

Patientenschulung und Patientenberatung - Zur Bedeutung der Streßkonzepte

Petra Hampel und Franz Petermann

1 Streßkonzepte und Streßbewältigung

Der Begriff „Streß“ besitzt eine hohe Augenscheinvalidität; allerdings wird er meist zu undifferenziert verwendet. So basieren Ausführungen auf der ursprünglichen Formulierung des Begriffs „Streß“ im physikalisch-technischen Bereich, indem zwischen den Belastungsbedingungen und dem dadurch in der Person ausgelösten Beanspruchungsgeschehen unterschieden wird. Von außen auf einen Körper einwirkende Größen (englisch „stress“) rufen in diesem Beanspruchung hervor (vgl. Rutenfranz, 1981). In neuerer Zeit hat sich allerdings eine andere Auffassung durchgesetzt, bei der Streß eher ein relationaler Begriff ist (vgl. Lazarus, 1991; Lazarus & Launier, 1981). Hierbei stellt **Belastung** (englisch „load“) die von der Umwelt auf das Individuum einwirkende Kraft und **Beanspruchung** (englisch „strain“) die resultierende Belastungsreaktion dar, dagegen wird **Streß** als vermittelnder Prozeß verstanden, der die Beziehung zwischen den Belastungsdimensionen und den Charakteristika der Objekte beschreibt.

Bislang fehlt eine allgemein akzeptierte Definition des Begriffs „Streß“ (vgl. Janke & Wolffgramm, 1995; Kallus, 1992), dessen uneinheitliche Verwendung überwiegend darin begründet ist, daß der Forschungsgegenstand von unterschiedlichen Disziplinen untersucht wird. So kann sich Streß auf direkte Einwirkungen schädlicher Reize, körperliche Anstrengung, subjektive Bedrohung, physiologische Reaktionsmuster oder aber auf bestimmte psychische Zustände beziehen.

Betrachtet man die unterschiedlichen Streßkonzepte, ist festzustellen, daß alle Konzepte von einer **Organismus-Umwelt-Adaptation** ausgehen. So präzisiert Nitsch (1981, S.40): „Streß ist mit Situationen verbunden, in denen sich ein Anpassungsproblem stellt, man also einen erreichten, aber gefährdeten Anpassungszustand verteidigen, sich an neue oder veränderte Umweltgegebenheiten anpassen, gegen Widerstände sein eigenes Leben gestalten muß.“

Im folgenden soll mit dieser vorläufigen Definition Streß von anderen nah verwandten Begriffen abgegrenzt werden. Im Anschluß sollen Streß- und Streßbewältigungskonzepte kurz vorgestellt sowie auf die Befunde zu den

streßbedingten Erkrankungen eingegangen werden. Abschließend soll der aktuelle Stand der Streßforschung zusammengefaßt werden.

Im zweiten Abschnitt werden exemplarisch einige Streßbewältigungsprogramme vorgestellt und der Nutzen derartiger Programme wird durch Anwendungsbeispiele veranschaulicht. Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Streßbewältigungstrainings zum einen als primär-präventive Programme und zum anderen für Bereiche der Patientenschulung und -beratung von Bedeutung sind, wobei sie als Patientenschulungsprogramme sowohl sekundär- als auch tertiär-präventive Aspekte umfassen: Im Rahmen der **Primärprävention** können sie - im Sinne einer Gesundheitsförderung - eingesetzt werden, weil Streß insbesondere negative emotionale Reaktionen und physische Beeinträchtigungen auslöst. Besteht die Belastung über längere Zeit und kann sie von der Person nicht angemessen bewältigt werden, so wird die Entstehung emotionaler Störungen (Angststörungen, Depression) oder streßbezogener Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) begünstigt. Außerdem ist es angezeigt, die Programme in der **Sekundärprävention** anzuwenden, weil psychosoziale Belastungen ebenso als Auslöser für Symptomverschlechterungen gelten. So sind psychosoziale Belastungen zum Beispiel unspezifische Auslöser für Asthma-Anfälle. Eine Streßreduktion kann hier den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Schließlich sind die Programme in der medizinischen **Rehabilitation** oder **Tertiärprävention** im Rahmen der Bewältigung chronischer Krankheiten bedeutsam, indem krankheitsbedingte Beeinträchtigungen minimiert werden sollen.

1.1 Streß, Angst, Depression

Während Streß als eine Person-Umwelt-Adaptation verstanden werden kann, werden mit Angst die **emotionalen Reaktionen** in bedrohlichen Situationen beschrieben. Angst, als situativer Zustand, kann nach Kr-ohne (1996, S. 8) wie folgt gekennzeichnet werden: „Die aktuelle Angstemotion (state) ist ein mit bestimmten Situationsveränderungen intraindividuell variierender Zustand des Organismus, der durch erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems sowie durch die Selbstwahrnehmung von Erregung, das Gefühl des Angespanntseins, ein Erlebnis des Bedrohtwerdens und verstärkte Besorgnis gekennzeichnet ist.“

Krohne beschreibt damit angsttypische Ausprägungen. Janke und Netter (1986) beziehen neben der erlebnismäßigen Ebene noch die kognitive Ebene (z.B. Erwartungen, in einer Leistungssituation zu versagen), die Ausdrucks- (z.B. Mimik und Gestik) und die Handlungsebene (z. B. Vermeidungsverhalten) ein und spezifizieren die somatische Ebene. So führen sie Befunde an zu Veränderungen im Zentralen Nervensystem (ZNS) wie im Peripheren Nervensystem und den mit dem ZNS interagierenden chemischen Systemen, dem Hormon-, Immun- und dem Stoffwechsel-betreffenden System. Zu beachten ist, daß diese Antwortsysteme gleichfalls unter Streß angesprochen werden.

Die Differenzierung von Angststörungen und Depression wird kontrovers diskutiert. Friedman, Clark und Gershon (1992) betonen die schwierige Abgrenzung der voneinander abhängigen Konzepte Streß, Angst und Depression. So wird eine Abgrenzung der Angst- und der depressiven Störungen eher nicht durch psychopharmakologische Befunde gestützt. Dagegen weisen Untersuchungen zum Schlaf-Elektroenzephalogramm (EEG) darauf hin, daß eine reduzierte rapid-eye-movements-(REM)-Latenz und veränderter REM-Schlaf als spezifischer biologischer Marker für Depression gelten können. Die Autoren vermuten darüber hinaus, daß die Streßantwort, die psychologische und biologische Komponenten besitzt, „eine gemeinsame Wegstrecke sein könnte, die zu affektiven und Angststörungen führt“ (Übers. d. Autoren; S. 337). Dies legen Befunde nahe, die zeigen, daß streßvolle Lebensereignisse sowohl bei Patienten mit Angststörungen (wie z. B. posttraumatischem Streßsyndrom, Panikstörungen oder Agoraphobie) als auch bei depressiven Patienten gehäuft vor dem Beginn der Erkrankung berichtet werden.

1.2 Psychologische Streßkonzepte

Streßkonzepte lassen sich dahingehend unterteilen, daß sie sich entweder eher auf Einwirkungen aus der Umwelt (Streß als Reiz), auf das darauf bezogene organismische Antwortverhalten (Streß als Reaktion) oder aber auf ein bestimmtes Organismus-Umwelt-Verhältnis beziehen (Streß als relationales Konzept; vertiefend s. Goldberger & Breznitz, 1993; Schwarzer, 1993).

Reizorientierte Ansätze. Streß wird hier als Ereignis angesehen, das eine Störungsreaktion auslöst. In Anlehnung an die Terminologie von Selye (1956) sollte hier der Begriff „Stressor“ bevorzugt werden, der im engeren Sinne streßauslösende Ereignismerkmale beschreiben soll. In der Forschung zu den sogenannten **kritischen Lebensereignissen** sind derartige Stressoren zentral. Hier wird Streß als eine Gesamtheit aller zufälliger Lebensereignisse angesehen (z.B. Tod des Lebenspartners), die eine Störung hervorruft (Holmes & Rahe, 1967). Diese Forschungsrichtung initiierte eine intensive Auseinandersetzung mit der Beziehung zwischen Streß und körperlicher Krankheit und fließt auch heute noch in neuere Gebiete, wie die Psychoneuroimmunologie, mit ein. Hierbei wird postuliert, daß die Summation positiver (z.B. Urlaub) wie negativer Lebensereignisse mit einer Krankheitsentwicklung in Beziehung steht.

Bei diesem Ansatz bleibt jedoch unklar, welche Lebensereignisse und in welchem Umfang diese Stressoren als krankheitsauslösend anzusehen sind (vgl. Sarason, Johnson & Siegel, 1978). Lazarus und Folkman (1986) bezweifeln darüber hinaus den Einfluß der kritischen Lebensereignisse auf die Krankheitsentwicklung und führen stattdessen die Relevanz häufig auftretender alltäglicher Widrigkeiten („daily hassles“) an.

Reaktionsorientierte Ansätze. Hier wird Streß als eine Reaktion auf Umwelt- oder Lebensereignisse verstanden. Der Schwerpunkt liegt auf der Beschrei-

bung der physiologischen, erlebnispsychologischen und verhaltensbezogenen Anpassungsreaktion, die unabhängig von der Art der Streßsituation ist und das innere und/oder äußere Gleichgewicht aufrechterhält. Da hier die Streßantworten im Mittelpunkt stehen, sollte eher der Begriff „Streßreaktionen“ verwendet werden.

Vor allem Forschungen aus der Medizin und Biologie basieren auf diesem reaktionsbezogenen Ansatz. Diese Untersuchungen sind der biologischen Streßforschung zuzuordnen, deren wichtigster Vertreter Selye (1956) ist: Selye (1981, S. 170) schlägt folgende Definition vor: „Streß ist die unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung.“ Unabhängig von der Art des belastenden Reizes oder der Belastungssituation soll das Individuum reagieren „... mit einem stereotypischen Muster biochemischer, funktioneller und struktureller Veränderungen, die grundsätzlich mit der Bewältigung jeder erhöhten Anforderung an die Lebenstätigkeit verbunden sind, insbesondere mit der Anpassung an neue Situationen“ (Selye, 1981, S. 169). Wie in der „Life-event-Forschung“ wird die Streßreaktion nicht nach der Stressorqualität unterschieden, sondern ist allein abhängig von dem durch den Stressor verursachten Ausmaß der Anforderung an Anpassung oder Wiederanpassung.

Die unspezifische Reaktion beschreibt Selye mit dem **Allgemeinen Adaptationssyndrom**. Sie wird durch drei Veränderungen beschrieben: einer Vergrößerung der Nebennierenrinde, einer Schrumpfung der Thymusdrüse und der Lymphdrüsen sowie einer exzessiven Bildung von Magen-Darm-Geschwüren. Diese Symptome gelten als „objektive Streßindikatoren“ und werden von Selye auch als „Anpassungskrankheiten“ bezeichnet. Hierbei sollen diese körperlichen Schädigungen auftreten, wenn eine Stressoreinwirkung über eine länger andauernde Zeit besteht. Im zeitlichen Verlauf unterscheidet er drei aufeinanderfolgende Phasen: In der ersten Phase, der **Alarmphase** (6-48 h nach Eintreten des Stressors), ist der Widerstand des Organismus erniedrigt und die physiologische Reaktion ist durch eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems gekennzeichnet, die der Energiemobilisierung dient.

Hält der Stressor weiterhin an, so erhöht sich die Widerstandslage am Ende der Alarmphase und in der zweiten Phase, der **Widerstandsphase** (nach 48 h nach Eintreten des Stressors). Dies wird vor allem gegen Ende der Alarmphase durch eine Aktivierung des Nebennierenrindensystems mit einer erhöhten Ausschüttung von Glucocorticoiden erreicht, die insbesondere die Funktion haben sollen, ein Überschießen der Streßreaktion zu verhindern und die Streßantwort zu beenden. Dagegen werden die Schilddrüsenfunktion und die Sexualfunktionen in dieser Widerstandsphase gehemmt. Eine Beendigung der Stressorexposition soll zu einem erhöhten Widerstand bei normaler Funktion der Organe führen.

Besteht nun die Stressorwirkung weiterhin (d.h. einige Monate) fort, so erfolgt in der dritten Phase, der **Erschöpfungsphase**, eine starke Aktivierung des Nebennierenrindensystems, so daß die Glucocorticoide ihre immunsuppressiven Effekte ausüben, die sich in den Anpassungskrankheiten manifestieren. Diese Anpassungsreaktion wird im Sinne von Cannon (1932) als biologisch sinnvoll

angesehen, wobei eine Fehlanpassung durch exzessive, wiederholte und unangemessene Streßreaktionen induziert wird (vgl. Abschnitt 1.4).

Zu den reiz- und reaktionsbezogenen Streßkonzepten ist zusammenfassend festzuhalten, daß durch eine isolierte Betrachtung der auslösenden situativen und der resultierenden Streßreaktion das Streßgeschehen nur unzureichend beschrieben werden kann. Werden allerdings beide Komponenten berücksichtigt und psychologische Vermittlungsprozesse einbezogen, so läßt sich das komplexe Streßgeschehen angemessen beschreiben.

Psychologische Erweiterungen streßtheoretischer Konzepte. Die **beziehungsorientierten** oder relationalen Streßkonzepte verstehen Streß als bestimmte Anpassungsprozesse zwischen einer Person und ihrer Umwelt und verwerfen die Hypothese einer unspezifischen Reaktion auf beliebige Stressoren. Der bedeutendste Vertreter dieser Konzeption ist Lazarus, der Streß nicht nur als relational, sondern als transaktional bezeichnet.

Der transaktionale Ansatz von R. S. Lazarus. Lazarus nimmt eine wechselseitige Person-Umwelt-Auseinandersetzung an, in der sowohl die Person aktiv handelnd auf die Umwelt einwirkt als auch die Umwelt auf das Verhalten der Person und somit die Person aktiv zum Streß- und Bewältigungsgeschehen beiträgt. Dies steht im Gegensatz zu den reizorientierten Streßkonzeptionen, in denen die Person als „passives Opfer“ von Umwelteinflüssen gilt. Darüber hinaus postuliert Lazarus, daß diese Interaktion einen prozeßhaften Charakter hat, indem die streßvolle Auseinandersetzung einem dynamischen Anpassungsprozeß entspricht. Dies bezeichnet Lazarus als „transaktional“.

Lazarus definiert hierbei: „Psychologischer Streß bezieht sich auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern“ (Übersetzung; Lazarus & Folkman, 1986).

In der Definition werden die beiden wesentlichen Bestimmungsstücke der Theorie benannt: Das Bewertungs- und das Bewältigungskonzept (vgl. Abb. 1). Im Mittelpunkt der Theorie stehen Bewertungsprozesse, die sich auf

- das Wohlbefinden der Person (primäre Bewertung; nach Schwarzer, 1993: Ereignisseinschätzung),
- die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten (sekundäre Bewertung; nach Schwarzer, 1993: Ressourceneinschätzung) und
- Neubewertungen der sich verändernden Auseinandersetzung beziehen.

Bei den **primären Bewertungen** schätzt die Person die Anforderungen als irrelevant, positiv oder Streßhaft ein, wobei die streßhaften Transaktionen in drei Arten unterschieden werden:

- Schadetierlust,
- Bedrohung und
- Herausforderung.

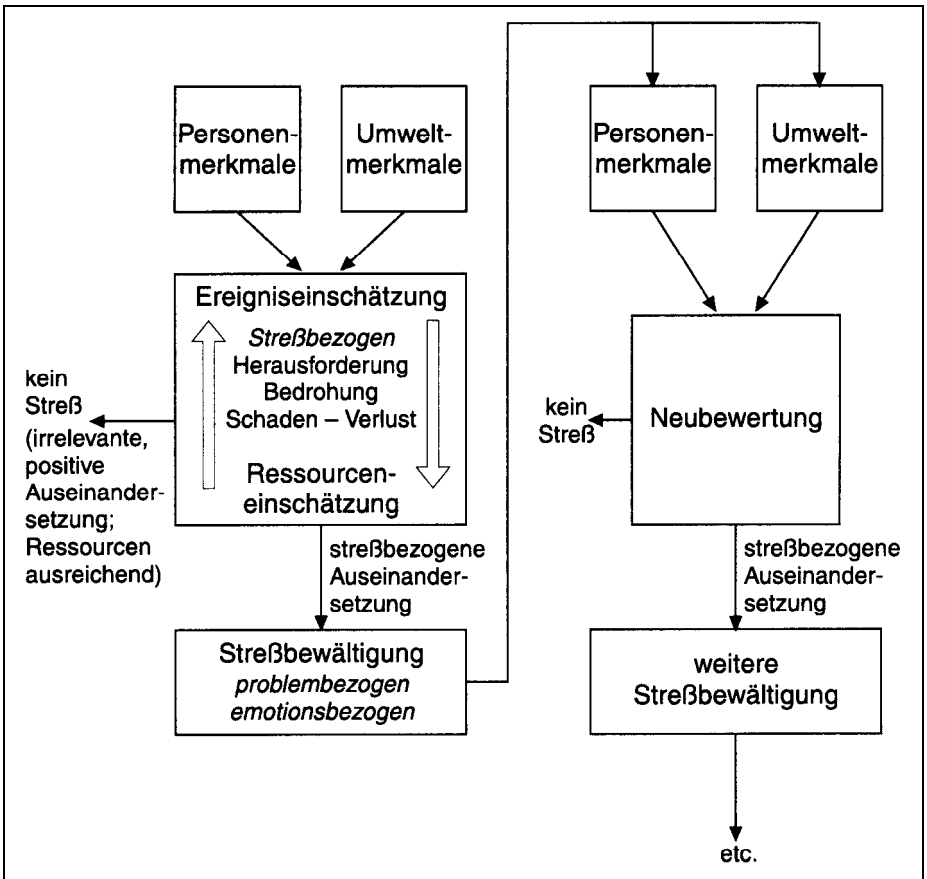


Abbildung 1:

Stress und Stressbewältigung aus transaktionaler Perspektive nach Lazarus

Schadetierlust bezieht sich auf eine bereits eingetretene Beeinträchtigung, dagegen Bedrohung auf eine Antizipation einer Schädigung. Die stressbezogene Auseinandersetzung wird als Herausforderung bewertet, wenn die Bewältigung einer risikoreichen oder schwierigen Situation möglich scheint.

Die drei Formen implizieren eine gewisse negative Bewertung des Wohlbefindens. Die Einschätzung als Bedrohung oder Schaden/Verlust soll von Emotionen negativer Valenz begleitet sein, während die Herausforderung mit unspezifischer Erregung verbunden ist. Angst wird insbesondere dann ausgelöst, wenn eine stressbezogene Auseinandersetzung als bedrohlich bewertet wird. Interessant in diesem Zusammenhang scheint, von welchen Faktoren es abhängig ist, ob eine Bewertung einer Situation als bedrohlich oder herausfordernd erfolgt. Hier erwähnt Lazarus einerseits Personenmerkmale (Überzeugungen über die Bewältigungsmöglichkeiten) und andererseits Umweltmerkmale (vgl. Abb. 1) (entsprechende Konfigurationen) und weist darauf hin, daß

das Erleben von Herausforderung möglicherweise eine bessere körperliche Gesundheit zur Folge hat.

Die drei streßbezogenen Transaktionen führen dazu, daß Bewältigungsmaßnahmen mobilisiert werden. Hierzu erfolgt eine Bewertung der Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten, die als **sekundärer Bewertungsprozeß** bezeichnet wird. Die Ressourcen bestehen in Fertigkeiten und Fähigkeiten der Person, aber auch im Vorhandensein sozialer Unterstützung (vgl. Schwarzer, 1993).

Die primären und die sekundären Bewertungsprozesse folgen nicht unbedingt zeitlich aufeinander und sie können sich wechselseitig beeinflussen, so daß die sekundäre Bewertung für die Ausformung der primären Einschätzungsprozesse bedeutsam sein kann. „Die Fähigkeiten, die eine Person für verfügbar hält, werden psychologisch den vorhandenen Gefahren und Schädigungen gegenübergestellt und bilden einen entscheidenden kognitiven Faktor in der Entstehung der psychologischen Streßreaktion“ (Lazarus & Launier, 1981, S. 240). So ist eine streßvolle Transaktion beendet, wenn die Ressourcen die situativen Anforderungen überschreiten. Diese Bewertungen unterliegen einem andauernden „Rückkopplungsprozeß“: Neubewertungen werden auf der Grundlage neu eingehender Informationen vorgenommen. Außerdem können defensive Neubewertungen erfolgen, die sich auf intrapsychische Prozesse beziehen, wie Verleugnung oder Intellektualisierung.

Der sekundäre Bewertungsprozeß bestimmt auch die Auswahl der **Bewältigungsmaßnahmen**, welche die Funktion haben, entweder die streßvolle Auseinandersetzung direkt zu verändern („instrumentelle“ oder „problembezogene Bewältigung“) oder die mit der streßvollen Auseinandersetzung einhergehenden Emotionen zu regulieren („Palliative“ oder „emotionsbezogene Bewältigung“). Das Bewältigungskonzept wird unter Abschnitt 1.3 näher erläutert.

Anfang der neunziger Jahre integrierte Lazarus das Streßkonzept in eine allgemeine Emotionstheorie, indem er „Streß als einen Aspekt der Emotion“ beschreibt (Lazarus, 1993; s. auch Lazarus, 1991). Hierbei versteht er Emotion als Oberbegriff, der sowohl Streß und Bewältigung als auch Motivation, Kognition und Adaptation mit einschließt. Durch die Fokussierung auf die individuelle emotionale Reaktion im Gegensatz zur Analyse des Streßerlebens ergibt sich nach Lazarus ein Informationsgewinn über den psychischen Zustand des Individuums mit seinen möglichen Implikationen für klinische Anwendungen. Im Mittelpunkt stehen subjektive Bewertungen der Situation, Zielerwartungen und Überzeugungen und das Bewältigungsverhalten in einer streßbezogenen Person-Umwelt-Auseinandersetzung: Verschiedene Emotionen sollen durch ein emotionsspezifisches **relationales Kernthema** (auf einer molaren Ebene) und durch **emotionsspezifische Bewertungsmuster** (auf der molekularen Ebene) ausgelöst werden. So können Emotionen durch spezifische Bewertungsmuster vorhergesagt werden. Diese theoretische Modifikation bezieht sich allerdings auf das Bewertungskonzept, so daß diese Erweiterung keinen Erkenntnisgewinn für die Patientenschulung bringt.

1.3 Streßbewältigung

Das Bewältigungskonzept von Lazarus. Bewältigung definieren Lazarus und Launier (1981, S. 244) wie folgt: „Bewältigung besteht sowohl aus verhaltenorientierten als auch intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen sowie den zwischen ihnen bestehenden Konflikten fertig zu werden (d.h. sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren, zu minimieren), die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen.“ Die Bewältigungsmaßnahmen werden nach ihrer Funktion in zwei Kategorien unterschieden: **Instrumentelle Bewältigung** zielt auf die Änderung der Transaktion ab, die umweltbezogen (z.B. Umorganisation des Umfeldes) oder selbstbezogen (z.B. Veränderung von Zielen oder Überzeugungen) sein kann. Dagegen dient die Palliative oder **emotionsbezogene Bewältigung** der Regulation und Kontrolle streßbegleitender Emotionen, wie Angst, Zorn oder Depression. Emotionsregulierende selbstbezogene Bewältigung wäre zum Beispiel die Bagatellisierung der Situation, während emotionsregulierende umweltbezogene Bewältigung zum Beispiel im Ausdruck von Ärger bestehen könnte.

Innerhalb jeder Funktion unterscheidet Lazarus vier Arten der Bewältigung, die er als wertneutral beschreibt:

- **Informationssuche**

Die Informationssuche hat eine instrumentelle Funktion, wenn sie eingesetzt wird, um mehr Wissen über die relevante Situation zu erlangen, um dann diese Transaktion zu ändern. Emotionsregulierend würde sie allerdings wirken, wenn die Beschäftigung mit der Information von der Situation ablenkt, so daß die emotionale Erregung abgebaut wird.

- **Direkte Aktion**

Hier wirkt die Person direkt handelnd ein, indem sie die Transaktion instrumentell verändert, wenn sie zum Beispiel Entscheidungen trifft oder durch Gespräche mit anderen Konflikte löst. Emotionsregulierend wirkt dagegen das Durchführen von Entspannungsverfahren oder die Einnahme von Medikamenten oder Alkohol.

- **Aktionshemmung**

Die Aktionshemmung bezieht sich auf den Handlungsaufschub, der sich vor allem aus tatsächlichen oder moralischen Zwängen ergibt. Sie kann als Spezialfall der direkten Aktion gelten, indem bei jedem ausgeführten Verhalten gleichzeitig alternatives Verhalten unterdrückt wird.

- **Intrapsychische Prozesse**

Hier werden alle kognitiven Prozesse, wie Selbstinstruktionen und Aufmerksamkeitslenkungen, eingeschlossen. Intrapsychische Bewältigung ist instrumentell, wenn die Person Selbstbeobachtungen anstellt, um ihre Kompetenz zu prüfen; sie ist emotionsregulierend, wenn die Person sich in belastenden Situationen selbst beruhigt.

Insbesondere in seinen neueren Veröffentlichungen betont Lazarus, daß dieselbe Bewältigungsart beide Funktionen haben kann, indem die Funktionen der jeweiligen Situation angepaßt sind oder sogar gleichzeitig in derselben Situation eingesetzt werden (vgl. Lazarus, 1993).

Die Effektivität der Streßbewältigung ist auch hier wieder von Merkmalen der Situation und der Person abhängig, wie der Kontrollierbarkeit der Situation oder dem Motivationsmuster bzw. der Kontrollüberzeugung der Person. Diesem in Erweiterungen der Theorie formulierten Bewältigungskonzept wird von Lazarus eine große Bedeutung für die Anpassungsfolgen der Person zugeschrieben (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus räumt zwar ein, daß bestimmte Bewältigungsformen das individuelle Erkrankungsrisiko erhöhen oder aber erniedrigen können, allerdings sind die Aussagen zu Anpassungserkrankungen nicht präzise, so daß Lazarus unter Abschnitt 1.4 keine Erwähnung findet.

Das psychologische Streßkonzept von Lazarus hat die Streßforschung theoretisch außerordentlich angeregt und nach der durch die biologisch orientierte Theorie von Selye initiierten Erforschung insbesondere der Streßreaktionen und der Adaptationsfolgen den Blick auf die psychologischen Vermittlerprozesse gerichtet. Noch heute ist die kognitiv-transaktionale Position allgemein akzeptiert (vgl. Schwarzer, 1993, S. 14), da über die Berücksichtigung kognitiver Prozesse und der dynamischen Person-Umwelt-Beziehung ein umfassenderer theoretischer Zugang zur Beschreibung des Streßgeschehens gelingt.

Problematisch jedoch ist die Zirkularität der streßvollen Person-Umwelt-Ausinandersetzung, die oft kritisiert wird. Außerdem ist aufgrund der Beschreibung von Streß als komplexes transaktionales Geschehen die Überprüfbarkeit gering. Bis heute hat Lazarus es nicht vermocht, die Konzepte präzise zu formulieren und deren Beziehungen zueinander festzulegen, so daß die Theorie in der vorläufigen Form nicht überprüfbar ist (vgl. Krohne, 1996). Nach Schwarzer (1993, S. 17) ist die neuere Konzeption von 1991 ein vorläufiger, dürftiger Versuch, das Bewertungskonzept, also das Kernstück der Theorie, zu operationalisieren.

Andere Konzepte der Streßbewältigung. Steptoe (1991) greift die Einteilung von Lazarus in die instrumentelle und emotionsbezogene Bewältigung mit den beiden Abstufungen auf und versucht, diese vier Bewältigungsformen, die nicht unabhängig voneinander sein sollen, durch situative Faktoren zu operationalisieren (vgl. Tab. 1)

Tabelle 1:

Klassifikation des Bewältigungsprozesses nach dem instrumentellen Schwerpunkt (kognitiv oder behavioral) und der Funktion (problem- oder emotionsbezogen). Die aktiven Formen der Bewältigung sind oben eingetragen, die passiven Formen unten (nach Stentoe. 1991)

Schwerpunkt	Funktion	
	Problembezogen	Emotionsbezogen
Kognitiv	Umbewertung der Situation, Reformulierung; Distanzierung, wunschhaftes Denken	Ausdrücken von Emotionen; Emotionshemmung, Repression, Verleugnung
Behavioral	Situationskontrollversuche, Problemlösung; Flucht, Vermeidung, passive Bewältigung	Suche nach sozialer Unterstützung, Informationssuche; Verdrängung, Informationsvermeidung

- **Problembezogene kognitive Bewältigung** befaßt sich mit den Versuchen der Person, durch die Situationseinschätzung mit dem streßvollen Ereignis besser umzugehen. Hierzu gehören vor allem die Reformulierung des Streßgeschehens nach Meichenbaum (1991).
- **Problembezogene behaviorale Bewältigung** umfaßt die aktive Veränderung der Situation und bezieht Situationskontrollversuche oder Problemlösung ein, im Falle der Unkontrollierbarkeit wird jedoch insbesondere passive Bewältigung (z.B. passives Ertragen der aversiven Situation) erwartet.
- **Emotionsbezogene kognitive Bewältigung** beschreibt die Art, mit der Personen versuchen, kognitiv die emotionalen Reaktionen zu bewältigen, was durch ein Ausdrücken der Emotionen erzielt werden soll.
- Bei der **emotionsbezogenen behavioralen Bewältigung** haben die ausgeführten Verhaltensweisen zum Ziel, die emotionalen Reaktionen in einer streßvollen Situation zu kontrollieren. Steptoe bezieht hier die Informationssuche sowie die Suche nach sozialer Unterstützung ein.

Steptoe (1991) gelingt es, diese vier Bewältigungsformen über Determinanten der Belastungssituation zu präzisieren und die Einteilung mit experimentellen Befunden zu stützen. Erste Ergebnisse zu den physiologischen Reaktionen unter den vier definierten Bewältigungsformen bestätigen seine Klassifikation. Hierdurch ist dieser Ansatz für die Formulierung eines Streßbewältigungstrainings, das auch einen psychophysiologischen Hintergrund besitzt, sehr geeignet.

Im Gegensatz zu der Theorie von Lazarus hat Hobfoll (1989) mit seiner **Ressourcenerhaltungstheorie** ein weitaus sparsamer formuliertes und einer Überprüfbarkeit eher zugängliches Konzept vorgestellt, in der die Motivation und die Streßbewältigung im Mittelpunkt stehen. Ausgehend von einer ebenso kognitiv-transaktionalen Perspektive beschreibt er Streß als Verlust von Ressourcen. Streß soll in drei situativen Bedingungen auftreten, wenn:

- ein Verlust von Ressourcen besteht,
- Ressourcen durch Verlust bedroht sind oder

- Individuen in Ressourcen investiert haben, ohne hierdurch vollständige Ressourcen zu gewinnen (vgl. Hobfoll & Vaux, 1993).

Je geringer die Möglichkeiten sind, Ressourcen wiederzugewinnen oder zu ersetzen, und je größer die subjektive Bedeutung der Ressourcen ist, um so streßvoller wird die Situation erlebt. So bestimmen die Einschätzung der Bedrohung und der Bedeutsamkeit der Ressourcen die Intensität der Streßreaktion. Als Ressourcen nennt Hobfoll (1989):

- Objekte (z.B. materieller Besitz),
- Bedingungen (z.B. Besitz anerkannter sozialer Rollen wie Ehe, Beamtenstatus),
- Energien (z.B. Wissen oder Zeit) und
- Persönlichkeitsmerkmale (Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie Überzeugungen wie Intelligenz oder eine optimistische Sichtweise oder Gefühle wie das Gefühl der Wertschätzung durch andere).

Hobfoll (1989) postuliert, daß die Person eine aktive Rolle in der Aneignung ihrer Ressourcen spielt. Der Einsatz der Ressourcen soll dazu dienen, andere Ressourcen zu erhalten; durch das Verfügen vieler Ressourcen soll die Person eine geringere Verwundbarkeit gegenüber streßvollen Ereignissen besitzen. Wie andere Autoren (vgl. Steptoe, 1991; Ursin & Olf, 1993) betont er, die Kosten der Streßbewältigung nicht zu vernachlässigen. Darüber hinaus führt er aus, daß Gewinne oder Verluste nicht unbedingt isoliert auftreten, sondern gleichgerichtete Ereignisse vorliegen können, so daß zum Beispiel nach einem Verlust eine höhere Verwundbarkeit gegenüber weiteren Verlusten besteht und durch eine derartige Aneinanderreihung von Verlusten eine kumulative Streßsituation entstehen kann. Die Erfahrung von Gewinnen dagegen kann zur Steigerung der Widerstandskräfte führen.

Durch eine Erfassung der Ressourcen kann nach dieser Theorie das Streßgeschehen analysiert und beschrieben werden.

1.4 Streß, Streßbewältigung und Krankheit

Zu diesem Aspekt liegt eine Fülle von Untersuchungen, aber auch theoretischen Auseinandersetzungen vor (z.B. Adler & Matthews, 1994; Steptoe, 1991; Weiner & Mayer, 1990). In diesem Rahmen sollen nur die berichteten „Adaptationserkrankungen“ zusammengefaßt und abschließend auf die Erklärungsansätze eingegangen werden.

Streß und die Folgen. Selye (1956) unterschied aufgrund der Streßwirkungen zwei Arten von Streß, den „Eustreß“ und den „Distreß“. Eustreß bezieht sich auf Streß, der nicht schädigend ist, sondern sogar als hilfreich für den Organismus bezeichnet werden kann. Distreß dagegen bezieht sich auf schädigenden oder unangenehmen Streß. Er postulierte, daß die Streßreaktionen im physiologischen Fall angemessen seien und vor Erkrankungen schützen, jedoch die exzessiven, wiederholten und unangemessenen Streßreaktionen in Anpas-

sungskrankheiten resultieren. So beschreibt er in neuerer Zeit, daß eine angemessene Antwort aufgrund angeborener Defekte, einer Unterforderung, einer Überforderung oder einer mißlungenen Streßbewältigung zusammenbrechen oder falsch sein kann (vgl. Selye, 1993, S. 14). Er benennt als typische Streßerkrankungen Peptische Geschwüre des Magen-Darm-Trakts, hoher Blutdruck, Herzerkrankungen und psychische Störungen. Hierbei beschränkt er den Einfluß der unangemessenen Antwort allein auf die Modifikation des Krankheitsverlaufs, betont jedoch, daß in jeder Erkrankung adaptive Mechanismen eine Rolle spielen.

Während in Selyes Konzeption Aussagen über streßbezogene Erkrankungen getroffen werden, erlauben die psychologischen Konzepte keine eindeutige Vorhersage über den Einfluß von Streß auf Erkrankungen (vgl. Schwarzer, 1993). Lazarus räumt lediglich ein, daß die „daily hassles“ einen besonders engen Bezug zum Gesundheitsstatus aufweisen.

Streß ist an der Entstehung und dem Verlauf von Erkrankungen beteiligt, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Störungen des Immunsystems (vgl. Krohne, 1997). Während sich für hormonelle Störungen, wie Schilddrüsenerkrankungen und Morbus Cushing geringe Evidenzen in prospektiv angelegten Studien ergeben haben, wird für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen insbesondere für die **essentielle Hypertonie**, den **erhöhten Blutdruck** und die **Erkrankungen der Herzkranzgefäße** ein Einfluß von psychischer Belastung angenommen (vgl. Adler & Matthews, 1994; Creed, 1993; Steptoe, 1993).

Bei den **Infektionserkrankungen**, und hier vor allem den Infektionen der oberen Atemwege, liegen konsistente Befunde vor, die eine Beeinträchtigung unter eher chronischen psychischen Belastungen nahelegen (vgl. Cohen & Herbert, 1996; Cohen & Williamson, 1991). In Studien mit experimentell induzierten Infektionserkrankungen (Rhinoviren) haben sich interessante Zeitverläufe in der Beziehung zwischen Streß und Erkrankung ergeben, indem die berichtete Beanspruchung mit der Auslösung der Infektion zusammenhing, jedoch die Anzahl der kritischen Lebensereignisse mit der späteren Somatisierung bei den infizierten Personen assoziiert war. In einigen Untersuchungen wurden bereits psychologische Interventionen durchgeführt. So ließ sich unter psychosozialer Intervention bei HIV-positiven Patienten ein streß-puffender Effekt auf die Anzahl der natürlichen Killerzellen nachweisen, der eine durch die Diagnosestellung bedingte Immunsuppression aufhob (LaPerrière et al., 1990).

Ein krankheitsinduzierender Effekt kann weder allein durch mögliche Einflüsse von Stressoren (insbesondere von kritischen Lebensereignissen) noch durch Personenmerkmale erklärt werden, sondern erst durch eine **interaktionistische Perspektive**. Aus dieser Sicht ist es dann wesentlich, zu analysieren, welche Merkmale die Person in die streßvolle Beziehung miteinbringt, ob eine psychische oder physische Vulnerabilität in bestimmten belastenden Situationen besteht.

Streßbewältigung und Erkrankung. Die Streßbewältigung beeinflusst aus zwei Gründen eine Erkrankung, so daß Schwarzer (1993, S.46) anführt: „[es ist] der Streßbewältigungsprozeß, der näher am pathogenen Geschehen liegt und dafür primär verantwortlich zu machen ist“: **Erstens** besteht bei einer ineffizienten Streßbewältigung die streßreiche Transaktion weiterhin an und der Stressor kann schädigend auf den Organismus einwirken. **Zweitens** muß berücksichtigt werden, daß Bewältigung mit Kosten verbunden ist (vgl. Ursin & Olf, 1993). Der Organismus muß sich psychisch und physisch mit dem Stressor auseinandersetzen, so daß diese Anstrengungen den Organismus überfordern oder schwächen können und seine Vulnerabilität gegenüber Erkrankungen steigt. Dabei ist es irrelevant, ob die Streßbewältigung erfolgreich ist oder mißlingt.

Schutzfaktoren: internale und externale Ressourcen. In der aktuellen Streßforschung ist die Analyse von Schutzfaktoren in den Mittelpunkt gerückt. Dies wurde vor allem von Antonovsky (1991) angeregt, der den Begriff der „**Sa-lutogenese**“ einführte. Hierunter faßt er allgemein Faktoren zusammen, die positiv auf den Bewältigungsprozeß einwirken (vgl. Schmidt & Dlugosch, in diesem Buch).

Zunächst soll jedoch auf den Ressourcenbegriff eingegangen werden: Schutzfaktoren können auch als „Hilfsmittel“ angesehen werden, die die Person zur Verfügung hat, um mit der Belastungssituation umzugehen; sie bestimmen somit das individuelle Bewältigungsverhalten. Diese auch als **Ressourcen** bezeichneten Faktoren beeinflussen die Erkrankung: „Stehen die zur angemessenen Streßbewältigung erforderlichen Ressourcen nicht zur Verfügung oder werden ineffektiv eingesetzt, werden die dadurch bedingten unangemessenen Anpassungsversuche die Streßentstehung und den Prozeß der Krankheitsentstehung begünstigen“ (Allmer, 1996, S. 74).

Die Schutzfaktoren lassen sich in personen- oder umweltbezogene Faktoren bzw. in personale und soziale Ressourcen unterteilen, wobei eine klare Zuordnung bei manchen Konstrukten schwierig ist und dies nur durch eine sehr differenzierte Beschreibung der jeweiligen Konstrukte gelingt. Eine Reihe nahe verwandter habitueller Bewältigungsstile (zusammenfassend s. Antonovsky, 1991), die sich auf positive Erwartungshaltungen beziehen, werden als **internale Ressourcen** diskutiert. Sie sollen das Individuum bei vorliegender positiver Ausprägung vor den negativen Effekten psychischer Belastung schützen, eine **Resilienz**¹ vermitteln: Zum einen hat sich der dispositionelle Optimismus (Scheier & Carver, 1992) als Prädiktor der Bewältigung chronischer Erkrankungen erwiesen (vgl. Schröder, 1997) und scheint auf seiten der Bewältigungsmaßnahmen mit problembezogener Bewältigung und auf seiten physiologischer Vermittlerprozesse mit einer erhöhten Immunkompetenz asso-

1 Auf das oft diskutierte Persönlichkeitsmerkmal „Typ-A-Verhalten“ soll hier nicht eingegangen werden. Dieser vermeintliche Risikofaktor, der zu einer psychischen wie physischen **Vulnerabilität** gegenüber negativen Effekten von Streß beitragen soll, hat sich für eine Erklärung der Streß-Krankheits-Beziehung im Laufe der Forschung als eher unwesentlich herausgestellt. Positive Ergebnisse bei diesem mehrdimensionalen Konstrukt lassen sich insbesondere auf die Feindseligkeit zurückführen.

ziiert zu sein (vgl. Adler & Matthews, 1994). Zum anderen spielen die internalen Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966) und das von Bandura (1977) entwickelte Konzept der Selbstwirksamkeit („self-efficacy“) eine Rolle. Darüber hinaus werden noch die Konzepte „Hardiness“ mit seinen drei Dimensionen Engagement, Kontrolle und Herausforderung (Kobasa, 1982) und „Kohärenz-sinn“ (Antonovsky, 1991) als Ressourcen diskutiert.

Untersuchungen zum Einflug der **sozialen Ressourcen** wurden in jüngster Zeit häufig durchgeführt (zusammenfassend s. Leppin & Schwarzer, 1997). Hier stehen vor allem Studien zum Streß-puffendem Effekt des sozialen Rückhalts im Vordergrund. Vor allem aufgrund der erfolgten Spezifikationen der theoretischen Annahmen lassen sich in Zukunft eindeutiger Aussagen zur Beziehung zwischen Streßbewältigung und Erkrankung erhoffen. Der soziale Rückhalt läßt sich in zwei Dimensionen unterscheiden: soziale Integration und soziale Unterstützung. Soziale Integration bezieht sich darauf, ob und in welchem Umfang soziale Beziehungen bestehen und ist die Voraussetzung der sozialen Unterstützung. Die soziale Unterstützung wird unterteilt in die erwartete und in die erhaltene soziale Unterstützung, wobei es sich entweder um die Erwartung der Person handelt, in einem Problemzustand durch das Netzwerk Unterstützung und Hilfe zu erhalten, oder um die tatsächlich erhaltene Unterstützung. Nach ihren Inhalten lassen sie sich nochmals differenzieren in die emotionale (z. B. Zuwendung), materielle oder instrumentelle (z. B. Bereitstellen von Diensten) und informationelle (z.B. einen Rat geben) Unterstützung.

Experimentelle Befunde belegen, daß insbesondere die erwartete soziale Unterstützung das psychische Wohlbefinden stabilisiert. So erwies sich vor allem bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen sozialer Rückhalt als Ressource, die das Streßerleben verringern kann (vgl. Schwarzer, 1993). Schröder (1997) fuhr Ergebnisse an, daß bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen soziale gemeinsam mit internalen Ressourcen eingesetzt werden, wobei die internalen (so auch die erwartete soziale Unterstützung) ein größeres Gewicht zur Vorhersage einer effektiven Krankheitsbewältigung besitzen. Viele Befunde demonstrieren, daß der soziale Rückhalt auch die Ausprägung physiologischer Kennwerte modifiziert. Die klinische Relevanz dieser Ergebnisse wird durch Befunde verdeutlicht, die einen positiven Einfluß des sozialen Rückhalts auf den Krankheitsverlauf zeigen (z.B. Levy et al., 1990).

In der neueren Literatur findet sich eine weitere Ressource: die **Erholung**. Einige Autoren weisen darauf hin, daß der Streßprozeß nur in Verbindung mit dem Erholungsprozeß zu beschreiben ist, da ein reziprokes Verhältnis zueinander vorliegt (vgl. Allmer, 1996; Stovya & Carlson, 1993; Wieland-Eckelmann, Allmer, Kallus & Otto, 1994). Allmer (1996, S. 76) versteht „Erholung als streßregulierende und gesundheitsfördernde Ressource“, indem die ineffektive Nutzung und die „... Nichtverfügbarkeit von erholungsrelevanten Ressourcen sich negativ auf die Auseinandersetzung mit Streßsituationen auswirken und Beeinträchtigungen der Gesundheit zur Folge haben“. So kann Erholung als gesundheitlicher Schutzfaktor beschrieben werden, wenn die Person

ihre verfügbaren erholungsrelevanten Ressourcen situationsangemessen einsetzt. Dagegen kann bei nicht optimaler Ausschöpfung der Erholungsphase ein streßinduzierender Effekt angenommen werden.

Die berichteten Konstrukte können auf ihre Relevanz für die Vorhersage der Streß-Krankheits-Beziehung hinweisen, wobei sich die Frage stellt, wie diese Effekte entstehen. Zum einen läßt sich eine direkte Einflußnahme auf die Entstehung und Weiterentwicklung der Erkrankung annehmen. Zum anderen kann von einem indirekten Einfluß ausgegangen werden, wenn durch die Belastung gesundheitsrelevantes Verhalten verändert wird, das dann den negativen Einfluß auf den Gesundheitsstatus ausübt. Dies wäre mit den beiden Ketten „Stressor → Streßfolge“ und „Stressor → gesundheitsgefährdendes Verhalten → Streßfolge“ skizziert. Befunde weisen hierbei darauf hin, daß internale Ressourcen eher einen direkten Einfluß ausüben, während soziale Ressourcen eine indirekte Wirkung zeigen.

Indirekte Einflüsse durch gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten. Modellvorstellungen über einen indirekten Einfluß nehmen an, daß die negativen Effekte von Streß und Streßbewältigung über die Zunahme gesundheitsgefährdender Faktoren vermittelt werden. Diese gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sollen ihrerseits dann physiologische Mechanismen und das Krankheitsrisiko beeinflussen. Unter psychologischer Belastung sind zum Beispiel verstärkter Zigaretten-, Alkohol- und Tablettenkonsum, veränderte Eß- und Schlafgewohnheiten, oder verringerte körperliche Aktivitäten beobachtet worden. In wenigen Studien wurden diese Faktoren bislang kontrolliert. Trotzdem liegen Hinweise dafür vor, daß die zuvor diskutierten Ressourcen, insbesondere die soziale Unterstützung, zu den gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen in Beziehung stehen. So ist ein exzessiver Alkoholkonsum assoziiert mit dem Verlust sozialer Unterstützung (Jennison, 1992). Demgegenüber führen soziale Kontakte zu vermehrtem gesundheitsförderlichen Verhalten (sportliche Aktivitäten, Vermeidung von Alkohol während der Schwangerschaft; vgl. Adler & Matthews, 1994).

1.5 Zum Stand der Streßforschung

Auf der Grundlage der biopsychologischen Streßforschung lassen sich die Aspekte des Streßgeschehens integrieren. Ausgangspunkt ist hierbei eine Definition von Janke und Wolffgramm (1995, S.294): „Streß ist ein somatisch-psychisches Geschehen, das durch seine Stärke und/oder Dauer von einer intraindividuell bestimmten Normallage (Gleichgewichtszustand, Homöostase) abweicht und das in der Regel durch bestimmte äußere und innere Reizbedingungen (Stressoren) ausgelöst wird.“ Die Auslenkung induziert hierbei Regulationsvorgänge auf psychischer und somatischer Ebene, die darauf abzielen, das Gleichgewicht wiederherzustellen oder einen optimierten Sollzustand zu erreichen. Wichtig ist, daß die unmittelbaren Antworten und die dadurch ausgelösten Regulationsvorgänge sowohl bewußt als auch unbewußt ablaufen

können und nicht, wie von zum Beispiel Lazarus postuliert, allein bewußt. Die Streßantworten oder Belastungsreaktionen beziehen sich auf die emotionale, somatische wie verhaltensbezogene Ebene und können als Mediatoren der Streßfolgen gelten, die sich entweder in einer Anpassung oder in einer streßbezogenen Erkrankung äußern und den Gesundheitsstatus determinieren. Modifikatoren können auf allen Ebenen des Streßgeschehens modulierend ein-

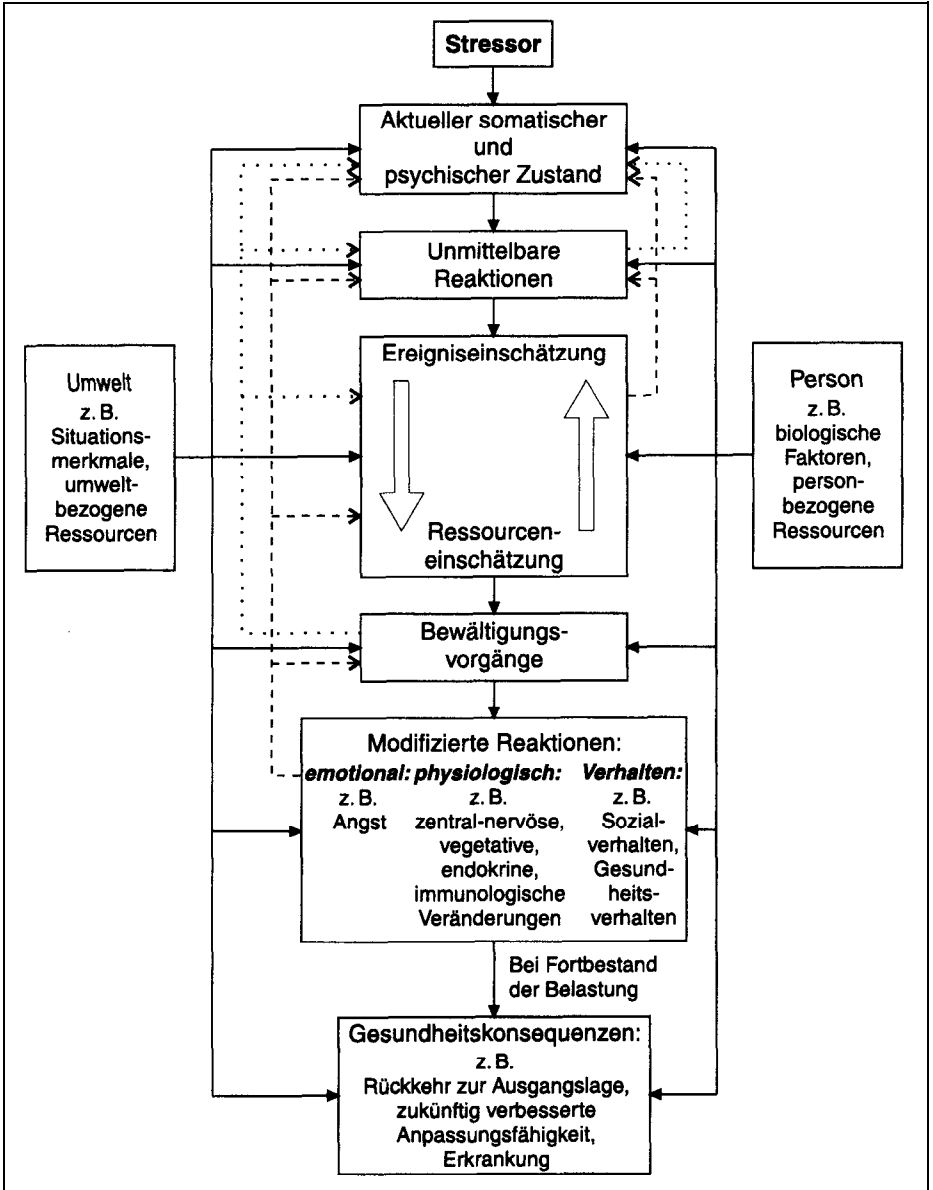


Abbildung 2:

Streß und Streßbewältigung als Prozeß (modifiziert nach Janke & Wolffgramm, 1995)

wirken und können als Merkmale der Situation sowie der Person charakterisiert werden.

Das Streßgeschehen kann demnach über die fünf folgenden Dimensionen beschrieben werden (vgl. Abb. 2):

- streßauslösende Bedingungen (Stressoren),
- vermittelnde Prozesse (Mediatoren),
- modifizierende Prozesse (Modifikatoren),
- Belastungsreaktionen oder synonym Beanspruchung (Indikatoren) und
- Auswirkungen, die Streß auf den Gesundheitsstatus hat (Streßfolgen).

Zunächst ist es erforderlich, auf seiten der **Stressoren** wesentliche Merkmale als Determinanten zu isolieren, um die Beziehung zwischen Belastungssituation und Belastungsreaktion beschreiben zu können. Hierbei sollte jedoch nicht lediglich eine Klassifikation nach physikalischen Gesichtspunkten erfolgen, sondern auch die subjektive Bedeutsamkeit beachtet werden. Bei den Merkmalen der Stressoren erwiesen sich die Kontrollierbarkeit und Vorhersagbarkeit als wesentliche Dimensionen. Wenn die Situation kontrollierbar bzw. vorhersehbar ist, sind die Belastungsreaktionen im Vergleich zur Unkontrollierbarkeit gemindert. Ein weiterer wichtiger Faktor besteht in der emotionalen Valenz, wobei Stimuli mit negativer emotionaler Valenz einen streßinduzierenden Effekt aufweisen. Interessant sind darüber hinaus auch die zeitlichen Aspekte des Stressors, wie Dauer oder Kontinuität, indem berücksichtigt wird, daß das vereinzelte Auftreten eines Stressors in der Realität eher selten ist und stattdessen zum Beispiel Verkettungen von Streßereignissen (vgl. Hobfoll, 1989) oder sukzessive Belastungen in einem Erholungs-Belastungs-Zyklus (vgl. Kalus, 1992) betrachtet werden sollten.

In der Theorie von Lazarus sind die kognitiven Faktoren wesentliche **Mediatoren**. Streß besteht, wenn die Person einschätzt, daß ihre verfügbaren Bewältigungsmaßnahmen den inneren und/oder äußeren Anforderungen nicht genügen. In neuerer Zeit bezieht er auch als wesentliche psychologische Vermittlerprozesse Intentionen zur Streßbewältigung mit ein. Während Lazarus den Emotionen zeitlich immer Einschätzungsprozesse voranstellt, weisen andere psychologische Theorien darauf hin (Zajonc, 1989), daß emotionale Reaktionen auch unmittelbar auftreten können. Somit wäre auch ein emotionales Teilsystem zu postulieren. Darüber hinaus vermittelt ein somatisches Teilsystem die Effekte. Hier werden die Nervensysteme und die assoziierten chemischen Systeme, wie das Hormon-, das Immun-, und das Stoffwechselsystem subsumiert. Befunde zu vegetativen Veränderungen weisen darauf hin, daß unter aktiver Bewältigung eine erhöhte Aktivität des Sympathikus vorherrscht im Gegensatz zu einer erhöhten Parasympathikus-Aktivierung unter passiver Bewältigung (vgl. Bohus & Koolhaas, 1993). Exaktere Aussagen treffen allerdings endokrinologisch orientierte Modelle: Frankenhaeuser (1986) sowie Henry und Stephens (1977) entwickelten erste Ordnungsmodelle, die Vorhersagen über physiologische Reaktionsmuster in emotionalen Situationen treffen. Sie postulieren, daß die Aktivität der sympathischen Nebennierenmarkschse

mit problemorientierter behavioraler Bewältigung unter Anforderungsbedingungen assoziiert ist. Dagegen wird die Aktivität des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindensystems mit Rückzugs-Erhaltungsverhalten unter Überforderungsbedingungen in Beziehung gesetzt.

In neueren Streßuntersuchungen haben sich neben Neurotransmittersystemen, wie Noradrenalin, noch Neuropeptide als wesentlich erwiesen. Diese Neurotransmitter und -modulatoren werden auch als Vermittler zwischen ZNS und Immunsystem diskutiert, indem diese Substanzen die Aktivität immunologischer Zellen beeinflussen können (vgl. Felten, 1991). Befunde zur psychoimmunologischen Belastungsforschung lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Ader, Felten & Cohen, 1991; Schedlowski & Tewes, 1996; vgl. auch Hampel, 1994): Kurz-andauernde Stressoren (insbesondere Laborstressoren) weisen eher einen immunstimulierenden Effekt auf, chronische Stressoren besitzen eine immunsupprimierende Wirkung und psychologische Interventionen können die Immunfunktionen sowie den Verlauf von Immunerkrankungen positiv beeinflussen. Zur Klärung der Beteiligung aller chemischer Systeme am Streßgeschehen sind zukünftig unbedingt experimentelle Untersuchungen durchzuführen.

Die psychophysiologische Streßantwort kann allein über die Erfassung **multipler Indikatoren** erfolgen. Auf der emotionalen Ebene stehen Emotionen eher negativer Valenz im Vordergrund, eine Vermischung mit positiven Emotionen ist jedoch auch einzubeziehen. So weist Lazarus darauf hin, daß die Herausforderung sich eher in emotionsunspezifischen Kennwerten, wie genereller Erregung, abbildet. Janke und Wolffgramm (1995) betonen zusätzlich die Relevanz der Leistungsparameter, wie die Erfassung der Informationsverarbeitung, der Wahrnehmungsprozesse oder von Lern- und Gedächtnisleistungen unter Streß. Verhaltensänderungen, wie im Sozialverhalten und im gesundheitsrelevanten Verhalten, müssen in Feldstudien untersucht werden. So hat sich ein fehlender sozialer Rückhalt insbesondere in Kombination mit gesundheitsgefährdendem Verhalten als Prädiktor von streßbedingten Erkrankungen erwiesen (vgl. Adler & Matthews, 1994).

Bei den somatischen Indikatoren legen neuere Ergebnisse nahe, daß zentralnervöse Kennwerte intensiver einbezogen werden sollten. Außerdem fordern Janke und Wolffgramm (1993, daß die EEG-Maße mit vegetativen Kennwerten in Beziehung gesetzt werden sollten. Befunde der psychoimmunologischen Belastungsforschung unterstützen die Berücksichtigung immunologischer und endokrinologischer Antworten. Bei den Stoffwechselmaßen ist die pathogenetische Funktion der Fettsäuren für die Hypertonie abgesichert worden, so daß eine Untersuchung dieses Kennwertes eindeutige Aussagen zu den Einflüssen von Streß auf diese Herz-Kreislauf-Erkrankung erlaubt.

Eindeutige Beziehungen zwischen situativen Anforderungen und psychophysiologischen Belastungsreaktionen sind bislang nicht erzielt worden; dies ist durch den Einfluß modifizierender Faktoren zu erklären. Hierbei lassen sich vor allem Personenmerkmale identifizieren, die die unterschiedlichen indivi-

duellen Belastungsreaktionen vorhersagen können. Neben Persönlichkeitsmerkmalen (z. B. emotionale Stabilität) sind biologische Merkmale der Person zu berücksichtigen. Zusätzlich haben sich vor allem habituelle Bewältigungsstile als bedeutsame **Modifikatoren** ergeben: Als interne Ressourcen sind neben der internalen Kontrollüberzeugung noch die Selbstwirksamkeit, der Optimismus, „Hardiness“ oder der „Kohärenzsinn“ diskutiert worden (vgl. Antonovsky, 1991). Schwarzer (1993) weist auf die Bedeutung der erwarteten sozialen Unterstützung hin. Kallus (1992) legt nahe, den intraindividuell variierenden Ausgangszustand zu berücksichtigen, der vor allem durch den Erholungs-Belastungs-Zyklus mit einer individuell unterschiedlichen Erholungskompetenz beeinflusst wird (vgl. Allmer, 1996). Der gemeinsame Einfluß biologischer und ontogenetischer Faktoren auf die Streßantwort ist bislang im Humanbereich wenig beforscht.

Bei den Situationsmerkmalen müssen als wesentliche soziale Ressourcen die erhaltene soziale Unterstützung (Leppin & Schwarzer, 1997) und die Verfügbarkeit erholungsrelevanter Maßnahmen (Allmer, 1996) berücksichtigt werden.

Keine Theorie erlaubt hierbei bislang eine Vorhersage darüber, bei welchen situativen Bedingungen, welchen Individuen welche physiologische Mechanismen angesprochen werden, so daß eine Erkrankung induziert oder im Verlauf modifiziert wird. Hinsichtlich der **Streßfolgen** kann jedoch zusammengefaßt festgehalten werden, daß insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hypertonie und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) und immunologisch-vermittelte Erkrankungen (Infektionen) als streß-vermittelte Erkrankungen gelten können.

Zwei Fragen schließen sich an der Streß-Erkrankungs-Beziehung an: Erstens wird diskutiert, daß die beeinträchtigenden Einflüsse von Streß zum einen direkt vermittelt sind, indem sie physiologische Dysfunktionen induzieren. Zweitens können die Einflüsse auch indirekt ausgeübt werden, indem sie zur Steigerung des gesundheitsgefährdenden Verhaltens beitragen, welche nachfolgend physiologische Veränderungen bewirken. Weiterhin stellt sich die Frage, ob Streß lediglich einen krankheitsmodifizierenden oder darüber hinaus auch einen krankheitsinduzierenden Effekt aufweist.

2 Streßbewältigungsprogramme

Zunächst sollen die Ziele und Kriterien von Streßbewältigungsprogrammen beschrieben werden; exemplarisch sollen zwei kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Streßbewältigungsprogramme illustriert werden. Anschließend soll mit Hilfe von Anwendungsbeispielen der Nutzen dieser Streßmanagementprogramme verdeutlicht werden. So wird auf Streßbewältigungsprogramme eingegangen, die im Rahmen einer Primärprävention - im Sinne einer Ge-

sundheitsförderung - oder als Patientenschulungsprogramme durchgeführt werden können.

2.1 Was können und sollen Streßbewältigungsprogramme leisten?

Allgemeine Aspekte. Alle Streßbewältigungsprogramme haben zum **Ziel**, übermäßigen Beanspruchungen entgegenzuwirken. Im Mittelpunkt steht dabei, die Bewältigungskompetenz zu erhöhen, indem ein flexibles Repertoire an Strategien aufgebaut wird. Die speziellen Ziele der Programme lassen sich nochmals nach ihren Anwendungsbereichen unterscheiden: In einem **primär- und sekundär-präventiven** Ansatz soll das Repertoire an aktuellem und zukünftigem Bewältigungsverhalten erweitert werden, um unangemessene Streßantworten und deren Folgen zu vermeiden. So spielt im Rahmen einer **Sekundärprävention** Streß vor allem als Auslöser für Symptomverschlechterungen eine wesentliche Rolle, so daß die Streßbewältigung verbessert werden sollte, um den Gesundheitsstatus des Patienten zu stabilisieren. Außerdem sind Streßmanagements in der **Tertiärprävention (Rehabilitation)** chronisch Kranker indiziert, wenn davon ausgegangen wird, daß die chronischen Erkrankungen selbst als Streßquelle angesehen werden können. Somit ist es in einem rehabilitativen Ansatz entscheidend, durch günstiges Bewältigungsverhalten krankheitsbezogene psychosoziale Belastungen zu reduzieren. Hierbei betonen jedoch einige Autoren, daß nicht angestrebt werden soll, den Streß vollständig abzubauen. So berufen sich die Autoren insbesondere auf Lazarus, der darauf hinweist, daß eine Bewertung des streßvollen Ereignisses als Herausforderung durchaus mit Gefühlen positiver Valenz verbunden ist (vgl. Hampel & Petermann, 1998; Klein-Heßling & Lohaus, 1995; Meichenbaum, 1991; Wagner-Link, 1995). Es soll zunächst vermittelt werden, daß Belastungen immer in der Realität bestehen bleiben. Anschließend werden Techniken erarbeitet, die die Streßbewältigungskompetenz im Umgang mit aktuellen und zukünftigen Belastungen erhöhen, damit die Person den Stressor und die Streßantworten kontrollieren kann.

Entsprechend der theoretischen Ausführungen sollten Streßtrainings immer auf den unterschiedlichen Indikatorebenen ansetzen. Hierbei muß davon ausgegangen werden, daß die verschiedenen Streßantworten alle additiv zum Streßgeschehen beitragen. Darüber hinaus muß berücksichtigt werden, daß die Beanspruchung auch über Rückkopplungsschleifen determiniert wird. So führt eine wahrgenommene Bedrohung zum Erleben der Angst, die daraufhin die physiologische Antwort auslöst. Die Empfindungen dieser körperlichen Reaktionen werden nun wieder dem ZNS zurückgemeldet, wodurch das Angsterleben weiter steigt (vgl. Stoyva & Carlson, 1993, S. 726). Die Modifikation einer Ebene der Streßantwort wäre zwar im gewissen Ausmaß hilfreich, wird jedoch dem komplexen Geschehen nicht gerecht. Viele Streßmanagementprogramme zielen ausschließlich darauf ab, die physiologische Erregung durch Entspannungsverfahren zu reduzieren. Dies ist sicher ein wesentlicher Faktor

in der Streßbewältigung, allerdings nicht die entscheidende Variable, im Kindesalter scheint der Effekt der Entspannung sogar marginal (vgl. Klein-Heßling & Lohaus, 1995). So sollte die kognitiv-emotionale Ebene zum Beispiel über ein Problemlösetraining und den Erwerb von Strategien, die ermöglichen, die emotionalen Reaktionen zu bewältigen, angesprochen werden. Die physiologische Erregung sollte durch Entspannungsverfahren reduziert sowie die Verhaltensweise zum Beispiel durch den Aufbau sozialer Fertigkeiten und von Erholungsverhalten berücksichtigt werden.

Die **Effekte** der Streßbewältigungsprogramme sollten sich entsprechend auf den unterschiedlichen Ebenen erfassen lassen. Sie führen insbesondere zu Verhaltensmodifikationen, indem sie das Repertoire des Bewältigungsverhaltens steigern. Dies sollte durch die Nutzung und Ausformung latent vorhandener Bewältigungsstrategien und das Erlernen neuer Strategien erzielt werden (vgl. Meichenbaum, 1991). Somit bildet sich die Effektivität der Programme in der Zunahme von Bewältigungsfertigkeiten ab. Darüber hinaus sollte jedoch auch gleichzeitig die Erholungskompetenz und infolge das Erholungsverhalten gesteigert werden, so daß gesundheitsförderndes Verhalten aufgebaut und der Wechsel von der Belastungsphase zur Erholungsphase beschleunigt wird. Die Wirkung der Trainings bildet sich auf der subjektiven Ebene generell im psychischen und physischen Wohlbefinden ab und außerdem in einer gesteigerten Lebensqualität, in einem Erregungsabbau und einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung. Zusätzlich zu diesen direkten Effekten können indirekte Wirkungen festgestellt werden. So wird auch das gesundheitsgefährdende Verhalten verändert, indem durch den angemessenen Umgang mit den Stressoren ungünstige Streßbewältigungsmaßnahmen, wie Medikamenten- und Alkoholeinnahme, abgebaut werden. Somit können die Programme als primär- und sekundär-präventive Maßnahmen den Gesundheitsstatus verbessern, indem Schutzfaktoren auf- und Risikoverhaltensweisen abgebaut werden. Aus denselben Gründen ist ein Streßmanagement außerdem auch für die Rehabilitation angezeigt; auf diese Weise lassen sich Belastungen, die infolge chronischer Erkrankungen entstehen, besser bewältigen.

Da die Kennwerte der Streßantwort verschiedene Antwortlatenzen aufweisen, lassen sich die Effekte im zeitlichen Verlauf unterschiedlich abbilden. Hier sind insbesondere Veränderungen der subjektiven Maße frühzeitig nachweisbar, während Veränderungen in den physischen Streßsymptomen oft erst in späteren Verlaufsmessungen festzustellen sind (vgl. Klein-Heßling & Lohaus, 1995). Kurzfristige Effekte können jedoch mit einer Instabilität einhergehen, so daß für jedes Programm geprüft werden sollte, ob in bestimmten Zeitabständen „Auffrischkurse“ angezeigt sind, um die Effekte abzusichern (vgl. Kallus, 1993). Dies ist weiterhin konfundiert mit den **kurz-** und **langfristig** angestrebten Effekten der Streßbewältigung. Einige Programme zielen zu Beginn darauf ab, zunächst Techniken zu vermitteln, die leicht zu veränderndes Verhalten zur Streßbewältigung mobilisieren. Dies geschieht insbesondere durch emotionsregulierendes Bewältigungsverhalten. So werden Entspannungsverfahren eingeübt, die unter aktuellen Belastungssituationen eingesetzt

werden sollen, um die physiologische Erregung abzubauen (vgl. Hampel & Petermann, 1998; Kessler, 1995; Meichenbaum, 1991; Wagner-Link, 1995). Außerdem werden Möglichkeiten entwickelt, sich körperlich (durch physische Aktivitäten) oder emotional (durch Ausleben von Emotionen) abzureagieren (vgl. Wagner-Link, 1995). Der Umgang mit stressauslösenden Bedingungen soll langfristig vor allem durch instrumentelles Bewältigungsverhalten verbessert werden. Hierzu werden Problemlösetrainings durchgeführt oder soziale Fertigkeiten vermittelt.

Stressbewältigungsprogramme weisen **unspezifische** Effekte auf und es stellt sich die Frage nach ihrer differentiellen Wirksamkeit. Leider widmen sich wenige Untersuchungen der Identifikation derartiger **spezifischen** Effekte. Ergebnisse von Kallus (1993) weisen darauf hin, daß Faktoren, wie Alter, Geschlecht und physischer Beanspruchungsgrad, berücksichtigt werden müssen. So zeigte sich für Indikatoren der Erholungs-Belastungs-Bilanz (körperliche Beanspruchung) und in den Körpersymptomen ein unterschiedlicher Nutzen des Trainings für bestimmte Personengruppen.

Ein abschließendes Problem besteht in der Fokussierung vieler Programme auf die Modifikation der individuellen Stressreaktionen, ohne gleichzeitig die Situation der belasteten Person zu verändern (vgl. Hampel & Petermann, 1998). Diese Diskrepanz zwischen **personen-** und **situationsbezogenen Ansätzen** wird vor allem bei betrieblichen Stressmanagementprogrammen deutlich, die viel stärker die situativen Bedingungen einbeziehen müssen (vgl. Bamberg & Busch, 1996). Eine Anpassung der Person an ungünstige Lebensbedingungen erscheint selten wünschenswert. Darüber hinaus erhöht eine Situationsanalyse auf seiten des Therapeuten das generelle Verständnis für die Person (vgl. Meichenbaum, 1991). Auf seiten des Patienten wird die Motivation zur Verhaltensmodifikation gesteigert, so daß hierdurch zum Beispiel die Bereitschaft zur Therapiemitarbeit erhöht werden kann.

Ausgewählte Stressbewältigungsprogramme. Das am häufigsten angewandte und auch am besten evaluierte Vorgehen stellt das **Stressimpfungstraining (SIT)** von Meichenbaum dar, das 1985 in englischer Sprache veröffentlicht wurde (dt. 1991). Er versteht das SIT als ein Programm der kognitiven Verhaltenstherapie, das an das transaktionale Stresskonzept von Lazarus anknüpft. Im SIT sollen Stresssituationen als lösbare Probleme statt als persönliche Bedrohungen bewertet werden.

Das SIT faßt verschiedene Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zu einem halbstrukturierten und flexiblen Trainingsprogramm zusammen, deren Auswahl von den Anforderungen der Patienten abhängt. Mit Hilfe der Methoden soll ein flexibles Repertoire an Bewältigungsstrategien für aktuelle und zukünftige Belastungen aufgebaut werden. In den meisten Fällen besteht das SIT aus zwölf bis fünfzehn Sitzungen mit anschließenden Nachuntersuchungen, so daß sich das Programm über sechs bis zwölf Monate erstreckt.

Meichenbaum (1991) unterscheidet in seinem SIT drei aufeinanderfolgende Phasen:

- die Informations-,
- die Lern- und Übungsphase sowie
- die Anwendungs- und Posttrainingsphase.

In der **Informationsphase** stehen die Vermittlung des transaktionalen Streßkonzeptes, die mit Hilfe verschiedener Methoden erstellte Streßdiagnostik (klinisches Interview, vorstellungsgestütztes Erinnern, Selbstbeobachtung, Verhaltensdiagnostik und psychologische Testverfahren) und insbesondere die Schaffung einer „tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung“ im Vordergrund. Den Teilnehmern wird eine differenzierte Sicht des Streßprozesses vermittelt, wodurch das Streßgeschehen schon neu bewertet wird.

In der **Lern- und Übungsphase** soll der Aufbau von Bewältigungsstrategien erreicht werden, was in erster Linie durch die Enthemmung schon bestehender Bewältigungskompetenzen und zum anderen durch das Einüben neuer Strategien erzielt werden soll. Dies erfolgt mit Hilfe verschiedener Techniken:

- Entspannung soll durch Entspannungsverfahren vermittelt, aber auch durch die Ausführung von „anstrengenden“ Aktivitäten, wie sportliche Betätigung, erreicht werden.
- Dysfunktionale Gedanken und Gefühle sollen durch kognitive Techniken, wie kognitive Umstrukturierung, Problemlösungsstrategien und funktionale Selbstinstruktionen, verändert werden.
- Darüber hinaus wird vermittelt, daß eine realistische Einschätzung der Situation vor allem in Situationen förderlich ist, die kontrollierbar sind. Dagegen sind in Unkontrollierbarkeitssituationen, wie dem Verlust eines Lebenspartners, defensive Bewältigungsstrategien (z. B. Verleugnung) günstig.

In der ersten Phase soll somit zunächst die Bewertung des Stressors im Sinne einer Herausforderung geändert werden. In der zweiten Phase sollen dann effektive Bewältigungsstrategien aufgebaut werden. Dagegen soll in der **Anwendungs- und Posttrainingsphase** der Transfer der erworbenen Fertigkeiten auf Alltagssituationen erfolgen. Hierbei kommen Techniken wie Vorstellungs- und Verhaltensübungen, Rollenspiele, Modellernen und schrittweise Konfrontation mit dem Stressor zur Anwendung. Darüber hinaus wird Rückfallen vorgebeugt, um insbesondere die Selbstwirksamkeit zu optimieren. In einem Zeitraum von drei, sechs und zwölf Monaten können bei Interesse der Teilnehmer Nachtrainingssitzungen durchgeführt werden, um die aktualisierten Bewältigungsstrategien zu überprüfen und möglicherweise zu verbessern.

Das SIT ist ein theoretisch gut fundiertes Streßbewältigungsprogramm, das sich etablierter Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie bedient. Im deutschsprachigen Raum werden neben dem SIT die Streßbewältigungsprogramme von Kessler, das ursprünglich 1985 entwickelt wurde, und von Wagner-Link (1995) häufig eingesetzt. Auch diese Konzeptionen gehen von dem Streßmodell von Lazarus aus und sind verhaltenstherapeutisch orientiert. Beide

Trainings haben zum Ziel, kurz- und langfristige Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Außerdem berufen sie sich auf eine Beziehung zwischen dem Typ-A-Verhalten und einer Streßvulnerabilität. Im folgenden soll nur auf das Programm von Wagner-Link (1995) näher eingegangen werden, da ihr Programm wesentlich elaborierter ist und sich an neueren Erkenntnissen der Streßforschung orientiert.

Das **Verhaltenstraining zur Streßbewältigung** von Wagner-Link (1995) kann über einen längeren Zeitraum (12 Abende) oder in Wochenendkursen durchgeführt werden (zweieinhalb Tage Streßanalyse sowie kurzfristige Bewältigung und vier bis acht Wochen später zweieinhalb Tage langfristige Streßbewältigung). Nachdem die Faktoren des Streßgeschehens ermittelt worden sind, soll durch eine kurzfristige Erregungsreduktion erzielt werden, Eskalationen zu vermeiden, Spitzen der Erregung zu kappen und den schnelleren Übergang von Belastung zur Erholung zu ermöglichen (vgl. Tab. 2). Hierzu werden diverse Entspannungstechniken vermittelt, die sich auf die unterschiedlichen Reaktionsebenen beziehen. Zusätzlich werden noch Techniken, wie Wahrnehmungslenkungen oder positive Selbstinstruktionen, angewandt. Die langfristige Bewältigung differenziert sich in eine eher situations- und personenbezogene Bewältigung: Auf seiten der Stressoren soll eine Problemlösung dazu führen, daß Stressoren ausgeschaltet, reduziert oder vermieden werden. Auf seiten der Person soll die Bewertung des Stressors (z.B. durch systematische Problemlösung oder Einstellungsänderung) verändert, die Belastbarkeit (z. B. durch Entspannung) erhöht und positives Verhalten (z.B. durch Freizeitverhalten) aufgebaut werden.

Bei Wagner-Link (1995) erscheint die intensive Vermittlung aller Entspannungstechniken fraglich, die sicher der interindividuellen Variabilität entgegenkommen und auf eine Beeinflussung der unterschiedlichen Reaktionsebenen abzielen, jedoch diesen Verfahren einen sehr hohen Stellenwert einräumen. Außerdem ist aus streßtheoretischer Sicht anzumerken, daß Selyes Unspezifitätsannahme zu verwerfen ist. Bei beiden Ansätzen von Wagner-Link (1995) und Kessler (1995) muß kritisiert werden, daß sie das Persönlichkeitsmerkmal „Typ-A-Verhalten“ als zentrales Streßmodifizierendes Konstrukt einbeziehen. Hier haben sich in der Streßforschung andere habituelle Bewältigungsstile (z. B. internale Kontrollüberzeugungen) als wesentlich erwiesen. Analog zum SIT betonen allerdings beide Programme die Relevanz des positiven Denkens, das einer als Schutzfaktor diskutierten optimistischen Haltung nahe kommt.

Tabelle 2:

Darstellung der Ziele und Methoden der Streßbewältigung des Verhaltenstrainings zur Streßbewältigung von Wagner-Link (1995)

	Langfristige Streßbewältigung		
	Kurzfristige Erleichterung	Situationsbezogen	Personenbezogen
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Kappen von Erregungsspitzen • schnelle Erholung • Vermeiden von Eskalation 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlegende Veränderung streßauslösender Bedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Umbewertung des Stressors • Erhöhung der Belastbarkeit • Aufbau positiven Verhaltens
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Spontane Entspannung (<i>muskulär</i>: z. B. Progressive Muskelentspannung, <i>vegetativ</i>: z. B. Autogenes Training, <i>emotional</i>: z. B. Phantasieren, <i>kognitiv</i>: Meditation) • Wahrnehmungslenkung (<i>innere</i>: „an etwas anderes denken“, <i>äußere</i>: durch Aktivitäten ablenken) • Positives Selbstgespräch (<i>Umstrukturieren</i>, <i>Selbstinstruieren</i>, <i>Selbstermuntern</i>) • Abreaktion (<i>körperlich</i>, z. B. Sport treiben, Treppenlaufen, <i>emotional</i>: z. B. Ausweinen, schimpfen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlösung (z. B. <i>Ausschaltung</i>, <i>Reduktion</i> oder <i>Vermeidung</i> des Stressors) 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlösung (z.B. <i>Analyse</i> oder <i>Bewertung</i> des Stressors) • Einstellungsänderung (im <i>Denken</i>, <i>Fühlen</i> und <i>Handeln</i>) • Entspannung (<i>muskulär</i>, <i>vegetativ</i>, <i>emotional</i>, <i>kognitiv</i>) • Belastungsausgleich (Aufbau von Zufriedenheitserlebnissen, z. B. „<i>Genußtraining</i>“; Steigerung der Erholungskompetenz mit gleichzeitigem Abbau von Risikoverhalten) • Aufbau sozialer Fertigkeiten (<i>emotionale</i>, <i>materielle</i>, <i>instrumentelle</i> Unterstützung)

2.2 Streßbewältigungsprogramme für Kinder und Jugendliche

Spezielle Anforderungen. Untersuchungen bei Kindern haben ergeben, daß Kinder neben psychischen Symptomen sogar auch physische Beanspruchungssymptome angeben, wobei die Stressoren im schul- und leistungsbezogenen Kontext und im sozialen Bereich angesiedelt sind (vertiefend s. Arnold, 1990). Außerdem konnten Schutzfaktoren identifiziert werden, die es durch Streßbewältigungsprogramme zu optimieren gilt: So sollen eine emotional flexible Persönlichkeit mit positivem Selbstwert (z. B. internale Kontrollüberzeugung, gute Problemlösefähigkeiten, Humor), eine familiäre Bindung und eine soziale Unterstützung durch Gleichaltrige wesentliche Determinanten einer Bewältigungskompetenz darstellen.

Derartige Untersuchungsbefunde zu Streß und Streßbewältigung bei Kindern legen nahe, folgende Aspekte zu berücksichtigen: Zunächst ergibt sich durch die starke Integration des Kindes in seinem sozialen Netzwerk die Notwendigkeit, **situationsbezogene Aspekte** vermehrt mit in ein Anti-Streß-Training einzubeziehen: So sollten Beratungen der Eltern und möglichst auch der Lehrer erfolgen, bei der neben einer Wissensvermittlung auch die Möglichkeit bestehen sollte, die Wahrnehmung bezogen auf die Belastungssituationen und verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten der Kinder zu verbessern. Zusätzlich sollten insbesondere die Schutzfaktoren erläutert werden. Den Lehrern sollten die bislang im Schulkontext möglichen Bewältigungsmaßnahmen aufgezeigt und sie auf Freiräume für andere Bewältigungsmöglichkeiten hingewiesen werden, wie die Durchführung von Entspannungsverfahren oder Ruhepausen vor einer Klassenarbeit (vgl. U. Petermann, 1996).

Auch hier stehen jedoch die **personenbezogenen Aspekte** eines Streßbewältigungsprogramms im Mittelpunkt. Da Veränderungen der Stressoren für Kinder leider nur begrenzt durchgeführt werden können, ist der Einsatz kognitiver Umstrukturierungen und intrapsychischer Streßbewältigung, wie Verleugnen oder Bagatellisieren, um so wichtiger, da so die Bewertung des Stressors verändert wird. Hinsichtlich der Einschätzungsprozesse hat sich gezeigt, daß eine Diskrepanz in den Einschätzungen zwischen Kindern und ihren Eltern besteht, die sich auf drei Bereiche bezieht:

- die Stärke des Stressors,
- das verfügbare Ausmaß sozialer Unterstützung durch die Eltern und
- die Effektivität der Bewältigungsmaßnahmen.

Diese negativen Einschätzungen können durch eine differenzierte Betrachtung des Streßgeschehens behoben werden, so daß die Kinder zu einer realistischen Einschätzung der Stressoren und ihrer Ressourcen gelangen. Die Effizienzerwartung der Kinder kann durch das Einüben von Bewältigungsstrategien (z. B. in Rollenspielen) gesteigert werden. Außerdem hat sich ergeben, daß bei Kindern die Unsicherheit abgebaut werden sollte, daß ihre Gefühle und Symptome einzigartig oder abweichend sind (Ryan-Wenger, 1990), was durch soziale Vergleiche in der Gruppentherapie oder über Betrachten von Modellen erreicht werden kann. Bei dem Aufbau von Bewältigungsstrategien muß das Alter der Kinder berücksichtigt werden. Altersabhängig ist zu differenzieren, ob Bewältigungsstile aufgebaut, gefestigt oder modifiziert werden müssen (vgl. Spirito, Stark, Grace & Stamoulis, 1991): Bei Kindern von sechs bis acht Jahren sollte ein Aufbau im Vordergrund stehen, im Alter von neun bis elf Jahren eine Festigung und im Alter über zwölf Jahre eine Modifikation der vorhandenen und ein Aufbau neuer Bewältigungsmaßnahmen. Nach Ryan (1989) sollten kindtypische Bewältigungsstile nicht vernachlässigt werden. So sind Ablenkung und kognitive Strategien ebenso zu berücksichtigen, wie über das Problem nachzudenken.

Die Beschreibung von Streßbewältigungsprogrammen für Kinder. In der deutschsprachigen Literatur findet sich allerdings nur ein bislang evaluiertes

Streßbewältigungsprogramm für Kinder. Dieses von Lohaus und Mitarbeitern für Grundschul Kinder entwickelte Programm ist besonders als Maßnahme zur Primärprävention geeignet, besitzt jedoch auch für eine Sekundärprävention Relevanz. Das Ziel des Programms besteht darin, sowohl den Umgang mit aktuellen Belastungen als auch die Bewältigung zukünftiger Belastungen zu verbessern. Das Programm wurde bereits in einigen Studien eingesetzt und modifiziert. Hier soll zunächst eine kurze Darstellung dieses modifizierten Programms erfolgen, während die Ergebnisse der Evaluationsstudie unter Abschnitt 2.3 beschrieben werden.

Das Streßbewältigungsprogramm von Klein-Heßling und Lohaus (1996) findet mit acht bis maximal zwölf Kindern statt und erstreckt sich in einem wöchentlichen Intervall über acht Doppelstunden für die Kinder. Außerdem werden die Eltern über einen Elterninformationsabend und zwei Elternabende kontaktiert. Das Training basiert theoretisch auf dem psychologischen Streßkonzept von Lazarus und hat zum Gegenstand, das Ungleichgewicht zwischen situativen Anforderungen sowie den Bewertungen und den Bewältigungsfähigkeiten zu beheben. Dies wird realisiert, indem das Streßgeschehen den Kindern mit Hilfe eines Modells, einer Streßwaage, nahe gebracht wird. So wird den Kindern sehr anschaulich erklärt, daß die Anforderungen und die Bewältigungsmaßnahmen in einem Gleichgewicht stehen müssen, damit die Kinder sich wohl fühlen. Gespräche über das Streßmodell ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Komponenten des Streßprozesses und führen somit schon zu ersten Veränderungen der Einschätzungsprozesse. Darüber hinaus soll im Training das Repertoire der verfügbaren Bewältigungsmaßnahmen erhöht werden, wobei sowohl emotionsregulierende als auch instrumentelle Bewältigungsmaßnahmen, die sich im Verhalten und intrapsychischen Prozessen verankern sollen, gefordert werden. So werden folgende Bewältigungsstrategien eingeübt:

- sich über eigenes Streßerleben mitteilen,
- Entspannung/Ruhepausen,
- Spielen/Spaß haben und
- kognitive Strategien.

Als Entspannungsverfahren wird eine kindgerechte Version der Progressiven Muskelrelaxation vermittelt, die allerdings weitgehend mit Hilfe von Audiokassetten zu Hause, aber nicht regelmäßig innerhalb des Trainings durchgeführt werden. Die kognitiven Strategien beziehen sich insbesondere auf positive Selbstinstruktionen.

Diese Konzeption eines Streßbewältigungsprogramms für Kinder stellt einen ersten vielversprechenden Versuch dar. Die Einführung des Modells der Streßwaage ist ein geeignetes Instrument, den Kindern altersgerecht und anschaulich das komplexe Streßgeschehen zu vermitteln.

Hampel und Petermann (1998) konzipierten auf der Grundlage bisheriger Befunde ein neues kognitiv-behaviorales **Anti-Streß-Training (AST)** für Kinder. Es basiert ebenfalls auf der weiterentwickelten psychologischen Streßkonzept-

tion von Lazarus und als Rahmen dient das SIT von Meichenbaum (1991). Zur Veranschaulichung des Streßgeschehens wird das Modell der Streßwaage von Klein-Heßling und Lohaus (1995) übernommen (als Anschauungsmaterial s. Abb. 3, die das Arbeitsblatt zur Hausaufgabe „Streßwaage“ - Selbstbeobachtung der Komponenten des Streßgeschehens enthält). Hier sollen jedoch die vermittelten Bewältigungsstrategien bedeutsam erweitert und die günstigen von den ungünstigen Strategien situationspezifisch dargestellt sowie deutlicher voneinander abgehoben werden. Die integrierten Bewältigungsstrategien wurden von den Skalen des Streßverarbeitungsfragebogens von Janke, Erdmann und Kallus (1985) abgeleitet und ziehen sich als Leitfaden durch die einzelnen Programminhalte (vgl. Tab. 3 und 4). Analog zu Lazarus können die vermittelten Strategien in emotionsregulierende und instrumentelle Bewältigungsmaßnahmen unterteilt werden.

Arbeitsblatt „Streßwaage“ von

Um meine Streßwaage im Gleichgewicht zu halten, muß ich erforschen,

- welche inneren und äußeren Anforderungen,
- welche Streßantworten und
- welche Streßkiller und mega-Stresser es gibt.

Was habe ich beobachtet?

Streß erleben

sich wohl fühlen

Anforderungen	mega-Stresser	Anforderungen	Streßkiller
z. B. unbedingt eine gute Note in der Klassenarbeit kriegen z. B. von den Mitschülern Deinen Aufsatz bewerten lassen	z. B. Ich schaffe das nie! z. B. Nichts wie weg! Ich sage einfach: "Mir ist ganz übel!"	z. B. unbedingt eine gute Note in der Klassenarbeit kriegen z. B. von den Mitschülern Deinen Aufsatz bewerten lassen	z. B. Ich schaffe es! Erst die einfachen, dann die schwierigen Aufgaben... z. B. Den Aufsatz finde ich o.k., egal, was die anderen denken...

Abbildung 3:

Arbeitsblatt zur Hausaufgabe „Streßwaage“ im Anti-Streß-Training für Kinder von Hampel und Petermann (1998)

Tabelle 3:

Effektive Streßbewältigungsstrategien („Streßkiller“) des Anti-Streß-Trainings für Kinder (Hampel & Petermann, 1998; angelehnt an den Streßverarbeitungsfragebogen von Janke, Erdmann & Kallus, 1985)

Skala im Streßverarbeitungsfragebogen	Regel im AST
Bagatellisierung	Alles halb so schlimm!
Ablenkung	Ich denke an etwas anderes!
Situationskontrolle	Erst einmal einen Plan machen!
Reaktionskontrolle	Ich muß mich in den Griff kriegen!
Entspannung	Ich entspanne mich erstmal!
Positive Selbstinstruktionen	Ich mache mir Mut!
Suche nach sozialer Unterstützung*	Ich bitte jemanden um Hilfe!
Leugnen**	Ich habe doch keinen Streß!
Erholung**	Nach einer Pause geht alles besser!

Anmerkung:

* Diese Skala wurde von den Autoren den streßverringern den Strategien zugeordnet.

** Diese Skala wurde von den Autoren hinzugefügt.

Tabelle 4:

Ineffektive Streßbewältigungsstrategien („mega-Stresser“) des Anti-Streß-Trainings für Kinder (Hampel & Petermann, 1998; angelehnt an den Streßverarbeitungsfragebogen von Janke, Erdmann & Kallus, 1985)

Skala im Streßverarbeitungsfragebogen	Regel im AST
Vermeidung	Ich gehe dem Streß lieber aus dem Weg!
Flucht	Nichts wie weg!
Soziale Abkapselung	Ich igel mich ein!
Gedankliche Weiterbeschäftigung	Ich grübel ständig über das Problem!
Resignation	Ich schaffe das nie!
Aggression	Ich gehe erstmal in die Luft!

Zielgruppe sollen Kinder im Alter insbesondere von acht bis dreizehn Jahren sein. Das Programm ist als Gruppentraining konzipiert und liegt in verschiedenen Varianten vor: So erstreckt sich das AST als Kurzvariante, die ohne Eltern- und Lehrerberatung durchgeführt wird, über zwei (ohne Entspannung) oder drei Sitzungstermine. Diese Kurzversionen können als primär-präventive Maßnahme und unter einem sekundär-präventiven Aspekt als Modul in Verhaltenstrainings integriert werden, die Streß als einen Auslöser von Symptomverschlechterungen chronischer Erkrankungen einbeziehen. Die als eigenständiges Training entwickelten Varianten umfassen sechs (ohne Elternbeteiligung) oder acht Sitzungstermine und beziehen sowohl sekundär-präventive als auch tertiär-präventive Aspekte mit ein: Sie können bei Kindern, die erste Anzeichen streßbezogener Erkrankungen aufweisen, kurativ durchgeführt werden. Sie können aber auch als Verhaltenstrainings chronisch erkrankter Kinder einge-

setzt werden, in denen Maßnahmen zur Bewältigung krankheitsbezogener psychosozialer Belastungen aufgebaut werden.

Die folgende Darstellung bezieht sich auf das gesamte Programm mit acht Terminen. Die Interventionsdauer beträgt hier fünf Wochen, die für die Kinder zunächst mit zwei Terminen pro Woche und ab der vierten Behandlungswoche mit einem Termin pro Woche aufgebaut sind. Für die Elternberatung ist wesentlich, daß zusätzlich zu Elternabenden zwei Termine stattfinden, die mit den Kindern gemeinsam durchgeführt werden.

Die Inhalte der acht Termine sind nach den drei Phasen des SIT strukturiert:

In der **Informationsphase** (erster Termin) erfolgt eine Wissensvermittlung, aber auch die Exploration des erlebten Streßgeschehens sowie die Schulung von Wahrnehmungsprozessen. Hierzu werden folgende Aspekte besprochen:

- Signale, die Belastung anzeigen (Umwelt- und innere Anforderungen),
- die Belastungsreaktionen auf der emotionalen, kognitiv-behavioralen und somatischen Ebene sowie
- die Bewältigungsstrategien.

Die Streßdiagnostik wird in Gesprächen erstellt, in denen eine Reformulierung des Streßgeschehens erfolgen soll. Darüber hinaus sollen hier die Kinder lernen, daß sie die belastungsbedingte körperliche und emotionale Anspannung durch Erholungsmaßnahmen reduzieren können. Hierzu werden individuelle Erholungsaktivitäten ermittelt, wie zum Beispiel physische Aktivitäten, Malen oder Lesen, die in den Alltag integriert werden.

In der **Lernphase** (zweiter Termin) wird den Kindern ein Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation) vermittelt, das sie in den Trainingssitzungen und zu Hause durchführen. Weiterhin werden hier kognitive Strategien, Problemlöse- und Selbstinstruktionstechniken eingeübt. über Videomaterial wird veranschaulicht, wie sich die ungünstigen und günstigen Streßbewältigungsstrategien voneinander abgrenzen lassen. Außerdem sollen soziale Fertigkeiten in Spielen erlangt werden.

In den sechs Terminen der **Anwendungsphase** stehen das Modellernen und die Rollenspiele sowie verhaltensbezogene Hausaufgaben im Vordergrund. Über Rollenspiele zu entsprechenden Belastungssituationen sollen die Kinder lernen, das Streßgeschehen besser wahrzunehmen, und die günstigen Streßbewältigungsmaßnahmen eingeübt werden. Um Rückfälle in eine ungünstige Streßbewältigung zu vermeiden, werden in den letzten beiden Sitzungen Bewältigungsstrategien zur Verarbeitung und Vermeidung von mißlungener Belastungsbewältigung besprochen. Am fünften und siebten Termin werden die Eltern mit einbezogen. Hierbei sollen die im vierten Termin durch die Kinder ausgewählten Videosequenzen vorgespielt werden, um den Eltern das Streß- und Bewältigungsgeschehen ihrer Kinder besser verdeutlichen zu können. Anschließend werden die streßvollen Ereignisse besprochen und mit vertauschten Eltern-/Kind-Rollen nachgespielt.

2.3 Primär-präventive Streßbewältigungsprogramme

In diesem Abschnitt sollen beispielhaft einige Wirksamkeitsstudien zu kognitiv-behavioralen Streßbewältigungsprogrammen dargestellt werden. Während im Erwachsenenbereich ausreichend Studien vorliegen, fand das Thema für die Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen noch wenig Beachtung.

Präventive Streßbewältigungsprogramme für Erwachsene. In den letzten Jahren wuchs die Anzahl der Streßmanagementprogramme für den Erwachsenenbereich enorm. Dieser Trend wurde allerdings nicht durch eine entsprechende Evaluationsforschung begleitet. Darüber hinaus basieren viele Streßmanagementprogramme auf keinerlei theoretischem Hintergrund und beziehen als Technik allein ein Entspannungsverfahren mit ein. Diese kritischen Aspekte besitzen leider in allen Bereichen ihre Gültigkeit. So wird dies auch deutlich, wenn Bamberg und Busch (1996) versuchen, Evaluationsstudien zur **betrieblichen Gesundheitsförderung** durch Streßmanagementprogramme einer Meta-Analyse zu unterziehen. Von 51 Studien, die in den Jahren von 1983 bis 1993 in Zeitschriften veröffentlicht oder als Dissertationen verfaßt wurden, mußten 35 Studien aufgrund methodischer (z. B. wegen mangelnder Kontrollgruppe) oder inhaltlicher Kriterien (z. B. aufgrund der alleinigen Durchführung eines Entspannungstrainings) ausgeschlossen werden. In den verbleibenden 16 kognitiv-behavioralen Streßbewältigungsprogrammen wurden zum großen Teil das SIT nach Meichenbaum (1991) durchgeführt. Für die - am häufigsten untersuchte - individuelle Ebene ergab sich eine mittlere Effektstärke von .41, wobei die ausgeprägteste Effektstärke für die psychischen und physischen Streßsymptome mit .42 ermittelt wurde. Bemerkenswert ist weiterhin, daß die Effektstärken unter die Signifikanzgrenze sinken, wenn auf der individuellen Ebene psychophysiologische Streßsymptome herangezogen oder Kennwerte der organisationsbezogenen Ebene (Leistungsmaße) berücksichtigt werden. Darüber hinaus scheint ein Einzelergebnis noch bedeutsam, das zeigt, daß sich die Effektstärken von Studien vor allem dann sehr erhöhen, wenn bei hoch belasteten Personen ein anwendungsbezogenes kontinuierliches Training von geschulten Therapeuten über mehrere Wochen durchgeführt wird, jedoch auf eine Schulung der Kontrollgruppe verzichtet wird. Abschließend fordern die Autorinnen, vermehrt betriebspezifische Streßmanagementprogramme durchzuführen, um zukünftig Möglichkeiten zu untersuchen, wie Arbeitsbelastungen durch derartige Interventionen reduziert werden können.

Präventive Streßbewältigungsprogramme für Kinder. Klein-Heßling und Lohaus (1995) führten eine Evaluation ihres Streßbewältigungsprogramms für Schulkinder der dritten und vierten Klasse mit und ohne Elternbeteiligung durch. Im Vergleich zu einer Wartekontrolle wurde ein Wissens-, ein Entspannungs-, ein Problemlöse- und ein Kombinationstraining untersucht. Im Rahmen des Wissenstrainings wurden Informationen über die Streßentstehung und -Prävention vermittelt. In der Entspannungs- und der Problemlösegruppe wurde zusätzlich zur Wissensvermittlung entweder noch eine Progressive Mus-

kelrelaxation oder ein Problemlösetraining durchgeführt. Das Kombinations-training enthielt die zentralen Aspekte aller Programmvarianten. Jedes Training erfolgte in acht Doppelstunden in wöchentlichem Abstand und in Gruppen von acht bis zwölf Kindern. Im wesentlichen zeigte sich, daß das Entspannungstraining ineffizient war, während insbesondere das Problemlösetraining das von den Kindern berichtete und den Eltern eingeschätzte Streßerleben reduzierte. Hinsichtlich der selbst berichteten physischen Streßsymptomatik profitierte vor allem die Wissenstrainingsgruppe neben der Kombinations- und Problemlösegruppe. Die Elternbeteiligung konnte zu keinem signifikanten Ergebnis beitragen.

Die negativen Befunde bezüglich des Entspannungstrainings weisen darauf hin, daß zukünftige Studien die Frage nach der differentiellen Wirksamkeit der verschiedenen Entspannungsverfahren klären sollten. Ist ein Streßbewältigungsprogramm beschränkt auf Grundschul Kinder, sollte vor allem in Erwägung gezogen werden, ob ein imaginatives Entspannungsverfahren (vgl. z.B. die Kapitän-Nemo-Geschichten in U. Petermann, 1996; Petermann & Petermann, 1993) besser geeignet ist. Weiterhin besteht Klärungsbedarf, warum sich in dieser Studie die Wissens- und Problemlösegruppen im Vergleich zur Kombinationsgruppe als effektiver erwiesen haben. Hierbei ist zu prüfen, ob sich Veränderungen der Streßbewältigung durch ein Kombinationstraining unmittelbar nach der Intervention aufzeigen oder sich erst in weiteren Nachuntersuchungen nachweisen lassen.

Die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie wurden von den Autoren insofern umgesetzt, als sie den Anteil der Entspannungsverfahren in ihrem Streßbewältigungsprogramm reduzierten. Zusätzlich integrierten sie die effizienten Programmvarianten in ein multimodales Streßmanagementprogramm. Letzteres sehen die Verfasser dieses Artikels auch durch Befunde gestützt, die in anderen Bereichen (der schulischen Gesundheitserziehung; in der Asthma-Patienten-Schulung) gezeigt haben, daß im Gegensatz zu einer reinen Wissensvermittlung multimodale Ansätze relevante Schulungseffekte bewirken (vgl. Jerusalem, 1997; Kolbe, Vanos, James, Elkind & Garritt, 1996).

Zusammenfassende Bewertung. Diese beispielhaft angeführten Ergebnisse zeigen, daß Streßbewältigungsprogramme das Ausmaß individueller Streßreaktionen bedeutsam mindern und das Repertoire an Bewältigungsstrategien umfassend erhöhen. Oft werden diese unspezifischen Effekte leider nur kurzfristig untersucht, während Nacherhebungen vernachlässigt werden. Dies ist um so bedauerlicher, da geprüft werden muß, ob die Effektivität der Programme möglicherweise durch Nachschulungen optimiert werden müßte (vgl. Jerusalem, 1997; Kallus, 1993). Befunde zu gesundheitsgefährdendem Verhalten legen nahe, daß die Trainings auch in der Lage sind, Folgekosten zu vermeiden, die durch Risikoverhalten (Alkohol- und Medikamenteneinnahme) entstehen. Ergebnisse von Kallus (1993) weisen sogar auf eine Spezifität der Effekte hin, die weiterhin untersucht werden sollte, damit eine differentielle Indikation zukünftig gestellt werden kann. Außerdem sollten nicht nur die

individuellen Belastungsreaktionen berücksichtigt, sondern auch situationsbezogene Aspekte einbezogen werden, so daß auch Aussagen über effektive Maßnahmen zur Reduktion von Stressoren getroffen werden können. So fordern zum Beispiel Mohr und Udris (1997) für die betriebliche Gesundheitsförderung eine Integration der Aspekte herkömmlicher verhaltensorientierter Programme mit noch zu entwickelnden Techniken zur „Verhältnisveränderung“ (z. B. Arbeitsplatz- und Pausengestaltung), um einer präventiven Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu entsprechen (vgl. auch Bamberg & Busch, 1996).

2.4 Streßbewältigungsprogramme in der Patientenschulung

Im folgenden sollen Befunde zusammengefaßt werden, die die Anwendung von Anti-Streß-Trainings in der Patientenschulung nahelegen. Hierbei sind Streßbewältigungsprogramme in folgenden drei Bereichen indiziert: Erstens bei Erkrankungen, bei denen Streß als ein **Auslösefaktor** bei der Krankheitsmanifestation oder einer Symptomverschlechterung zu berücksichtigen ist, zweitens als **Verhaltenstrainings** zur Bewältigung einer **akut eingetretenen Erkrankung**, um eine günstige Genesung zu gewährleisten, und drittens in **Verhaltenstrainings für chronisch Kranke** zur Bewältigung von krankheitsbezogenen psychosozialen Belastungen.

2.4.1 Streßreduktion bei streßbezogenen Erkrankungen

Übersichtsartikel zur Effektivität von Streßmanagementprogrammen bei streßbezogenen Erkrankungen weisen darauf hin (Cohen & Herbert, 1996; Steptoe, 1993; Stoyva & Carlson, 1993) daß psychologische Interventionen eine bedeutsame Wirkung auf die psychische Befindlichkeit, physische Beanspruchungssymptome sowie Kriterien der Morbidität und der Mortalität aufweisen. Eine schlüssige Bewertung der Streßmanagementprogramme ist allerdings noch nicht möglich, da in vielen, vor allem früheren Untersuchungen als einzige Technik eines Streßmanagements Entspannungsverfahren herangezogen wurden, entweder allein oder kombiniert mit einer Wissensvermittlung. Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß **Entspannungsverfahren** (insbesondere derartige, die eine Entspannung des gesamten Körpers beinhalten) streßbezogene Symptome, wie primäre Insomnie, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Migräne, hohen Blutdruck und Angststörungen, bedeutsam verringern (vgl. Stoyva & Carlson, 1993).

Die aktuelle Streß- und Streßbewältigungsforschung legt allerdings ein multimodales Konzept nahe, um der Komplexität des Streßgeschehens und der Genese von Erkrankungen gerecht zu werden. In neuerer Zeit wird dieser Aspekt zum Beispiel bei der Entwicklung kognitiv-behavioraler Streßbewältigungsprogramme berücksichtigt.

Im Bereich der **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** wurden wiederum in vielen Studien Entspannungsverfahren durchgeführt, es lassen sich aber auch erste Anwendungen multimodaler Konzepte finden (zusammenfassend s. Vaitl, 1994). Hier werden neben einer medizinischen Behandlung Modifikationen in der Ernährung, des Nikotin- und Alkoholkonsums sowie der physischen Aktivität angestrebt, allerdings erwiesen sich auch kognitiv-behaviorale Techniken für eine tertiäre kardiovaskuläre Risikoreduktion (im Sinne einer Rückfallprophylaxe) als effektiv (vgl. Steptoe, 1993). Diese Erkrankungen können in zwei große Gruppen unterteilt werden, die essentielle Hypertonie und die koronaren Herzerkrankungen.

Für die essentielle Hypertonie liegen lediglich Ergebnisse zur Wirksamkeit von Entspannungsverfahren vor. So beschreibt Steptoe (1993) positive Effekte eines von ihm entwickelten Verfahrens, das eine Wissensvermittlung mit einer Muskelrelaxation und Meditation kombiniert. Hier reduzierte sich der in der Klinik und im Alltag gemessene Blutdruck sowie der Medikamentenverbrauch. Diese Effekte waren sogar in einer Erhebung vier Jahre nach Abschluß des Trainings weiterhin nachweisbar. Darüber hinaus berichten McGrady und Higgins (1989) über erste spezifische Effekte, indem insbesondere hochhängstliche Personen mit hoher Herzfrequenz und erhöhter Muskelaktivität und geringer peripherer Temperatur von einem Elektromyogramm(EMG)-Biofeedback unterstützten Entspannungstraining profitierten.

Bennett und Carroll (1990) überprüften bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen die Wirksamkeit eines Streßmanagementprogramms. Sie konnten nicht nur das Streßerleben reduzieren, sondern zusätzlich noch den Cholesterinspiegel senken und das Typ-A-Verhalten verändern. Schmoock, Damm und Frey (1997), die von der Annahme ausgehen, daß Risikofaktoren der Genese von koronaren Herzerkrankungen multiplikativ sind, weisen auf die Relevanz dieser Ergebnisse hin und fordern im Rahmen der Rehabilitation eine Anleitung zum Umgang mit Streßsituationen. Omish et al. (1990) untersuchten in einer prospektiven Studie den Effekt eines veränderten Lebensstils bei Herzinfarktpatienten auf die Koronararteriosklerose, die als Ursache von koronaren Herzerkrankungen gilt (vgl. Schmoock, Damm & Frey, 1997). Die experimentelle Gruppe wurde zunächst einer siebentägigen Einführungsphase unterzogen, in der die Maßnahmen (fettarme Diät, körperliche Aktivität, Streßmanagementprogramm, Raucherentwöhnung) erarbeitet wurden. Das Streßmanagementprogramm umfaßte Dehnungsübungen, Atemtechniken, Meditation, Progressive Muskelrelaxation und Imagination, das täglich für eine Stunde unter Zuhilfenahme von Audiokassetten durchgeführt werden sollte. Zusätzlich mußten sie für ein Jahr zweimal wöchentlich an Gruppensitzungen mit vierstündiger Dauer teilnehmen. Quantitative koronare Angiogramme konnten bei den Patienten der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verringerte Durchmesser koronarer Arteriosklerosen nachweisen. Außerdem waren die Berichte über Brustschmerzen, der Gesamtcholesterinspiegel, das „low density lipoprotein“-Cholesterin und das Körpergewicht reduziert. Diese Effekte weisen auf die Wirksamkeit des multimodalen Konzeptes hin,

werfen allerdings die Frage auf, welches Modul in welchem Ausmaß zur Effektivität beiträgt. So führen eine fettarme Ernährung allein oder regelmäßige körperliche Aktivitäten zu ähnlichen Veränderungen (vgl. Steptoe, 1993).

Zur **Schmerzbewältigung** wurden Streßmanagementprogramme schon früh durchgeführt. So konnten viele Untersuchungen die Wirksamkeit des SIT nachweisen (zusammenfassend s. Meichenbaum, 1991; zur psychologischen Intervention bei Schmerz s. zusammenfassend Basler, 1994; vertiefend s. Basler, Franz, Kröner-Herwig, Rehfisch & Seemann, 1996): Bei akuten Schmerzen, die in der Realität meist durch medizinische Eingriffe verursacht werden, war das SIT ebenso wirksam wie bei der Bewältigung experimentell induzierter Schmerzen (z. B. cold pressor-Test). Darüber hinaus ergaben sich positive Effekte bei chronischen Schmerzen. Hier sollen exemplarisch einige Befunde zu Kopfschmerzen vom Spannungstyp zusammengefaßt werden: Die Arbeitsgruppe um Holroyd konnte unmittelbar nach Abschluß des SIT und in einer Zwei-Jahres-Nachkontroll-Studie nachweisen, daß sich bei Patienten des kognitiven Trainings die Berichte über Kopfschmerzsymptome signifikant verringerten im Vergleich zu Patienten, die eine EMG-Biofeedback-Behandlung erhielten (Holroyd, Andrasik & Westbrook, 1977; Holroyd & Andrasik, 1982). Während sich die Kombination von Entspannungsverfahren mit kognitiven Techniken bei Patienten mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp in einer Studie von Bakal, Demjen und Kaganov (1981) als effektiv erwies, unterschieden sich in einer Untersuchung von Blanchard et al. (1990) Schmerz-Patienten in Entspannungsgruppen (Progressive Muskelrelaxation) mit und ohne Streßbewältigung nicht. In beiden Behandlungsgruppen verringerten sich die Berichte über die Kopfschmerzsymptome im Vergleich zu Wartekontroll-Patienten gleichermaßen signifikant. So kommen Stoyva und Carlson (1993) zu dem Schluß, daß sich Entspannungsverfahren und kognitive Techniken zur Behandlung von Spannungskopfschmerzen als effektiv erwiesen haben.

Wenige Befunde liegen bislang im Bereich **immunologischer Erkrankungen** oder Erkrankungen, die immunologisch vermittelt werden, vor (zusammenfassend s. Cohen & Herbert, 1996). Für die Infektionserkrankungen demonstrierten Antoni et al. (1991) einen Streß-puffenden Effekt eines kognitiv-behavioralen Streßmanagementprogramms bei HIV-infizierten Personen, bei denen die Diagnosestellung als Stressor untersucht wurde. Folkman (1993) beschreibt in ihrem überblicksartikel zu psychosozialen Effekten der HIV-Infektion eine Pilot-Studie zur Effektivität ihres Programms, das auf der Theorie von Lazarus und auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie basiert. Hierbei nahmen HIV-positive und seronegative Männer mit leichten depressiven Symptomen für acht Wochen an einer zweistündigen Gruppensitzung teil. Nachdem die Diagnose den Personen mitgeteilt worden war, erfolgte die randomisierte Zuteilung der Personen auf die Behandlungs- und Kontrollgruppe. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte nach Beendigung des Trainings und in einer Nacherhebung sechs Wochen später festgestellt werden, daß die Personen der Behandlungsgruppe signifikant weniger Selbstbeschuldigungen als Bewältigungsstrategie einsetzten sowie eine erhöhte positive Lebenshaltung und reduzierte

depressive Symptome berichteten. Dagegen ergab sich in einer Studie von Coates, McKusik, Kuno und Sites (1989) kein Unterschied in den immunologischen Parametern (Anzahl der T-Helferzellen, Lymphozytenproliferation) bei den HIV-infizierten Männern mit und ohne Streßreduktionstraining. Zukünftige Studien mit besseren methodischen Konzepten sind nötig, um eine eindeutige Bewertung dieser Ergebnisse zu ermöglichen.

Ein positiveres Bild ergibt sich bei der Rheumatoiden Arthritis, die zu den **Autoimmunerkrankungen** zählt (zusammenfassend s. Young, 1992). Hier verbesserten sich in mehreren Studien unter kognitiv-behavioralen Streßmanagementprogrammen die Krankheitssymptome signifikant. So konnten Bradley et al. (1987) im Vergleich zu einer Nicht-Behandlungsgruppe und einer sozialen Interventionsgruppe bei Patienten mit einem multimodalen Streßmanagementprogramm (Wissensvermittlung, Biofeedback, Entspannung, Problemlösung, positive Selbstverstärkung) eine stärkere Reduktion der Schmerzintensität, der Entzündung und der Serumkonzentrationen des Rheumafaktors aufzeigen. Diese Effekte konnten nur unmittelbar nach dem Training festgestellt werden, jedoch nicht in einer Nachuntersuchung ein halbes Jahr später. O'Leary, Shoor, Lorig und Holman (1988) untersuchten die Effizienz eines fünfwöchigen kognitiv-behavioralen Programms im Vergleich zu einer Gruppe, die lediglich schriftliche Informationen erhielt. Im Vergleich zu den Kontrollpatienten nahm bei den Patienten der Behandlungsgruppe die berichtete Schmerzintensität ab und die Ärzte attestierten eine verbesserte Symptomatik. In einer weiteren Studie von Radojevic, Nicassio und Weisman (1992) wurden Patienten einer von vier Gruppen zugeteilt: dem kognitiv-behavioralen Training mit familiärer Unterstützung, dem kognitiv-behavioralen Training allein, einer Wissensvermittlung mit familiärer Unterstützung und einer unbehandelten Gruppe. Bei den Patienten beider kognitiv-behavioralen Trainingsgruppen nahm am Ende der sechswöchigen Behandlung die Anzahl und das Ausmaß entzündeter Gelenke im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen ab.

Im Bereich der **allergischen Erkrankungen** liegen zwar bislang wenige Grundlagenexperimente zum Einfluß psychosozialer Belastung auf die Erkrankung vor, jedoch sind schon viele Trainingsprogramme entwickelt worden, die Aspekte eines kognitiv-behavioralen Streßmanagements mit einbeziehen. In diesem Rahmen soll auf drei Krankheitsbilder aus dem allergischen Formenkreis eingegangen werden: Zum einen bei den allergischen Hauterkrankungen auf die atopische Dermatitis (AD; synonym: Neurodermitis) und die Urticaria sowie zum anderen auf Asthma. Die hohe Relevanz der Streßbewältigungsprogramme bei diesen chronisch-rezidivierenden Erkrankungen wird insbesondere durch Befunde verdeutlicht, die zeigen, daß Symptomverschlimmerungen und psychosoziale Belastungen gekoppelt miteinander auftreten. Für den Bereich der allergischen Hauterkrankungen wird allgemein davon ausgegangen, daß psychosoziale Belastungen „zur Schubauslösung bzw. zur Verschlechterung oder Chronifizierung der akuten Symptomatik führen können“ (Münzel, 1997, S. 267). In ihrem Überblick zeigt sie jedoch auf, daß es wenig kontrollierte, prospektive Studien gibt, und gültige Aussagen schwer zu treffen sind.

Münzel (1997, S. 272) kommt trotzdem zu folgendem Schluß: „Für die atopische Dermatitis wurde somit in methodisch sorgfältigen Untersuchungen bestätigt, daß Alltagsbelastungen und Hautzustand häufig miteinander variieren.“ Hierbei führt die Autorin die bestehende Variabilität der Effekte auf interindividuelle Unterschiede und weitere Einflußgrößen zurück. Petermann und Warschburger (1997) stellen Untersuchungen dar, die die Beziehung zwischen psychosozialer Belastung und Symptomverschlimmerungen bei Asthma-Patienten nahelegen. So sind negative Emotionen mit einer Verschlechterung des Asthmas, wie zum Beispiel einer längeren Anfallsdauer, assoziiert.

Bei der diskutierten Streß-Erkrankungs-Beziehung ist allerdings zu berücksichtigen, daß sie nicht gerichtet ist, sondern sich die beiden Faktoren wechselseitig zu beeinflussen scheinen: So kann angenommen werden, daß die psychologische Belastung zunächst eine Verschlechterung der Erkrankung verursacht. Diese Symptomverschlimmerungen führen daraufhin zu einem negativen psychischen Befinden und diese nachfolgend weiterhin zur Steigerung der Symptome. Hierdurch ergibt sich ein Teufelskreis, der durch psychologische Interventionen durchbrochen werden kann.

Psychosoziale Faktoren können hierbei direkt oder auf indirektem Weg den Krankheitsverlauf beeinflussen. Münzel (1997, S. 273) fuhr ein Modell an, in dem sie die Ergebnisse zu den allergischen Hauterkrankungen integriert. In diesem Rahmen wird dargestellt, daß ebenso die Befunde zum Asthma in das Schema einbezogen werden können (vgl. Abb.4). Mit Hilfe des Modells können die Ansatzpunkte von Streßbewältigungsprogrammen bei Patienten mit diesen chronisch-rezidivierenden Erkrankungen verdeutlicht werden. Eine direkte Beeinflussung wird hier über Veränderungen des vegetativen Nervensystems, des Hormon- und des Immunsystems angenommen, wobei die vermittelnden immunologischen Prozesse der Autorin wenig geklärt erscheinen. Interessant sind hierbei Befunde, die auf β -adrenerge Reaktionsbesonderheiten bei der AD hinweisen. Hinsichtlich der Nebennierenrindennachse konnten Buske-Kirschbaum et al. (im Druck) bei Kindern mit AD zeigen, daß in einer experimentellen Belastungssituation eine verringerte Reaktivität in der Speichel-Cortisol-Konzentration besteht. Für Asthma werden dagegen neben einer vagalen Hyperreaktivität insbesondere eine α -adrenerge Hyperreaktivität postuliert (vgl. Petermann & Warschburger, 1997).

Die indirekte Beeinflussung kann durch streßbedingte Verhaltensänderungen erklärt werden. Münzel (1997) weist darauf hin, daß die unter psychosozialer Belastung gesteigerten gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen selbst Effekte auf die Hauterkrankungen ausüben. So führt zum Beispiel der Alkoholkonsum zu einer Vasodilatation der Hautgefäße oder der Medikamentengebrauch (Acetylsalicylsäure, Benzodiazepine) kann anaphylaktische Reaktionen auslösen. Zusätzlich nimmt Münzel (1997) an, daß Ernährungsvorschriften nicht eingehalten werden, so daß sich hierdurch auch der Hautzustand verschlechtern kann. Für Asthma zeigen Petermann, Niebank und Petro (1997) auf, daß Belastungen die Krankheitsbewältigung erheblich beeinträchtigen. So ist davon

auszugehen, daß die Non-Compliance steigt. Zum Beispiel ist zu erwarten, daß unter Belastung die Einhaltung des Medikamentenplans gefährdet ist oder Verhaltensregeln zum Nikotinkonsum verletzt werden, wodurch sich das Risiko für Asthma-Anfälle erhöht. Außerdem wird dies durch Befunde zu psychosozialen Folgebelastungen bei Asthma-Kindern nahe gelegt, die Schlaf- und Konzentrationsstörungen aufzeigen (vgl. Petermann & Warschburger, 1997). Diese Symptome veranlassen oft die Patienten, schlaf- oder konzentrationsfordernde Medikamente einzunehmen oder in diesem Fall eher die Eltern, den Kindern derartige Medikamente zu verabreichen.

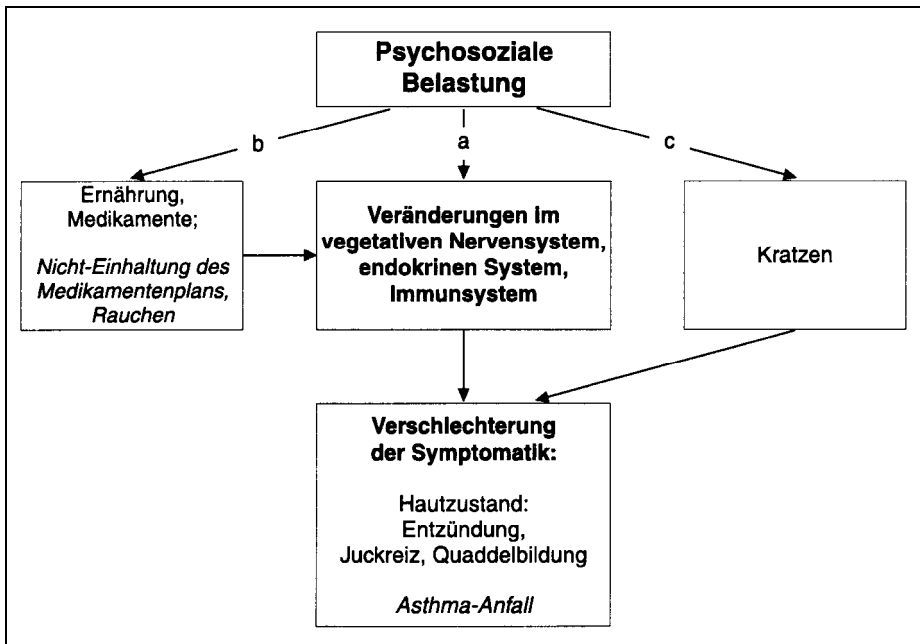


Abbildung 4:

Direkte (a) und verhaltensvermittelte (b, c) Beeinflussung der Symptomatik der atopischen Dermatitis (oben eingetragen) und des Asthmas (unten und kursiv gekennzeichnet) durch psychosoziale Belastung (modifiziert nach Münzel, 1997, S. 273)

Ein weiterer indirekter Weg wird für die AD über den veränderten „Umgang mit der Haut“ beschritten: So beschreibt Münzel (1997) als wesentlichen Faktor die Veränderung des Kratzverhaltens, wobei sie insbesondere auf die Bedeutung des Kratzverhaltens für die Chronifizierung der Symptomatik bei der AD hinweist. So haben Untersuchungen gezeigt, daß ein katastrophisierender kognitiver Stil mit dem Kratzverhalten assoziiert ist.

Wenn auch der Einfluß von Belastung auf die allergischen Erkrankungen noch nicht vollständig analysiert ist, so bestehen jedoch genügend Evidenzen für eine Anwendung psychologischer Interventionen und hierunter auch von Aspekten kognitiv-behavioraler Streßbewältigungsprogramme. Bereits entwickelte Verhaltenstrainings berücksichtigen diesen Ansatz, indem sie entweder

Streßbewältigungstechniken explizit einbeziehen oder einzelne Aspekte, wie die Wahrnehmungsschulung von Streßsituationen als ein auslösender Faktor, integrieren (zusammenfassend für Patientenschulungsprogramme bei Asthma s. Petermann, Niebank & Petro, 1997; bei Neurodermitis im Erwachsenenalter s. Stangier, Ehlers & Gieler, 1997; bei Neurodermitis im Kindes- und Jugendalter s. Skusa-Freeman, Scheewe, Warschburger, Wilke und Petermann, 1997). So werden in dem Asthma-Verhaltenstraining für Vorschulkinder von Petermann et al. (1997) Techniken zur Angstbewältigung vermittelt. In einem Schulungsprogramm von Kindern und Jugendlichen von Scheewe und Skusa-Freeman (1994) wird als ein Schwerpunkt eine Streß- und Problembewältigung integriert. Dies bezieht sich einerseits auf die Schulung der Wahrnehmung von Streßsituationen als wichtiger Auslöser, den es zu vermeiden gilt. Andererseits werden Bewältigungsstrategien erarbeitet und eingeübt, die den Kindern ermöglichen, mit sozialen Belastungen (z. B. Ausgrenzung durch Mitschüler) besser umzugehen. In einer laufenden Untersuchung wird ein Patientenschulungsprogramm evaluiert, das um ein Streßbewältigungsprogramm erweitert wurde. Hierzu wurde das Anti-Streß-Training für Kinder von Hampel und Petermann (1998) verkürzt und in die bisherige Patientenschulung für Kinder mit Hauterkrankungen als Modul integriert. So kann auf den Auslösefaktor „Streß“ intensiver eingegangen werden, um die Wahrnehmung aller am Streßgeschehen beteiligter Faktoren zu schulen und das Repertoire an Bewältigungsstrategien zu erweitern.

Die vorliegenden Ergebnisse können soweit zusammengefaßt werden, daß in Verhaltenstrainings von Patienten mit allergischen Erkrankungen Aspekte von Streßmanagementprogrammen einbezogen werden sollten. Bei der Formulierung und Anwendung derartiger Programme müssen jedoch zwei wesentliche Punkte beachtet werden:

Erstens sollte auch hier vermieden werden, in den Programmen allein die Modifikation der individuellen Streßreaktionen in den Mittelpunkt zu stellen, und auf situationsbezogene Aspekte, wie Belastungen durch die Familie, den Beruf und das soziale Umfeld, zu verzichten. Hierdurch kann sowohl das bislang vernachlässigte, aber notwendige Vertrauen des Patienten gegenüber den behandelnden Personen erhöht (vgl. Petermann, 1996) als auch die Compliance gesteigert werden. **Zweitens** muß ermittelt werden, welche Personen von einem derartigen Programm profitieren. In zukünftigen Untersuchungen sollte geklärt werden, ob bestimmte Patienten mit einem „speziellen“ Bewältigungsverhalten (z. B. angemessenem) aus diesen Programmen auszuschließen sind oder ob sogar individuell angepaßte Programme angemessener wären.

2.4.2 Streßbewältigung als Prädiktor für den Genesungsprozeß nach einem Herzinfarkt

Bei Herzinfarkt-Patienten ist es für einen günstigen Genesungsverlauf wesentlich, daß die Patienten ihre akut eingetretene Erkrankung angemessen bewäl-

tigen (zusammenfassend s. Steptoe, 1993). Befunde, die auf eine Beziehung zwischen einer schlechten Prognose zur Genesung und reaktiven Depressivitäts- und Angstsymptomen hinweisen, wurden in Rehabilitationsmaßnahmen insofern umgesetzt, indem schon in der frühesten Phase der Rehabilitation Techniken vermittelt werden, die eine erfolgreiche Bewältigung negativer Affekte ermöglichen. Hierdurch können langfristig die Gefühle der Verletzbarkeit, des Kontrollverlusts und der Hilflosigkeit reduziert werden. Faktoren, wie anhaltende Depressionen, Angst, geringes Selbstwertgefühl, erhöhen die psychische Belastung des Post-Infarkt-Patienten und stehen mit einem erschwerten Genesungsprozeß in Verbindung, der sich zum Beispiel in einer mangelnden beruflichen Wiedereingliederung äußert. Unter diesem Aspekt entwickelten Langosch et al. (1982) ein zweiwöchiges kognitives Streßmanagementprogramm, das unter anderem die Identifikation selbstüberfordernder Kognitionen bzw. die Formulierung positiver Selbstinstruktionen enthält. Im Vergleich zu einem multimodalen Entspannungstraining äußerten sich die Patienten des Streßbewältigungsprogramms zuversichtlicher über die Möglichkeiten zur individuellen Streßreduktion. Außerdem gaben sie an, daß sie die erlernten Strategien hilfreich im Alltag einsetzen konnten. Patienten beider Gruppen berichteten ein verbessertes psychisches Befinden. Hierbei wirkte sich das Streßbewältigungsprogramm günstig auf Leistungskennwerte und selbstsicheres Verhalten aus, während die Entspannung das psychische Befinden positiv beeinflusste (vgl. Langosch, 1992).

2.4.3 Streßbewältigung bei chronischen Erkrankungen

Zukünftig sollten Determinanten erfolgreicher Krankheitsbewältigung auf der Ebene der Stressoren, der effizienten Bewältigungsstile und der Ressourcen analysiert werden, um anschließend Streßmanagementprogramme zu entwickeln, die eine günstige Krankheitsbewältigung ermöglichen. Bevor jedoch eine Darstellung dieser vier inhaltlichen Aspekte vorgenommen wird, soll zunächst darauf hingewiesen werden, daß der Erfolg solcher Maßnahmen zunehmend über subjektorientierte Maße der Lebensqualität ermittelt wird (vgl. Taylor & Aspinwall, 1993). Hierdurch kann zum Beispiel berücksichtigt werden, daß medizinische Interventionen zwar körperliche Symptome verbessern können, aber den psychischen Zustand des Patienten nicht immer positiv beeinflussen. Dabei wird jedoch ein neues Problem aufgeworfen. So sollte nicht vergessen werden, daß die angestrebte Anpassung an die Erkrankung Kosten verursacht, indem sie zum Beispiel zu Lasten physischer Symptomverschlechterungen geht (vgl. Hobfoll, 1989; Steptoe, 1991). Dieser Konflikt sollte zukünftig thematisiert werden, wobei die Bewertung der Bewältigungsgute aus unterschiedlichen Perspektiven heraus erfolgen sollte. So muß der Bewältigungserfolg mit Merkmalen unterschiedlicher Faktoren in Beziehung gesetzt werden, so daß sich folgende Kernfrage stellt: Bei welcher Erkrankung, welchen Patienten, unter welchen situativen Bedingungen sind welche Bewältigungsstrategien kurz- und langfristig erfolgreich?

Chronische Erkrankungen stellen eine Quelle vielfaltiger psychosozialer Belastungen dar, die die Person bewältigen muß (vertiefend s. Schüßler & Leibing, 1994). In einem Überblicksartikel fassen Taylor und Aspinwall (1993) allgemeingültige **Stressoren** chronischer Erkrankungen wie folgt zusammen:

- Physische Beeinträchtigungen, die durch die Krankheit an sich verursacht (Brustschmerz bei Herzinfarkt-Patienten) oder durch Behandlungen induziert werden (Folgen einer Chemo- oder Strahlentherapie bei Krebs-Patienten),
- berufsbezogene Aspekte (Diskriminierung am Arbeitsplatz von HIV-Positiven),
- Beeinträchtigungen sozialer Interaktion (Ausgrenzung eines Patienten durch Freunde, Veränderungen in der Familienstruktur),
- personenbezogene Aspekte (Verletzung des Selbstkonzepts, veränderte Zielsetzungen) und
- emotionale Reaktionen (Angst und Depression).

Diese generellen Stressoren wurden schon für einige Krankheitsbilder spezifiziert: So listen Skusa-Freeman et al. (1997, S. 330) dezidiert psychosoziale Belastungen für neurodermitiskranke Kinder und Jugendliche auf, wobei sie zum Beispiel soziale Isolation, Angst vor unerwarteten Hospitalisierungen, Einschränkungen der privaten, schulischen und beruflichen Perspektive oder Auseinandersetzung mit einem veränderten Körperkonzept armieren. Ebenso stellt Petermann (1997) krankheitsbezogene psychosoziale Belastungen bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen zusammen. So werden auch hier schulische Leistungseinschränkungen, Trennung von Bezugspersonen und gewohnter Umgebung oder Beeinträchtigungen des Körperschemas benannt, als eher krankheitsspezifisch gelten Aspekte der existentiellen Konfrontation mit Krankheit und Sterben.

In ersten Evaluationsstudien ergab sich, daß rehabilitative **Interventionsmaßnahmen** die Bewältigung krankheitsbezogener psychosozialer Belastungen verbessern können: Jäckle et al. (1994) konnten in einer Multi-Center-Studie nachweisen, daß bei Kopfschmerz-Patienten durch ihr zwölfwöchiges Schmerzbewältigungsprogramm mit wöchentlichen zweistündigen Gruppensitzungen ungünstige Bewältigungsstrategien (sozialer Rückzug und Katastrophisierung) signifikant abnahmen und effiziente Bewältigungsstrategien (Genußverhalten und aktiv bewältigende schmerzbezogene Selbstinstruktionen) bedeutsam zunahmen. Bei Rückenschmerz-Patienten konnten jedoch nur die ungünstigen Bewältigungsstrategien reduziert werden, während die günstigen Strategien sich nicht signifikant veränderten. Leibing (1994) untersuchte bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis die Effektivität eines Streßbewältigungsprogramms von Rehtisch, Basler und Seemann (1989). Für die Bewältigungsstrategien ergab sich, daß die Patienten nach dem Training weniger passiv-resignative Bewältigungsstrategien einsetzten und häufiger aktive, problemzentrierte und kognitiv-umbewertende Bewältigung durchführten.

Die insgesamt positiven Befunde zur Veränderung der Krankheitsbewältigung durch Streßbewältigungsprogramme weisen darauf hin, daß derartige Program-

me bei chronischen Erkrankungen angewandt werden sollten. Mit Methoden des Streßmanagements kann es in besonderer Weise gelingen, bei chronisch kranken Patienten ein Gegengewicht zu den vielen schwerwiegenden negativen Folgezuständen zu schaffen, so daß ein positiver Umgang mit der Krankheit möglich wird.

Literatur

- Ader, R., Fehen, D. L. & Cohen, N. (Eds.). (1991). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press.
- Adler, N. & Matthews, K. (1994). Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit. Grundlagen, Ergebnisse und Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Antoni, M.A., Baggett, L., Ironson, G., LaPerrière, A. R., August, S., Klimas, N., Schneiderman, N. & Fletcher, M. A. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunological changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 906-915.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strength. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (67-104). Chichester: Wiley.
- Arnold, L. E. (Ed.). (1990). *Childhood stress*. New York: Wiley.
- Bakal, D. A., Demjen, S. & Kaganov, J.A. (1981). Cognitive behavioral treatment of chronic headache. *Headache*, 21, 81-86.
- Bamberg, E. & Busch, C. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Streßmanagement-training: Eine Metaanalyse (quasi-experimenteller Studien). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 127-137.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Basler, H.-D. (1994). Schmerz. In W.-D. Gerber, H.-D. Basler & U. Tewes (Hrsg.), *Medizinische Psychologie* (119-127). München: Urban & Schwarzenberg.
- Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehtisch, H. P. & Seefisch, H. (Hrsg.). (1996). *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder; Behandlung*. Berlin: Springer.
- Bennett, P. & Carroll, D. (1990). Stress management approaches to the prevention of coronary heart disease. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 1-12.
- Blanchard, E. B., Appelbaum, K. A., Radnitz, C. L., Michultka, D., Morrill, B., Kirsch, C., Hillhouse, J., Evans, D.D., Guamieri, P., Attanasio, V., Andrasik, F., Jaccard, F. & Dentinger, M. P. (1990). Placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and of relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 210-215.
- Bohus, B. & Koolhaas, J. M. (1993). Stress and the cardiovascular system: Central and peripheral physiological mechanisms. In S. C. Stanford & P. Salmon (Eds.), *Stress. From synapse to Syndrome* (75-117). London: Academic Press.
- Bradley, L. A., Young, L.D., Anderson, K.O., Turner, R. A., Agudelo, C. A., McDaniel, L. K., Pisko, E. J., Semble, E. L. & Morgan, T. M. (1987). Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients: Treatment outcome and six-month follow-up. *Arthritis and Rheumatism*, 30, 1105-1114.

- Buske-Kirschbaum, A., Jobst, S., Wustmanns, A., Kirschbaum, C., Rauh, W. & Hellhammer, D. (im Druck). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosomatic Medicine*.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Coates, T. J., McKusik, L., Kuno, R. & Sites, D. P. (1989). Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV. *American Journal of Public Health*, 79, 885-887.
- Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Cohen, S. & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- Creed, F. (1993). Stress and psychosomatic disorders. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (496-510). New York: Free Press, 2. Auflage.
- Fehen, D. L. (1991). Neurotransmitter signaling of cells of the immune System: Important progress, major gaps. *Brain, Behavior and Immunity*, 5, 2-8.
- Folkman, S. (1993). Psychological effects of HIV infection. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (658-681). New York: Free Press, 2. Auflage.
- Frankenhaeuser, M. (1986). A psychobiological framework for research on human stress and coping. In M. E. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress. Physiological, psychological, and social perspectives* (101-116). New York: Plenum Press.
- Friedman, E. S., Clark, D. B. & Gershon, S. (1992). Stress, anxiety, and depression: Review of biological, diagnostic, and nosologic issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 337-363.
- Goldberger, L. & Breznitz, S. (Eds.). (1993). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press, 2. Auflage.
- Hampel, P. (1994). *Zum Einfluß von Belastung und Entspannung auf die psychophysische Regulation Hoch- und Niedriggängstlicher Ein Beitrag zur Psychoneuroimmunologie. Europäische Hochschulschriften*, 467. Frankfurt/Main: Lang.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998). *Anti-Streß-Training für Kinder*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Henry, J. P. & Stephens, P.M. (1977). *Stress, health, and the social environment. A sociobiological approach to medicine*. New York: Springer.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conversation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. E. & Vaux, A. (1993). Social support: Resources and context. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (685-705). New York: Free Press, 2. Auflage.
- Holmes, T. H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holroyd, K. A. & Andrasik, F. (1982). DO the effects of cognitive therapy endure? A two-year follow-up of tension headache sufferers treated with cognitive therapy or biofeedback. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 325-334.
- Holroyd, K.A., Andrasik, F. & Westbrook, T. (1977). Cognitive therapy of tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 121-133.
- Jäckle, C., Basler, H.-D., Franz, C., Frettlöh, J., Kröner-Herwig, B., Peters, K., Rehfish, H. P., Seemann, H. & Unnewehr, S. (1994). Veränderung von Bewältigungsstrategien durch kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Kopf- und Rückenschmerzpatienten. In G. Schüßler & E. Leibing (Hrsg.), *Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit* (113-124). Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K. W. (1985). *Streßverarbeitungsfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W. & Netter, P. (Hrsg.). (1986). *Angst und Psychopharmaka*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Janke, W. & Wolffgramm, J. (1995). Biopsychologie von Streß und emotionalen Reaktionen: Ansätze interdisziplinärer Kooperation von Psychologie, Biologie und Medizin. In G. Debus, G. Erdmann & K. W. Kallus (Hrsg.), *Biopsychologie von Streß und emotionalen Reaktionen* (293-347). Göttingen: Hogrefe.
- Jennison, K. M. (1992). The impact of stressful life events and social support on drinking among older adults: A general population survey. *International Journal of Aging and Human Development*, 35, 99-123.
- Jerusalem, M. (1997). Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (575-593). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Kallus, K. W. (1992). *Beanspruchung und Ausgangszustand*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kallus, K. W. (1993). *Wissenschaftliche Begleituntersuchung zu den Streß-Management-Kursen der hessischen Geschäftsstellen der Techniker Krankenkasse*. Würzburg: Unveröff. Manuskript.
- Kessler, A. (1995). *Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen - Streßbewältigungsprogramm. A: Materialien für den Kursleiter*. München: Röttger, 5. Auflage.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1995). Streßbewältigung im Kindesalter: Modifikation und Evaluation einer Präventionsmaßnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 240-247.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1996). *Bleib locker Wie man mit Streß klarkommt - Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter*. Münster: Unveröff. Manuskript.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In J. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (3-32). Hillsdale: Erlbaum.
- Kolbe, J., Vanos, M., James, F., Elkind, G. & Garritt, G. (1996). Assessment of practical knowledge of self-management of acute asthma. *Chest*, 109, 80-90.
- Krampen, G. (Hrsg.). (1989). *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W. (1996). *Angst und Angstbewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krohne, H. W. (1997). Streß und Streßbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (267-283). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Langosch, W. (1992). Psychologische Interventionen der kardiologischen Rehabilitation. In H. Weber-Falkensammer (Hrsg.), *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation* (61-77). Stuttgart: Fischer.
- Langosch, W., Seer, P., Brodner, G., Kalinke, D., Kulick, B. & Helm, F. (1982). Behavior therapy with coronary heart disease patients: Results of a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 47-84.
- LaPerrière, A. R., Antoni, M.A., Schneiderman, G. I., Kilmas, N., Caralis, P. & Fletcher, M.A. (1990). Exercise intervention attenuates emotional distress and natural killer cell decrements following notifications of positive serologic status for HIV-1 *Biofeedback and Self-Regulation*, 15, 229-242.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (21-39). New York: Free Press, 2. Auflage.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. E. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress. Physiological, psychological, and social perspectives* (63-80). New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (213-259). Bern: Huber.

- Leibing, E. (1994). Krankheitsbewältigung und psychologische Schmerztherapie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. In G. Schüßler & E. Leibing (Hrsg.), *Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit* (125-136). Göttingen: Hogrefe.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (349-373). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Levy, S.M., Herberman, R. B., Whiteside, T., Sanzo, K., Lee, J. & Kirkwood, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 73-85.
- McGrady, A. & Higgins, J. T. (1989). Prediction of response to biofeedback-assisted relaxation in hypertensives: Development of a hypertensive predictor profile (HYPP). *Psychosomatic Medicine*, 51, 277-284.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Streß-Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings*. Bern: Huber.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (553-573). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Münzel, K. (1997). Psychosoziale Belastung als Einflußfaktor bei allergischen Hauterkrankungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie* (267-283). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Nitsch, J. R. (1981). Zur Gegenstandsbestimmung der Streßforschung. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (29-51). Bern: Huber.
- O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K. & Holman, H. R. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 7, 527-544.
- Omish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Armstrong, W. T., Ports, T. A., McLanahan, S.M., Kirkeide, R. L., Brand, R. J. & Gould, K. L. (1990). Can life-style changes reverse coronary heart disease. *Lancet*, 336, 129-133.
- Petermann, F. (1996). *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe, 3. Auflage.
- Petermann, F. (1997). Bewältigung der Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (405-429). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Petrntrann, F., Niebank, K. & Petro, W. (1997). Neuere Ergebnisse zur Patientenschulung bei Asthmatikern. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie* (103-123). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Petermann, F., Walter, H.-J., Biberger, A., Gottschling, R., Petermann, U. & Walter, I. (1997). Asthma-Verhaltenstraining mit Vorschulkindern: Konzeption und Materialien. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie* (137-189). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (1997). Asthma und Allergie: Belastungen, Krankheitsbewältigung und Compliance. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (431-454). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Petermann, U. (1996). *Entspannungstechniken mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1993). Entspannungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd. 1: Grundlagen und Methoden* (316-334). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Radojevic, V., Nicassio, P. M. & Weisman, M. H. (1992). Behavioral intervention with and without family support for rheumatoid arthritis. *Behavior Therapy*, 23, 13-30.
- Rehtisch, H. P., Basler, H.-D. & Seemann, H. (1989). *Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma*. Berlin: Springer.
- Retter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80.
- Rutenfranz, J. (1981). Arbeitsmedizinische Aspekte des Streßproblems. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (379-390). Bern: Huber.

- Ryan, N.M. (1989). Identification of children's coping strategies from the school-agers perspective. *Research in Nursing and Health*, 12, 111-122.
- Ryan-Wenger, N. M. (1990). Childrens psychosomatic responses to stress. In L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (109-138). New York: Wiley.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H. & Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Schedlowski, M. & Tewes, U. (Hrsg.). (1996). *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Scheewe, S. & Skusa-Freeman, B. (1994). Patientenschulungen mit an Neurodermitis erkrankten Kindern und Jugendlichen. In F. Petermann (Hrsg.), *Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen* (100-112). München: Quintessenz.
- 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.
- Schmook, R., Damm, S. & Frey, D. (1997). Psychosoziale Faktoren in der Genese und Rehabilitation des Herzinfarkts. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (455-478). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Schröder, K. (1997). Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (319-347). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Schüller, G. & Leibing, E. (Hrsg.). (1994). *Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). *Streß, Angst und Handlungskontrolle*. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Auflage.
- Selye, H. (1956). *Stress and disease*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien. Untersuchungen, Maßnahmen* (161-187). Bern: Huber.
- Selye, H. (1993). History of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (7-17). New York: Free Press, 2. Auflage.
- Skusa-Freeman, B., Scheewe, S., Warschburger, P., Wilke, K. & Petermann, U. (1997). Patientenschulung mit neurodermitiskranken Kindern und Jugendlichen: Konzeption und Materialien. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie* (327-354). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Spirito, A., Stark, L.J., Grace, N. & Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 531-544.
- Stangier, U., Ehlers, A. & Gieler, U. (1997). Verhaltenstherapie und Patientenschulung bei erwachsenen Neurodermitis-Patienten. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie* (285-326). Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Stephoe, A. (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (205-233). Chichester: Wiley.
- Stephoe, A. (1993). Stress and the cardiovascular system: A psychosocial perspective. In S.C. Stanford & P. Salmon (Eds.), *Stress. From synapse to syndrome* (119-142). London: Academic Press.
- Stoyva, J. M. & Carlson, J. G. (1993). A coping/rest model of relaxation and stress management. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (724-756). New York: Free Press, 2.Auflage.
- Taylor, S. E. & Aspinwall, L. G. (1993). Coping with chronic illness. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (511-531). New York: Free Press, 2. Auflage.
- Ursin, H. & Olf, M. (1993). The stress response. In S. C. Stanford & P. Salmon (Eds.), *Stress. From synapse to syndrome* (3-22). London: Academic Press.

- Vaitl, D. (1994). Herzkreislaufkrankungen. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd. 2: Anwendungen* (106-130). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wagner-Link, A. (1995). *Verhaltenstraining zur Streßbewältigung. Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer*. München: Pfeiffer.
- Weiner, H. & Mayer, E. (1990). Der Organismus in Gesundheit und Krankheit. Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell: Folgerungen für die Theorie der psychosomatischen Medizin. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 40, 81-101.
- Wieland-Eckelmann, R., Allmer, H., Kallus, K. W. & Otto, J. (Hrsg.). (1994). *Erholungsforschung. Beiträge der Emotionspsychologie, Sportpsychologie und Arbeitspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Young, L. D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.
- Zajonc, R. B. (1989). Bischofs gefühlvolle Verwirrung über die Gefühle. *Psychologische Rundschau*, 40, 218-221.