

Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung

Kerstin Schröder

Vor dem Hintergrund steigender Lebenserwartung und einer massiven Verschiebung der Altersstruktur in Richtung der höheren Lebensjahre hat das Thema „Krankheitsbewältigung“ in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Chronische Krankheit und Morbidität werden für einen steigenden Anteil vor allem älterer Menschen in unserer Gesellschaft zu einem Problem und die Bewältigung von Krankheit zu einer langfristigen Alltagsaufgabe. Dementsprechend steigt das Forschungsinteresse an den Determinanten einer erfolgreichen Krankheitsbewältigung. Neben Bewältigungsstilen und ihrer Effizienz in der Adaptation an chronische Krankheit werden die Einflüsse von protektiven Persönlichkeitsfaktoren und sozialen Ressourcen untersucht. In den vergangenen Jahren hat man sich zunehmend für eine transaktionale Perspektive eingesetzt, die letztlich auch den dynamischen Wechselbeziehungen zwischen personalen und sozialen Ressourcen in der Bewältigung von Krankheit gerecht zu werden verspricht.

Theoretischer Hintergrund der Krankheitsbewältigungs-Forschung

Krankheit ist als ein streßreiches Lebensereignis aufzufassen, das die Bewältigungsressourcen der kranken Person und ihres sozialen Umfelds beansprucht. Die meisten Forscher auf dem Gebiet der Krankheitsbewältigung rekurrieren auf das **transaktionale Streßmodell** von Lazarus und Folkman (1984, 1987). In ihrem Streßbegriff ist die kognitive Bewertung der Situation von zentraler Bedeutung: Streß entsteht, wenn die gegenwärtigen internen oder externen Anforderungen die Ressourcen einer Person herausfordern oder zu übersteigen drohen. Als Bewältigung sind alle Versuche aufzufassen, mit dem Stressor umzugehen, ihn zu meistern, zu mildern, zu vermeiden oder zu tolerieren. Bewältigung ist nicht mit erfolgreicher Bewältigung gleichzusetzen, sondern ist an **die Bewältigungsintention** oder **-funktion** einer Handlung gebunden (vgl. Weber & Laux, 1993). Nach Lazarus und Folkman kann Krankheitsbewältigung problemzentriert oder emotionsorientiert erfolgen. Die Funktionalität problem- und emotionsorientierter Bewältigungsformen hängt u. a. von der Kontrollierbarkeit der Situation ab. Krankheiten, die durch das Verhalten des Patienten eingedämmt oder deren Folgeerscheinungen durch den Betroffenen kontrolliert werden können, fordern in besonderem Maße zu problemorientiertem Coping heraus. Das aktive Gesundheitsverhalten kann als eine zentrale Form der problemorientierten

Bewältigung gelten, wenn Genese und Verlauf der Krankheit in entscheidendem Maße von der Befolgung gesundheitsrelevanter Verhaltensanweisungen abhängig sind. Problemorientierte Krankheitsbewältigung kann dagegen dysfunktional sein, wenn eine Kontrolle durch das Verhalten des Patienten nicht möglich ist, wenn z. B. ein Krebskranker trotz der Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten durch die behandelnden Ärzte weiter nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten sucht und dadurch die ärztlichen Maßnahmen behindert. Ist eine Kontrolle der Krankheit und ihrer Folgen nicht möglich, dann bieten sich die eher emotionszentrierten Formen der Bewältigung an.

In der *Ressourcentheorie* von Hobfoll (1989; Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994) wird Streß als Verlust von Ressourcen definiert. Je geringer die Chancen auf Wiedergewinnung oder Substituierung der Ressourcen und je größer die subjektive Bedeutung der Ressourcen, desto streßreicher wird die Situation erlebt. Im Unterschied zu Lazarus und Folkman betont Hobfoll den tatsächlichen Verlust von Ressourcen, der bei chronisch Kranken z. B. die körperliche Versehrtheit, den Verlust der Berufsrolle, Verluste von Sozialkontakten und Beeinträchtigungen in den körperlichen und sozialen Funktionen betreffen kann. Die Bewertungsprozesse sind für das Streßerleben jedoch auch in diesem Ansatz zentral, denn die Einschätzung der Bedrohung sowie der Bedeutsamkeit der Ressourcen determiniert letztendlich das Ausmaß der Streßreaktion. Hobfoll unterscheidet zwischen Objektressourcen (Heim, materieller Besitz), Bedingungsressourcen (hochbewertete und angestrebte Lebensbedingungen und soziale Rollen wie Partnerschaft, Ehe, soziale Beziehungen, das Verfügen über soziale Unterstützung), Energie-Ressourcen (Zeit, Geld, Wissen) und Persönlichkeits-Ressourcen. Im Falle chronischer Krankheit können alle diese Ressourcen zum Gegenstand des Streßerlebens werden, wenn sie durch die spezifische Art der Krankheit und die damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen bedroht sind. Persönlichkeits-Ressourcen können streßpuffend wirken, indem sie die Streßbewertung vermindern und aktive Bemühungen um Erhalt, Wiedergewinnung oder Substitution der betroffenen Objekt-, Energie- und Bedingungsressourcen unterstützen. Sie können jedoch auch selbst zum Verlust werden und das Streßerleben steigern. Häufig erwähnt werden Selbstwert-Defizite bei chronisch Kranken (Filipp & Aymanns, 1987; Ziegler, 1990). Inwieweit personale Ressourcen angesichts schwerer oder chronischer Krankheit stabil bleiben, in welchem Ausmaß defizitäre Persönlichkeitsveränderungen im Langzeitverlauf chronischer Krankheit auftreten, ist bislang noch nicht ausreichend erforscht.

In der Streßtheorie von Lazarus und Folkman (1984) sind Einschätzungen von personalen und sozialen Ressourcen ein inhärenter Bestandteil der Streßverarbeitung. Ressourcen werden definiert als die zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten und Mittel, die eine Adaptation an ein Problem erleichtern. Als *personale Ressourcen* werden von Lazarus und Folkman (1987) Kontrollüberzeugungen, ein positiver Selbstwert und Commitments diskutiert. Implizit wird angenommen, daß solche Variablen mit einer effizienten Selbstregulation in Zusammenhang stehen. *Positive Erwartungshaltungen* und ein *positives Selbstkonzept* können den Prozeß der Streßverarbeitung durch *bewertende, emotionale, physiologische* und *behaviorale Reaktionen* moderieren (Cohen & Edwards, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Dabei

werden u.a. folgende Annahmen gemacht: Positive Erwartungshaltungen wirken einer pessimistischen, resignativen Einschätzung anforderungsreicher Situationen entgegen; sie puffern gegen die durch Bedrohung oder Verlust ausgelösten negativen emotionalen Reaktionen ab; zugleich dämmen sie die physiologische Erregung ein, die langfristig die körperliche und seelische Widerstandskraft der Person beeinträchtigt; und schließlich können positive Erwartungshaltungen adaptive, streßreduktive und tertiärpräventive Verhaltensweisen des Kranken unterstützen. Darüber hinaus wird angenommen, daß personale Ressourcen bei schwer kontrollierbaren Erkrankungen eine Zuwendung zu jenen Bereichen fördern, die auch weiterhin einer internalen Kontrolle unterstehen, wie z. B. die Kontrolle von Symptomen oder die Beeinflussung des eigenen emotionalen Zustands (Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankowsky & Cruzen, 1993).

Unter den verschiedenen personalen Ressourcenkonstrukten wurden bislang am häufigsten *positive Erwartungshaltungen* als Prädiktoren der Krankheitsbewältigung untersucht. Hierzu zählen insbesondere *dispositioneller Optimismus* (Scheier & Carver, 1992), *internale Kontrollüberzeugungen* (Rotter, 1966) und *Selbstwirksamkeitserwartungen* (Schwarzer, 1993, 1994b). Das *Selbstwertgefühl* fungiert dagegen meist als abhängige Variable, wohl in der Annahme, daß der Selbstwert durch die Folgen chronischer Krankheiten besonders bedroht ist und gravierenden Veränderungen unterliegen kann. Andere personale Ressourcenkonstrukte wie „Hardiness“ oder „Kohärenzsinn“ wurden bislang nur vereinzelt in Studien zur Krankheitsbewältigung eingesetzt und werden daher im folgenden nicht weiter berücksichtigt. Alle diese Variablen sind bereits theoretisch als personale Ressourcen konzipiert und gelten als Grundlagen einer effizienten Selbstregulation: sie sind mit einer Neigung zu depressiven Verstimmungen inkompatibel, sollen die Streßbewertung positiv beeinflussen und aktive, adaptive und problemorientierte Formen der Bewältigung streßreicher Situationen fördern.

Personale Ressourcen in der Krankheitsbewältigung

Dispositionaler Optimismus

Dispositionaler Optimismus kann - neben Kontrollüberzeugungen - als ein „Standardprädiktor“ in der Krankheitsbewältigungs-Forschung gelten. Scheier und Carver (1992) definieren Optimismus als eine relativ stabile und generalisierte Erwartung positiver Ereignisse. Zur Erfassung dieses Konstrukts haben die Autoren den „Life Orientation Test“ (LOT) entwickelt, der acht Aussagen folgender Art enthält: „In unsicheren Zeiten erwarte ich gewöhnlich das Beste“ oder - negativ formuliert - „Ich erwarte fast nie, daß die Dinge in meinem Sinne verlaufen“. In einer Vielzahl von Studien hat sich der LOT als ein brauchbarer Prädiktor der Adaptation an chronische Krankheit erwiesen (im Überblick: Scheier & Carver, 1992, vgl. auch Klauer & Filipp, in diesem Band). Eine Reihe von Studien belegt die stabilisierenden Effekte des dispositionalen Optimismus auf das emotionale Befinden von Krebs-, Herz-, Rheuma- und Arthritispatienten, HIV-Infizierten sowie von Patienten mit

Knochenmarks- und Gelenk-Operationen (Carver et al., 1993; Chamberlain, Petrie & Azariah, 1992; Curbow, Somerfield, Baker, Wingard & Legro, 1993; Fitzgerald, Tennen, Affleck & Pransky, 1993; Schröder & Schwarzer, 1995; Friedman et al., 1992; Long & Sangster, 1993; Scheier et al., 1989; Stanton & Snider, 1993; Taylor et al., 1992; Wiethoff, 1996). In den Studien von Fitzgerald et al. (1993) und Scheier et al. (1989) konnten darüber hinaus Hinweise auf gesundheitsfördernde Wirkungen von Optimismus gefunden werden: Bei optimistischen Bypass-Patienten fand man weniger perioperative Komplikationen sowie - einige Monate nach der Bypass-Operation - ein geringeres Ausmaß an Angina-Schmerzen und eine bessere körperliche Leistungsfähigkeit. Auch soziale Beziehungen werden durch Optimismus positiv beeinflusst: Optimistische Patienten beurteilten ihre sozialen Beziehungen positiver (Scheier et al., 1989), berichteten über weniger negative Auswirkungen der Krankheit auf die familiären Beziehungen (Carver et al., 1993) und gaben ein höheres Maß an sozialer Unterstützung an (Schröder & Schwarzer, 1995; Wiethoff, 1996). Auch scheint die berufliche Rehabilitation optimistischer Bypass-Patienten - bei Kontrolle der präoperativ erhobenen Schwere der Erkrankung - nach Ergebnissen von Scheier et al. (1989) günstiger zu verlaufen.

Wie lassen sich die insgesamt sehr positiven Befunde zum dispositionalen Optimismus erklären? Eine Möglichkeit besteht in unterschiedlichen Coping-Strategien optimistischer und pessimistischer Personen. Scheier und Carver (1992) nehmen an, daß Optimisten eher an die Möglichkeit glauben, streßreiche Situationen beeinflussen zu können, und daher auch eher zum Einsatz problemorientierter Coping-Strategien neigen. Viele Ergebnisse sprechen für diese Annahme. In der Studie von Scheier et al. (1989) beschäftigten sich optimistische Bypass-Patienten vor der Operation mehr mit Plänen und mit Zielen für die Rekonvaleszenz und informierten sich in der Woche nach der Operation häufiger über Verhaltensmaßregeln für die kommenden Monate. Pessimisten fokussierten dagegen stärker auf negative Erlebnis-aspekte und suchten Entlastung in der Abwehr von Gedanken über die zukünftige Rekonvaleszenz. Auch Carver et al. (1993) fanden bei optimistischen Brustkrebspatientinnen eine Neigung zu Planung und aktivem Coping vor der Operation, sowie negative Zusammenhänge zwischen präoperativ gemessenem Optimismus und Verleugnung und Passivität in den darauffolgenden Monaten. Keine signifikanten Zusammenhänge mit aktiv-behavioralem Coping fanden dagegen Friedman et al. (1992) bei Krebspatienten mit meist höherem Diagnosealter. Optimismus stand lediglich mit meidendem Bewältigungsverhalten in einem negativen Zusammenhang. Grundsätzlich scheinen Optimisten aber zu positiven, befindenssteigernden Formen der Bewältigung zu tendieren. So wurden bei optimistischen HIV-positiven Männern positivere Einstellungen und geringe Fatalismus-, Flucht- und Selbstbeschuldigungs-Tendenzen gefunden (Taylor et al., 1992). Und bei Wiethoff (1996) zeigten optimistischen Herzpatienten primär eine Neigung zu sozialen Aktivitäten und wiesen geringe Abwehr- und Rumirrationstendenzen auf.

Die *Mediatorhypothese*, derzufolge die Wirkungen des dispositionalen Optimismus durch den Coping-Stil vermittelt werden, ließ sich durch die empirischen Befunde nur teilweise bestätigen. Scheier et al. (1989) fanden bei Bypass-Patienten nur einen schwachen indirekten Effekt über „negatives Fokussieren“ (eine Form der Krank-

heitsverarbeitung) auf die Lebensqualität nach sechs Monaten. Deutliche Mediatorwirkungen auf das emotionale Befinden wurden dagegen bei Brustkrebspatientinnen vor allem in der ersten Zeit nach Diagnosestellung und Operation gefunden (Carver et al., 1993). Die Akzeptanz der Krankheit und geringe Verleugnungstendenzen erwiesen sich als die zentralen Vermittler des Einflusses von Optimismus auf den emotionalen Zustand. Drei und sechs Monate nach der Operation nahmen die Mediatoreffekte des Coping-Stils ab zugunsten verstärkter direkter Einflüsse des Optimismus auf das psychische Befinden. Vermutlich zeigen sich Mediatorwirkungen des Bewältigungsstils bevorzugt in Akutphasen einer Erkrankung (nach Diagnosestellung, Operation, Diagnose von Rezidiven etc.), in denen er gezielt aktiviert wird. Stanton und Snider (1993) fanden jedoch bei Frauen mit Brustkrebs-Verdacht auch in einer krisenhaften Phase (nach Diagnosestellung und Operation) nur schwache indirekte Effekte auf das seelische Befinden. Festzuhalten bleibt, daß Regelmäßigkeiten bezüglich der Wirkmechanismen des dispositionalen Optimismus (Auftreten von Mediator-, Puffer- oder Moderatoreffekten) bislang noch nicht geklärt sind.

Internale Kontrollüberzeugungen und generalisierte Selbstwirksamkeitserwartungen

Im Unterschied zum dispositionalen Optimismus können internale Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966) und Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1986; Schwarzer, 1994b) *als selbstreferentielle Erwartungshaltungen* definiert werden, da sie auf die eigenen Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten rekurrieren. Generalisierte *Selbstwirksamkeitserwartungen* - auch *als „optimistische Kompetenzerwartungen“* bezeichnet (Schwarzer, 1994b) - beziehen sich explizit auf die persönlichen Handlungskompetenzen und beinhalten die Überzeugung, schwierige Anforderungen durch eigene Aktivitäten bewältigen zu können. *Infernale Kontrollüberzeugungen* (Rotter, 1966) betreffen die wahrgenommenen Kontingenzen zwischen dem eigenen Handeln und den erwünschten Handlungsfolgen (*reinforcements*), umfassen also über Kompetenzerwartungen hinausgehend auch Instrumentalitätserwartungen (Erwartungen bezüglich der positiven Konsequenzen erfolgreich ausgeführter Handlungen). Im Gegensatz dazu kann Optimismus auch im Glauben an das Walten eines günstigen Schicksals - d. h. an günstige externale Einflüsse - zum Ausdruck kommen. Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen haben somit theoretisch eine stärkere motivationale Bedeutsamkeit und einen engeren Bezug zum Selbstkonzept.

Im Vergleich zu dispositionalem Optimismus und zu Kontrollüberzeugungen gibt es nur eine begrenzte Anzahl von Studien, in denen *allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen* als Prädiktoren des Bewältigungserfolgs bei chronischer Krankheit eingesetzt wurden. Die bislang durchgeführten Studien zu dieser Variablen berichten einhellig über positive Effekte auf das emotionale Befinden und die Funktionsfähigkeit der Patienten (Appel, Hahn, König & Seeliger, 1996; Aymanns, 1992; Devins et al., 1982; Ell, Mantell, Hamovitch & Nishimoto, 1989; Hobfoll & Waltisch, 1984; Smith & Wallston, 1992; Schröder & Schwarzer, 1995; Schröder, Schwarzer & Konertz, 1996). Appel et al. fanden negative Zusammenhänge mit Angst und Depressivität

sowie mit körperlichen Beschwerden in einer Stichprobe von 123 Krebspatienten. Entsprechende Ergebnisse zu Angst und Depressivität bei Patientinnen mit Krebsverdacht und späterer Krebsdiagnose berichten Hobfoll und Walfisch (1984). In einer Studie von Ell et al. (1989) an 369 Krebspatienten standen Selbstwirksamkeitserwartungen („sense of control“, erfaßt über eine Fünf-Rem-Skala mit Fokus auf die „Fähigkeit zur Lösung von Problemen“) in engem Zusammenhang mit emotionalem Befinden und mentaler Gesundheit und waren mit geringeren Beeinträchtigungen in der Ausübung sozialer Rollen verbunden. Aymanns (1992) fand bei Krebspatienten in Verbindung mit hohen Kompetenzerwartungen ein positives Selbstwertgefühl und geringe Resignationstendenzen in Reaktion auf die Krankheit. Selbstwirksamkeitserwartungen fordern offenbar eine aktive Krankheitsbewältigung durch die „Suche nach sozialer Einbindung“ und wirken einer ruminierenden Auseinandersetzung mit der Krankheit entgegen (Appel et al., 1996; Aymanns, 1992; Schröder et al., 1996). Sie standen bei Herzpatienten mit gezielter körperlicher Aktivität in der postoperativen Phase und einem gesundheitsbewußten Ernährungsverhalten in Zusammenhang (Wiethoff, 1996) und korrelierten mit der wahrgenommenen Funktionsfähigkeit der Patienten in verschiedenen Bereichen des Alltagslebens (Schröder & Schwarzer, 1995).

Eine Vielzahl von Studien belegt den Ressourcenstatus von generalisierten *internalen Kontrollüberzeugungen* in der Bewältigung von Krankheit (Lefcourt & Davidson-Katz, 1991). Über positive Effekte von generalisierten Kontrollüberzeugungen auf der Grundlage der I-E-Skala von Rotter berichtet z.B. Terry (1992) in einer Längsschnittuntersuchung an 40 Postinfarktpatienten. „Internale“ Patienten waren weniger ängstlich, zeigten geringere Beeinträchtigungen in sozialen und freizeitbezogenen Aktivitäten und beurteilten den eigenen Bewältigungserfolg positiver. Solomon, Mikulincer und Avitzur (1988) fanden bei 262 Soldaten mit Kriegstraumata negative Korrelationen zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und der Intensität der posttraumatischen Störung. Darüber hinaus förderten interne Kontrollüberzeugungen eine Abnahme der Symptomatik im längeren Krankheitsverlauf. Seelbach und Berthe (1994) berichten über einen depressiven Verarbeitungsstil bei Osteoporosepatientinnen mit hoher Externalität, der bei „internalen“ Patientinnen nicht zu finden war (vgl. auch Devins et al., 1982; Halligan & Reznikoff, 1985; Nilges, 1992; Silver, Auerbach, Vishniavsky & Kaplowitz, 1986). Infarktpatienten mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen zeigten sich in einer Studie von Cromwell, Butterfield, Brayfield und Curry (1977) kooperativer, waren unmittelbar nach dem Infarkt in einer besseren körperlichen und seelischen Verfassung und konnten die Intensivstation eher verlassen als „externalen“ Patienten. Auch Poll und DeNour (1980) berichten bei internalen Dialyse-Patienten über eine bessere Compliance, ein stärkeres Engagement in der beruflichen Rehabilitation und eine höhere Akzeptanz der funktionalen Beeinträchtigungen. Dagegen fanden Reich und Zautra (1995) bei Patientinnen mit rheumatischer Arthritis keine signifikanten (Haupt) Effekte von internalen Kontrollüberzeugungen auf das emotionale Befinden und den subjektiven körperlichen Zustand. Der „Bewältigungsvorteil“ internaler gegenüber externalen Kontrollüberzeugungen beschränkte sich hier auf einen Teil von jüngeren und gesünderen Patientinnen, die vom Partner wenig unterstützt wurden.

Neben der ursprünglichen Konzeption als eindimensionales Konstrukt mit den Polen „interner versus externer Ort der Kontrolle“ (Rotter, 1966) hat sich eine dreidimensionale Auffassung des Konstrukts durch Differenzierung des externen Pols in „soziale Externalität“ (Einfluß anderer Personen) und „fatalistische Externalität“ (Zufall, Schicksal) durchgesetzt (Krampen, 1989; Levenson, 1981; Lohaus, 1992). Lediglich fatalistische Externalität kann eindeutig als ein Ressourcendefizit aufgefaßt werden. Es wird argumentiert, daß auch sozial-externe Kontrollüberzeugungen adaptiv sein können, wenn eine interne Kontrolle des Stressors und seiner beeinträchtigenden Wirkungen nicht möglich ist (vgl. Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifield, 1987; Burish et al., 1984; Reid, 1984; Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982). Vertrauen auf die Einflußmöglichkeiten anderer Personen, vor allem den behandelnden Arzt, kann bei geringen internen Kontrollüberzeugungen der Entwicklung von Hilf- und Hoffnungslosigkeit entgegenwirken. Dies eröffnet die Möglichkeit der partizipatorischen Kontrolle durch direkte Einflußnahme auf den Arzt und die Behandlung sowie Compliance mit den ärztlichen Maßnahmen (Reid, 1984; Rothbaum et al., 1982). Wie Reid (1984) betont, muß jedoch die ersatzweise Abgabe von Kontrolle an einflußreiche andere Personen nicht unbedingt adaptionsfördernd sein: Sozial-externe Kontrollüberzeugungen werden mit Abhängigkeit erkauft und widersprechen dem Bedürfnis nach persönlicher Kontrolle und Autonomie.

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und spezifische Kompetenzerwartungen

Der Vorteil generalisierter Ressourcenkonstrukte liegt in der Prädiktion des Bewältigungserfolgs auf breiter Basis. Dagegen sind zur Vorhersage spezifischer Kriterien bereichs-spezifische Ressourcen meist besser geeignet, etwa wenn ein konkretes Gesundheitsverhalten (Rauchverzicht) auf der Grundlage der Kompetenzerwartung, das Rauchen aufgeben zu können, prädiziert und erklärt wird (vgl. Schwarzer, 1996). Krankheitsbezogene Erwartungshaltungen werden sich erst in der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Stressor „Krankheit“ entwickeln und konkretisieren und ggf. im Krankheitsverlauf einer starken Veränderung unterliegen (Wiedebusch, Volle, Lohaus & Schmitt, 1990). Ihre Zusammenhänge mit generalisierten Erwartungshaltungen sind empirisch kaum untersucht, anzunehmen ist jedoch, daß mit zunehmender Spezifität der erhobenen gesundheitsbezogenen Kontroll- und Kompetenzerwartungen die korrelativen Zusammenhänge mit den entsprechenden Persönlichkeitsvariablen abnehmen. Generalisierte und spezifische Ressourcenkonstrukte sind somit als eigenständige Prädiktoren des Bewältigungserfolgs aufzufassen.

Auch in der Messung von *gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen* wird neben Internalität meist zwischen sozialer und fatalistischer Externalität unterschieden (Ferring & Philipp, 1989; Kohlmann, Küstner, Schuler & Tausch, 1993; Lohaus & Schmitt, 1989; Muthny & Tausch, 1994; Wallston & Wallston, 1978). Die Befundlage zum Einfluß gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen ist jedoch heterogen und schwer überschaubar. Häufig, aber nicht immer, wird über positive Effekte interner Kontrollüberzeugungen berichtet, während zu sozial-externen Kontrollüberzeu-

gungen völlig inhomogene Befunde vorliegen. In einer Studie von Wiedebusch et al. (1990) zeigten Rheuma-Patienten mit höheren internalen Kontrollüberzeugungen eine ausgeprägte Motivation zur Krankheitsbewältigung und geringere Resignationstendenzen als Patienten mit externalen Kontrollwahrnehmungen. Ferring (1987) berichtet bei Herzpatienten über negative Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der Krankheitsfolgen und depressiver Verstimmung (vgl. auch Filipp, Ferring, Freudenberg & Klauer, 1988). In einer Studie von Taylor, Lichtman und Wood (1984) förderten sowohl die eigene wahrgenommene Kontrolle als auch die sozial-externalen Kontrollüberzeugungen über die Krankheitsentwicklung bei Krebspatienten die Adaptation an die Krankheit. Die höchste Korrelation mit einem globalen Index der Adaptation ergaben sich für die Kombination beider Formen von Kontrollüberzeugungen. Reed, Taylor und Kemeny (1993) fanden bei AIDS-Infizierten positive Zusammenhänge zwischen internalen krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen und der Adaptation sowie negative Zusammenhänge zwischen sozial-externalen Kontrollerwartungen und dem Befinden. internale gesundheitsbezogene Kontrollerwartungen korrelierten in der Untersuchung von Devins et al. (1982) negativ mit Depressivität und Selbstwertbeeinträchtigungen bei Patienten mit schweren Nierenerkrankungen. Demgegenüber erwiesen sich in einer Studie von Burish et al. (1984) nur die externalen Kontrollüberzeugungen von Krebspatienten als adaptationsfördernd: Patienten mit hohen externalen Kontrollüberzeugungen zeigten im Anschluß an ein Treatment zur Kontrolle von Nebenwirkungen der Chemotherapie geringere physiologische Erregung und ein besseres emotionales Befinden. Friedman, Baer, Lewy, Lane und Dworkin (1988) fanden keine Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen und Bewältigungserfolg bei Brustkrebsspatientinnen. Affleck et al. (1987) berichten bei Patienten mit rheumatischer Arthritis teilweise sogar über negative Zusammenhänge zwischen internalen Kontrollüberzeugungen über den Krankheitsverlauf und der Adaptation an die Krankheit. Insgesamt spricht die Befundlage dafür *a) zwischen verschiedenen Aspekten gesundheitsbezogener Kontrolle zu differenzieren und b) die Schwere und Kontrollierbarkeit der Erkrankung als wesentliche Moderatoren zu berücksichtigen*. Affleck et al. unterscheiden z. B. zwischen *Kontrolle der Symptome* und *Kontrolle des Krankheitsverlaufs* und konnten zeigen, daß positives Befinden der Patienten primär mit wahrgenommener internaler Symptom-Kontrolle in Zusammenhang steht. internale Kontrollerwartungen bezüglich des Krankheitsverlaufs stabilisierten zwar das emotionale Befinden, korrelierten dagegen negativ mit einem globalen Index der Anpassung an die Krankheit. Darüber hinaus intensivierten sich die Effekte der Kontrollüberzeugungen mit zunehmender *Schwere der Erkrankung*, wie auch Studien von Marks, Richardson, Graham und Levine (1986) sowie Christensen, Turner, Smith, Holman und Gregory (1991) belegen. So fanden z. B. Marks et al. nur bei Krebspatienten, die ihre Krankheit als schwerwiegend einschätzten, einen negativen Zusammenhang zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und Depression.

Lohaus (1992) und Wallston (1992) haben sich primär mit *den motivationalen Aspekten gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen* auseinandergesetzt und die Zusammenhänge mit Coping und dem Gesundheitsverhalten untersucht. Nach Lohaus soll fatalistische Externalität primär depressive und resignative Tendenzen hervor-

rufen, Internalität und soziale Externalität werden dagegen mit aktivem Bewältigungshandeln in Zusammenhang gebracht. Während soziale Externalität vor allem die Patient compliance fördern soll, wird die Wirkung interner Kontrollüberzeugungen auf die Compliance davon abhängig gemacht, ob die Krankheitskonzepte von Arzt und Patient in wesentlichen Punkten übereinstimmen. Diese Hypothesen scheinen durch die bisherige Befundlage weitgehend bestätigt (vgl. Lohaus, 1992). So berichtet Lohaus, daß Internalität mit einem kompensierenden und ablenkenden Bewältigungsstil zusammenhängt, während soziale Externalität die Suche nach sozialer Unterstützung und Erfahrungsaustausch fördert. Auch Informationssuche und Informiertheit setzen Eigenaktivität voraus und sollten daher nach Lohaus durch Internalität gefördert werden, eine These, die er ebenfalls als weitgehend bestätigt sieht (Lohaus, 1992). Im Hinblick auf präventives, gesundheitsbezogenes Handeln ist die Befundlage dagegen inkonsistent. Häufig fehlen die erwarteten Zusammenhänge zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und präventivem Handeln (im Überblick: Lohaus, 1992; Strickland, 1978; Wallston & Wallston, 1982). Wallston (1992) konstatiert, daß gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen lediglich einen geringen Varianzanteil im Gesundheitsverhalten aufzuklären vermögen und hinsichtlich ihrer prädiktiven Validität deutlich hinter spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1986) zurückstehen. Er führt dies auf eine Ambiguität im Konstrukt der Kontrollüberzeugungen zurück und argumentiert, daß eine interne Verantwortlichkeits-Zuschreibung für den eigenen Gesundheitszustand nicht bedeute, daß man sich auch die entsprechenden Kompetenzen zur Ausführung der erforderlichen protektiven Verhaltensweisen zubilligt. Wallston schlägt mit der „wahrgenommenen gesundheitlichen Kompetenz“ ein alternatives Konstrukt zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens vor, das den Selbstwirksamkeitserwartungen angenähert ist. Es verbindet verhaltensbezogene Kompetenzerwartungen mit positiven Erwartungen an die Ergebnisse des eigenen Handelns. Im Vergleich zu generalisierten und hochspezifischen Erwartungsvariablen handelt es sich hier um ein bereichsspezifisches Konstrukt mittlerer Reichweite, das eine bessere prädiktive Validität auch im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten in Aussicht stellt (vgl. Smith, Wallston & Smith, 1995).

In der Tat zeigt sich im Hinblick auf *spezifische krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen* eine konsistente Befundlage, die ihren Ressourcenstatus in der Krankheitsbewältigung bestätigt (im Überblick: Schwarzer, 1992, 1996). Selbstwirksamkeitserwartungen stehen u. a. mit einer effizienteren Schmerzkontrolle in Zusammenhang (Altmaier, Russell, Kao, Lehmann & Weinstein, 1993; Litt, 1988; Manning & Wright, 1983; Schermelleh-Engel, 1992), zeigten sich in verschiedenen Studien als bedeutsame Prädiktoren der kardiovaskulären Belastbarkeit von Koronarpatienten (Ewart, 1992; Taylor, Bandura, Ewart, Miller & DeBusk, 1985) und der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen (Kaplan, Atkins & Reinsch, 1984, Toshima, Kaplan & Ries, 1992). Therapeutische Behandlung von Patienten mit rheumatischer Arthritis erhöhte ihre Kompetenzerwartungen, verbesserte zugleich ihr psychosoziales Befinden und verminderte Schmerzempfinden und gewebliche Entzündungen (Holman & Lorig, 1992; vgl. auch O'Leary, Shoor, Lorig & Holman, 1988; Smith, Dobbins & Wallston, 1991; Smith & Wallston, 1992; Taal et al., 1994). Cunningham, Lockwood und Cunningham (1991)

berichten, daß krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen bei Krebspatienten mit einer höheren Lebensqualität und einem besseren emotionalen Befinden in Zusammenhang stehen. Im Vergleich mit gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen muß vor allem auf *die herausragende Rolle spezifischer Kompetenzerwartungen in der Prädiktion des Gesundheitsverhaltens* hingewiesen werden. So konnten z. B. Devins und Edwards (1988) die besondere Bedeutung von spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen in der Reduktion des Rauchverhaltens bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen belegen. Auch bei Diabetespatienten erwiesen sich Kompetenzerwartungen als signifikanter Prädiktor der späteren Compliance (Kavanagh, Gooley & Wilson, 1993). Darüber hinaus bestätigen zahllose Studien an nicht-medizinischen Stichproben den überragenden Einfluß spezifischer Kompetenzerwartungen auf das Gesundheitsverhalten. Kompetenzerwartungen stellen inzwischen eine unverzichtbare Komponente in allen modernen Modellen des Gesundheitsverhaltens dar (im Überblick: Schwarzer, 1996).

Resumée: Zur Adaptivität und Maladaptivität erwartungsbezogener Ressourcenkonstrukte

Obleich das Schwergewicht der Befunde die positiven Effekte von dispositionalem Optimismus, Kompetenzerwartungen und internalen Kontrollüberzeugungen in der Krankheitsbewältigung belegt, ist der Ressourcencharakter dieser Konstrukte nicht unumstritten geblieben. Die Kritik entzündet sich regelmäßig an Überlegungen zur maladaptiven Wirkung unrealistisch überhöhter positiver Erwartungshaltungen.

So wird von verschiedenen Autoren auf die möglichen *Kosten überhöhter internaler Kontrollüberzeugungen* hingewiesen (Affleck et al., 1987; Reid, 1984; Taylor, 1983; Tennen & Affleck, 1987). Zwar sind nach Taylor (1983) selbst illusorische Kontrollüberzeugungen, d. h. solche, die einer eindeutigen Erfahrungsgrundlage entbehren, als Bestandteil einer normalen kognitiven Funktionsfähigkeit im allgemeinen adaptiv. Allerdings können illusorische Kontrollerwartungen auch eine besondere Vulnerabilität erzeugen, wenn die tatsächlichen Erfahrungen diesen Erwartungen nicht entsprechen. Wiederholte erfolglose Kontrollversuche führen zu gelernter Hilflosigkeit. Insofern können internale Kontrollüberzeugungen die Adaptation an chronische, schwer beeinflussbare Krankheiten auch behindern. Personen mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen können z. B. besondere Schwierigkeiten in der Adaptation an eine Hospitalisierung aufweisen, die umfassende Einschränkungen der persönlichen Kontrolle mit sich bringt (Tennen & Affleck, 1987). Bei diesen Patienten seien möglicherweise erhöhte Reaktanz, Widerstand gegen die Behandlung, physiologische Störungen in Verbindung mit einer erhöhten Erregung und verfrühte Entlassung aufgrund eines rigiden Beharrens auf persönlicher Kontrolle zu erwarten. Die Stichhaltigkeit solcher Argumente wird durch eine Untersuchung von Janoff-Bulman und Marshall (1982) an geriatrischen Patienten belegt, die in ein Altenheim übersiedelt waren. Personen mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen wiesen größere Schwierigkeiten in der Adaptation an die neuen Lebensbedingungen im Altenheim auf. internale Kontrollüberzeugungen stehen hier offenbar im Konflikt mit

den weitgehend extern geregelten Tagesabläufen und mit Restriktionen der bevorzugten und bislang gewohnten autonomen Lebensführung (vgl. auch Affleck et al., 1987).

Auch *dispositionaler Optimismus* könnte eine spezifische Vulnerabilität erzeugen und die Adaptation erschweren, wenn die tatsächlichen Entwicklungen den optimistischen Erwartungen zuwiderlaufen. Zwar widerlegen die Ergebnisse zu diesem Konstrukt weitestgehend jene Stimmen, die vor den Risiken eines überhöhten Optimismus warnen (Taylor, Wayment & Collins, 1993; Tennen & Affleck, 1987). Dennoch könnte theoretisch im Langzeitverlauf voranschreitender chronischer Erkrankungen eine solche Umkehr der Ressourcenwirkung auftreten. Hierüber müßten weitere, langfristig angelegte Untersuchungen Aufschluß geben. Kontrovers diskutiert wird insbesondere der *Einfluß von Optimismus auf präventives, gesundheitsförderndes Verhalten* (Schwarzer, 1994a; Tennen & Affleck, 1987). Scheier und Carver (1985, 1992) postulieren unter Hinweis auf ihre Selbstregulations-Theorie eine Neigung optimistischer Personen zu aktivem, problemorientiertem Verhalten, das sich auch auf das Gesundheitsverhalten erstrecken soll. Allerdings setzt Gesundheitsverhalten - wie jedes motivierte Verhalten - primär Kompetenzerwartungen (Vertrauen in die eigene Fähigkeit, das erforderliche Verhalten ausführen zu können) und Kontrollüberzeugungen (die Erwartung, mittels des eigenen Verhaltens den eigenen Gesundheitszustand kontrollieren zu können) voraus. Dispositionaler Optimismus differenziert jedoch nicht zwischen diesen *kompetenzbasierten positiven Erwartungshaltungen* und *Erwartungen an positive externale Einflüsse*, ein Manko, das zu scharfer Kritik an diesem diffusen Konstrukt herausgefordert hat (Schwarzer, 1994a; Schwarzer & Renner, in diesem Band). Der Glaube an ein günstiges Schicksal fordert nicht unbedingt zu eigenen Anstrengungen heraus, um gesundheitliche Risiken abzuwenden. So weisen z. B. Tennen und Affleck (1987), Taylor et al. (1993) und Weinstein (1988) auf die möglichen motivationsreduzierenden Wirkungen von unrealistisch überhöhtem Optimismus hin. In Modellen des Gesundheitsverhaltens stellt die Wahrnehmung einer gesundheitlichen Bedrohung eine wesentliche motivationale Komponente eines aktiv-präventiven Verhaltens dar. Solange sich eine Person aufgrund ihres überhöhten Optimismus persönlich nicht für gefährdet hält, eine bestimmte Krankheit zu bekommen oder - im Falle bereits bestehender Krankheit - weitere Folgeerscheinungen oder einen Rückfall zu erleiden, kann keine Motivation zu präventivem Verhalten aufgebaut werden. Dispositionaler Optimismus könnte daher - im Gegensatz zu den Annahmen von Scheier und Carver - mit motivationalen Einbußen im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten verbunden sein. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer Studie zu gesundheitsbezogenen Kognitionen bei Postinfarkt-Patienten (Desharnais, Godin, Jobirr, Valois & Ross, 1990). In dieser Untersuchung schätzten die Pessimisten ihre persönliche Vulnerabilität, einen zweiten Herzinfarkt zu bekommen, sowie den Schweregrad eines zweiten Infarkts signifikant höher ein als die Optimisten, fühlten sich also insgesamt stärker bedroht. Im Hinblick auf die Selbstwirksamkeitserwartungen, das Risiko eines zweiten Herzinfarkts durch eigenes Verhalten vermindern zu können, fanden sich dagegen keine Unterschiede zwischen Optimisten und Pessimisten. Demzufolge müßten die pessimistischen Patienten - bei Kontrolle anderer relevanter Einfluß-

variablen - aufgrund ihres stärkeren Bedrohungserlebens eher zu gesundheitsförderndem Verhalten motiviert sein als die optimistischen Patienten. Diese Ergebnisse belegen, daß generalisierter Optimismus nicht grundsätzlich mit einem aktiv-präventiven Gesundheitsverhalten in Verbindung gebracht werden darf, und entsprechende Einwände durchaus ihre Berechtigung haben.

Die empirischen Befunde zum Einfluß des dispositionalen Optimismus auf das Gesundheitsverhalten von chronisch Kranken sind dementsprechend inkonsistent und weisen bestenfalls auf schwache positive Effekte hin. Scheier et al. (1989) fanden bei optimistischen Bypass-Patienten unmittelbar nach der Operation ein stärkeres Interesse an verhaltensrelevanten Fragen der Rekonvaleszenz sowie fünf Jahre nach der Operation ein besseres Ernährungsverhalten und eine häufigere Teilnahme an Rehabilitations-Maßnahmen. In unserer Untersuchung an Herzpatienten wurde ein schwacher signifikanter Zusammenhang zwischen präoperativ gemessenem Optimismus und gesundheitsbewußter Ernährung gefunden, während Optimismus, gemessen sechs Monate nach der Operation, keinen Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten zeigte.

Im Unterschied zu Optimismus und gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen ist die Bedeutung von *Selbstwirksamkeitserwartungen* im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten unumstritten und läßt sich umso eher nachweisen, je konkreter die erfaßten Kompetenzerwartungen auf das fragliche Gesundheitsverhalten zugeschnitten sind (im Überblick: Schwarzer, 1996).

Personale und soziale Ressourcen in der Krankheitsbewältigung:

Auf dem Weg zu einer interaktionistisch-transaktionalen Perspektive

In den vergangenen Jahren zeichnet sich ein fortschreitendes Interesse an den transaktionalen Zusammenhängen zwischen personalen Ressourcen und sozialer Unterstützung ab (Aymanns, 1992; Contrada, Leventhal & Andersort, 1994; Coyne & DeLongis, 1986; Filipp & Aymanns, 1987; Fisher, Nadler & Witcher-Alagna, 1983; Greenberg & Westcott, 1983; Hobfoll & Walfisch, 1984). Filipp und Aymanns (1987) betonen, daß personale Voraussetzungen in der Mobilisierung von sozialer Unterstützung ebenso zu berücksichtigen waren wie die unterschiedliche Nutzung sozialer Hilfsangebote in Abhängigkeit von Merkmalen und Verhaltenstendenzen des Empfängers. Nur eine transaktionale Perspektive wird auch den dynamischen, wechselseitigen Beziehungen zwischen personalen und sozialen Ressourcen und ihren Auswirkungen auf die Bewältigung chronischer Krankheit gerecht.

Der Realisierung einer solchen Forschungsperspektive stellt sich eine Reihe von Schwierigkeiten entgegen, die bereits mit dem Problem der mannigfaltigen Definitionen und Operationalisierungen des Konstrukts „soziale Unterstützung“ beginnen. Als Prädiktoren der Krankheitsbewältigung werden häufig *soziale Integration*, verschiedene *Formen der sozialen Unterstützung* und *qualitative Beziehungsaspekte* herangezogen. Daß soziale Integration nicht mit sozialer Unterstützung gleich-

zusetzen ist, wird offenbar, wenn die Anforderungen, Konflikte und sozial-kontrollierten Verhaltensbeschränkungen berücksichtigt werden, die die negativen Aspekte sozialer Beziehungen ausmachen. Soziale Unterstützung kann als eine spezifische Klasse sozialer Beziehungsmuster aufgefaßt werden, die durch die Asymmetrie der Beziehung zwischen einem hilfeleistenden und einem hilfeempfangenden Part gekennzeichnet ist und darauf abzielt, streßerzeugende Anforderungen und deren emotionale Folgen auf seiten des Hilfeempfängers zu reduzieren, Funktionsausfälle zu kompensieren und/oder eine aktive und effiziente Bewältigung der streßerzeugenden Bedingungen beim Hilfeempfänger zu fördern. Es wird u. a. zwischen tatsächlich **erhaltener Unterstützung** („received“ oder „behavioral social support“) und der **wahrgenommenen Unterstützung** („cognitive“ oder „perceived availability of social support“) unterschieden (vgl. Leppin & Schwarzer, in diesem Band). Wahrgenommene Unterstützung bezieht sich - eher prospektiv - auf die Erwartung, im Bedarfsfall über soziale Unterstützung zu verfügen, erhaltene Unterstützung dagegen auf die in der Vergangenheit tatsächlich erfahrene Zuwendung und Hilfeleistung. Die beiden Aspekte sozialer Unterstützung korrelieren in verschiedenen Untersuchungen nur mäßig miteinander (vgl. Aymanns, 1992; Dunkel-Schetter & Bennet, 1990) und scheinen unterschiedlich mit Adaptation und körperlichem Wohlbefinden assoziiert zu sein (Coyne, Ellard & Smith, 1990; Pagel, Erdly & Becker, 1987). Interessant ist hier eine vielzitierte Untersuchung von Peters-Golden (1982) an 100 Krebspatienten und 100 gesunden Kontrollpersonen. Während die gesunden Personen von der ihnen im Krankheitsfall zur Verfügung stehenden sozialen Unterstützung überzeugt waren, konnte ein entsprechendes Maß an tatsächlich erhaltener Unterstützung bei den Krebspatienten nicht beobachtet werden, was eine unrealistische Überschätzung des verfügbaren Supports bei gesunden Personen nahelegt.

Inzwischen belegt eine beträchtliche Anzahl von Studien die zentrale Bedeutung der sozialen Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung (vgl. Holahan, Holahan, Moos & Brennan, 1995; House & Kahn, 1985; Kulik & Mahler, 1989, 1993; Nelles, McCaffrey, Blanchard & Ruckdeschel, 1991; Rowland, 1990; Schulz & Decker, 1985; Wallston, Alagna, DeVellis & DeVellis, 1983). Insgesamt legen die Befunde nahe, daß die bedeutsamste soziale Ressource *in* der **Qualität der sozialen Beziehungen** zu suchen ist. Insbesondere **emotionale Nähe, Intimität, Zusammenhalt** und **Konfliktfreiheit** in den ehelichen und familiären Beziehungen scheinen den Bewältigungserfolg günstig zu beeinflussen (Coyne et al., 1990; Rook, 1984). Vielfach ist man dazu übergegangen, die Qualität der ehelichen oder familiären Beziehungen direkt als Indikator der sozialen Unterstützung heranzuziehen. Die zentrale Bedeutung dieser Variablen für das Befinden der Patienten konnte bereits vielfach belegt werden (Christensen et al., 1992; Eil et al., 1989; Fuller & Swensen, 1992; Hannum, Giese-Davis, Harding & Hatfield, 1991; Mullen, Smith & Hill, 1993; Terry, 1992; Waltz, Badura, Pfaff & Schott, 1988). Daß negative Aspekte sozialer Beziehungen gelegentlich einen stärkeren Einfluß auf das Befinden ausüben können als positive unterstützende Zuwendung, wurde z. B. von Rook (1984) eindrucksvoll herausgestellt. In ihrer Stichprobe älterer verwitweter Frauen erwiesen sich die Anzahl sozialer Probleme und die Anzahl konflikthafter Beziehungen als primäre psychologische Prädiktoren des Wohlbefindens, während quantitative Maße der sozialen

Unterstützung nicht zur Varianzaufklärung beitragen konnten (vgl. auch Manne & Zautra, 1989; Waltz et al., 1988).

Zum Konfundierungsproblem in der Untersuchung personaler und sozialer Einflüsse

Soziale Unterstützung stellt keine rein externe Ressource dar. Das Verfügen über soziale Unterstützung hängt nicht unwesentlich von sozialen Kompetenzen, der Sozialverträglichkeit von Persönlichkeitsmerkmalen und dem bevorzugten Bewältigungsstil ab. Verschiedene Befunde deuten z. B. darauf hin, daß Personen, die durch Zynismus und Selbstentfremdung gekennzeichnet sind, erhebliche Probleme in der Mobilisierung und/oder Akzeptanz von sozialer Unterstützung aufweisen (Pierce, Sarason & Sarason, 1996). Auch Depressionsneigung beeinträchtigt die sozialen Beziehungen, führt zu wechselseitigen negativen Bewertungen von Patient und sozialem Umfeld (Krantz & Moos, 1987) und kann das Ausmaß von wahrgenommener und erhaltener sozialer Unterstützung vermindern (Coyne, Burchill & Stiles, 1991; Dew & Bromet, 1991; Dohrenwend, Dohrenwend, Link & Levav, 1983).

Aufgrund ihrer hohen Stabilität und ihren korrelativen Zusammenhängen mit Dispositionsfaktoren wird die *wahrgenommene Unterstützung* stark mit der Persönlichkeit assoziiert. Sarason, Pierce und Sarason (1990) gehen sogar so weit, wahrgenommene soziale Unterstützung selbst als eine Persönlichkeitsvariable zu konzipieren und als ein grundlegendes Vertrauen in die Akzeptanz, Achtung, Liebe und Fürsorge anderer Personen zu interpretieren (vgl. auch Sarason, Sarason & Pierce, 1995). Mit Filipp und Aymanns (1987) muß man das damit verbundene Konfundierungsproblem in der klaren Trennung zwischen personalen und sozialen Ressourcen beklagen: Eine Bestimmung des relativen Anteils beider Ressourcenquellen am Bewältigungserfolg erübrigt sich dann ebenso wie eine Prüfung der Interdependenzen extern-sozialer und intern-personaler Einflußfaktoren. Wie Filipp und Aymanns betonen, kann die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung umso eher als Persönlichkeitsmerkmal interpretiert werden, je stärker die Erfassung dieses Konstrukts sich auf die nicht an objektiven Erfahrungen veridikaliserbaren Einschätzungen des Rezipienten stützt. Es kann jedoch vermutet werden, daß das Konfundierungsproblem in der Differenzierung von personalen und sozialen Ressourcen im Krankheitsverlauf zunehmend an Bedeutung verliert, da mit einer Annäherung der erwarteten Unterstützung an die soziale Realität zu rechnen ist. Diskrepanzen zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung durften primär zu Beginn einer sich etablierenden chronischen Krankheit eine Rolle spielen. Persönlichkeitsgebundene Verzerrungen wie eine unrealistisch optimistische Überschätzung oder pessimistische Unterschätzung des zur Verfügung stehenden Supports werden sich angesichts der konkreten Erfahrung mit einer ersten, langanhaltenden Erkrankung korrigieren. So fanden Appel et al. (1996) in ihrer Untersuchung an 152 Krebspatienten eine Korrelation zwischen erwarteter und erhaltener sozialer Unterstützung von $r = .80$ (beides erfaßt über Selbstauskünfte der Patienten). Eine realistische Einschätzung des Konfundierungsproblems ist jedoch schwierig und hängt nicht

zuletzt von den Erhebungsmodalitäten ab. Auch erhaltene Unterstützung wird meist über die Wahrnehmung der Patienten erfragt und kann einen persönlichkeitsgebundenen Bias beinhalten, der umso gravierender ist, je weniger auf konkrete Hilfeleistungen und je stärker auf qualitative Beziehungsaspekte fokussiert wird. Jedoch dürfte die Kovarianz zwischen personalen Ressourcen und (erwarteter wie erhaltener) sozialer Unterstützung zumindest teilweise auf einer real existierenden Interdependenz zwischen Person- und Umwhevvariablen beruhen und Diskrepanzen zwischen erwarteter und erhaltener Unterstützung partiell durch Persönlichkeitsveränderungen erklärbar sein: Soziale Beziehungen mit optimistischen, selbstwirksamen und emotional stabilen Personen gestalten sich befriedigender und lassen sich leichter aufrechterhalten als der Austausch mit depressiv reagierenden, passiv-regressiven oder feindseligen Personen (Aymanns, 1992; Coyne et al., 1991). Umgekehrt können ein geeignetes unterstützendes soziales Umfeld und vertrauensvolle, wertschätzende Beziehungen auch zu einem Aufbau personaler Ressourcen beitragen bzw. ihrem Abbau angesichts schwieriger Problemlagen entgegenwirken.

Das Konfundierungsproblem ist umso eher in Betracht zu ziehen, je höher die korrelativen Zusammenhänge zwischen personalen und sozialen Ressourcen ausfallen. Bislang hegt jedoch nur eine begrenzte Anzahl von Studien zur Krankheitsbewältigung vor, in denen Persönlichkeitsvariablen und soziale Ressourcen simultan als Prädiktoren der Adaptation eingesetzt wurden. Darüber hinaus sind die Befunde zum Zusammenhang zwischen personalen Ressourcen und sozialer Unterstützung sehr uneinheitlich und lassen keine generalisierbaren Schlußfolgerungen zu. Sie sprechen teils für Orthogonalität dieser Ressourcenquellen, teilweise für die theoretisch zu erwartenden positiven Zusammenhänge. Ell et al. (1989) fanden in einer Stichprobe von 369 Krebspatienten Korrelationen von $r = .18$ und $r = .30$ zwischen Kontroll-einschätzungen (generalisierten Kompetenzerwartungen zur Lösung von Problemen) und der wahrgenommenen Verfügbarkeit von sozialen Bindungen und sozialer Integration. Mullen et al. (1993) berichten enge positive Zusammenhänge zwischen „Kohärenzsinn“ und der Stärke der familialen Beziehungen. Schröder und Schwarzer (1995) fanden eine mäßige Korrelation von $r = .25$ zwischen sozialer Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartungen in einer Stichprobe von 381 Herzpatienten. Demgegenüber erwiesen sich die Zusammenhänge zwischen Kompetenzerwartungen und Unterstützung in der Studie von Appel et al. (1996) bei Krebspatienten mit $r = .03$ als nichtsignifikant. Eine zusammenfassende Bewertung dieser unterschiedlichen Ergebnisse wird durch die Vielfalt der verwendeten Variablen und ihrer Operationalisierung erschwert.

Die Effekte von sozialen und personalen Ressourcen im Vergleich

Wo die Effekte sozialer und personaler Ressourcen simultan geprüft wurden, wird meist über *stärkere Einflüsse der Persönlichkeitsvariablen* auf die Bewältigungskriterien berichtet. Ell et al. (1989) fanden bei Krebspatienten deutlich engere Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und dem emotionalen Wohlbefinden, dem Ausmaß an Distress und der mentalen Gesundheit im Vergleich zu

den eher mäßigen Korrelationen der sozialen Ressourcen mit diesen Kriterien. In Aymanns (1992) Untersuchung an Krebspatienten wies keine der verschiedenen Skalen zur Erfassung der familialen Unterstützung so hohe Korrelationen mit den Bewältigungskriterien „Selbstwertgefühl“ und „Hoffnungslosigkeit“ auf wie die Selbstwirksamkeitserwartungen der Patienten (vgl. auch Mullen et al., 1993). Auch in unserer Untersuchung zur Krankheitsbewältigung von Herzpatienten (Schröder & Schwarzer, 1995) erwiesen sich die personalen Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartungen, Optimismus und selbstregulatorische Kompetenz) gegenüber sozialen Ressourcen (soziale Unterstützung und Einsamkeit) in der Prädiktion der unmittelbaren postoperativen Rekonvaleszenz als überlegen (vgl. Schröder et al., 1996).

Hobfoll und Walfisch (1984) nehmen an, daß soziale Ressourcen primär in Krisenzeiten eine Rolle spielen, während Persönlichkeitsmerkmale als stets verfügbare Ressourcen auch im relativ streßfreien Alltag einen Einfluß auf das Befinden haben, d. h. personale Ressourcen zeitigen *Haupteffekte*, soziale Ressourcen *Puffereffekte*. In einer Längsschnitt-Studie an 55 krebskranken Frauen fanden sie sowohl für personale (Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitserwartungen) als auch für soziale Ressourcen (Komplexität der sozialen Bindungen) mäßige Zusammenhänge mit depressiver Verstimmung vor der Biopsie der Patientinnen. Die Größe des sozialen Netzwerks übte dagegen keinen Einfluß auf das emotionale Befinden aus. Drei Monate nach der Biopsie waren nur noch die personalen Ressourcen mit Ängstlichkeit und Depressivität korreliert, nicht aber die sozialen Variablen (vgl. auch Fontana, Kerns, Rosenberg & Colonese, 1989). Dies scheint die Hypothesen von Hobfoll und Walfisch zu belegen. Als Alternativhypothese könnten jedoch auch Veränderungen in den sozialen Beziehungen nach der Diagnose und Krankheitsbestätigung eine Rolle gespielt haben. Dies verweist auf die Notwendigkeit, auch im Hinblick auf soziale und personale Ressourcen Längsschnitt-Forschung zu betreiben und Veränderungen in diesen Ressourcenquellen zu analysieren. Insgesamt ist die Befundlage zur Pufferhypothese von sozialer Unterstützung inkonsistent. Puffereffekte lassen sich nach einer Literatursichtung von Cohen und Wills (1985) am ehesten dann finden, wenn die Unterstützung unmittelbar auf die krisenbezogenen Bedürfnisse des Rezipienten abzielt. Netzwerkvariablen und Indikatoren der sozialen Integration zeitigen dagegen eher Haupteffekte.

Pfadanalysen, in denen Formen der Krankheitsbewältigung als Mediatoren des Zusammenhangs zwischen Ressourcen und Bewältigungskriterien eingesetzt wurden, weisen darauf hin, daß Prädiktionsleistungen von sozialen und personalen Variablen teilweise auf *unterschiedlichen Wirkmechanismen* beruhen. Konsistente Zusammenhänge der Ressourcen mit bestimmten Coping-Stilen lassen sich jedoch nicht finden. Appel et al. (1996) berichten z. B. über partielle Mediatorwirkungen von sozialen und personalen Ressourcen. Die indirekten Effekte von Selbstwirksamkeitserwartungen auf Ängstlichkeit, Depressivität und körperliche Beschwerden der Krebspatienten wurden durch den Coping-Stil „Rumination“ vermittelt, soziale Unterstützung beeinflusste dagegen über die „Suche nach Information“ die Ängstlichkeit der Patienten. In Aymanns (1992) Untersuchung an Krebspatienten übten Selbstwirksamkeitserwartungen indirekte Effekte über „Bedrohungsabwehr“ auf Selbstwertgefühl und Hoffnungslosigkeit der Patienten aus, während soziale Unterstützung primär über eine

Verminderung von Rumination auf diese Kriterien einwirkte. Auch in unserer Untersuchung an Herzpatienten (Schröder et al., 1996) wurde der Einfluß von sozialer Unterstützung auf die postoperative Rekonvaleszenz durch ihre ruminationsmindernden Effekte vermittelt, Selbstwirksamkeitserwartungen wirkten dagegen über die „Suche nach sozialer Einbindung“.

Wechselwirkungen von personalen und sozialen Ressourcen auf die Krankheitsbewältigung

Befunde aus der Streßforschung legen nahe, daß es Personen mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen, internalen Kontrollüberzeugungen oder einem positiven Selbstkonzept leichter fällt, soziale Unterstützung zu mobilisieren (Eckenrode, 1983; Holahan & Holahan, 1987) und von dem erhaltenen Support zu profitieren. Darüber hinaus kann angenommen werden, daß es Personen mit hohen Kompetenzerwartungen besser gelingt, eine Passung zwischen ihren spezifischen Bedürfnissen und den erhaltenen Unterstützungsleistungen zu erzielen (Aymanns, 1992). So zeigten sich streßpuffemde Effekte von sozialer Unterstützung in verschiedenen Untersuchungen nur bei Personen mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen oder hohen Kompetenzerwartungen (Hobfoll & Lerman, 1988; Husaini, Neff, Newbrough & Moore, 1982; Riley & Eckenrode, 1986; Sandler & Lakey, 1982; im Überblick: Aymanns, 1992). Bei Frauen mit geringen Kompetenzerwartungen fanden Hobfoll und Lerman (1988) sogar negative Wirkungen von sozialer Unterstützung auf das emotionale Befinden.

Wo soziale Unterstützung keine Wirkung zeigt, liegt immer der Verdacht nahe, daß Unterstützungsangebote den Bedürfnissen der Rezipienten teilweise zuwiderlaufen bzw. ambivalente Reaktionen hervorrufen. Nadler und Fisher (1986) haben ein *Selbstwertmodell* der Reaktionen von Hilfeempfängern entwickelt, demzufolge Hilfeleistungen in dem Maße als unterstützend erlebt wird, in dem sie positive, selbstwertsteigende Informationen übermitteln, nicht mit Unabhängigkeits- und Selbstverantwortlichkeitsnormen kollidieren und tatsächlich etwas zur Problemlösung beitragen. Hilfeleistung ist dagegen umso bedrohlicher und wird umso eher abgelehnt, je mehr negative, selbstwertbedrohliche Informationen dem Empfänger übermittelt werden, je mehr ihre Akzeptanz mit Autonomie-Bedürfnissen und Normen des Rezipienten konfligiert und je geringer die instrumentelle Qualität der Hilfeleistung eingeschätzt wird. Merkmale des Rezipienten wie des Helfers und die Art der angebotenen Unterstützung sind entscheidende Moderatoren der selbstwertbezogenen Reaktionen und der Akzeptanz bzw. Abwehr der Hilfeleistung. Nach diesem Modell sind jedoch selbstwertbeeinträchtigende Effekte von Unterstützungsangeboten nicht in jedem Fall negativ zu beurteilen, sondern werden sogar als Voraussetzung dafür betrachtet, daß der Rezipient zur Selbsthilfe aktiviert werden kann.

Im Unterschied zur oben geschilderten Befundlage könnte man annehmen, daß gerade Personen mit hohen Kontroll- oder Kompetenzüberzeugungen die Entgegennahme von Hilfeleistungen schlecht mit ihrem Selbstkonzept und ihren Autonomiebedürfnissen vereinbaren können und daher wenig geneigt sind, soziale Unterstützung

zu akzeptieren. Experimentelle Befunde sprechen dafür, daß Personen mit hohen Kompetenzerwartungen besonders sensibel auf selbstwertrelevante Aspekte angebotener Hilfeleistungen reagieren (Nadler & Fisher, 1986). Personale Ressourcen sollten der Unterstützungsbedürftigkeit von Patienten entgegenwirken, so daß die Vorteile von sozialer Unterstützung eher Personen mit einem defizitären Selbstkonzept zugute kommen könnten. Dies könnte erklären, daß in verschiedenen Untersuchungen zur Krankheitsbewältigung eher Patienten mit personalen Ressourcendefiziten von sozialer Unterstützung profitiert haben (vgl. Aymanns, 1992; Reich & Zautra, 1995; Schröder et al., 1996).

Grundsätzlich sind verschiedene *Modelle des Zusammenwirkens* der beiden Ressourcenquellen denkbar (vgl. Aymanns, 1992). In der Literatur lassen sich zumindest fünf Modelle unterscheiden. *Im „additiven Modell“* (a) haben beide Variablen Haupteffekte, aber es treten keine Wechselwirkungen auf. *Im „synergistischen Modell“* (b) wirken die beiden Ressourcenfaktoren zusammen, es kommt zu einer „Effektoptimierung“ (Aymanns, 1992). *Im „kompensatorischen Modell“* (c) reicht das Verfügen über eine der beiden Ressourcenquellen aus, um eine erfolgreiche Bewältigung zu erzielen. Eine Ressourcenquelle kann durch die andere substituiert werden. *Im Interferenzmodell* (d) wirkt sich soziale Unterstützung negativ aus, wenn zugleich hohe personale Ressourcen vorliegen und umgekehrt. Das Verfügen über nur eine der beiden Ressourcen ist ausreichend und optimal für die Adaptation. Und *im Support-Belastungsmodell* (e), das primär für „motivationale“ bzw. „aktivierende Unterstützung“ geeignet scheint, nützt Unterstützung nur, wenn zugleich die erforderlichen Kompetenzeinschätzungen vorliegen und schadet dann, wenn die entsprechenden Kompetenzerwartungen fehlen („Überforderungsmodell“; Aymanns, 1992).

Die in empirischen Untersuchungen vorgefundenen Wechselwirkungseffekte belegen mal das eine, mal das andere dieser Modelle. In unserer Untersuchung an Herzpatienten fanden wir Belege für das kompensatorische Modell. Kompetenzerwartungen moderierten u. a. die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und den krankheitsbezogenen Besorgnissen der Patienten nach der Operation. Bei Patienten mit hohen Kompetenzerwartungen fand sich kein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Besorgnissen. Nur bei geringen Kompetenzerwartungen wirkte sich soziale Unterstützung in einer Verminderung der krankheitsbezogenen Besorgnisse aus. Diese Ergebnisse legen kompensatorische Wirkungen, aber keine „additiven“ Effekte von Kompetenzerwartungen und sozialen Ressourcen nahe: Ein Mangel an sozialen Ressourcen kann durch wahrgenommene Selbstwirksamkeit ausgeglichen werden, geringe personale Ressourcen sind durch soziale Unterstützung substituierbar.

In zwei Untersuchungen wurden im Zusammenhang mit Formen der „motivationalen Unterstützung“ Belege für das Interferenzmodell gefunden (Aymanns, 1992; Reich & Zautra, 1995). In Aymanns Studie zeigten sich bei hoch selbstwirksamen Krebspatienten negative Effekte von aktivierender Unterstützung durch die Familie auf das Selbstwernerleben, die vermutlich auf Interferenzen mit dem ursprünglich positiven Selbstkonzept dieser Patienten zurückzuführen sind. Bei Patienten mit geringen Kompetenzerwartungen führte die Aktivierung zur Eigeninitiative dagegen zu einem gesteigerten Selbstwernerleben. Anzunehmen ist, daß sich aktivierende

Unterstützung durch die Familie bei dieser Patientengruppe positiv auf die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Bewältigungskompetenzen auswirkt. Reich und Zautra (1995) fanden bei Rheumapatientinnen keinerlei Haupteffekte von personalen und sozialen Ressourcen, sondern komplexe Interaktionseffekte. Bei hohen internalen Kontrollüberzeugungen hatte die Kontroll-Unterstützung durch den Ehemann (zu verstehen als Unterstützung von autonomer Selbstregulation) keinen Einfluß auf das emotionale Befinden. Bei externalen Kontrollüberzeugungen hingen die Effekte der Kontroll-Unterstützung vom Alter oder dem Gesundheitszustand der Patientinnen ab: Bei jüngeren oder gesünderen „externalen“ Patientinnen stand Kontroll-Unterstützung mit einem besseren emotionalen Befinden in Zusammenhang, bei höherem Alter oder schlechtem Gesundheitszustand führte die Kontroll-Unterstützung des Ehemannes dagegen zu erhöhtem Distress. Möglicherweise wird die Kontroll-Unterstützung des Ehemannes - ebenso wie andere Formen der motivationalen Unterstützung - von älteren Patientinnen und Patientinnen mit schlechter Gesundheit als eine Überforderung erlebt, wenn zugleich personale Ressourcen-Defizite vorliegen. Demgegenüber könnte der positive Einfluß der Kontroll-Unterstützung auf das emotionale Befinden der jüngeren und gesünderen Patientinnen auf eine Steigerung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertes zurückzuführen sein, die jedoch nur bei mangelnden personalen Ressourcen (bzw. externalen Kontrollüberzeugungen) durchschlägt. „Internale“ Patientinnen scheinen dagegen nicht auf die Kontroll-Unterstützung des Ehemannes zur Aufrechterhaltung des emotionalen Gleichgewichts angewiesen zu sein.

Dynamische Wechselbeziehungen zwischen personalen und sozialen Ressourcen

Weitgehend ungeklärt sind bislang die Interdependenzen und kausalen Beziehungen zwischen personalen und sozialen Ressourcen im Langzeitverlauf chronischer Krankheiten. Soziale Kompetenzen und andere personengebundene Ressourcen sollten die Wahrscheinlichkeit erhöhen, im Bedarfsfall soziale Unterstützung zu mobilisieren und positive soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten (Holahan & Holahan, 1987; Riley & Eckenrode, 1986). Hobfoll, Freedy, Lane und Geller (1990) haben eine Reihe von Befunden zusammengetragen, die den positiven Einfluß von personalen Ressourcen auf soziale Unterstützung belegen. Jedoch kann umgekehrt soziale Unterstützung auch vor einem Abbau personaler Ressourcen schützen oder zu ihrem Aufbau beitragen (Antonucci & Jackson, 1987; Aymanns, 1992; Filipp & Aymanns, 1987; Hobfoll et al., 1990). So betonen Hobfoll et al. (1990), daß soziale Unterstützung nicht nur eine instrumentelle Bewältigungsfunktion beinhaltet, sondern zugleich selbstdefinierende und identitätsstabilisierende Funktionen ausübt. Nach Antonucci und Jackson ist der entscheidende Wirkmechanismus der sozialen Unterstützung im Aufbau von bereichsspezifischen Kompetenzerwartungen zu sehen. Auch Smith et al. (1991) vertreten die Hypothese, daß der Einfluß der sozialen Unterstützung auf die Krankheitsbewältigung zumindest teilweise durch eine Steigerung der wahrgenommenen Kompetenz zustandekommt. Verschiedene Studien weisen darauf hin, daß gerade bei Patienten mit personalen Ressourcen-Defiziten positive soziale Beziehun-

gen zur Abpufferung von weiteren Ressourcen-Verlusten in Krisenzeiten beitragen können. So zeigt z. B. die Untersuchung von Aymanns (1992), daß soziale Unterstützung eine protektive Wirkung auf das Selbstwörterleben von Krebspatienten ausübt. Auch Ergebnisse von Mullen et al. (1993) und Smith et al. (1991) unterstützen die Annahme, daß soziale Ressourcen ihre adaptiven Effekte über eine Steigerung der personalen Ressourcen entfalten.

Insgesamt sprechen die Befunde für komplexe wechselseitige Beeinflussungsprozesse zwischen personalen und sozialen Ressourcen, die vermutlich durch die Art und Selbstwert-Relevanz der Krisensituation und der angebotenen Unterstützung moderiert werden. Daß soziale Unterstützung nicht immer zum Aufbau personaler Ressourcen beiträgt, legen die bereits geschilderten Wechselwirkungseffekte und ihre Interpretation im Sinne einer Interferenz oder einer Überforderung bei verschiedenen Patientengruppen nahe. Zwar konstatieren die meisten Studien einen positiven Zusammenhang zwischen personellen Ressourcen und dem zur Verfügung stehenden Support. Wie dieser Support genutzt und bewertet wird, unter welchen Randbedingungen und auf welche Weise soziale Unterstützung über personale Ressourcen hinaus den Bewältigungserfolg zu beeinflussen vermag, ist eine andere Frage, deren Beantwortung weiterer Forschung bedarf.

Die interpersonale Perspektive

Conrada et al. (1994) stellen der individuellen Selbstregulation bei der Auseinandersetzung mit Krankheit und Behandlung *die interpersonale* bzw. *soziale Selbstregulation* gegenüber. Mentale Repräsentationen von Krankheit, Behandlung, körperlichem Zustand des Patienten und seinem Bewältigungserfolg können bei Patient und Partner erheblich voneinander abweichen und mehr oder weniger realitätsfern sein. Die gemeinsamen Bewältigungsbemühungen können und sollten im Idealfall aufeinander abgestimmt und koordiniert erfolgen (Coyne et al., 1990). Wie Conrada et al. (1994) und Coyne et al. (1990) betonen, ist die Erarbeitung gemeinsamer, realistischer Krankheitswahrnehmungen und Zielsetzungen eine zentrale Aufgabe in der interpersonalen Selbstregulation der unmittelbar am Prozeß der Krankheitsbewältigung beteiligten Personen. Statt dessen können die individuellen Bewältigungsanstrengungen von Patient und Partner kollidieren, insbesondere wenn konfligierende Persönlichkeitsmerkmale und Bedürfnisse - z. B. im Hinblick auf vigilante oder meidende Bewältigungspräferenzen - eine koordinierte soziale Selbstregulation unterminieren.

Nur wenige Studien haben bislang eine solche interpersonale Perspektive in der Untersuchung der Krankheitsbewältigung realisiert (Coyne et al., 1990; Dunkel-Schetter & Skokan, 1990; Dunkel-Schetter & Wortman, 1982; Hannum et al., 1991). Diese Studien zeigen, daß auch die Bewältigungsbemühungen und Coping-Präferenzen der Ehepartner einen erheblichen Einfluß auf das Befinden der Patienten ausüben, ebenso wie die Bewältigungsstile der Patienten das Partner-Befinden mitbestimmen. Coyne et al. (1990) haben in ihrer Studie neben Selbstwirksamkeitserwartungen zwei Formen des partner-bezogenen Copings und ihre Wirkungen auf Patient und Partnerin untersucht. „Protektives Puffern“ bezieht sich auf das Zurück-

halten und Leugnen von Besorgnissen und das Vermeiden von Konflikten in der Interaktion mit dem Ehepartner, „Aktives Engagement“ dagegen auf problemlösende Bewältigung, Einbeziehen des Partners in Diskussionen und Erkundigen nach dem Befinden des Partners. Protektives Puffern der Ehefrauen förderte das Wohlbefinden und die Kompetenzwahrnehmung der Patienten, beeinträchtigte aber ihr eigenes Befinden (vgl. hierzu auch Hannum et al., 1991). Die wahrgenommene eigene Selbstwirksamkeit der Ehefrauen trug zur Selbstwirksamkeit der Patienten bei, wohingegen eine überprotektive Haltung der Frauen, eigene Gesundheitsprobleme und ihre Belastungswahrnehmung die Selbstwirksamkeit der Patienten beeinträchtigte.

Das Ergebnis, daß unterstützende Bewältigung zugunsten des Partners häufig zu Lasten des eigenen Befindens geht, verweist auf die Konflikthaftigkeit in der Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit. Individuelle Bedürfnisse können mit den Unterstützungs-Bedürfnissen des Partners kollidieren. In welchem Maße es gelingt, mit den individuellen Bewältigungsbemühungen sowohl den eigenen Bedürfnissen als auch denen des Partners gerecht zu werden, dürfte nicht zuletzt von Persönlichkeitsmerkmalen und Persönlichkeits-Ressourcen abhängen wie Empathie (Thoits, 1986), Kompetenzerwartungen und Selbstwertgefühl, Optimismus, Depressivität und Ängstlichkeit. Möglicherweise unterstützen Ressourcendefizite ein Bewältigungsverhalten, das primär an den eigenen Bedürfnissen orientiert erfolgt, während das Verfügen über Persönlichkeitsressourcen eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen des Partners erlaubt. Auch Differenzen im Hinblick auf generelle Bewältigungsdispositionen wie etwa Vigilanz und Vermeidung könnten einer gemeinsamen, koordinierten Bewältigung entgegenwirken. Partnerorientierung und Eigenorientierung in der Krankheitsbewältigung, das Zusammenwirken der Bewältigungsanstrengungen von Patient und Partner sowie die Beeinflussung dieser Bewältigungsaspekte durch personale Voraussetzungen der Beteiligten sind bislang weitgehend vernachlässigte Aspekte, die es zu erforschen gilt.

Schlußfolgerungen

Insgesamt legen die Befunde folgende Schlüsse nahe: a) Die weitaus meisten Studien bestätigen den Ressourcenstatus von positiven Erwartungshaltungen. Gegebenenfalls sind Schwere und Kontrollierbarkeit der Erkrankung als Moderatorvariablen zu berücksichtigen. b) Während die Ressourcenwirkung von Optimismus und internalen Kontrollüberzeugungen im Hinblick auf tertiär-präventives Gesundheitsverhalten chronisch Kranker in Zweifel zu ziehen sind, ist die Ressourcenwirkung spezifischer Kompetenzerwartungen unumstritten und empirisch gut belegt. c) Personale Ressourcen üben im allgemeinen einen stärkeren Einfluß auf die Krankheitsbewältigung aus als soziale Ressourcen. d) Personale Ressourcen stehen mit einem höheren Ausmaß verfügbarer sozialer Unterstützung in Zusammenhang, nicht aber notwendigerweise zugleich mit einer effizienteren Nutzung bzw. stärkeren positiven Effekten von sozialer Unterstützung. e) Soziale und personale Einflußfaktoren weisen ein komplexes Zusammenspiel in ihren Wirkungen auf die Bewältigungskriterien auf, die u. a. vom individuellen Unterstützungsbedarf und der Kompatibilität mit dem

Selbstkonzept abhängen. Soziale Unterstützung scheint primär Personen mit personalen Ressourcendefiziten zugutezukommen, wobei im Falle der motivationalen Unterstützung offenbar zusätzliche Belastungsfaktoren (Alter, Morbidität) als Moderatoren wirksam zu sein scheinen. f) Personale und soziale Ressourcen unterliegen im Krankheitsverlauf selbst einem Entwicklungsprozeß und beeinflussen sich wechselseitig. g) Ressourcen und Ressourcendefizite sowie Bewältigungsstile pflegender Angehöriger sind nicht zu unterschätzende Einflußgrößen auf den Prozeß der Krankheitsbewältigung. Ihre Untersuchung muß als eine Aufgabe der zukünftigen Bewältigungsforschung betrachtet werden.

Literatur

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting *to a chronic* disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, **53**, 273-279.
- Altaïer, E. M., Russell, D. W., Kao, C. F., Lehmann, T. R. & Weinstein, J. N. (1993). Role of self-efficacy in rehabilitation outcome among chronic low back pain patients. *Journal of Counseling Psychology*, **40**, 335-339.
- Antonucci, T. C. & Jackson, J. S. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective. In L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of Clinical Gerontology* (pp. 291-311). New York: Pergamon.
- Appel, E., Halm, A., König, I. & Seeliger, H. (1996). *Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten: Zur Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen*.
- Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie. Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Burish, T., Carey, M., Wallston, K., Stein, M., Jamison, R. & Lyles, J. (1984). Health locus of control and chronic disease: An external orientation may be advantageous. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **2**, 326-332.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality & Social Psychology*, **65**, 375-390.
- Chamberlain, K., Petrie, K. & Azariah, R. (1992). The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology and Health*, **7**, 301-310.
- Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., Gregory, M. C. & Rich, M. A. (1992). Family support, physical impairment, and adherence in hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, **15**, 313-325.
- Christensen, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Hohnarr, J. M. & Gregory, M. C. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**, 419-424.
- Cohen, S. & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). New York: Wiley.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, **98**, 310-357.

- Contrada, R. J., Leventhal, E. A. & Anderson, J. R. (1994). Psychological preparation for surgery: Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (Eds.), *International review of health psychology* (Vol. 3, pp. 219-265). Chichester: Wiley.
- Coyne, J. C., Burchill, S. A. L. & Stiles, W. B. (1991). An interactional perspective on depression. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 327-349). New York: Pergamon Press.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 454-460*.
- Coyne, J. C., Ellard, J. H. & Smith, D. A. F. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 129-149). New York: Wiley.
- Cromwell, R. L., Butterfield, E. C., Brayfield, F. M. & Curry, J. J. (1977). *Acute myocardial infarction*. St. Louis: Mosby.
- Cunningham, A. J., Lockwood, G. A. & Cunningham, J. A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling, 17, 71-78*.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R. & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine, 16, 423-443*.
- Desharnais, R., Godin, G., Jobin, J., Valois, P. & Ross, A. (1990). Optimism and health-relevant cognitions after a myocardial infarction. *Psychological Reports, 67, 1131-1135*.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Gorman, P., Dattel, M., McCloskey, B., Oscar, G. & Briggs, J. (1982). Perceived self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in end-stage renal diseases. *Journal of Abnormal Psychology, 91, 241-244*.
- Devins, G. M. & Edwards, P. J. (1988). Self-efficacy and smoking reduction in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy, 26, 127-135*.
- Dew, M. A. & Bromet, E. J. (1991). Effects of depression on social support in a community sample of women. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 189-211). New York: Plenum.
- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Link, B. & Levav, I. (1983). Social functioning of psychiatric patients in contrast with community cases in the general population. *Archives of General Psychiatry, 40, 1174-1182*.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennet, T. C. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: Wiley.
- Dunkel-Schetter, C. & Skokan, L. A. (1990). Determinants of social support Provision in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 7, 437-450*.
- Dunkel-Schetter, C. & Wortman, C. B. (1982). The interpersonal dynamics of cancer: Problems in social relationships and their impact on the patient. In H. S. Friedman & M. R. DiMatteo (Eds.), *Interpersonal issues in health care* (pp. 69-100). New York: Academic Press.
- Eckenrode, J. (1983). The mobilization of social supports: Some individual constraints. *American Journal of Community Psychology, 11, 509-528*.
- Ell, K. O., Mantell, J. E., Hamovitch, M. B. & Nishimoto, R. H. (1989). Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 7, 63-89*.

- Ewart, C. K. (1992). The role of physical self-efficacy in recovery from heart attack. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 287-304). Washington, DC: Hemisphere.
- Ferring, D. (1987). **Krankheit als Krise des Erwachsenenalters. Zur Rolle wahrgenommener Kausalität und Kontrolle in der Befindlichkeitsregulation.** Regensburg: Roderer.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1989). Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **18** (3), 285-289.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1987). Die Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **16**, 383-396.
- Filipp, S.-H., Ferring, D., Freudenberg, E. & Klauer, T. (1988). Affektiv-motivationale Korrelate von Formen der Krankheitsbewältigung - Erste Ergebnisse einer Längsschnitt-Studie mit Krebspatienten. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, **38**, 37-42.
- Fisher, J. D., Nadler, A. & Whitcher-Alagna, S. (1983). Four theoretical approaches for conceptualizing reactions to aid. In J. D. Fisher, A. Nadler & B. M. DePaulo (Eds.), *New directions in helping* (pp. 51-84). New York: Academic Press.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G. & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, **16**, 25-43.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L. & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal model. *Health Psychology*, **8**, 175-193.
- Friedman, L. C., Baer, P. E., Lewy, A., Lane, M. & Dworkin, R. J. (1988). Predictors of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **6**, 75-94.
- Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M., Smith, F. E. & Dworkin, R. J. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, **15** (2), 127-141.
- Fuller, S. & Swensen, C. H. (1992). Marital quality and quality of life among cancer patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, **10** (3), 41-56.
- Greenberg, M. S. & Westcott, D. R. (1983). Indebtedness as a mediator of reactions to aid. Vol. 1: Recipient reactions to aid In J. D. Fisher, A. Nadler & B. M. DePaulo (Eds.), *New directions in helping* (Vol. 1, pp. 86-112). New York: Academic Press.
- Halligan, F. & Reznikoff, M. (1985). Personality factors and change with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **53**, 547-548.
- Hannum, J. W., Giese-Davis, J., Harding, K. & Hatfield, A. K. (1991). Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **9** (2), 1-20.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, **44** (3) 513-524.
- Hobfoll, S. E., Banerjee, P. & Britton, P. (1994). Stress resistance resources and health: A conceptual analysis. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (Eds.), *International review of health psychology* (Vol. 3, pp. 37-63). Chichester: Wiley.
- Hobfoll, S. E., Freedy, J., Lane, C. & Geller, P. (1990). Conservation of social resources: Social support resource *theory*. *Journal of Social and Personal Relationships*, **7**, 465-478.
- Hobfoll, S. E. & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: Mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, **16** (4), 565-589.

- Hobfoll, S. E., & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology, 12*, 87-100.
- Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H. & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology, 14*, 152-163.
- Holahan, C. K. & Holahan, C. J. (1987). Life stress, hassles, and self-efficacy in aging: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology, 17* (6), 574-592.
- Holahan, C. K. & Holahan, C. J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology, 42* (1), 65-68.
- Holman, H. R. & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 305-323). Washington, DC: Hemisphere.
- House, J. S. & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Orlando: Academic Press.
- Husaini, B. A., Neff, J. A., Newbrough, J. R. & Moore, M. C. (1982). The stress-buffering role of social support and personal competence among the rural married. *Journal of Community Psychology, 10*, 409-428.
- Janoff-Bulman, R. & Marshall, G. (1982). Mortality, well-being, and control: A study of an aged population of institutionalized elderly. *Personality and Social Psychology Bulletin, 8*, 691-698.
- Kaplan, R. M., Atkins, C. J. & Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology, 3*, 223-242.
- Kavanagh, G. J., Gooley, S. & Wilson, P. H. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 509-522.
- Kohlmann, C. W., Küstner, E., Schuler, M. & Tausch, A. (1993). Mehrdimensionale krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen bei Typ I-Diabetes mellitus: Bericht über die Weiterentwicklung eines Fragebogenverfahrens. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1*, 219-233.
- Krampen, G. (1989). *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krantz, S. E. & Moos, R. H. (1987). Functioning and life context among spouses of remitted and nonremitted depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 353-360.
- Kulik, J. A. & Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology, 8*, 221-238.
- Kulik, J. A. & Mahler, H. I. M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 45-63.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141-170.
- Lefcourt, H. M. & Davidson-Katz, K. (1991). Locus of Control and Health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 246-266). New York: Pergamon.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct (Vol. 1): Assessment methods* (pp. 15-63). New York: Academic Press.

- Litt, M. D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, **54**, 149-160.
- Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **21**, 76-87.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG): Bericht über die Entwicklung eines Testverfahrens. *Diagnostica*, **35**, 59-72.
- Long, B. C. & Sangster, J. I. (1993). Dispositional optimism/pessimism and coping strategies: Predictors of psychosocial adjustment of rheumatoid and osteoarthritis patients. *Journal of Applied Social Psychology*, **23**, 1069-1091.
- Manne, S. L. & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **56**, 608-617.
- Manning, M. M. & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, **45**, 421-431.
- Marks, G., Richardson, J. L., Graham, J. E. & Levine, A. (1986). Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **51**, 443-450.
- Mullen, P. M., Smith, R. M. & Hill, E. W. (1993). Sense of coherence as a mediator of stress for cancer patients and spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, **11** (3) 23-46.
- Muthny, F. A. & Tausch, B. (1994). Adaptation der Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHCL) für den deutschen Sprachraum. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, **15**, 3-15.
- Nadler, A. & Fisher, J. D. (1986). The role of threat to self-esteem and perceived control in recipient reaction to help: Theory development and empirical validation. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 19, pp. 81-121). Orlando: Academic Press.
- Nelles, W. B., McCaffrey, R. J., Blanchard, C. G. & Ruckdeschel, J. C. (1991). Social supports and breast cancer: A review. *Journal of Psychosocial Oncology*, **9** (2) 21-34.
- Nilges, P. (1992). Schmerz und Kontrollüberzeugungen. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hg.), *Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie* (S. 123-131). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K. & Holman, H. R. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, **7**, 527-542.
- Pagel, M. D., Erdly, W. W. & Becker, J. (1987). Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, **53**, 793-804.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, **16**, 483-491.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping - Theory, research, applications* (pp. 434-451). New York: Wiley.
- Poll, I. B. & DeNour, A. K. (1980). Locus of control and adjustment to chronic haemodialysis. *Psychological Medicine*, **10**, 153-157.
- Reed, G. M., Taylor, S. E. & Kemeny, M. E. (1993). Perceived control and psychological adjustment in gay men with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, **10**, 791-824.
- Reich, J. W. & Zautra, A. J. (1995). Spouse encouragement of self-reliance and other-reliance in rheumatoid arthritis couples. *Journal of Behavioral Medicine*, **18**, 249-260.

- Reid, D. (1984). Participatory control and the chronic-illness adjustment process. In H. Lefcourt (Ed.), **Research with the locus of control construct: Extensions and limitations** (Vol. 3, pp. 361-389). New York: Academic Press.
- Riley, D. & Eckenrode, J. (1986). Social ties: Subgroup differences in costs and benefits. **Personality and Social Psychology, 51, 770-778.**
- Rook, K. S. (1984). **The negative side of social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1097-1108.**
- Rothbaum, F., Weisz, J. & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. **Journal of Personality and Social Psychology, 42, 5-37.**
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs, 80, No. 609.**
- Rowland, J. H. (1990). Interpersonal resources: Social support. In J. C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), **Handbook of psychooncology** (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.
- Sandler, I. N. & Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. **American Journal of Community Psychology, 10, 65-79.**
- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), **Social support: An interactional view** (pp. 97-128). New York: Wiley.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Pierce, G. R. (1995). Stress and social support. In S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.), **Extreme stress and communities: Impact and intervention** (pp. 179-197). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. **Health Psychology, 4, 219-247.**
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. **Cognitive Therapy and Research, 16, 201-228.**
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J., Magovern, G. J. S., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A. & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological **well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1024-1040.**
- Schermelleh-Engel, K. (1992). Die Bedeutung der Kompetenzeinschätzung für die Schmerzbewältigung. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hg.), **Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie** (S. 133-145). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schröder, K. E. E. & Schwarzer, R. (1995). Social and personal resource factors in recovery from surgery and coping with severe illness. **Paper pres. 9th Conference EHPS, Bergen.**
- Schröder, K. E. E., Schwarzer, R. & Konertz, W. (1996). **Coping us a mediator in recovery from heart surgery: A longitudinal study.** Zur Veröff. eingereicht.
- Schulz, R. & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. **Journal of Personality and Social Psychology, 48, 1162-1172.**
- Schwarzer, R. (1992). (Ed.). **Self-Efficacy: Thought Control of Action.** Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1993). **Streß, Angst und Handlungsregulation.** (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1994a). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. **Psychology and Health, 9, 161-180.**

- Schwarzer, R. (1994b). Optimistische Kompetenzerwartungen Zur Erfassung einer kognitiven Bewältigungsressource. *Diagnostica*, **40**, 105-123.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Seelbach, H. & Berthe, G. (1994). Krankheitsverarbeitung und Kontrollüberzeugungen zum Nutzen von Osteoporose-Selbsthilfegruppen. In H. Seelbach, J. Kugler & W. Neumann (Hg.), *Rheuma -Schmerz -Psyche* (S. 183-191). Bern: Huber.
- Silver, P., Auerbach, S. M., Vishniavsky, N. & Kaplowitz, L. G. (1986). Psychological factors in recurrent genital herpes infection: Stress, coping style, social support, emotional dysfunction, and Symptom recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, **30**, 163-171.
- Smith, C. A., Dobbins, C. J. & Wallston, K. A. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, **21**, 1218-1247.
- Smith, C. A. & Wallston, K. A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, **11**, 151-162.
- Smith, M. S., Wallston, K. A. & Smith, C. A. (1995). The development and Validation of the perceived health competence scale. *Health Education Research*, **10**, 51-64.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, **55**, 279-285.
- Stanton, A. L. & Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, **12**, 16-23.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, **46**, 1192-1211.
- Taal, E., Seydel, E. R., Riemsma, R. P., Brus, H. L. M., Rasker, J. J. & Wiegman, O. (1994). Group self-management training for patients with rheumatoid arthritis. In J.-P. Dauwalder (Ed.), *Psychology undpromotion of health. Swith Monographs in Psychology* (Vol. 2, pp. 112-120). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H. & DeBusk, R. F. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, **55**, 635-638.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, **38**, 1161-1173.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R. & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, **63**, 460-473.
- 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.
- Taylor, S., Wayment, H. A. & Collins, M. A. (1993). Positive illusions and affect regulation. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 325-343). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Tennen, H. & Affleck, G. (1987). The costs and benefits of optimistic explanations and dispositional optimism. *Journal of Personality*, **55**, 377-393.
- Ten-y, D. J. (1992). Stress, coping and coping resources as correlates of adaptation in myocardial infarction patients. *British Journal of Clinical Psychology*, **31**, 215-225.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54**, 416-423.

- Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankowski, L. & Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, **64**, 293-304.
- Toshima, M. T., Kaplan, R. M. & Ries, A. L. (1992). Self-efficacy expectancies in chronic obstructive pulmonary disease rehabilitation. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 325-354). Washington, DC: Hemisphere.
- Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M. & DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, **2**, 367-391.
- Wallston, B. S. & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, **6**, 107-117.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, **16**, 183-199.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of health and illness* (pp. 65-95). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H. & Schott, T. (1988). Marriage and the psychological consequences of a heart attack: A longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science and Medicine*, **27**, 149-158.
- Weber, H. & Laux, L. (1993). Emotionsbewältigung: Formen und Intentionen. In L. Laux (Hg.), *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung* (S. 11-36). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, **7**, 355-386.
- Wiedebusch, S., Volle, B., Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1990). Kontrollüberzeugungen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises: Bezüge zu Art, Dauer und Schweregrad der Erkrankung. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, **11**, 117-135.
- Wiethoff, K. (1996). *Der Einfluß von dispositionellem Optimismus auf die Krankheitsbewältigung bei Herzpatienten*. Unveröff. Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Ziegler, G. (1990). Psychische Folgen von Tumorerkrankungen. In G. Ziegler, R. S. Jäger & I. Schüle (Hg.), *Krankheitsverarbeitung bei Tumorerkrankungen* (S. 1-24). Stuttgart: Enke.