

# Streß und Streßbewältigung

Heinz Walter Krohne

Der Begriff „Streß“ genießt in den Verhaltens- und Gesundheitswissenschaften seit etwa vierzig Jahren große Popularität. (Zur Geschichte des Streßkonzepts siehe u. a. Hinkle, 1974; Mason, 1975a, 1975b; für eine Übersicht vgl. auch Laux, 1983.) Basierend auf den wichtigen Arbeiten Cannons (1929, 1932) zum Notfallsyndrom und „Fight-flight“-Verhalten, bestimmte Selye (u. a. 1950, 1976) Streß als körperlichen Zustand unter Belastung, gekennzeichnet durch Anspannung, Widerstand gegenüber der Belastung und, bei längeranhaltender oder häufig wiederkehrender Belastung, körperlicher Schädigung. In diesem Fall werden die Kräfte, die schädigend auf den Organismus einwirken, als „Stressoren“ bezeichnet (vgl. McGrath, 1982).

Die Möglichkeit einer körperlichen Schädigung unter Streß verleiht dem Konzept auch für die Gesundheitspsychologie zentrale Bedeutung. Bereits mit der Einführung des Begriffs Streß wurde dessen mögliche Rolle bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen sowohl in der Wissenschaft als auch in den Medien diskutiert. Drei Themen standen dabei im Vordergrund:

1. Der Zusammenhang zwischen bestimmten traumatischen Erlebnissen und physischer oder psychischer Erkrankung (u. a. Baum & Singer, 1987; Elliott & Eisdorfer, 1982).
2. Die mögliche Beziehung zwischen streßerzeugendem Lebensstil und einer erhöhten Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen (Friedman & Rosenman, 1974; Glass, 1977; Matthews, 1982).
3. Belastende Arbeits- und Lebensbedingungen als mögliche Ursache von Erkrankung (u. a. Cooper & Payne, 1978; Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Gunderson & Rahe, 1974; Kahn, 1981).

Da die frühen Arbeiten Cannons und Selyes ausschließlich an Tieren durchgeführt wurden, übersahen diese Forscher die Bedeutung psychologischer Faktoren im Streßgeschehen. Insbesondere vernachlässigten sie die Spezifizierung von Mechanismen zur Erklärung der Transformation „objektiver“ Ereignisse in subjektive Erlebnisatbestände sowie eine genauere Beschreibung der Dynamik der Streßbewältigung. Die Beschäftigung mit beiden Problemen steht im Mittelpunkt psychologischer Streßtheorien, wie sie insbesondere von Lazarus (1966, 1991; Lazarus & Folkman, 1984b) entwickelt wurden (vgl. auch Krohne, 1996a; Schwarzer, 1993).

## Psychologischer Streß: die Theorie von Lazarus

Seit der ersten Veröffentlichung einer umfassenderen Theorie (Lazarus, 1966) hat Lazarus seine Auffassung vom psychologischen Streß mehrfach in wesentlichen Punkten revidiert (Lazarus & Launier, 1978). In seiner neuesten Darstellung (u. a. Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984b; 1987) wird Streß als ein relationales

Konzept aufgefaßt, also nicht als spezifische äußere Reizgegebenheit (situationsbezogene Definition) oder als typisches Muster von Reaktionen (reaktionsbezogene Definition), sondern als eine bestimmte Beziehung (Lazarus: „Transaktion“) zwischen Umwelt und Person. „Psychologischer Streß bezieht sich auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern“ (Lazarus & Folkman, 1986, S. 63). Wie diese Definition deutlich macht, sollen zwei zentrale Prozesse als Mediatoren innerhalb der streßrelevanten Person-Umwelt-Beziehung sowie im Hinblick auf daraus resultierende unmittelbare und längerfristige Konsequenzen fungieren: **kognitive Bewertung** („cognitive appraisal“) und **Streßbewältigung** („coping“).

Das Konzept der **kognitiven Bewertung** (vgl. hierzu Arnold, 1960) basiert auf der Überzeugung, daß streßbezogene Prozesse von den Erwartungen abhängen, die eine Person im Hinblick auf den Ausgang einer spezifischen Konfrontation mit ihrer Umwelt manifestiert. Dieses Konzept ist notwendig, um interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Art, Intensität und Dauer ausgelöster streßrelevanter Prozesse (z. B. emotionaler Reaktionen) unter ansonsten für verschiedene Personen gleichartigen Umweltbedingungen zu erklären. Der jeweilige Streßprozeß wird mithin durch ein spezifisches Muster kognitiver Bewertungsvorgänge erzeugt und gesteuert. Ein wesentlicher Einfluß auf die Art dieser Bewertungsvorgänge geht von bestimmten Person- und Situationsfaktoren aus, die später noch näher beschrieben werden.

Kognitive Bewertung kann drei Formen annehmen, die jeweils unterschiedliche Funktionen haben und auf verschiedenartigen Informationsquellen basieren. Als **Primärbewertung** („primary appraisal“) bezieht sie sich auf jede Auseinandersetzung mit der Umwelt im Hinblick auf das Wohlergehen („well-being“) der betreffenden Person. Hierbei sind drei fundamentale Bewertungen möglich: irrelevante, günstige und streßbezogene Auseinandersetzungen. Die letztgenannte Bewertung wird dabei nochmals nach den drei Beziehungen „Schaden-Verlust“ („harm-loss“, eine bereits eingetretene Beeinträchtigung), „Bedrohung“ („threat“, eine antizipierte Beeinträchtigung) und „Herausforderung“ („challenge“, eine streßbezogene Auseinandersetzung mit der Möglichkeit eines Gewinns für die betreffende Person) differenziert.

**In der Sekundärbewertung** („secondary appraisal“) vollzieht das Individuum eine Abschätzung seiner Ressourcen und Möglichkeiten im Hinblick auf einen erfolgreichen Abschluß der streßbezogenen Auseinandersetzung. Dieses Konzept hat innerhalb der Theorieentwicklung eine zunehmend zentralere Rolle eingenommen (vgl. Lazarus, 1991; Lazarus & Launier, 1978). So soll es wesentlich von der Art der Einschätzung der persönlichen Ressourcen abhängen, ob sich jemand in einer Streß-Situation als bedroht oder herausgefordert fühlt. - Im Verlauf der Auseinandersetzung mit der Umwelt und der dadurch eventuell modifizierten situativen Bedingungen kann es zu einer **Neubewertung** („reappraisal“) der Person-Umwelt-Beziehung kommen. Eine Neubewertung kann allerdings auch aus einer rein „innerpsychischen“ Auseinandersetzung mit der Situation, also ohne vorausgegangenes aktives Eingreifen, resultieren, etwa indem bedrohliche oder frustrierende Aspekte einer Situation umgedeutet werden. Diese „defensive“ Neubewertung hat insbesondere im Hinblick

auf die Bewältigung von Emotionen (Angst, Arger) Bedeutung (vgl. Laux & Weber, 1990).

**Streßbewältigung** („coping“) wird von Lazarus und Folkman (1984a, S. 283) definiert als der Prozeß der Handhabung („management“) jener externen oder internen Anforderungen, die vom Individuum als die eigenen Ressourcen beanspruchend oder übersteigend bewertet werden. Als Subkategorie innerhalb des übergeordneten Konzepts der Adaptation soll sich Coping auf jene Handlungen beziehen, die sich unter problematischen und insbesondere neuartigen Bedingungen vollziehen. Cohen und Lazarus (1979, S. 232) nennen dabei fünf Hauptaufgaben des Coping: 1. Den Einfluß schädigender Umweltbedingungen reduzieren und die Aussicht auf Erholung verbessern. 2. Negative Ereignisse oder Umstände tolerieren bzw. den Organismus an sie anpassen. 3. Ein positives Selbstbild aufrechterhalten. 4. Das emotionale Gleichgewicht sichern. 5. Befriedigende Beziehungen mit anderen Personen fortsetzen.

Die zur Erfüllung dieser Aufgaben eingesetzten Bewältigungsstrategien (z. B. aggressive Konfrontation, Problemlösen, Distanzierung, Selbstkontrolle, Vermeidung, Neuinterpretation, vgl. hierzu auch Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986) lassen sich zwei **Funktionen** zuordnen: Emotions- und problembezogenes Coping. **Problembezogen** („instrumentell“) soll Streßbewältigung dann sein, wenn die Person sich direkt mit den Bedingungen befaßt, von denen eine Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung ausgeht. Unter **emotionsbezogener** („palliativer“) Streßbewältigung versteht Lazarus jene Anstrengungen, die zunächst auf die Emotionsregulierung gerichtet sind. Innerhalb jeder Funktion werden vier **Bewältigungsarten** unterschieden: Informationssuche, direktes Handeln, Unterlassen von Handlungen sowie intrapsychisches Bewältigen. Dieselbe Copingstrategie, z. B. eine intrapsychische Strategie wie „Umdeuten“, kann also (zu verschiedenen Gelegenheiten, hin und wieder auch gleichzeitig) sowohl eine instrumentelle (etwa bei der Beilegung eines sozialen Konflikts) als auch eine Palliative (emotionsreduzierende) Funktion haben. Ähnlich wie der Vorgang der kognitiven Bewertung soll auch das aktuelle Bewältigungsverhalten durch bestimmte situative und personale Faktoren determiniert sein.

**Situative Merkmale**, die den Ablauf des Streßprozesses beeinflussen, lassen sich nach formalen und inhaltlichen Parametern beschreiben (vgl. u. a. Krohne, 1996a). Zu den **formalen Parametern** gehört der Grad der **verhaltensmäßigen Beeinflußbarkeit** (bzw. **Kontrollierbarkeit**) eines Stressors. Viele Situationen lösen deshalb Streßreaktionen und spezifische Formen der Bewältigung aus, weil sie vom Individuum als nicht (oder zu wenig) steuerbar erlebt werden. Hierzu gehören beispielsweise bestimmte Bedingungen am Arbeitsplatz (z. B. Lärm), das Erleben eines nicht beeinflussbaren Krankheitsverlaufs bei einem nahen Angehörigen oder etwa die Situation des Patienten vor einer Operation.

Ein weiterer formaler Gesichtspunkt ist der unterschiedliche Grad von Information über die Situation (**Vorhersagbarkeit** bzw. **Unsicherheit**). An dieser Kategorie lassen sich verschiedene Dimensionen unterscheiden (vgl. Miller, 1981; Prystav, 1979, 1985): Die **generelle Vorhersagbarkeit** bezieht sich auf die Kenntnis darüber, ob das belastende Ereignis überhaupt eintritt (ob beispielsweise ein Patient, der sich in eine Klinik begibt, operiert werden muß oder nicht). Die **zeitliche Vorhersagbarkeit** basiert

auf Information über den Zeitpunkt des Eintretens des Ereignisses (z. B. des genauen Termins einer notwendigen Operation). **Inhaltliche Vorhersagbarkeit** umfaßt einmal Informationen über **die Art** der aversiven Konfrontation (z. B. die konkreten Umstände des Operiertwerdens, der Anästhesie u. ä.), zum anderen über mögliche **Konsequenzen** dieses Ereignisses (etwa, um das Beispiel wieder aufzunehmen, Information über den Zustand nach der Operation, Schmerzen, den Heilungserfolg u. ä.). Andere formale Parameter sind **die zeitliche Nähe** und die **Dauer**. Ereignisse lösen unterschiedliche Streßreaktionen und Bewältigungsmaßnahmen aus, je nachdem, ob sie unmittelbar bevorstehen oder erst in der fernerer Zukunft liegen. Was die Dauer betrifft, so unterscheidet man (vgl. Elliott & Eisdorfer, 1982) zwischen akuten, zeitlich begrenzten Stressoren (z. B. das Warten auf eine Operation oder eine Prüfung), Stressorsequenzen (wie sie z. B. infolge des Verlustes des Arbeitsplatzes oder des Todes eines nahen Angehörigen auftreten), chronischen, intermittierend auftretenden Stressoren (z. B. Konflikte mit Arbeitskollegen oder Verwandten) sowie chronischen Stressoren (etwa als Folge einer Behinderung oder chronischen Krankheit).

Diese formalen Beschreibungsdimensionen lassen sich nun auf unterschiedliche inhaltliche Kategorien von Stressoren anwenden. **Inhaltliche** Parameter beschreiben den ökologischen Bereich, aus dem die aversive Situation stammt. Im Gegensatz zum Differenziertheitsgrad bei der Bestimmung formaler Parameter ist die Taxonomie in der Streßforschung hier bislang kaum über die Unterscheidung von **physischen** und **selbstwertrelevanten** Stressoren hinausgekommen (vgl. u. a. Hodges, 1968). Allenfalls wird als dritter Bereich noch der der **sozialen** Stressoren eingeführt (für eine Übersicht vgl. Kaplan, 1983), der allerdings wenig scharf umgrenzt ist. Verschiedentlich (z. B. bei Becker, 1980) werden ökologische Bereiche auch über statistische Klassifikationen von aversiven Ereignissen unterschieden.

Gemeinsam ist diesen Stressoren, daß es sich um Ereignisse von erheblichem Gewicht handelt (z. B. Operationen, Prüfungen, soziale Konflikte). Diese generelle Orientierung bei der Bestimmung von Stressoren, die ihren deutlichsten Ausdruck in der Forschung zu den sog. „kritischen Lebensereignissen“ (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Filipp, 1981) findet, wird von Lazarus mit verschiedenen Argumenten kritisiert (vgl. Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981; Lazarus, 1990). Zum einen konnten bislang nur schwache Assoziationen zwischen Maßen derartiger kritischer Ereignisse (z. B. der „Social Readjustment Rating Scale“, Holmes & Rahe, 1967) und Kriterien wie etwa dem Gesundheitsstatus registriert werden (vgl. Kasl, 1983; Rabkin & Struening, 1976). Zum anderen sollen es nicht die Lebensereignisse in ihrer objektiven Form sein (wie sie etwa von Holmes und Rahe, z. B. als „Verlust eines Angehörigen“, erfaßt werden), die die Bewältigungsressourcen des Individuums beanspruchen oder überfordern, sondern deren, interindividuell unterschiedliche, subjektive Repräsentationen.

In Abhebung vom Ansatz der kritischen Lebensereignisse haben Lazarus und Mitarbeiter vorgeschlagen, die streßrelevante Funktion relativ alltäglicher, kleinerer Ereignisse zu untersuchen (Kanner et al., 1981; Lazarus, 1984). Diese von Lazarus „daily hassles“ („der tägliche Krampf“) genannten Stressoren bezeichnen die irritierenden, frustrierenden und manchmal „entnervenden“ Vorkommnisse, die in mehr

oder weniger starkem Maße die alltäglichen Beziehungen eines Individuums mit seiner Umwelt kennzeichnen (z.B. Verkehrsstaus auf dem Weg zur Arbeit, Einkaufen u. ä.). Die häufigsten „hassles“ haben nach Kanner et al. (1981) zu tun mit der körperlichen Erscheinung (z. B. Gewichtsprobleme), der Gesundheit von Familienangehörigen, Preissteigerungen bei alltäglichen Waren, Arbeiten am Haus und im Garten, dem Verlegen und Verlieren von Dingen sowie der alltäglichen Kriminalität. Größere kritische Lebensereignisse (z. B. Krankheit oder Scheidung) können dadurch Streß auslösen, daß sie das Muster alltäglicher „hassles“ einer Person beeinflussen.

Ein alltägliches Ereignis wird erst dann zum „hassle“, wenn es von der betroffenen Person in entsprechender Weise bewertet wird (etwa als frustrierend und zugleich nicht kontrollierbar). Alltägliche Stressoren sollen wesentlich enger mit Kriterien wie dem Gesundheitsstatus verbunden sein als kritische Lebensereignisse (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus 1982). In späteren Arbeiten (z. B. Gruen, Folkman & Lazarus, 1988) wird dabei nochmals zwischen „zentralen“ und „peripheren hassles“ unterschieden. In zentralen „hassles“ spiegeln sich die wichtigen Themen oder Probleme eines Menschen wider. So werden etwa für eine Person, für die Kontrolle auszuüben ein zentrales Thema ist, vorzugsweise jene Ereignisse zu Alltagsstressoren, in denen Kontrollverlust droht (z. B. im Stau zu stehen, die Arbeit eines Mitarbeiters nicht beeinflussen zu können u. ä.). Es soll insbesondere das Ausmaß jener zentralen „hassles“ sein, das eine Vorhersage des Gesundheitszustandes einer Person ermöglicht (Gruen et al., 1988).

Nach Auffassung von Lazarus werden Ereignisse also erst über den Vorgang der primären (z. B. als bedrohlich) und sekundären Bewertung (z.B. als unkontrollierbar) sowie in Abhängigkeit von der Art eingesetzter Bewältigungsmaßnahmen zu Stressoren. Insbesondere das Konzept zentraler Themen und Probleme („central hassles“) macht deutlich, daß neben situativen Faktoren auch **Persönlichkeitsvariablen** den Streßprozeß determinieren. Als relativ stabile Personmerkmale, von denen ein Einfluß auf **kognitive Bewertungen** ausgehen soll, nennt Lazarus Motivationsdispositionen (z. B. sich für eine Sache einsetzen, „commitment“), Werthaltungen, Ziele und generalisierte Überzeugungen im Hinblick auf eigene Verhaltensmöglichkeiten (z. B. Kontrollüberzeugungen) wie auch auf Ereignisse in relevanten Umweltausschnitten. (Siehe Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b; für vermittelnde Persönlichkeitsfaktoren vgl. auch Mischel, 1973.)

Zu den personspezifischen Antezedenzien von **Bewältigungsmaßnahmen** gehören die Motivationsmuster einer Person, ihre Überzeugungen im Hinblick auf das Ausmaß persönlicher Kontrolle über streßrelevante Sachverhalte sowie Wissen, Kompetenzen und kognitive Stile. Als zentrale Variablen sieht Lazarus das Motivationsmuster und die Kontrollüberzeugungen an. Das Motivationsmuster legt fest, welche Sachverhalte für eine Person wichtig sind und was bei bestimmten Ereignissen auf dem Spiel steht. Je nach eingeschätzter Bedeutsamkeit können unterschiedliche Copingmaßnahmen ergriffen werden, z. B. aggressive Konfrontation oder Unterlassung einer Handlung.

Die Beziehungen zwischen Kontrollüberzeugungen und Art des Bewältigungsverhaltens wurden besonders eingehend am gesundheitsbezogenen Verhalten untersucht (Strickland, 1978; Wallston & Wallston, 1981, 1982; zur Messung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen siehe u. a. Ferring & Filipp, 1989b; Lohaus &

Schmitt, 1989; Muthny, Kramer, Lerch, Tausch & Wiedemann, 1994; Muthny & Tausch, 1994; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978). Personen, die der Überzeugung sind, ihren Gesundheitszustand im wesentlichen selbst beeinflussen zu können (interne gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung), zeigen bei Bedrohung ihrer Gesundheit ein artgemesseneres Bewältigungsverhalten (verstärkte Informationssuche sowie Befolgung professioneller Anweisungen) als Personen mit diesbezüglich extemaler (insbesondere „fatalistischer“) Kontrollüberzeugung. (Für eine Untersuchung an Krebspatientinnen siehe etwa Taylor, Lichtman & Wood, 1984.) Neben der Erfassung bereichsspezifischer, also z. B. gesundheitsbezogener, Kontrollüberzeugungen beginnt in der Gesundheitspsychologie zunehmend **die Idee krankheitsspezifischer** Kontrollüberzeugungen Fuß zu fassen. Ein Beispiel für diesen, insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung patientenspezifischer Behandlungen fruchtbaren, Ansatz ist der „IPC-Diabetes-Fragebogen“ von Kohlmann, Küstner, Schuler und Tausch (1994; siehe auch Kohlmann & Kulzer, 1995).

## Formen der Streßbewältigung

### Einteilungsgesichtspunkte

Ansätze zur Beschreibung und Messung der verschiedenen Formen der Streßbewältigung lassen sich nach zwei voneinander unabhängigen Gesichtspunkten klassifizieren: dispositionsorientierte vs. aktuelle Ansätze und makroanalytische vs. mikroanalytische Vorgehensweisen (vgl. Krohne, 1996b).

**Dispositionsorientierte** Ansätze und Verfahren zur Erfassung **aktueller** Copingreaktionen verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen. Bei **dispositionsorientierter** Messung geht es primär um eine möglichst frühzeitige Identifizierung von Personen, deren Bewältigungsressourcen oder -Voreinstellungen im Hinblick auf die Anforderungen einer spezifischen Streß-Situation inadäquat sind. Empirische Untersuchungen hierzu wurden u. a. für die Bewältigung kritischer Wettkampfsituationen durch Leistungssportler (z. B. Hindel & Krohne, 1988) oder die Situation vor einem chirurgischen Eingriff (z. B. Böhm & Dony, 1984; Krohne, 1992; Krohne, Fuchs & Slangen, 1994; Krohne, Kleemann, Hardt & Theisen, 1989) durchgeführt. Eine frühzeitige Identifizierung von Personen mit Bewältigungsdefiziten würde die Möglichkeit einer primären Prävention eröffnen.

Ansätze, bei denen **aktuelle** Bewältigungsreaktionen im Mittelpunkt stehen, verfolgen eher eine allgemeinspsychologisch fundierte Zielsetzung. Sie analysieren die Beziehungen eingesetzter Bewältigungsmaßnahmen zur tatsächlichen bzw. von der betreffenden Person berichteten Effizienz, zu ihren emotionalen Reaktionen sowie zum allgemeinen psychischen und körperlichen Befinden (vgl. Becker, 1985; Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986; McCrae & Costa, 1986). Hierdurch sollen die Grundlagen für die Erarbeitung eines allgemeinen Interventionsprogramms zur Verbesserung der persönlichen Streßbewältigungsfähigkeit gelegt werden.

Bei der **mikroanalytischen** Vorgehensweise wird eine größere Anzahl sehr spezifischer Reaktionsmöglichkeiten erhoben, während **makroanalytische** Erhebungsstrategien auf einem höheren Aggregations- bzw. Abstraktionsniveau operieren (Laux & Weber, 1990; Lazarus & Folkman, 1987). Diese Einteilung hat sowohl Bedeutung im Hinblick auf die Zuweisung einzelner Copingakte zu spezifischen Kategorien der Bewältigung (vgl. Stone & Neale, 1982) als auch für die Frage nach der transsituativen Konsistenz bzw. Variabilität des Einsatzes bestimmter Copingstrategien. So wird transsituative Variabilität umso leichter zu beobachten sein, je stärker mikroanalytisch die Einteilung der Copingmaßnahmen ist (vgl. Folkman & Lazarus, 1980).

## Dispositionsorientierte Ansätze

Erste Verfahren zur Erfassung von Bewältigungsdispositionen waren stark an psychoanalytischen Vorstellungen zur Angstabwehr (A. Freud, 1946) orientiert. Ein typisches Beispiel hierfür ist das Defense Mechanism Inventory“ von Gleser und Ihlevich (1969), mit dessen Hilfe die habituelle Bevorzugung bestimmter „klassischer“ Angstabwehrmechanismen wie Projektion, Verleugnung, Verdrängung erfaßt werden soll. Im Sinne der Vorstellung unterschiedlich differenzierter Erhebungsebenen ist dieses Verfahren auf mittlerem Analyseniveau angesiedelt. Ganz ähnliche, wenn auch eher mikroanalytisch konzipierte, Instrumente stellen der „Life Style Index“ von Plutchik, Kellerman und Conte (1979) sowie die von Haan (1977) vorgelegten Skalen dar.

Die von Byrne (1961) aus Items des MMPI konstruierte „Repression-Sensitization-Skala“ ist demgegenüber ein Beispiel für ein auf makroanalytischer Ebene operierendes Erhebungsverfahren. Unterschiedliche Formen dispositioneller Angstabwehr werden auf ein eindimensional bipolares Konstrukt bezogen. Dem einen Pol („Repression“) werden dabei Personen zugeordnet, die dazu tendieren, den Bedrohungsgehalt von Situationen zu verleugnen oder herunterzuspielen. Entsprechend sind am anderen Pol („Sensitization“) Personen lokalisiert, die für Bedrohungsreize besonders sensibilisiert sind (vgl. Eriksen, 1952). Theoretisch ist das Konzept in dem Rahmen der Forschung zur Wahrnehmungsabwehr („perceptual defense“, Bruner & Postman, 1947; Eriksen, 1952) einzuordnen, also in eine Forschungsrichtung, die sowohl auf psychodynamische Vorstellungen als auch auf die funktionalistische Verhaltensinterpretation Brunswiks (1947) zurückgeht (siehe auch Krohne, 1996a, 1996c).

Eines der wenigen normierten Verfahren zur Messung von Copingdispositionen ist der von Janke und Mitarbeitern vorgelegte „Streßverarbeitungsfragebogen“ (SVF; Janke, Erdmann & Kallus, 1985). Dieses Instrument, das weitgehend ohne theoretische Vorgaben erstellt wurde, erlaubt die Erfassung einer Vielzahl unterschiedlicher Bewältigungsstrategien, operiert also auf mikroanalytischer Erhebungsebene. Gemessen werden die individuellen Ausprägungen auf 19 dispositionellen Copingstrategien (z. B. Bagatellisierung, Ablenkung, Vermeidenstendenzen, Resignation, Aggression). Ergänzt wird dieses Instrument auf dispositionellem Niveau durch einen „Situativen

Streßverarbeitungsfragebogen“ (SVF-S), der speziell für den Einsatz in der Verhaltensmodifikation konstruiert wurde. Er gestattet einen Vergleich der Copingbemühungen eines Klienten in einer speziellen therapierelevanten Situation (z. B. bei chronischer Erkrankung) mit seinem typischen Bewältigungsverhalten in alltäglichen Streß-Situationen.

Auf eher makroanalytischer Erhebungsebene operieren das „Angstbewältigungs-Inventar“ (ABI; Krohne & Egloff, in Vorb.; Krohne, Rösch & Kürsten, 1989) sowie die „Miller Behavioral Style Scale“ (MBSS; Miller, 1987; deutsche Version von Schumacher, 1990). Grundlage des ABI ist das Modell „dispositionell determinierter Copingmodi“, das von zwei zentralen Dimensionen der Bewältigung, **Vigilanz** und **kognitive Vermeidung**, ausgeht (Krohne, 1986, 1993). Vigilanz ist dabei gekennzeichnet durch das Aufsuchen und Verarbeiten bedrohungsbezogener Information mit dem Ziel, subjektive Unsicherheit zu reduzieren. Demgegenüber ist kognitive Vermeidung charakterisiert durch die Abwendung von bedrohungsrelevanten Hinweisreizen, um so die durch die Konfrontation mit dem aversiven Ereignis ausgelöste Erregung zu senken. Diese beiden Dimensionen beschreiben sowohl **aktuelle** streßbezogene Handlungen und kognitive Operationen als auch **interindividuelle Unterschiede** hinsichtlich der **dispositionellen** Bevorzugung bestimmter Strategien. Was die, im Modell und im Inventar in erster Linie interessierende, habituelle Seite betrifft, so wird postuliert, daß die Dimensionen Vigilanz und kognitive Vermeidung unabhängig voneinander variieren. Dies konnte empirisch bestätigt werden (vgl. Krohne, Rösch & Kürsten, 1989).

Grundlage der MBSS ist das von Miller (1980, 1987) entwickelte „Monitoring-Blunting“-Konzept. Es basiert auf ähnlichen Überlegungen wie das Modell der dispositionell determinierten Copingmodi, verfolgt aber eine speziellere Zielsetzung: die Erfassung der Tendenzen, in aversiven Situationen (z. B. bei der Vorbereitung auf chirurgische Eingriffe oder unangenehme diagnostische Interventionen, vgl. Miller & Mangan, 1983) bedrohungsrelevante Hinweisreize zu überwachen („Monitoring“) bzw. den Einfluß derartiger Reize durch Maßnahmen wie Ablenkung, Verleugnung oder Umdeutung abzuschwächen („Blunting“).

## Die Erfassung aktueller Streßbewältigung

Die Items der von Lazarus und Mitarbeitern entwickelten „Ways of Coping Checklist“ (Folkman & Lazarus, 1980; deutsche Fassung Ferring & Filipp, 1989a) wurde in Anlehnung an die theoretischen Überlegungen dieses Arbeitskreises (vgl. Lazarus & Launier, 1978) und vorhandene Skalen anderer Autoren (z. B. Sidle, Moos, Adams & Cady, 1969) formuliert. Die jüngste Version trägt den Namen „Ways of Coping Questionnaire“ (WOCQ; Folkman & Lazarus, 1988; siehe auch Lazarus, 1991). Sie besteht aus 50 vierstufig zu beantwortenden Items, die einen weiten Bereich kognitiver und verhaltensmäßiger Strategien thematisieren, die Menschen zur Bewältigung interner oder externer Anforderungen in Streß-Situationen einsetzen (siehe auch Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986, für eine vollständige Auflistung der Items). Die Items verteilen sich auf acht quasi-faktoren-

analytisch bestimmte Skalen: **konfrontative Bewältigung, Distanzierung, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Anerkennung von Verantwortlichkeit, Flucht/Vermeidung, planvolles Problemlösen, positive Neubewertung**. Problematisch an diesem Instrument ist der vergleichsweise große theoretische Abstand zwischen dem interaktionistischen, prozeßorientierten Copingmodell von Lazarus mit seinen vier Modi Informationssuche, direktes Handeln, Unterlassen von Handlungen und intrapsychisches Bewältigen und den Inhalten der über ein rein statistisches Klassifikationsverfahren bestimmten Skalen.

Teilweise auf den Items der „Ways of Coping Checklist“ basierend und entsprechend ähnlich aufgebaut ist das von McCrae (1984, vgl. auch McCrae & Costa, 1986) erstellte Copinginventar. Da das Instrument fast doppelt so viele Items wie das von Folkman und Lazarus entwickelte enthält und sich zudem auf einen weiteren Bereich von Bewältigungsformen bezieht, erbrachten Faktorenanalysen der Items auch eine erheblich größere Anzahl von Dimensionen (27 bzw. 28). Das Instrument operiert damit eindeutig auf mikroanalytischer Erhebungsebene. Weitere Instrumente zur Diagnose aktuellen Bewältigungsverhaltens sind der „Aktuelle Streßverarbeitungsfragebogen“ (SVF-ak, Janke et al., 1985), die speziell im Hinblick auf die Erfassung der Bewältigung kritischer Lebensereignisse entwickelte Skala von Billings und Moos (1981), die Skalen zur Krankheitsbewältigung von Klauer und Filipp (1993), das auf alltägliches Verhalten („daily coping“) bezogene Inventar von Stone und Neale (1984) sowie der CEUS-Coping-Fragebogen von Schulze, Flörchinger, Rees und Jäger (1987). Die beiden letztgenannten Instrumente weisen dabei gegenüber den anderen erwähnten Verfahren eine Reihe von Besonderheiten auf: So hat der Proband bei Stone und Neale die Möglichkeit, von ihm selbst formuliertes Bewältigungsverhalten einer vorgegebenen und genau definierten Kategorie (z. B. Ablenkung oder Neubewertung) zuzuordnen. Auf diese Weise soll der personenspezifischen Intention, mit der ein bestimmtes Bewältigungsverhalten durchgeführt wird, Rechnung getragen werden. In ähnlicher Form wird auch im CEUS danach gefragt, mit welcher Absicht ein im Hinblick auf ein angegebenes Problem ausgeführtes Verhalten vom Probanden eingesetzt wurde. Das Instrument ist dabei insofern standardisierter als das von Stone und Neale konstruierte, als sowohl der Problembereich, aus dem ein zu bewältigendes unangenehmes Ereignis stammt, als auch die konkrete Bewältigungsreaktion und die damit verbundene Intention aus einer Stichprobe vorgegebener Alternativen auszuwählen sind. (Eine ausführliche Darstellung verschiedener Bewältigungsinventare findet sich bei Schwarzer und Schwarzer, 1996.)

## Beziehungen zwischen Streß und Erkrankung

Bereits seit der Antike (vgl. LeShan, 1959) wird über den Beitrag psychologischer Faktoren zur Entstehung körperlicher Erkrankung spekuliert. Inzwischen konnte für eine Vielzahl physischer Symptome und Erkrankungen ein mehr oder weniger direkter Zusammenhang mit psychischen Vorgängen nachgewiesen werden (neue Übersicht

bei Adler & Matthews, 1994). Nach entscheidenden, wenn auch meist spekulativen, Anstößen im Rahmen des psychosomatischen Ansatzes (Alexander, 1950; Dunbar, 1943), in dem etwa verschiedene Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, Bronchialasthma, Arthritis oder Spannungskopfschmerz und Migräne als psychisch determiniert dargestellt wurden, konzentriert sich die Forschung heute insbesondere auf die Beteiligung von Streß bei der Entstehung oder Weiterentwicklung folgender Krankheitsbilder (für neuere Ansätze bei psychosomatischen Störungen vgl. etwa Gatchel, Baum & Lang, 1982): Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Matthews et al., 1986), insbesondere essentielle Hypertonie (Harrell, 1980; Shapiro & Goldstein, 1982) sowie Erkrankungen der Herzkranzgefäße (Krantz, Baum & Singer, 1983; Matthews, 1982), maligne Tumore (Bahnsen, 1981; Fox, 1978; Sklar & Anisman, 1981) und Störungen des Immunsystems (Borysenko, 1984; Campbell & Cohen, 1985; Jemmott & Locke, 1984; O'Leary, 1990). Da einzelne Krankheitsbilder unter gesundheitspsychologischem Aspekt an anderer Stelle dieses Bandes ausführlicher behandelt werden, soll hier nur auf einige **methodische Probleme** bei der Erforschung der Beziehung zwischen Streß und Erkrankung eingegangen werden.

Besonders dem psychologischen Laien scheint es so offensichtlich, daß Streß eine Ursache bestimmter Erkrankungen ist, daß die entscheidende Frage, auf **welchem Weg** Streß denn eine Erkrankung wie z. B. Bluthochdruck herbeiführt, oft gar nicht gestellt wird. Dabei lassen sich durchaus verschiedene Vorstellungen des Weges vom Streß zur Erkrankung unterscheiden (vgl. u. a. Elliott & Eisdorfer, 1982; Taylor, 1986).

Die Vorstellung des **direkten Weges** nimmt an, daß Stressoren physiologische und psychologische Veränderungen im Organismus hervorrufen, die direkt zur Erkrankung führen. Ein Beispiel für diese Annahmen ist das Streßmodell von Selye (u. a. 1976). Die Tatsache, daß verschiedene Individuen auf gleiche Stressoren sehr unterschiedlich reagieren können (z. B. keineswegs durchgängig ein Krankheits-symptom entwickeln), macht diese Vorstellung nicht sehr plausibel.

Das **interaktive** Modell betont die Bedeutung von Dispositionen, die Personen in eine Konfrontation mit Stressoren einbringen. Derartige, angeborene oder erlernte, Prädispositionen können im Hinblick auf die Verbindung zwischen Stressoren und Krankheitsentstehung in zwei Richtungen wirken. Als psychische oder physische **Vulnerabilität** können sie bestimmte Individuen in besonderem Maße anfällig machen für die krankheitsinduzierende Wirkung von Stressoren. Streßereignis oder eine bestehende Disposition allein hätten hiernach noch keinen Krankheitseffekt, erst ihr Zusammentreffen erzeugt das entsprechende Symptom. Es gibt gewisse Hinweise, daß Bluthochdruck über eine derartige Interaktion von Streß und biologischen Vulnerabilitätsfaktoren herbeigeführt werden kann (Harburg et al., 1973). - Als **Resilienz** können bestimmte Dispositionen Individuen aber auch relativ unanfällig für die negative Auswirkung von Stressoren machen. Besonders intensiv untersucht wurde in diesem Zusammenhang das Merkmal „Hardiness“ (Kobasa, 1979) mit seinen streßprotektiven Merkmalen Engagement („commitment“), Sich-herausgefordert-fühlen („challenge“) und internale Kontrollüberzeugung („control“). Auch das in jüngster Zeit verstärkt untersuchte Merkmal der „sozialen Unterstützung“ („social support“, vgl. u. a. Cohen & Syme, 1985; Sarason & Sarason, 1985; Sarason, Sarason & Pierce, 1990; Schwarzer & Leppin, 1989) kann in diesem Sinne als eine,

allerdings sozial determinierte, Disposition mit streßhemmender Wirkung betrachtet werden. (Für Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren im Hinblick auf die Gesundheit bei Jugendlichen siehe Hurrelmann und Lösel, 1990.)

Das Modell des **krankheitsrelevanten Verhaltens** nimmt an, daß Streß einen indirekten Effekt auf den Gesundheitsstatus einer Person hat, und zwar indem er die Ausübung gesundheitsschädigenden Verhaltens begünstigt. Typische gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen als Konsequenz erhöhter Streßbelastung sind etwa verstärkter Zigaretten-, Alkohol- oder Tablettenkonsum, Veränderung der Ernährungsgewohnheiten oder Verringerung der körperlichen Bewegung. (Zur Psychologie des gesundheitsbezogenen Verhaltens siehe auch Schwarzer, 1992.)

In einigen Ansätzen wird überhaupt die Existenz einer Kausalbeziehung zwischen Streß und Krankheit bezweifelt. So könnte es beispielsweise sein, daß Streß zwar eine Reihe vorübergehender emotionaler Reaktionen, wie z. B. Angst, hervorruft. Diese tragen jedoch eher zur Übernahme einer „Krankenrolle“ (Kasl & Cobb, 1966; Mechanic & Volkhart, 1961) durch die betroffene Person als zur Ausbildung wirklicher Erkrankungen bei. Schließlich ist auch an die Möglichkeit zu denken, daß sowohl Streßanfälligkeit als auch Krankheitsneigung auf eine gemeinsame Einflußgröße (etwa bestimmte Merkmale innerhalb der Sozialisation einer Person) zurückgehen, ohne daß zwischen ihnen selbst eine Kausalbeziehung besteht.

Die empirische Überprüfung der verschiedenen Vorstellungen zur Beziehung zwischen Streß und Krankheit bringt schwierige methodische Probleme mit sich (vgl. u. a. Kasl & Cooper, 1987; Leventhal & Tomarken, 1987). Als erstes ist der **Zeitrahmen** bei der Verbindung von Streß und Krankheit zu berücksichtigen. Es genügt nicht, in empirischen Untersuchungen aufzuzeigen, daß ein Streßprozeß der Krankheitsentstehung vorausgeht. Es muß vielmehr auch nachgewiesen werden, daß sich der Zeitrahmen des eigentlichen Streßprozesses (mit seinen entsprechenden emotionalen Reaktionen) mit dem Zeitrahmen der physiologischen Prozesse, die die Krankheit einleiten, überlappt.

Ein weiteres Problem besteht in der möglichen **Konfundierung** der Erfassung von Streß und Krankheit. Diese Gefahr ist besonders groß bei der subjektiven Messung von Stressoren, wie sie etwa von der Lazarus-Gruppe präferiert wird (vgl. Lazarus, 1990; Lazarus & Folkman, 1986; zur Kritik siehe u. a. Dohrenwend & ShROUT, 1985; Krohne, 1990). Viele Skalen zur Erfassung von Stressoren, etwa die „Hassles“-Skala von Kanner et al. (1981), enthalten Items (z. B. „Sorgen über körperliche Funktionen“), die eine größere Nähe zur zu prädicierenden Krankheit (also zur abhängigen Variable) als zum antezedenten Streß (der unabhängigen Variable) aufweisen. Bei anderen Erhebungen muß damit gerechnet werden, daß ein gegenwärtiger Krankheitszustand (z. B. Depression) den Bericht über vorangegangene Streßereignisse beeinflusst. Vorschläge zur Vermeidung dieser Konfundierungen werden von Brown und Harris (1978), Dohrenwend und ShROUT (1985), Leventhal und Tomarken (1987) sowie Schroeder und Costa (1984) gemacht.

## Literatur

- Adler, N. & Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some **stay well?** *Annual Review of Psychology*, **45**, 229-259.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality* (2 vols.). New York: Columbia University Press.
- Bahnson, C. B. (1981). Stress and cancer: The state of the **art**. *Psychosomatics*, **22**, 207-220.
- Baum, A. & Singer, J. E. (Eds.). (1987). *Handbook of psychology and health*. **Stress** (Vol. 5). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Becker, P. (1980). *Studien zur Psychologie der Angst*. Weinheim: Beltz.
- Becker, P. (1985). Bewältigungsverhalten und seelische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **14**, 169-184.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). Social support functioning among community and clinical groups: A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, **3**, 295-311.
- Böhm, A. & Dony, M. (1984). Copingverhalten in der präoperativen Phase. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **34**, 296-302.
- Borysenko, J. (1984). Stress, coping, and the immune System. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. A. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 248-260). New York: Wiley.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: The Free Press.
- Bruner, J. S. & Postman, L. (1947). Emotional selectivity in perception and reaction. *Journal of Personality*, **16**, 69-77.
- Brunswik, E. (1947). *Systematic and representative design of psychological experiments: With results in physical and social perception*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Byrne, D. (1961). The Repression-Sensitization Scale: Rationale, reliability, and validity. *Journal of Personality*, **29**, 334-349.
- Campbell, P. A. & Cohen, J. J. (1985). Effects of stress on the immune response. In T. M. Field, P. M. McCabe & N. Schneidman (Eds.), *Stress und coping* (pp. 135-145). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage* (2nd ed.). New York: Appleton.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology: A handbook* (pp. 217-254). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (Eds.). (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds.). (1978). *Stress at work*. New York: Wiley.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events **to** health status. *Health Psychology*, **1**, 119-136.
- Dohrenwend, B. P. & ShROUT, P. E. (1985). „Hassles“ in the conceptualization and measurement of life **stress**. *American Psychologist*, **40**, 780-785.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (Eds.). (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.

- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Hoeber.
- Elliott, G. R. & Eisdorfer, C. (Eds.). (1982). *Stress und human health: Analysis and implications of research*. New York: Springer.
- Eriksen, C. W. (1952). Defense against ego-threat in memory and perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **49**, 45-50.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1989a). Bewältigung kritischer Lebensereignisse: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der „Ways of Coping Check-list“. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, **10**, 189-199.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1989b). Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **18**, 529-533.
- Filipp, S.-H. (Hg.). (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, **21**, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, **48**, 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 571-579.
- Fox, B. H. (1978). Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *Journal of Behavioral Medicine*, **1**, 45-134.
- Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Friedman, H. S. & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Gatchel, R. J., Baum, A. & Lang, P. J. (1982). Psychosomatic disorders: Basic issues and future research directions. In R. J. Gatchel, A. Baum & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health. Clinical psychology and behavioral medicine: Overlapping disciplines* (Vol. 1, pp. 371-397). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Glass, D. C. (1977). *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gleser, G. C. & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **33**, 51-60.
- Gruen, R. J., Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Centrality and individual differences in the meaning of daily hassles. *Journal of Personality*, **56**, 743-762.
- Gundersen, E. K. E. & Rahe, R. H. (Eds.). (1974). *Life stress and illness*. Springfield, IL: Thomas.
- Haart, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Harburg, E., Erfurt, J. C., Havenstein, L. S., Chape, C., Schull, W. J. & Schork, M. A. (1973). Socio-ecological stress, suppressed hostility, skin color, and black-white male blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, **35**, 276-296.
- Harrell, J. P. (1980). Psychological factors and hypertension: A status report. *Psychological Bulletin*, **87**, 482-501.

- Hindel, C. & Krohne, H. W. (1988). Beziehungen von Ängstlichkeit, Angst und Streßbewältigung zum Erfolg bei Leistungssportlern. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, **9**, 39-50.
- Hinkle, L. E. (1974). The concept of „stress“ *in the* biological and social sciences. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **5**, 335-357.
- Hodges, W. F. (1968). Effects of ego threat and threat of pain on state anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, **8**, 364-372.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, **11**, 213-218.
- Hurrellmann, K. & Lösel, F. (Eds.). (1990). *Health hazards in adolescence*. New York/Berlin: Aldine/De Gruyter.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1985). *Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Jemmott, J. B. & Locke, S. E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we *know*? *Psychological Bulletin*, **95**, 78-108.
- Kahn, R. L. (1981). *Work and health*. New York: Wiley.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1981). Comparisons of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, **4**, 1-39.
- Kaplan, H. B. (Ed.). (1983). *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Kasl, S. V. (1983). Pursuing the link between stressful life experiences and disease: A time for reappraisal. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress research* (pp. 79-102). London: Wiley.
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, **12**, 246-266.
- Kasl, S. V. & Cooper, C. L. (Eds.). (1987). *Stress and health: Issues in research methodology*. London: Wiley.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **37**, 1-11.
- Kohlmann, C.-W. & Kulzer, B. (Hrsg.). (1995). *Diabetes und Psychologie: Diagnostische Ansätze*. Bern: Huber.
- Kohlmann, C.-W., Küstner, E., Schuler, M. & Tausch, A. (1994). *Der IPC-Diabetes-Fragebogen (IPC-DI): Ein Inventar zur Erfassung krankheitsspezifischer Kontrollüberzeugungen bei Typ-I-Diabetes mellitus*. Bern: Huber.
- Krantz, D. S., Baum, A. & Singer, J. E. (Eds.). (1983). *Handbook of psychology and health. Cardiovascular disorders and behavior* (Vol. 3). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Krohne, H. W. (1986). Coping with stress: Dispositions, strategies, and the problem of measurement. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress. Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 209-234). New York: Plenum.
- Krohne, H. W. (1990). Personality as a mediator between objective events and their subjective representation. Commentary on „Theory-based stress measurement“ by Richard S. Lazarus. *Psychological Inquiry. An International Journal of Peer Commentary and Review*, **1**, 26-29.
- Krohne, H. W. (1992). Streßbewältigung bei Operationen. In L. R. Schmidt (Hg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen* (Bd. 7, S. 55-73). Berlin/Heidelberg: Springer.

- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H. W. **Krohne** (Ed.), **Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness** (pp. 19-50). Seattle/Toronto: Hogrefe & Huber.
- Krohne, H. W.** (1996a). **Angst und Angstbewältigung**. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krohne, H. W. (1996b). Individual differences in coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), **Handbook of coping: Theory, research, applications** (pp. 381-409). New York: Wiley.
- Krohne, H. W. (1996c). Repression-Sensitization. In M. Amelang (Hg.), **Enzyklopädie der Psychologie: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede** (Bd. 3, S. 153-184). Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W. & Eglhoff, B.** (in Vorb.). **Das Angstbewältigungs-Inventar ABI**.
- Krohne, H. W., Fuchs, J. & Slangen, K. (1994). Operativer Streß und seine Bewältigung. **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2**, 155-175.
- Krohne, H. W., Kleemann, P. P., Hardt, J. & Theisen, A. (1989). Beziehungen zwischen Bewältigungsstrategien und präoperativen Streßreaktionen. **Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18**, 350-364.
- Krohne, H. W., Rösch, W. & Kürsten, F. (1989). Die Erfassung von Angstbewältigung in physisch bedrohlichen Situationen. **Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18**, 230-242.
- Laux, L. (1983). Psychologische Streßkonzeptionen. In H. Thomae (Hg.), **Enzyklopädie der Psychologie: Serie Motivation und Emotion. Theorien und Formen der Motivation** (Bd. 1, S. 453-535). Göttingen: Hogrefe.
- Laux, L. & Weber, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K. R. Scherer (Hg.), **Enzyklopädie der Psychologie: Serie Motivation und Emotion. Psychologie der Emotion** (Bd. 3, S. 560-629). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. (1966). **Psychological stress and the coping process**. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. **Journal of Behavioral Medicine, 7**, 375-389.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. **Psychological Inquiry, 1**, 3-13.
- Lazarus, R. S. (1991). **Emotion and adaptation**. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984a). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), **The handbook of behavioral medicine** (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984b). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. Appley & R. Trumbull (Eds.), **Dynamics of stress. Physiological, psychological, and social perspectives** (pp. 63-80). New York: Plenum.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. In L. Laux & G. Vossel (Eds.), Special Issue. **European Journal of Personality, 1**, 141-170.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), **Perspectives in interactional psychology** (pp. 287-327). New York: Plenum.
- LeShan, L. L. (1959). Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. **Journal of the National Cancer Institute, 22**, 1-18.
- Leventhal, H. & Tomarken, A. (1987). Stress and illness: Perspectives from health psychology. In C. L. Cooper & S. V. Kasl (Eds.), **Stress and health: Issues in research methodology** (pp. 27-55). Sussex, England: Wiley.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG); Bericht über die Entwicklung eines Testverfahrens. **Diagnostica, 35**, 59-72.

- Mason, J. W. (1975a). A **historical** view of **the** stress field. Part I. *Journal of Human Stress*, **1** (1), 6-12.
- Mason, J. W. (1975b). A **historical** view of **the** stress field. Part II. *Journal of Human Stress*, **1** (2), 22-36.
- Matthews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, **91**, 293-323.
- Matthews, K. A., Weiss, S. M., Detre, T., Dembroski, T. M., Falkner, B., Manuck, S. B. & Redford, B. W. (Eds.). (1986). *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. New York: Wiley.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping response: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 919-928.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, **54**, 385-405.
- McGrath, J. E. (1982). Methodological problems in research on stress. In H. W. Krohne & L. Laux (Eds.), *Achievement, stress, and anxiety* (pp. 19-48). Washington, DC: Hemisphere.
- Mechanic, D. & Volkhart, E. H. (1961). Stress, illness behavior, and **the** sick role. *American Sociological Review*, **26**, 51-58.
- Miller, S. M. (1980). When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful life events by monitoring vs. blunting. In S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (pp. 145-169). New York: Plenum.
- Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: Towards a clarification of evidence and **theory**. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 14, pp. 203-256). New York: Academic Press.
- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personal@ and Social Psychology*, **52**, 345-353.
- Miller, S. M. & Mangan, C. E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, **45**, 223-236.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, **80**, 252-283.
- Muthny, F. A., Kramer, P., Lerch, J., Tausch, B. & Wiedemann, S. (1994). Gesundheits- und erkrankungsbezogene Kontrollüberzeugungen Gesunder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, **3**, 194-215.
- Muthny, F. A. & Tausch, B. (1994). Adaptation der Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) für den deutschen Sprachraum. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, **15**, 1-23.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human **immune** function. *Psychological Bulletin*, **108**, 363-382.
- Plutchik, R., Kellerman, H. & Conte, H. R. (1979). A structural theory of ego defenses and emotions. In C. E. Izard (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 229-257). New York: Plenum.
- Prystav, G. (1979). Die Bedeutung der Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit von Stressoren für Klassifikationen von Belastungssituationen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **8**, 283-301.
- Prystav, G. (1985). Der Einfluß der Vorhersagbarkeit von Streßereignissen auf die Angstbewältigung. In H. W. Krohne (Hg.), *Angstbewältigung in Leistungssituationen* (S. 14-44). Weinheim: edition psychologie.

- Rabkin, J. G. & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, **194**, 1013-1020.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. S. (Eds.). (1985). *Social support: Theory, research, and applications*. Dordrecht, Niederlande: Nijhoff.
- Sarason, I. G., Sarason, B. S. & Pierce, G. R. (Eds.). (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Schroeder, D. H. & Costa, P. T. (1984). Influence of life event stress on physical illness: Substantive effects or methodological flaws? *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 853-863.
- Schulze, C., Flörchinger, E., Rees, U. M. & Jäger, R. S. (1987). *CEUS - Coping-Fragebogen*. Weinheim: Beltz.
- Schumacher, A. (1990). Die „Miller Behavioral Style Scale“ (MBSS) - Erste Überprüfung einer deutschen Fassung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, **11**, 243-250.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 107-132). New York: Wiley.
- Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta.
- Selye, H. (1976). *The stress of life* (revised edition). New York: McGraw-Hill.
- Shapiro, D. & Goldstein, I. B. (1982). Biobehavioral perspectives on hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **50**, 841-858.
- Side, A., Moos, R. H., Adams, J. & Cady, P. (1969). Development of a coping scale. *Archives of General Psychiatry*, **20**, 225-232.
- Sklar, L. S. & Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, **89**, 853-863.
- Stone, A. A. & Neale, J. M. (1982). Development of a methodology for assessing daily experiences. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Advances in environmental psychology: Environment and health* (Vol. 4, pp. 49-83). New York: Erlbaum.
- Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 892-906.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and health related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **46**, 1192-1211.
- Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 489-502.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. In H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1, pp. 189-243). New York: Academic Press.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 65-95). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & DeVellis, R. (1978). Development of the Multi-dimensional Health Locus of Control (MHLC) scale. *Health Education Monographs*, **6**, 161-170.