

Persönliche Ressourcen und Stressbewältigung als Einflußgrößen für Gesundheit: Eine Längsschnittstudie an DDR-Übersiedlern

Ralf Schwarzer, André Hahn und Reinhard Fuchs

Institut für Psychologie der FU Berlin

Zusammenfassung. Auf der Grundlage stress-theoretischer Überlegungen wird der Prozeß der Adaptation von DDR-Übersiedlern im Laufe von zwei Jahren untersucht. Die seelische und körperliche Gesundheit soll vorhergesagt werden durch Bewältigungsbemühungen und Ressourcen. Zum ersten Meßzeitpunkt 1989 wurden persönliche und soziale Ressourcen erhoben, zum zweiten Meßzeitpunkt problemzentrierte und emotionale Dimensionen der Stressbewältigung und zum dritten Meßzeitpunkt 1991 die gesundheitlichen Auswirkungen. Zwei Kausalannahmen wurden vergleichend geprüft, (a) ein restriktives Mediatormodell, bei dem alle Einflüsse der Ressourcen über die Bewältigung vermittelt werden und (b) ein erweitertes Modell, bei dem die Ressourcen außerdem direkte Wirkungen auf die gesundheitlichen Konsequenzen ausüben konnten. Mit Hilfe einer Kovarianzstrukturanalyse zeigte sich, daß das zweite Modell den Daten besser gerecht wurde. Ressourcen und Bewältigung sagen individuelle Unterschiede in der seelischen und körperlichen Gesundheit über lange Zeiträume voraus, ohne unbedingt auf Bewältigung als Mediator angewiesen zu sein.

Abstract. On the basis of stress theory the adaptation process of East German migrants was studied over a two-year time period. Coping and resources were expected to predict mental and physical health. At Wave 1, personal and social resources were surveyed, followed by problem-focused and emotion-focused coping at Wave 2 and by health consequences at Wave 3. Two causal pathways were examined: (a) a restrictive mediator model where all resource effects had to be mediated by coping, and (b) an expanded model that allowed resources to exert additional direct effects on health consequences. By covariance structure analysis it was found that the second model fitted the data well. Resources predicted individual differences in mental and physical health over long periods of time without having to rely on coping as a mediator.

Die körperliche und seelische Gesundheit hängt bekanntlich von vielen Faktoren ab, schädigenden und schützenden. Auch Stress ist dafür verantwortlich gemacht worden, wobei die wissenschaftliche Analyse dieser Vermutung dadurch erschwert wird, daß oft ungeklärt ist, was man unter Stress verstehen soll. So wird z. B. angenommen, daß Stressoren, nämlich kritische Ereignisse oder Umweltaforderungen, dem Organismus und der Psyche Schaden zufügen (vgl. Dohrenwend & Dohrenwend, 1981). Dem wird von anderen entgegengehalten, daß es mehr darauf ankäme, wie man solche Ereignisse subjektiv interpretiere und wie man dann mit dieser Person-Situations-Begegnung umginge (vgl. Lazarus, 1991). Darüber hinaus wird argumentiert, daß sich Stress durch protektive Faktoren „abpuffern“ ließe wie z. B. durch soziale Unterstützung (vgl. Veiel & Baumann, 1992). Wer gut sozial eingebunden ist und enge mitmenschliche Beziehungen pflegt, kann demnach kritischen Anforderungen besser widerstehen und ist weniger vulnerabel.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Institut für Psychologie, WE 7, FB Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin.

Widerstand kann man auch dann leisten, wenn man über persönliche Ressourcen verfügt wie z. B. Intelligenz oder Selbstsicherheit, die es einem leichter machen, mit Stress konstruktiv umzugehen (vgl. Hobfoll, 1989). Damit wird die Persönlichkeit selbst zu einer Einflußgröße, die über Gesundheit und Krankheit mitbestimmt (vgl. Friedman, 1990).

Stressreiche Erfahrungen und protektive Dispositionen können auf unterschiedlichen Wegen mit einer Pathogenese zusammenhängen. Ein Weg führt über psychophysiologische Veränderungen (z. B. Immunsuppression), ein anderer über Verhaltensänderungen, indem man z. B. mehr raucht oder trinkt. Stressbewältigungsversuche schließen beide Wege ein. Angesichts einer stressreichen Lage kann man mehr instrumentell handelnd oder mehr emotionsregulierend Einfluß nehmen. Man kann aktiv eingreifen, zögernd abwarten, sich ablenken, die Situation umdeuten usw. Stressbewältigung wird somit zu einer Einflußgröße gegenüber Gesundheit und Krankheit, aber sie ist ihrerseits abhängig von den Stressereinschätzungen und den Ressourcen einer Person. Man kann demnach die Ressourcen als Prädiktoren von Bewältigung und Gesundheit spezifizieren und die Bewältigung als Mediator einführen, der zwischen der Person und den gesundheitlichen Veränderungen eine vermittelnde Rolle einnimmt.

Dies entspricht der Theorie von Lazarus (1991), nach der sich Stress als ein mehrstufiger Prozeß begreifen läßt, an dessen Beginn die perzipierten Situationsanforderungen und die perzipierten Ressourcen stehen. Diese entscheiden darüber, welche Klasse von Stressereinschätzungen resultieren, nämlich Herausforderung, Bedrohung, Schaden/Verlust oder Wohltat. Darauf folgen Bewältigungsversuche, die von Emotionen begleitet werden (vgl. Weber, 1990; Laux & Weber, 1993). Die Ergebnisse dieser Bewältigung spiegeln sich im sozialen, kognitiven, emotionalen und gesundheitlichen Bereich, wobei man wiederum zwischen proximalen und distalen Ergebnissen unterscheiden kann (vgl. auch Lazarus & Folkman, 1987). Diese theoretischen Überlegungen liegen der Studie zugrunde. Die Rolle der Ressourcen und der Stressbewältigung soll nun etwas näher betrachtet werden.

Die Wirkung von Ressourcen auf Stressbewältigung und Gesundheit

Protektive Faktoren können die kognitiven Stressereinschätzungen und den Bewältigungsprozeß günstig beeinflussen (Becker, 1990). Soziale Ressourcen helfen, Verluste nahestehender Personen zu überwinden (Hobfoll, 1989; Schwarzer & Leppin, 1992; Stroebe & Stroebe, 1983). *Soziale Unterstützung* wurde von Cohen und Syme (1985) definiert als Ressourcen, die von anderen zur Verfügung gestellt werden. Das Konzept der sozialen Unterstützung ist allerdings komplizierter, denn es hat sich inzwischen bewährt, einige nützliche Unterscheidungen vorzunehmen, vor allem diejenige zwischen erhaltener Unterstützung (received support) und wahrgenommener oder (besser) erwarteter Unterstützung (perceived available support) (vgl. Schwarzer & Leppin, 1991). Wenn über Hilfe berichtet wird, die man tatsächlich von anderen in einer Notlage erhalten hat, dann geht es wirklich um soziale Ressourcen. Anders liegt der Fall, wenn gefragt wird, ob man glaubt, in einer zukünftigen Krise von den Mitgliedern seines sozialen Netzes unterstützt zu werden. Hier handelt es sich um eine subjektive Erwartung, und damit verlagert sich

diese Ressource teilweise in die Persönlichkeit, denn diese Erwartung kann völlig unrealistisch sein. Konsequenterweise bezeichnen Sarason, Pierce und Sarason (1990) diese Art von Unterstützung als eine stabile Persönlichkeitsdisposition. Beide Arten von sozialem Rückhalt haben sich als protektiv erwiesen, wenn es um die Entstehung und Bewältigung von Depression und Krankheit ging, aber die empirischen Befunde sind sehr inkonsistent und fallen im Durchschnitt sehr niedrig aus, wenn man sie meta-analytisch betrachtet (Schwarzer & Leppin, 1989). Es macht im übrigen einen Unterschied, ob man die allgemein wohltuende Wirkung von sozialer Einbettung und sozialer Interaktion studiert (Haupteffekte) oder ob man angesichts akuter Krisensituationen die moderierende Wirkung von sozialer Unterstützung analysiert (Puffereffekte). So konnten wir z. B. anhand des vorliegenden Längsschnittdatensatzes von DDR-Übersiedlern herausfinden, daß der mit Arbeitslosigkeit verbundene Stress auf Dauer durch erhaltene Unterstützung abgefedert werden konnte, was in verminderter Ängstlichkeit und Depressivität bei den Unterstützten zum Ausdruck kam (Schwarzer, Hahn & Jerusalem, 1993).

Auch persönliche Ressourcen können dazu beitragen, Umwelтанforderungen von vornherein als weniger gravierend einzuschätzen und adaptive Bewältigungsoptionen auszuwählen. *Optimismus* ist in diesem Zusammenhang als ein heuristisch wertvolles Konstrukt in die Debatte gebracht worden. Darunter verstehen Scheier und Carver (1992) „generalisierte Ergebniserwartungen“, die die subjektive Annahme widerspiegeln, daß schon alles gut ausgehen werde. Diese Ressource erwies sich in mehreren Studien als prädiktiv für einen günstigen Genesungsverlauf. So haben die Autoren z. B. herzkranken Männer untersucht, die sich einer Bypass-Operation unterzogen haben. Die Optimisten unter ihnen erholten sich schneller, waren zufriedener und berichteten noch fünf Jahre nach der Operation über eine höhere Lebensqualität als die Pessimisten (Scheier et al., 1989).

Eine wichtige personale Ressource ist die Überzeugung eigener Wirksamkeit oder *Kompetenzerwartung* (perceived self-efficacy). Je mehr man daran glaubt, über adaptive Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, um ein Problem instrumentell lösen zu können, desto mehr wird man motiviert sein, diese Überzeugungen in aktives Handeln umzusetzen (vgl. Bandura, 1992). Kompetenzerwartung ist im Stressgeschehen eine Antezedenzvariable, die darüber mitbestimmt, welche Bewältigungshandlung man auswählt, wieviel Anstrengung man investiert und wie lange man auf einer Strategie beharrt, bevor man aufgibt (Jerusalem & Schwarzer, 1992). Kompetenzerwartung wirkt sich darauf aus, wie Menschen fühlen, denken und handeln. In emotionaler Hinsicht ist geringe Kompetenzerwartung verbunden mit Depressivität, Ängstlichkeit und geringem Selbstwertgefühl (vgl. Bandura, 1991; Kavanagh, 1992). In kognitiver Hinsicht ist geringe Kompetenzerwartung mit einer pessimistischen Einstellung gegenüber der eigenen Leistung und mit einer Unterschätzung von Fähigkeiten verbunden. Hohe Kompetenzerwartung dagegen veranlaßt zu optimistischen Einstellungen und zur Interpretation schwieriger Aufgaben als Herausforderungen. Es hat sich empirisch wiederholt gezeigt, daß die Kompetenzerwartung bei der Bewältigung von Stress, dem Ertragen von Schmerzen, dem Umgang mit chronischen Leiden, der Entwöhnung von Abhängigkeit und dem Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen eine zentrale Rolle spielt (O'Leary, 1992; Schwarzer, 1993a, 1993b, 1993c).

Die Wirkung von Stressbewältigung auf Gesundheit

Die Möglichkeiten, auf kognitive und verhaltensmäßige Weise stressreichen Anforderungen zu begegnen, erscheint unbegrenzt, weil dies auch vom Kontext abhängig ist, aber es gibt ordnungsstiftende Klassifikationsversuche. So wird z. B. in der Ways of Coping-Skala von Folkman und Lazarus (1988) zwischen acht Dimensionen unterschieden, der konfrontierenden Bewältigung, dem Distanzieren, der Selbstkontrolle, der Suche nach sozialer Unterstützung, der Übernahme von Verantwortung, der Vermeidung, der geplanten Problemlösung und der positiven Stresseinschätzung. Nach Ansicht der Autoren liegen jedem Bewältigungsversuch eine von zwei Funktionen zugrunde, *problemzentrierte Bewältigung* und *emotionszentrierte Bewältigung*. Krohne (1990) hat dagegen ein Modell „dispositionell determinierter Bewältigungsmodi“ vorgeschlagen, das zwei Dimensionen von Bewältigung enthält, nämlich Vigilanz und kognitive Vermeidung. Im ersten Fall geht es um die Suche und Verarbeitung bedrohlicher Informationen, um Unsicherheit zu reduzieren; bei der Vermeidung dagegen wendet sich die Person gedanklich von solchen Reizen ab, um ihre Erregung zu lindern, die aufgrund der Bedrohung ausgelöst wurde (vgl. auch Krohne, 1993). Vielen Theorien und Meßinstrumenten sind zwei Arten von Strategien gemeinsam, die mehr vermeidenden auf der einen Seite und die mehr konfrontativ handelnden oder Aufmerksamkeit steuernden auf der anderen Seite. Beide können unter gegebenen Umständen mehr oder weniger adaptiv ausfallen, aber die Wirkung scheint zeitabhängig zu sein. In einer Meta-Analyse haben Suls und Fletcher (1985) eine Vielzahl von Befunden überprüft und dabei festgestellt, daß Vermeidungsstrategien eher kurzfristig vorteilhaft waren, während die aufmerksam-konfrontierenden Strategien sich eher als langfristig günstig erwiesen haben, wenn es um die psychosoziale Adaptation und Gesundheit ging. Es ist anzunehmen, daß die aktiv-aufmerksamen Bewältigungsstrategien eng mit den problemzentrierten im Sinne von Lazarus (1991) verwandt sind, die vermeidenden entsprechend mit den emotionszentrierten. Wenn es lange Zeit nicht gelingt, ein Problem unter Kontrolle zu bringen, bleibt der Organismus der Belastung auf Dauer ausgesetzt und wird geschädigt. Gelingt die Wiederanpassung, dann geschieht dies mit einem hohen Aufwand. Bewältigung, ob erfolgreich oder nicht, ist mit Kosten verbunden, mit Anstrengungen, die den Organismus überfordern oder schwächen können und somit weiter verletzbar machen. Auch die positive Bewältigung kann demnach gesundheitliche Spuren hinterlassen. Zu diesen Kosten gehören auch Risikoverhaltensweisen sowie die Unterlassung von Gesundheitsverhaltensweisen (vgl. Schwarzer, 1992). Eine Längsschnittstudie an Patienten mit rheumatischer Arthritis (Smith & Wallston, 1992) hat Bewältigungsstrategien als Mediator im Rahmen eines komplexen Prozeßmodells untersucht. Das eher passive Erdulden von Schmerzen war von dispositioneller Hilflosigkeit im Sinne eines vorauslaufenden Vulnerabilitätsfaktors mitbestimmt und führte zu nachfolgenden psychosozialen Beeinträchtigungen. Auf derselben Überlegung fußt die vorliegende Arbeit. Es wird angenommen, daß individuelle Unterschiede in persönlichen und sozialen Ressourcen gegeben sind, die sich darauf auswirken, in welchem Maße problemzentrierte und emotionszentrierte Bewältigungsformen bevorzugt werden. Diese sollen ihrerseits gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen. Bei diesem dreischrittigen Ansatz kommt der Bewältigung eine Vermittlerrolle zu. Ob dies zutrifft, ist die primäre Fragestellung der nachfolgenden Analyse.

Fragestellungen

Es geht darum herauszufinden, in welchem Maße sich die Streßeinschätzungen, die Befindlichkeit sowie die Gesundheit ungefähr zwei Jahre nach Eintreten des Streßereignisses (Übersiedlung aus der DDR) durch vorauslaufende Merkmale aufklären lassen. Vor dem Hintergrund eines Krisengeschehens, das durch Arbeitssuche, Wohnungssuche, Wiederaufbau eines sozialen Netzes, wirtschaftliche und private Unsicherheit charakterisiert ist, spielen sich Bewältigungsprozesse ab, die sowohl problemzentriert als auch emotionsregulierend sein können. Diese Bewältigung wird durch vorauslaufende Ressourcen persönlicher oder sozialer Art beeinflusst. Beide Prädiktorengruppen, Ressourcen und Bewältigung, sollten mit individuellen Unterschieden in den späteren Streßkonsequenzen verbunden sein. Die Frage ist jedoch, wie der kausale Mechanismus funktioniert, d. h. in welchem Maße die Ressourcen direkte und indirekte Effekte hervorrufen und inwieweit die Bewältigung in der Lage ist, eine vermittelnde Rolle einzunehmen. Zwei Kausalannahmen werden vergleichend geprüft, (a) ein restriktives Mediatormodell, bei dem alle Einflüsse der Ressourcen über die Bewältigung vermittelt werden und (b) ein erweitertes Modell, bei dem die Ressourcen außerdem direkte Wirkungen auf die gesundheitlichen Konsequenzen ausüben können.

Methode

Die vorliegende Studie begann Anfang Oktober 1989 vor der Öffnung der Berliner Mauer und hatte zum Ziel, den Anpassungs- und Bewältigungsprozeß der Flüchtlinge und Migranten aus Ost-Deutschland zu untersuchen. Die Längsschnittstudie mit drei Meßzeitpunkten umfaßt die ersten zwei Jahre nach der Übersiedlung.

Die Übersiedler wurden zu Beginn der Erhebung individuell in den Auffanglagern und Übersiedlerheimen angesprochen und um Teilnahme an einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung zu ihrer Lebenssituation gebeten. Die Teilnahme war freiwillig, anonym und wurde nicht vergütet. Die Anonymität wurde mittels eines Codes gesichert, um die Daten zu den drei Meßzeitpunkten korrekt zuzuordnen zu können. Die erste Erhebungswelle fand im Herbst/Winter 1989/1990 ($N = 1057$) statt, die zweite Welle wurde im Sommer 1990 ($N = 403$) und die dritte Welle im Sommer 1991 ($N = 235$) erhoben. Die Ausfallquote vom ersten zum dritten Meßzeitpunkt beträgt damit 78 Prozent. Diese hohe Ausfallquote ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die Teilnehmer zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle in Übergangslagern, Turnhallen oder Messehallen untergebracht waren und es sehr schwierig war, mit ihnen in Kontakt zu bleiben, nachdem die Lager in der ersten Jahreshälfte 1990 aufgelöst wurden. Vergleiche zwischen der Längsschnittstichprobe und der Dropout-Stichprobe erbrachten allerdings keine statistischen Unterschiede in Bezug auf die Untersuchungsvariablen Geschlecht ($\chi^2 = 3.06$; $p = .08$), Optimismus ($t = -0.49$; $p = .62$), Selbstwirksamkeit ($t = -1.03$; $p = .30$), erhaltene soziale Unterstützung ($t = 0.75$; $p = .45$), erwartete soziale Unterstützung ($t = 0.68$; $p = .50$), aktives Coping ($t = 1.08$; $p = .24$), emotionales Coping ($t = -1.55$; $p = .12$) sowie Medikamentenkonsum ($t = 1.00$; $p = .31$), gesundheitliche Beschwerden ($t = 0.61$; $p = .54$), Ängstlichkeit ($t = 0.89$; $p = .37$) und Depressivität ($t = -0.96$; $p = .33$).

Untersuchungsteilnehmer

Die nachfolgenden Analysen basieren auf jenen 235 Migranten, die an allen drei Erhebungszeitpunkten teilnahmen. Zwischen August 1989 und Februar 1990 kamen 126 Männer im Alter von 16 bis 67 Jahren ($M = 31$, $SD = 9.25$) und 109 Frauen im Alter von 14 bis 67 Jahren ($M = 32$, $SD = 10.39$) in den damaligen Westteil Berlins. Zu Beginn waren 63 der Männer und 72 der Frauen verheiratet oder hatten einen festen Partner. Die Mehrzahl der Stichprobe bestand aus Flüchtlingen (62%), definiert als diejenigen, die vor der Öffnung der Mauer am 9. November 1989 nach Berlin kamen. Als legale Übersiedler kamen 38 Prozent nach diesem Datum. Da sich keine Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen ergaben, wurde auf eine Differenzierung in den statistischen Analysen verzichtet.

Instrumentarium

Alle Übersiedler füllten zu den drei Erhebungszeitpunkten einen Fragebogen aus. Die Auswahl der Variablen für die nachfolgende Analyse geschah aufgrund der Überlegung, daß die *Ressourcen* die distalen Prädiktoren im ersten Jahr darstellen, während die Formen der *Stressbewältigung* als proximale Prädiktoren bzw. Mediatoren im zweiten Jahr dienten. Alle anderen Variablen stellen die *Konsequenzen* dar, die im dritten Jahr erfaßt wurden. Zum ersten Zeitpunkt 1989 (Ressourcen) wurden ausgewählt: die Kompetenzerwartung, der dispositionale Optimismus, erhaltene und erwartete Unterstützung; zum zweiten Zeitpunkt 1990 (Bewältigung) wurden ausgewählt: problemzentrierte und emotionszentrierte Bewältigung; zum dritten Zeitpunkt 1991 (Konsequenzen) wurden ausgewählt: positive und negative Streßeinschätzungen, Ängstlichkeit, Depressivität sowie gesundheitliche Beschwerden. Im einzelnen wurden die Variablen wie folgt gemessen:

Die generalisierte *Kompetenzerwartung* wurde mit einer von Jerusalem und Schwarzer entwickelten 10-Item-Skala erfaßt (vgl. Schwarzer, 1993b, 1993c). Ein Beispielitem lautet „Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann“. Die Skala wies eine interne Konsistenz von $\alpha = .78$ auf.

Dispositionaler Optimismus wurde durch die acht Items der von Scheier und Carver (1987) entwickelten Skala erfaßt. Ein Beispiel aus der deutschen Adaptation dieses „Life Orientation Test“ von Wieland-Eckelmann und Carver (1990) lautet: „Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft“. Die Skala wies eine interne Konsistenz von $\alpha = .67$ auf.

Soziale Unterstützung wurde mit zwei Skalen erfaßt, die eigens für die vorliegende Studie konstruiert wurden: *Erhaltene Unterstützung* wurde durch 8 Items erfaßt, die die Intensität des tatsächlich erhaltenen sozialen Rückhalts in der Zeit nach der Übersiedlung im Hinblick auf instrumentelle aber auch emotionale Unterstützung thematisiert. Beispielitems sind: „Freunde und Verwandte haben mir bei der Wohnungssuche geholfen“, „Wenn ich ein Problem hatte, gab es jemanden, mit dem ich mich aussprechen konnte“. *Erwartete Unterstützung*, die sich auf die antizipierte Verfügbarkeit von Hilfe im Bedarfsfall bezieht, wurde ebenfalls durch 8 Items erfaßt. Auch diese Items beziehen sich auf die verschiedenen Funktionen sozialer Unterstützung (materielle, emotionale,

instrumentelle, informationale Unterstützung). Beispielitems lauten: „Es gibt Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann, wenn ich einmal Hilfe benötige“, „Ich habe Freunde und Verwandte, die mich finanziell unterstützen würden“. Die interne Konsistenz der ersten Skala beträgt $\alpha = .81$ und die der zweiten Skala $\alpha = .87$.

Zur Erfassung der Bewältigungsversuche wurden zwei Skalen verwendet, die von Ute Schönpflug und Matthias Jerusalem in Anlehnung an die Arbeit von Folkman und Lazarus (1988) konstruiert wurden. Die Skala *problemorientierte Bewältigung* enthielt vier Items von der Art „Um mit meiner derzeitigen Lebenssituation fertig zu werden, unternehme ich alle Anstrengungen“ ($\alpha = .79$). Die Skala *emotionale Bewältigung* enthielt acht Items wie „Um mit meiner derzeitigen Lebenssituation fertig zu werden, versuche ich, nicht viel darüber nachzudenken“ ($\alpha = .70$).

Die *Streßeinschätzungen* (appraisals) wurden durch vier Skalen gemessen, die von Matthias Jerusalem in Anlehnung an die Streßtheorie von Lazarus (1991) entwickelt worden sind: Herausforderungs-, Wohltats-, Bedrohungs- und Verlusteinschätzungen. Die Subskala *Herausforderung* besteht aus drei Items von der Art „Ich finde meine jetzige Lebenssituation aufregend, weil ständig neue Anforderungen auf mich zukommen“ ($\alpha = .78$). Die Subskala *Wohltat* (benefit) oder „Gewinn“ enthält vier Items wie „Ich glaube, daß ich von den vielen neuen Erfahrungen persönlich profitiere“ ($\alpha = .79$). Die Subskala *Bedrohung* besteht aus vier Items, wie „Ich mache mir Sorgen wegen der Schwierigkeiten, die sich vor mir auftun“ ($\alpha = .85$). Die Subskala *Verlust* besteht ebenfalls aus vier Items. Beispiel: „Aus heutiger Sicht hat mir die Übersiedlung eher Nachteile als Vorteile gebracht“ ($\alpha = .87$).

Ängstlichkeit wurde mit einer 4-Item-Skala gemessen, die an das State-Trait-Anxiety Inventory (STAI) angelehnt war (Laux, Schaffner, Glanzmann & Spielberger, 1981). Sie enthielt Items wie „Ich werde in Anspannung und Unruhe versetzt, wenn ich an meine Sorgen und Probleme denke“ ($\alpha = .76$). Zur Erfassung von *Depressivität* wurde eine 16-Item-Skala (Zerssen, 1976) gewählt. Darin finden sich Items wie „Ich fühle mich niedergeschlagen und schwermütig“ ($\alpha = .89$).

Als Indikator für *gesundheitliche Beschwerden* wurden selbstberichtete körperliche Symptome auf der Basis des Gießener Beschwerdefragebogens von Brähler und Scheer (1983) erhoben. Dieser Fragebogen enthält 24 Items, von denen jeweils 6 Items insgesamt vier faktoriell bestätigte Symptombereiche ansprechen: (a) Herzbeschwerden ($\alpha = .77$), (b) Glieder- und Gelenkschmerzen ($\alpha = .82$), (c) Magenbeschwerden ($\alpha = .79$) und (d) Erschöpfungszustände ($\alpha = .87$). Die vier Subskalen wurden zu einem Gesamtwert aggregiert ($\alpha = .91$). Die Begriffe „physische Symptome“, „Beschwerdedruck“ und „gesundheitliche Beschwerden“ werden hier synonym verwendet. Daneben wurde eine Schätzskaala vorgelegt mit der Formulierung „Insgesamt ist meine *körperliche Gesundheit* zur Zeit: ...“ mit den Antwortstufen „schlecht“, „mittelmäßig“, „gut“ und „ausgezeichnet“. Weiterhin wurde eine sechsstufige Schätzskaala zur Häufigkeit des Medikamentenkonsums vorgegeben, die nach dem Gebrauch von Schmerzmitteln fragte.

Statistische Analyse

Zwei Kausalmodelle wurden spezifiziert, welche sich im Grad der Restriktionen unterschieden. Das Modell (a) verfolgt die sehr restriktive Annahme, daß alle Einflüsse der Ressourcen durch die Streßbewältigungsversuche vermittelt werden, während im Modell (b) sich sowohl die Ressourcen als auch die Bewältigung teils voneinander unabhängig auf die vier Konsequenzbereiche auswirken. Das restriktive Modell (a) ist in Abbildung 1 dargestellt.

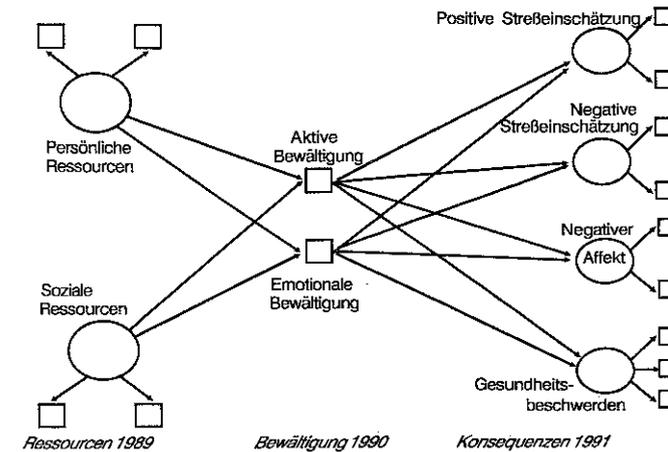


Abbildung 1. Pfadmodell zum Einfluß von Ressourcen vermittelt über Streßbewältigungsversuche auf die vier Konsequenzbereiche: Gesundheit, Befindlichkeit und positive und negative Streßeinschätzungen.

Die latente Variable *Persönliche Ressourcen* ergibt sich aus zwei Indikatoren, nämlich dispositionalem Optimismus und Kompetenzerwartung. Die latente Variable *Soziale Ressourcen* verfügt über zwei Indikatoren, erwartete und erhaltene soziale Unterstützung. Die Ressourcenfaktoren beeinflussen die beiden Formen der Streßbewältigung ein Jahr später, nämlich die *problemzentrierte Bewältigung* und die *emotionszentrierte Bewältigung*. Dies sind lediglich manifeste Variablen ("single indicators"), die sich nicht zu einer gemeinsamen Dimension zusammenfassen lassen. Sie beeinflussen ihrerseits die vier Konsequenzfaktoren der dritten Erhebungswelle. Die *positiven Streßeinschätzungen* enthalten die Indikatoren Herausforderung und Wohltat, die *negativen Streßeinschätzungen* die Indikatoren Bedrohung und Verlust, der Faktor *negativer Affekt* verfügt über die beiden Indikatoren Ängstlichkeit und Depressivität und der Faktor *Gesundheitsbeschwerden* schließlich ist gebildet aus den Indikatoren Beschwerdedruck, Gesundheitsrating und Schmerzmedikation.

Das erweiterte Modell (b) enthält darüber hinaus acht Pfade, die von den beiden Ressourcenfaktoren direkt zu den vier Konsequenzfaktoren führen, was sich graphisch nicht übersichtlich darstellen läßt.

Ergebnisse

Zunächst wurde eine Korrelationsmatrix der 15 manifesten Variablen erstellt. Aufgrund fallweisen Ausschlusses von unvollständigen Daten reduzierte sich der Stichprobenumfang von $N = 235$ auf $N = 204$. Tabelle 1 enthält die Matrix, in der die Variablen in zeitlicher Folge geordnet sind und der Anordnung in Abbildung 1 entsprechen.

Die beiden persönlichen Ressourcenvariablen Optimismus und Kompetenzerwartung hängen eng miteinander zusammen ($r = .50$), ebenso die beiden sozialen Ressourcenvariablen ($r = .72$), während die Zusammenhänge zwischen persönlichen und sozialen Ressourcen nur gering sind. Die beiden Bewältigungsdimensionen sind nur mittelhoch miteinander korreliert ($r = -.37$). Sie korrelieren signifikant mit allen Ressourcen außer dem Optimismus. Mit den Konsequenzen korreliert vor allem die emotionale Bewältigung, während die problemzentrierte Bewältigung lediglich eine signifikante Beziehung zur positiven Streßeinschätzung aufweist ($r = .31$ und $r = .20$). Die Ressourcen korrelieren mit den Konsequenzen teilweise höher als mit den beiden zeitlich näher liegenden Bewältigungsvariablen. Das steht im Widerspruch zu der Mediatorhypothese. Die Konsequenzen sind untereinander teilweise sehr hoch korreliert, aber dies ist für die vorliegende Fragestellung nicht weiter von Bedeutung.

In einem zweiten Schritt wurde die Matrix nach dem Strukturgleichungsansatz mit Hilfe des Programms LISREL 8 nach der ULS-Methode analysiert (vgl. Jöreskog & Sörbom, 1993)¹. Die Analyse des *restriktiven Mediatormodells* (a), welches in der Abbildung 1 zu sehen ist, ergab folgende Kennwerte: ein zu hohes Chi-Quadrat (75 df) = 243.53 (ss), einen zu niedrigen Goodness of Fit-Index GFI = .94 und ein zu hohes Root Mean Square Residual von RMSR = .10. Zur Überprüfung der Modellanpassung gibt es in LISREL 8 eine Reihe weiterer Indizes, die bekannten Nachteilen des Chi-Quadrat-Tests Rechnung tragen. Um beispielsweise dem Problem gerecht zu werden, daß der Chi-Quadrat-Test umso günstiger ausfällt, je mehr Parameter im Modell geschätzt werden, stellt LISREL 8 Akaike's Information Criterion (AIC) zur Verfügung, welches hier AIC = 333.5 betrug. Dies ist im Vergleich zum Independence AIC („unabhängiges“ Modell, d. h. es wird angenommen, daß alle beobachteten Variablen unkorreliert sind) von 2698.8 zwar befriedigend, jedoch im Vergleich zum Saturated AIC („gesättigtes“ Modell mit $k(k+1)/2$ Parametern und null Freiheitsgraden, wobei k der Anzahl der beobachteten Variablen entspricht) von 240 viel zu hoch. AIC sollte dem Saturated AIC so nahe wie möglich kommen oder es sogar noch unterschreiten (Jöreskog, im Druck). Auch der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) war hier leider .10 ($p < .001$). Er gibt das Maß an, zu dem das Untersuchungsergebnis „approximativ“ in der Population gültig ist (im Gegensatz zu „exakt“ in der Chi-Quadrat Statistik). Nach Jöreskog (im Druck) sollte eine Grenze von .08 nicht überschritten werden.

Die Analyse des *erweiterten Modells* (b), bei dem außerdem acht direkte Pfade von den Ressourcen zu den Konsequenzen führen, ergab folgende Kennwerte: Chi-Quadrat (64 df) = 44.9 ($p = .97$), Goodness of Fit-Index GFI = .99 und Root Mean Square

¹ Wir danken Karl Jöreskog für die Beratung bei der Analyse dieser Modelle (Köln, 18. März 1993).

Tabelle 1. Korrelationsmatrix ($N = 204$)

	OPTIMIS1	WIRKSAM1	ERWSUPP1	ERHSUPP1	AKTIV2	EMOTIO2	HERAUSF3	WOHL3	BEDROH3	VERLUST3	ANGST3	DEPRESS3	B_DRUCK3	GESUND3
OPTIMIS1														
WIRKSAM1	.50**													
ERWSUPP1	.04	.09												
ERHSUPP1	.10	.10	.72**											
AKTIV2	.10	.24**	.26**	.18*										
EMOTIO2	-.07	-.25**	-.21*	-.17*	-.37**									
HERAUSF3	.24**	.37**	.28**	.23**	.31**	-.17*								
WOHL3	.19*	.22**	.31**	.32**	.20*	-.28**	.68**							
BEDROH3	-.22*	-.24**	-.15	-.21*	-.14	.40**	-.42**	-.59**						
VERLUST3	-.15	-.13	-.26**	-.34**	-.10	.33**	-.46**	-.74**	.77**					
ANGST3	-.25**	-.34**	-.18*	-.20*	-.10	.39**	-.41**	-.50**	.74**	.64**				
DEPRESS3	-.21*	-.31**	-.24**	-.27**	-.12	.33**	-.40**	-.50**	.65**	.63**	.67**			
B_DRUCK3	-.18*	-.25**	-.12	-.21*	-.03	.31**	-.21**	-.43**	.55**	.49**	.60**	.66**		
GESUND3	.22**	.24**	.11	.15	.06	-.22**	.24**	.39**	-.43**	-.37**	-.45**	-.48**	-.65**	
MEDSCHM3	-.08	-.04	-.11	-.10	.05	.20*	-.03	-.16	.23**	.24**	.28**	.28**	.45**	-.48**

Anmerkung: ** $p < .001$; * $p < .01$; OPTIMIS1 = Optimismus; WIRKSAM1 = Selbstwirksamkeit; ERWSUPP1 = erwartete soziale Unterstützung; ERHSUPP1 = erhaltene soziale Unterstützung; AKTIV2 = problembezogenes Coping; EMOTIO2 = emotionsbezogenes Coping; HERAUSF3 = Herausforderung; WOHL3 = Wohlfahrt/Gewinn; BEDROH3 = Bedrohung; VERLUST3 = Schaden/Verlust; ANGST3 = Ängstlichkeit; DEPRESS3 = Depressivität; B_DRUCK3 = körperliche Beschwerden; GESUND3 = wahrgenommener körperlicher Gesundheitszustand (single item); MEDSCHM3 = Medikamentenkonsument (Schlaf- und Beruhigungsmittel).

Residual RMSR = .04. Hier lag der Approximationsfehler des Modells bei RMSEA = 0 ($p = 1$), was einen perfekten Fit anzeigt. Der AIC-Kennwert betrug 156.9, was noch unterhalb des Saturated AIC von 240 lag. Es handelt sich somit um eine optimale Anpassung des erweiterten Modells an die Daten. Sowohl die hochsignifikante Differenz der Chi-Quadrat-Werte beider konkurrierender Modelle, als auch, was noch wichtiger erscheint, der Vergleich von Akaike's Information Criterion (AIC), spricht eindeutig dafür, das erste der beiden Modelle zu verwerfen. Die standardisierten Unweighted-least-square-Schätzungen befinden sich in Tabelle 2.

Die Lambda-X-Matrix und die Lambda-Y-Matrix enthalten die Faktorenladungen, die belegen, wie gut die einzelnen Meßmodelle, also die Verknüpfungen von latenten und manifesten Variablen, konstruiert sind. Die Gamma-Matrix quantifiziert die Einflüsse der beiden Ressourcenfaktoren auf Bewältigung und Konsequenzen. Die *persönlichen Ressourcen* wirken sich auf die problemzentrierte Bewältigung (.22) und auf die emotionale Bewältigung (-.21) aus. Die *sozialen Ressourcen* wirken sich ebenfalls auf die emotionale Bewältigung (-.20) und auf die problemzentrierte Bewältigung (.23) aus. Ressourcen begünstigen also langfristig eine problemlösende, instrumentelle Orientierung bei der Stressbewältigung und verhindern tendenziell eine lediglich besänftigende, emotionsregulierende Orientierung. Weiterhin stützen die Ressourcen über einen noch längeren Zeitraum hinweg die positiven Streßeinschätzungen und wirken den negativen Streßeinschätzungen protektiv entgegen. Sie mindern negativen Affekt und Gesundheitsbeschwerden. Die persönlichen Ressourcen schützen die Gesundheit offenbar noch stärker (-.30) als es die sozialen Ressourcen tun (-.16). Dies gilt in Analogie dazu für die negative Befindlichkeit (-.40 vs. -.23). Wenn es jedoch um negative Streßeinschätzungen geht, dann erweisen sich die sozialen Ressourcen als etwas protektiver (-.25) als die persönlichen (-.19). Bei den positiven Streßeinschätzungen gibt es in dieser Hinsicht keine Unterschiede (.31 vs. .31).

Die Beta-Matrix enthält die Einflüsse der beiden *Bewältigungsfaktoren* auf die vier Konsequenzfaktoren. Problemzentrierte Bewältigung ist nicht signifikant mit den Streßeinschätzungen verbunden, aber zeigt schwache Wirkungen auf Affekt (.16) und Gesundheit (.20). Emotionale Bewältigung führt ein Jahr später zu negativen Streßeinschätzungen (.36), zu stärkerer negativer Befindlichkeit (.36) und zu mehr Gesundheitsbeschwerden (.30). Drei der Beta-Pfade waren nicht signifikant, diejenigen von problemzentrierter Bewältigung zu den beiden Streßeinschätzungen und derjenige von emotionaler Bewältigung zu den positiven Streßeinschätzungen. Setzt man diese drei Pfade gleich null und reanalysiert das Modell, dann ergibt sich jedoch keine nennenswerte Veränderung der Modellanpassungsgüte.

Die PSI-Matrix enthält unterhalb der Diagonale die Kovarianzen zwischen den „Gleichungsfehlern“ der endogenen Variablen. Aus den Werten der Diagonale läßt sich die Varianzaufklärung der endogenen Größen entnehmen (1-PSI). Etwa 12% der individuellen Unterschiede in der problemzentrierten Bewältigung und 9% in der emotionszentrierten Bewältigung lassen sich durch Ressourcen aufklären. Ressourcen und Bewältigung gemeinsam klären einen großen Teil der individuellen Unterschiede in den Konsequenzen auf, nämlich etwa 30% der positiven und 27% der negativen Streßeinschätzungen, 40% der Befindlichkeit und 23% der Gesundheitsbeschwerden.

Tabelle 2. Standardisierte Lösung für das erweiterte Kausalmodell (ULS-Parameter)

LAMBDA Y - Matrix ¹						
	AKTIV	EMOTIO	POS_EIN	NEG_EIN	NEG_AFFEKT	KRANKHEIT
AKTIV2	1.00	.00	.00	.00	.00	.00
EMOTIO2	.00	1.00	.00	.00	.00	.00
HERAUSF3	.00	.00	.71	.00	.00	.00
WOHL3	.00	.00	.95	.00	.00	.00
BEDROH3	.00	.00	.00	.88	.00	.00
VERLUST3	.00	.00	.00	.87	.00	.00
ANGST3	.00	.00	.00	.00	.82	.00
DEPRESS3	.00	.00	.00	.00	.82	.00
B-DRUCK3	.00	.00	.00	.00	.00	.94
GESUND3	.00	.00	.00	.00	.00	-.76
MEDSCHM3	.00	.00	.00	.00	.00	.47

LAMBDA X - Matrix	
PERS_RESS	SOZ_RESS
OPTIMIS1	.60
WIRKSAM1	.83
ERWSUPP1	.00
ERHSUPP1	.00

GAMMA - Matrix	
PERS_RESS	SOZ_RESS
AKTIV	.22
EMOTIO	-.21
POS_EIN	.31
NEG_EIN	-.19
NEG_AFFEKT	-.40
KRANKHEIT	-.30

BETA - Matrix	
AKTIV	EMOTIO
AKTIV	.00
EMOTIO	.00
POS_EIN	.09
NEG_EIN	.10
NEG_AFFEKT	.16
KRANKHEIT	.20

PSI - Matrix						
	AKTIV	EMOTIO	POS_EIN	NEG_EIN	NEG_AFFEKT	KRANKHEIT
AKTIV	.88					
EMOTIO	-.26	.91				
POS_EIN	.00	.00	.70			
NEG_EIN	.00	.00	-.52	.73		
NEG_AFFEKT	.00	.00	-.36	.61	.60	
KRANKHEIT	.00	.00	-.22	.39	.49	.77

Anmerkung. AKTIV = problembezogenes Coping (single indicator: AKTIV2); EMOTIO = emotionsbezogenes Coping (single indicator: EMOTIO2); POS_EIN = positive Streßeinschätzung (Indikatoren: HERAUSF3 = Herausforderung, WOHL3 = Wohltat/Gewinn); NEG_EIN = negative Streßeinschätzung (Indikatoren: BEDROH3 = Bedrohung, VERLUST3 = Schaden/Verlust); NEG_AFFEKT = negativer Affekt (Indikatoren: ANGST3 = Ängstlichkeit, DEPRESS3 = Depressivität); KRANKHEIT = Gesundheitsbeschwerden (Indikatoren: B-DRUCK3 = körperliche Beschwerden, GESUND3 = wahrgenommener körperlicher Gesundheitszustand [single item], MEDSCHM3 = Medikamentenkonsum [Schlaf- und Beruhigungsmittel]); PERS-RESS = personale Ressourcen (Indikatoren: OPTIMIS1 = Optimismus, WIRKSAM1 = Selbstwirksamkeit); SOZ-RESS = soziale Ressourcen (Indikatoren: ERWSUPP1 = erwartete soziale Unterstützung, ERHSUPP1 = erhaltene soziale Unterstützung).

Tabelle 3. Indirekte und totale Effekte der Ressourcen auf die Konsequenzen

Von Persönlichen Ressourcen			
auf	direkt	indirekt	total
Pos_Ein	.31	.04	.35
Neg_Ein	-.19	-.10	-.29
Affekt	-.40	-.11	-.51
Krankheit	-.30	-.11	-.41
Von Sozialen Ressourcen			
auf	direkt	indirekt	total
Pos_Ein	.31	.04	.35
Neg_Ein	-.25	-.10	-.35
Affekt	-.23	-.11	-.34
Krankheit	-.16	-.11	-.27

Anmerkung. Pos_Ein = positive Streßeinschätzung; Neg_Ein = negative Streßeinschätzung; Affekt = negativer Affekt; Krankheit = Gesundheitsbeschwerden.

Ein besseres Bild von den Wirkungen der Ressourcen erhält man, wenn man darüber hinaus berücksichtigt, daß neben den direkten Pfaden auch Mediatoreffekte durch die beiden Bewältigungsfaktoren vermittelt werden. Tabelle 3 stellt die direkten und indirekten Effekte gegenüber und gibt Auskunft über die totalen Effekte. In allen Fällen sind die indirekten Effekte deutlich schwächer als die direkten, womit die Mediatorwirkung als relativ gering zu veranschlagen ist. Die nach zwei Jahren erfaßten Konsequenzen sind am besten auf unmittelbare Weise durch die Ressourcen vorhersagbar. Betrachtet man die totalen Effekte, so spiegeln sich die zuvor referierten Befunde auf höherer Ebene wider. Persönliche Ressourcen begünstigen positive Streßeinschätzungen und schützen gegen negatives Befinden und Gesundheitsbeschwerden. Soziale Ressourcen begünstigen positive Streßeinschätzungen und schützen gegen negative Streßeinschätzungen, Mißbefinden und körperliche Symptome.

Diskussion

Diese theoriegeleitete Feldstudie mit drei Meßzeitpunkten hat wichtige Befunde zur Dynamik des Krisengeschehens erbracht. In einer kritischen Lebenssituation haben sich die Ressourcen als bedeutsam für die Streßbewältigung, die Streßeinschätzung und die seelische und körperliche Gesundheit erwiesen. Über ein bis zwei Jahre hinweg waren die personalen und sozialen Merkmale in der Lage, Bewältigung und Streßkonsequenzen

vorherzusagen. Ein beachtlicher Anteil der individuellen Unterschiedlichkeit in den Konsequenzen ließ sich durch die Prädiktoren vorhersagen. Mißbefinden und Gesundheitsbeschwerden wurde durch beide protektive Faktoren entgegengewirkt. Positive Streßeinschätzungen wurden durch personale und soziale Ressourcen begünstigt und negative wurden abgefedert. Wer optimistisch ist, sich für kompetent hält und sozial gut eingebettet ist, sieht die Welt nicht mehr so schlimm. Somit liefert die vorliegende Studie auch einen Beitrag zur Social Support-Forschung. Unterstützung zu erfahren, hilft bei der instrumentellen Auseinandersetzung mit der Krise und fördert eine positive Sichtweise, womit ein besseres Befinden einhergeht. Wem es am sozialen Rückhalt mangelt, der neigt mehr dazu, die aktiven Problemlösungen zu vermeiden und sich erst einmal abzulenken, und wird später eher psychisch und gesundheitlich beeinträchtigt sein (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989; Veiel & Baumann, 1992).

Die Tatsache, daß sich emotionszentrierte Bewältigung auf negative Streßeinschätzungen, Mißbefinden und Gesundheitsbeschwerden auswirkt, stützt die Ergebnisse der oben erwähnten Meta-Analyse von Suls und Fletcher (1985), nach der diese Form der Streßbewältigung langfristig weniger adaptiv ist. In der gegenwärtigen Studie liegen die Erhebungswellen jeweils fast ein Jahr auseinander, so daß es nicht möglich ist, im Vergleich dazu kurzfristige Effekte zu untersuchen. Es wäre denkbar, daß sich emotionales Bewältigen über Tage hinweg zunächst günstig auswirkt, weil damit die unmittelbare Streßsituation reguliert werden kann, aber über einen längeren Zeitraum hinweg maladaptive Konsequenzen zeitigt.

Einige Einschränkungen relativieren den Wert der Befunde. Nach der Theorie von Lazarus (1991) hängt die Streßbewältigung maßgeblich von den anfänglichen Streßeinschätzungen ab (primary und secondary appraisals). Welche Vorstellungen sich die Personen von ihrer Krisensituation ("what is at stake") und ihren Bewältigungsmöglichkeiten ("coping options") machen, ist jedoch hier nicht erhoben worden. Lediglich später gibt es Einschätzungsergebnisse (Wohltat, Herausforderung, Bedrohung, Verlust zum dritten Meßzeitpunkt), die aufgrund ihrer zeitlichen Position vielleicht besser als "Reappraisals" aufgefaßt werden sollten. Es wäre sinnvoll, in zukünftigen Studien die anfänglichen Einschätzungen mitzuberücksichtigen.

Eine weitere Einschränkung liegt darin, daß nur selbstberichtete Daten analysiert worden sind. Dies ist zwar voll und ganz im Einklang mit der Theorie von Lazarus (1991) und aktuellen Anwendungen davon (Smith & Wallston, 1992), weil die subjektiven Wahrnehmungen stärker verhaltensrelevant sein sollten als die objektiven Gegebenheiten. Dennoch würde man sich für spätere Studien auch ergänzende Datenquellen wünschen. Es wäre z. B. von Vorteil zu wissen, in welchem Maße Gesundheitsdienste oder psychologische Beratungsstellen in Anspruch genommen werden, wie die objektive körperliche Fitness beschaffen ist und ob tatsächlich Erkrankungen vorliegen, Fehlzeiten am Arbeitsplatz oder Medikamentenkonsum.

Auch bleibt die Frage offen, inwieweit die Ergebnisse spezifisch für die hier gewählte Untersuchungspopulation und die epochal spezifische Streßsituation ist. Will man die Befunde verallgemeinern, so muß man ähnliche Studien auch an anderen Personen und in anderen Kontexten durchführen. Sicher wurde hier nicht nur eine Beschreibung von Merkmalen einer einzigartigen Personengruppe von ostdeutschen Migranten vorgenommen. Vielmehr wurden streßtheoretische Vorstellungen universeller Art auf diesen

Sonderfall erfolgreich angewandt. Der gewählte Ansatz ist heute verbreitet und schlägt sich in einer Vielzahl von Untersuchungen nieder, wenn auch selten in Längsschnittstudien. Eine rühmliche Ausnahme ist die genannte Arbeit von Smith und Wallston (1992), die tendenziell zu ähnlichen Befunden kommt wie die vorliegende Studie.

Auch ist zu bedenken, daß die vorliegenden Analysen auf Haupteffekte gerichtet waren, die zwar die Mediatorwirkungen prüften, nicht aber die Moderatorwirkungen (vgl. Baron & Kenny, 1986). Für manche Fragestellungen erscheint es sinnvoll, Wechselwirkungen z. B. zwischen Ressourcen und Bewältigung zu prüfen, um zu sehen, ob nur auf einer bestimmten Stufe des Bewältigungsfaktors eine Wirkung von Ressourcen auf Gesundheit auftritt. Gerade im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung muß man davon ausgehen, daß auch Interaktionen auftreten können. Dies haben wir an anderer Stelle demonstriert, als es um die Frage ging, ob sozialer Rückhalt den Streß von Arbeitslosigkeit abzufedern in der Lage ist (Schwarzer et al., 1993). Hier dagegen war die Fragestellung nicht auf Puffereffekte gerichtet.

Ein schwieriger Punkt liegt in der Annahme von Kausalbeziehungen. Die Autoren waren von streßtheoretischen Vorstellungen geleitet, bei denen die Ressourcen als kausale Vorläufer der Bewältigungsformen und der gesundheitlichen Konsequenzen dienen. Diese Überlegungen sind jedoch nicht in ein entsprechendes Design umgesetzt worden, welches die Überprüfung kausaler Hypothesen erlaubt. Es gibt hier keine experimentelle Intervention, sondern lediglich eine zeitliche Ordnung der Variablen, die allerdings mit den vermuteten ursächlichen Beziehungen im Einklang steht. Dies stellt jedoch nur eine methodische Minimalforderung dar, um Einflüsse nachweisen zu können. Besser wäre es gewesen, die gesundheitlichen Variablen schon zum ersten Meßzeitpunkt als Eingangsmessung zu spezifizieren und dann den Einfluß der Ressourcen und der Bewältigung auf die Veränderung der Gesundheit vom ersten zum dritten Meßzeitpunkt zu überprüfen. Beim vorliegenden Design dagegen handelt es sich lediglich um ein Vorhersagemodell, nicht um ein Kausalmodell im engeren Sinn. Eine anspruchsvollere Diskussion dieser Problematik findet man bei Bollen (1989) und Steyer (1992). Die kausale Interpretation der Befunde ist in jedem Fall mit der nötigen Vorsicht vorzunehmen, was hier noch einmal unterstrichen werden soll.

Trotz dieser Einschränkungen darf der konstruktive wissenschaftliche Beitrag nicht aus dem Auge verloren werden, den diese Befunde liefern. Wir haben es mit einer längsschnittlichen Untersuchung von psychischen und gesundheitlichen Beziehungen zu tun, die vor dem Hintergrund einer epochalen, sozialen und individuellen Krise ablaufen. Hier Aufklärung zu leisten, kann unsere Kenntnis der psychosozialen Mitbeeinflussung gesundheitlicher Belastungen fördern, auch wenn die vorliegende Studie uns zunächst nur in die Lage versetzt, weiterführende Hypothesen zu generieren.

Literatur

- Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of anxiety. In R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89–110). New York: Harwood.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3–38). Washington, DC: Hemisphere.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Becker, P. (1990). Prävention. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 429–438). Göttingen: Hogrefe.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Brähler, E. & Scheer, J. (1983). *Gießener Beschwerdebogen (GGB)*. Bern: Huber.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (Eds.) (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York: Neale Watson Academic Publications.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *The Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Friedman, H. (Ed.) (1990). *Personality and disease*. New York: Wiley.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513–524.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195–213). Washington, DC: Hemisphere.
- Jöreskog, K. (im Druck). Testing structural equation models. In K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. New York: Sage.
- Jöreskog, K. & Sörbom, D. (1993). *New features in LISREL 8*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Kavanagh, D. (1992). Self-efficacy and depression. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 177–193). Washington, DC: Hemisphere.
- Krohne, H. W. (1990). Streß und Streßbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 263–77). Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W. (Ed.) (1993). *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Laux, L. & Weber, H. (1993). *Bewältigung von Emotionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–169.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229–245.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 97–128). New York: Wiley.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169–210.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201–228.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J., Magovern, G. J. Sr., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A. & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024–1040.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993a). Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1, 7–31.
- Schwarzer, R. (1993b). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. (1993c). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. (eingereicht)

- Schwarzer, R., Hahn, A. & Jerusalem, M. (1993). Negative affect in East German migrants: Longitudinal effects of unemployment and social support. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 57–69.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99–127.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 65–83). Washington, DC: Hemisphere.
- Smith, C. A. & Wallston, K. A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151–162.
- Steyer, R. (1992). *Theorie kausaler Regressionsmodelle*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin*, 93, 279–301.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249–288.
- Veiel, H.O.F. & Baumann, U. (1992). The many meanings of social support. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 1–9). Washington, DC: Hemisphere.
- Weber, H. (1990). Emotionsbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 279–294). Göttingen: Hogrefe.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C. S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2, 163–184.
- Zerssen, D. V. (1976). *Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S). Depressivitäts-Skala (D-S)*. Weinheim: Beltz Test.