



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Zusammenhang von Copingverhalten und  
Symptomen der Anpassungsstörung während der  
Covid-19-Pandemie in Österreich“

verfasst von / submitted by

Sarah Carolina Fuchs, B.Sc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

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

## Inhaltsverzeichnis

<b>Anpassungsstörung und Coping in der Covid-19-Pandemie</b>	<b>4</b>
Covid-19-Pandemie in Österreich	4
Psychische Auswirkungen der Covid-19-Pandemie	7
Anpassungsstörung in der Covid-19-Pandemie	
Diagnose der Anpassungsstörung nach ICD-11	10
Abgrenzung der Anpassungsstörung von der PTBS	11
Aktueller Forschungsstand zur Anpassungsstörung in der Pandemie	14
Coping in der Pandemie	
Allgemeines und pandemiespezifisches Copingverhalten	15
Unterschiede zwischen Coping-Stilen	17
Spezifisches Copingverhalten und Anpassungsstörung	21
<b>Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>23</b>
<b>Methodik</b>	<b>24</b>
Studiendesign und Ablauf	
ESTSS Adjust Study	24
Rekrutierung	24
Material	
Fragebogen	25
Operationalisierung und Messinstrumente	26
Statistische Auswertung	30
<b>Ergebnisse</b>	<b>31</b>
Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe	31
Deskriptive Beschreibungen und Interne Konsistenz der Skalen	33
Ergebnisse der Hauptanalysen	
Allgemeines und pandemiespezifisches Copingverhalten	35
Unterschiede zwischen Coping-Stilen	38

Spezifisches Copingverhalten und Anpassungsstörung	41
<b>Diskussion</b>	<b>44</b>
Allgemeines und pandemiespezifisches Copingverhalten	45
Unterschiede zwischen Coping-Stilen	47
Spezifisches Copingverhalten und Anpassungsstörung	50
Implikationen	52
Limitationen	54
Conclusion	56
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>57</b>
<b>Anhang</b>	<b>65</b>
Abstract - deutsch	65
Abstract - englisch	66
Regressionsanalysen mit Bootstrapping	67
Tabellenverzeichnis	68
Syntax	69

## **Anpassungsstörung und Coping in der Covid-19-Pandemie**

### **Covid-19-Pandemie in Österreich**

Die Covid-19-Pandemie hat sich nicht nur auf das soziale Leben, die Wirtschaft und das Gesundheitssystem ausgewirkt, sondern auch den Alltag vieler Menschen beeinflusst und ihnen Ängste bezüglich der eigenen Gesundheit und der von Angehörigen bereitet. Die Coronavirus-Erkrankung COVID-19, verursacht durch das Coronavirus SARS-CoV-2, tauchte erstmals im Dezember 2019 in der chinesischen Metropole Wuhan auf (World Health Organization [WHO], 2020a). Von dort verbreitete sie sich innerhalb weniger Wochen weltweit, erste Fälle in Österreich wurden am 25. Februar 2020 nachgewiesen (WHO, 2020b). Die offizielle Erklärung zur Pandemie erfolgte am 11. März (WHO, 2020c). Häufigste Symptome der Coronavirus-Erkrankung sind Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und Geschmackssinns und Pneumonie, wobei Schwere des Krankheitsverlaufs und Symptomatik stark variieren (Robert-Koch-Institut, 2021). Durch mehrere Mutationen des Virus sind mittlerweile verschiedene Virusvarianten bekannt, die sich jeweils durch Schwere, Verlauf, Symptomatik und Ansteckungsrisiko unterscheiden können (Robert-Koch-Institut, 2021). Bis heute (Stand 12.12.22) wurden weltweit fast 650 Millionen Infektionen und mehr als 6 Millionen Todesfälle verzeichnet (Gardner, 2022, 12.12.). In Österreich wurden bis zum selben Datum über 5 Millionen Infektionen und 21.000 Todesfälle gemeldet (Gardner, 2022, 12.12.).

Aufgrund des Infektionsgeschehens erhöhten sich Auslastungen in Krankenhäusern und Intensivstationen, sowie die Arbeitslast für das Gesundheitspersonal und es bestand die Gefahr, dass Pflege und Betreuung von Erkrankten nicht mehr bewältigt werden können. Weltweit wurden daher eine Reihe von staatlich angeordneten Vorsichtsmaßnahmen zur Eindämmung des Virus etabliert. Vor allem das Minimieren von zwischenmenschlichen Kontakten ist wichtig, um die Verbreitung einer Infektionskrankheit zu verhindern bzw. zu verlangsamen. Ein wichtiger Begriff ist in diesem Zusammenhang *Social Distancing*, worunter das Abstandhalten zu anderen Menschen verstanden wird, um zu vermeiden, dass eine Krankheit auf viele Menschen übertragen wird (Cambridge Dictionary, n.d.). Darüber hinaus sollten bestimmte Schutzmaßnahmen eingehalten werden, wozu neben Hygienemaßnahmen und dem Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes auch Abstandsregelungen und Meiden von Menschenansammlungen gelten. Politische Maßnahmen betrafen

Einschränkungen des öffentlichen Lebens, wie das teilweise oder vollständige Schließen von öffentlichen Einrichtungen, Gastronomie und Handel und das Absagen von Veranstaltungen und Zusammenkünften, die Einführung von Reisebeschränkungen bis hin zu Ausgangssperren (Bundeskanzleramt 2020a, 2020b). *Lockdowns* betreffen eine Zeitperiode in denen Menschen aufgrund einer gefährlichen Erkrankung ihr Zuhause nicht verlassen und nicht reisen dürfen (Cambridge Dictionary, n.d.). Bei Kontakt mit dem Virus wurde eine Isolation verhängt, Infizierte mussten sich in Quarantäne begeben.

Erste Maßnahmen der Österreichischen Regierung waren ein Einreisestopp aus stark betroffenen Gebieten (Italien), die Schließung von Schulen am 12. März und die Schließung des Handels, bis auf die Versorgung der täglichen Bedarfs, am 13. März 2020. Am 16. März trat eine neue Verordnung mit Ausgangssperren in Kraft, nach der das Verlassen der eigenen Wohnräume nur noch in Ausnahmefällen gestattet war (Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Es zeichnete sich schnell ein wellenförmiger Verlauf der Pandemie in gegenseitigem Zusammenhang mit Verschärfungen bzw. Lockerungen der geltenden Schutzmaßnahmen ab. Als erste Welle gilt die Zeit zwischen Mitte März und Ende April 2020, die gekennzeichnet ist durch hohe Infektionszahlen und den strengen Lockdown (Pollak et al., 2020a). Ab Mai bis Ende August folgte daraufhin ein geringeres Infektionsgeschehen, als Reaktion darauf wurden Lockerungen vieler Maßnahmen entschieden (Pollak et al., 2020b), bis es ab September 2020 wieder zu ansteigenden Infektionen und zur zweiten Welle (Pollak et al., 2020c) und einem erneuten Lockdown ab dem 3. November kam. Insgesamt wird in Österreich von bisher vier Wellen mit erhöhten Infektionszahlen gesprochen, die jeweils mit staatlich verordneten Lockdowns einhergingen. Die vorliegende Arbeit basiert auf Daten, die im Sommer 2020 in Österreich erhoben wurden und die erste Welle und den Beginn der zweiten Welle wieder spiegeln.

**Erkenntnisinteresse.** Die Pandemie ist drei Jahre nach dem Ausbruch des Coronavirus im Dezember 2019 nach wie vor aktuell. Noch immer zeigen sich saisonal ansteigende Infektionszahlen, belastete Krankenhäuser und in vereinzelten Bereichen sind Hygienemaßnahmen einzuhalten. Darüber hinaus gibt es nicht nur wirtschaftliche Nachwirkungen, gesundheitliche Folgen wie Long Covid, sondern auch psychische Auswirkungen zeigten sich als langanhaltend und es besteht die Gefahr, dass diese sich manifestieren und verfestigen. Der Umgang mit der Pandemie unterscheidet sich weltweit

und innerhalb Europas stark zwischen den Ländern. Als sehr restriktiv wurde etwa der Umgang von Georgien oder Italien bezeichnet, während Schweden eine weniger restriktive und eher partizipatorische Herangehensweise an die Coronapandemie wählte (Lotzin et al., 2020). Weitere Unterschiede zwischen den Ländern neben staatlichen Verordnungen, sind außerdem der Zeitpunkt und die Schwere, mit der die Länder mit dem Ausbruch der Pandemie konfrontiert waren. Darüber hinaus unterscheiden sich Gesundheitssysteme und sozioökonomische Faktoren. Andere kulturelle Werte könnten außerdem einen Einfluss auf die Wahrnehmung von Stressoren und auf die Nutzung individueller, familiärer und kollektiver Copingstrategien haben (Lotzin et al., 2020). Obwohl in der vorliegenden Arbeit eine Reihe internationaler Befunde zu psychischen Auswirkungen und zum Copingverhalten während der Pandemie berichtet werden, sind diese nur bedingt auf Österreich übertragbar. Internationale Studien zu den Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit untermauern, weshalb es sich dabei um ein wichtiges Forschungsthema handelt, ersetzen aber nicht eine österreichische Forschung. Um psychische Auswirkungen der Pandemie in mehreren europäischen Ländern zu untersuchen, wurde seit 2020 die ESTSS Adjust Study durchgeführt. Die vorliegende Masterarbeit dient dazu, einen vertiefenden Einblick in die vorliegenden österreichischen Daten zu liefern. Der Fokus liegt dabei auf dem Zusammenhang zwischen Copingverhalten und Symptomen der Anpassungsstörung.

Bei der Anpassungsstörung handelt es sich um eine maladaptive Reaktion auf einen oder mehrere Stressoren, die üblicherweise innerhalb eines Monats auftaucht und, wenn der Stressor nicht länger anhält, innerhalb von sechs Monaten wieder abklingt. Symptome sind übermäßige Sorgen über den Stressor und seine Konsequenzen, wiederkehrende und beunruhigende Gedanken und ständige Rumination, sowie eine gescheiterte Anpassung an den Stressor, einhergehend mit Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen und beruflichen Funktionsbereichen (WHO, 2019). Da die Covid-19-Pandemie und einhergehende Risiken für die psychische Gesundheit nach wie vor aktuell sind, ist ein Umgang damit noch immer wichtig. Ziel dieser Arbeit ist es daher, zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen Copingverhalten und Symptomen der Anpassungsstörung gibt. Um negativen psychischen Auswirkungen der Pandemie entgegen zu wirken bzw. diese präventiv zu vermeiden, ist es wichtig zu untersuchen, welche Art von Coping sich in der Pandemie als wirksam und welche sich als maladaptiv herausgestellt hat.

Dazu werden zunächst Ergebnisse vorangegangener Studien im Hinblick auf psychische Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie dargestellt, insbesondere bezogen auf die Anpassungsstörung; sowie erste Erkenntnisse zu Coping mit der Pandemie inkludiert. Anschließend werden, abgeleitet aus dem theoretischen Hintergrund die drei Fragestellungen und die Hypothesen aufgeführt, die in der vorliegenden Arbeit untersucht werden. Es folgt ein Kapitel zur Methodik, in dem auch die ESTSS Adjust Study und verwendete Messinstrumente vorgestellt werden, gefolgt vom Ergebnissteil. Die Arbeit schließt mit einer inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse, sowie Implikationen für die Praxis.

### **Psychische Auswirkungen der Covid-19-Pandemie**

Die Pandemie stellte nicht nur eine Gefahr für die körperliche, sondern auch für die psychische Gesundheit vieler Menschen dar. Von Schwierigkeiten, wie etwa durch finanzielle Einbußen, eingeschränkte Wohnverhältnisse, fehlende Kinderbetreuung, Ausgangsbeschränkungen und reduzierte soziale Kontakte war ein Großteil der Bevölkerung betroffen. Dies ging mit einer Reihe von Belastungsfaktoren, wie verunsichernden Medienberichten und Sorgen um noch nicht absehbare Konsequenzen der Pandemie, einher (Lotzin et al., 2020). Weiterhin erzeugte die Pandemie Gefühle der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes, besonders da der Krankheitsverlauf, mögliche Langzeitfolgen oder Konsequenzen für die Wirtschaft noch nicht absehbar waren (Brakemeier et al., 2020). Der Lockdown ab Mitte März 2020 stellte einen starken psychosozialen Stressauslöser dar, da soziale Isolation die psychische Gesundheit negativ beeinflusst (Brooks et al., 2020). Social Distancing, Lockdowns und Quarantäne stellen Ausnahmesituationen dar, die auf die Psyche einwirken und sehr belastend sein können. Bereits nach früheren Virusausbrüchen zeigten Studien negative psychologische Auswirkungen und einen Anstieg somatischer Symptome. Eine Metaanalyse zu Auswirkungen verschiedener Epidemien (u.a. SARS, H1N1) zwischen 1998 und 2018 zeigte erhöhten psychologischen Distress durch Quarantäne oder Isolation und höhere Prävalenzen von posttraumatischen und depressiven Symptomen, Stress und Angst (Henssler et al., 2020).

International zeigten sich während der Pandemie in der Allgemeinbevölkerung erhöhte Stressanfälligkeit, innere Unruhe, Schlafstörungen, erhöhter Alkohol- und Substanzkonsum, sowie Gefühle von Angst, Einsamkeit, Unsicherheit, Trauer und Wut (Henssler et al., 2020). Studienergebnisse zeigen seit 2020 einen Anstieg von depressiven und

ängstlichen Symptomen, PTBS und Stresserkrankungen. In Italien zeigten sich im Vergleich zu Prävalenzen vor der Pandemie erhöhte Ausprägungen von psychologischem Distress und Depressionen (Mazza et al., 2020). Unter polnischen Studierenden wurden im April 2020 bei 56% der Befragten hohe bis extrem hohe Stresswerte gefunden (Rogowska et al., 2020). Weiterhin zeigten sich bei über 65% der Befragten Angstsymptome, davon erreichten 35% moderate bis schwere Ausprägungen einer generalisierten Angststörung (Rogowska et al., 2020). Eine Metaanalyse über 62 Studien aus 17 Ländern mit insgesamt  $N = 162.639$  Teilnehmenden (Luo et al., 2020) zeigte klinisch relevante Angstsymptome bei jeder dritten Person (33%) und Depressionssymptome bei jeder vierten Person (28%). Außerdem klagten 40% der Befragten über Stress und 32% über Schlafstörungen. Ein eigens für die Messung von Angst bezüglich der Covid-19-Pandemie entwickeltes Messinstrument ist die Corona Disease Anxiety Scale (CDAS). In einer iranischen Studie zeigte über die Hälfte der Teilnehmenden auf dieser Skala moderate bis schwere Angstwerte (Mohammadzadeh et al., 2020). In einem US-amerikanischen Sample wurden hohe Werte von Depressionssymptomen (43,3%), Angstsymptomen (45,4%) und PTBS-Symptomen (31,8%) gefunden (C. Liu et al., 2020). Eine Studie aus den USA zeigte zudem einen Anstieg von Depressionen und Angst zu Beginn der Pandemie zwischen Februar und März 2020, der außerdem mit Social Distancing in Zusammenhang gebracht werden konnte (Marroquín et al., 2020). So gaben diejenigen, die unter staatlich angeordneten Ausgangsbeschränkungen standen signifikant höhere Ausprägungen von Depression, Angst und akutem Stress an; gleichzeitig korreliert das individuelle Social Distancing Verhalten mit intrusiven Gedanken (Marroquín et al., 2020). Besonders Personen, die sich in Quarantäne oder Isolation begeben mussten, zeigten ein höheres Risiko für Depressionen, Angststörungen und stressbezogene Störungen (Hensler et al., 2020). Bereits zwei Wochen nach Lockdownbeginn berichteten 65% aus einem Sample von  $N = 5545$  Spanier\*innen von Angst- oder Depressionssymptomen (Fullana et al., 2020).

Die Befürchtung, dass die Pandemie Auswirkungen auf die psychische Gesundheit nehmen wird, wird durch internationale Forschungsergebnisse der letzten zweieinhalb Jahre demnach unterstützt. In Österreich zeigten sich höhere Prävalenzen psychischer Erkrankungen seit Beginn der Pandemie, die mit einem Anstieg benötigter psychologischer Hilfe einhergehen (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen [BÖP], 2020). Da viele der genannten Studien während staatlich angeordneten Lockdowns in den betreffenden



Ländern durchgeführt wurden, stellt sich die Frage, inwieweit geschilderte Veränderungen darüber hinaus persistieren. Eine österreichische Studie untersuchte daher die Veränderungen von Depressionsscores anhand des PHQ-9 an  $N = 445$  Teilnehmenden während (April 2020) sowie nach dem Lockdown (Juni 2020). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied der PHQ-Scores zwischen den beiden Messzeitpunkten, was darauf hindeutet, dass vorliegende Depressionen sich nicht durch Beendigung des Lockdowns verbessern, sondern darüber hinaus anhalten (Probst et al., 2020).

Insgesamt zeichnet sich international ein Anstieg psychopathologischer Prävalenzen im Vergleich zu vor der Covid-19-Pandemie ab. Zwar weisen die vorgestellten Studien Schwankungen zwischen den Prävalenzzahlen auf; diese könnten jedoch auf Unterschiede in der Operationalisierung oder der Messinstrumente zurückgeführt werden oder auf regionale Unterschiede, etwa was den Ausbruch und den Umgang mit der Pandemie betrifft. Die vorgestellten Befunde, die international für eine Vielzahl psychopathologischer Prävalenzen erhöhte Werte aufzeigen, verdeutlichen, dass es sich bei der Pandemie um einen starken psychosozialen Stressor handelt. Dass die psychischen Auswirkungen über die Lockdowns hinweg anhalten, deutet darauf hin, dass es langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Gesellschaft geben kann. Risikofaktoren für negative psychologische Auswirkungen sind weibliches Geschlecht (Henssler et al., 2020; Mazza et al., 2020, Luo et al., 2020, Rossi et al., 2020), niedrigerer sozioökonomischer Status (Luo et al., 2020), niedrigerer Bildungsgrad, niedrigeres Einkommen oder finanzielle Einbußen durch die Pandemie (Henssler et al., 2020), keinen Vollzeitjob zu haben (Dragan et al., 2021), weniger sozialer Support oder Single zu sein (Henssler et al., 2020). Weiterhin konnte eine Reihe gesundheitlicher Risikofaktoren identifiziert werden, wie ein schlechterer wahrgenommener Gesundheitsstatus oder ein erhöhtes Risiko eines schweren Verlaufes (Henssler et al., 2020), bestehende oder vergangene körperliche oder psychische Erkrankungen (Mazza et al., 2020) oder vorherige Traumatisierung (Brooks et al., 2020, Henssler et al., 2020). Ein besonderes Risiko sei bei vorliegender psychischer Störung gegeben, sowie bei Infektion mit dem Covid-19-Virus (Luo et al., 2020). Covid-19 spezifische Risikofaktoren sind etwa aufgegebene Arbeitstätigkeit, das Erleben eines belastenden Lebensereignisses während der Pandemie, Quarantäne, eine nahestehende Person zu verlieren (Rossi et al., 2020), längere Dauer der Quarantäne oder Isolation (Henssler et al., 2020) und ein erhöhter

Nachrichtenkonsum bezüglich Covid (Luo et al., 2020). Ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen stellt jüngeres Alter dar (Mazza et al., 2020, Rossi et al., 2020); verschiedene Studien zeigen ein höheres Risiko für stressbezogene Störungen und PTBS bei jüngeren Menschen (Henssler et al., 2020). Allerdings weisen anderen Studien darauf hin, dass besonders ältere Menschen betroffen sein könnten, so zeigte sich etwa ein höheres Risiko für depressive Symptome bei über 55-Jährigen (Henssler et al., 2020). Durch weniger soziale Kontakte könnte sich bei älteren Menschen Selbstisolation stärker negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Lotzin et al., 2020).

Es stellt sich daher die Frage, welche protektiven Faktoren es gibt und wie negativen psychischen Auswirkungen vorgebeugt werden kann. Als Schutzfaktoren konnten unter anderem Resilienz, Selbstwirksamkeit und positive Copingstile identifiziert werden, sowie eine gute soziale Vernetzung und wahrgenommene soziale Unterstützung (Strauß et al., 2021). Bezogen auf Covid-19 wirken sich ein geringeres wahrgenommenes Risiko einer Infektion und das individuelle Ergreifen von Schutz- bzw. Vorsichtsmaßnahmen positiv auf die psychische Gesundheit aus (Strauß et al., 2021). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll daher das Copingverhalten genauer in den Blick genommen werden und der Zusammenhang zu Symptomen der Anpassungsstörung untersucht werden.

### **Anpassungsstörung in der Covid-19-Pandemie**

#### ***Diagnose der Anpassungsstörung nach ICD-11***

Die Anpassungsstörung wird nach ICD-11 (WHO, 2019) definiert als eine maladaptive Reaktion auf einen oder mehrere identifizierbare psychosoziale Stressoren. Die Arbeitsgruppe der WHO, die das neue Konzept für die Anpassungsstörung für die ICD-11 erarbeitete, orientierte sich bei der Konzeption an einem Stressreaktionsmodell, wonach die Anpassungsstörung als eine maladaptive Stressreaktion konzeptionalisiert wird und durch die Symptome der Preokkupation und mangelnder Adaption an den Stressor gekennzeichnet ist (Perkonig et al., 2018). Seit der 11. Revision der ICD wird die Anpassungsstörung mit unter den trauma- und stressbedingten Störungen klassifiziert (Maercker & Augsburger, 2017). Die Kernsymptome der Anpassungsstörung sind nach ICD-11 die „Präokkupation mit dem Stressor oder seinen Folgen“, die gekennzeichnet ist durch übermäßige Sorgen, wiederkehrende belastende Gedanken und ständiges Grübeln, sowie die „mangelnde Anpassung an den Stressor“, die Probleme im Alltag wie Konzentrations- und

Schlafstörungen oder Leistungseinbußen betrifft (WHO, 2019). Diese Symptome seien nicht spezifisch oder schwer genug, um andere psychische Diagnosen zu rechtfertigen. Weiterhin kommt es zu Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen. Mittels dem Fragebogen zur Erfassung der Anpassungsstörung *Adjustment Disorder - New Module 20* (ADNM-20) wurde an einer repräsentativen Stichprobe mit  $N = 2524$  Befragten zwischen 14 und 93 Jahren in Deutschland bei 2.0% der Teilnehmenden gemäß den Diagnosekriterien eine Anpassungsstörung gefunden. Ein höheres Risiko liegt für Frauen, ältere Personen und Alleinstehende ohne Partner\*in vor (Glaesmer et al., 2015). Weiterhin führten die Autor\*innen der Studie eine konfirmatorische Faktorenanalyse durch, die für das Ein-Faktoren-Modell spricht, da die sechs Faktoren der Anpassungsstörung nach ICD-10 stark interkorreliert waren. Die gute Modellpassung unterstützt das neue diagnostische Konzept der Anpassungsstörung im ICD-11 demnach empirisch (Glaesmer et al., 2015).

In der Regel beginnen die Symptome innerhalb eines Monats nach Beginn des Stressors und klingen normalerweise innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung ab, wenn es sich nicht um einen chronischen oder persistierenden Stressor handelt (WHO, 2019). Im Falle der Pandemie handelt es sich um einen persistierenden Stressor. Zwar waren die Lockdowns zeitlich begrenzt, jedoch waren das Virus, die Hygienemaßnahmen zu dessen Eindämmung und aktuelle Infektionszahlen stets präsent im Alltag der österreichischen Bevölkerung.

### ***Abgrenzung der Anpassungsstörung von der PTBS***

Wichtig bei der Vergabe der Diagnose einer Anpassungsstörung ist die Abgrenzung von anderen psychischen Störungen, besonders von der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Im Vergleich zur PTBS, deren Diagnose ein lebensbedrohliches Ereignis voraussetzt, kann der Stressor bei der Anpassungsstörung unterschiedlicher Art und Schwere sein (Brunet et al., 2022). Stressoren nach denen häufiger Anpassungsstörungen beobachtet werden können, sind etwa Trennungen, Arbeitsplatzverlust, sozioökonomische Schwierigkeiten, Konflikte zuhause oder am Arbeitsplatz oder die Diagnose einer schweren Krankheit. Die Pandemie kann daher als Ausnahmezustand angesehen werden, der eine Reihe der genannten Stressoren mit sich bringt (Kazlauskas, & Quero, 2020). Wie bereits eingangs berichtet, stand der Großteil der Bevölkerung in der Pandemie vor einer Vielzahl von Schwierigkeiten und

Herausforderungen, wie Arbeitsplatzverlust, Kurzarbeit, Home Office, Wegfall von Kinderbetreuung, eingeschränkten Wohnverhältnissen, Isolation, Infektion mit dem Virus oder im schlimmsten Fall Verlust nahestehender Personen durch das Virus. Die Pandemie sollte daher nicht nur als ein für sich alleinstehender Stressor angesehen werden, sondern bringt viele Stressoren mit sich. (Kazlauskas, & Quero, 2020). Die Anpassungsstörung könnte aufgrund der Vielzahl der Stressoren unterschiedlicher Art und Schwere eine der am meisten verbreitetsten psychischen Folgen der Pandemie sein (Brunet et al., 2022).

Da eine Reihe von Studien zu psychischen Auswirkungen der Pandemie existieren, die unter anderem eine erhöhte Prävalenz der PTBS berichten, stellt sich die Frage, ob die Covid-19-Pandemie als Auslöser für Symptome der PTBS betrachtet werden kann, da sie als solches nicht die diagnostischen Kriterien einer PTBS nach DSM-5 erfüllt. Die PTBS ist nach DSM-5 ausschließlich auf vergangene und direkte Exposition bzw. Zeugenschaft oder berufliche Exposition mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, schwerer Verletzung oder sexualisierter Gewalt bezogen (Bridgland et al., 2021). Demgegenüber ist die Reaktion auf die Pandemie indirekter (z.B. bezogen auf Medienberichte) und eher bezogen auf zukünftige Ängste. Außerdem entsprechen Stressoren wie Arbeitslosigkeit, Isolation und Krankheitsexposition nicht dem Kriterium der Lebensbedrohung. Bridgland und Kolleg\*innen (2021) betonen allerdings, dass traumatische Belastungsreaktionen auch auf indirekte Traumaexposition und auf zukünftig antizipierte Ereignisse bezogen sein könnten und somit die Covid-19-Pandemie als ein anhaltender, globaler Stressor als traumatisch betrachtet werden könne. Sie konnten PTBS-Symptome, neben direkter Exposition durch eine Covid-19-Infektion, auch für indirekte Exposition (etwa über Medienberichte) identifizieren und darüber hinaus ebenfalls für (noch) nicht stattgefundenere Ereignisse. Zur Erhebung verwendeten sie eine adaptierte Form der PTSD Checklist-5 um „pre-, peri- und post-traumatische“ Reaktionen auf Covid-19 zu erheben (Bridgland et al., 2021). Erfasst wurden die Symptome der letzten Woche, jedoch wurde abgefragt, ob diese einen Bezug zu vergangenen, gerade stattfindenden oder möglicherweise zukünftig stattfindenden Ereignissen haben. Die Symptomcluster Wiedererleben, Vermeidung, Hyperarousal und Veränderung von Kognition und Stimmung traten demnach auch bezüglich zukünftig antizipierter Ereignisse auf. 13.2% der Teilnehmenden der Studie erfüllten die diagnostischen Kriterien einer PTBS, davon hatte bei mehr als 60% keine direkte Exposition mit dem Virus

stattgefunden. Demzufolge könne laut den Autor\*innen davon ausgegangen werden, dass Covid-19 als potenziell traumatischer Stressor verstanden werden sollte, der eine Vielzahl psychischer Probleme und unter anderem PTBS-Symptome auslösen könnte.

Eine Reihe weiterer Studien weist auf eine erhöhte Prävalenz von posttraumatischen Belastungssymptomen während der Pandemie hin. Bereits einen Monat nach Ausbruch des Virus in Wuhan im Dezember 2019 wurden in China mittels PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) bei 7% der Befragten posttraumatische Stresssymptome identifiziert. Zur gleichen Zeit zeigte eine landesweite Studie an der chinesischen Allgemeinbevölkerung durch den COVID-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI), dass fast 35% psychologischen Distress erlebten; davon gaben 29.29% eine mäßige und 5.14% eine schwere Belastung an (Qiu et al., 2020). Wie bereits im Kapitel Psychische Auswirkungen der Covid-19-Pandemie berichtet, fanden sich in einem US-amerikanischen Sample unter jungen Erwachsenen hohe Werte von PTBS-Symptomen (31.8%). Klinische Ausprägungen von Depression, Angst und PTBS hingen mit Einsamkeit, Covid-19 spezifischen Sorgen und einer geringen Stresstoleranz zusammen (C. Liu et al., 2020). Eine Metanalyse über 14 Studien zu traumatischem Stress während Covid-19 zeigte eine Prävalenz von posttraumatischen Belastungssymptomen von 28.9% und eine Prävalenz von psychologischem Stress von 24.8% (Cooke et al., 2020).

Es ist jedoch darauf zu achten, dass hohe Symptomausprägungen nicht per se die Diagnose einer PTBS rechtfertigen, solange das Kriterium der Lebensbedrohung nicht gegeben ist. In der ICD-11 wird explizit darauf hingewiesen, dass, sollten die Symptome einer PTBS nach einem weniger schwerwiegenden Ereignis erfüllt sein, eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden sollte (WHO, 2019). Bridgland et al. (2021) argumentieren zwar, dass PTBS-Symptome nach indirekten und antizipierten Ereignissen auftreten können, jedoch wird das Kriterium der Lebensbedrohung dabei außen vor gelassen. Die Annahme des Lebensbedrohungs-Kriteriums als de facto gegeben, führe zu einer fälschlichen Diagnose der PTBS, während eigentlich die Anpassungsstörung angebracht sei (Brunet et al., 2022). Mit Studien, in denen von sehr hohen Prävalenzen der PTBS berichtet wird sollte daher vorsichtig umgegangen werden, da es sich in diesen Fällen um eine Anpassungsstörung handeln könnte.

### ***Aktueller Forschungsstand zur Anpassungsstörung in der Pandemie***

In einer Studie während der Pandemie mit  $N = 5913$  Erwachsenen aus China, USA, Kanada, Frankreich und Italien wurden trauma- und stressbezogene Symptome anhand des Peritraumatic Distress Inventory (PDI) und des Impact of Event Scale – Revised (IES-6) erhoben (Brunet et al., 2022). Bei Erreichen des Cut-off-Wertes im IES-6 wurden die erfassten Symptome entweder als PTBS oder als Anpassungsstörung charakterisiert, in Abhängigkeit davon, ob das Lebensbedrohungs-Items des PDI zutraf oder nicht. Demnach erreichten 61.7% der Proband\*innen den Cut-off-Wert, jedoch wurden nur 6.7% als PTBS charakterisiert und 55% als Anpassungsstörung. Die Autor\*innen zeigen damit die Wichtigkeit der Anpassungsstörung in Abgrenzung zur Diagnose der PTBS auf, besonders im Kontext der Pandemie. Sie gehen davon aus, dass die Anpassungsstörung eine der häufigsten psychischen Folgen der Pandemie sein könnte und sich wahrscheinlich noch in den folgenden Monaten und Jahren auf die psychische Gesundheit auswirken wird (Brunet et al., 2022).

Die Annahme, dass eine PTBS ausgelöst durch die Covid-19-Pandemie nur bei einem geringeren Prozentsatz vorliegt, da die Mehrheit der Bevölkerung nicht durch den Virus lebensbedrohlich gefährdet ist, unterstützen ebenfalls Kazlauskas und Quero (2020). Da stattdessen Stressoren wie Arbeitsplatzverlust, finanzielle Unsicherheiten und soziale Isolation erlebt werden, sollte die Anpassungsstörung als Konsequenz der Pandemie genauer in den Fokus genommen werden. In Italien, das zu Beginn der Pandemie in Europa als besonders stark betroffen galt, zeigten Studienergebnisse anhand einer Stichprobe von  $N = 18.147$  Befragten innerhalb eines Monats nach Lockdownbeginn posttraumatische Belastungssymptome bei 37% der Befragten (Rossi et al., 2020). Weiterhin wurde eine wahrscheinlich vorliegende Anpassungsstörung mittels International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) erhoben und bei 23% als vorhanden gewertet, die ein belastendes Lebensereignis im Zusammenhang mit Covid-19 zusammen mit übermäßiger Beschäftigung, mangelnder Anpassung und Einschränkungen des Funktionsniveaus angaben. Eine polnische Studie zeigte in der ersten Phase der Pandemie eine erhöhte Symptomausprägung der Anpassungsstörung bei 49% der Befragten. 14% erfüllten die diagnostischen Kriterien einer Anpassungsstörung, eine PTBS lag jedoch nur bei 2.4% der Befragten vor (Dragan et al., 2021).

## **Coping in der Pandemie**

### ***Allgemeines und pandemiespezifisches Copingverhalten***

Zusätzlich dazu, dass es sich bei der Pandemie um einen komplexen und persistierenden Stressor handelt, kommt erschwerend hinzu, dass protektive Ressourcen nur bedingt und nicht im üblichen Ausmaß zugänglich und nutzbar sind. In der Regel nutzen Menschen eine Reihe von Copingstrategien um mit kritischen Lebensereignissen, Dauerbelastungen oder Alltagsstressoren umzugehen. Coping umfasst alle kognitiven und verhaltensmäßigen Bemühungen einer Person, um mit den Anforderungen eines Stressors fertig zu werden (Lazarus & Folkmann, 1984, S. 141). Coping ist jedoch nicht gleichbedeutend damit, ein Problem zu bewältigen oder einen Stressor unter Kontrolle zu bringen, sondern umfasst jede Form des Umgangs mit dem Stressor, wozu etwa auch Vermeidung oder Akzeptanz der belastenden Situation zählen (Lazarus & Folkmann, 1984).

Viele Möglichkeiten, wie Unterstützung durch soziale Kontakte oder Ablenkung durch Aktivitäten, können aufgrund von Kontaktbeschränkungen und Einschränkungen des öffentlichen Lebens jedoch nicht im üblichen Ausmaß genutzt werden. Durch die Einführung klarer Regelungen, die die Bevölkerung befolgen muss, sind Copingstrategien in der Covid-19-Pandemie beeinträchtigt (Mariani et al., 2020). Dies stellt viele Menschen vor die zusätzliche Herausforderung, dass gewohnte Copingstrategien teils nicht angewendet werden können, um die neuartige Situation der Pandemie zu bewältigen. Die Forschung hinsichtlich Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit sollte daher Copingverhalten genauer in den Blick nehmen und untersuchen, welche Rolle Coping im Umgang mit der Pandemie und mit Covid-19-bezogenen Stressoren spielt. Es stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von Copingstrategien und der Anpassungsstörung besteht. Bisher konnten schon förderliche Auswirkungen von Coping im Umgang mit der Pandemie gefunden werden. Mittels einer erweiterten Form des Brief COPE konnte an einer Stichprobe von  $N = 3646$  Teilnehmenden aus 12 Ländern gezeigt werden, dass Coping Gesundheit und Wohlbefinden positiv vorhersagt (Kirby et al., 2022). Untersucht wurde der Einfluss von Coping auf verschiedene Outcomes; die Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit, wahrgenommenem Stress und Wohlbefinden fielen dabei stärker aus, als die Zusammenhänge mit körperlicher Gesundheit, Schmerzen und Müdigkeit (Kirby et al., 2022).

Im Fokus der Masterarbeit soll der Zusammenhang von Copingverhalten mit Symptomen der Anpassungsstörung in der österreichischen Allgemeinbevölkerung während der Covid-19-Pandemie stehen. Bisher gibt es nur wenige Befunde zum Copingverhalten der österreichischen Allgemeinbevölkerung während der Pandemie. Während dem ersten Lockdown wurden  $N = 1005$  Österreicher\*innen mittels Stress- und Copinginventar (SCI) zu ihrem Copingverhalten und zu psychologischen Parametern befragt (Budimir et al., 2021). Positives Denken und soziale Unterstützung waren demnach positiv mit Lebensqualität und Wohlbefinden assoziiert und negativ mit wahrgenommenem Stress, Depression, Angst und Schlafproblemen. Die gleichen Zusammenhänge zeigten sich auch für aktives Stressmanagement, jedoch schwächer, was durch die eingeschränkten Möglichkeiten für aktives Coping während dem Lockdown erklärt werden kann (Budimir et al., 2021). Alkohol- und Zigarettenkonsum konnte dagegen mit höheren Ausprägungen von Stress, Depression, Angst und Schlafproblemen in Verbindung gebracht werden und mit weniger Lebensqualität und Wohlbefinden.

Viele der berichteten Befunde beziehen sich auf den Beginn der Pandemie bzw. auf den ersten Lockdown. Zu späteren Stadien der Pandemie und zum Langzeitverlauf liegen bisher nur wenige Daten vor, besonders zu Coping und zur Anpassungsstörung. Eine Langzeitstudie zu psychischen Auswirkungen und Copingverhalten der österreichischen Allgemeinbevölkerung vergleicht die Prävalenzen von Anpassungsstörung, PTBS, Depression und Angst zu vier Messzeitpunkten und die Unterschiede im Copingverhalten über die vier Zeitpunkte hinweg (Lueger-Schuster et al., 2022). Die Autorinnen fanden eine signifikante Abnahme von pandemiespezifischem Coping über die Zeit. Eine einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholungen zeigte, dass der Mittelwert des PCS Gesamtscores von Messzeitpunkt 1 bis 4 signifikant abnahm, gleiches gilt für die Subskalen „Gesunder Lebensstil“ und „Präventionsadherenz“. Die höchsten Prävalenzen von Angst und Depression (20.9% und 22.7%) fanden sich im vierten harten Lockdown im Dezember 2021. Für alle Störungen zeigten sich höhere Prävalenzen zum zweiten und vierten Messzeitpunkt, jeweils in den „Winter-Lockdowns“, was mit höheren Inzidenzen und Sterberaten und strikteren Regulationen erklärt werden kann. Darüber hinaus bestehen im Winter weniger Möglichkeiten zur Bewältigung durch freudige Aktivitäten, was sich dadurch zeigt, dass die Copingskala „Freudige Aktivitäten“ im Sommer höhere Werte zeigte als im Winter (Lueger-



Schuster et al., 2022). Die Autorinnen nehmen an, dass mit der Zeit eine *Pandemic fatigue* bzw. eine „Pandemiemüdigkeit“ entstehen könnte und Resignation in Zeiten mit strengeren Regelungen ein adaptives Bewältigungsverhalten behindern könnte. Die allmähliche Abnahme der Einhaltung von Präventionsmaßnahmen und eines gesunden Lebensstils unterstützen diese Vermutung. Sowohl Veränderungen der psychischen Gesundheit als auch von Copingverhalten können demnach auf die sich ändernde Pandemiesituation zurückgeführt werden und werden jeweils von aktuellen Inzidenzen und damit einhergehenden Einschränkungen beeinflusst.

Noch offen ist, welcher Zusammenhang zwischen Ausprägungen der Anpassungsstörung und Copingverhalten in dieser Stichprobe besteht. Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wird davon ausgegangen, dass sich Symptomausprägungen der psychischen Störungen, besonders der Anpassungsstörung, nicht nur in Bezug auf die aktuelle pandemische Lage ändern, sondern dass auch Coping im Zusammenhang damit steht. Der Beziehung zwischen Coping und Symptomen der Anpassungsstörung wird in Fragestellung 1 der vorliegenden Arbeit nachgegangen. Zu diesem Zweck wird zwischen allgemeinem Coping und pandemiespezifischem Coping unterschieden; die erwarteten Wirkungszusammenhänge werden in den Hypothesen 1.1 und 1.2 postuliert.

### ***Unterschiede zwischen Coping-Stilen***

In der psychologischen Forschung werden Copingstrategien oft nach der angestrebten Funktion unterschieden (Taylor & Stanton, 2006). So kann der Fokus der betroffenen Person entweder auf Vermeidung des Stressors liegen (vermeidendes Coping) oder darauf, sich der Stressquelle anzunähern (annäherndes oder aktives Coping). Im zweiten Fall kann der Fokus entweder auf dem potenziellen Lösen der belastenden Situation liegen (problemorientiertes Coping) oder auf dem Lindern des dadurch entstehenden Stresses (emotionsbezogenes Coping). Strategien werden demnach häufig anhand von drei Dimensionen eingeteilt, je nachdem ob der Fokus bei der Bewältigung auf Vermeidung, auf Emotionen oder auf dem Problem liegt. Vermeidungsorientiertes Coping beinhaltet dabei ablenkende Aktivitäten oder gedankliche Loslösung vom Stressor, emotionales Coping äußert sich durch Gefühlszustände wie Anspannung, Selbstbeschuldigung oder Wut und problemorientiertes Coping umfasst alle Aktivitäten die darauf abzielen das Problem zu lösen oder die Situation zu ändern (siehe Mariani et al., 2020; Rogowska et al., 2020). Es wird häufig als adaptiver betrachtet, da es

direkt darauf ausgerichtet ist, das Problem anzugehen, sei es durch direkte Aktionen, Planen von nächsten Schritten oder zumindest das Suchen von Informationen über den Stressor (Littleton et al., 2007). Bei veränderbaren Stressoren zeigen sich zwar positive Auswirkungen, im Fall von chronischen Erkrankungen wurden jedoch weniger konsistente Befunde gefunden, was auf die Unkontrollierbarkeit der Situation zurückgeführt werden kann (Taylor & Stanton, 2006). Forschungserkenntnisse deuten demnach darauf hin, dass es auf die Kontrollierbarkeit der Situation ankommt, welche Copingstile als adaptiv angesehen werden können (Littleton et al., 2007). In unkontrollierbaren Situationen könnte der Fokus auf dem Umgang mit emotionalem Stress effektiver als problemorientiertes Coping sein, etwa durch Ablenkung, Abreagieren der Emotionen oder mithilfe von sozialer Unterstützung. Demnach sei ein „fit“ zwischen dem Stressor und der angewandten Copingstrategie wichtig (Littleton et al., 2007). So kann vermeidendes Coping in bestimmten Situationen nützlich sein, etwa bei kurzfristigen und unkontrollierbaren Stressoren (Taylor & Stanton, 2006).

Da es sich im Falle der Pandemie sowohl um einen langfristigen, als auch einen unkontrollierbaren Stressor handelt, stellt sich die Frage, wie die Copingstile in diesem Fall mit psychischen Auswirkungen zusammenhängen. Im Lockdown scheint emotionales Coping ängstliche und depressive Symptome zu verstärken, so fand sich in Italien ein starker Zusammenhang von Coping durch Emotionen mit Depression und Angst (Mariani et al., 2020). Demgegenüber zeigte sich für vermeidendes Coping nur ein schwacher bis mittlerer Zusammenhang und für aufgabenorientiertes Coping ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. Eine mögliche Erklärung könnte die Unkontrollierbarkeit der belastenden Situation des Lockdowns sein, wodurch emotionales Coping die Symptome noch erhöht. Problembezogenes Coping wird vorwiegend genutzt, wenn ein Gefühl der Kontrolle vorhanden ist, ansonsten wird meist auf emotionale oder vermeidende Strategien zurückgegriffen (Mariani et al., 2020). In einer Stichprobe im Iran zu Beginn der Pandemie nutzten mehr als die Hälfte der Proband\*innen diese Strategien, was darauf hindeutet, dass viele Menschen sich machtlos zu fühlen scheinen, durch die unkontrollierbare Situation mit der Covid-19 Pandemie umzugehen (Mohammadzadeh et al., 2020). Ein positiver Zusammenhang zwischen emotionalem Coping und höheren Angstleveln konnte in weiteren Studien repliziert werden (Mohammadzadeh et al., 2020; Rogowska et al., 2020). Zusätzlich zeigte sich an einer Stichprobe von polnischen Studierenden jedoch, dass problemorientiertes

Coping höhere Angstlevel auf dem GAD-7 vorhersagt (Rogowska et al., 2020), obwohl sich in Studien bisher vorwiegend negative Korrelationen zeigten. Den Autor\*innen zufolge kann es sein, dass problemorientiertes Coping zwar Stress reduziert, durch die Unvorhersehbarkeit der Pandemie gleichzeitig aber Angst fördert, weil problemorientiertes Coping in diesem Fall nutzlos sein und zu Frustration führen kann (Rogowska et al., 2020). Diese Annahmen werden unterstützt durch eine internationale Studie, die positive Auswirkungen von „mentaler Loslösung“ fand (Kirby et al., 2022). Den Autor\*innen zufolge deutet dies auf eine eingeschränkte Wirksamkeit von problemfokussiertem Coping hin. Problemorientiertes Coping sei dann am wirksamsten, wenn es der Person möglich ist, die Probleme mit der sie konfrontiert ist, zu beeinflussen und potenziell zu lösen. Da Individuen auf viele Aspekte der Pandemie, wie staatliche Einschränkungen, verantwortungsvolles Verhalten anderer und Verfügbarkeit von Impfstoffen, jedoch keinen Einfluss nehmen können, bringt die Pandemie eine Reihe von Stressoren mit sich, für die die Wirksamkeit von problemorientiertem Coping begrenzt ist (Kirby et al., 2022).

Da die Erkenntnisse zu den drei Dimensionen von Coping in der Pandemie nicht konsistent scheinen, wird in Studien zu Coping in der Pandemie häufig zwischen Annäherung an den Stressor und Vermeidung des Stressors unterschieden. Während bei annäherndem Coping der Fokus auf dem Stressor oder auf der Reaktion auf den Stressor liegt - also neben problembezogenen auch einige emotionsbezogene Strategien umfasst - wird bei vermeidendem Coping dem Stressor aus dem Weg gegangen und eine Reaktion darauf vermieden. Dazu zählen neben behavioralen Strategien ebenso kognitive Strategien, wie die Situation zu leugnen oder Gedanken und Gefühle bezüglich des Stressors zu unterdrücken. Mittels Faktorenanalysen konnten in verschiedenen Studien zwei Kernfaktoren des Brief COPE identifiziert werden (z.B. Eisenberg et al., 2012; Rahman et al., 2020). Bereits 1985 wurde in einer Metaanalyse die relative Effektivität von vermeidendem und nicht-vermeidendem Coping untersucht (Suls & Fletcher). Nicht-vermeidendes Coping, auch als *attention coping* bezeichnet, zeigte positivere Auswirkungen bei langfristigen Outcomes, wohingegen Vermeidung kurzfristig mit mehr positiver Anpassung verbunden war (Suls & Fletcher, 1985). Annäherung wird meist als adaptiver betrachtet, während Vermeidung zwar kurzfristig Stress reduzieren kann, aber langfristig maladaptiv wirkt (Littleton et al., 2007). Eine Reihe von Studien beschäftigte sich mit Copingverhalten nach einem Trauma.

Untersucht wurde etwa, wie Copingstile mit psychologischen Stressreaktionen nach traumatischen Erfahrungen zusammenhängen. In einer Metaanalyse über 39 Studien, die Coping nach interpersoneller Gewalt und schwerer Verletzung untersuchen, zeigten sich positive Zusammenhänge von posttraumatischem Stress mit Vermeidung, aber nicht mit Annäherung (Littleton et al., 2007). In einer Reihe von Studien im klinischen Kontext zeigten sich Zusammenhänge von vermeidendem Coping mit erhöhten Stresswerten und schlechteren gesundheitlichen Outcomes bei Krebs-Patient\*innen und HIV-positiven Proband\*innen (Taylor & Stanton, 2006). Annäherndes Coping hängt hingegen häufig mit einem positiven Affekt und niedrigeren Stresswerten zusammen (Taylor & Stanton, 2006).

Auch in der Pandemie hängt ein aktiver Copingstil im Gegensatz zum passiven Copingstil mit niedrigerem psychologischen Stress zusammen (Yu et al., 2020). Außerdem zeigte sich, dass in der Pandemie vermeidendes Copingverhalten positiv mit PTBS Symptomen, Angst und Depression und negativ mit Wohlbefinden zusammenhängt (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020). Einhergehend mit den zwei Kernfaktoren des Brief COPE nach Eisenberg et al. (2012) wurde hier zwischen vermeidendem und annäherndem Coping unterschieden, bestehend aus je sechs Subskalen. Covid-19-spezifischer Stress wurde operationalisiert als PTBS-Symptome und mittels Impact of Event Scale-6 (IES-6) mit Bezug auf die Pandemie erhoben. Während Proband\*innen mit dem vermeidenden Copingtyp höhere Werte von Stress, Angst und Depression und niedrigeres Wohlbefinden angaben, zeigte der annähernde Copingtyp nur schwache Zusammenhänge mit den Outcomes (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020).

Die Einteilung in vermeidendes und annäherndes Coping wird auch aus dem Grund gewählt, da zu Annäherung nicht nur problemfokussiertes Coping zählt, dass wie bereits erwähnt bei unkontrollierbaren Situationen nur eingeschränkt wirksam ist. Zu annähernden Strategien zählen hingegen auch Positives Reframing und Akzeptanz, was beides im Kontext der Unkontrollierbarkeit eine positive Wirkung auf die Stressbewältigung haben könnte. Einhergehend damit zeigte sich in der Forschung hinsichtlich der Effizienz der beiden Copingtypen beispielsweise, dass annäherndes Coping mit positiver Adaption auf lange Sicht zusammenhängt, auch im Fall von anhaltenden Stressoren wie chronischem Herzversagen (Eisenberg et al., 2012).

Basierend auf der Einteilung in annäherndes und vermeidendes Verhalten, wurden an einer Stichprobe aus  $N = 1347$  slowenischen Erwachsenen während der ersten Covid-19-Welle drei Copingprofile identifiziert (Kavčič et al., 2022). Über die Hälfte der Befragten entsprach dem engagierten Typ, der vorwiegend annähernde Strategien nutzt und die niedrigsten Werte in Depression, Angst und Stress zeigt. Der losgelöste Typ erreicht insgesamt niedrige Werte auf den Coping-Subskalen und nutzt neben Leugnen und Loslösung nur wenige Strategien. Er zeigt mittlere Werte von Depression, Angst und Stress, allerdings auch die niedrigsten Werte im Wohlbefinden. Der vermeidende Typ nutzt dagegen vor allem Substanzkonsum, Selbstbeschuldigung und Humor und erreicht die höchsten Werte in Depression, Angst und Stress. Teilnehmende mit dem vermeidenden Profil zeigen demnach zwar hohe Ausprägungen von Angst und Stress, aber auch ein besseres Wohlbefinden als der losgelöste Typ. Daraus sei abzuleiten, dass spezifisches Copingverhalten zwar mit negativen psychischen und gesundheitlichen Outcomes assoziiert sein kann, dass es aber nicht gleichzeitig positive Outcomes wie Wohlbefinden verhindert (Kavčič et al., 2022).

Da der aktuelle Forschungsstand darauf hindeutet, dass sich verschiedene Copingstrategien in der Pandemie in ihrem Einfluss auf psychologische Outcomes unterscheiden, soll im Rahmen der Masterarbeit in Fragestellung 2 auch der Unterschied zwischen verschiedenen Copingstilen genauer untersucht werden. Einhergehend mit Faktorenanalysen, die auf die zwei Faktoren Vermeidung und Annäherung hindeuten, soll auch in der vorliegenden Arbeit zwischen vermeidendem und annäherndem Coping unterschieden werden (Hypothesen 2.1 und 2.2).

### ***Spezifisches Copingverhalten und Anpassungsstörung***

Weiterhin zeigte sich in Studien, dass die Nutzung bestimmter Strategien mit hohen Symptomausprägungen verschiedener psychischer Störungen einhergeht, während bestimmte andere Strategien wiederum mit niedrigen Stresswerten und weniger Symptomen einhergingen. In einer spanischen Studie zeigte sich etwa, dass eine gesunde, ausgewogene Ernährung und das Meiden von Covid-19-bezogenen Nachrichten mit niedrigeren Ausprägungen von Angst und Depression zusammenhängen (Fullana et al., 2020). Zusätzlich scheinen das Aufrechterhalten einer Tagesroutine, Hobbys und Zeit im Freien Depressionssymptome zu mindern (Fullana et al., 2020). Weiters zeigen sich positive Zusammenhänge von Strategien wie Ablenkung oder Loslösung mit der Gesundheit und mit

Wohlbefinden (Kirby et al., 2022). Erklärt werden kann das dadurch, dass ein zu starker Fokus auf die Pandemie, wie etwa durch häufigen Konsum von Nachrichten, negative psychische Auswirkungen hat, während es hilfreich sein kann, sich durch Ablenkung eine „Pause“ von der Pandemie zu schaffen. Die gefundenen Zusammenhänge stehen damit im Einklang mit den Befunden von Fullana et al. (2020) bezüglich des niedrigen Nachrichtenkonsums. In China zeigte sich, dass Personen die pro Tag viel Zeit mit der Suche nach Covid-19-bezogenen Informationen verbringen, gleichzeitig höhere psychologische Stresswerte berichteten (Yu et al., 2020).

In einer Studie aus der Schweiz, die das Stresslevel junger Erwachsener während dem Lockdown mit dem Stresslevel vor dem Ausbruch von Covid-19 vergleicht (Shanahan et al., 2020), zeigten sich erhöhte Werte von wahrgenommenem Stress während der Pandemie im Vergleich zu vorher. Die Copingstrategien Tagesroutine, körperliche Aktivität und Positives Reframing konnten mit reduziertem Stress in Verbindung gebracht werden. Demgegenüber nutzten Proband\*innen mit höherem Stressempfinden im Lockdown vorwiegend die Strategien Ablenkung, soziale Unterstützung und Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Shanahan et al., 2020). Es wurden demnach sowohl positive, als auch negative Zusammenhänge von Coping und Stress gefunden. Die Autor\*innen weisen darauf hin, dass dem zwei Erklärungen zugrunde liegen. Der positive Zusammenhang ließe sich dadurch erklären, dass Personen die unter mehr Stress leiden, bestimmte Copingstrategien nutzen, sich etwa soziale oder professionelle Unterstützung suchen. Auf der anderen Seite könnte die Nutzung bestimmter anderer Copingstrategien präventiv wirken und zu vermindertem Stress führen, wie etwa eine Tagesroutine aufrechtzuerhalten (Shanahan et al., 2020).

Es wird daher angenommen, dass besonders belastete Personen unterschiedliches Copingverhalten nutzen, als weniger belastete Personen. In der Forschung zu Coping erscheint es daher sinnvoll, spezifische Copingstrategien gesondert in den Blick zu nehmen; dieser Annahme wird in Frage 3 nachgegangen. Es soll untersucht werden, welche spezifischen Strategien von Personen mit Anpassungsstörung und welche von Personen ohne Anpassungsstörung genutzt werden.

## **Fragestellungen und Hypothesen**

### **Fragestellung 1**

Stehen das allgemeine und das pandemiespezifische Copingverhalten in der österreichischen Allgemeinbevölkerung im Zusammenhang mit der Symptomausprägung der Anpassungsstörung?

#### ***Hypothese 1.1***

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Brief COPE Gesamtscore und Symptomen der Anpassungsstörung.

#### ***Hypothese 1.2***

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Pandemic Coping Scale (PCS) Gesamtscore und Symptomen der Anpassungsstörung.

### **Fragestellung 2**

Unterscheiden sich der vermeidende und der annähernde Copingstil in ihrem Zusammenhang mit Symptomen der Anpassungsstörung?

#### ***Hypothese 2.1***

Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen vermeidendem Coping und Symptomen der Anpassungsstörung.

#### ***Hypothese 2.2***

Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen annäherndem Coping und Symptomen der Anpassungsstörung.

### **Fragestellung 3**

Welche spezifischen Strategien werden von Personen mit bzw. welche von Personen ohne Anpassungsstörung vorwiegend genutzt?

Im Rahmen einer Exploration sollen die Personen, die den Cut-off-Wert im ADN-8 erreichen, genauer in den Fokus genommen werden. Es wird untersucht, ob sich Unterschiede zwischen Personen mit einer wahrscheinlichen Anpassungsstörung und Personen ohne Anpassungsstörung bezüglich des Copingverhaltens finden lassen.

## Methodik

### Studiendesign und Ablauf

#### *ESTSS Adjust Study*

Die vorliegende Arbeit ist Teil des internationalen Projekts der ESTSS Adjust Study. Diese wurde von der European Society of Traumatic Stress Studies (ESTSS) initiiert. Ziel war es, in elf europäischen Ländern die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie zu untersuchen. Ein Fokus lag dabei auf Symptomen der Anpassungsstörung. Erhoben wurden neben psychosozialen Reaktionen Risiko- und Resilienzfaktoren, Stressoren und Copingverhalten (Lotzin et al., 2020). Über die Pandemie hinweg wurden in elf europäischen Ländern Online-Fragebogenstudien ausgeführt, um Quer-, sowie Längsschnittsdaten zu sammeln. Die teilnehmenden Länder sind Deutschland, Georgien, Griechenland, Italien, Kroatien, Litauen, Niederlande, Polen, Portugal, Schweden und Österreich. In der ersten Welle konnte eine Stichprobe von  $N = 15.563$  Teilnehmenden aus den elf Ländern erreicht werden, davon beendeten 13.301 Teilnehmende den Fragebogen. Die Prävalenz der selbstberichteten Anpassungsstörung lag bei 18.2% (Lotzin, Krause, et al., 2021).

#### *Rekrutierung*

Es handelt sich um eine Längsschnitt-Online-Kohortenstudie. Befragt wurde die Allgemeinbevölkerung mit Internetzugang ab 18 Jahren. Je nach Landesgröße wurden zwischen 1.000 (bei Ländern unter 15 Millionen Einwohnern) und 2.000 Teilnehmer\*innen rekrutiert, die zu mehreren Messzeitpunkten über die Pandemie hinweg an der Erhebung teilnahmen. Für Österreich ergibt sich demnach aufgrund der Einwohnerzahl eine angestrebte Stichprobengröße von  $N = 1.000$ . Die Rekrutierung fand über Social Media (z.B. Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, LinkedIn) und darüber hinaus über Universitäten und Berufsverbände statt; zusätzlich wurde Werbung in Fernsehen und Zeitung geschaltet. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig; die Teilnehmenden wurden informiert, dass sie den Fragebogen jederzeit abbrechen können. Der Ethikantrag wurde von der jeweiligen Ethikkommission der teilnehmenden Länder bewilligt.

Die Rekrutierung zur ersten Welle fand ab Mai 2020 statt. Erhoben wurde zwischen Juni und September 2020. Teilnehmende die bereit waren, an den Follow-Up-Erhebungen teilzunehmen, konnten zum Ende des Fragebogens ihre E-Mail-Adresse hinterlegen. Diese Teilnehmenden wurden nach etwa sechs Monaten erneut kontaktiert für die Erhebung zum



zweiten Messzeitpunkt, die zwischen Januar und März 2021 stattfand. Die dritte Erhebung erfolgte wieder ab dem Sommer, zwischen Juli und Oktober 2021. Da sich Österreich im November und Dezember 2021 noch ein weiteres Mal im Lockdown befand, fand hier zusätzlich noch eine vierte Erhebung statt. Für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit ist der erste Messzeitpunkt (T1) im Sommer 2020 von Interesse. Die Datenanalysen basieren auf den Daten der österreichischen Stichprobe.

## **Material**

### ***Fragebogen***

Der Kernfragebogen wurde auf englisch konzipiert und jeweils in die Sprachen der teilnehmenden Länder übersetzt. Das Ausfüllen des Fragebogens zum ersten Messzeitpunkt dauerte etwa 30 Minuten. Nach einer schriftlichen Instruktion und der Einverständniserklärung der Teilnehmenden beginnt der Fragebogen mit den soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung, Einkommen, Arbeitssituation). Einige davon sind bereits bekannte Risikofaktoren für negative psychische Auswirkungen der Pandemie (z.B. weibliches Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status). Weiterhin wurde eine Reihe von pandemiespezifischen Risikofaktoren erhoben, die im Abschnitt zur aktuellen Situation durch die Corona-Pandemie abgefragt werden. Dazu zählen etwa die Häufigkeit von persönlichen oder virtuellen Kontakten und von Nachrichtenkonsum, der allgemeine Gesundheitszustand, das wahrgenommene Risiko einer schweren Covid-19-Infektion und frühere oder aktuelle psychische Erkrankungen.

Weiterhin wurden Belastungen durch die Pandemie erfasst. Erhoben wurden pandemiespezifische Belastungen (z.B. eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen, mangelhafte Kommunikation seitens der Regierung, Medienberichte), gesundheitliche Belastungen (z.B. Angst vor einer Infektion, tatsächliche Infektion), Einschränkungen des öffentlichen Lebens (z.B. der Freizeitgestaltung, Reisebeschränkungen), Einschränkungen sozialer Beziehungen (z.B. soziale Isolation, eingeschränkte körperliche Nähe), Belastungen zu Hause (z.B. Wohnverhältnisse, Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung) und arbeitsbezogene Belastungen (z.B. Home Office, Kurzarbeit, Einkommensverlust). Auch stimmungsbezogene Belastungen, wie Langeweile und Einsamkeit wurden erfasst.

Es folgt ein Abschnitt mit verschiedenen Screening-Instrumenten. Zur Erfassung der Anpassungsstörung dient der Adjustment Disorder New Module 8 (ADNM-8; Kazlauskas et

al., 2018), auf den im Kapitel Operationalisierung genauer eingegangen wird. Weiterhin werden beispielsweise PTBS-Symptome erhoben durch den Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5; Prins et al., 2015) und Traumaexposition in der Kindheit anhand des Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire (Felitti et al., 1998).

Darauf folgt der Fragebogen-Abschnitt zu Copingverhalten. Der Abschnitt zu Coping besteht aus den 28 Items des Brief COPE (Carver, 1997) und den 13 Items der Pandemic Coping Scale (PCS; Lotzin, Ketelsen, et al., 2021). Auf beide Messinstrumente wird im folgenden Unterkapitel genauer eingegangen. Zusätzlich wird die Inanspruchnahme von verschiedenen Hilfsangeboten wie Beratung oder Psychotherapie abgefragt.

Der Fragebogen schließt mit einem kurzen abschließenden Text, in dem über Hilfsangebote aufgeklärt wird. Außerdem kann die E-Mail-Adresse hinterlegt werden, um über die Follow-up-Messzeitpunkte informiert zu werden.

Im folgenden Kapitel zur Operationalisierung werden die für die vorliegende Untersuchung verwendeten Messinstrumente vorgestellt. Auf die übrigen Messinstrumente des Fragebogens wird im Studienprotokoll der ESTSS Adjust Study (Lotzin et al., 2020) genauer eingegangen.

### ***Operationalisierung und Messinstrumente***

**Pandemiespezifisches Coping.** Die Pandemic Coping Scale (PCS, Lotzin, Ketelsen, et al., 2021) wurde eigens für die ESTSS Adjust Study entwickelt, um neben generellem Copingverhalten auch für die Pandemiesituation spezifisches Verhalten zu erheben. Die 13 Items erfassen Copingmechanismen aus sechs Bereichen. Gefragt wird, wie sehr oder wie häufig bestimmte Verhaltensweisen genutzt wurden, um mit der Pandemie umzugehen. Die Items der PCS, z.B. „Ich habe mich aus verlässlichen Quellen über den aktuellen Stand der Pandemie informiert.“ oder „Ich habe meinen Tag strukturiert.“ sind aufgebaut wie die Items des Brief COPE. Sie werden auf einer vier-stufigen Likert-Skala von 0 (*Ich habe dies überhaupt nicht getan*) bis 3 (*Ich habe dies oft getan*) beantwortet. Mittels Addition der einzelnen Items wird ein Gesamtscore errechnet. Es können Werte zwischen 0 und 39 erreicht werden, wobei höhere Werte auf eine häufigere Nutzung der Verhaltensweisen hindeuten.

Die Pandemic Coping Scale erfasst sechs Bereiche, die beim Umgang mit der Pandemie eine wichtige Rolle spielen: Präventionsmaßnahmen befolgen und sich über die Pandemie zu informieren, Gesunder Lebensstil (Ernährung, Bewegung und Schlaf),

Tagesstruktur und Routine, Bedeutsame (nützliche und spaßige) Aktivitäten, Soziale Aktivitäten (in Person oder über digitale Medien) und Erholung (Pausen und Entspannung). Alle Bereiche werden durch zwei Items, bzw. der Bereich Gesunder Lebensstil durch drei Items abgefragt.

Eine explorative Faktorenanalyse anhand einer deutschen Stichprobe ergab vier Faktoren (Lotzin, Ketelsen, et al., 2021). Demnach ließen sich die Bereiche Bedeutsame und Soziale Aktivitäten zu einem Faktor für Freudige Aktivitäten zusammenfassen. Der Bereich Erholung wird dem Faktor Gesunder Lebensstil zugeordnet. Die Bereiche Befolgung von Präventionsmaßnahmen und Tagesstruktur ergaben jeweils einen eigenen Faktor. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte anhand einer zweiten Stichprobe diese vier Faktoren und zeigte außerdem, dass ein allgemeiner übergeordneter Faktor besteht, weshalb es zulässig sei, einen Gesamtscore der PCS zu berechnen (Lotzin, Ketelsen, et al., 2021). Die beiden Präventions-Items zeigen niedrige Itemschwierigkeiten, laden am geringsten auf dem allgemeinen Faktor und das Weglassen dieses Bereiches würde die innere Konsistenz der Skala verbessern. Da durch Weglassen allerdings Prävention, ein wichtiger Teil von Coping mit der Pandemie, nicht abgedeckt wäre, wurde sich gegen den Ausschluss der Items entschieden. Insgesamt sprechen die Ergebnisse beider Studien für die faktorielle Validität und die Reliabilität der Skala (Lotzin, Ketelsen, et al., 2021).

**Allgemeines Coping.** Zusätzlich zum Kernfragebogen, der in allen teilnehmenden Ländern gleich aufgebaut war, konnten optionale Fragen oder Messinstrumente eingebaut werden. Der Brief COPE (Carver, 1997) etwa war nicht Teil des Kernfragebogens, aber der österreichischen Version des Fragebogens. Für 28 Items der Art wie „Ich habe emotionale Unterstützung von anderen bekommen.“ oder „Ich habe mich selbst kritisiert.“ wird ebenso wie beim PCS jeweils die Häufigkeit von 0 bis 3 angegeben. Der Brief COPE ist eine Kurzform des COPE Inventory nach Carver von 1989, das ursprünglich aus 60 Items besteht. Dabei handelt es sich um eine etablierte und häufig genutzte Selbsteinschätzungsskala zur Messung des Copingverhaltens. Jeweils vier Items bilden dabei eine von insgesamt 15 Subskalen. Der Brief COPE ist auf 14 Skalen mit je zwei Items reduziert und besteht aus insgesamt 28 Items. Zwei Skalen des ursprünglichen COPE Inventory wurden gestrichen und eine Neue hinzugefügt (Carver, 1997). Anhand den Daten einer Studie mit Überlebenden des Hurrikans Andrew wurden die Gütekriterien überprüft und alle Skalen konnten akzeptable

interne Reliabilitäten von mindestens  $\alpha = .50$  erreichen (Carver, 1997). Die 14 Copingstrategien die vom Brief COPE erfasst werden sind Ablenkung, Aktives Coping, Leugnen, Substanzkonsum, Emotionale Unterstützung, Instrumentelle Unterstützung, Loslösung, Abreagieren, Positives Reframing, Planung, Humor, Akzeptanz, Religion und Selbstbeschuldigung. Da für jedes der 28 Items die Häufigkeit auf einer vierstufigen Skala zwischen 0 und 3 angegeben wird, kann durch Addition ein Gesamtscore zwischen 0 und 84 Punkten erreicht werden.

**Annähernder und vermeidender Copingstil.** Zahlreiche Studien beschäftigten sich mit einer möglichen Einteilung der 14 Subskalen des Brief COPE in übergeordnete Faktoren; anhand unterschiedlicher Stichproben konnten zwei bis 15 Faktoren identifiziert werden, wobei eine zwei-Faktorenstruktur überwiegt (Solberg et al., 2021). Dazu zählen etwa adaptives vs. maladaptives Coping, direktes vs. indirektes Coping oder annäherndes vs. vermeidendes Coping, was die häufigste identifizierte zwei-Faktorenstruktur war (Solberg et al., 2021). Studien sprechen demnach für die Existenz von übergeordneten Faktoren, denen die Subskalen zugeordnet werden können. Die Unterscheidung zwischen einem vorwiegend vermeidendem und einem vorwiegend annäherndem Copingtyp, wie sie in einer Reihe von Studien repliziert wird, wird daher in der vorliegenden Arbeit genutzt.

In einer explorativen Faktorenanalyse konnten aus den 14 Items einer Kurzversion des Brief COPE zwei Faktoren identifiziert werden (Eisenberg et al., 2012), die zugehörigen Skalen können Tabelle 1 entnommen werden.

**Tabelle 1**

*Annähernder und Vermeidender Copingstil*

Annäherndes Coping	Vermeidendes Coping
Aktives Coping	Ablenkung
Positives Reframing	Leugnen
Planung	Substanzkonsum
Akzeptanz	Loslösung
Emotionale Unterstützung	Abreagieren
Instrumentelle Unterstützung	Selbstbeschuldigung

Die Strategien Humor und Religion wurden für die weitere Analyse ausgeschlossen, da sie sich nicht eindeutig einem Faktor zuordnen ließen (Eisenberg et al., 2012). Es wurde eine akzeptable interne Konsistenz für die beiden Faktoren gefunden. Cronbachs Alpha für Annäherung lag bei  $\alpha = .71$  und für Vermeidung bei  $\alpha = .70$  (Eisenberg et al., 2012). Diese Faktorenstruktur konnte in der Pandemie repliziert werden. In einer arabischen Studie wurden an  $N = 423$  Krankenschwestern mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse anhand des Brief COPE vier Modelle getestet (Rahman et al., 2020). Laut dem Akaike-Informationskriterium (AIC) kann das Modell nach Eisenberg als vergleichsweise bestes Modell bezeichnet werden. Aufgrund der niedrigen Passungen für alle Modelle führten die Autor\*innen weiterhin eine explorative Faktorenanalyse durch und fanden die zwei Faktoren vermeidendes Coping vs. annäherndes Coping, allerdings inklusive der Subskala Religion. Das gefundene Modell entspricht demnach dem Modell von Eisenberg et al. (2012), dass die zwei Subskalen Humor und Religion ausschließt, mit dem einzigen Unterschied, dass die Strategie Religion auf dem Faktor Annäherung lädt (Rahman et al., 2020). Da es sich dabei um eine arabische Stichprobe handelt, kann davon ausgegangen werden, dass Religion einen anderen gesellschaftlichen Stellenwert und dadurch für die Individuen eine andere Relevanz im persönlichen Bewältigungsverhalten einnimmt, als in den Stichproben amerikanischer und mitteleuropäischer Studien.

In der vorliegenden Arbeit wird daher das Modell von Eisenberg et al. (2012) gewählt, um eine Einteilung in die zwei Copingtypen vorzunehmen, allerdings mit der kompletten Version des Brief COPE, anstatt der Kurzversion. Die Faktoren bestehen daher aus jeweils 12 Items. Es wurde jeweils ein Score für annäherndes und für vermeidendes Coping gebildet, indem jeweils die sechs zugehörigen Strategien addiert wurden. Höhere Werte auf einem der beiden Faktoren deuten demnach auf eine stärkere Tendenz hin, diese Strategien zu nutzen.

**Anpassungsstörung.** Die Symptome der Anpassungsstörung wurden mittels Adjustment Disorder New Module 8 (ADNM-8) erhoben, der Kurzform des ADNM-20. Dieser orientiert sich an den diagnostischen Kriterien der ICD-11. Der ADNM-8 besteht aus acht Items mit einer vier-stufigen Antwortskala. Zuerst wird nach dem belastendsten Ereignis oder den belastendsten Ereignissen während der Pandemie gefragt und welche Reaktionen dadurch ausgelöst wurden. Zu acht Reaktionen wie „Ich muss viel an die Situation denken

und das belastet mich sehr.“ oder „Seit der belastenden Situation kann ich nicht mehr richtig schlafen.“ soll jeweils die Häufigkeit eingeschätzt werden. Die Teilnehmenden bewerten, wie häufig die abgefragten Reaktionen auf einer vier-stufigen Skala (*nie, selten* etc.) auftreten. Zur Interpretation werden die einzelnen Items summiert. Dadurch kann ein Gesamtscore von acht bis 32 erreicht werden, wobei höhere Werte auf eine höhere Ausprägung von Symptomen der Anpassungsstörung hinweisen. Der Cut-off-Wert von >22 indiziert eine Anpassungsstörung. In einer Reliabilitäts- und Validitätsstudie (Ben-Ezra et al., 2018) konnte an einer israelischen Stichprobe gezeigt werden, dass der ADN-8 die Gütekriterien ausreichend erfüllt. Es zeigten sich hohe Korrelationen zwischen dem ADN-8 und dem ADN-20 ( $r = .952$ ), sowie eine sehr gute interne Konsistenz ( $\alpha = .91$ ).

### **Statistische Auswertung**

Die Analyse der Daten erfolgte mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 28.0. Das Signifikanzniveau wurde dabei für alle Analysen auf eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = .05$  festgelegt. Für die Überprüfung der vorgestellten Hypothesen wurden folgende statistische Verfahren angewendet:

Die Analyse des Zusammenhangs von Coping mit Symptomen der Anpassungsstörung erfolgte mittels einer multiplen linearen Regression. Als Prädiktoren wurde der Brief COPE Score (Hypothese 1.1) und der PCS Score (Hypothese 1.2) herangezogen. Für die Testung der postulierten Zusammenhänge zwischen vermeidendem bzw. annäherndem Coping und Symptomausprägungen der Anpassungsstörung (Hypothesen 2.1 und 2.2) wurde eine weitere multiple lineare Regression berechnet. Als Prädiktoren dienten die berechneten Scores für vermeidendes Coping und für annäherndes Coping.

Beide Regressionsanalysen wurden außerdem wiederholt, um den Einfluss der Drittvariablen Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden schrittweise Regressionen mit den jeweiligen Copingvariablen, sowie den Drittvariablen als Prädiktoren durchgeführt.

Um mögliche Unterschiede im Copingverhalten zwischen Personen mit und ohne Anpassungsstörung (Frage 3) zu identifizieren, wurden  $t$ -Tests berechnet. Zu diesem Zweck wurden die Teilnehmenden anhand ihrer Ausprägungen im ADN-8 in zwei Gruppen eingeteilt, die Einteilung erfolgte anhand des Cut-off-Werts. Als abhängige Variablen dienten die Subskalen des Brief COPE und die vier Faktoren des PCS.

## Ergebnisse

### Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

Wie bereits im Unterkapitel zur Rekrutierung berichtet, ergab sich in Abhängigkeit von der Einwohnerzahl eine angestrebte Stichprobengröße von 1000 Personen für Österreich. Teilnahmevoraussetzungen waren ein Mindestalter von 18 Jahren, in Österreich zu leben und die Zustimmung zur Teilnahme an der Befragung. Teilnahmebereitschaft und Volljährigkeit wurden zu Beginn des Fragebogens abgefragt. Nach Ausschluss der Teilnehmenden, die angaben nicht in Österreich zu leben, konnte eine finale Stichprobe von  $N = 1001$  Teilnehmenden erreicht werden. Alle 1001 Befragten wurden in die Analyse einbezogen, wobei ein listenweiser Fallausschluss für die jeweiligen statistischen Analysen bei Nichtbeantwortung einzelner Items erfolgte.

Von den 1001 befragten Personen gaben 654 an weiblich zu sein, 341 männlich und 6 Befragte wählten die Antwortoption ‚andere‘ (Prozentangaben siehe Tabelle 2). Die Teilnehmenden waren zwischen 18 und 81 Jahren alt ( $M = 45.56$ ;  $SD = 14.221$ ). Der Großteil der 1001 Befragten gab eine österreichische Nationalität an ( $n = 919$ ; 91.8%), 60 eine deutsche Nationalität (6%) und 22 Befragte kamen aus anderen Herkunftsländern (2.2%). Mit 624 Personen wohnt die Mehrheit der Stichprobe in Wien; die übrigen Bundesländer können Tabelle 2 entnommen werden. 664 von 999 Teilnehmenden gaben an, in einer großen Stadt zu wohnen (66.5%) und 93 Befragte kommen aus einer ländlichen Gegend (9.3%). Von den 816 Personen, die die Fragen zum Familienstand beantworteten, berichteten die meisten, in einer Beziehung zu sein und zusammen zu leben ( $n = 493$ ; 60.4%), 205 waren single (25.1%) und 118 in einer Beziehung ohne zusammen zu leben (14.5%). 443 Befragte haben Kinder (54.3%).

Des Weiteren hat über die Hälfte der Befragten ein abgeschlossenes Studium, 76 davon haben außerdem promoviert (7.6%). Mit 310 Befragten (31%) gab ein großer Anteil an, im Gesundheitsbereich tätig zu sein. 359 Personen haben ein hohes durchschnittliches Netto-Haushaltseinkommen. 241 von 1000 Befragten (24.1%) gaben ein reduziertes monatliches Einkommen aufgrund der Pandemie an.

Der Großteil der Stichprobe gab einen guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitsstatus an ( $n = 814$ ). 160 Befragte (16%) gaben an, gefährdet für einen schweren oder potenziell lebensbedrohlichen Verlauf einer Coronainfektion zu sein. Zum Zeitpunkt der

ersten Erhebung hatten nur sechs Befragte (0.6%) eine Infektion durchgestanden und galten als Genesene. Von den 1001 Teilnehmenden gaben 148 an, eine psychische Störung überstanden zu haben (14.8%) und 70, dass sie aktuell betroffen sind (7%). Die Prävalenz einer wahrscheinlichen Anpassungsstörung lag in der Stichprobe zum Zeitpunkt der ersten Erhebung bei 14.1%.

**Tabelle 2***Soziodemographische Charakteristiken*

Charakteristik	<i>n</i>	%
Geschlecht ( <i>N</i> = 1001)		
männlich	341	34.1
weiblich	654	65.3
divers	6	0.6
Wohnort ( <i>N</i> = 1001)		
Burgenland	36	3.6
Kärnten	21	2.1
Niederösterreich	181	18.1
Oberösterreich	56	5.6
Salzburg	14	1.4
Steiermark	25	2.5
Tirol	30	3.0
Vorarlberg	14	1.4
Wien	624	62.3
Bildung ( <i>N</i> = 1001)		
abgeschlossenes Studium	524	52.3
Berufsausbildung	313	31.3
10 + Jahre Schule	147	14.7
< 10 Jahre Schule	17	1.7
Arbeitssituation ( <i>N</i> = 1001)		
In Ausbildung / Im Studium	101	11.0
Teilzeit	266	26.6
Vollzeit	547	54.6
Pension	109	10.9
Selbstständig	73	7.3
Freelancer	28	2.8
Arbeitssuchend	15	1.5
Anderes	17	1.7



Einkommen ( $N = 898$ )		
hoch ( $\geq 3101\text{€}$ )	359	40.0
mittel (2595 - 3100€)	88	9.8
niedrig (1454 - 2594€)	336	37.4
sehr niedrig ( $\leq 1453 \text{ €}$ )	115	12.8
Gesundheitszustand ( $N = 1001$ )		
sehr gut	434	43.4
gut	380	38.0
zufriedenstellend	152	15.2
schlecht	34	3.4
sehr schlecht	1	0.1

*Anmerkung.* Mehrfachauswahl möglich bei der Frage zur Arbeitssituation

### Deskriptive Beschreibungen und Interne Konsistenz der Skalen

Zunächst wird ein deskriptiver Einblick in erhobene Skalen gegeben. Des Weiteren wird auf die interne Konsistenz (Field, 2009) der Skalen eingegangen.

Von den 1001 Befragten beantworteten 902 die Items des ADN-8 zum ersten Messzeitpunkt. In der vorliegenden Stichprobe wurde ein minimaler Wert von 8 und ein maximaler Wert von 32 gefunden (Wertebereich siehe Tabelle 3). Anhand des Cut-off-Werts wurden 127 Teilnehmende (14.1%) in die Gruppe mit wahrscheinlicher Anpassungsstörung eingeteilt, 775 (85.9%) sind dem ADN-8 zufolge nicht gefährdet für das Vorliegen einer Anpassungsstörung. Die acht Items des ADN-8 zeigten eine exzellente interne Konsistenz und Trennschärfen von mindestens  $r = .65$ , Trennschärfen von  $r < .30$  gelten nach Field (2009) als problematisch.

Im Brief COPE zeigte sich in der vorliegenden Stichprobe ein Minimum von 0 und ein Maximum von 61 im Gesamtscore. Die Reliabilitätsanalyse zeigte eine hohe interne Konsistenz. Die meisten der 28 Items zeigten Trennschärfen von  $r > .30$ . Zwölf Items zeigten zwar schwache Trennschärfen von  $r < .30$ , da ihr Weglassen die interne Konsistenz der Skala jedoch nicht verbessern würde, wurden sie nicht ausgeschlossen (siehe Field, 2009). Darüber hinaus kommen geringe Trennschärfen dadurch zustande, dass die Items unterschiedliche Inhalte messen, da der Brief COPE eine Vielzahl von Copingstrategien erfasst, die sich in der Herangehensweise an den Stressor unterscheiden.

**Tabelle 3***Deskriptive Statistiken und Interne Konsistenz*

	<i>N</i>	Wertebereich d. Messinstruments	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbachs $\alpha$
ADNM Total	902	8 - 32	14.92	6.031	.92
PCS Total	827	0 - 39	26.44	6.814	.82
Brief COPE Total	826	0 - 84	28.69	10.962	.84
Score Vermeidung	826	0 - 36	7.80	4.520	.69
Score Annäherung	826	0 - 36	17.38	6.934	.83

*Anmerkung.* Score Vermeidung = Summe der Subskalen Ablenkung, Leugnen, Selbstbeschuldigung, Substanzkonsum, Loslösung, Abreagieren; Score Annäherung = Summe der Subskalen Instrumentelle Unterstützung, Positives Reframing, Aktives Coping, Planung, Akzeptanz, Emotionale Unterstützung

Weiterhin wurden Reliabilitätsanalysen für die Copingstile Vermeidung und Annäherung durchgeführt, die jeweils aus zwölf Items bestehen. Die zwei Items der Subskala „Loslösung“ und ein Item der Subskala „Leugnen“ wiesen schwache Trennschärfen von  $r < .30$  auf (Field, 2009). Durch Ausschluss dieser Items würde jedoch ein wichtiger Bereich von vermeidendem Coping nicht abgedeckt werden, weshalb die Items in der Analyse beibehalten werden. Ein Weglassen würde zudem Cronbachs Alpha nur minimal verbessern. Die niedrigste Trennschärfe für den annähernden Copingstil zeigte ein Item der Subskala „Akzeptanz“ mit  $r = .29$ , alle anderen Items zeigten Trennschärfen über  $r > .30$ .

Im PCS fand sich ein minimaler Wert von 0 und ein maximaler Wert von 39. Auch diese Skala zeigte eine hohe interne Konsistenz. Geringe Trennschärfen von  $r < .30$  zeigten sich nur für die beiden Items der Subskala Prävention. Auch in diesem Fall wurde aber entschieden, die Items nicht auszuschließen, um den wichtigen Bereich der Prävention abzudecken und da sich Cronbachs Alpha nur minimal verbessern würde. Bis auf die Subskala Vermeidung, die knapp noch ein akzeptables Cronbachs Alpha aufweist, weisen demnach alle verwendeten Skalen gute bis exzellente interne Konsistenzen auf.

## Ergebnisse der Hauptanalysen

### *Allgemeines und pandemiespezifisches Copingverhalten*

**Voraussetzungsprüfung.** Es wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt, um die Symptomausprägung der Anpassungsstörung mithilfe der Werte im allgemeinen Coping und im pandemiespezifischen Coping vorherzusagen. Als Prädiktoren dienten die Gesamtscores des Brief COPE sowie des PCS. Es wurde der Zusammenhang mit der metrischen abhängigen Variable „ADNM-8 Total“ analysiert.

Die partiellen Regressionsdiagramme und die Streudiagramme zeigten lineare Zusammenhänge. Im Streudiagramm der studentisierten Residuen und der unstandardisierten vorhergesagten Werte ergab sich eine Punktwolke, die um die Null-Linie verläuft, was ebenfalls auf Linearität hindeutet. Ausreißer wurden mittels Boxplots, Cook-Distanz und zentralem Hebelwert überprüft. Die Boxplots zeigten keine Ausreißer der drei Skalen. Die Residuenstatistik ergab einen maximalen Wert von .026 für die Cook-Distanz, demnach liegen keine problematischen Werte von  $> 1.00$  vor (siehe Field, 2009). Weiters zeigte sich ein maximaler zentrierter Hebelwert von .02; Werte von  $> .02$  sind als Ausreißer zu werten (siehe Field, 2009). In den Daten liegen daher der Cook-Distanz und den Hebelwerten zufolge keine Ausreißer vor. Der Durbin-Watson-Test zur Untersuchung der Unabhängigkeit der Residuen lieferte ein  $d = 1.837$ , was auf keine Autokorrelation der Residuen hindeutet (siehe Field, 2009). Die Normalverteilung der Residuen wurde mittels Histogramm und P-P-Plot überprüft. Die Residuen entsprechen demnach ausreichend einer Normalverteilungskurve und zeigten einen Mittelwert nahe 0 und eine Standardabweichung von 0.999 (Bortz & Schuster, 2010). Der P-P-Plot zeigte ebenso eine ausreichend gegebene Normalverteilung der Residuen. Hinweise auf Multikollinearität zwischen den beiden Prädiktoren lagen nicht vor; die Kollinearitätsstatistik zeigte ein  $VIF = 1.159$ .

Mittels Streudiagramm der studentisierten Residuen und der unstandardisierten vorhergesagten Werte wurde außerdem die Homoskedastizität der Residuen überprüft. Die Residuen zeigten eine etwa gleich große Streuung nach oben und unten; die visuelle Interpretation des Streudiagramms war allerdings nicht ganz eindeutig. Im Falle von Heteroskedastizität würden die Residuen ein Muster aufweisen, dann kann das Regressionsmodell jedoch mit Bootstrapping gerechnet werden. Um sicherzugehen wurde

daher die Analyse mit Bootstrapping (Field, 2009) wiederholt, um im Falle von Heteroskedastizität verlässliche Aussagen treffen zu können.

**Ergebnisse.** Die Regressionsanalyse zeigte ein signifikantes Gesamtmodell,  $F(2, 823) = 54.837, p < .001$ . Die Symptomausprägung der Anpassungsstörung konnte signifikant durch den Score im Brief COPE und im PCS vorhergesagt werden. Es liegt ein positiver Zusammenhang zwischen dem Brief COPE und dem Gesamtwert im ADN-8 vor,  $b = .197; p < .001$ . Zwischen dem PCS Score und dem ADN-8 Score liegt dagegen ein negativer Zusammenhang vor,  $b = -.184; p < .001$ . Der multiple Korrelationskoeffizient von  $R = .343$  entspricht einer moderaten Korrelation zwischen den vorhergesagten und tatsächlichen Werten. Mit einer Varianzaufklärung von  $R^2 = .118$  (korrigiertes  $R^2 = .115$ ) weist das Modell eine geringe Anpassungsgüte auf (Cohen, 1988).

Da die visuelle Interpretation des Streudiagramms nicht ganz eindeutig war und daher eine Heteroskedastizität der Residuen nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde die Regressionsanalyse zusätzlich mit Bootstrapping, beruhend auf 1000 Bootstrap-Stichproben, durchgeführt. Das Ergebnis für beide Prädiktoren wurde vom Bootstrapping bestätigt. Die Konfidenzintervalle schlossen den Wert 0 nicht mit ein, demnach haben der Brief COPE Gesamtscore und der PCS Gesamtscore einen signifikanten Einfluss. Die Bootstrap-Tabellen können im Anhang gefunden werden.

Wie in der soziodemographischen Beschreibung berichtet, handelt es sich um eine gute ausgebildete Stichprobe und vorwiegend weibliche Teilnehmerinnen. Um den Einfluss möglicher Drittvariablen zu untersuchen, wurden die Korrelationen der Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss mit der abhängigen Variable ADN-Total und mit den Prädiktoren ermittelt. Es zeigte sich eine signifikante Korrelation nach Pearson zwischen Geschlecht und dem ADN,  $r = .209, p < .001$ . Weiterhin zeigten sich signifikante Korrelationen von Geschlecht mit dem PCS,  $r = .183, p < .001$ , sowie mit dem Brief COPE Gesamtscore,  $r = .196, p < .001$ . Es handelt sich bei den drei Korrelationen demnach um schwache, positive Zusammenhänge. Alter korrelierte nicht signifikant mit dem PCS Gesamtscore, jedoch mit dem Brief COPE,  $r = -.170, p < .001$ . Die Korrelation zwischen Alter und dem ADN-Totalscore ist mit einem  $r = -.069$  ( $p = .039$ ) sehr schwach. Der Bildungsabschluss korrelierte signifikant mit dem Brief COPE,  $r = .141, p < .001$ , und dem PCS Gesamtscore,  $r = .106, p = .002$ .

Alter, Geschlecht und Bildung wurden in einem weiteren Schritt als Kontrollvariablen mit ins Regressionsmodell aufgenommen und eine schrittweise Regression durchgeführt. Den höchsten Erklärungswert lieferte demnach das vierte Modell mit den Variablen Brief COPE, PCS, Geschlecht und Bildungsabschluss, mit einem  $R = .391$  und einem  $R^2 = .153$  (korrigiertes  $R^2 = .149$ ). Die Ergebnisse der übrigen drei Modelle können Tabelle 4 entnommen werden.

**Tabelle 4**

*Modellzusammenfassung der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse 1*

Modell	Einflussvariablen	<i>F</i>	Sig.	<i>R</i>	<i>R</i> -Quadrat	Änderung in <i>R</i> -Quadrat
1	Brief COPE Total	71.738	< .001	.283	.080	.080
2	Brief COPE Total, PCS Total	54.837	< .001	.343	.118	.038
3	Brief COPE Total, PCS Total, Geschlecht	47.008	< .001	.383	.146	.029
4	Brief COPE Total, PCS Total, Geschlecht, Bildungsabschluss	37.001	< .001	.391	.153	.006

*Anmerkung.* Abhängige Variable = ADNМ Total

Alter wurde ausgeschlossen und in keins der Modelle aufgenommen. Für die vier Prädiktoren Brief COPE, PCS, Geschlecht und Bildungsabschluss ergab sich ein signifikantes Gesamtmodell,  $F(4, 821) = 37.001, p < .001$ . Es liegt ein positiver Zusammenhang zwischen dem Brief COPE und dem ADNМ-Gesamtwert vor,  $b = .188; p < .001$ . Zwischen dem PCS Score und dem ADNМ liegt dagegen ein negativer Zusammenhang vor,  $b = -.199; p < .001$ . Außerdem zeigte Geschlecht als dritte Variable einen signifikanten, positiven Zusammenhang mit dem ADNМ,  $b = 2.290, p < .001$ , sowie der Bildungsabschluss als vierte Variable,  $b = -.626; p = .014$ . Alle Koeffizienten können Tabelle 5 entnommen werden. Der multiple Korrelationskoeffizient von  $R = .343$  des eingangs berichteten Modells mit den beiden Copingscores als Prädiktoren, konnte durch die Aufnahme der Variablen Geschlecht und

Bildungsabschluss minimal verbessert werden, auf ein  $R = .391$ . Die Änderung in  $R^2$  durch Aufnahme der Variable Geschlecht beträgt  $.029$  und durch Aufnahme des Bildungsabschlusses  $.006$ .

**Tabelle 5**

*Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Regressionsmodell 4*

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	Beta	<i>T</i>	<i>p</i>
(Konstante)	13.133	1.193		11.013	< .001**
Brief COPE Total	.188	.019	.343	9.762	< .001**
PCS Total	-.199	.031	-.227	-6.495	< .001**
Geschlecht	2.290	.418	.181	5.478	< .001**
Bildungsabschluss	-.626	.254	-.081	-2.470	.014*

*Anmerkung.* \*\* = Signifikanzniveau  $p < .001$ ; \* = Signifikanzniveau  $p < .05$

### ***Unterschiede zwischen Coping-Stilen***

**Voraussetzungsprüfung.** Eine multiple lineare Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um mithilfe der Werte im annähernden und im vermeidenden Coping die Symptomausprägung der Anpassungsstörung vorherzusagen. Als abhängige Variable diente der Gesamtscore des ADN-8. Als Prädiktoren wurden die berechneten Scores der sechs vermeidenden, sowie der sechs annähernden Copingstrategien ins Modell gegeben. Die Linearität der Zusammenhänge wurde mittels Streudiagrammen und partiellen Regressionsdiagrammen überprüft und ist gegeben. Boxplots für die drei Skalen zeigten keine Ausreißer. Nach der Cook-Distanz gelten Werte von mehr als 1 als problematisch, die vorliegenden Daten wiesen keine Werte von  $> .05$  auf (siehe Field, 2009). Mittels SPSS wurden auch Hebelwerte überprüft, Werte von  $> .02$  sind demnach als Ausreißer zu werten (siehe Field, 2009). Der höchste gefundene Wert in den vorliegenden Daten war  $.02$ , alle weiteren Fälle lagen darunter, von daher mussten keine Ausreißer ausgeschlossen werden. Die Unabhängigkeit der Residuen wurde mittels Durbin-Watson-Test untersucht. Die Durbin-Watson-Statistik ergab einen Wert von  $d = 1.936$ , weshalb davon ausgegangen werden kann, dass keine Autokorrelation in den Residuen vorliegt (siehe Field, 2009). Weiters zeigte sich im Histogramm der Residuen, dass diese einer Normalverteilungskurve entsprechen; mit

einem Mittelwert nahe 0 und einer Standardabweichung von 0.999 (Bortz & Schuster, 2010). Der P-P-Plot zeigte keine perfekte, aber ausreichend gegebene Normalverteilung der Residuen. Die Kollinearitätsstatistik zeigte keine Hinweise auf Multikollinearität; der VIF lag bei 1.236.

Zuletzt wurde die Homoskedastizität der Residuen mittels Streudiagramm der studentisierten Residuen und der unstandardisierten vorhergesagten Werte überprüft. Da auch in diesem Fall Heteroskedastizität der Residuen nicht eindeutig ausgeschlossen werden konnte, wurde das Regressionsmodell zusätzlich mit Bootstrapping (Field, 2009) gerechnet.

**Ergebnisse.** Die Regressionsanalyse ergab ein signifikantes Gesamtmodell,  $F(2, 823) = 122.661, p < .001$ . Die Prädiktoren annäherndes und vermeidendes Coping sagten demnach statistisch signifikant den Gesamtwert im ADN-8 voraus. Der ADN-Score wurde positiv vom Wert im vermeidendem Coping vorhergesagt,  $b = .678; p < .001$ , und negativ vom Wert in annäherndem Coping,  $b = -.074; p = .012$ . Es wurde ein multipler Korrelationskoeffizient von  $R = .479$  gefunden, was einer moderaten Korrelation zwischen den vorhergesagten und tatsächlichen Werten entspricht. Das Modell liefert mit einem  $R^2 = .230$  (korrigiertes  $R^2 = .228$ ) eine moderate Varianzaufklärung nach Cohen (1988).

Die Regressionsanalyse wurde aufgrund der unklaren Homoskedastizität der Residuen zusätzlich mit Bootstrapping durchgeführt. Für beide Prädiktoren enthält das Konfidenzintervall nicht den Wert 0, daher ist die Signifikanz durch Bootstrapping bestätigt.

In einem zweiten Schritt wurde außerdem eine schrittweise Regression mit den Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und dem höchsten Bildungsabschluss durchgeführt (siehe Tabelle 6). Wie in der statistischen Analyse zur ersten Fragestellung wurde die Variable Alter in keins der Modelle aufgenommen; außerdem wurde der Bildungsabschluss nicht mit aufgenommen. Den höchsten Erklärungswert liefert das Modell mit den drei Variablen vermeidendes Coping, Geschlecht und annäherndes Coping mit einem  $R = .494$  und einem  $R^2 = .244$  (korrigiertes  $R^2 = .241$ ). Das Gesamtmodell war signifikant,  $F(3, 822) = 88.498, p < .001$ . Geschlecht wurde hier an zweiter Stelle nach vermeidendem Coping ins Modell aufgenommen, da es einen höheren Anteil der Varianz erklärt, als Annäherung.

**Tabelle 6***Modellzusammenfassung der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse 2*

Modell	Einflussvariablen	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>R</i>	<i>R</i> -Quadrat	Änderung in <i>R</i> -Quadrat
1	Vermeidung	237.382	< .001	.473	.224	.224
2	Vermeidung, Geschlecht	126.815	< .001	.485	.234	.012
3	Vermeidung, Geschlecht, Annäherung	88.498	< .001	.494	.241	.009

*Anmerkung.* Abhängige Variable = ADNМ Total

Wie in der ersten Regressionsanalyse mit den Copingstilen als Prädiktoren konnte der ADNМ-Gesamtwert positiv durch Vermeidung ( $b = .657$ ;  $p < .001$ ), und negativ durch Annäherung ( $b = -.090$ ;  $p = .002$ ) vorhergesagt werden. Außerdem zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Geschlecht und dem ADNМ-8,  $b = 1.562$ ,  $p < .001$ ; alle Koeffizienten können in Tabelle 7 abgelesen werden.

**Tabelle 7***Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Regressionsmodell 3*

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	Beta	<i>T</i>	<i>p</i>
(Konstante)	8.791	.749		11.741	< .001**
Vermeidung	.657	.045	.494	14.565	< .001**
Geschlecht	1.562	.393	.124	3.971	< .001**
Annäherung	-.090	.029	-.104	-3.050	.002*

*Anmerkung.* \*\* = Signifikanzniveau  $p < .001$ ; \* = Signifikanzniveau  $p < .05$ 

Die Koeffizienten der Copingvariablen änderten sich durch Aufnahme des Geschlechts in das Modell minimal. Es werden 22.4% der Varianz durch die Variable vermeidendes Coping aufgeklärt. Durch Hinzufügen der Variablen Geschlecht und annäherndes Coping erhöhte sich die erklärte Varianz auf 24.4%.



### ***Spezifisches Copingverhalten und Anpassungsstörung***

**Voraussetzungsprüfung.** Da es sich bei der unabhängigen Variable zur wahrscheinlichen Anpassungsstörung um eine dichotome Variable handelt, wurden *t*-Tests für unabhängige Stichproben zur Analyse gewählt, mit den PCS Faktoren und den Brief COPE Subskalen als abhängigen Variablen. Die Daten sind zwar gemäß Kolmogorov-Smirnov-Test und Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt ( $p < .05$ ), da jedoch Stichprobengrößen für beide Gruppen von  $n \geq 30$  vorliegen, kann diese Voraussetzung vernachlässigt werden. Nach dem zentralen Grenzwertsatz wird bei ausreichend großen Stichproben die Verteilung annähernd normalverteilt sein (Bortz & Schuster, 2010). Darüber hinaus gilt der *t*-Test als robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung, weshalb dieses Verfahren trotz Verletzungen der Normalverteilung durchgeführt werden kann (Bortz & Schuster, 2010).

Ein Boxplot zeigte leichte Ausreißer für die Subskalen Loslösung, Leugnen, Religion, Selbstbeschuldigung und Substanzkonsum und für den PCS-Faktor Prävention, die jedoch aufgrund inhaltlicher Überlegungen nicht ausgeschlossen wurden. Da es sich bei diesen Ausreißern nicht um Messfehler oder unplausible Werte handelt, sondern um echte und korrekte Messwerte, wurden diese in der Analyse belassen. Für die übrigen Variablen liegen keine Ausreißer vor.

Die Teilnehmenden wurden anhand des Cut-off-Werts von 22 im ADN-8 in die Gruppen mit und ohne wahrscheinlicher Anpassungsstörung eingeteilt. Die Gruppe der Anpassungsstörung ergibt sich durch einen Gesamtscore von 23 oder mehr erreichten Punkten im ADN-8. Bei 22 oder weniger erreichten Punkten gehören die Befragten zur nicht gefährdeten Gruppe. Die Variable ADN-Cutoff, die dichotom klassiert ist mit den Ausprägungen 0 für „nicht gefährdet“ und 1 für „gefährdet“, diente als Gruppierungsvariable für die *t*-Tests.

**Ergebnisse.** In Tabelle 8 werden die Ergebnisse der *t*-Tests mit den PCS-Faktoren als abhängige Variablen aufgeführt. Es gab 713 Teilnehmende in der nicht gefährdeten Gruppe und 114 Teilnehmende, die den Cut-off-Wert von 22 überschritten und daher in der Gruppe mit Anpassungsstörung landeten ( $N = 827$ ).

**Tabelle 8***PCS Mittelwertsunterschiede zwischen Personen mit und ohne AS*

	Varianzen	Levene-Test	<i>T</i>	<i>df</i>	zweiseit. <i>p</i>	<i>M</i> Diff.	CI
Freudige Aktivitäten	gleich	$F=.336$ , $p=.562$	2.167	825	.031*	.145	.014; .276
Gesunder Lebensstil	gleich	$F=.037$ , $p=.847$	.412	825	.680	-	-
Prävention	gleich	$F=3.427$ , $p=.065$	-1.616	825	.106	-	-
Tagesstruktur	gleich	$F=2.087$ , $p=.149$	1.105	825	.270	-	-

*Anmerkung.* \* = Signifikanzniveau  $p < .05$ ;  $N_{\text{Gesamt}} = 827$ ;  $N_{\text{keine AS}} = 713$ ;  $N_{\text{AS}} = 114$

Es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied im PCS-Faktor Freudige Aktivitäten zwischen Teilnehmenden mit und Teilnehmenden ohne Anpassungsstörung gefunden. Die Werte der Teilnehmenden ohne Anpassungsstörung waren dabei durchschnittlich 0.14 Punkte höher, 95%-CI [0.014, 0.28],  $t(825)=2.167$ ,  $p = .031$ . Der Levene-Test der Varianzgleichheit (Field, 2009) ist nicht signifikant,  $F = .336$ ,  $p = .562$ , weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Voraussetzung der Varianzhomogenität erfüllt ist.

Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmenden mit und Teilnehmenden ohne Anpassungsstörung in den Bereichen Gesunder Lebensstil,  $t(825) = .412$ ,  $p = .680$ , Prävention,  $t(825) = -1.616$ ,  $p = .106$ , und Tagesstruktur,  $t(825) = 1.105$ ,  $p = .270$ .

In die *t*-Tests mit den Brief COPE Skalen wurden  $N = 826$  Fälle einbezogen, davon 712 Teilnehmende in der Gruppe ohne Anpassungsstörung und 114 Teilnehmende in der Gruppe mit Anpassungsstörung.

**Tabelle 9***Brief COPE Mittelwertsunterschiede zwischen Personen mit und ohne AS*

	Varianzen	Levene-Test	<i>T</i>	<i>df</i>	zweiseit. <i>p</i>	<i>M</i> Diff.	CI
Akzeptanz	gleich	$F=.874,$ $p=.350$	2.431	824	.015*	.212	.041; .383
Aktives Coping	gleich	$F=.260,$ $p=.611$	-1.077	824	.282	-	-
Loslösung	nicht gleich	$F=4.533,$ $p=.034$	-4.233	142.559	<.001**	-.302	-.443; -.161
Leugnen	nicht gleich	$F=126.519,$ $p<.001$	-5.520	122.439	<.001**	-.419	-.570; -.269
Ablenkung	gleich	$F=2.502,$ $p=.114$	-4.127	824	<.001**	-.358	-.528; -.188
Emotionaler Support	gleich	$F=2.818,$ $p=.094$	-2.829	824	.005*	-.261	-.443; -.080
Humor	gleich	$F=1.815,$ $p=.178$	1.362	824	.174	-	-
Instrumenteller Support	gleich	$F=2.225,$ $p=.136$	-3.269	824	.001*	-.263	-.421; -.105
Planung	gleich	$F=1.306,$ $p=.254$	-3.643	824	<.001**	-.314	-.483; -.145
Positives Reframing	gleich	$F=.160,$ $p=.690$	2.938	824	.003*	.256	.086; .427
Religion	gleich	$F=2.597,$ $p=.107$	-1.483	824	.139	-	-
Selbst- beschuldigung	nicht gleich	$F=156.100,$ $p<.001$	-5.725	121.975	<.001**	-.499	-.672; -.327
Substanz- konsum	nicht gleich	$F=62.110,$ $p<.001$	-5.014	128.213	<.001**	-.390	-.544; -.236
Abreagieren	gleich	$F=2.575,$ $p=.109$	-6.265	824	<.001**	-.463	-.608; -.318

*Anmerkung.* \*\* = Signifikanzniveau  $p < .001$ ; \* = Signifikanzniveau  $p < .05$ ;  $N_{\text{Gesamt}} = 826$ ;  $N_{\text{keine AS}} = 712$ ;  $N_{\text{AS}} = 114$

Der Levene-Test der Varianzgleichheit fiel nicht signifikant für die Copingskalen Akzeptanz, Aktives Coping, Ablenkung, Emotionaler Support, Humor, Instrumenteller Support, Planung, Positives Reframing, Religion und Abreagieren aus (siehe Tabelle 9). Für diese Variablen ist die Voraussetzung der Varianzhomogenität daher gegeben. Für die Variablen Loslösung, Leugnen, Selbstbeschuldigung und Substanzkonsum fiel der Levene-

Test signifikant aus, weshalb für diese Variablen die Ergebnisse des Welch-Tests berichtet werden. Die  $t$ -Werte, Freiheitsgrade und die jeweiligen mittleren Differenzen und Konfidenzintervalle (95%) können in Tabelle 9 abgelesen werden. Für die Variablen mit Varianzhomogenität sind jeweils die Ergebnisse des  $t$ -Tests und für die Variablen mit ungleichen Varianzen die Ergebnisse des Welch-Tests aufgeführt.

Es wurden statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Teilnehmenden mit und Teilnehmenden ohne Anpassungsstörung für die Copingstrategien Akzeptanz, Loslösung, Leugnen, Ablenkung, Emotionaler Support, Instrumenteller Support, Planung, Positives Reframing, Selbstbeschuldigung, Substanzkonsum und Abreagieren gefunden.

Die Teilnehmenden mit Anpassungsstörung erreichten dabei durchschnittlich niedrigere Werte auf den Copingskalen Akzeptanz und Positives Reframing. Demgegenüber erreichten Teilnehmende mit Anpassungsstörung höhere Werte auf den Copingskalen Loslösung, Leugnen, Ablenkung, Emotionaler und Instrumenteller Support, Planung, Selbstbeschuldigung, Substanzkonsum und Abreagieren.

Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmenden mit und ohne Anpassungsstörung in den erreichten Werten auf den Copingskalen Aktives Coping,  $t(824) = -1.077, p = .282$ , Humor,  $t(824) = 1.362, p = .174$ , und Religion,  $t(824) = -1.483, p = .139$ .

## Diskussion

Die vorliegende Masterarbeit fokussierte sich auf die Anpassungsstörung und das individuelle Bewältigungsverhalten im Umgang mit der Pandemie und einhergehenden Stressoren. Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, den Zusammenhang zwischen Copingverhalten und Symptomen der Anpassungsstörung anhand einer Stichprobe der österreichischen Allgemeinbevölkerung zu untersuchen. Diesem Ziel wurde sich in drei Schritten bzw. durch drei Fragestellungen angenähert. Zunächst wurde der Frage nachgegangen, ob allgemeines Coping und pandemiespezifisches Coping mit Symptomen der Anpassungsstörung zusammenhängen. Anschließend wurde zwischen zwei Copingstilen unterschieden, um die Symptomausprägung der Anpassungsstörung vorherzusagen. In einem letzten Schritt wurde im Rahmen einer Exploration zwischen Teilnehmenden mit und ohne Anpassungsstörung unterschieden und die Nutzung spezifischer Strategien genauer

untersucht. Die Befunde werden im Folgenden interpretiert und unter Berücksichtigung aktueller Studienergebnisse diskutiert.

### **Allgemeines und pandemiespezifisches Copingverhalten**

In einer multiplen linearen Regressionsanalyse konnten allgemeines, sowie pandemiespezifisches Coping mit Symptomen der Anpassungsstörung in Zusammenhang gebracht werden. Es zeigte sich, wie in Hypothese 1.1 angenommen, ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Brief COPE Gesamtscore und dem ADN-8 Score. Dieser Zusammenhang fiel positiv aus. Entgegen den Befunden anderer Studien, die Coping mit Gesundheit und Wohlbefinden in Verbindung bringen konnten (Kirby et al., 2022), ging Coping in der vorliegenden Stichprobe mit einer hohen Symptomausprägung einher. Eine Erklärung für den positiven Zusammenhang könnte sein, dass Personen die niedrige Werte im ADN-8 erreichen, der Umgang mit der Pandemie möglicherweise insgesamt leichter fällt. Da sie die Situation als weniger belastend wahrnehmen, sind sie daher weniger auf Strategien zum Bewältigen angewiesen. Demgegenüber scheinen Personen, deren Anpassung an die Pandemie fehlschlägt, eine Reihe von Strategien zu nutzen, um zu versuchen mit der Pandemie umzugehen. Dieser Zusammenhang könnte dadurch verstärkt werden, dass viele Copingstrategien wie bereits erläutert in der Pandemie nur beschränkt nutzbar sind (z.B. Ablenkung oder Suche nach Unterstützung), oder nicht den gewünschten Effekt nach sich ziehen (z.B. Planung oder Aktives Coping). Möglicherweise nutzen demnach viele der Befragten die „falschen“ Copingstrategien, die in der Pandemie nur begrenzt hilfreich sind und im schlechtesten Fall sogar zu Enttäuschung, Überforderung oder Resignation führen können und eine Adaption an die Pandemie somit zusätzlich erschweren.

Aus dem Grund der eingeschränkten Nutzbarkeit vieler allgemeiner Copingstrategien (Mariani et al., 2020) wurde darüber hinaus pandemiespezifisches Coping in die Analyse einbezogen. Wie in Hypothese 1.2 angenommen, zeigte sich auch zwischen dem PCS Gesamtscore und dem ADN-8 ein signifikanter Zusammenhang. Dabei handelte es sich um einen negativen Zusammenhang. Demnach erreichen Teilnehmer\*innen mit niedriger Symptomausprägung der Anpassungsstörung hohe Werte im pandemiespezifischen Coping.

Dies könnte zum einen auf eine protektive Wirkung von pandemiespezifischen Copingstrategien zurück geführt werden. Verhaltensweisen wie gesunde Ernährung, Bewegung, tägliche Routinen, Pausen und das Einhalten von Präventionsmaßnahmen

könnten sich förderlich auf die psychische Gesundheit auswirken und so die Adaption an die pandemiebedingten Stressoren erleichtern. In einer anderen österreichischen Studie (Budimir et al., 2021) konnten bereits positives Denken und soziale Unterstützung mit höherer Lebensqualität und Wohlbefinden und niedrigerem wahrgenommenem Stress in Verbindung gebracht werden. Diese Erkenntnisse werden durch die vorliegenden Befunde um pandemiespezifische Verhaltensweisen erweitert.

Zum anderen könnte es sein, dass Personen mit niedrigen Symptomausprägungen, denen eine Anpassung an die Pandemie leichter fällt, eher ihre Handlungsmöglichkeiten in der Pandemie erkennen. Während besonders belastete Personen viele allgemeine Strategien nutzen, deren Effektivität eingeschränkt ist, was sich wiederum negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt, könnten weniger belastete Personen eher in der Lage sein, die „richtigen“ Strategien im Umgang mit der Pandemie zu erkennen und zu nutzen.

Die Ergebnisse widersprechen somit nicht den eingangs zitierten Studien, die eine förderliche Wirkung von Coping finden konnten. Vielmehr zeigt sich, dass, wie erwartet, viele Strategien nur begrenzt effektiv sind, während pandemiespezifisches Coping eine wichtige Rolle in der Bewältigung der belastenden Pandemie spielt. Der positive Zusammenhang zwischen dem Brief COPE und der Anpassungsstörung weist demnach darauf hin, dass ineffektive Strategien zu einer mangelnden Anpassung an die Stressoren führen könnten. Zudem dürfte der positive Zusammenhang auch dadurch zustande kommen, dass Personen mit hoher Symptomausprägung eine Vielzahl an Copingstrategien nutzen, um mit der Belastung umzugehen. Demgegenüber unterstützt der gefundene negative Zusammenhang zwischen pandemiespezifischem Coping und dem ADN-8 die Wichtigkeit von situationsangemessenem Copingverhalten.

Hier sollte erwähnt werden, dass es sich zwar um statistisch signifikante, jedoch schwache Zusammenhänge handelt. Besonders der Brief COPE misst, wie bereits erwähnt, eine Vielzahl verschiedener Strategien, die sich alle in ihrer Herangehensweise an den Stressor stark unterscheiden. Aus diesem Grund könnte der Zusammenhang mit dem Gesamtscore des Brief COPE geringer ausfallen, da er Strategien umfasst, von denen manche in der Pandemie adaptiv und andere maladaptiv wirken.

### **Unterschiede zwischen Coping-Stilen**

In einer zweiten Frage wurde daher zwischen Vermeidung und Annäherung an den Stressor unterschieden und untersucht, ob sich der vermeidende und der annähernde Copingstil in ihrem Zusammenhang mit Symptomen der Anpassungsstörung unterscheiden. Die Regressionsanalyse ergab, dass annäherndes und vermeidendes Coping die Symptomausprägung der Anpassungsstörung signifikant vorhersagen können. Wie in Hypothese 2.1 angenommen, wurde ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen vermeidendem Coping und Symptomen der Anpassungsstörung gefunden. Demnach nutzen Personen mit hohen Werten im ADN-8 besonders vermeidende Strategien im Umgang mit der Pandemie. Dies steht im Einklang mit der Literatur, die im theoretischen Hintergrund angeführt wird, wonach Vermeidung eine maladaptive Wirkung habe. Die Nutzung von Strategien wie Selbstbeschuldigung, die Situation zu leugnen oder den Ärger darüber heraus zu lassen, scheint demnach die Anpassung an die Situation eher zu beeinträchtigen. Dieser positive Zusammenhang von Vermeidung und negativen psychologischen und gesundheitlichen Outcomes wurde nicht nur in der Pandemie (Kavčič et al., 2022), sondern auch schon vor der Pandemie (Taylor & Stanton, 2006) in Studien gefunden.

Demgegenüber zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen annäherndem Coping und Anpassungsstörung. Dies entspricht damit dem angenommenen Zusammenhang aus Hypothese 2.2. Es deutet darauf hin, dass niedrige Werte im ADN-8 mit der Nutzung annähernder Strategien einhergehen. Dies steht im Einklang mit einer Vielzahl von psychologischen und medizinischen Studien, die auf eine förderliche Wirkung von aktivem und annäherndem Coping auf die psychische Gesundheit hinweisen (Kavčič et al., 2022; Yu et al., 2020). Es ist allerdings anzumerken, dass es sich dabei um einen schwachen Zusammenhang handelt. Das alleine Vermeidung bereits 22,4% der Varianz aufklärt und durch Hinzufügen von annäherndem Coping sich die erklärte Varianz nur minimal erhöht, untermauert, weshalb es sich bei vermeidendem Coping um einen wichtigen Prädiktor für die Vorhersage der Anpassungsstörung handelt. In anderen Studien zeigte sich ebenfalls, dass vermeidendes Copingverhalten deutlich mit Stress, Angst, Depressionen und schlechterer Gesundheit einhergeht, während Annäherung nur schwache Zusammenhänge mit

verschiedenen Outcomes zeigte (Dawson et al., 2020) oder insgesamt weniger konsistente Befunde zeigte (Eisenberg et al., 2012; Taylor & Stanton, 2006).

Während der negative Zusammenhang zwischen Annäherung und dem ADN-8 sehr gering ausfällt, handelt es sich um einen starken positiven Zusammenhang zwischen Vermeidung und dem ADN-8. Dies könnte damit zusammenhängen, dass vermeidende Strategien in der Pandemie weniger eingeschränkt sind, als annähernde Strategien. Von den sechs vermeidenden Strategien ist lediglich Ablenkung nicht im üblichen Ausmaß nutzbar. Sich Arbeit oder anderen Aktivitäten zu widmen, um weniger über den Stressor nachzudenken, funktioniert in Zeiten von Lockdowns durch Einschränkungen vieler Freizeitbeschäftigungen, durch Kontaktbeschränkungen, durch Kurzarbeit oder sogar Jobverlust, nicht wie gewohnt. Die übrigen fünf vermeidenden Strategien Leugnen, Loslösung, Substanzkonsum, Abreagieren und Selbstbeschuldigung sind dagegen nicht eingeschränkt durch die Pandemie, da es sich um mentale oder individuell umsetzbare Strategien handelt. Im Gegensatz dazu, sind annähernde Verhaltensweisen stärker eingeschränkt und in der Pandemie weniger nutzbar. Wie bereits aufgeführt sind besonders Planung und aktives Coping wenig effektiv. Auf individueller Ebene ist es kaum möglich, die Situation zu ändern oder zu verbessern und etwas gegen die Pandemie zu tun. Sich eine Strategie oder konkrete Schritte zu überlegen, funktioniert bezogen auf die Gesamtsituation nicht, bezogen auf die individuelle Situation nur bedingt und wird durch staatliche Maßnahmen und die aktuelle pandemische Situation beeinflusst. Die Suche nach emotionaler Unterstützung ist nur eingeschränkt möglich. Instrumentelle Unterstützung, wie Hilfe und Rat von anderen zu bekommen, ist zu Zeiten von Social Distancing nicht im gewohnten Ausmaß umsetzbar. Besonders emotionale Unterstützung, Trost und Aufmunterung können ohne direkten, persönlichen Kontakt nur schwer ersetzt werden. Nur die zwei Strategien Positives Reframing und Akzeptanz sind demnach in der Pandemie im üblichen Ausmaß anwendbar. Dass die Mehrheit annähernder Strategien nicht oder weniger nutzbar sind, könnte den schwachen Zusammenhang erklären, während der Zusammenhang von vermeidendem Coping stärker ausfällt, da dieser Stil weniger eingeschränkt ist. In beiden Regressionsanalysen zeigte sich darüber hinaus, dass auch die Variable Geschlecht zur Vorhersage des ADN-Gesamtscores eingesetzt werden konnte. Höhere Symptomausprägungen der Anpassungsstörung gingen mit weiblichem Geschlecht einher.



Dass es sich beim Geschlecht um einen Risikofaktor für zahlreiche psychische Erkrankungen handelt - sowohl vor als auch während der Pandemie - wurde bereits zu Beginn der vorliegenden Arbeit erwähnt. Auch bezüglich der Anpassungsstörung zeigte sich, dass Frauen in der Pandemie stärker von Symptomen betroffen waren als Männer (Dragan et al., 2021). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die Mehrbelastung sein, unter der viele Frauen in der Pandemie leiden, etwa durch Wegfall von Kinderbetreuung, Home Schooling und Pflege von Angehörigen. Dabei handelt es sich um sogenannte unbezahlte Care Arbeit, die auch in der Pandemie mehrheitlich von Frauen geleistet wird (Berghammer & Beham-Rabanser, 2020). Dass weibliches Geschlecht in der untersuchten Stichprobe mit höheren Symptomausprägungen der Anpassungsstörung einhergeht, steht damit in Einklang mit den Ergebnissen zahlreicher, internationaler Studien zu den psychischen Auswirkungen der Pandemie (Henssler et al., 2020; Rossi et al., 2020; N. Liu et al., 2020; Qiu et al. 2020). Außerdem konnte in der ersten Regressionsanalyse der höchste erreichte Bildungsabschluss zur Vorhersage des ADNMGesamtscores eingesetzt werden. Beim Bildungsabschluss könnte es sich um einen Schutzfaktor handeln, da in der vorliegenden Stichprobe ein höherer Bildungsgrad mit niedrigeren Symptomausprägungen der Anpassungsstörung einher geht. Schon in anderen Studien konnte Bildung mit verschiedenen psychischen Outcomes in Verbindung gebracht werden, so zeigte sich ein niedrigerer Bildungsgrad etwa in einer Metaanalyse von Henssler et al. (2020) als Risikofaktor für PTBS und Depressionen. Für Alter zeigten sich widersprüchliche Implikationen in vergangenen Studien. Auf der einen Seite wird ein jüngeres Alter als Risikofaktor für psychische Erkrankungen bezeichnet (etwa bei Mazza et al., 2020; Rossi et al., 2020), andererseits zeigten in anderen Studien besonders ältere Menschen ein erhöhtes Risiko, z.B. für depressive Symptome (Henssler et al. 2020). In einer chinesischen Stichprobe zeigte sich erhöhter Distress sowohl bei jungen Teilnehmenden unter 30, als auch bei älteren Teilnehmenden über 60 (Qiu et al., 2020). Dass diese Altersgruppen erhöhte Prävalenzen verschiedener Symptome zeigen, könnte damit erklärt werden, dass besonders alleinstehende Studierende und Rentner\*innen in den Lockdowns von Isolation betroffen waren. In der vorliegenden Untersuchung handelte es sich bei Alter in der schrittweisen Regression nicht um eine signifikante Einflussvariable und daher wurde Alter nicht in die Modelle aufgenommen. Neben den drei Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss wurde auf die Aufnahme weiterer Variablen in die Regressionsmodelle

verzichtet. Auf Basis des theoretischen Hintergrundes und des aktuellen Forschungsstandes wurden für Coping und Symptome der Anpassungsstörung Wirkungszusammenhänge vermutet, die in den Hypothesen formuliert sind. Die Copingvariablen wurden daher aufgrund theoretischer Überlegungen in die Analysen aufgenommen. Da es sich, wie in der soziodemographischen Beschreibung der Stichprobe erläutert wird, um eine vorwiegend weibliche und gut gebildete Stichprobe handelt, wurde sich dafür entschieden, die Variablen Geschlecht und Bildungsstand mit in die Analysen aufzunehmen. Es sollte jedoch vermieden werden, durch Aufnahme zu vieler Kontrollvariablen die Varianzerklärung der Modelle künstlich zu erhöhen, weshalb sich auf die genannten Variablen beschränkt wurde.

### **Spezifisches Copingverhalten und Anpassungsstörung**

Ziel war es weiterhin, genauere Aussagen über spezifische Strategien treffen zu können. Zu diesem Zweck wurden die Teilnehmenden in zwei Gruppen eingeteilt, je nachdem ob nach dem ADNLM Cut-off-Wert eine Anpassungsstörung vorliegen würde oder nicht. Den Ergebnissen zufolge gibt es demnach signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Anpassungsstörung. In den *t*-Tests mit den PCS-Faktoren zeigte sich, dass Personen ohne Anpassungsstörung mehr freudige Aktivitäten nutzen.

Auch *t*-Tests mit den Brief COPE Subskalen deuten auf signifikante Unterschiede hin. Personen ohne Anpassungsstörung erreichten demnach höhere Werte in Positivem Reframing und Akzeptanz. Dass Teilnehmende ohne Anpassungsstörung diese Strategien mehr nutzen, könnte auf eine protektive Funktion von mentalem Coping hindeuten, dass auf das Positive der Situation ausgerichtet ist. Demgegenüber erreichten Personen mit Anpassungsstörung höhere Werte in Loslösung, Leugnen, Ablenkung, Emotionalem Support und Instrumentellem Support, Planung, Selbstbeschuldigung, Substanzkonsum und Abreagieren.

Ziel war es zu explorieren, ob Personen mit Anpassungsstörung bestimmte Copingstrategien mehr oder weniger nutzen, als Personen ohne Anpassungsstörung. Es zeigt sich ein Muster das darauf hindeutet, dass Anpassungsstörung mit der vermehrten Nutzung vermeidender Strategien und der Suche nach Unterstützung einhergeht. Auch Planung geht mit Anpassungsstörung einher, was, wie bereits eingangs erläutert, mit eingeschränkten Möglichkeiten durch die Pandemie zusammen hängen könnte. Dass Personen mit Anpassungsstörung außerdem mehr nach emotionaler und instrumenteller Unterstützung

suchen, könnte zum einen dadurch erklärt werden, dass stark von Belastung betroffene Personen in ihren eigenen Bewältigungsstrategien überfordert sind und daher zur Bewältigung auf Hilfe von außen angewiesen sind. In einer Schweizer Stichprobe zeigte sich, dass höhere Stresswerte im Lockdown mit der vermehrten Suche nach sozialer Unterstützung und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe einhergingen (Shanahan et al., 2020). Zum anderen könnte es sein, dass Personen, die im Umgang mit Belastungen besonders nach Unterstützung suchen, aufgrund von *Social Distancing* die Situation nicht effektiv bewältigen können, wodurch eine Anpassungsstörung begünstigt werden könnte. Wie bereits berichtet, ist emotionale Unterstützung in der Pandemie nicht wie üblich nutzbar, weswegen Personen die in der Regel nach Unterstützung suchen, davon belasteter sein könnten.

Demgegenüber scheinen besonders mentale Copingstrategien in der Pandemie hilfreich zu sein. Dies steht im Einklang mit der eingangs erläuterten Schwierigkeit, dass Strategien wie aktives Coping und Planung in der Pandemie nur bedingt umsetzbar sind. Die Ergebnisse untermauern die Wichtigkeit von mentalen Strategien, wie die Situation zu akzeptieren und versuchen, das Positive darin zu sehen. Kirby et al. (2022) weisen darauf hin, dass die Wirkung von problemfokussiertem Coping durch die Unkontrollierbarkeit des Stressors eingeschränkt sei und fanden stattdessen *Disengagement* als eine adaptive Copingstrategie, da ein „Abschalten“ von der Pandemie positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden haben könnte. Im Fall der Pandemie als Stressor liegt der Schluss nahe, dass Ablenkung statt zu viel Nachrichtenkonsum förderlich sein könnte. Eine übermäßige Beschäftigung mit dem Stressor, der ohnehin nicht einfach durch individuelle Bemühungen geändert werden kann, scheint eher zu Überforderung oder Resignation zu führen. Trotz diesen Überlegungen konnten in der vorliegenden Stichprobe vermeidende Copingstrategien wie Ablenkung, Ärger herauslassen und Loslösung nicht mit niedrigen Symptomausprägungen in Verbindung gebracht werden. Vielmehr zeigt sich, dass die Teilnehmenden mit Anpassungsstörung diese Strategien vorwiegend nutzen. Die Annahme einer förderlichen oder protektiven Wirkung dieser Strategien wird daher durch die vorliegenden Ergebnisse nicht unterstützt. Im Einklang mit Studien, die auf die eingeschränkte Wirkung von problemfokussiertem Coping hinweisen (Mohammadzadeh et al., 2020; Rogowska et al., 2020) war auch in der vorliegenden Stichprobe die Strategie Planung mit hohen Ausprägungen der Anpassungsstörung assoziiert.

Des Weiteren weisen Kirby und Kolleg\*innen (2022) auf die Bedeutung einer dritten Strategie neben problemfokussiertem Coping und *Disengagement* hin, dem akkommodierendem Coping, wozu etwa positive Neubewertung und Selbstermutigung zählen. In einer Stichprobe an  $N = 3646$  Teilnehmenden aus zwölf Ländern fanden sie akkommodierendes Coping als stärkeren, konsistenteren Prädiktor für psychische Gesundheit und Wohlbefinden im Vergleich zum problemorientierten Coping. Die Autor\*innen weisen darauf hin, dass eine positive Einstellung und das Finden von etwas Gutem in schwierigen Situationen ausschlaggebend für die Anpassung an unlösbare, chronische Stressoren wie die Pandemie sein könnten (Kirby et al., 2022). Einhergehend damit konnten in der vorliegenden Studie die Brief COPE Subskalen Akzeptanz und Positives Reframing mit niedrigeren Ausprägungen der Anpassungsstörung in Verbindung gebracht werden. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme von Kirby et al. (2022), wonach mentale Strategien, die auf das Positive der Situation bzw. auf einen Umgang mit der Situation ausgelegt sind, förderlich für die Adaption an den Stressor sein könnten. Die vorliegenden Ergebnisse stellen eine Ergänzung zu Shanahan et al. (2020) dar, die einen Zusammenhang zwischen Positivem Reframing und reduziertem Stress in einer Schweizer Stichprobe aufzeigten, indem sie einen signifikanten Zusammenhang auch für Symptome der Anpassungsstörung in der österreichischen Allgemeinbevölkerung aufzeigten. Ein förderlicher Effekt von positivem Denken auf die psychische Gesundheit konnte schon an einer Stichprobe von  $N = 1005$  Österreicher\*innen während dem ersten Lockdown gefunden werden (Budimir et al., 2021). Damit könnte die Nutzung dieser Strategien protektiv gegen eine mangelnde Anpassung an den Stressor wirken. Akkommodierendes Coping wie bei Kirby et al., bzw. positives, mentales Coping sollte daher in der zukünftigen Forschung genauer in den Fokus genommen werden.

### **Implikationen**

Die Ergebnisse ziehen eine Reihe von Implikationen nach sich. Gesundheitskampagnen in der Pandemie sollten ihren Fokus auf adaptive Copingstrategien und gesundheitsförderliches Verhalten legen. Besonders in Zeiten mit restriktiveren Maßnahmen, ist es wichtig, dass auf eine Reihe verschiedener, effektiver Verhaltensweisen zurückgegriffen werden kann, wenn übliche Copingstrategien nicht wie gewohnt nutzbar oder weniger effektiv sind. Die Bedeutsamkeit von pandemiespezifischem Coping sollte

daher hervorgehoben werden. In der Allgemeinbevölkerung sollte ein gesunder Lebensstil gefördert werden, der in einem Ausnahmezustand, wie dem der Pandemie, aufrechterhalten werden sollte, da er bei der Bewältigung dieser herausfordernden Situation hilfreich sein kann. Pandemiespezifische Verhaltensweisen, die in der vorliegenden Stichprobe mit einer gelungenen Adaption zusammenhingen, waren etwa ein gesunder Lebensstil, wozu regelmäßige körperliche Betätigung, gesunde Ernährung und Schlafgewohnheiten zählen, den Tag zu strukturieren und außerdem genug Pausen und Zeit für Entspannung einzuhalten. Besonders stellte sich eine protektive Wirkung von freudigen Aktivitäten heraus, weshalb in Zeiten von Lockdowns darauf geachtet werden sollte, bedeutsame und soziale Aktivitäten zu nutzen, so weit es möglich ist. Soziale Kontakte sollten, wenn nicht anders möglich, zumindest online aufrechterhalten werden, da sich zeigt, dass eine gute soziale Vernetzung, wahrgenommene Unterstützung und Kontakt zu nahestehenden Personen als Schutzfaktor für negative psychische Auswirkungen dienen (C. Liu et al., 2020; Strauß et al., 2021). Besonders in Zeiten mit strengeren Regulationen kann es schnell zu einer Resignation in der Bevölkerung kommen - daher könnte es in diesen Zeiten hilfreich sein, wenn zumindest individuell umsetzbare Aktivitäten oder Onlineangebote zum Ausgleich und zum „Abschalten“ genutzt werden können.

Neben pandemiespezifischem Coping stellten sich zwei weitere, allgemeine Strategien als wirksam heraus - Akzeptanz und Positives Reframing - die individuell angewandt werden können und auf die sich zum Beispiel in Beratungen, Coachings oder Therapien fokussiert werden könnte. Zu Akzeptanz zählt etwa das Annehmen und Zugestehen der Realität, sich auf die neue Situation einzulassen und zu lernen, mit neuen Herausforderungen zu leben und eigene Ziele entsprechend anzupassen. Besonders bei unkontrollierbaren Situationen wie der Pandemie scheint Akzeptanz demnach essentiell, damit eine Anpassung stattfinden kann. Zu Positivem Reframing gehört der Versuch, die Situation positiv zu betrachten, umzudeuten oder neu zu bewerten und nach etwas Gutem in der Situation zu suchen. Eine Förderung dieser mentalen, positiven Strategien könnte präventiv negativen Auswirkungen für die psychische Gesundheit entgegenwirken. Im Zweifelsfall ist es wichtig, dass in der Bevölkerung Wissen über Anlaufstellen für professionelle Unterstützung besteht. Besonders Telefonhotlines, Videosprechstunden und andere Hilfsangebote, die online stattfinden können, sollten daher ausgebaut werden.

Es zeigt sich, dass viele Personen durch diese Ausnahmesituation an ihre Grenzen geraten, von der Vielzahl an Stressoren überfordert werden, ihre gewohnten Copingstrategien nicht im üblichen Ausmaß einsetzen und nutzen können und es durch die unvorhersehbare und persistierende Situation zu Resignation kommt. Sich darauf zu verlassen, dass belastete Personen genügend Copingstrategien mitbringen oder einen Umgang finden, um die Stressoren zu bewältigen, könnte dazu führen, dass ein großer Anteil der Bevölkerung an dieser Herausforderung scheitert und keine gelungene Adaption stattfinden kann. Es besteht außerdem das Risiko, dass belastete Personen, die nicht auf geeignete Copingstrategien zurückgreifen können, stattdessen auf maladaptive Verhaltensweisen wie Substanzkonsum zurückgreifen. Der Konsum von Tabak, Alkohol oder anderen Drogen könnte etwa zur Ablenkung von der Pandemie oder zur Emotionsregulation genutzt werden, wenn keine ausreichenden adaptiven Bewältigungsstrategien genutzt werden können. Um zu verhindern, dass die Prävalenz der Anpassungsstörung sowie anderer psychischer Störungen, inklusive Substanzkonsumstörungen, in Zeiten mit restriktiveren Maßnahmen ansteigen, muss beim Corona-Krisenmanagement stets auch der Schutz der psychischen Gesundheit beachtet werden. Bereits 2020 forderte der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, dass klinisch-psychologische Behandlungen als Kassenleistungen anerkannt werden sollten (BÖP, 2020).

### **Limitationen**

An dieser Stelle soll auf einige Limitationen der vorliegenden Erkenntnisse eingegangen werden, die für eine angemessene Interpretation bedacht werden sollten. Die Ergebnisse wurden an einer Stichprobe erhoben, die zur Mehrheit aus Frauen besteht und es handelt sich überwiegend um Teilnehmende mit einem hohen Bildungsstand. Jedoch wurden aufgrund dessen die Variablen Geschlecht und Bildungsabschluss in die Regressionsanalysen mit aufgenommen, um den Einfluss dieser Faktoren untersuchen zu können. Trotzdem ist die Repräsentativität der vorliegenden Befunde und somit die Generalisierbarkeit auf die gesamte österreichische Bevölkerung eingeschränkt.

Es sollte erwähnt werden, dass es sich um eine Onlinestudie handelt, was zwar eine Vielzahl von Vorteilen mit sich bringt, jedoch auch Nachteile - so können nur Personen mit Internetzugang an der Studie teilnehmen und zudem haben Teilnehmende keine Möglichkeit, Nachfragen bezüglich Unklarheiten z.B. zu Formulierungen zu stellen. Ein weiterer Bias

könnte dadurch vorliegen, dass besonders stark belastete Personen womöglich aufgrund von ausgeprägtem Stress oder hohen Symptomausprägungen nicht an freiwilligen Umfragen wie dieser teilnehmen. Somit könnte es zu einer Unterrepräsentation von Teilnehmenden mit Anpassungsstörung kommen und dadurch könnte die gefundene Prävalenz unterschätzt sein und eine erhöhte Dunkelziffer angenommen werden.

Weiterhin ist kein adäquater Vergleich zu vor der Pandemie möglich, da keine vergleichbaren epidemiologischen Studien zur Anpassungsstörung an der österreichischen Allgemeinbevölkerung bekannt sind. Eine epidemiologische Studie die eingangs zitiert wurde und eine Prävalenz von 2% berichtet (Glaesmer et al., 2015), stammt etwa aus Deutschland und lässt damit bedingt Rückschlüsse auf Österreich zu, jedoch wären österreichische Prävalenzstudien notwendig, um einen passenden Vergleichsrahmen zu haben. Die direkte Vergleichbarkeit der eingangs dargelegten Erkenntnisse anderer Studien ist fragwürdig, da diese zum Großteil in den USA, in Asien oder in anderen europäischen Ländern wie z.B. Italien oder Spanien erhoben wurden. Wie bereits angeführt, unterschieden sich die verschiedenen Länder jedoch teilweise stark in Bezug auf die pandemische Lage und damit einhergehenden staatlichen Maßnahmen. Österreich war nicht nur, gerade beim Ausbruch der Pandemie in Europa, besonders stark betroffen, sondern gehörte auch zu den Ländern mit strengen und restriktiven Maßnahmen zur Eindämmung des Virus (Lotzin et al., 2020). Gerade bei den strengen Ausgangsbeschränkungen, die nur in Ausnahmefällen gebrochen werden durften, handelte es sich um einen gravierenden Einschnitt in den Alltag der österreichischen Bevölkerung. Somit sollte ein Vergleich mit Erkenntnissen aus anderen Ländern nur vorsichtig erfolgen. In jedem Fall sind weitere österreichische Erhebungen notwendig, um verlässliche Aussagen über den Umgang der Österreicher\*innen mit der Pandemie treffen zu können.

Es ist außerdem zu beachten, dass es sich beim Brief COPE um ein sehr kurzes Messinstrument handelt, das Coping mit nur zwei Items pro Copingstrategie erfasst. Reliabilitäts- und Validitätsstudien zeigen jedoch, dass die Gütekriterien ausreichend abgedeckt sind (Carver, 1997) und auch anhand der vorliegenden Daten konnte eine hohe interne Konsistenz gefunden werden. Für den ADNLM, der in der Kurzform aus nur acht Items besteht, zeigte sich sogar eine exzellente interne Konsistenz.

Auf den Einfluss der Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss wurde in der vorliegenden Arbeit eingegangen, Zusammenhänge mit weiteren soziodemographischen Variablen sollten in weiterführenden Studien untersucht werden. Besonders potenzielle Risikogruppen sollten in den Blick genommen werden.

### **Conclusion**

Zusammengefasst zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass das Copingverhalten im Umgang mit der Pandemie signifikant mit Symptomen der Anpassungsstörung zusammenhängt. Während pandemiespezifisches Coping, besonders die Nutzung freudiger Aktivitäten, mit niedrigen Ausprägungen in Verbindung gebracht werden konnten, zeigte sich, dass eine Reihe allgemeiner Copingstrategien mit hohen Symptomausprägungen einhergeht. Besonders ein vermeidender Copingstil hängt mit hohen Symptomausprägungen zusammen. Dagegen könnten die Strategien Akzeptanz und Positives Reframing eine gelungene Anpassung an die Pandemie begünstigen.

Schlussendlich dienen die Erkenntnisse über den Zusammenhang vom Copingverhalten mit Symptomen der Anpassungsstörung dazu, ein genaueres Verständnis über den Umgang mit unkontrollierbaren, persistierenden Stressoren zu erlangen. Sie tragen damit auch dazu bei, zu verstehen, wie Bewältigungsverhalten im Allgemeinen und einzelne Copingstrategien im Spezifischen mit einer Adaption an den Stressor assoziiert sind. Dies bringt Implikationen mit sich, einen Umgang mit der Pandemie zu finden und zu lernen, in den nächsten Jahren mit dem Virus zu leben. Zukünftig wären jedoch weitere Untersuchungen in Bezug auf konkrete Präventionsmöglichkeiten wünschenswert.



### Literaturverzeichnis

- Ben-Ezra, M., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Lavenda, O., & Maercker, A. (2018). Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *Journal of Psychiatric Research*, *103*, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.011>
- Berghammer, C. & Beham-Rabanser, M. (2020, June 15). *Wo bleibt die Zeit? Bezahlte und unbezahlte Arbeit von Frauen und Männern in der Corona-Krise*. Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog57/>
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (2020, April 24). *Corona-Pandemie: Nachfrage nach psychischer Versorgung enorm gestiegen* [Press release]. [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20200424\\_OT0024/corona-pandemie-nachfrage-nach-psychischer-versorgung-enorm-gestiegen](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200424_OT0024/corona-pandemie-nachfrage-nach-psychischer-versorgung-enorm-gestiegen)
- Brakemeier, E. L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U., & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. *49*(1), 1–31. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>
- Bridgland V., Moeck E., Green D., Swain T., Nayda D., Matson L., Hutchison, N., & Takarangi, M. (2021). Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PLoS ONE* *16*(1): Article e0240146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Springer-Lehrbuch. Springer-Verlag.
- Brunet, A., Rivest-Beauregard, M., Lonergan, M., Cipolletta, S., Rasmussen, A., Meng, X., Jaafari, N., Romero, S., Superka, J., Brown, A. D., & Sapkota, R. P. (2022). PTSD is not the emblematic disorder of the COVID-19 pandemic; adjustment disorder is. *BMC Psychiatry*, *22*(1), Article 300. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03903-5>

- Budimir, Probst, T., & Pieh, C. (2021). Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown. *Journal of Mental Health, 30*(2), 156–163. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875412>
- Bundeskanzleramt. (2020a, March 13) *Bundesregierung präsentiert aktuelle Beschlüsse zu Coronavirus*. Österreichische Bundesregierung. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2020/bundesregierung-praesentiert-aktuelle-beschluesse-zum-coronavirus.html>
- Bundeskanzleramt. (2020b, March 30) *Bundeskanzler Sebastian Kurz: Mund-Nasen-Schutz wird Pflicht, Abstand halten weiterhin wichtig*. Österreichische Bundesregierung. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2020/bundeskanzler-sebastian-kurz-mund-nasen-schutz-wird-pflicht-abstand-halten-weiterhin-wichtig.html>
- Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020, March 15). *98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmegesetzes*. [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2020\\_II\\_98/BGBLA\\_2020\\_II\\_98.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_98/BGBLA_2020_II_98.html)
- Cambridge Dictionary. (n.d.). *Lockdown*. Cambridge Dictionary. Retrieved December 5, 2022, from <https://dictionary.cambridge.org/de/worterbuch/englisch/lockdown>
- Cambridge Dictionary. (n.d.). *Social Distancing*. Cambridge Dictionary. Retrieved December 5, 2022, from <https://dictionary.cambridge.org/de/worterbuch/englisch/social-distancing>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*, 92–100.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Cooke, J., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 292*, Article 113347. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science, 17*, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Dragan, M., Grajewski, P., & Shevlin, M. (2021). Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic.

- European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Article 1860356. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860356>
- Eisenberg, S. A., Shen, B.-J., Schwarz, E. R., & Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(3), 253–261.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS : and sex and drugs and rock 'n' roll* (3. ed.).
- Fullana, M. A., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., & Radua, J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 275, 80–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.027>
- Gardner, L. (2020, January 23). Mapping COVID-19. *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University*. Retrieved December 12, 2022, from <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>
- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 229(3), 940–948. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Hensler, J., Stock, F., Van Bohemen, J., Walter, H., Heinz, A., & Brandt, L. (2020). Mental health effects of infection containment strategies: Quarantine and isolation - A systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 223–234. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x>
- Kavčič, T., Avsec, A., & Zager Kocjan, G. (2022). Coping profiles and their association with psychological functioning: A latent profile analysis of coping strategies during the COVID-19 pandemic. *Personality and Individual Differences*, 185, 1 Article 111287. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111287>

- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A brief measure of the International Classification of Diseases-11 adjustment disorder: Investigation of psychometric properties in an adult help-seeking sample. *Psychopathology, 51*(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Kazlauskas, E., & Quero, S. (2020). Adjustment and Coronavirus: How to Prepare for COVID-19 Pandemic-Related Adjustment Disorder Worldwide? *Psychological Trauma, 12*(1), 22–24. <https://doi.org/10.1037/tra0000706>
- Kirby, L. D., Qian, W., Adiguzel, Z., Afshar Jahanshahi, A., Bakracheva, M., Orejarena Ballestas, M. C., Cruz, J. F. A., Dash, A., Dias, C., Ferreira, M. J., Goosen, J. G., Kamble, S. V., Mihaylov, N. L., Pan, F., Sofia, R., Stallen, M., Tamir, M., Dijk, W. W., Vittersø, J., & Smith, C. A. (2022). Appraisal and coping predict health and well-being during the COVID-19 pandemic: An international approach. *International Journal of Psychology, 57*(1), 49–62. <https://doi.org/10.1002/ijop.12770>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 977–988.
- Liu, C., Zhang, E., Wong, G., Hyun, S., & Hahm, H. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research, 290*, Article 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research, 287*, Article 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., Bragesjö, M., Dragan, M., Grajewski, P., Figueiredo-Braga, M., Gelezelyte, O., Javakhishvili, J. D., Kazlauskas, E., Knepfel, M., Lueger-Schuster, B., Makhashvili, N., Mooren, T., Sales, L., Stevanovic, A., & Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic - study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European Journal of*

- Psychotraumatology*, 11:1, Article 1780832. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1780832>
- Lotzin, A., Ketelsen, R., Buth, S., Krause, L., Ozga, A.-K., Böttche, M., Schäfer I. (2021, April 19). The Pandemic Coping Scale - Factorial Validity and Reliability of a Brief Measure of Coping During a Pandemic. (Preprint), *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-400361/v1>
- Lotzin, A., Krause, L., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Arnberg, F., Böttche, M., Bragesjö, M., Dragan, M., Figueiredo-Braga, M., Gelezelyte, O., Grajewski, P., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Javakhishvili, J. D., Kazlauskas, E., Lenferink, L., Lioupi, C., Lueger-Schuster, B., Tsiskarishvili, L., ... Schäfer, I., & ADJUST Study Consortium (2021). Risk and protective factors, stressors, and symptoms of adjustment disorder during the COVID-19 pandemic - First results of the ESTSS COVID-19 pan-European ADJUST study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1, Article 1964197. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1964197>
- Lueger-Schuster, B., Zrnić Novaković, I., & Lotzin, A. (2022). Two Years of COVID-19 in Austria - Exploratory Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), Article 8223. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138223>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, Article 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Maercker, & Augsburger, M. (2017). Psychotraumatologie. *Nervenarzt*, 88(9), 967–973. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0363-6>
- Mariani, R., Renzi, A., Di Trani, M., Trabucchi, G., Danskin, K., & Tambelli, R. (2020). The Impact of Coping Strategies and Perceived Family Support on Depressive and Anxious Symptomatology During the Coronavirus Pandemic (COVID-19) Lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 587724. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.587724>
- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social

- resources. *Psychiatry Research*, 293, Article 113419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), Article 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Mohammadzadeh, F., Delshad Noghabi, A., Khosravan, S., Bazeli, J., Armanmehr, V., & Paykani, T. (2020). Anxiety severity levels and coping strategies during the COVID-19 pandemic among people aged 15 years and above in Gonabad, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 23(9), 633–638. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.76>
- Perkonig, A., Lorenz, L., & Maercker, A. (2018). Prevalence and correlates of ICD-11 adjustment disorder: Findings from the Zurich Adjustment Disorder Study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(3), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.05.001>
- Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015). *The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/pc-ptsd.asp>
- Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2020a, June 3). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich - Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen*. Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/>
- Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2020b, June 26). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich - Teil 2: Von den ersten Lockerungen hinzu einer Normalisierung des öffentlichen Lebens*. Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog60/>
- Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2020c, October 14). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich - Teil 3: Vom ruhigen Sommer bis zum Beginn der zweiten Welle*. Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog79/>

- Probst, T., Budimir, S., & Pieh, C. (2020). Depression in and after COVID-19 lockdown in Austria and the role of stress and loneliness in lockdown: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 277, 962–963. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.047>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry* 2020;33, Article e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Rahman, H. A., Issa, W. B., & Naing, L. (2020, September 29). Psychometric properties of Brief-COPE inventory among nurses. (Preprint), *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-84184/v1>
- Robert-Koch-Institut. (2021, November 26). *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html)
- Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., & Bokszczanin, A. (2020). Examining anxiety, life satisfaction, general health, stress and coping styles during the COVID-19 pandemic in Polish sample of university students. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 13, 797–811. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S266511>
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11:790. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00790>
- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2020). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 52(5), 824–833. <https://doi.org/10.1017/S003329172000241X>
- Solberg, M. A., Gridley, M. K., & Peters, R. M. (2021). The Factor Structure of the Brief Cope: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*. 1–16. <https://doi.org/10.1177/01939459211012044>
- Strauß, B., Berger, U., & Rosendahl, J. (2021). Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie - Teil 1 einer

- (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7>
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249–288.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11 - International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2020a, January 21). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) - Situation Report 1*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4)
- World Health Organization. (2020b, February 26). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) - Situation Report 37*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=2146841e\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=2146841e_2)
- World Health Organization. (2020c, March 11). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) - Situation Report 51*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)
- Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., Li, Z., & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC Psychiatry*, 20(1), Article 426. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02826-3>



## Anhang

### Abstract

Während der Covid-19-Pandemie konnten international erhöhte Ausprägungen von Depression, Angst, Stress und Schlafproblemen beobachtet werden. Die Pandemie bringt eine Reihe von Stressoren mit sich - wie Arbeitsplatzverlust, Kurzarbeit, finanzielle Einbußen, Isolation, *Social Distancing* und Angst vor einer Infektion. Solche komplexen und persistierenden Stressoren können dazu führen, dass eine Adaption an die Situation fehlschlägt - besonders die Anpassungsstörung könnte daher eine weit verbreitete psychische Folge der Pandemie sein.

Im Fokus der vorliegenden Masterarbeit steht der Zusammenhang zwischen Copingverhalten und Symptomen der Anpassungsstörung in der österreichischen Allgemeinbevölkerung. Im Rahmen der ESTSS Adjust Study wurde an einer Stichprobe von  $N = 1001$  Österreicher\*innen im Sommer 2020 eine online-Fragebogenstudie durchgeführt. Es zeigte sich, dass allgemeines Coping und ein vermeidender Copingstil mit höheren Symptomausprägungen der Anpassungsstörung einhergehen, während pandemiespezifisches Coping und ein annähernder Copingstil mit niedrigeren Symptomausprägungen assoziiert waren. In einem Gruppenvergleich von Personen mit und ohne Anpassungsstörung, zeigte sich, dass Personen ohne Anpassungsstörung die Strategien Freudige Aktivitäten, Positives Reframing und Akzeptanz mehr nutzen. Demgegenüber nutzen Personen mit Anpassungsstörung mehr vermeidende Strategien, Planung und Suche nach emotionaler und instrumenteller Unterstützung.

Die Befunde verdeutlichen, dass bei vielen Menschen eine Anpassung an die Pandemie fehlschlägt, da es sich um einen persistierenden Stressor handelt und gleichzeitig viele Copingstrategien nicht wie üblich genutzt werden können. Besonders annähernde Strategien sind durch die Unkontrollierbarkeit der Situation weniger effektiv oder aufgrund von Maßnahmen eingeschränkt. Die Nutzung von mentalen Strategien, die auf das Positive bzw. auf Akzeptanz der Situation ausgerichtet sind, könnte eine protektive Wirkung haben.

*Keywords:* Covid-19-Pandemie, Anpassungsstörung, Copingverhalten, Annäherung, Vermeidung

**Abstract**

During the Covid-19 pandemic, increased levels of depression, anxiety, psychological distress and sleep problems could be observed. The pandemic includes a wide range of stressors – such as job loss, short-time work, financial loss, isolation, social distancing and fear of infection. Such complex and persistent stressors can lead to a failure to adapt - adjustment disorder could therefore be a common psychological consequence of the pandemic.

The focus of this master's thesis is the relation between coping behavior and symptoms of adjustment disorders in the Austrian general population. As part of the ESTSS Adjust Study, an online questionnaire study was carried out on a sample of  $N = 1001$  Austrians in summer 2020. It was found that general coping and avoidant coping are associated with higher levels of adjustment disorder symptoms, while pandemic-specific coping and approach coping were related with lower levels. In a group comparison of people with and without adjustment disorder, it was shown that people without an adjustment disorder used the strategies joyful activities, positive reframing and acceptance more. In contrast, individuals with adjustment disorders used more avoidant strategies, planning and seeking emotional and instrumental support.

The findings indicate that many people fail to adapt to the pandemic because it's a persistent stressor and at the same time, many coping strategies can't be used as usual. Particularly approaching strategies are less effective due to the uncontrollability of the situation or are limited due to government measures. The use of mental strategies with focus towards the positive or towards acceptance of the situation could have a protective effect.

*Keywords:* Covid-19 pandemic, adjustment disorder, coping, approach, avoidance

**Regressionsanalysen mit Bootstrapping****Tabelle 10***Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Regression 1 mit Bootstrapping*

	<i>b</i> [CI]	<i>SE b</i>	Beta	<i>T</i>	<i>p</i>
(Konstante)	14.166 [12.424; 15,787]	.818		17.152	< .001
Brief COPE Total	.197 [.161; .235]	.019	.360	10.218	< .001
PCS Total	-.184 [-.246; -.133]	.032	-.208	-5.914	< .001

*Anmerkung.* Konfidenzintervalle und Standardfehler per BCa-Bootstrapping mit 1000 Stichproben.

**Tabelle 11***Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Regression 2 mit Bootstrapping*

	<i>b</i> [CI]	<i>SE b</i>	Beta	<i>T</i>	<i>p</i>
(Konstante)	10.977 [10.075; 11.854]	.460		21.440	< .001
Vermeidung	.678 [.585; .761]	.046	.510	15.009	< .001
Annäherung	-.074 [-.132; -.017]	.029	-.086	-2.527	.012

*Anmerkung.* Konfidenzintervalle und Standardfehler per BCa-Bootstrapping mit 1000 Stichproben.

**Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1:</b> Annähernder und Vermeidender Copingstil	28
<b>Tabelle 2:</b> Soziodemographische Charakteristiken	32
<b>Tabelle 3:</b> Deskriptive Statistiken und Interne Konsistenz	34
<b>Tabelle 4:</b> Modellzusammenfassung der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse 1	37
<b>Tabelle 5:</b> Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Koeffizienten Regressionsmodell 4	38
<b>Tabelle 6:</b> Modellzusammenfassung der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse 2	40
<b>Tabelle 7:</b> Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Regressionsmodell 3	40
<b>Tabelle 8:</b> PCS Mittelwertsunterschiede zwischen Personen mit und ohne AS	42
<b>Tabelle 9:</b> Brief COPE Mittelwertsunterschiede zwischen Personen mit und ohne AS	43
<b>Tabelle 10:</b> Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Regression 1 mit Bootstrapping	67
<b>Tabelle 11:</b> Prädiktoren für Symptome der Anpassungsstörung - Regression 2 mit Bootstrapping	67

\* Encoding: UTF-8.

\*\*\*\*\* Vorbereitung der Daten: Copingskalen bilden \*\*\*\*\*

\* PCS Subskalen \*

```
COMPUTE pcs.prev.t1 = SUM(co.1.t1, co.2.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.prev.t1 "PCS: Prevention Adherence T1".

```
COMPUTE pcs.heal.t1 = SUM(co.3.t1, co.4.t1, co.5.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.heal.t1 "PCS: Healthy Lifestyle T1".

```
COMPUTE pcs.struc.t1 = SUM(co.10.t1, co.11.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.struc.t1 "PCS: Daily Structure T1".

```
COMPUTE pcs.act.t1 = SUM(co.8.t1, co.9.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.act.t1 "PCS: Meaningful Activities T1".

```
COMPUTE pcs.soc.t1 = SUM(co.12.t1, co.13.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.soc.t1 "PCS: Social Activities T1".

```
COMPUTE pcs.rest.t1 = SUM(co.6.t1, co.7.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.rest.t1 "PCS: Resting T1".

```
Recode pcs.prev.t1 to pcs.rest.t1 (sysmis=-99).  
EXECUTE.
```

```
Missing Values pcs.prev.t1 to pcs.rest.t1 (-99).  
EXECUTE.
```

\* PCS Total \*

```
COMPUTE pcs.tot.t1 = SUM(co.1.t1, co.2.t1, co.3.t1, co.4.t1, co.5.t1, co.6.t1, co.7.t1,  
co.8.t1, co.9.t1, co.10.t1, co.11.t1, co.12.t1, co.13.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.tot.t1 "PCS Total T1".

```
Recode pcs.tot.t1 (sysmis=-99).  
EXECUTE.
```

```
Missing Values pcs.tot.t1 (-99).  
EXECUTE.
```

\* Brief COPE: approach + avoidant Coping Scores \*

```
COMPUTE bcope.avoid.sum = SUM(bcope.dist.t1, bcope.den.t1, bcope.sub.t1,  
bcope.behd.t1, bcope.ven.t1, bcope.sbl.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.avoid.sum "Score Avoidant Coping".

```
COMPUTE bcope.appr.sum = SUM(bcope.act.t1, bcope.esupp.t1, bcope.isupp.t1,  
bcope.posr.t1, bcope.pl.t1, bcope.acc.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.appr.sum "Score Approach Coping".

```
Recode bcope.avoid.sum to bcope.appr.sum (sysmis=-99).  
EXECUTE.
```

```
Missing Values bcope.avoid.sum to bcope.appr.sum (-99).  
EXECUTE.
```

\* PCS Faktoren \*

```
COMPUTE pcs.joy.mean = MEAN(co.8.t1, co.9.t1, co.12.t1, co.13.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.joy.mean "PCS Faktor: Joyful Activities T1".

```
COMPUTE pcs.heal.mean = MEAN(co.3.t1, co.4.t1, co.5.t1, co.6.t1, co.7.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.heal.mean "PCS Faktor: Healthy Lifestyle T1".

```
COMPUTE pcs.prev.mean = MEAN(co.1.t1, co.2.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.prev.mean "PCS Faktor: Prevention T1".

```
COMPUTE pcs.struc.mean = MEAN(co.10.t1, co.11.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels pcs.struc.mean "PCS Faktor: Daily Structure T1".

```
Recode pcs.joy.mean to pcs.struc.mean (sysmis=-99).  
EXECUTE.
```

```
Missing Values pcs.joy.mean to pcs.struc.mean (-99).  
EXECUTE.
```

\*Brief COPE Subskalen - means\*

```
COMPUTE bcope.acc.mean = MEAN(co.33.t1, co.37.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.acc.mean "Brief COPE: Acceptance MEAN".

```
COMPUTE bcope.act.mean = MEAN(co.15.t1, co.20.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.act.mean "Brief COPE: Active Coping MEAN".

```
COMPUTE bcope.behd.mean = MEAN(co.19.t1, co.29.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.behd.mean "Brief COPE: Behavioral Disengagement MEAN".

```
COMPUTE bcope.den.mean = MEAN(co.16.t1, co.21.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.den.mean "Brief COPE: Denial MEAN".

```
COMPUTE bcope.dist.mean = MEAN(co.14.t1, co.32.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.dist.mean "Brief COPE: Self Distraction MEAN".

```
COMPUTE bcope.esupp.mean = MEAN(co.18.t1, co.28.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.esupp.mean "Brief COPE: Emotional Support MEAN".

```
COMPUTE bcope.hu.mean = MEAN(co.31.t1, co.41.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.hu.mean "Brief COPE: Humor MEAN".

```
COMPUTE bcope.isupp.mean = MEAN(co.23.t1, co.36.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.isupp.mean "Brief COPE: Instrumental Support MEAN".

```
COMPUTE bcope.pl.mean = MEAN(co.27.t1, co.38.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.pl.mean "Brief COPE: Planning MEAN".

```
COMPUTE bcope.posr.mean = MEAN(co.25.t1, co.30.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.posr.mean "Brief COPE: Positive Reframing MEAN".

```
COMPUTE bcope.rel.mean = MEAN(co.35.t1, co.40.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.rel.mean "Brief COPE: Religion MEAN".

```
COMPUTE bcope.sbl.mean = MEAN(co.26.t1, co.39.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.sbl.mean "Brief COPE: Self Blame MEAN".

```
COMPUTE bcope.sub.mean = MEAN(co.17.t1, co.24.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.sub.mean "Brief COPE: Substance Use MEAN".

```
COMPUTE bcope.ven.mean = MEAN(co.22.t1, co.34.t1).  
EXECUTE.
```

Variable Labels bcope.ven.mean "Brief COPE: Venting MEAN".

```
RECODE bcope.acc.mean TO bcope.ven.mean (sysmis=-99).  
EXECUTE.
```

```
MISSING VALUES bcope.acc.mean TO bcope.ven.mean (-99).  
EXECUTE.
```

\*\*\*\*\* Deskriptive Statistiken \*\*\*\*\*

```
FREQUENCIES  
VARIABLES= bcope.t1  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN  
MEDIAN  
/HISTOGRAM  
NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES  
VARIABLES= pcs.tot.t1  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN  
MEDIAN  
/HISTOGRAM  
NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES  
VARIABLES= bcope.avoid.sum  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN  
MEDIAN  
/HISTOGRAM  
NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES  
VARIABLES= bcope.appr.sum  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN  
MEDIAN  
/HISTOGRAM  
NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES  
VARIABLES= adnm.t1  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN  
MEDIAN  
/HISTOGRAM  
NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```



```
FREQUENCIES VARIABLES=s.gen.t1 s.cm.t1r s.reg.t1at s.ed.t1at c.hea.t1 c.ris.t1 c.dis.t1
c.inf.t1 s.inc.t1at s.nat.t1at s.ref.t1 s.rel.t1 s.ch.t1 s.to.t1 s.wor.t1_2 s.wor.t1_3 s.wor.t1_4
s.wor.t1_5 s.wor.t1_6 s.wor.t1_7 s.wor.t1_8 s.are.t1_1 s.inr.t1 adnm.cut.t1
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=s.age.t1 adnm.t1
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN.
```

\*\*\*\*\* Interne Konsistenz der Skalen \*\*\*\*\*

#### RELIABILITY

```
/VARIABLES=ad.1.t1 ad.2.t1 ad.3.t1 ad.4.t1 ad.5.t1 ad.6.t1 ad.7.t1 ad.8.t1
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

#### RELIABILITY

```
/VARIABLES=co.1.t1 co.2.t1 co.3.t1 co.4.t1 co.5.t1 co.6.t1 co.7.t1 co.8.t1 co.9.t1 co.10.t1
co.11.t1 co.12.t1 co.13.t1
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

#### RELIABILITY

```
/VARIABLES=co.14.t1 co.15.t1 co.16.t1 co.17.t1 co.18.t1 co.19.t1 co.20.t1 co.21.t1
co.22.t1 co.23.t1 co.24.t1 co.25.t1
co.26.t1 co.27.t1 co.28.t1 co.29.t1 co.30.t1 co.31.t1 co.32.t1 co.33.t1 co.34.t1 co.35.t1
co.36.t1 co.37.t1 co.38.t1 co.39.t1 co.40.t1 co.41.t1
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

#### RELIABILITY

```
/VARIABLES=co.14.t1 co.16.t1 co.17.t1 co.19.t1 co.21.t1 co.22.t1 co.24.t1 co.26.t1
co.29.t1 co.32.t1 co.34.t1 co.39.t1
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

#### RELIABILITY

```
/VARIABLES=co.15.t1 co.18.t1 co.20.t1 co.23.t1 co.25.t1 co.27.t1 co.28.t1 co.30.t1
co.33.t1 co.36.t1 co.37.t1 co.38.t1
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

\*\*\*\*\* Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss \*\*\*\*\*

- \* Korrelationen mit ADNM \*
- \* Korrelationen mit Coping \*

#### CORRELATIONS

```
/VARIABLES=s.age.t1 bcope.t1 bcope.avoid.sum bcope.appr.sum pcs.tot.t1 adnm.t1
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

## CORRELATIONS

```
/VARIABLES=s.gen.t1 bcope.t1 bcope.avoid.sum bcope.appr.sum pcs.tot.t1 adnm.t1  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/STATISTICS DESCRIPTIVES  
/MISSING=PAIRWISE.
```

## CORRELATIONS

```
/VARIABLES=s.ed.t1r bcope.t1 bcope.avoid.sum bcope.appr.sum pcs.tot.t1 adnm.t1  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/STATISTICS DESCRIPTIVES  
/MISSING=PAIRWISE.
```

\*\*\*\*\* Voraussetzungsprüfung \*\*\*\*\*

\* Ausreißer \*

```
EXAMINE VARIABLES bcope.t1 bcope.avoid.sum bcope.appr.sum pcs.tot.t1 adnm.t1  
/COMPARE VARIABLE  
/PLOT=BOXPLOT  
/STATISTICS=NONE  
/NOTOTAL.
```

\*\*\*\*\* Regressionen \*\*\*\*\*

## REGRESSION

```
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R CHANGE ANOVA COLLIN TOL  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.051)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT adnm.t1  
/METHOD=ENTER bcope.t1 pcs.tot.t1  
/PARTIALPLOT ALL  
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED)  
/RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID)  
/CASEWISE PLOT(ZRESID) OUTLIERS(3)  
/SAVE ZRESID COOK LEVER MAHAL.
```

## REGRESSION

```
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.051)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT adnm.t1  
/METHOD=ENTER bcope.avoid.sum bcope.appr.sum  
/PARTIALPLOT ALL  
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED)  
/RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID)  
/CASEWISE PLOT(ZRESID) OUTLIERS(3)  
/SAVE ZRESID COOK LEVER MAHAL.
```

\* schrittweise Regressionen mit Kontrollvariablen \*

```
REGRESSION
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R CHANGE ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.051)
/NOORIGIN
/DEPENDENT adnm.t1
/METHOD=STEPWISE bcope.t1 pcs.tot.t1 s.age.t1 s.gen.t1 s.ed.t1r
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED)
/RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).
```

```
REGRESSION
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.051)
/NOORIGIN
/DEPENDENT adnm.t1
/METHOD=STEPWISE bcope.avoid.sum bcope.appr.sum s.age.t1 s.gen.t1 s.ed.t1r
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED)
/RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).
```

\*\*\*\*\* t-Tests \*\*\*\*\*

```
T-TEST GROUPS=adnm.cut.t1(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=pcs.joy.mean pcs.heal.mean pcs.prev.mean pcs.struc.mean
/CRITERIA=CI(.95).
```

```
T-TEST GROUPS=adnm.cut.t1(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=bcope.acc.mean bcope.act.mean bcope.behd.mean bcope.den.mean
bcope.dist.mean bcope.esupp.mean bcope.hu.mean bcope.isupp.mean
bcope.pl.mean bcope.posr.mean bcope.rel.mean bcope.sbl.mean bcope.sub.mean
bcope.ven.mean
/CRITERIA=CI(.95).
```

\*\*\*\*\* Regressionen mit Bootstrapping \*\*\*\*\*

```
BOOTSTRAP
/SAMPLING METHOD=SIMPLE
/VARIABLES TARGET=adnm.t1 INPUT= bcope.t1 pcs.tot.t1
/CRITERIA CILEVEL=95 CITYPE=BCA NSAMPLES=1000
/MISSING USERMISSING=EXCLUDE.
```

```
REGRESSION
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R CHANGE ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.051)
```

```
/NOORIGIN  
/DEPENDENT adnm.t1  
/METHOD=ENTER bcope.t1 pcs.tot.t1  
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED).
```

```
BOOTSTRAP  
/SAMPLING METHOD=SIMPLE  
/VARIABLES TARGET=adnm.t1 INPUT= bcope.avoid.sum bcope.appr.sum  
/CRITERIA CILEVEL=95 CITYPE=BCA NSAMPLES=1000  
/MISSING USERMISSING=EXCLUDE.
```

```
REGRESSION  
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R CHANGE ANOVA COLLIN TOL  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.051)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT adnm.t1  
/METHOD=ENTER bcope.avoid.sum bcope.appr.sum  
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED).
```