.7
Mittelmäßig	23	8.8
Gut	85	32.6
Sehr gut	144	55.2

Anmerkung: n = Anzahl exklusive Fälle mit fehlenden Werten, % = Prozentanteil der Stichprobe.

Erfragte soziodemografische Daten und genutzte Messinstrumente

In diesem Kapitel werden zunächst die im Fragebogen erhobenen soziodemografischen Daten geschildert. Anschließend wird auf die Items der beiden genutzten Messinstrumente eingegangen.

Soziodemografische Daten

Erfasst wurden, wie teils anhand der Stichprobenbeschreibung deutlich wurde, das Geschlecht (*männlich, weiblich, divers*), das Alter zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils (*unter 18*; bis *über 35 Jahre*) sowie das gegenwärtige Alter (*unter 18*; bis *über 40 Jahre*), der Wohnort (*Wohnhaft in Österreich, Deutschland, Schweiz, Liechtenstein, Luxemburg, Anderes*) und die höchste abgeschlossene Ausbildung (*kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschule, Lehre, Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura, Allgemeinbildende/Berufsbildende höhere Schule mit Matura, Bachelor, Master, Doktorat, Sonstiges*). Anschließend wurden teilweise sensible Daten in Bezug auf die Krebserkrankung

des Elternteils erhoben, weshalb noch einmal eine Triggerwarnung erfolgte. Erfragt wurden, bei welchem Elternteil zuletzt Krebs diagnostiziert worden war (*Mutter, Vater, beide, keiner*), der Zeitpunkt der Krebsdiagnose (*in den letzten 5 Jahren, vor mehr als 5 Jahren* sowie Angabe von *Monat* und *Jahr*), worum es sich bei der Krebsdiagnose handelte (*Ersterkrankung, Erneute Erkrankung, Ich weiß es nicht*), das Alter des Elternteils, die Krebsart des Elternteils, die Prognose zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose (*sehr schlecht, schlecht, mittelmäßig, gut, sehr gut*) und das Zusammenwohnen mit dem an Krebs erkrankten Elternteil zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose (*Ja, Nein*). Da in einer Studie (Morris et al., 2020) bezüglich des (Nicht-)Zusammenwohnens mit dem an Krebs erkrankten Elternteil keine konkreten Angaben gemacht wurden, wurde entschieden, in der vorliegenden Masterarbeit nach einem gemeinsamen Haushalt zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils zu fragen. Auf diese Weise kann davon ausgegangen werden, dass zumindest eine Zeit lang ein (Nicht-)Zusammenwohnen mit dem krebskranken Elternteil erfolgte. Auch wurden der aktuelle Zustand des an Krebs erkrankten Elternteils (*genesen, krank, verstorben*) und die Beziehung zu dem an Krebs erkrankten Elternteil (*sehr schlecht, schlecht, mittelmäßig, gut, sehr gut*) erfragt. Die Beziehung wurde sowohl zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose als auch zum Erhebungszeitpunkt beziehungsweise zum Zeitpunkt der Genesung/des Todes erhoben.

Carvers Brief COPE

Es wurde unter anderem die deutschsprachige Version des Carvers Brief COPE (Knoll et al., 2005) bei der Datenerhebung eingesetzt. Die Proband*innen wurden dazu aufgefordert, anhand einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = *überhaupt nicht*; bis 4 = *sehr*) zu berichten, inwiefern die jeweiligen Aussagen auf deren Denken und Handeln während der Zeit der Krebserkrankung des Elternteils zutreffen/zutrafen. Der Fragebogen besteht aus 28 Items, wobei jeweils zwei Items zu den insgesamt 14 Copingstrategien *Ablenkung, Aktive Bewältigung, Akzeptanz, Alkohol/Drogen, Ausleben von Emotionen, Emotionale* und *Instrumentelle Unterstützung, Humor, Planung, Positive Umdeutung, Religion, Selbstbeschuldigung, Verhaltensrückzug* und *Verleugnung* zählen. Es ist außerdem möglich, die Copingstrategien dem adaptiven oder dem maladaptiven Copingstil zuzuordnen sowie dahingehend zwei übergeordnete Skalen zu bilden. Dies ist durchführbar, da es sich bei dem Fragebogen um ein flexibles Instrument handelt, welches je nach Projekt adaptiert werden kann (Morris et al., 2020). Die einzelnen Copingstrategien wiesen in einer Studie eine mangelhafte bis gute interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .54$ bis Cronbachs $\alpha = .85$ auf (Scrignaro et al., 2011). Es wurde in einer anderen Studie sowohl beim adaptiven Copingstil

mit Cronbachs α = .69 als auch beim maladaptiven Copingstil mit Cronbachs α = .67 eine moderate Skalenreliabilität festgestellt (Morris et al., 2020). Die Reliabilitätsanalysen der beiden Copingstilvariablen wiesen anhand der Stichprobe dieser Masterarbeit jeweils auf eine akzeptable interne Konsistenz von Cronbachs α = .75 hin. Die internen Konsistenzen waren somit höher als jene, welche in der anderen Studie (Morris et al., 2020) genannt wurden. Da der Fragebogen bereits häufig in Studien im Kontext von Krebserkrankungen verwendet wurde (z. B. Costas-Muñiz, 2012; Morris et al., 2020; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011), wurde er auch für die Erhebung der vorliegenden Masterarbeit herangezogen.

Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)

Außerdem wurde die deutschsprachige Version des PTGI (Maercker & Langner, 2001) verwendet, welcher aus 21 Items besteht. Diese können den fünf Dimensionen *Beziehungen zu anderen, Neue Möglichkeiten, Persönliche Stärke, Religiöse Veränderungen* und *Wertschätzung des Lebens* zugeordnet werden. Das Ziel des Fragebogens ist es, das Ausmaß an positivem Nutzen beziehungsweise an posttraumatischem Wachstum, von welchem Überlebende traumatischer Ereignisse berichten, zu erfassen (Tedeschi & Calhoun, 1996). Somit handelt es sich um ein Erhebungsinstrument, welches auf Selbstberichten beruht und auf diese Weise die subjektive Wahrnehmung von Individuen bezüglich positiver Veränderungen, welche auf traumatische Ereignisse folgten, zugänglich macht (Teixeira & Pereira, 2013; Wild & Paivio, 2004). Die Proband*innen sollten anhand einer 6-stufigen Likert-Skala (0 = *Ich habe diese Veränderung nicht erlebt*; bis 5 = *Ich habe diese Veränderung zu einem sehr hohen Grad erlebt*) berichten, inwieweit die jeweilige positive Veränderung in deren Leben infolge der Krebserkrankung des Elternteils aufgetreten ist. Bezüglich des posttraumatischen Wachstums stimmten in einer Studie Selbst- und Fremdberichte überein, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die subjektiven Verzerrungen hinsichtlich des selbstberichteten posttraumatischen Wachstums gering sind (Maercker & Langner, 2001). Die Summe an posttraumatischem Wachstum wies in bisherigen Studien eine gute oder exzellente interne Konsistenz von Cronbachs α = .82 (Morris et al., 2020), Cronbachs α = .90 (Maercker & Langner, 2001; Tedeschi & Calhoun, 1996) beziehungsweise Cronbachs α = .94 (Teixeira & Pereira, 2013) auf. Darüber hinaus war die interne Konsistenz der einzelnen Dimensionen moderat bis gut, da sie zwischen Cronbachs α = .67 und Cronbachs α = .85 schwankte (Tedeschi & Calhoun, 1996). Eine Reliabilitätsanalyse anhand der aktuellen Stichprobe ließ auf eine exzellente interne Konsistenz der Gesamtskala des posttraumatischen Wachstums mit Cronbachs α = .93 schließen. Dies passte wiederum zu den Ergebnissen der zuvor genannten Studien (Maercker

& Langner, 2001; Morris et al., 2020; Tedeschi & Calhoun, 1996; Teixeira & Pereira, 2013). Die akzeptablen bis guten internen Konsistenzen der einzelnen Dimensionen, geprüft anhand der vorliegenden Stichprobe (n = 248), waren höher als jene einer anderen Studie (Tedeschi & Calhoun, 1996). Dies wird anhand von Tabelle 4 deutlich.

Tabelle 4

Reliabilitätsanalysen der PTGI-Dimensionen

Dimensionen	**Itemanzahl**	**α**
Persönliche Stärke	4	.76
Wertschätzung des Lebens	3	.77
Neue Möglichkeiten	5	.83
Religiöse Veränderungen	2	.86
Beziehungen zu anderen	7	.88

Anmerkung: α = Cronbachs Alpha.

Auch die Validität des Konstrukts *Posttraumatisches Wachstum* sowie jene des Fragebogens wurden bestätigt (Wild & Paivio, 2004). Der Fragebogen wurde sowohl aus theoretischer Sicht als auch aufgrund der Effizienz empfohlen (Maercker & Langner, 2001). Darüber hinaus wurde der Fragebogen bereits häufig zur Erhebung des posttraumatischen Wachstums im Kontext von Krebserkrankungen genutzt (z. B. Bellizzi, 2004; Morris et al., 2020; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011; Teixeira & Pereira, 2013) und deshalb auch für die vorliegende Masterarbeit verwendet.

Datenanalyse

Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte mittels der Software IBM SPSS Statistics 27 (IBM Corp., 2020). Zunächst wurden die Datensätze der 261 Proband*innen aufbereitet. Hierbei wurden irrelevante Variablen, welche von *soscisurvey.de* automatisch kreiert worden waren, entfernt und die restlichen Variablen beschriftet, teilweise umkodiert und deren Skalenniveaus bestimmt. Bezüglich der Skalenniveaus wurden die ungruppierten Altersvariablen (*Alter bei Krebsdiagnose des Elternteils*, *Alter zum Erhebungszeitpunkt* und *Alter Elternteil zum Erhebungszeitpunkt*), das Jahr der Krebsdiagnose des Elternteils und die Summenscores des Carvers Brief COPE (Knoll et al., 2005), also jene der einzelnen Dimensionen, der Copingstrategien insgesamt sowie des adaptiven und des maladaptiven Copingstils, als metrisch angesehen. Dasselbe galt für die Summenscores des PTGI (Maercker & Langner, 2001) und somit für die einzelnen Dimensionen sowie für das posttraumatische

Wachstums insgesamt. Zudem fand eine Gruppierung der Variablen *Alter bei Krebsdiagnose des Elternteils, Alter zum Erhebungszeitpunkt, Höchste abgeschlossene Ausbildung, Alter Elternteil zum Erhebungszeitpunkt, Krebsdiagnose, Prognose, Beziehung bei Krebsdiagnose des Elternteils* und *Beziehung zum Erhebungszeitpunkt* statt, um diese bei der Stichprobenbeschreibung übersichtlich darzustellen. Auch wurden einzelne fehlende Werte, welche von IBM SPSS Statistics 27 (IBM Corp., 2020) nicht automatisch erkannt worden waren, als solche definiert. Es wurde weiters entschieden, die Datensätze jener 13 Proband*innen, welche den Fragebogen nach der Erhebung der Copingstrategien abgebrochen hatten und somit im PTGI (Maercker & Langner, 2001) ausschließlich fehlende Werte aufwiesen, dennoch zu verwenden. Diese wurden jedoch nur für die deskriptive Statistik und die Hypothesen der ersten Fragestellung genutzt. Aus diesem Grund resultierte für die Hypothesen der zweiten und dritten Fragestellungen eine Stichprobengröße von n = 248 Proband*innen. Anschließend wurde die deskriptive Statistik für die soziodemografischen Daten berechnet, um die Charakteristika der Stichprobe zu erfassen.

Außerdem wurden neue Variablen gebildet. Dies traf unter anderem, in Anlehnung an eine Studie (Morris et al., 2020), auf die Variablen *Adaptiver Copingstil* und *Maladaptiver Copingstil*, welche Summenscores der jeweils zugehörigen Copingstrategien darstellten, zu. Auch für die fünf Dimensionen des PTGI (Maercker & Langner, 2001) wurden, in Anlehnung an zwei Studien (Morris et al., 2020; Scrignaro et al., 2011), neue Variablen angelegt, wobei auch diese Summenscores darstellten. Höhere Werte bedeuteten somit eine höhere Ausprägung des jeweiligen Copingstils beziehungsweise des posttraumatischen Wachstums auf den verschiedenen Dimensionen.

Darüber hinaus wurden, in Anlehnung an eine Studie (Morris et al., 2020), Median-Splits bei der adaptiven und der maladaptiven Copingstilvariable durchgeführt, um deren jeweilige Ausprägung in Form von *hoch* oder *niedrig* für jede*n Proband*in zu bestimmen. Auf diese Weise wurden zwei neue Variablen angelegt, welche die Ausprägung des adaptiven beziehungsweise jene des maladaptiven Copingstils umfassten. Diese beiden Ausprägungsvariablen wurden neu kodiert (1 = *hoch adaptiv*, 0 = *niedrig adaptiv*, 2 = *hoch maladaptiv*, 0 = *niedrig maladaptiv*), um bei der Bildung der Variable *Copingtyp* in Form von Summenscores Überlappungen zu vermeiden. Im Anschluss daran wurde die neue Variable *Copingtyp*, ebenfalls in Anlehnung an die zuvor genannte Studie (Morris et al., 2020), für jede*n Proband*in angelegt. Auf diese Weise war es möglich, jede*n Proband*in einem der vier Copingtypen zuzuordnen. Darüber hinaus wurden die zwei neuen Variablen *niedrig adaptiver und niedrig maladaptiver Copingtyp* (0 = *Nein*, 1 = *Ja*) und *niedrig adaptiver und*

hoch maladaptiver Copingtyp (0 = *Nein*, 1 = *Ja*) gebildet. Auch wurde die Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum anhand eines Summenscores für jede*n Proband*in berechnet.

Ergebnisse

Zunächst handelt dieses Kapitel vom Umgang mit fehlenden Werten, bevor auf das Vorgehen bei der Prüfung der Testvoraussetzungen eingegangen wird. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Hypothesentestungen geschildert.

Fehlende Werte

Anhand eines Little´s MCAR Test (Little, 1988) wurde geprüft, ob die fehlenden Werte in der aktuellen Studie völlig zufällig fehlen oder nicht. Aufgrund der Testung aller Datensätze, welche nicht zuvor automatisch von *soscisurvey.de* ausgeschlossen worden waren, kann angenommen werden, dass die fehlenden Werte der Annahme *missing completely at random* entsprechen (p = .859). Insgesamt waren die fehlenden Werte bei den verschiedenen Variablen größtenteils unauffällig. Entweder es gab keine fehlenden Werte oder sie umfassten 0.73% (*Alter Elternteil zum Erhebungszeitpunkt*), 1.46% (*Jahr der Krebsdiagnose des Elternteils*) oder 1.09% beziehungsweise 1.10% bei den Items des Carvers Brief COPE (Knoll et al., 2005). Einen höheren prozentualen Anteil (5.84%) nahmen die fehlenden Werte bei den Items des PTGI (Maercker & Langner, 2005) ein, da 13 Proband*innen die Studie bereits zuvor abgebrochen hatten. Insgesamt fehlte jedoch eine geringe Anzahl an Werten. Da beschlossen wurde, jene 13 Proband*innen mit einer erhöhten Anzahl an fehlenden Werten nur für die erste Fragestellung zu nutzen, wurden bei der nachfolgenden Aufbereitung des Datensatzes ausschließlich einzelne Datensätze entfernt, wenn die Proband*innen den Fragebogen vor der vierten Seite abgebrochen hatten, deshalb größtenteils fehlende Werte aufwiesen und noch nicht automatisch exkludiert worden waren. Sonstige fehlende Werte wurden, sofern dies nicht bereits automatisch erfolgt war, als solche markiert, wodurch ein Vorgehen anhand des listenweisen Fallausschlusses (IBM Corp., 2011) möglich war. Dieses Vorgehen bot sich an, da nur wenige Werte fehlten und sich die Fallzahl bei der Datenanalyse deshalb nur in geringem Ausmaß reduzierte.

Voraussetzungsprüfungen

Zur Berechnung von χ^2-Tests sowie von t-Tests für unabhängige Stichproben muss eine Unabhängigkeit der Messungen vorliegen (Field, 2009). Da keine wiederholten Messungen durchgeführt wurden, kann diese Voraussetzung als erfüllt angesehen werden. Auch sollten zur Durchführung eines χ^2-Tests die erwarteten Zellhäufigkeiten größer als fünf sein (Field, 2009), wobei sich dies hinsichtlich der Variablen *Haushalt, Zustand des Elternteils, niedrig*

adaptiver und niedrig maladaptiver Copingtyp und *niedrig adaptiver und hoch maladaptiver Copingtyp* bestätigte. Weiters muss das Skalenniveau der Variablen nominal sein (Field, 2009), was auf die zuvor genannten Variablen zutraf. Zudem sollte, sofern eine der zu testenden Variablen mehr als zwei Ausprägungen aufweist, zur Interpretation des Effekts das Effektmaß *Cramérs V* anstatt jenes des Phi-Koeffizienten φ herangezogen werden (Field, 2009). Diese Vorgabe wurde bei der Überprüfung des Zusammenhangs von *Zustand des Elternteils* und *niedrig adaptiver und hoch maladaptiver Copingtyp* befolgt.

Eine Annahme von *t*-Tests für unabhängige Stichproben sowie von einfaktoriellen Varianzanalysen besteht in der Normalverteilung der Residuen (Field, 2009). Während anhand der Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests (Shapiro & Wilk, 1965) bezüglich der Variablen *Copingstrategien gesamt* ($p = .174$) und *Adaptiver Copingstil* ($p = .417$) von einer Normalverteilung innerhalb der Stichprobe ausgegangen werden konnte, wiesen die restlichen zu testenden, abhängigen Variablen *Posttraumatisches Wachstum gesamt* ($p = .015$), *Beziehungen zu anderen* ($p < .001$), *Neue Möglichkeiten* ($p = .001$), *Persönliche Stärke* ($p < .001$), *Religiöse Veränderungen* ($p < .001$) und *Wertschätzung des Lebens* ($p < .001$) anhand signifikanter Ergebnisse auf eine Abweichung von der Normalverteilung hin. Weil der Test bei großen Stichproben anfällig dafür ist, bereits kleine Abweichungen als signifikant zu kennzeichnen (Field, 2009) und ein $n > 30$ als ausreichend angesehen wird, um von einer Normalverteilung auszugehen (Bortz & Schuster, 2010; Field, 2009), wurden die Abweichungen als vernachlässigbar eingeschätzt.

Da sich Boxplots gut eignen, um Ausreißer in den Daten zu identifizieren (Bortz & Schuster, 2010), wurden die einzelnen Variablen grafisch anhand von Boxplots auf Ausreißer untersucht. Diesbezüglich waren alle Werte jener Variablen, welche in den *t*-Tests für unabhängige Stichproben und bei der einfaktoriellen Varianzanalyse genutzt wurden, unauffällig. Über den gesamten Datensatz hinweg wurde ein extremer Ausreißer bei der Variable *Alter Elternteil zum Erhebungszeitpunkt* entdeckt. Weil die betroffene Angabe für die Hypothesentestungen nicht von Bedeutung war, wurde sie im Datensatz belassen.

Zur Durchführung von *t*-Tests für unabhängige Stichproben sowie von einfaktoriellen Varianzanalysen muss außerdem die Homogenität der Stichprobenvarianzen beziehungsweise die Homoskedastizität bezüglich abhängiger Variablen vorliegen (Field, 2009). Diese Vorgabe konnte laut des Levene-Tests (Levene, 1960), basierend auf dem Median, bei den Variablen *Summe Copingstrategien* ($p = .186$) und *Adaptiver Copingstil* ($p = .903$) hinsichtlich der unabhängigen Variable *Geschlecht* als erfüllt angesehen werden. Zudem bestätigte sich, wiederum aufgrund des Levene-Tests (Levene, 1960), basierend auf dem

Median, die Homoskedastizität des gesamten posttraumatischen Wachstums (p = .721) sowie der fünf einzelnen Dimensionen *Beziehungen zu anderen* (p = .845), *Neue Möglichkeiten* (p = .413), *Persönliche Stärke* (p = .875), *Religiöse Veränderungen* (p = .063) und *Wertschätzung des Lebens* (p = .782) bezüglich der unabhängigen Variable *Geschlecht*. Dahingegen wurde die Homoskedastizität bei der Variable *Summe posttraumatisches Wachstum* hinsichtlich der unabhängigen Variable *Copingtyp* widerlegt (p = .004). Ist dies der Fall, sollte auf das Welch-Verfahren (Welch, 1947) zurückgegriffen werden (Field, 2009), was bei der Datenanalyse befolgt wurde.

Auf welche Weise die resultierenden Effektstärken interpretiert werden, lässt sich Tabelle 5 entnehmen.

Tabelle 5

Interpretation der Effektstärken (Ellis, 2010)

Größe des Effekts	**Effektstärke**			
	φ, Cramérs *V*	Cohens *d*	Cohens *f*	η^2
klein	.10	0.20	0.10	.01
mittel	.30	0.50	0.25	.06
groß	.50	0.80	0.40	.14

Anmerkung: φ = Phi-Koeffizient, η^2 = Eta-Quadrat.

Deskriptive Statistik

Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist die deskriptive Statistik hinsichtlich der Copingstrategien, der Copingstile und des posttraumatischen Wachstums in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6

Copingstrategien, Copingstile und posttraumatisches Wachstum

Variable	*N* bzw. *n*	*W*	*R*	*M*	*SD*
Copingstrategien gesamt	261	28–112	35–93	61.12	10.19
Ablenkung	261	2–8	2–8	5.52	1.65
Aktive Bewältigung	261	2–8	2–8	4.73	1.55
Akzeptanz	261	2–8	2–8	5.68	1.55
Alkohol/Drogen	261	2–8	2–8	2.82	1.46
Ausleben von Emotionen	261	2–8	2–8	4.67	1.74
Emotionale Unterstützung	261	2–8	2–8	5.90	1.72
Humor	261	2–8	2–8	3.05	1.52
Instrumentelle Unterstützung	261	2–8	2–8	4.86	1.96
Planung	261	2–8	2–8	5.58	1.63
Positive Umdeutung	261	2–8	2–8	4.45	1.77
Religion	261	2–8	2–8	3.34	1.88
Selbstbeschuldigung	261	2–8	2–8	3.22	1.63
Verhaltensrückzug	261	2–8	2–8	3.27	1.42
Verleugnung	261	2–8	2–8	4.02	1.85
Adaptiver Copingstil	261	16–64	18–58	37.60	7.04
Maladaptiver Copingstil	261	12–48	12–43	23.52	5.70
PW gesamt	248	0–105	0–96	52.59	20.13
Beziehungen zu anderen	248	0–35	0–35	19.09	8.10
Neue Möglichkeiten	248	0–25	0–25	11.00	5.90
Persönliche Stärke	248	0–20	0–20	10.71	4.67
Religiöse Veränderungen	248	0–10	0–10	2.21	2.84
Wertschätzung des Lebens	248	0–15	0–15	9.58	3.54

Anmerkung: N = Anzahl, *n* = Anzahl exklusive Fälle mit fehlenden Werten, *W* = Wertebereich des Fragebogens, *R* = Spannweite, *M* = Mittlere Ausprägung, *SD* = Standardabweichung, PW = Posttraumatisches Wachstum.

Es wiesen außerdem 137 Proband*innen (52.5%) eine niedrige Ausprägung des adaptiven Copingstils und 124 Proband*innen (47.5%) eine hohe Ausprägung des adaptiven Copingstils auf. Dahingegen entsprachen 147 Proband*innen (56.3%) der niedrigen Ausprägung des maladaptiven Copingstils und 114 Proband*innen (43.7%) der hohen Ausprägung. Darauf

aufbauend wurden die Proband*innen jeweils einem der vier verschiedenen Copingtypen zugeordnet, wobei die Häufigkeitsverteilung in der Stichprobe Tabelle 7 zu entnehmen ist.

Tabelle 7

Copingtyp-Ausprägungen

Ausprägung Copingtyp	***N***	**%**
niedrig adaptiv und niedrig maladaptiv	92	35.2
hoch adaptiv und niedrig maladaptiv	55	21.1
niedrig adaptiv und hoch maladaptiv	45	17.2
hoch adaptiv und hoch maladaptiv	69	26.4

Anmerkung: N = Anzahl, % = Prozentanteil der Stichprobe.

Erste Fragestellung

Um die Hypothese H1a zu prüfen, wurde, unter Annahme eines Signifikanzniveaus $\alpha < .05$, ein χ^2-Test berechnet. Es ließ sich anhand dessen kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen *Haushalt* und *niedrig adaptiver und niedrig maladaptiver Copingtyp* feststellen ($\chi^2(1, N = 261) = .20$, $p = .656$, $\varphi = -.03$).

Ebenso wurde die Hypothese H1b anhand eines χ^2-Tests, unter Annahme eines Signifikanzniveaus $\alpha < .05$, geprüft. Es ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen *Zustand des Elternteils* und *niedrig adaptiver und hoch maladaptiver Copingtyp* nachweisen ($\chi^2(2, N = 261) = 5.23$, $p = .073$, Cramérs $V = .14$).

Zur Prüfung der Hypothesen H1c und H1d wurden zwei *t*-Tests für unabhängige Stichproben, unter Annahme eines Signifikanzniveaus $\alpha < .05$, durchgeführt. Diese zeigten keine signifikanten Ergebnisse, weshalb es nicht notwendig war, eine Bonferroni-Holm-Korrektur (Holm, 1979) anzuwenden. Die Ergebnisse der *t*-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich *Copingstrategien gesamt* und *Adaptiver Copingstil* in Abhängigkeit vom Geschlecht sind in Tabelle 8 im Detail dargestellt.

Tabelle 8

H1c und H1d: Ergebnisse t-Tests für unabhängige Stichproben

Variable	***t*-Wert**	M_D	SE_D	***p***	***LCI***	***UCI***
Copingstrategien gesamt	-1.61	-2.31	1.43	.108 n.s.	-5.13	0.51
Adaptiver Copingstil	-1.00	-0.99	0.99	.321 n.s.	-2.94	0.97

Anmerkung: M_D = Mittlere Differenz, SE_D = Standardfehlerdifferenz, *p* = Signifikanzwert, *LCI* = Untere Grenze für 95% Konfidenzintervall, *UCI* = Obere Grenze für 95% Konfidenzintervall, *Geschlecht* männlich = 0.

n.s. = nicht signifikant. * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$.

Zweite Fragestellung

Um die Hypothese H2 zu prüfen, wurden wiederum *t*-Tests für unabhängige Stichproben, unter Annahme eines Signifikanzniveaus $\alpha < .05$, berechnet. Diese zeigten zunächst ausschließlich auf der Dimension *Wertschätzung des Lebens* einen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Proband*innen ($t(246) = -2.62$, $p = .009$, Cohens $d = 3.49$), wobei es sich um einen großen Effekt handelte. Der signifikante Unterschied blieb nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur (Holm, 1979) nicht bestehen ($p = .054$). Die detaillierten Ergebnisse der einzelnen *t*-Tests für unabhängige Stichproben hinsichtlich des gesamten posttraumatischen Wachstums und der einzelnen Dimensionen, in Abhängigkeit vom Geschlecht, sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9

H2: Ergebnisse t-Tests für unabhängige Stichproben

Variable	***t*-Wert**	M_D	SE_D	***p***	***LCI***	***UCI***	***p****
Summe PW	-1.13	-3.28	2.91	.259 n.s.	-9.01	2.44	1.00 n.s.
Beziehungen zu anderen	-0.35	-0.41	1.17	.725 n.s.	-2.72	1.90	1.00 n.s.
Neue Möglichkeiten	-0.10	-0.09	0.85	.917 n.s.	-1.77	1.59	.917 n.s.
Persönliche Stärke	-1.03	-0.70	0.68	.303 n.s.	-2.03	0.63	.909 n.s.
Religiöse Veränderungen	-1.87	-0.76	0.41	.062 n.s.	-1.57	0.04	.310 n.s.
Wertschätzung des Lebens	-2.62	-1.32	0.50	.009 **	-2.32	-0.33	.054 n.s.

Anmerkung: M_D = Mittlere Differenz, SE_D = Standardfehlerdifferenz, *p* = Signifikanzwert, *LCI* = Untere Grenze für 95% Konfidenzintervall, *UCI* = Obere Grenze für 95% Konfidenzintervall, *p** = Signifikanzwert nach Bonferroni-Holm-Korrektur (Holm, 1979), PW = Posttraumatisches Wachstum, *Geschlecht* männlich = 0.
n.s. = nicht signifikant. * = $p < .05$. ** = $p < .01$. *** = $p < .001$.

Dritte Fragestellung

Hinsichtlich der Hypothesen H3a und H3b sind die mittleren Ausprägungen des posttraumatischen Wachstums je Copingtyp in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10

Mittlere Ausprägung des posttraumatischen Wachstums je Copingtyp

Ausprägung Copingtyp	***n***	***M***	***SD***
niedrig adaptiv und niedrig maladaptiv	84	43.05	17.51
hoch adaptiv und niedrig maladaptiv	53	56.92	21.91
niedrig adaptiv und hoch maladaptiv	43	47.81	21.13
hoch adaptiv und hoch maladaptiv	68	64.03	13.61

Anmerkung: n = Anzahl exklusive Fälle mit fehlenden Werten, *M* = Mittlere Ausprägung, *SD* = Standardabweichung.

Zunächst wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse nach dem Welch-Verfahren (Welch, 1947), unter Annahme eines Signifikanzniveaus $\alpha < .05$, berechnet. Hierbei wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt ($F(3, 114.75) = 24.46$, $p < .001$,

$\eta^2 = .19$), wobei es sich um einen großen Effekt handelte. Im Anschluss daran wurde der Games-Howell-Post-Hoc-Test, wiederum unter Annahme eines Signifikanzniveaus $\alpha < .05$, durchgeführt. Dieser wies einen signifikanten Unterschied bezüglich der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum zwischen den Proband*innen des *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* und jenen des *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* nach (13.88, KI 95% [4.55, 23.20], $p = .001$).

Darüber hinaus zeigte der Games-Howell-Post-Hoc-Test einen signifikanten Unterschied in der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum zwischen den Proband*innen des *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* und jenen des *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* (20.98, KI 95% [14.42, 27.54], $p < .001$). Auch wurde ein signifikanter Unterschied in der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum zwischen Proband*innen des *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* und jenen des *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* festgestellt (16.22, KI 95% [6.67, 25.76], $p < .001$). Die Ergebnisse des Games-Howell-Post-Hoc-Tests sind in Tabelle 11 im Detail dargestellt.

Tabelle 11

H3a und H3b: Games-Howell-Post-Hoc-Test

Copingtyp (I)	**Copingtyp (J)**	***M_D* (I-J)**	***SE***	***p***	***LCI***	***UCI***
hoch adaptiv und niedrig maladaptiv	niedrig adaptiv und niedrig maladaptiv	13.88	3.56	.001 **	4.55	23.20
	niedrig adaptiv und hoch maladaptiv	9.11	4.41	.172 n.s.	-2.43	20.65
	hoch adaptiv und hoch maladaptiv	-7.11	3.43	.172 n.s.	-16.11	1.90
hoch adaptiv und hoch maladaptiv	niedrig adaptiv und niedrig maladaptiv	20.98	2.52	< .001 ***	14.42	27.54
	niedrig adaptiv und hoch maladaptiv	16.22	3.62	< .001 ***	6.67	25.76
	hoch adaptiv und niedrig maladaptiv	7.11	3.43	.172 n.s.	-1.90	16.11

Anmerkung: M_D = Mittlere Differenz, *SE* = Standardfehler, *p* = Signifikanzwert, *LCI* = Untere Grenze für 95% Konfidenzintervall, *UCI* = Obere Grenze für 95% Konfidenzintervall. n.s. = nicht signifikant. * = $p < .05$. ** = $p < .01$. *** = $p < .001$.

Diskussion

Nachfolgend werden die Ergebnisse der aktuellen Studie diskutiert, indem diese in Bezug zu bestehenden, im theoretischen Teil der Masterarbeit dargelegten, Forschungserkenntnissen gesetzt werden. Im Anschluss daran erfolgt die Conclusio, bevor auf Stärken und Limitationen der aktuellen Studie eingegangen wird. Auch werden Anknüpfungspunkte für weiterführende Forschungen dargelegt. Zu guter Letzt werden die praktischen Implikationen, welche aus der vorliegenden Masterarbeit abgeleitet werden können, aufgezeigt.

Im Zuge der vorliegenden Masterarbeit wurde eine Studie entworfen, welche die Copingstrategien, die Copingstile, die Copingtypen, das posttraumatische Wachstum sowie den Zusammenhang von Coping und posttraumatischem Wachstum bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum, die bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 18 und 35 Jahre alt gewesen waren, untersuchte. Die Studie wurde vom

06. August 2021 bis zum 26. Oktober 2021 an jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, bei welchen bei einem der beiden Elternteile in den letzten fünf Jahren Krebs diagnostiziert worden war, durchgeführt. Hierbei wurden der Carvers Brief COPE (Knoll et al., 2005), um die Copingstrategien zu erfassen, und das Posttraumatic Growth Inventory (PTGI*;* Maercker & Langner, 2001) zur Erhebung des posttraumatischen Wachstums eingesetzt.

Erste Fragestellung

Hinsichtlich der ersten Fragestellung zeigte sich, in Übereinstimmung mit bestehenden Studienergebnissen (Brügger et al., 2016; Costas-Muñiz, 2012; Davey, 2016; McPhail et al., 2017; Morris et al., 2020; Phillips, 2014; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011; Walczak et al., 2018), dass junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum über die Nutzung verschiedenster adaptiver und maladaptiver Copingstrategien zur aktiven Anpassung an die Krebsdiagnose des Elternteils berichten. Im Mittel wurden in der aktuellen Studie hinsichtlich des adaptiven Copingstils 58.8% der Gesamtpunkte erreicht. Dahingegen erfolgte bezüglich des maladaptiven Copingstils im Mittel eine Erreichung von 49.0% der Gesamtpunkte. Somit war die mittlere Ausprägung des adaptiven Copingstils bei den jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil höher als jene des maladaptiven Copingstils. Während sich jedoch Jugendliche mit krebskrankem Elternteil vor allem der adaptiven Copingstrategien *Emotionale Unterstützung, Religion* und *Akzeptanz* bedienten (Costas-Muñiz, 2012), gaben die jungen Erwachsenen in der aktuellen Studie die höchsten mittleren Ausprägungen bei den adaptiven Copingstrategien *Emotionale Unterstützung*, *Akzeptanz* und *Planung* an. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Unterschied überwiegend kulturelle Ursachen hat, da die erstgenannte Untersuchung in Puerto Rico durchgeführt wurde, wo Religion für die Jugendlichen, insbesondere in stressvollen Situationen, wichtig ist (Costas-Muñiz, 2012), während im deutschsprachigen Raum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 12 und 24 Jahren die traditionell-kirchliche Religiosität beziehungsweise die Nutzung religiöser Praktiken zurückgegangen ist. Auch bezeichneten sich in Österreich ungefähr 72% der, in einer Studie befragten, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 29 Jahren als eher weniger bis gar nicht religiös (Kögler & Dammayr, 2015).

Die Hypothese H1a ging von einem Unterschied hinsichtlich des Vorliegens des *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum aus, je nachdem, ob diese jungen Erwachsenen zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils mit diesem zusammen in einem Haushalt

gewohnt hatten oder nicht. Anhand eines χ^2-Tests ließ sich die Hypothese H1a nicht bestätigen. Dies widerspricht den Erkenntnissen einer Studie mit Nachkommen, die bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren. In dieser Studie wurde festgestellt, dass jene Nachkommen, welche mit dem an Krebs erkrankten Elternteil gemeinsam in einem Haushalt wohnten, im Vergleich zu gleichaltrigen Nachkommen auf welche dies nicht zutraf, eher dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* entsprachen (Morris et al., 2020). Jedoch wurde in einer anderen Studie mit Universitätsstudent*innen mit krebskrankem Elternteil herausgefunden, dass alle diese Universitätsstudent*innen von der Krebserkrankung des Elternteils und den damit verknüpften Erfahrungen betroffen waren. Dies war unabhängig davon, ob sie mit dem erkrankten Elternteil in einem gemeinsamen Haushalt wohnten oder nicht (McPhail et al., 2017). Eine solche Betroffenheit, die sich unabhängig von dem (Nicht-)Zusammenwohnen mit dem an Krebs erkrankten Elternteil zeigte, könnte erklären, warum in der aktuellen Studie kein signifikanter Zusammenhang zwischen *Haushalt* und *niedrig adaptiver und niedrig maladaptiver Copingtyp* entdeckt wurde. Auch wurde in der aktuellen Studie sowohl von einer Mehrheit der jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, welche zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils mit diesem in einem Haushalt gewohnt hatte, als auch von einer Mehrheit der jungen Erwachsenen, bei welcher dies nicht der Fall gewesen war, berichtet, nicht dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* zu entsprechen. Dies deutet darauf hin, dass eine Mehrheit der jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, unabhängig vom (Nicht-)Zusammenwohnen mit dem an Krebs erkrankten Elternteil zum Zeitpunkt von dessen Krebsdiagnose, eine hohe Ausprägung des adaptiven und/oder des maladaptiven Copingstils aufwies und sich somit adaptiver und/oder maladaptiver Copingstrategien bediente. Darüber hinaus wurde in der aktuellen Studie *nur* das (Nicht-)Zusammenwohnen zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils erfragt, jedoch nicht, ob ein gemeinsamer Haushalt bis zum Erhebungszeitpunkt beziehungsweise bis zum Zeitpunkt der Genesung/des Todes des erkrankten Elternteils bestand, was sich ebenso auf die Ergebnisse ausgewirkt haben könnte. Da außerdem eine geringe Power der Testung festgestellt wurde, ist das nicht signifikante Ergebnis nur eingeschränkt interpretierbar. Es könnte sein, dass anhand einer sehr großen Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang feststellbar ist.

Hinsichtlich der Hypothese H1b wurde anhand eines χ^2-Tests in der aktuellen Stichprobe kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Zuordnung der jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum zum *niedrig adaptiven und hoch*

maladaptiven Copingtyp und dem aktuellen Zustand des Elternteils festgestellt. Somit wurde die Hypothese H1b widerlegt. Dieses Ergebnis stimmt nicht mit jenem einer anderen Studie überein, in welcher angenommen wurde, dass sich junge Erwachsene mit verstorbenem Elternteil, im Vergleich zu jenen mit genesenem oder nach wie vor krebskrankem Elternteil, vermehrt des *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* bedienen und auf diese Weise insbesondere maladaptive Copingstrategien nutzen (Morris et al., 2020). Sowohl eine Mehrheit an jungen Erwachsenen mit genesenem als auch mit nach wie vor krebskrankem oder mit verstorbenem Elternteil entsprach in der aktuellen Studie nicht dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp*. In der anderen, zuvor erwähnten Studie wurde als Grund dafür, dass sich Nachkommen mit verstorbenem Elternteil insbesondere maladaptiver Copingstrategien bedienen, angesehen, dass diese Nachkommen über ein hohes Ausmaß an Trauer und Stress berichten (Morris et al., 2020). Es wurde jedoch in der aktuellen Studie ausschließlich gefragt, ob der erkrankte Elternteil zum Erhebungszeitpunkt bereits verstorben war und nicht, ob die Krebserkrankung der Grund für den Tod des erkrankten Elternteils dargestellt hatte. Dass dieser Aspekt für ein nicht signifikantes Ergebnis ausschlaggebend ist, ist dennoch eher unwahrscheinlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass Stress und Trauer bei den Nachkommen nach einem Tod des Elternteils in jedem Fall auftreten, unabhängig von der Todesursache. Das nicht signifikante Ergebnis könnte auch damit zusammenhängen, dass eine Krebserkrankung des Elternteils für die Nachkommen ohnehin sehr stressvoll und traurig ist, unabhängig davon, ob das erkrankte Elternteil schlussendlich verstirbt oder nicht. Auch wäre es möglich, dass nach einer länger andauernden Krebserkrankung der Tod des Elternteils als Erlösung angesehen wird. Das nicht signifikante Ergebnis ist jedoch nur eingeschränkt interpretierbar, da eine Post-Hoc-Poweranalyse auf eine geringe Power der Testung hinwies. Es lässt sich nicht ausschließen, dass anhand einer größeren Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden kann.

Bezogen auf die Hypothesen H1c und H1d, welche anhand von *t*-Tests für unabhängige Stichproben geprüft wurden, nutzten zwar die weiblichen jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum insgesamt mehr Copingstrategien und wiesen eine höhere mittlere Ausprägung des adaptiven Copingstils auf als männliche, jedoch handelte es sich hierbei um keine signifikanten Unterschiede. Die Hypothesen H1c und H1d ließen sich aus diesem Grund nicht bestätigen. Dies stimmt mit anderen Studien überein, in welchen keine Genderunterschiede bei Jugendlichen bezüglich genutzter Copingstrategien festgestellt werden konnten (Costas- Muñiz, 2012; Davey et al., 2011; Krattenmacher et al.,

2013). Die Zielgruppe dieser Studien entsprach jedoch nicht jener der aktuellen Studie. Dahingegen sind die in der aktuellen Studie festgestellten, wenn auch nicht signifikanten, Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil konsistent mit jenen zweier Studien, in welchen sowohl weibliche Nachkommen, die bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren (Morris et al., 2020), als auch weibliche Erwachsene (Matud, 2004; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011) insgesamt signifikant mehr Copingstrategien sowie signifikant mehr adaptive Copingstrategien als Männer nutzten. Eine der zuvor genannten Studien führte den festgestellten Genderunterschied hinsichtlich des Copings darauf zurück, dass Frauen sich ihrer Emotionen bewusster sind und sich eher damit auseinandersetzen als Männer (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011), wobei dies anhand der aktuellen Studie hinterfragt werden kann. Zudem wurde in einer anderen Studie davon ausgegangen, dass Frauen eher mit Stress auf negative Ereignisse reagieren, deshalb häufiger Copingstrategien als Männer nutzen und in deren Umsetzung geübter sind (Morris et al., 2020). Auch dies kann aufgrund der aktuellen Ergebnisse in Frage gestellt werden.

Zweite Fragestellung

Hinsichtlich der zweiten Fragestellung ließ sich feststellen, dass in der aktuellen Studie alle jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, bis auf eine*n, über zumindest eine positive Veränderung, welche in ihrem Leben infolge der Krebserkrankung des Elternteils aufgetreten war, und somit über posttraumatisches Wachstum berichteten. Dies weist daraufhin, dass die Herausforderung der Krebsdiagnose eines Elternteils zu positiven Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen führen kann und stimmt mit bereits bestehenden Studien im Kontext von Krebserkrankungen überein (Davey et al., 2011; Garrard et al., 2017; Kissil et al., 2010; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Morris et al., 2020; Phillips, 2014; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011; Teixeira & Pereira, 2013; Wong et al., 2009). Auch trafen die Berichte über posttraumatisches Wachstum, passend zu den Ergebnissen einer Studie (Wong et al., 2009), sowohl auf junge Erwachsene mit einem von Krebs geheilten als auch mit einem daran verstorbenen Elternteil zu. Hinsichtlich der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum wurden in der aktuellen Stichprobe im Mittel 50.1% der möglichen Gesamtpunkte erreicht. Im Einzelnen reichten die im Mittel erzielten Punkte von 22.1% der möglichen Gesamtpunkte auf der Dimension *Religiöse Veränderungen* bis hin zu 63.9% der möglichen Gesamtpunkte auf der Dimension *Wertschätzung des Lebens*. Darüber hinaus wurde posttraumatisches Wachstum auch von jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, bei welchem die Krebsdiagnose erst im

Jahr 2021 erfolgt war, berichtet. Dies stimmt mit einem bestehenden Studienergebnis überein, laut welchem posttraumatisches Wachstum bereits zwei Monate nach der Krebsdiagnose eines Elternteils nachweisbar ist (Kissil et al., 2010). Auffallend ist, dass posttraumatisches Wachstum auch von jungen Erwachsenen berichtet wurde, bei welchen die Krebsdiagnose des Elternteils erst im August, September oder Oktober 2021 erfolgt war. Dies deutet darauf hin, dass posttraumatisches Wachstum kaum einer Entwicklungszeit bedarf und möglicherweise die angegebenen zwei Monate unterschreitet.

Hinsichtlich der Hypothese H2, die mit Hilfe von *t*-Tests für unabhängige Stichproben und einer anschließenden Bonferroni-Holm-Korrektur (Holm, 1979) getestet wurde, ließ sich zum einen feststellen, dass weibliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum auf allen Dimensionen sowie insgesamt eine höhere mittlere Ausprägung an posttraumatischem Wachstum aufweisen als männliche. Es zeigte sich jedoch zum anderen, dass dieser Unterschied auf keiner der Dimensionen und auch nicht beim gesamten posttraumatischen Wachstum signifikant ist. Somit wurde die Hypothese H2 widerlegt. Dieses Ergebnis stimmt nicht mit jenem von Studien mit Krebsüberlebenden (Bellizzi, 2004), mit Erwachsenen mit und ohne erlebte Traumata (Tedeschi & Calhoun, 1996) und mit Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil beziehungsweise krebskranken Elternteilen und einem Durchschnittsalter von 33 Jahren (Teixeira & Pereira, 2013) überein. In diesen Studien wurde ausnahmslos eine signifikant höhere mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum beim weiblichen Geschlecht festgestellt. Eine Uneinigkeit bestand in den zuvor genannten Studien bezüglich der einzelnen Dimensionen des posttraumatischen Wachstums, da entweder auf der Dimension *Beziehungen zu anderen* (Bellizzi, 2004) oder auf der Dimension *Neue Möglichkeiten* (Tedeschi & Calhoun, 1996; Teixeira & Pereira, 2013) kein signifikanter Genderunterschied nachgewiesen wurde. Hieraus kann zumindest für diese beiden Dimensionen, je nach Studie, eine Übereinstimmung mit der aktuellen Studie abgeleitet werden. Eine Konsistenz der Erkenntnisse der aktuellen Studie besteht außerdem mit den Ergebnissen einer Studie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit an Krebs verstorbenem Elternteil und einem Durchschnittsalter von 19 Jahren (Hirooka et al., 2017) sowie mit jenen einer anderen Studie mit Erwachsenen mit einem Durchschnittsalter von 24 Jahren, bei welchen ein Elternteil in deren Kindheit oder Jugend an Krebs erkrankt war (Wong et al., 2009). Beide Studien stellten keine Genderunterschiede hinsichtlich des posttraumatischen Wachstums fest. Da das Durchschnittsalter der aktuellen Studie zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils bei 24 Jahren lag, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Zielgruppe der aktuellen Studie

und jene der beiden zuvor genannten Studien, zumindest hinsichtlich des Alters, stärker entsprechen als zunächst angenommen. Dies könnte dasselbe Ergebnis der nicht nachweisbaren Genderunterschiede bezüglich des posttraumatischen Wachstums erklären. Es ist außerdem möglich, dass sich der Beziehungsstatus auf das posttraumatische Wachstum auswirkt (Bellizzi, 2004). Da der Beziehungsstatus in der aktuellen Studie nicht erhoben wurde, ist unklar, ob dieser für die nicht nachweisbaren Genderunterschiede mitverantwortlich war. In einer der zuvor genannten Studien, welche einen Genderunterschied feststellten (Tedeschi & Calhoun, 1996), waren die meisten Proband*innen alleinstehend. In derselben Studie wurde außerdem angenommen, dass es Frauen eher als Männern möglich ist, aus negativen Erlebnissen zu lernen beziehungsweise von diesen zu profitieren (Tedeschi & Calhoun, 1996). In einer anderen Studie wurde davon ausgegangen, dass Frauen stärker mit Stress auf negative Ereignisse reagieren als Männer und deshalb eher posttraumatisches Wachstum wahrnehmen sowie darüber berichten (Teixeira & Pereira, 2013). Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Studie kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich weibliche und männliche junge Erwachsene in deren Reaktion auf die traumatische Erfahrung der Krebsdiagnose eines Elternteils ähneln und gleichermaßen posttraumatisches Wachstum erleben.

Dritte Fragestellung

In Bezug auf die dritte Fragestellung wurde angenommen, dass ein enger Zusammenhang zwischen den genutzten Copingstrategien und dem Ausmaß an posttraumatischem Wachstum besteht (Rajandram et al., 2011). Die Hypothese H3a ließ sich anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse nach dem Welch-Verfahren (Welch, 1947) mit anschließendem Games-Howell-Post-Hoc-Test teilweise bestätigen. Die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum war bei den jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum bei Vorliegen eines *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* signifikant höher, als wenn die jungen Erwachsenen einem niedrigen adaptiven Copingstil entsprachen. Dies war unabhängig davon, ob ein hoher oder niedriger maladaptiver Copingstil vorlag. Dahingegen war bei jungen Erwachsenen, welche sich dem *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* zuordnen ließen, hinsichtlich der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum nur ein signifikanter Unterschied zu jungen Erwachsenen des *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps,* nicht aber zu jenen des *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* feststellbar. Dies bedeutet, dass hierbei die Ausprägung des maladaptiven Copingstils für die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum bedeutsam war. Die Ergebnisse stimmen nur

teilweise mit dem Ergebnis einer anderen Studie mit Nachkommen, die bei der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren, überein. In dieser war ein hoher adaptiver Copingstil, unabhängig von der Ausprägung des maladaptiven Copingstils, mit einer signifikant höheren mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum assoziiert (Morris et al., 2020). Auch in anderen Studien mit Krebspatient*innen (Rajandram et al., 2011; Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2011), weiblichen Brustkrebsüberlebenden (Silva et al., 2011) und Universitätsstudent*innen (Wild & Paivio, 2004) wurde davon ausgegangen, dass insbesondere ein adaptiver Copingstil effektiv zu posttraumatischem Wachstum beiträgt. In der aktuellen Studie weist der nicht signifikante Unterschied zwischen dem *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* und dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* in Bezug auf die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum darauf hin, dass auch ein hoher maladaptiver Copingstil förderlich für posttraumatisches Wachstum sein kann. Daraus lässt sich, in Übereinstimmung mit einer zuvor genannten Studie (Morris et al., 2020), ableiten, dass maladaptive Copingstrategien eine Funktion für das posttraumatische Wachstum erfüllen. Diese könnte in der gezielten Auseinandersetzung mit der Krebsdiagnose beziehungsweise -erkrankung des Elternteils, beispielsweise durch absichtliches und positiv orientiertes Grübeln, bestehen (Bellizzi, 2004; Morris et al., 2020). Auch ist es möglich, dass maladaptive Copingstrategien den Zugang zu diesem stressvollen Erlebnis erleichtern (Morris et al., 2020).

Die Hypothese H3b ließ sich, wiederum mittels eines Games-Howell-Post-Hoc-Tests, welcher auf eine einfaktorielle Varianzanalyse nach dem Welch-Verfahren (Welch, 1947) folgte, teilweise bestätigen. Es konnte nachgewiesen werden, dass junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum, welche dem *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* entsprechen, eine signifikant höhere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum aufweisen als jene, die sich dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven* oder dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* zuordnen lassen. Somit trat bei Vorliegen des erstgenannten Copingtyps eine signifikant höhere mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum auf, als wenn die jungen Erwachsenen einen niedrigen adaptiven Copingstil aufwiesen. Dies war unabhängig von der Ausprägung des maladaptiven Copingstils. Dahingegen wurde kein signifikanter Unterschied bezüglich der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum zwischen den jungen Erwachsenen des *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* und jenen des *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* festgestellt. Dies stimmt nicht mit dem Ergebnis einer Studie mit Nachkommen, die bei der Krebserkrankung des Elternteils

zwischen 12 und 24 Jahre alt gewesen waren, überein. In dieser Studie wurde herausgefunden, dass bei Vorliegen des *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* die signifikant höchste mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum auftritt (Morris et al., 2020). Werden jedoch die einzelnen Mittelwerte der aktuellen Studie berücksichtigt, zeigt sich in Übereinstimmung mit der zuvor genannten Studie, dass die höchste mittlere Ausprägung des posttraumatischen Wachstums bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, welche dem *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* entsprachen, auftrat. Unabhängig davon kann aus den Ergebnisse der aktuellen Studie geschlussfolgert werden, dass der *hoch adaptive und hoch maladaptive Copingtyp* sowie der *hoch adaptive und niedrig maladaptive Copingtyp,* und somit insbesondere ein hoher adaptiver Copingstil, für posttraumatisches Wachstum förderlich sind/ist. Daraus lässt sich ableiten, dass sich im Hinblick auf das posttraumatische Wachstum insbesondere eine Förderung des *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil anbietet. Dieser wies hinsichtlich der mittleren Ausprägung an posttraumatischem Wachstum in der aktuellen Studie einen signifikanten Unterschied zum *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* auf. Außerdem werden auf diese Weise adaptive Copingstrategien bei jungen Erwachsenen gefördert, maladaptive Copingstrategien hingegen nicht. Dies ist bedeutsam, da adaptive Copingstrategien, im Gegensatz zu maladaptiven, laut bisherigen Studien mit hoher Resilienz, positivem Affekt, positiven Emotionen (Morris et al., 2020), besserer mentaler Gesundheit (Walczak et al., 2018), vermehrtem positivem Wohlbefinden (McPhail et al., 2017; Wong et al., 2009) und weniger Depressionen (Wong et al., 2009) assoziiert sind.

Conclusio

Da die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung mit höherem Alter ansteigt und sich gleichzeitig das Schwangerschaftsalter erhöht (Götze et al., 2017; Puterman & Cadell, 2008; Syse et al., 2017), sind junge Erwachsene zwischen 18 und 35 Jahren, und somit auch jene im deutschsprachigen Raum, häufig von einer Krebserkrankung des Elternteils betroffen. Es wurde gezeigt, dass die Krebserkrankung eines Elternteils vielfältige negative Konsequenzen und psychosoziale Belastungen nach sich ziehen (Clemmens, 2009; Davey et al., 2011; Ghofrani et al., 2019; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Morris et al., 2018, 2020; Patterson et al., 2017; Phillips, 2014; Puterman & Cadell, 2008; Walczak et al., 2018; Wong et al., 2009) und als traumatische Erfahrung angesehen werden kann (Garrard et al., 2017). Hieran wird die Relevanz der Erforschung von, durch junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil genutzte, Copingstrategien zur aktiven Anpassung an die Herausforderungen, welche die Krebsdiagnose

eines Elternteils mit sich bringt, deutlich. Darüber hinaus fand(en) posttraumatisches Wachstum und somit positive Veränderungen, die im Zuge der Krebsdiagnose eines Elternteils bei Nachkommen in verschiedenen Lebensbereichen auftreten können, sowie ein möglicher Zusammenhang von Coping und posttraumatischem Wachstum bisher wenig Berücksichtigung. Dies trifft insbesondere auf die Zielgruppe der jungen Erwachsenen im deutschsprachigen Raum zu. All diese Aspekte wurden deshalb in der aktuellen Studie untersucht.

Anhand der durchgeführten Studie wurde gezeigt, dass sich die jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum unterschiedlichster Copingstrategien bedienen, vor allem der adaptiven Copingstrategien *Emotionale Unterstützung*, *Akzeptanz* und *Planung.* Auch wiesen die jungen Erwachsenen eine hohe Ausprägung des adaptiven und/oder des maladaptiven Copingstils auf, da eine Mehrheit der jungen Erwachsenen nicht dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* entsprach. Es bestand weder ein Zusammenhang zwischen dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* und dem (Nicht-)Zusammenwohnen mit dem erkrankten Elternteil zum Zeitpunkt von dessen Krebsdiagnose noch zwischen dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* und dem aktuellen Zustand des Elternteils. Auch ließen sich keine Genderunterschiede hinsichtlich der Nutzung von Copingstrategien feststellen.

Für junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum war es in der aktuellen Studie bereits wenige Wochen nach der Krebsdiagnose des Elternteils möglich, über posttraumatisches Wachstum zu berichten. Außerdem wurde von allen diesen jungen Erwachsenen, bis auf eine*n, angegeben, dass sie positive Veränderungen in einem oder mehreren Lebensbereichen in Folge der Krebsdiagnose des Elternteils erlebt hatten, auch wenn im Mittel *nur* die Hälfte der möglichen Punkte an gesamtem posttraumatischem Wachstum erreicht worden war. Bezüglich der mittleren Ausprägung des gesamten posttraumatischen Wachstums sowie jener der einzelnen Dimensionen waren keine Genderunterschiede feststellbar.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Copingstrategien und posttraumatischem Wachstum wurde ersichtlich, dass posttraumatisches Wachstum von allen jungen Erwachsenen, bis auf eine*n, berichtet wurde. Jedoch erschienen bestimmte Copingtypen hinsichtlich der mittleren Ausprägung an posttraumatischem Wachstum förderlicher als andere. Die aktuelle Studie konnte nachweisen, dass die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum bei jenen jungen Erwachsenen, die dem *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyp* entsprachen, signifikant höher war, als wenn sich diese dem niedrigen adaptiven Copingstil

zuordnen ließen. Dies war unabhängig davon, ob ein hoher oder niedriger maladaptiver Copingstil vorlag. Dahingegen ließ sich hinsichtlich der mittleren Ausprägung an posttraumatischem Wachstum bei den jungen Erwachsenen, welche dem *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* zugeordnet werden konnten, nur ein signifikanter Unterschied zu jenen des *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp*, nicht aber zu jenen des *niedrig adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* feststellen. Daraus lässt sich ableiten, dass die Ausprägung des maladaptiven Copingstils für die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum bedeutsam sein könnte. Außerdem konnte hinsichtlich der mittleren Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum kein signifikanter Unterschied zwischen den jungen Erwachsenen des *hoch adaptiven und hoch maladaptiven Copingtyps* und jenen des *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* festgestellt werden. Es lässt sich deshalb schlussfolgern, dass insbesondere ein hoher adaptiver Copingstil bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum zu posttraumatischem Wachstum beiträgt. Aus diesem Grund kann, in Verbindung mit bisherigen Studienergebnissen bezüglich der vielfältigen positiven Auswirkungen von adaptiven, im Gegensatz zu maladaptiven, Copingstrategien angenommen werden, dass sich vor allem die Förderung eines *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* anbietet.

Stärken

Eine Stärke der vorliegenden Masterarbeit bestand in der leichten Zugänglichkeit des Online-Fragebogens sowie in der, im Hinblick auf die spezifische Zielgruppe, großen Stichprobe, die erzielt werden konnte. Das Erreichen so vieler junger Erwachsener mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum war nur aufgrund der Unterstützung zahlreicher Kliniken, Krebsgesellschaften und Vereine möglich[4].

Darüber hinaus wurden junge Erwachsene zwischen 18 und 35 Jahren als Zielgruppe gewählt, wobei dies die aktuelle Studie von anderen Studien abhob, welche kaum eine konkrete Altersgruppe fokussierten. Dies wurde auch von systematischen Reviews aufgezeigt (Morris et al., 2018; Walczak et al., 2018).

Außerdem ist die aktuelle Studie nicht nur eine der ersten, welche Coping und posttraumatisches Wachstum im Kontext von Krebserkrankungen im deutschsprachigen

[4] An dieser Stelle insbesondere an die *Bayerische Krebsgesellschaft* Bayreuth, Kempten und Würzburg, die *Charité – Universitätsmedizin Berlin,* den *Deutschen Hospiz- und PalliativVerband,* die *Deutsche Sarkom-Stiftung,* an *Glitzerstube,* das *Haus der Krebs-Selbsthilfe,* an *KeinerBleibtAllein,* die *Krebsberatungsstelle Osnabrück,* die *Krebsliga Schweiz,* an *Kurvenkratzer,* das *Netzwerk NeT,* die *Paracelsus Klinik Scheidegg,* die *Pfarre Hörbranz,* an *Recover your smile,* die *Rexrodt von Fircks Stiftung,* die *UPK Basel,* die *WE CARE Initiative,* an *Young Carers Schweiz* und an *Young Helping Hands* ein herzliches Dankeschön!

Raum erforschte, sondern nach Wissen der Autorin die einzige Studie, welche diesbezüglich ausschließlich junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil zwischen 18 und 35 Jahren berücksichtigte. Dieser Aspekt wurde von einem*einer jungen Erwachsenen in der aktuellen Studie betont, welche*r angab, sich in der eigenen Situation oft nicht gesehen zu fühlen.

Eine weitere Stärke der Studie bestand darin, einen konkreten Zeitrahmen von maximal fünf Jahren seit der Krebsdiagnose des Elternteils zu wählen, um den recall bias zu verringern.

Darüber hinaus waren in der aktuellen Studie die an Krebs erkrankten Väter nicht unterrepräsentiert, wie dies in einem systematischen Review bezüglich bereits bestehender Studien aufgezeigt wurde (Morris et al., 2018). Auch handelte es sich bei der Krebsdiagnose des Elternteils nicht überwiegend um Brustkrebs der Mutter, wie dies von anderen Studien bemängelt worden war (Davey et al., 2011; Kissil et al., 2010; McPhail et al., 2017; Morris et al., 2018).

Limitationen und Ausblick

Der Fragebogen beruhte auf einer freiwilligen Teilnahme, wodurch es möglich ist, dass sich jene jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil, welche nicht an der aktuellen Studie teilnahmen, systematisch hinsichtlich deren Coping und posttraumatischem Wachstum von den teilnehmenden jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil unterscheiden. Es könnte beispielsweise sein, dass die nicht teilnehmenden jungen Erwachsenen von der Krebsdiagnose des Elternteils besonders belastet sind und den Fragebogen aus diesem Grund nicht ausfüllen wollten.

Die Fragebögen beruhten außerdem auf Selbsteinschätzung und könnten deshalb dem *self-reporting bias* unterliegen. Eine solche Verzerrung tritt beispielsweise aufgrund von Verleugnung, eingeschränkter Erinnerung oder sozialer Erwünschtheit auf (Phillips, 2014). Es wurde jedoch hinsichtlich des PTGI (Maercker & Langner, 2001) festgestellt, dass Fremd- und Selbstberichte übereinstimmen, weshalb angenommen werden kann, dass die subjektiven Verzerrungen zumindest hinsichtlich des selbstberichteten posttraumatischen Wachstums gering sind (Maercker & Langner, 2001). Dennoch wurde auch herausgefunden, dass die selbstberichteten positiven Veränderungen nur teilweise tatsächliche psychologische Reifung, manche hingegen nur eine Illusion darstellen (Mangelsdorf, 2020). Hier müssten empirische Ansätze gefunden werden, um möglichen Illusionen auf den Grund zu gehen und diese gegebenenfalls zu verhindern. Umso relevanter wäre es, sowohl Selbst- als auch Fremdberichte in Studien miteinzubeziehen und beispielsweise quantitative Erhebungen mit qualitativen Methoden zu kombinieren. Dies gilt auch deshalb, da anhand des PTGI

(Maercker & Langner, 2001) direkt nach positiven Veränderungen gefragt wurde, weshalb nicht sicher sein kann, ob diese auch spontan berichtet worden wären, wie das anhand offener Fragen möglich wäre.

Auch wurde im Zuge der Erhebung nicht nach dem Familiensystem gefragt, also ob der*die junge Erwachsene in einer *traditionellen* Familie, einer Patchworkfamilie, einer Familie mit gleichgeschlechtlichen Elternteilen oder Ähnlichem aufwuchs. Es ist möglich, dass, je nach Familiensystem, Unterschiede im Coping sowie im posttraumatischem Wachstum bei den jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum bestehen. Dies könnte in weiterführenden Forschungen berücksichtigt werden.

Die Anzahl an männlichen und weiblichen jungen Erwachsenen war in der aktuellen Studie ungleich, da sich eine Mehrheit der jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil dem weiblichen Geschlecht zuordnete. Dennoch nahmen immerhin 68 männliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil (26.1%) an der Studie teil. Das Problem der unterrepräsentierten männlichen Nachkommen trat auch in anderen qualitativen und quantitativen Studien mit ähnlichen Thematiken auf (z. B. Hirooka et al. 2017; Kissil et al., 2010; Levesque & Maybery, 2012; McPhail et al., 2017; Morris et al., 2020; Patterson et al., 2017; Wong et al., 2009).

Darüber hinaus wurde die aktuelle Studie zwar im deutschsprachigen Raum, ausgehend von Österreich, durchgeführt, eine Mehrheit der jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil war jedoch in Deutschland wohnhaft. Jene, welche angaben, in Österreich, der Schweiz oder Luxemburg zu wohnen, waren eher wenig bis kaum und jene aus Liechtenstein gar nicht vertreten. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Ergebnisse der aktuellen Studie aufgrund geringer kultureller Unterschiede nicht nur auf Deutschland, sondern auch auf die anderen Staaten des deutschsprachigen Raums ausweiten lassen.

Weiters besaß eine Mehrheit der jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil in der aktuellen Studie einen Universitätsabschluss, weshalb weitere Forschungen untersuchen könnten, ob die Ergebnisse der vorliegenden Studie auch für junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil anderer Bildungsschichten im deutschsprachigen Raum gültig sind.

Auch wurde in der aktuellen Studie nicht nach dem gegenwärtigen Beziehungsstatus oder sonstiger sozialer Unterstützung der jungen Erwachsenen, sondern nur nach deren Beziehung zum an Krebs erkrankten Elternteil gefragt. Da sich beispielsweise eine Partnerschaft positiv auf Coping und posttraumatisches Wachstum auswirken könnte, wäre es wichtig, den Beziehungsstatus in weiterführenden Forschungen zu berücksichtigen.

Zudem wurden junge Erwachsene im deutschsprachigen Raum, bei welchen beide Elternteile eine Krebsdiagnose erhielten, in der vorliegenden Masterarbeit nicht berücksichtigt, da davon ausgegangen wurde, dass sich dies auf andere Weise auf Coping und posttraumatisches Wachstum auswirkt, als wenn *nur* ein Elternteil an Krebs erkrankt ist und weil dahingehend bisher kaum Studien durchgeführt wurden. In der aktuellen Studie wurde von einzelnen jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil angemerkt, dass bei ihnen hinsichtlich der Krebsdiagnose des Elternteils eine Abstumpfung vorliegt, da bereits bei demselben oder bei dem anderen Elternteil zu einem früheren Zeitpunkt Krebs diagnostiziert worden war. Weiters wurde von einem*einer jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil darauf hingewiesen, dass es sinnvoll wäre, nach vergangenen stressvollen beziehungsweise traumatischen Erlebnissen, wiederum aufgrund einer möglichen Abstumpfung, zu fragen. Umso relevanter wäre es, in zukünftigen Studien bereits erlebte negative Ereignisse zu berücksichtigen. Es könnte beispielsweise von Bedeutung sein, dass die Datenerhebung nach der dritten Welle der COVID-19-Pandemie stattfand. Dahingehend lässt sich außerdem die Frage stellen, welche positiven Veränderungen im Leben von Individuen direkt auf die Krebsdiagnose des Elternteils zurückzuführen sind und ob nicht andere, zwischenzeitlich gemachte oder frühere Erfahrungen an diesen Veränderungen beteiligt waren (Mangelsdorf, 2020). Somit wären vertiefende Forschungen, beispielsweise in Form von Langzeitstudien, angemessen. Auf diese Weise könnten zusätzlich Veränderungen im Coping, im posttraumatischen Wachstum und in deren Zusammenhang untersucht werden. Dies ist hinsichtlich des Copings auch deshalb relevant, weil die Krebserkrankung eines Elternteils über längere Zeit andauert sowie einen kontinuierlichen Stressor darstellt (Krattenmacher et al., 2013; Morris et al., 2018) und da davon ausgegangen wird, dass sich die Bemühungen zur Anpassung an negative Ereignisse beziehungsweise die genutzten Copingstrategien ständig verändern (Krattenmacher et al., 2013; Silva et al., 2011; Walczak et al., 2018)

Darüber hinaus könnten Studien eine Kontrollgruppe in Form von jungen Erwachsenen ohne krebskrankem Elternteil in ihre Erhebung aufnehmen, um auf diese Weise Unterschiede hinsichtlich Coping und posttraumatischem Wachstum zwischen diesen und jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil zu erforschen. Hier würden sich wiederum Langzeitstudien anbieten, um herauszufinden, ob die Krebsdiagnose des Elternteils als ursächlich für die Unterschiede angesehen werden kann.

Relevant wäre es außerdem, den Zusammenhang von maladaptiven Copingstrategien und posttraumatischem Wachstum, insbesondere bei der Zielgruppe der jungen Erwachsenen mit

krebskrankem Elternteil, detaillierter zu erforschen. Auf diese Weise würden vertiefte Erkenntnisse hinsichtlich der Funktion maladaptiver Copingstrategien für das posttraumatische Wachstum resultieren. Dadurch würde deutlich werden, inwiefern maladaptive Copingstrategien zur Entwicklung posttraumatischen Wachstums beitragen und welche dieser maladaptiven Copingstrategien aufgrund dessen beibehalten oder sogar gefördert werden sollten.

Außerdem wurden junge Erwachsene im deutschsprachigen Raum, deren Elternteil bereits seit langer Zeit an Krebs leidet, nicht in die aktuelle Studie miteingeschlossen. Auch diese bedürfen hinsichtlich Coping und posttraumatischem Wachstum einer eigenständigen Berücksichtigung.

Relevant wäre weiters die Erhebung subjektiver Zuschreibungen bezüglich der Krebsdiagnose des Elternteils von Seiten der Nachkommen im jungen Erwachsenenalter. Es wäre möglich, dass ein Unterschied im posttraumatischen Wachstum, und somit gegebenenfalls im Coping, besteht, je nachdem, als wie traumatisierend oder emotional stressvoll die Krebsdiagnose sowie die -erkrankung des Elternteils wahrgenommen wurden (Teixeira & Pereira, 2013). Hierbei könnten weiters verschiedene Weltsichten beziehungsweise kulturelle Unterschiede eine Rolle spielen (Calhoun et al., 2010), weshalb auch diese in weiterführenden Forschungen berücksichtigt werden sollten. Mit dem Coping und dem posttraumatischen Wachstum könnte außerdem die subjektive Wahrnehmung der Beziehung zum Elternteil, sowohl zum Zeitpunkt von dessen Krebsdiagnose als auch im Verlauf der Krebserkrankung, zusammenhängen. Diesbezügliche Forschungen würden sich, insbesondere in Form von Langezeitstudien, anbieten.

Weiters wäre es möglich, die Selbstberichte von Geschwistern im jungen Erwachsenenalter mit krebskrankem Elternteil hinsichtlich Coping und posttraumatischem Wachstum zu vergleichen und sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zu beleuchten.

Auch der Einfluss von verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen, wie Optimismus oder Offenheit für Erfahrung, auf Coping und posttraumatisches Wachstum von jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum könnte in weiterführenden Forschungen untersucht werden.

Zudem wäre es möglich, konkreter nach einzelnen Krankheitsstadien und damit verbundenen Behandlungsmethoden zu fragen beziehungsweise die Krebsart des Elternteils in die Analysen miteinzubeziehen, da sich diese Aspekte wiederum auf Coping und posttraumatisches Wachstum auswirken könnten.

Praktische Implikationen

Die anhand der aktuellen Studie gewonnenen Erkenntnisse deuten darauf hin, dass sowohl weibliche als auch männliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum bereits adaptive und/oder maladaptive Copingstrategien nutzen und posttraumatisches Wachstum in verschiedenen Lebensbereichen aufweisen. Sie zeigen jedoch auch, dass diese jungen Erwachsenen sowohl beim adaptiven und maladaptiven Copingstil als auch beim gesamten posttraumatischen Wachstum sowie bei dessen einzelnen Dimensionen die mögliche maximale Ausprägung im Mittel nicht annähernd erreichten. Da außerdem aus den Ergebnissen der aktuellen Studie geschlussfolgert werden kann, dass sich insbesondere ein hoher adaptiver Copingstil bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil für posttraumatisches Wachstum anbietet und darüber hinaus bereits bestehende Forschungsergebnisse darauf hinweisen, dass der adaptive Copingstil, im Gegensatz zum maladaptiven, mit hoher Resilienz, positivem Affekt, positiven Emotionen (Morris et al., 2020), besserer mentaler Gesundheit (Walczak et al., 2018), vermehrtem positivem Wohlbefinden (McPhail et al., 2017; Wong et al., 2009) und weniger Depressionen (Wong et al., 2009) assoziiert ist, kann davon ausgegangen werden, dass sich vor allem die Förderung eines *hoch adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyps* eignet. Eine solche Förderung ist äußerst bedeutsam, um das posttraumatische Wachstum und somit positive Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil anhand adäquater Copingstrategien zu unterstützen. Gültig ist dies insbesondere, da Copingstrategien teilweise modifizierbar sind (Morris et al., 2020).

Die Erkenntnisse der vorliegenden Masterarbeit lassen weiters darauf schließen, dass Unterstützungsangebote hinsichtlich der Nutzung von Copingstrategien sowie in weiterer Folge bezüglich der Förderung posttraumatischen Wachstums sowohl für weibliche als auch für männliche junge Erwachsene mit krebskrankem Elternteil notwendig sind. Im Zuge dessen bietet sich eine Aufklärung aller jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil über die unterschiedlichen Copingstile und Copingtypen, Möglichkeiten zu deren Modifikation sowie potenzielle Auswirkungen, nicht nur auf das posttraumatische Wachstum, sondern auch hinsichtlich der anderen zuvor genannten, positiven Aspekte, an. Das bedeutet außerdem, dass dahingehende Unterstützungsangebote gegeben sein müssen. Auf diese könnte beispielsweise durch Flyer, Broschüren und Plakate an öffentlichen Plätzen oder über Social Media aufmerksam gemacht werden. Auch könnte der erkrankte Elternteil bereits bei dessen Krebsdiagnose im Krankenhaus auf Unterstützungsangebote für die Nachkommen hingewiesen werden. Darüber hinaus könnten Krebsgesellschaften oder Vereine den jungen

Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil als Ansprechpartner*innen dienen. Die *Österreichische Krebshilfe* bietet beispielsweise kostenlose Beratung, zwar nicht spezifisch für junge Erwachsene, jedoch für Kinder und Jugendliche mit krebskrankem Elternteil (Österreichische Krebshilfe Wien, o. D.) sowie für Angehörige von Krebspatient*innen (Österreichische Krebshilfe, o. D.) an. Auf diese Weise könnten den jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil unter anderem Möglichkeiten zur Modifikation der genutzten Copingstrategien aufgezeigt werden. Zur Förderung der Copingstrategie *Emotionale Unterstützung* würde es sich beispielsweise anbieten, junge Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten, wie einer Mannschaftssportart, zu ermuntern oder sie über Soziale Kompetenztrainings, wie diese in Wien vom *Consana Zentrum* für Menschen im jungen Erwachsenenalter angeboten werden (Consana Zentrum, o. D.), zu informieren. Dahingegen könnte zur Verminderung der maladaptiven Copingstrategie *Alkohol/Drogen* bei Bedarf eine Kontaktaufnahme mit der *Suchthilfe Wien* empfohlen werden. Hinsichtlich der Förderung adäquater Copingstrategien ist zudem der Einbezug der gesamten Familie wichtig, da eine offene Kommunikation innerhalb der Familie das Ausprobieren neuer beziehungsweise anderer Copingstrategien erleichtert (Clemmens, 2009). Relevant wären darüber hinaus die Ermöglichung von Gruppengesprächen mit anderen betroffenen Nachkommen im jungen Erwachsenenalter, Angebote spezialisierter Therapeut*innen beziehungsweise Psycholog*innen oder Gesundheitsinitiativen zur Aufklärung hinsichtlich Coping und posttraumatischem Wachstum sowie bezüglich Unterstützungsangeboten. Auf diese Weise könnte aufgezeigt werden, dass unterstützende Einrichtungen nicht nur für Krebspatient*innen, sondern auch für deren Nachkommen im jungen Erwachsenenalter vorhanden sind und in einer Zeit voller Herausforderungen und Belastungen zur Erhaltung des Wohlbefindens und darüber hinaus zu positiven Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen beitragen können.

Literaturverzeichnis

American Psychological Association (2020). *recall bias.* APA Dictionary of Psychology. https://dictionary.apa.org/recall-bias

Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development, 58*(4), 267–287. https://doi.org/10.2190/DC07-CPVW-4UVE-5GK0

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Auflage). Springer.

Brügger, S., Jaquier A. & Sottas, B. (2016). Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49,* 138–142. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0940-x

Calhoun, G., Tedeschi, R. G., Cann, A. & Hanks, E. A. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica, 50*(1–2), 125–143. https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-125

Clemmens, D. A. (2009). The significance of motherhood for adolescents whose mothers have breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 36*(5), 571–577. https://doi.org/10.1188/09.ONF.571-577

Consana Zentrum. (o. D.). *Soziales Kompetenztraining.* https://www.consana.at/angebote/kurse-und-trainings/soziales-kompetenztraining.html

Costas-Muñiz, R. (2010). Hispanic adolescents coping with parental cancer. *Support Care Cancer, 20,* 413–417. https://doi.org/10.1007/s00520-011-1283-9

Davey, M. P., Tubbs, C. Y., Kissil, K. & Niño, A. (2011). 'We are survivors too': African-American youths' experiences of coping with parental breast cancer. *Psycho-Oncology, 20,* 77–87. https://doi.org/10.1002/pon.1712

Davey, M. (2016). Parental cancer. In M. Davey, K. Kissil & L. Lynch (Hrsg.), *Helping Children and Families Cope with Parental Illness. A Clinician´s Guide* (S. 43–58). Taylor & Francis.

Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press.

Ernst, J. & Weißflog, G. (2013). Gemeinsam stark – Angehörige als Unterstützung. *Die Heilberufe, 65*(7), 56–59. https://doi.org/10.1007/s00058-013-0761-5

Europäische Kommission. (2021, 3. Februar). *Mitteilung der Kommission an das Parlament und den Rat. Europas Plan gegen den Krebs.* https://eur-

lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:8dec84ce-66df-11eb-aeb5-01aa75ed71a1.0003.02/DOC_1&format=PDF

Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5* (2. Auflage). Hogrefe.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175–191.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (and sex and drugs and rock ´n´ roll)* (3rd edition). Sage.

Garrard, E. D., Fennell, K. M. & Wilson, C. (2017). 'We're completely back to normal, but I'd say it's a new normal': A qualitative exploration of adaptive functioning in rural families following a parental cancer diagnosis. *Support Care Cancer, 25,* 3561–3568. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3785-6

Ghofrani, M., Nikfarid, L., Nourian, M., Nasiri, M. & Saiadynia, M. (2017). Levels of unmet needs among adolescents and young adults (AYAs) impacted by parental cancer. *Supportive Care in Cancer, 27*, 175–182. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4310-2

Götze, H., Friedrich, M., Brähler, E., Romer, G., Mehnert, A. & Jochen, E. (2017). Psychological distress of cancer patients with children under 18 years and their partners – a longitudinal study of family relationships using dyadic data analysis. *Support Care Cancer, 25,* 255–264. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3411-z

Hermann, U. (1996). *Die neue deutsche Rechtschreibung*. Bertelsmann Lexikon Verlag.

Hirooka, K., Fukahori, H., Akita, Y. & Ozawa, M. (2017). Posttraumatic growth among Japanese parentally bereaved adolescents: A web-based survey. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 34*(5), 442–448. https://doi.org/10.1177/1049909115627776

Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics, 6*(2), 65–70.

IBM Corp. (2011). *IBM SPSS Statistics Base 20.* IBM Corp.

IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows,* Version 27.0. IBM Corp.

Kissil, K., Niño, A., Jacobs, S., Davey, M. & Tubbs, C. Y. (2010). "It has been a good growing experience for me": Growth experiences among African American youth coping with parental cancer. *Families, Systems, & Health, 28*(3), 274–289. https://doi.org/10.1037/a0020001

Knoll, N., Rieckmann N. & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality, 19,* 229–247. https://doi.org/10.1002/per.546

Kögler, I. & Dammayr, M. (2015). Jugend und Religion in Österreich. *Interdisciplinary Journal for Religion and Transformation in Contemporary Society, 1*(1), 152–176. https://doi.org/10.14220/jrat.2015.1.1.152

Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K. v., Flechtner, H.-H., Bergelt, C., Romer, G. & Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research, 74,* 252–259. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.003

Levene, H. (1960). Robust Tests for Equality of Variances. In Olkin, I. (Hrsg.), *Contributions to Probability and Statistics* (S. 278–292). Stanford University Press.

Levesque, J. V. & Maybery, D. (2012). Parental cancer: Catalyst for positive growth and change. *Qualitative Health Research, 22*(3), 397–408. https://doi.org/10.1177/1049732311421617

Lindqvist, B., Schmitt, F., Santalahti, P., Romer, G. & Piha, J. (2007). Factors associated with the mental health of adolescents when a parent has cancer. *Scandinavian Journal of Psychology, 48,* 345–351. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00573.x

Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association, 83*(404), 1198–1202. https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722

Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica, 47,* 153–162. https://doi.org/10.1026//0012-1924.47.3.153

Mangelsdorf, J. (2020). Posttraumatisches Wachstum. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 19,* 21–33. https://doi.org/10.1007/s11620-020-00525-5

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences, 37,* 1401–1415. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010

McPhail, C., Dwyer, J. J. M., Hanemaayer, R. & Preyde, M. (2017). The experience of parental cancer among emerging adult university students. *Journal of Psychosocial Oncology, 35*(2), 202–219. https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1275918

Morris, J. N., Turnbull, D., Martini, A., Preen, D. & Zajac, I. (2020). Coping and its relationship to post-traumatic growth, emotion, and resilience among adolescents and young adults impacted by parental cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 38*(1), 73–88. https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1637384

Morris, J. N., Turnbull, D., Preen, D., Zajac, I. & Martini, A. (2018). The psychological, social, and behavioural impact of a parent's cancer on adolescent and young adult offspring aged 10–24 at time of diagnosis: A systematic review. *Journal of Adolescence, 65*, 61–71. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.03.001

Morris, J. N., Zajac, I., Turnbull, D., Preen, D., Patterson, P. & Martini, A. (2019). A longitudinal investigation of Western Australian families impacted by parental cancer with adolescent and young adult offspring. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 43*(3), 261–266. https://doi.org/10.1111/1753-6405.12885

Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 51*, 704–708. https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012

Österreichische Krebshilfe. (o. D.). *Angehörige und Krebs.* https://www.krebshilfe.net/beratung-hilfe/leben-mit-krebs/angehoerige-krebs

Österreichische Krebshilfe Wien. (o. D.). *Mama/Papa hat Krebs.* https://www.krebshilfe-wien.at/beratung-hilfe/unser-angebot/mama/papa-hat-krebs

Patterson, P., McDonald, F. E. J., White, K. J., Walczak, A. & Butow, P. N. (2017). Levels of unmet needs and distress amongst adolescents and young adults (AYAs) impacted by familial cancer. *Psycho-Oncology, 26*, 1285–1292. https://doi.org/10.1002/pon.4421

Phillips, F. (2014). Adolescents living with a parent with advanced cancer: a review of the literature. *Psycho-Oncology, 23*, 1323–1339. https://doi.org/10.1002/pon.3570

Preisler, M. & Goerling, U. (2016). Angehörige von an Krebs erkrankten Menschen. *Onkologe, 22*, 336–341. https://doi.org/10.1007/s00761-016-0006-8

Puterman, J. & Cadell, S. (2008). Timing is everything. The experience of parental cancer for young adult daughters – A pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology, 26*(2), 103–121. https://doi.org/10.1300/J077v26n02_07

Raithel, J. (2008). *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs* (2nd edition). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rajandram, R. K., Jenewein, J., McGrath, C. & Zwahlen, R. A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. *Support Care Cancer, 19*, 583–589. https://doi.org/10.1007/s00520-011-1105-0

Rogge, F. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden im Übergang ins Erwachsenenalter. Eine triangulative Untersuchung über gelingendes Erwachsenwerden und die Bedeutung von sozialen Beziehungen.* Springer Fachmedien.

Schecker, H. (2014). Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs alpha. In Schecker, H. Parchmann, I. & Krüger, D. (Hrsg.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung. Online-Zusatzmaterial* (S. 1–7). Springer.

Scrignaro, M., Barni, S. & Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology, 20,* 823–831. https://doi.org/10.1002/pon.1782

Shapiro, S.S. & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika, 52*(3–4), 591–611. https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591

Silva, S. M., Crespo, C. & Canavarro, M. C. (2011). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health, 27*(11), 1323–1341. https://doi.org/10.1080/08870446.2012.676644

Spratler, K. M. (2021). Traumasensibel Handeln im (DaZ-)Unterricht mit potenziell traumatisierten, geflüchteten Lernenden. *Österreichischer Integrationsfonds: Forschungspreis Integration, Heft 3.*

Syse, A., Aas, G. B. & Loge, J. H. (2012). Children and young adults with parents with cancer: A population-based study. *Clinical Epidemiology, 4*, 41–52. https://doi.org/10.2147/CLEP.S28984

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471.

Teixeira, R. J. & Pereira, M. G. (2013). Factors contributing to posttraumatic growth and its buffering effect in adult children of cancer patients undergoing treatment. *Journal of Psychosocial Oncology, 31*(3), 235–265. https://doi.org/10.1080/07347332.2013.778932

Walczak, A., McDonald, F., Patterson, P., Dobinson, K. & Allison, K. (2018). How does parental cancer affect adolescent and young adult offspring? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 77,* 54–80. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.017

Welch, B. L. (1947). The generalisation of "student's" problem when several different population variances are involved. *Biometrika, 34*(1–2), 28–35. https://doi.org/10.2307/2332510

Wild, N. D. & Paivio, S. C. (2004). Psychological adjustment, coping, and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 8*(4), 97–122. https://doi.org/10.1300/J146v08n04_05

Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., MacLeamy, J. B., Sojourner-Nelson, A. & Koopman, C. (2009). Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. *Families, Systems, & Health, 27*(1), 53–63. https://doi.org/10.1037/a0014771

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – *Copingstile und Copingtypen* 8
Tabelle 2 – *Charakteristika der Stichprobe* 30
Tabelle 3 – *Angaben bezüglich der Krebsdiagnose des Elternteils* 32
Tabelle 4 – *Reliabilitätsanalysen der PTGI-Dimensionen* 36
Tabelle 5 – *Interpretation der Effektstärken (Ellis, 2010)* 40
Tabelle 6 – *Copingstrategien, Copingstile und posttraumatisches Wachstum* 41
Tabelle 7 – *Copingtyp-Ausprägungen* 42
Tabelle 8 – *H1c und H1d: Ergebnisse t-Tests für unabhängige Stichproben* 43
Tabelle 9 – *H2: Ergebnisse t-Tests für unabhängige Stichproben* 44
Tabelle 10 – *Mittlere Ausprägung des posttraumatischen Wachstums je Copingtyp* 44
Tabelle 11 – *H3a und H3b: Games-Howell-Post-Hoc-Test* 46

Anhang

Abstract in deutscher Sprache

In früheren Studien fanden mögliche Zusammenhänge von Coping und posttraumatischem Wachstum, insbesondere bei jungen Erwachsenen mit krebskrankem Elternteil im deutschsprachigen Raum, kaum Berücksichtigung. Daher wurde im Zuge dieser Masterarbeit eine querschnittliche Onlinestudie durchgeführt, wobei die Zielgruppe über Bekannte, Kommiliton*innen, Social Media, Kliniken, Krebsgesellschaften und Vereine auf den Fragebogen aufmerksam gemacht wurde. Das Messinstrument *Carvers Brief COPE* wurde zur Erhebung der Copingstrategien und das Messinstrument *Posttraumatic Growth Inventory* zur Erfassung des posttraumatischen Wachstums eingesetzt. In der Stichprobe (N = 261; Weiblich: 73.9%; Alter: 18–39, M = 26.69 Jahre, SD = 4.30) wurde von allen jungen Erwachsenen die Nutzung adaptiver und/oder maladaptiver Copingstrategien berichtet. Verzeichnet wurde insbesondere die Nutzung der Copingstrategien *Emotionale Unterstützung, Akzeptanz* und *Planung.* Es bestanden weder Zusammenhänge zwischen dem *niedrig adaptiven und niedrig maladaptiven Copingtyp* und dem (Nicht-)Zusammenwohnen mit dem erkrankten Elternteil zum Zeitpunkt von dessen Krebsdiagnose noch zwischen dem *niedrig adaptiven und hoch maladaptivem Copingtyp* und dem aktuellen Zustand des Elternteils. Posttraumatisches Wachstum wurde, bis auf eine*n, von allen jungen Erwachsenen in der Stichprobe berichtet, und dies bereits wenige Wochen nach der Krebsdiagnose des Elternteils. Es ließen sich keine Genderunterschiede hinsichtlich des Copings oder des posttraumatischen Wachstums feststellen. In der Studie zeigte sich die Ausprägung des maladaptiven Copingstils als für die mittlere Ausprägung an gesamtem posttraumatischem Wachstum bedeutsam. Auch konnte geschlussfolgert werden, dass ein hoher adaptiver Copingstil beziehungsweise insbesondere der *hoch adaptive und niedrig maladaptive Copingtyp* zu posttraumatischem Wachstum beiträgt und gefördert werden sollte. Es werden Ansätze für weiterführende Forschungen und praktische Implikationen diskutiert.

Abstract in englischer Sprache

Previous research has not focused on possible links between coping strategies and posttraumatic growth, especially for young adults with a parent who has cancer in German-speaking countries. Therefore, for this master thesis, a cross-sectional online survey was conducted; the survey was brought to the attention of young adults via friends, social media, hospitals, cancer-related charities and other associations. To survey coping strategies, the method *Carvers Brief COPE* was applied; to survey post-traumatic growth, the tool *Post-traumatic Growth Inventory* was used. All young adult participants in the sample *(N* = 261;

female: 73.9%; age range: 18–39, *M* = 26.69 years, *SD* = 4.30*)* reported that they made use of adaptive and/or maladaptive coping strategies; especially the use of the coping strategies *emotional support, acceptance* and *planning* was described. No links were found between the *low adaptive and low maladaptive coping type* and the co-living with the sick parent at the point of their cancer diagnosis or between the *low adaptive and high maladaptive coping type* and the current state of health of the parent. Posttraumatic growth was reported by all young adults in the sample except one, already within weeks after the cancer diagnosis of the parent. No significant difference between men and women was found regarding coping or posttraumatic growth. The extent of the reported maladaptive coping style was relevant for the average extent of posttraumatic growth. In conclusion, a highly adaptive coping style and especially the *high adaptive and low maladaptive coping type* contributes to posttraumatic growth and should be supported. Possibilities for future research and practical implications are discussed.