

*Meinrad Perrez und Gisela Michel*

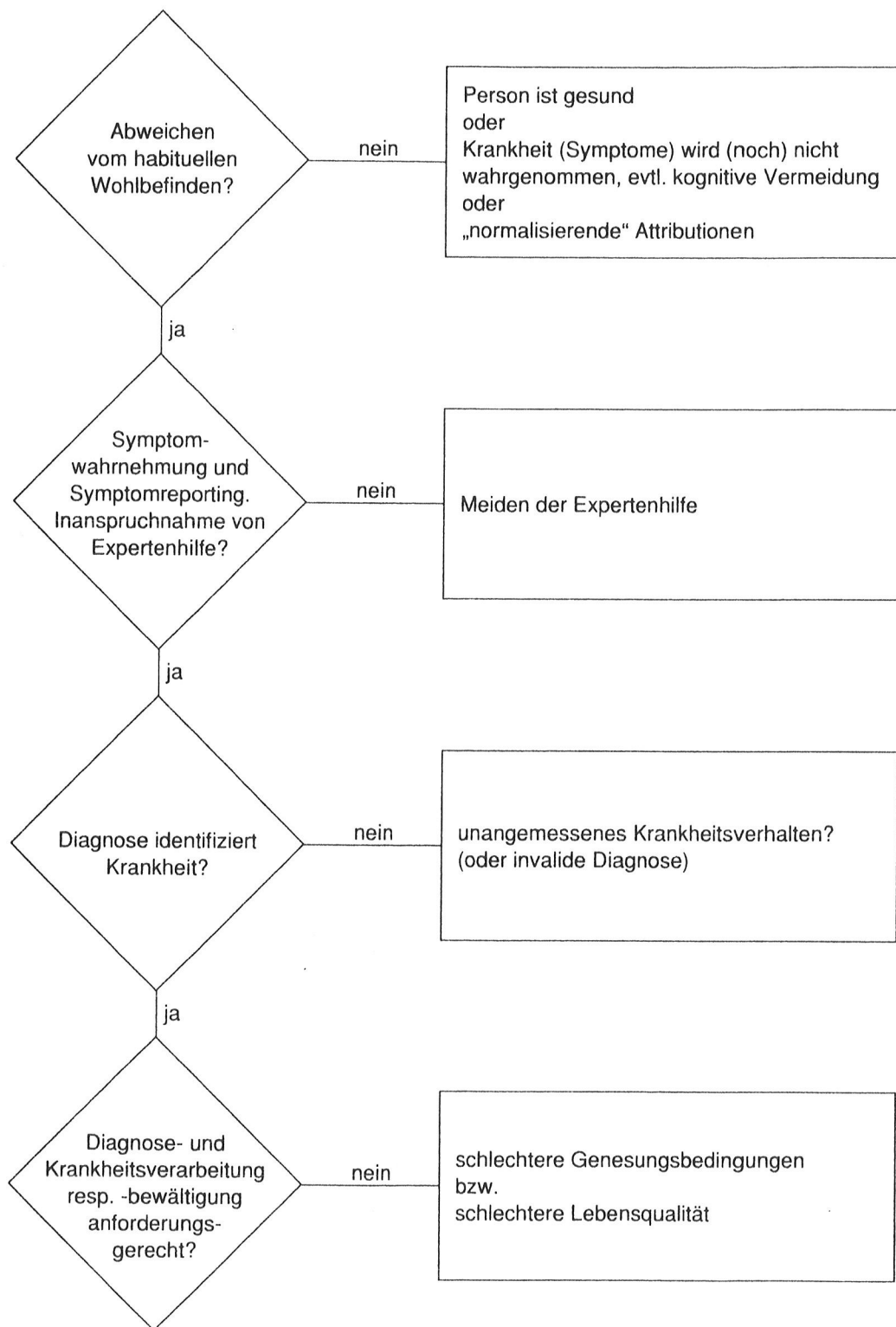
## *1 Einleitung*

Der vorliegende Beitrag berichtet über neuere Befunde zum Umgang mit somatischen Erkrankungen von erwachsenen Personen. Es soll der Frage nachgegangen werden, ob förderliche bzw. dysfunktionale Arten der Bewältigung unterschieden werden können gemäß der aus den Erkrankungen resultierenden Belastungen und Aufgaben, und welche Faktoren den Umgang beeinflussen. Diesen Fragen wollen wir – entlang dem typischen Krankheitspfad (vgl. Abb. 1) – nachgehen. Andererseits wird die theoretische Frage gestellt, ob es typische Bewältigungsaufgaben für die einzelnen Etappen gäbe. Wir werden diese Bewältigungsaufgaben differenzieren nach adaptationsrelevanten Merkmalsclustern, nach denen sich verschiedene Krankheitstypen theoretisch sinnvoll unterscheiden lassen (vgl. Tab. 1). Schließlich wird auf einige übergreifende Faktoren eingegangen, die bei der Bewältigung verschiedener Krankheiten eine Rolle spielen. Ausgewählte einschlägige Forschungsliteratur soll zu den verschiedenen Punkten dargestellt werden.

Krankheiten beginnen nicht erst mit der Diagnose durch Experten. Sie machen sich oft bereits im somatischen und/oder psychischen Befinden im Vorfeld von Diagnosen bemerkbar. Abweichungen vom habituellen somatischen Befinden gehen häufig der eigentlichen Symptomwahrnehmung und dem so genannten „*symptom reporting*“ voraus, welches dann zum Aufsuchen von Experten und zur diagnostischen Untersuchung führt. Wird eine Störung festgestellt, so können zunächst *kurzfristige* Prozesse des Umgangs mit der *Diagnose* von den

---

<sup>1</sup> Dr. med. Martin Schneider, Inselspital Bern, danken wir für hilfreiche Hinweise.



**Abbildung 1:**  
Psychologische Phasen eines typischen Krankheitsverlaufs

anschließenden *längerfristigen* Prozessen der *Krankheitsverarbeitung* unterschieden werden. Die psychologisch relevanten Phasen eines typischen Krankheitspfades lassen sich durch das Flussdiagramm in Abbildung 1 darstellen.

## 2 *Beeinträchtigungen im somatischen Befinden*

In vielen Fällen geht der Beginn einer Krankheit mit subjektivem Missbefinden einher; andererseits sagt dieses oft wenig über den objektiven Gesundheitszustand aus. Die psychologische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten mehrere Einflussfaktoren auf das subjektive Befinden entdecken können.

Das subjektive Empfinden, das „Lesen“ von körpereigenen Vorgängen, spielt sich im Rahmen breiter Interpretationsmöglichkeiten ab. So kommt Myrtek zu dem Schluss, dass die Beurteilung unseres Befindens nicht so sehr von körpereigenen Vorgängen gesteuert wird – außer in Akutsituationen –, sondern von kognitiven Schemata, da die subjektive Erregung nicht mit physiologischen Variablen korreliert. Die Nullkorrelation von objektivem *Befund* mit subjektivem *Befinden* impliziert nach Myrtek (1998), dass es Patienten gibt, die sich ohne somatischen Befund krank fühlen. Das sind in der Regel Patienten mit somatoformen Störungen. Es gibt aber auch jene Personen, die somatisch gesehen krank sind, sich jedoch gesund fühlen und den Arzt nicht oder zu spät aufsuchen.

Diese individuellen Unterschiede scheinen durch *Persönlichkeitsmerkmale* bedeutsam beeinflusst zu werden. Dafür sprechen u. a. die Befunde der Arbeitsgruppe von Krohne (1996), wonach Personen mit einer „kognitiv vermeidenden Bewältigungstendenz“ weniger Angst erleben; dafür reagieren sie mitunter auf relevante Gefahrenreize zu spät. Personen mit einem „vigilanten“ Bewältigungsstil lassen bedrohungsrelevante Informationen leichter an sich herankommen.

Neben *persönlichkeitsbedingten* Unterschieden im subjektiven Wohlbefinden gibt es – mindestens für das körperliche Wohlbefinden – auch *geschlechtsbedingte* Differenzen. Frauen und Männer unterscheiden sich in einer Tagebuchstudie (42 Beobachtungen pro Person) nicht in den gemittelten Werten über die Woche; es ergeben sich aber Unterschiede in der *Variabilität*, die bei den Frauen signifikant höher ist (Wilhelm, Perrez & Kronenberg, 2001).

## 3 *Das Berichten von Symptomen („symptom reporting“)*

Negatives somatisches Befinden, das nicht nur von biologischen, sondern auch von psychologischen Einflussfaktoren abhängig ist, führt nicht zwingend zum Sprechen über Symptome und schon gar nicht zum Aufsuchen von Gesundheits-

experten. Verschiedene Faktoren fördern oder hemmen das so genannte „symptom reporting“. Der Zusammenhang zu somatischen Befunden ist oft nicht oder nur undeutlich gegeben (Myrtek, 1998). Als Einflussfaktoren für das Berichten von Symptomen erweisen sich Persönlichkeitsmerkmale, Stimmungen (Williams & Wiebe, 2000) und Geschlecht (Barsky, Peekna & Borus, 2001) als relevant. Als varianzstarkes Merkmal erweisen sich in verschiedenen Studien der Neurotizismus oder analoge Operationalisierungen wie z. B. die emotionale Stabilität oder negative Affektivität (Watson & Clark, 1984). Personen mit höheren Neurotizismuswerten berichten durchgehend mehr Symptome (Watson & Pennebaker, 1989; Williams & Wiebe, 2000). Die Annahme, dass Personen mit hohen Neurotizismuswerten tatsächlich unter vermehrten körperlichen Erkrankungen leiden, weil entweder die neurotische Persönlichkeit somatische Krankheiten fördert oder weil somatische Krankheiten zu erhöhtem Neurotizismus führen, konnte bisher nicht geklärt werden (Myrtek, 1998; Watson & Pennebaker, 1989). Dagegen zeigten verschiedene Studien, dass diese Personen ihren Körper verzerrt wahrnehmen (Cohen et al., 1995).

Den Einfluss *kognitiver Faktoren* auf das Gesundheitsverhalten verdeutlicht u. a. die Studie von Miller, Brody und Summerton (1988), die in Arztpraxen die Diagnosen von Patientinnen und Patienten mit den Merkmalen Vigilanz („monitoring“) und Vermeiden („blunting“) verglichen haben. Bei Vermeidern stellen die Ärzte häufiger Krankheitsstadien fest, die einen früheren Arztbesuch gerechtfertigt hätten als bei Vigilanten, die den Arzt häufiger als die Vergleichsgruppe unnötig aufgesucht hatten.

Frauen berichten auch dann häufiger physische Beschwerden, wenn diese nicht mit traditionellen Fragebögen, sondern mit systematischer Selbstbeobachtung erfasst werden (Michel, 2004). Nach Kämmerer (2001) werden von Frauen auch mehr medizinisch nicht aufklärbare Symptome mitgeteilt, und zwar in einer Intensität, die teilweise die Diagnose einer somatoformen Störung nahe legen. Die Unterschiede werden u. a. durch Differenzen in der Verarbeitung sensorischer Information, im Schmerz-Regulationssystem und in hormonalen Faktoren vermutet, die eine Verminderung des anästhetischen Opioids bedingen und die sich auch während des Menstruationszyklus in variierender Schmerzempfindlichkeit artikulieren.

#### *4 Umgang mit der Diagnose*

Hat sich eine Person, die unter körperlichen Beschwerden leidet, der diagnostischen Untersuchung gestellt (vgl. Abb. 1), so wird das Erfahren der Diagnose einer schweren Erkrankung eine erste Bewältigungsaufgabe darstellen, mit der sich die nun als objektiv krank erkannte Patientin konfrontiert sieht. Vom



Umgang mit der Diagnose wird auch die weitere Bewältigung der Krankheit mitbeeinflusst werden.

Unter einer *Bewältigungsaufgabe* verstehen wir im Sinne von Dörner Barrieren, für deren Überwindung die Lösungen im Prinzip bekannt sind. Als *Aufgabentyp* bezeichnen wir eine Gruppe von Bewältigungsaufgaben dann, wenn sie durch eine Konfiguration gemeinsamer psychologischer Merkmale charakterisierbar sind, die bestimmte Bewältigungsmodi zur Lösung der Aufgabe, empirisch oder analytisch begründet, nahe legen; z. B. dass bei Stressoren/Aufgaben mit hoher Valenz und mit einer hohen „Ereignis-Ergebnis-Wahrscheinlichkeit“, wie es Heckhausen genannt hat, die sich also aus eigener Dynamik zum Guten wenden, Passivität durchaus eine angemessene Copingreaktion ist.

Bei der Bewältigung der Diagnose handelt es sich um die kurzfristige, bei einigen Krankheiten aber auch längerfristige Adaptationsaufgabe, die Realität annehmen zu lernen, um dann als Patient mit hoher Compliance an der Behandlung mitwirken zu können (Haubl, 1994). Im Folgenden wird unterstellt, dass Patienten die Genesung, respektive die Verbesserung ihrer Lebensqualität in der Regel anstreben und dass die Einsicht in die Nützlichkeit der Behandlung für diese Ziele auf der Grundlage einer guten Informiertheit gegeben ist. Beides muss natürlich nicht der Fall sein, und andere Optionen können gegebenenfalls ebenso rational sein.

Die Anforderungen der Situation ergeben sich aus der spezifischen Konfiguration und Ausprägung der adaptions-relevanten Merkmale, welche eine konkrete Diagnose charakterisieren (vgl. Zbinden & Perrez, 2002). Wir unterscheiden so vier Krankheitstypen mit je charakteristischen dominanten Aufgabentypen (vgl. Tab. 1).

Der Schwierigkeitsgrad der Aufgabe „Akzeptierung“ hängt wesentlich von der medizinischen Kontrollierbarkeit, der Intransparenz, vom Zeithorizont und der negativen Valenz der spezifischen Diagnose ab. Diese bestimmen das relative Bedrohungspotenzial und können im Grenzfall das Akzeptieren als unrealistisches Postulat erscheinen lassen (Ferring, Filipp & Klauer, 1994). Wenn stärkere Emotionen ins Spiel kommen, werden normalerweise als Bewältigungsregel emotionsregulierende Reaktionen für die Adaptation an die Situation bedeutsam. Es liegt einige empirische Evidenz dafür vor, dass sich Personen, die ein angemessenes Coping bei der Verarbeitung der Diagnose zeigen, in verschiedenen Kriterien besser adaptieren. „Angemessenes Coping“ umschreibt adaptive Reaktionen, die anforderungsadäquat sind; das heißt z. B., dass bei kontrollierbaren Stressoren, statt Flucht, Passivität oder Meidung, instrumentelle Beeinflussung des Stressors versucht wird, oder dass bei unkontrollierbaren Stressoren, dort wo Flucht unmöglich ist, eine neue sinnstiftende Bewertung der Situation versucht wird, oder dass

**Tabelle 1:**

Matrix der Konfiguration psychologischer Merkmale zur Charakterisierung von Krankheitstypen

Adaptations- relevante Merkmale  Krankheits- typen	Intransparenz der Situation	Kontrollier- barkeit durch medizinische Intervention	Zeit- perspektive	negative Valenz	Vorhersag- barkeit des Verlaufs
1. mit gutem Verlauf	niedrig	hoch	je nach Krankheit	je nach Krankheit	normaler- weise hoch
2. mit unsicherem Verlauf	hoch	unklar	je nach Krankheit	hoch	niedrig
3. chronisch persistierend oder zyklisch	je nachdem	niedrig	lang	je nach Krankheit	eher hoch
4. chronisch mit infauster Prognose	niedrig	niedrig	je nach Krankheit	hoch	eher hoch

bei Stressoren, die sich durch Intransparenz charakterisieren, Information gesucht wird, wenn Information potenziell zur Lösung beitragen kann, was nicht immer der Fall ist. Dieses Coping lässt sich als Bewältigungsregeln konzeptualisieren (Perez & Reicherts, 1992; Reicherts, 1988, 1999).

Der Schwierigkeitsgrad für das Akzeptieren der Diagnose hängt vom Bedrohungsgrad und von den adaptiven Anforderungen, die der Aufgabe inhärent sind, die mit einer bestimmten Krankheit verknüpft sind – d. h. vom Krankheitstyp – ab. Erschwerend kommt oft die uneinfühlsame und laienhafte Art der Mitteilung der Diagnose an die Betroffenen durch das medizinische Fachpersonal dazu.

Bei *vorhersagbarem guten Krankheitsverlauf* mit *hoher medizinischer Kontrollierbarkeit* (Krankheitstyp 1) stellt das Akzeptieren der Diagnose normalerweise ein kleineres Problem dar im Vergleich zu anderen Krankheitstypen. Zu diesen Krankheiten gehören u. a. Infektionskrankheiten, Verletzungen, aber auch die Diagnose gewisser „gutartiger“ Geschwüre. Diagnosen einer Erkrankung mit einer *unklaren Kontrollierbarkeit* und einer *unsicheren Prognose* (Krankheitstyp 2), wie das für viele Krebsdiagnosen der Fall ist, erfordern dagegen eine erhebliche Anpassungsleistung an die Situation, da sie durch hohe Intransparenz und ein hohes Bedrohungspotenzial gekennzeichnet ist. Das kritische Lebensereignis löst Angst aus und vermag die Betroffenen vorübergehend und mitunter auch längerfristig

zu desorganisieren. Weis' (2002) prospektive Längsschnittstudie zur Krankheitsverarbeitung bei verschiedenen Gruppen von Krebspatienten erhärtet frühere Befunde, nach denen die Diagnose bzw. die Mitteilung eines Rezidivs von den Patienten als die stärkste Belastung empfunden wird. Diese Studie zeigt auch, dass Bewältigungsreaktionen wie „depressive Verarbeitung“ und „Ablenkung/Selbstaufbau“ mit negativerer resp. positiverer Befindlichkeit assoziiert sind. Die „Ablenkung“ kann dann als angemessener Umgang mit Ungewissheit interpretiert werden, wenn Informationssuche keinen Gewinn für die Problemlösung verspricht; dabei ist allerdings davon auszugehen, dass nicht für alle Personen dasselbe Coping gleichermaßen adäquat ist. Für kognitiv Vigilante wird die Auseinandersetzung mit Hintergrundinformation wichtiger sein als für Personen mit hoher Meidetendenz (vgl. Krohne, 1992). Diagnosen, die eine Krankheit mit einem *chronisch persistierenden* Verlauf, wie z. B. chronische Lumbalgien, koronare Herzerkrankungen oder zahlreiche Hautkrankheiten (Ekzem, Psoriasis), oder eine Krankheit mit *chronisch zyklischen Verlauf* (Krankheitstyp 3), wie z. B. Asthma oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen, zum Inhalt haben, verlangen von der Struktur der Bewältigungsaufgabe her nicht nur das Akzeptieren der bevorstehenden Therapie und der aktiven Patientenrolle, sondern zusätzlich eventuell eine Neuorientierung der beruflichen Ziele und eine Umbewertung der eigenen Situation, des körperlichen und des sozialen Selbst. Das ist z. B. der Fall bei der Diagnose von Diabetes oder eines Leberdefektes, der die Hämodialyse erfordert. Um die Versöhnung mit dieser Situation wird, wenn sie denn überhaupt gelingt, vermutlich nicht nur nach der Diagnose, sondern immer wieder gerungen werden müssen. Zu diesen Aufgaben gesellt sich bei einer Diagnose einer *chronischen Krankheit mit infauster Prognose* (Krankheitstyp 4) die Aufgabe des Annehmens einer nur noch begrenzten Lebensdauer. Die Auseinandersetzung mit dem Tod wird zum Thema. Eine vergleichsweise intensive Forschungsaktivität war zu dieser Thematik im Kontext von AIDS in den 80er und frühen 90er Jahren zu beobachten. Die Mitteilung der AIDS-Diagnose löste die so genannte „Testkrise“, häufig begleitet von Angst und Depressivität, aus. Damalige Untersuchungen erhärteten den Einfluss der Coping-Kompetenz auf die Bewältigung der dadurch ausgelösten Krise (vgl. Übersicht: Perrez, 1992). Durch die Entwicklung neuer Medikamente hat sich der zentrale Parameter der Kontrollierbarkeit dieser Krankheit verändert, und AIDS ist dabei, vom Krankheitstyp 4 (mit infauster Prognose) zum Typ 3 zu mutieren.

## 5 Krankheitsverarbeitung

Der Übergang von der Verarbeitung der Diagnose zur nächsten Phase ist fließend, und die Auseinandersetzung mit einer bedrohlichen Diagnose kann besonders bei Erkrankungen des Typs 3 und 4 fort dauern. Für die in Abschnitt 4 genannten *Ziele der Wiederherstellung der Gesundheit und der Verbesserung der*

*Lebensqualität* ist davon auszugehen, dass das Erste bei den Krankheitstypen 3 und 4 nur begrenzt oder gar nicht erreichbar und das Zweite bei Krankheiten mit infauster Prognose in den letzten Lebensphasen vermutlich auch nur bei wenigen Personen möglich ist. Je nach Ausgangslage und Adaptationsziel werden unterschiedliche Bewältigungsregeln bedeutungsvoll sein. Für beide Ziele, die „Wiederherstellung der Gesundheit“ und die „Verbesserung der Lebensqualität“, werden indes normalerweise die Compliance und die Therapiemotivation (adherence) zu wichtigen Prädiktoren für die relative Adaptation sein. „Compliance“ kann vom Coping-Aspekt her als das Ausmaß interpretiert werden, in dem Patienten das (noch) Kontrollierbare im Sinne der ärztlichen Instruktion zu kontrollieren versuchen. Die Bewältigungsregel, die die Beeinflussung kontrollierbarer Stressoren empfiehlt, wenn die Belastung gemildert werden soll, gilt für alle Krankheitstypen. In diesem Sinne stellt die Compliance ein Kernelement der Krankheitsbewältigung dar.

## 5.1 Verarbeitung von Krankheiten mit guter Prognose

Für die Verarbeitung von *Krankheiten* mit im Prinzip *guter Prognose und Kontrollierbarkeit (Krankheitstyp 1)* ist die genannte Bewältigungsregel zentral. Patienten müssen sich vor allem auf eine gute *Compliance* einstellen, also sich ihre Rolle als aktive Patienten aneignen. Dies ist vor allem bedeutungsvoll, wenn die negative Bewertung des Krankheitszustandes hoch und der objektive medizinische Befund trotz guter Kontrollierbarkeit nicht harmlos ist. Die Erkrankung kann dann die Bedeutung eines kritischen Lebensereignisses haben. Die Zeitperspektive wird hier ebenfalls bedeutsam, da aus ihr weitere zu erbringende Adaptationsleistungen resultieren, wie z. B. Arbeitsunterbrechung, Aktivierung von externer Unterstützung usw. Die wahrgenommene Kontrollierbarkeit ist nach der Metaanalyse von Hagger und Orbell (2003) u. a. mit problemorientiertem Coping assoziiert, und sie erleichtert die Adaptation.

Erfolgreiche Compliance hängt auch davon ab, wieweit Patienten die subjektive Theorie ihrer Krankheit mit der objektiven Diagnose in Übereinstimmung zu bringen vermögen. Die gegebenenfalls objektive Kontrollierbarkeit muss auch vom Patienten subjektiv erkannt werden. Dies wiederum hängt nicht unwesentlich von der Arzt-Patient-Kommunikation, aber auch von Persönlichkeitsmerkmalen und motivational-dynamischen Gegebenheiten des Patienten ab, von Nutzen und Kosten der Krankheit bzw. der Behandlung, wie z. B. vom sekundären Krankheitsgewinn, von dem der Patient gegebenenfalls profitiert, oder von den negativen Nebeneffekten der Behandlung.

Haubl (1994, S. 101) postuliert, sich auf die Handlungstheorie von Max Weber berufend, dass die Wahrscheinlichkeit für die Non-compliance steigt, wenn „Arzt,

Rat und Krankheitsverlauf in der Wahrnehmung des Patienten mit dessen Tradition, Affekten, Werten und Zwecken inkompatibel sind.“ Dazu gehört auch die Kompatibilität der verschriebenen Medikation mit den „Theorien“ des Patienten, was im abweichenden Fall, wie Wroe (2002) gezeigt hat, zur „intentional nonadherence“ führen kann. Andere non-compliance-relevante Faktoren, die Haubl diskutiert, sind Verleugnungstendenzen des Patienten und die Symptomorientierung des Patientenverhaltens. Krankheiten, deren Symptome den Patienten mehr oder weniger verborgen bleiben, wie z. B. beim Bluthochdruck, erschweren die Symptomorientierung und fördern die Non-compliance.

*Chirurgische Eingriffe* können je nach medizinischer Kontrollierbarkeit und Sicherheit der Prognose eher zum ersten oder zum zweiten Erkrankungstyp gehören. Schumacher (2002) hat in seinem Überblicksbeitrag zu dieser Thematik die psychologisch relevanten Situationsmerkmale vor einem chirurgischen Eingriff herausgearbeitet (Settingwechsel, Informationsmangel, eingeschränkte verhaltensmäßige Kontrolle des Patienten, mehr oder weniger große Gewissheit über den Ausgang) und die daraus resultierenden Belastungen diskutiert. Sein Literaturüberblick sowie die Metaanalyse von Johnston und Vögele (1992) zeigen, dass psychologische Programme zur Operationsvorbereitung durch Interventionselemente wie Maßnahmeinformationen, Verhaltensinstruktionen und Entspannungsverfahren die Krankheitsverarbeitung beeinflussen, die Hospitalisierungsdauer verkürzen, die Schmerzmedikation verringern und Befindensparameter bei den Patienten verbessern können. Dass nicht für alle Personen und Typen von Eingriffen die gleichen Vorbereitungsmodalitäten gleich hilfreich sind, belegen u. a. die Studien von Krohne (1992), in denen „Vermeider“ und „Vigilante“ unterschiedliche Reaktionsformen zeigten. Scheuch und Schröder (1990) haben ein Rahmenmodell zur psychologischen Operationsvorbereitung entwickelt, das Regeln für die differenzielle Indikation von spezifischen Interventionselementen enthält (für einen Überblick s. Contrada, Leventhal & Anderson, 1994).

## 5.2 Verarbeitung von Krankheiten mit ungewisser Kontrollierbarkeit

Bei den *Erkrankungen vom Typ 2 (unsichere Kontrollierbarkeit)* ergeben sich teilweise gleiche Adaptationsaufgaben wie bei Krankheiten mit guter Kontrollierbarkeit. Die Compliance als grundlegende Einstellung in der Krankenrolle ist auch hier eine Anforderung, von deren Erfüllung ein Teil der Genesungsbedingungen abhängig ist. Diese Krankheiten beanspruchen darüber hinaus Ambiguitätstoleranz und die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit nicht stets auf die potenzielle Bedrohung eines Misslingens der Behandlung zu lenken und bedrängende Informationen, die nichts zu Genesung beizutragen vermögen, auszublenden

(vgl. dazu auch unten). Bei Krebspatienten beobachtete Weis (2002), dass die Verarbeitung stärker durch die Art der Belastungen, die teilweise aus der Behandlung resultieren, beeinflusst wird, als durch die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Krebs-Diagnosegruppe.

### 5.3 Verarbeitung von chronischen Krankheiten

Die Gruppe der *chronischen Erkrankungen (Krankheitstyp 3)* betrifft ein weites Feld von Krankheiten, ohne klare definitorische Abgrenzung. Ursachen, Verlauf und Outcome unterscheiden sich mitunter deutlich (Maes, Leventhal & de Ridder, 1996). Dies spricht für eine krankheitsspezifische Analyse der Belastungsverarbeitung. Dennoch gibt es einige Gemeinsamkeiten: Bei chronischen Krankheiten gesellt sich zu den bereits erwähnten Bewältigungsaufgaben jene des Akzeptierens der Chronizität der Gebrechen, d. h. der sehr begrenzten Kontrollierbarkeit in Richtung Heilung. Mit der gelungenen Akzeptierungsleistung geht normalerweise eine neue Sinnggebung der Existenz, das Umbewerten der Stressoren und das Fassen neuer, situationsgerechter Ziele einher. Zur Akzeptierungsaufgabe gehört unter Umständen auch das Annehmen der Abhängigkeit von der ärztlichen, technologischen Unterstützung (vgl. Hämodialyse), aber auch von der Hilfe durch Angehörige und andere pflegende Personen. Diese Abhängigkeit akzentuiert sich u. a. in der Endphase von Nierenerkrankungen, in denen eine Transplantation erforderlich wird, aber auch bei betagten Personen, die von ihrer Pflegeumwelt abhängig sind.

Mehrere Studien zeigen die positive Bedeutung des kognitiven Reframings, der Sinnstiftung bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen. In diesem Zusammenhang lokalisieren sich auch die Ergebnisse zum potenziell positiven Einfluss des religiösen Copings, das bei Gläubigen – wenn es nicht durch Bedrohung und Zwang charakterisiert ist – helfen kann, unveränderbare gesundheitliche Einbußen mit Sinn und spiritueller Hoffnung zu erfüllen. In einigen Studien konnte dieser Zusammenhang nicht gezeigt werden (z. B. Ferring et al., 1994), was u. a. eine Differenzierung des Konstruktes „Religiosität“ nahe legt.

Selbst wenn der Zusammenhang von „Sinnstiftung/Umbewerten“ mit besserer Adaptation empirisch mehrfach bestätigt worden ist, sagt er nichts darüber aus, wie vielen Patienten dieses Coping gelingt; die Metaanalyse von Hagger und Orbell (2003) macht darauf aufmerksam: Patienten, die ihre Krankheit als gravierend und chronisch wahrnehmen, reagieren häufig mit Meideverhalten und expressivem Emotionsausdruck als Coping.

Felton und Revenson (1984) fanden bei Patienten mit Erkrankungen, die vorwiegend zum Typ 3 gehören (Arthritis, Krebs, Diabetes und Bluthochdruck),



dass unrealistische Wunscherfüllungsphantasien, starke Emotionalisierung und Selbstvorwürfe mit schlechterer, und Angstabwehr („threat minimization“) mit besserer Adaptation korreliert waren. Dieser Befund illustriert, dass anforderungsinadäquate Reaktionen dysfunktional sind. Sie sind Indizien des Nichtakzeptierens der Situation, und die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Bedrohung behindert die konstruktive Übernahme der Patientenrolle (Compliance). Sich Distanzieren und Umbewerten wirken sich bei Patienten mit rheumatischer Arthritis auch im kurzfristigen Tagesverlauf positiv auf das Schmerzerleben aus (Newth & DeLongis, 2004).

Ebenso spielt die angemessene Symptomüberwachung eine wichtige Rolle bei chronischen Erkrankungen. Hohe Vigilanz für Symptome, das Fokussieren auf potenzielle bedrohliche Krankheitszeichen, wird bei vielen chronischen Krankheiten als eine dominante Reaktion festgestellt (Gottlieb, 1997). Symptomüberwachung ist beanspruchend und droht dysfunktional zu werden, wenn sie die reale Gefahr überschätzt und wenn sie nicht durch gezielte Phasen der Entspannung und Ablenkung regelmäßig unterbrochen wird. Eine adäquate Symptomüberwachung ist mit größerer Zufriedenheit assoziiert.

*Zusammenfassend* erweisen sich für den Krankheitstyp 3, neben der Gravität des Krankheitszustandes, die Copingmodalitäten „Sinnstiftung/Umbewerten“, Compliance im Sinne des aktiven problemorientierten Copings (dort, wo es möglich ist), Angstbewältigung, Distanznahme und eine nicht übermäßige Vigilanz für die Symptome als Prädiktoren für eine gute Anpassung, während unrealistische Wunscherfüllungsphantasien, Selbstvorwürfe, starke Emotionalisierung und die Fokussierung auf die Bedrohung mit der Anpassung negativ assoziiert sind. Ein Teil dieser Prädiktoren dürfte mit dem Kriterium der Adaptation konzeptuell konfundiert sein.

## 5.4 Verarbeitung von Krankheiten mit infauster Prognose

*Erkrankungen mit infauster Prognose* (Typ 4) legen, wenn die psychischen und physischen Bedingungen es noch erlauben, die Auseinandersetzung mit der Finalität des eigenen Lebens und mit dem bevorstehenden Tod nahe. Die Revolte gegen die unerbittliche Realität kann Kräfte beanspruchen, die eventuell für eine Verlängerung oder für eine verbesserte Qualität der noch verbleibenden Lebenszeit nützlich wären, wie es Gottlieb (1997) für AIDS-Patienten gezeigt hat. *Phasenmodelle* des Sterbens wie auch das *Aufgabenmodell* („task-based coping model“) von Corr (1992) können nicht als empirisch gestützt gelten. Zu dieser Thematik existiert eine umfangreiche Literatur, wobei aus nahe liegenden Gründen nur wenige empirisch fundierte Studien vorliegen (für einen Überblick s. Marrone, 1997). Die bereits erwähnte Längsschnittstudie von Ferring et al.

(1994) dokumentiert, dass die „Hoffnung“ mit größerer zeitlicher Nähe zum Tod verloren geht. Die Autoren fragen sich, ob das Gefühl der Hoffnungslosigkeit nicht eine „Konkomitante des Sterbeprozesses“ (a. a. O., S. 68) sei. „Akzeptieren“ wäre dann „die realistische Einsicht in ihre hoffnungslose Lage“ (a. a. O., S. 72). Damit einhergehend stellen sie im Verlauf mit der Nähe zum Tod eine starke Verschlechterung der emotionalen Gestimmtheit fest, was mit Akzeptanz im gängigen Sinne nicht vereinbar ist und auf den Schwierigkeitsgrad oder die unwahrscheinliche Erreichbarkeit dieses Zieles für letale Patienten weist.

## 6 Übergreifende Faktoren

### 6.1 Die Rolle der sozialen Unterstützung

Die Thematisierung von Krankheit als individuelle Bewältigung von Aufgaben, wie es bisher in diesem Beitrag erfolgt ist, vernachlässigt die Einbettung dieses Geschehens in seinen sozialen Kontext. Die Bewältigung von Krankheit im Sinne intentionaler Lösungsversuche von Aufgaben kann auf einem Kontinuum von der individuellen Bewältigung des Patienten über die interaktive Bewältigung, an der sich der Patient und seine primäre Umgebung beteiligen, bis zur „Fremdbewältigung“ gedacht werden, an der der Patient intentional im Grenzfall nicht mehr beteiligt ist, sondern die Krankheitsbewältigung zur Aufgabe seiner Umgebung geworden ist, wie das z. B. bei Demenzerkrankten der Fall ist.

Die Variable „soziale Unterstützung“ spielt aber auch in der individuellen Bewältigung bei allen Krankheitstypen und in allen Phasen der Krankheitsbewältigung eine mediiierende oder moderierende Rolle, wie Schulz und Schwarzer (in Druck) gezeigt haben. Soziale Unterstützung kann dabei als verfügbare Ressourcen und als direkte Unterstützung (z. B. instrumentelle, materielle, informationale oder emotionale) verstanden werden.

Die soziale, speziell die *emotionale Unterstützung* kann den Verlauf von Krankheiten beeinflussen, was u. a. für den Verlauf verschiedener kardiovaskulärer Störungen nachgewiesen werden konnte (vgl. Ryff & Singer, 2003).

Bei Bypass-Patienten erwiesen sich in der Studie von Schröder, Schwarzer und Konertz (1998) die sozialen Ressourcen vor der Operation als Prädiktor für die Genesung. Das Coping der Patienten konnte durch die von ihren Partnern/Partnerinnen fünf Monate zuvor berichtete soziale Unterstützung („provided support“) vorhergesagt werden. Diese Beobachtung verweist auf das Phänomen der *Bewältigungsassistentz*. Im Zusammenhang der Krankheitsverarbeitung konnte die „Coping assistance“-Wirkung mehrfach nachgewiesen werden. Diese scheint



bei Frauen und Männern nicht gleich zu wirken. Schulz und Schwarzer (2004) konnten die Wirkung der Bewältigungsassistenz der Partnerunterstützung nur bei den Frauen beobachten, die offensichtlich andere Unterstützungserwartungen an ihre Partner haben als Männer. HIV-positive Männer berichten indes, dass sie die soziale Unterstützung als hilfreich erleben bei ihrer Behandlung (Roberts, 2000).

Stephens und Clark (1997) haben die Wirkungen der sozialen Unterstützung bei 57 Paaren untersucht, bei denen der eine Partner einen Gehirnschlag erlitten hatte. Emotionale Unterstützung erweist sich auch hier aus der Sicht der Unterstützenden als hilfreich für die Patienten. Die negative Wirkung auf das Wohlbefinden von der „*unsupportive communication*“ hängt von der Asymmetrie ihrer negativen Äußerung ab. Bei einem symmetrischen negativen Austausch ist die schädigende Wirkung nicht zu beobachten, vorausgesetzt, dass sich das Ausmaß in Grenzen hält.

## 6.2 Rolle von Persönlichkeitsmerkmalen

Neben den bereits im Kapitel zum „symptom reporting“ genannten Faktoren (insbesondere Geschlecht, Neurotizismus/negative Affektivität und Vigilanz/Kognitive Vermeidung) wurde in den letzten Jahren die Bedeutung der Merkmale *Optimismus* und *Hoffnung* für die Gesundheit und die Genesung untersucht. Bei symptomfreien HIV-Patienten konnten Reed, Kemeny, Taylor und Visscher (1999) zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für die Symptomentwicklung bei jenen geringer war, die keine negativen Erwartungen hatten. Optimismus als Eigenschaft scheint also ein Faktor zu sein, der nicht nur die seelische Gesundheit, sondern auch das somatische Befinden beeinflusst (Ryff & Singer, 2003; Scheier & Carver, 1992).

Personen mit hohen *internalen Kontrollüberzeugungen*, *Selbstwirksamkeits-* bzw. *Kompetenzerwartungen* zeigen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen weniger Angst und ein angemesseneres Bewältigungsverhalten als Personen mit *externalen Kontrollüberzeugungen*. Sie suchen auch aktiver nach sozialer Einbindung und nach gesundheitsrelevanten Informationen bei gleichzeitig höherer Compliance (Übersicht vgl. Schröder, 1994).

Ob das *Typ A-Verhalten* als Verhaltensdisposition am Krankheitsverlauf von koronaren Herzerkrankungen relevant beteiligt ist, wird kontrovers diskutiert (vgl. Myrtek, 1998). Dass häufiges Ärgererleben und erhöhte Feindseligkeit als Komponenten des Typ A-Verhaltens unter bestimmten situationalen Voraussetzungen die kardiovaskuläre Hyperaktivität und damit die Steigerung des Blutdrucks fördern, ist indes gut belegt (Lyness, 1993).

### 6.3 Beeinflussbarkeit der Krankheitsverarbeitung

Mehrere Studien zeigen, dass die Verarbeitungsmodalitäten durch psychologische Interventionen bei verschiedenen Krankheitsbildern positiv beeinflusst werden können (Überblick für Krebserkrankte z. B. Larbig, Grulke & Revenstorf, 2000; für HIV-Positive und AIDS-Erkrankte z. B. Hüsler, 1995). Hüsler und Hemmerlein (1996) weisen auf die überlegene Wirksamkeit einerseits der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsformen zum Aufbau von neuen gesundheitsrelevanten Verhaltensformen, und andererseits der humanistischen Psychotherapieformen zur Sinngebung und zur Verbesserung der Lebensqualität hin und integrieren diese Befunde in einem Interventionsprogramm für den Umgang mit HIV/AIDS und anderen lebensbedrohlichen Krankheiten.

## 7 Diskussion

Die meisten Studien beruhen auf korrelativen Querschnittsdesigns. Längsschnittstudien sind insgesamt selten, und quasiexperimentelle oder experimentelle Designs ebenfalls. Bei einer Thematik, die so zentral auf ein weitgehend beeinflussbares Phänomen ausgerichtet ist, scheint es überraschend, dass die zentralen Fragen nicht wesentlich häufiger mit quasiexperimentellen Versuchsplänen untersucht worden sind. Diese würden die Kausalitätsinterpretation erleichtern. In vielen Studien wurde z. B. eine Korrelation zwischen emotionsorientiertem Coping und schlechter Adaptation gefunden (vgl. Manne, 2001). Das den meisten dieser Studien zu Grunde liegende korrelative Design lässt daran zweifeln, dass dieses Coping die schlechte Adaptation bedinge, oder ob nicht vielleicht der schlechte Zustand das Coping determiniere. Wer stärkere negative Emotionen erlebt, hat auch mehr Anlass zu emotions-orientiertem Coping. Die wenigen Längsschnittstudien, die es dazu gibt (vgl. Manne, 2001), vermögen die versuchsplanerischen Schwächen nicht zu zerstreuen.

In gewissem Sinne gehört auch das Problem der Konfundierung von Prädiktor- und Kriteriumsvariablen zu den versuchsplanerischen Problemen, hier auf konzeptueller Ebene. Wenn z. B. starke Emotionalisierung als Prädiktor und Anpassung an die Situation als Kriterium interpretiert werden, so liegt bei einer Querschnittsstudie der Verdacht nahe, dass das eine definitiv auch ein Indikator für das andere ist.

Eine zweite methodische Ebene betrifft die Frage, mit welchen *Methoden* die Krankheitsverarbeitung erfasst wird. Im deutschen Sprachraum sind dies vor allem die Fragebogen von Muthny (FKV, 1989), Heim, Augustiny, Blaser und Schaffner (BEFO, 1991), Klauer und Filipp (TSK, 1993). Alle drei Verfahren erfassen die Krankheitsverarbeitung mehr oder weniger retrospektiv und sind auf

die Messung von bevorzugten Modalitäten der Bewältigung ausgerichtet. Der FKV enthält eine Selbst- und eine Fremdeinschätzungsversion. Seine Faktorenstruktur konnte in der Studie von Hardt et al. (2003) an drei unterschiedlichen Patientengruppen nur bei einem Teil der Skalen repliziert werden. Die BEFO beruhen auf teilstandardisierten Interviews und einer anschließenden inhaltsanalytischen Kategorisierung, und die TSK erfassen via Selbstbericht den Umgang mit der Krankheit in den letzten Wochen.

Alternative Erfassungskonzeptionen gehen von der Heterogenität der Bewältigungsaufgaben aus und versuchen, die Situationsspezifität nicht phänomenologisch via medizinischer Krankheitsdiagnose, sondern über adaptionsrelevante psychologische Merkmale der Stressoren (wie in diesem Beitrag) zu konzeptualisieren, da die Adäquatheit und auch die Effektivität von Copingreaktionen von ihrer Passung mit den Stressormerkmalen abhängig ist (vgl. Perez & Matathia, 1993; Reicherts, 1999; Vitaliano, DeWolfe, Maturo, Russo & Katon, 1990). Neben dieser situationstheoretischen Frage ist festzustellen, dass die meisten Verfahren auf retrospektiven Selbstberichten beruhen, die mit dem Problem verbunden sind, dass sie eher erfassen, wie die Patienten meinen, mit der Krankheit umzugehen, als ihr tatsächliches Erleben, Denken und Handeln. Als neuer Zugang hat sich in den letzten Jahren das systematische Self-Monitoring sowohl für das Coping-Verhalten (Bolger, Davis & Rafaeli, 2003; Fahrenberg & Myrtek, 2001) wie auch für die Erfassung der sozialen Unterstützung (Baumann, Feichtinger & Thiele, 2001) als fruchtbar erwiesen. Diese Verfahren erfassen Verhalten und Erleben in situ, unterliegen nicht dem Retrospektioneffekt und sind die Methode der Wahl, wenn nicht die stabile subjektive Selbst- oder Fremdrepräsentation, sondern tatsächlich Erlebtes und gezeigtes Verhalten unter natürlichen Bedingungen erfasst werden soll.

Die Forschungsliteratur zur Krankheitsverarbeitung könnte auch nach anderen Aspekten geordnet werden, z. B. nach Behandlungstypen (Operationen, Hämodialyse usw.), nach Diagnosen (Krebs, kardiovaskuläre Störungen usw.) oder nach Forschungsparadigmen (transaktionaler, kritischer Lebensereignis-Ansatz usw.). In diesem Artikel haben wir einerseits den Krankheitsverlauf als Systematik zu Grunde gelegt und sind andererseits von der *theoretischen Frage* ausgegangen, ob es typische Bewältigungsaufgaben für die einzelnen Etappen gebe. Wir haben diese Bewältigungsaufgaben weiter differenziert nach adaptionsrelevanten Merkmalsclustern, nach denen sich verschiedene Krankheitstypen theoretisch sinnvoll unterscheiden lassen (vgl. Tab. 1). Einschlägige Forschungsliteratur wurde dargestellt.

Diese Darstellung kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass innerhalb von Krankheitstypen (z. B. Typ 4, niedrige Kontrollierbarkeit) neben den zentralen Bewältigungsaufgaben, die aus dem Typus der Erkrankung resultieren,

eine Vielzahl anderer Bewältigungsaufgaben den Alltag der Betroffenen mitbestimmen. Kompetenz in der Krankheitsbewältigung bedeutet für uns deshalb zunächst die Fähigkeit, Anforderungen, die die Krankheit zentral charakterisieren, angemessen wahrnehmen und mit ihnen umgehen zu können. Darüber hinaus schließt diese Kompetenz ein, auch auf die anderen Bewältigungsaufgaben des Krankheitsalltags situations-adäquat reagieren zu können. Für die Frage, was „situations-adäquat“ bedeute, verweisen wir auf Reicherts (1999).

Dieser theoretischen Sicht stehen andere Positionen gegenüber, nämlich solche, die nicht so sehr Charakteristika der Situationen, sondern das Krankheitskonzept des Patienten, der mit einer ganzheitlichen Repräsentation seiner Situation lebt, und den Umgang mit dieser Repräsentation als entscheidend sehen (Klauer & Filipp, 1993). Klauer und Filipp anerkennen zwar, dass in komplexen Belastungs- und Bedrohungssituationen eine Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen vorliegen, nehmen aber an, dass diese „subjektiv integriert und ganzheitlich repräsentiert“ werden (a. a. O., S. 11). Für Muthny und Koch (1998) ist schließlich nicht die Passung der Bewältigungsmodalitäten mit den Situationsanforderungen, sondern das Ausmaß der Bewältigungsbemühungen adaptationsentscheidend. Welches dieser theoretischen Konzepte das fruchtbarere sei, ist, wie Klauer und Filipp mit Recht festhalten, eine empirisch zu klärende Frage. Die bisherige Forschung hat sich bis anhin mit dieser *theoretischen Kernfrage* zu wenig beschäftigt.

## *Literatur*

- Barsky, A. J., Peekna, H. M. & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16 (4), 266–275.
- Baumann, U., Feichtinger, L. & Thiele, C. (2001). Psychological monitoring in sociodiagnostics. In J. Fahrenberg & M. Myrtek (Eds.), *Progress in ambulatory assessment* (pp. 45–67). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Bolger, N., Davis, A. & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology*, 54, 579–616.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Fireman, P. et al. (1995). State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (1), 159–169.
- Contrada, R. J., Leventhal, E. A. & Anderson, J. R. (1994). Psychological preparation for surgery: Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. *International Review of Health Psychology*, 3, 219–266.
- Corr, C. A. (1992). A task-based approach to coping with dying. *Omega*, 24, 81–94.
- Fahrenberg, F. & Myrtek, M. (Eds.). (2001). *Progress in ambulatory assessment*. Seattle: Hogrefe & Huber.

- Felton, B. & Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (3), 343–353.
- Ferring, D., Filipp, S.-H. & Klauer, T. (1994). Korrelate der Überlebenszeit bei Krebspatienten: Ergebnisse einer follow-back-Studie. In E. Heim & M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 10* (S. 63–73). Göttingen: Hogrefe.
- Gottlieb, B. H. (Ed.). (1997). *Coping with chronic stress*. New York: Plenum.
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18 (2), 141–184.
- Hardt, J., Petrak, F., Egle, U., Kappis, B., Schulz, G. & Küstner, E. (2003). Was misst der FKV? Eine Überprüfung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (1), 41–50.
- Haubl, R. (1994). Zur Rationalität non-complianter Krankheitsbewältigung. In E. Heim & M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung* (S. 96–113). Göttingen: Hogrefe.
- Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A. & Schaffner, L. (1991). *Berner Bewältigungsformen BEFO*. Bern: Huber.
- Hüsler, G. (1995). *HIV und AIDS. Wirksamkeit psychologischer Interventionen*. Bern: Huber.
- Hüsler, G. & Hemmerlein, G. (1996). *Leben auf Zeit. Ein Psychotherapiemanual für den Umgang mit HIV/AIDS und anderen lebensbedrohlichen Krankheiten*. Bern: Huber.
- Johnston, M. & Vögele, C. (1992). Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In L. R. Schmidt (Hrsg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 7* (S. 215–246). Berlin: Springer.
- Kämmerer, A. (2001). Somatoforme und dissoziative Störungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau – Ein Lehrbuch* (S. 285–321). Göttingen: Hogrefe.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W. (1992). Stressbewältigung bei Operationen. In L. R. Schmidt (Hrsg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 7* (S. 55–73). Berlin: Springer.
- Krohne, H. W. (1996). *Angst und Angstbewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Larbig, W., Grulke, N. & Revenstorf, D. (2000). Verhaltensmedizin bei Krebs: Psychosoziale Aspekte und psychologische Behandlungsmodelle. In W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse* (S. 21–110). München: Reinhardt.
- Lyness, S. A. (1993). Predictors of differences between Type A and B individuals in heart rate and blood pressure reactivity. *Psychological Bulletin*, 114, 266–295.
- Maes, S., Leventhal, H. & de Ridder, D. T. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 221–252). New York: Wiley.
- Manne, S. (2001). Psychosocial coping with chronic illness. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *The international encyclopedia of the social and behavioral Sciences* (Vol. 3, pp. 1773–1779). Oxford, England: Elsevier.

- Marrone, R. (1997). *Death, mourning, and caring*. Pacific Grove: Brooks.
- Michel, G. (2004). *Symptom reporting. Exploration of situational and individual predictors*. Dissertation. Fribourg: Department of Psychology.
- Miller, S. M., Brody, D. S. & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142–148.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)*. Weinheim: Beltz Test.
- Muthy, F. A. & Koch, U. (1998). Spezifität der Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung* (S. 49–58). Stuttgart: Schattauer.
- Myrtek, M. (1998). *Gesunde Kranke – kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens*. Bern: Huber.
- Newth, S. & DeLongis, A. (2004). Individual differences, mood and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: A daily process analysis. *Psychology and Health*, 19, 283–305.
- Perrez, M. (1992). Counseling and preventive intervention for HIV-positive persons and AIDS patients. In F. Paccaud, J. P. Vader & F. Gutzwiller (Eds.), *Assessing AIDS prevention* (pp. 235–253). Basel: Birkhäuser.
- Perrez, M. & Matathia, R. (1993). Differenzielle Effekte des Bewältigungsverhaltens und seelische Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 235–253.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping, and health. A situation-behavior approach. Theory, methods, applications*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E. & Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18, 354–363.
- Reicherts, M. (1988). *Diagnostik der Belastungsverarbeitung*. Bern: Huber.
- Reicherts, M. (1999). *Comment gérer le stress? Le concept des règles cognitivo-comportementales*. Fribourg: Editions universitaires.
- Roberts, K. J. (2000). Barriers to and facilitators of HIV-positive patients' adherence to anti-retroviral treatment regimens. *AIDS Patients Care STDs*, 14, 155–168.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2003). The role of emotion on pathways to positive health. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 1083–1104). Oxford: University Press.
- 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.
- Scheuch, K. & Schröder, H. (1990). *Mensch unter Belastung – Stress als humanwissenschaftliches Integrationskonzept*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Schröder, K. (1994). Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarb. u. erweit. Aufl., S. 310–347). Göttingen: Hogrefe.
- Schröder, K., Schwarzer, R. & Konertz, W. (1998). Coping as a mediator in recovery from cardiac surgery. *Psychology and Health*, 13, 83–97.

- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23* (5), 716–732.
- Schumacher, J. (2002). Belastung und Belastungsbewältigung im Umfeld chirurgischer Eingriffe. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 122–148). Frankfurt: VAS.
- Stephens, M. A. P. & Clark, S. L. (1997). Reciprocity in the expression of emotional support among later-life couples coping with stroke. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 221–242). New York: Plenum.
- Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Maturo, R. D., Russo, J. & Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 582–592.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96* (3), 465–490.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96* (2), 234–254.
- Weis, J. B. (2002). *Leben nach Krebs*. Bern: Huber.
- Wilhelm, P., Perez, M. & Kronenberg, K. (2001). Emotionales Befinden im Alltag: Auf der Suche nach seinen Determinanten. Eine Studie mit computer-unterstützten Self-Monitoring Daten. In A. S. Lomachenkov & V. A. Mikhailov (Eds.), *Psychosocial rehabilitation and quality of life* (pp. 129–150). St. Petersburg: V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
- Williams, P. G. & Wiebe, D. J. (2000). Individual differences in self-assessed health: Gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences, 28*, 823–835.
- Wroe, A. (2002). Intentional and unintentional nonadherence: A study of decision making. *Journal of Behavioral Medicine, 25* (4), 355–372.
- Zbinden, M. & Perez, M. (2002). Krankheitsverarbeitung/Belastungsverarbeitung bei somatischen Krankheiten. In E. Brähler & B. Strauss (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 266–293). Göttingen: Hogrefe.