

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2009

Zugl.: Koblenz-Landau, Univ., Diss., 2009

978-3-86955-077-0

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2009

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

[www.cuvillier.de](http://www.cuvillier.de)

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2009

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86955-077-0

Sebastian Remmers

**Wie der Verlust des Ehepartners bewältigt wird:  
Eine Längsschnittstudie zur Erfassung des  
Trauerverlaufs innerhalb des ersten Jahres nach  
dem Todesereignis**

Vom Promotionsausschuss des Fachbereichs Psychologie  
der Universität Koblenz-Landau zur Verleihung des akademischen  
Grades Doktor der Philosophie (Dr. phil.)  
genehmigte Dissertation

Datum der Disputation: 10. Juli 2009

Vorsitzender des Promotionsausschusses  
Herr Prof. Dr. Schnotz

betreut von Herrn Prof. Dr. Bossong  
und Frau Prof. Dr. Schröder

## **Danksagung**

Mein Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Bernd Bossong, der sich mit Interesse meinem Forschungsvorhaben angenommen hat und mit wertvollen Ratschlägen zum Gelingen der Arbeit beigetragen hat.

Für Ihr Interesse an meiner Arbeit und der Übernahme des Zweitgutachtens möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Annette Schröder bedanken.

Ich bedanke mich bei meinen Eltern Dorothee und Uli, die mich bei meiner beruflichen Entwicklung emotional und finanziell unterstützt haben, so dass ich mich verwirklichen konnte.

Meiner Frau Carina, die mich durch alle Höhen und Tiefen der Dissertation begleitet hat, danke ich von Herzen für ihre umfassende Unterstützung.

Danke sage ich meiner Schwester Annette, meiner Schwiegermutter Berta und Roswitha Pritsch, die mir bei dem schwierigen Unterfangen, geeignete Studienteilnehmer zu rekrutieren, geholfen haben.

Einen besonderen Dank möchte ich an die Studienteilnehmer richten, die freiwillig ohne persönliche Vorteilnahme in der für sie vielleicht schwersten Lebensphase zum Gelingen der Studie beigetragen haben.

## Zusammenfassung

Der Tod des Lebenspartners ist ein Ereignis, das sehr viele Menschen in ihrem Leben irgendwann betrifft. Die große Anzahl an Trauerratsgebern, meist auf Glaubensgrundsätzen oder individuellen Erfahrungsberichten beruhend, macht das gesellschaftliche Bedürfnis nach Verständnis und Hilfen bei der Trauerbewältigung deutlich, suggeriert jedoch einen fortgeschrittenen Forschungsstand, der faktisch nicht besteht. Empirische Daten fehlen weitgehend. In Deutschland ist bisher wenig Trauerforschung zu verzeichnen, aber auch auf internationaler Ebene fehlen aussagekräftige Daten innerhalb des ersten Jahres der Trauer. Mit dieser Studie wurde das in der Forschung bestehende Vermeidungsverhalten, Betroffene schon früh nach dem Tod des Ehepartners wissenschaftlich zu befragen, überwunden. Auch bestand bisher in der Trauerforschung eine weitreichende Theorienarmut, indem Daten ohne Bezug zu bestehenden Persönlichkeits- und Stressmodellen erfasst wurden. Es wurde somit bisher versäumt, bestehende psychologische Theorien für das Thema Trauer nutzbar zu machen.

Über die Auswertung von Todesanzeigen konnten 66 Teilnehmer für eine Längsschnittstudie gewonnen werden. Die Teilnehmer wurden über Fragebogen zu den drei Messzeitpunkten drei Monate, sechs Monate und neun Monate nach dem Tod des Lebenspartners befragt. Auf der Grundlage der Set-Point-Theorie des Glücks, der Persönlichkeitsmodelle des Optimismus nach Carver und Scheier und der Handlungsorientierung nach Kuhl sowie nach den Stressmodellen von Lazarus und dem Ressourcen-Konservierungs-Modell von Hobfoll wurden Hypothesen zur Gestalt des Trauerverlaufs generiert und entsprechende Variablen in die Befragung aufgenommen. Neben soziodemographischen Daten wurden Persönlichkeitsvariablen, Ressourcenvariablen sowie Bewältigungsstrategien erfasst. Als abhängige Variablen wurden die depressive und psychosomatische Symptomatik und die allgemeine Lebenszufriedenheit in die Studie aufgenommen.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Trauerverlauf primär durch eine Veränderung depressiver Symptome und nicht durch eine Veränderung psychosomatischer Symptome oder der allgemeinen Lebenszufriedenheit gekennzeichnet ist. Das

hervorstechendste Ergebnis ist, dass die Akzeptanz den zentralen Faktor erfolgreicher Trauerbewältigung darstellt. Die Akzeptanz hängt nicht nur mit den abhängigen Variablen zusammen, sondern ist auch ein signifikanter Prädiktor zur Vorhersage der Veränderungen depressiver und psychosomatischer Symptome sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Zwar hängt auch eine positive Neubewertung mit geringeren Symptomen zusammen, jedoch hängt dieser Zusammenhang von der Akzeptanz ab. Eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsfokussierung auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen kennzeichnet eine stärkere Trauerreaktion. Handlungsorientierte Bewältigungsstrategien zeigten sich im Gegensatz zu emotionszentrierten Bewältigungsstrategien im Trauerverlauf nicht wirksam. Optimisten zeigen sich bei Verlust des Partners weniger belastet als Pessimisten, aber auch die Überlegenheit der Optimisten gegenüber den Pessimisten wird vor allem durch die Fähigkeit zur Akzeptanz vermittelt. Der Verlust finanzieller Ressourcen stellt für Hinterbliebene, insbesondere für Frauen, einen bedeutsamen weiteren Belastungsfaktor dar, der bei dem Tod des Ehepartners zusätzlich auftritt. Auch wenn die Teilnehmer nach dem Tod des Partners eine gesteigerte soziale Unterstützung erlebten, konnte jedoch nicht wie erwartet eine positive Wirkung einer gesteigerten sozialen Unterstützung auf den Trauerverlauf ausgemacht werden. Gründe hierzu wurden diskutiert.

Insgesamt erwiesen sich die angewandten psychologischen Modelle zum Verständnis des Trauerverlaufs als hilfreich. Insbesondere die aus dem Persönlichkeitsmodell des Optimismus nach Carver und Scheier und die aus dem Stressmodell von Lazarus generierten Annahmen ließen sich auf die Gestalt des Trauerverlaufs übertragen. Aus den Ergebnissen dieser Studie konnten Hinweise zur Prävention besonderer Belastungen bei dem Tod des Lebenspartners gewonnen werden. Ebenso konnten Aspekte ausgemacht werden, die die Unterscheidung einer klinisch bedeutsamen Depression von einer normalen Trauerreaktion erleichtern können. Des Weiteren hat die Arbeit aufzeigen können, welche Schwerpunkte bei der Intervention anhaltend schwerer Trauerreaktionen gelegt werden sollten. Um, wie angestrebt, eine pathologische Trauer in der Klassifikation psychischer Störungen aufnehmen zu können, ist es wichtig, zunächst die normale Trauerreaktion zu verstehen.

## Inhaltsverzeichnis

I	Theoretische Aspekte.....	1
	<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
	<b>2. Stand der Trauerforschung.....</b>	<b>2</b>
	2.1 Erste Studien in der Trauerforschung.....	2
	2.2 Trauer als Forschungsschwerpunkt.....	3
	2.3 Konsequenzen aus der Trauerforschung.....	4
	<b>3. Psychologische Modelle.....</b>	<b>5</b>
	3.1 Set-Point-Theorie des Glücks.....	5
	3.1.1 Darstellung der Set-Point-Theorie des Glücks.....	5
	3.1.2 Die Set-Point-Theorie aus motivationaler Sicht.....	6
	3.1.3 Die Set-Point-Theorie aus kultureller Perspektive.....	6
	3.1.4 Genetische Determination des Set-Points.....	7
	3.1.5 Der Set-Point aus persönlichkeitsorientierter Sicht.....	8
	3.1.6 Set-Point-Theorie des Glücks und Bewältigung der Trauer.....	9
	3.2 Optimismus nach Carver und Scheier.....	10
	3.2.1 Darstellung des dispositionalen Optimismus.....	10
	3.2.2 Zusammenhang zwischen Optimismus und Gesundheit.....	10
	3.2.3 Studien zu Optimismus und Gesundheitsverhalten.....	11
	3.2.4 Optimismus und psychotherapeutische Interventionen.....	12
	3.2.5 Optimismus und Realitätsverzerrung.....	12
	3.2.6 Wirkungsweise des Optimismus.....	14
	3.2.7 Optimismus in unkontrollierbaren Situationen.....	16
	3.2.8 Optimismus bei der Trauerbewältigung.....	17
	3.3 Handlungsorientierung nach Kuhl.....	18
	3.3.1 Darstellung des Konzepts der Handlungsorientierung.....	18
	3.3.2 Volitionale Kompetenz als Voraussetzung für Handlungsorientierung.....	19
	3.3.3 Störungen der Handlungskontrolle.....	19
	3.3.4 Schutz vor Störungen der Handlungskontrolle.....	20
	3.3.5 Lageorientierung und erhöhte Stressreaktion.....	21
	3.3.6 Zusammenhang zwischen Handlungsorientierung und psychischer Gesundheit.....	22
	3.3.7 Kritik am Konzept der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann.....	22
	3.3.8 Lageorientierung und Trauerbewältigung.....	23
	3.4 Stressmodell nach Lazarus.....	25
	3.4.1 Primärer Bewertungsprozess.....	25
	3.4.2 Sekundäre Bewertung und Neubewertung.....	26
	3.4.3 Einsatz von Bewältigungsstrategien.....	27
	3.4.4 Kategorisierung der Bewältigungsstrategien.....	28
	3.4.5 Weitere Ausdifferenzierung der Bewältigungsstrategien.....	29
	3.4.6 Studien zu Bewertungsprozessen.....	30
	3.4.7 Studien zu Bewältigungsverhalten.....	32

3.4.8	Bewältigungsverhalten in unkontrollierbaren Situationen.....	34
3.4.9	Bewältigungsverhalten bei der Trauer.....	35
3.5	Ressourcen-Konservierungs-Modell nach Hobfoll.....	37
3.5.1	Darstellung des Ressourcen-Konservierungs-Modells.....	37
3.5.2	Wachstums- und Verlustspiralen.....	38
3.5.3	Kritik am transaktionalen Stressmodell.....	38
3.5.4	Studien zur Arbeitsbelastung.....	39
3.5.5	Studien zur Erfassung der Verlustspirale.....	40
3.5.6	Ressourcen-Konservierungs-Modell bei bedeutsamen Lebensereignissen.....	40
3.5.7	Ressourcen-Konservierungs-Modell und Trauerbewältigung.....	41
<b>4.</b>	<b>Entwicklung der Fragestellungen.....</b>	<b>42</b>
4.1	Offene Fragen in der Trauerforschung.....	42
4.2	Theorienarmut in der Trauerforschung.....	42
4.3	Die Anwendbarkeit psychologischer Modelle auf die Trauerbewältigung.....	43
4.4	Aufklärung als Anliegen dieser Studie.....	44
4.5	Hilfreiche Unterstützung für Betroffene als Anliegen dieser Studie.....	44
4.6	Hypothesen zur Gestalt des Trauerverlaufs.....	46
4.7	Hypothesen zur Vorhersage eines ungünstigen Trauerverlaufs.....	46
4.8	Hypothesen zur Wirksamkeit von Bewältigungsstrategien bei Verlust des Ehepartners.....	48
<b>II</b>	<b>Empirie.....</b>	<b>51</b>
<b>5.</b>	<b>Überblick über das methodische Vorgehen.....</b>	<b>51</b>
5.1	Herleitung der erfassten Variablen.....	51
5.2	Darstellung der erfassten Variablen im SORK-Schema.....	52
<b>6.</b>	<b>Versuchsplan.....</b>	<b>54</b>
6.1	Studienablauf.....	54
6.2	Messungen zum ersten Messzeitpunkt.....	54
6.3	Messungen zum zweiten Messzeitpunkt.....	55
6.4	Messungen zum dritten Messzeitpunkt.....	55
<b>7.</b>	<b>Erhebung der Stichprobe.....</b>	<b>56</b>
7.1	Rekrutierung der Stichprobe.....	56
7.2	Beschreibung der Stichprobe.....	57
<b>8.</b>	<b>Messinstrumente.....</b>	<b>61</b>
8.1	Ermittlung soziodemographischer Daten.....	61
8.2	Messung von Ressourcenvariablen.....	61
8.2.1	Messung der Qualität der verlorenen Beziehung.....	61
8.2.2	Messung der Veränderung finanzieller Ressourcen.....	62
8.2.3	Messung der Veränderung der sozialen Unterstützung.....	63
8.3	Messung von Persönlichkeitseigenschaften.....	63
8.3.1	Messung der Handlungsorientierung (Präokkupation).....	63
8.3.2	Messung der Handlungsorientierung (Hesitation).....	64

8.3.3 Messung des dispositionalen Optimismus.....	64
8.4 Messung von Bewältigungsstrategien.....	65
8.4.1 Messung der Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen“.....	65
8.4.2 Messung der Bewältigungsstrategie „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“.....	66
8.4.3 Messung der Bewältigungsstrategie „Aktive Bewältigung“.....	66
8.4.4 Messung der Bewältigungsstrategie „Akzeptanz“.....	66
8.4.5 Messung der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“.....	67
8.5 Messung der abhängigen trauerrelevanten Variablen.....	67
8.5.1 Messung depressiver Symptome.....	67
8.5.2 Messung der allgemeinen Lebenszufriedenheit.....	68
8.5.3 Messung psychosomatischer Symptome.....	68
III Ergebnisse .....	69
<b>9. Darstellung der Ergebnisse der abhängigen Variablen.....</b>	<b>69</b>
9.1 Deskriptive Statistiken der abhängigen Variablen.....	69
9.2 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome.....	70
9.3 Verlaufsdarstellung psychosomatischer Symptome.....	71
9.4 Verlaufsdarstellung der allgemeinen Lebenszufriedenheit.....	72
9.5 Zusammenhänge der abhängigen Variablen.....	73
9.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der abhängigen Variablen.....	77
<b>10. Geschlechts- und Altersunterschiede im Trauerverlauf.....</b>	<b>78</b>
10.1 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome von Frauen und Männern.....	78
10.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den erfassten Variablen.....	79
10.3 Zusammenhänge des Alters mit den erfassten Variablen.....	82
10.4 Zusammenfassung der Bedeutung des Geschlechts und des Alters im Trauerverlauf bei Verlust des Lebenspartners.....	83
<b>11. Die Bedeutung von Persönlichkeitseigenschaften im Trauerverlauf.....</b>	<b>84</b>
11.1 Deskriptive Statistiken der Persönlichkeitsvariablen.....	84
11.2 Zusammenhänge der Persönlichkeitseigenschaften mit den erfassten Variablen.....	85
11.3 Vorhersage eines besonders belastenden Trauerverlaufs durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter.....	86
11.3.1 Vorhersage depressiver Symptome durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter.....	87
11.3.2 Vorhersage psychosomatischer Symptome durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter.....	90
11.3.3 Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter.....	93
11.4 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome von optimistischen und weniger optimistischen Menschen.....	96

11.5 Zusammenfassung der Bedeutung der Persönlichkeitseigenschaften im Trauerverlauf.....	97
<b>12. Die Bedeutung von Ressourcen im Trauerverlauf.....</b>	<b>98</b>
12.1 Deskriptive Statistiken der Ressourcenvariablen.....	98
12.2 Verlaufsdarstellung der Veränderung finanzieller Ressourcen.....	99
12.3 Verlaufsdarstellung der Veränderung sozialer Ressourcen.....	100
12.4 Zusammenhänge der Ressourcenvariablen mit den erfassten Variablen.....	101
12.5 Das Geschlecht als Moderatorvariable für die Zusammenhänge finanzieller Ressourcenverluste mit den abhängigen Variablen.....	105
12.6 Vorhersage eines besonders belastenden Trauerverlaufs durch die Ressourcenvariablen.....	106
12.6.1 Vorhersage depressiver Symptome durch die Ressourcenvariablen....	106
12.6.2 Vorhersage psychosomatischer Symptome durch die Ressourcenvariablen.....	110
12.6.3 Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Ressourcenvariablen.....	113
12.7 Zusammenfassung der Bedeutung von Ressourcen im Trauerverlauf.....	117
<b>13. Der Einfluss von Bewältigungsstrategien auf den Verlauf der Trauer.....</b>	<b>118</b>
13.1 Deskriptive Statistiken der Coping-Variablen.....	118
13.2 Interkorrelationen der Coping-Variablen.....	119
13.3 Zusammenhänge der Coping-Variablen mit den abhängigen Variablen.....	122
13.4 Vergleich des Einflusses der Coping-Variablen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“.....	124
13.5 Vorhersage eines besonders belastenden Trauerverlaufs durch die Coping-Variablen.....	126
13.5.1 Vorhersage depressiver Symptome durch die Coping-Variablen.....	127
13.5.2 Vorhersage psychosomatischer Symptome durch die Coping-Variablen.....	131
13.5.3 Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Coping-Variablen.....	134
13.6 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome von Personen mit hoher Akzeptanz versus Personen mit niedriger Akzeptanz.....	139
13.7 Überprüfung des Verlusts von finanziellen Ressourcen als möglichem Einflussfaktor auf die Akzeptanz.....	140
13.8 Akzeptanz als Mediator für den Einfluss des Optimismus auf die depressive Symptomatik.....	141
13.9 Zusammenfassung der Bedeutung der Bewältigungsstrategien im Trauerverlauf.....	144
<b>IV Diskussion.....</b>	<b>146</b>
<b>14. Interpretation der Ergebnisse.....</b>	<b>146</b>
14.1 Darstellung und Erläuterung der signifikanten Ergebnisse.....	146
14.2 Kritische Reflexion der Methodik und Gestaltungshinweise.....	147

14.3	Generalisierbarkeit der Ergebnisse.....	149
<b>15.</b>	<b>Anwendbarkeit psychologischer Theorien auf den Trauerverlauf.....</b>	<b>150</b>
15.1	Anwendbarkeit der Set-Point-Theorie auf den Trauerverlauf.....	150
15.2	Anwendbarkeit des Konzepts des Optimismus nach Carver und Scheier auf den Trauerverlauf.....	152
15.3	Anwendbarkeit des Konzepts der Handlungsorientierung nach Kuhl auf den Trauerverlauf.....	152
15.4	Anwendbarkeit des Stressmodells nach Lazarus auf den Trauerverlauf.....	153
15.5	Anwendbarkeit des Ressourcen-Konservierungs-Modells nach Hobfoll auf den Trauerverlauf.....	154
<b>16.</b>	<b>Hinweise auf Hilfsmöglichkeiten bei Trauer.....</b>	<b>156</b>
16.1	Mögliche Prävention von besonderen Belastungen bei Verlust des Partners...	156
16.2	Diagnostische Unterscheidung einer Trauerreaktion von einer depressiven Störung.....	158
16.3	Mögliche Intervention bei anhaltend schwerer Trauer.....	160
<b>17.</b>	<b>Forschungsausblick.....</b>	<b>163</b>
<b>V</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>165</b>
<b>VI</b>	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>187</b>
<b>VII</b>	<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>197</b>
<b>VIII</b>	<b>Anhangsverzeichnis.....</b>	<b>199</b>

# I Theoretische Aspekte

## *1. Einleitung*

Der Tod eines Ehepartners ist eine Belastung, mit der sehr viele Menschen irgendwann in ihrem Leben konfrontiert werden. Es ist eine Belastung, die bei den Verwitweten letztendlich zu einer erhöhten Morbidität (Beem, Schut, Maes, Cleiren & Garssen, 2000) und auch Mortalität (Stroebe & Stroebe, 1980) führt.

Dennoch schreibt Wittkowski (2003), „ist eine systematische und auf Dauer angelegte wissenschaftliche Beschäftigung mit der Todesthematik, welche die Grundlagen für fachlich verantwortbares Handeln in der Praxis liefern könnte, in Deutschland kaum erkennbar“ (S. XIII). „Es gibt keine einzige universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtung, kein Graduiertenkolleg, keine Fachzeitschrift und wenig fachwissenschaftliche Literatur im engeren Sinne. Dies steht im deutlichen Kontrast zu den Verhältnissen auf der internationalen Ebene.“ (S. XIII). Wird die Thanatologie in Bereiche des Sterbens, des Todes und der Trauer differenziert, so konstatiert Wittkowski (2003), dass „gerade in Deutschland keine Trauerforschung betrieben wird (...) [obwohl doch] die Deutschen wie kaum ein anderes Volk nach zwei Weltkriegen Anlass hatten, über Verluste an Menschenleben, Kulturgütern und Heimat zu trauern“ (S. 275). Er vermutet, dass Deutsche aufgrund der Kriegsschuld weniger das Gefühl haben, ein Recht auf Trauer zu haben.

Fulton (2003) sieht für die USA einen Zusammenhang zwischen der Verarbeitung des 2. Weltkrieges und der Vermeidung der Todesthematik, wobei „die Vermeidungshaltung (...) während dieser Periode sogar innerhalb der akademischen Gemeinschaft“ (S. 8) bestand.

Während in Deutschland noch weiterhin eine Vermeidungshaltung zu verzeichnen ist, konnte diese auf internationaler Ebene seit Beginn der 70er Jahre (Fulton, 2003) abgelegt werden.

## ***2. Stand der Trauerforschung***

### **2.1 Erste Studien in der Trauerforschung**

Es sind einige Studien zur Erfassung von Prädiktoren einer pathologischen Trauerbewältigung angestrebt worden. 1977 untersuchte Carey den Einfluss der Antizipation des Todes auf die spätere Trauerverarbeitung. Wurden die Lebensgefährten frühzeitig vorgewarnt, so zeigten diese ein Jahr nach dem Todesfall eine bessere Anpassung als Personen, für die der Todesfall plötzlich und unerwartet eingetreten ist.

Schon im Jahr 1983 konnten Stroebe und Stroebe aufgrund zahlreicher Studien in ihrem Review geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Trauerverarbeitung feststellen. Sofern Kontrollgruppen berücksichtigt wurden und ein Unterschied festgestellt wurde, so sind es die Männer, die unter dem Tod des Ehepartners stärker leiden.

1990 konnten Zautra, Reich und Guarnaccia zeigen, dass unerwünschte Ereignisse (z.B. Kritik, Einschränkung der Mobilität, Hindernisse bei der Durchführung des Hobbys), die täglich oder wöchentlich auftreten können, bei körperlich behinderten Menschen häufiger auftreten als bei Kontrollpersonen und wünschenswerte Ereignisse (z.B. Treffen mit Freunden, Besuch einer Veranstaltung) weniger häufig. Bei trauernden Menschen ist dies nicht der Fall. Die Häufigkeit der positiven Ereignisse konnte jedoch als Prädiktor für eine gute psychische Gesundheit nur bei den behinderten Menschen festgestellt werden. Bei den Trauernden zeigte sich kein Zusammenhang. Alltägliche positive Ereignisse scheinen somit bei Trauernden weiterhin aufzutreten, die Trauer lässt sich dadurch jedoch nicht bedeutsam lindern.

An einer Stichprobe von über 55-jährigen wurde der Tod des Ehepartners unter 31 Lebensereignissen als besonders belastend ermittelt. Nur der Tod des eigenen Kindes stellte bei den meisten Personen ein noch stressvolleres Lebensereignis dar (Aldwin, 1990). Jedoch sind weit weniger Menschen in ihrem Leben mit dem Tod des eigenen Kindes betroffen.

Field und Sundin (2001) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Trauerverarbeitung und dem Bindungsstil. Als ungünstig erwies sich vor allem der

ängstliche Bindungsstil. Personen mit diesem Bindungsstil haben auch 5 Jahre nach dem Todesfall schwerwiegendere Symptome.

Das Ausmaß sozialer Unterstützung scheint den Trauerverlauf zu beeinflussen. Bankoff (1986) stellte in einer Studie an Verwitweten fest, dass Frauen mit starker sozialer Unterstützung, die ihren Partner vor 19 - 35 Monaten verloren haben, besser ihre neue Rolle als Single annehmen können. Auch berichteten sie weniger lange unter intensiver Trauer zu leiden.

## ***2.2 Trauer als Forschungsschwerpunkt***

Ein großer Fortschritt in der amerikanischen Trauerforschung wurde 2002 erreicht. Durch eine breit angelegte Längsschnittstudie mit älteren verheirateten Menschen (CLOC, Changing Lives of Older Couples) wurde es Bonanno et al. (2002) in ihrer Studie möglich, Daten mehrere Jahre vor dem Todesereignis von 319 Personen zu erhalten. Von 205 Personen wurden noch Daten nach 6 und nach 18 Monaten nach dem Todesfall erhoben. So konnte eine Depressionsentwicklung in Bezug auf das Todesereignis und auf den Ausgangswert erfasst werden. Sie machten fünf typische Verläufe aus (chronic grief, common grief, resilient, chronic depression, depressed improved), wobei ein Verlauf des Typs „common grief“ (d.h. vor dem Todesfall und 18 Monate nach dem Todesfall wurde kein auffälliger Depressionswert gemessen, jedoch nach 6 Monaten) mit 10,7% der Fälle relativ selten war. Mit 45,9% war ein Verlauf, indem zu keinem Zeitpunkt ein auffälliger Depressionswert gemessen wurde („resilient“), am häufigsten.

Es wurden als Prädiktoren für einen bestimmten Verlauf vor dem Todesereignis unterschiedliche Variablen erfasst: Qualität der Beziehung, Persönlichkeitseigenschaften, allgemeine Sichtweise von der Welt, soziale Unterstützung und der persönliche Eindruck des Interviewers. Es zeigte sich, dass Personen, die erst nach dem Tod anhaltend depressive Symptome zeigten („chronic grief“), schon vor dem Ereignis den Tod allgemein als Teil der Welt weniger akzeptierten. Personen, die nach 18 Monaten keinen auffälligen Depressionswert mehr zeigten („common grief“), beschrieben sich vor dem Ereignis als extravertierter und offener. Personen, die zu keinem Zeitpunkt auffällige depressive Symptome zeigten („resilient“), gaben vor dem Ereignis an, mehr Unterstützung von Freunden und Verwandten zu erhalten. Eine schon bestehende Depression, die sich auch nach dem Todesereignis nicht änderte

(„chronic depression“), korrelierte mit einer wahrgenommenen Abhängigkeit vom Partner, mit einer geringeren emotionalen Stabilität, mit geringerer Extraversion und einer wahrgenommenen allgemeinen Unkontrollierbarkeit der Welt. Personen, bei denen sich die Depressionssymptome nach dem Tod des Partners anhaltend besserten („depressed-improved“), gaben der Beziehung vor dem Tod des Partners weniger positive und mehr negative Bewertungen. Zudem berichteten sie von weniger Abhängigkeit vom Partner und mehr Introspektion, nahmen die Welt allgemein als ungerecht wahr und erlebten weniger instrumentelle Unterstützung (z.B. finanzielle Unterstützung, Unterstützung im Haushalt).

### ***2.3 Konsequenzen aus der Trauerforschung***

Es wird deutlich, dass der Tod des Lebenspartners die Morbidität und Mortalität erhöhen kann, dass es aber viele Menschen gibt, denen eine Anpassung an die neue Situation längerfristig erfolgreich gelingt. Eine psychische Störung, die einer therapeutischen Behandlung bedarf, besteht nur in bestimmten Fällen. Diese Fälle lassen sich im Mittel von anderen durch unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften und Situationsfaktoren unterscheiden, so dass besondere Risikogruppen ausgemacht werden können, denen schneller eine professionelle Unterstützung angeboten werden kann. Es ist somit ein Ziel der Forschung, besonders hilfebedürftige Personen frühzeitig identifizieren zu können. Ein weiteres Ziel ist es, Bewältigungsverfahren zu identifizieren, die als psychotherapeutische Interventionen hilfreich sein können.

Mit Trauerarbeit ist allgemein ein kognitiver Prozess gemeint, der eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Verlust beinhaltet (Stroebe & Stroebe, 1991). Dass Konfrontation gegenüber Vermeidung längerfristig zu einer besseren Anpassung führt, konnten Stroebe und Stroebe (1991) jedoch nur für Witwer und nicht für Witwen nachweisen. Es wird jedoch diskutiert ob Frauen, wenn in der Ehe eine klassische Rollenverteilung bestanden hat, auch ohne bewusste Konfrontation in einem ausreichenden Maße mit dem Verlust konfrontiert werden. Während es für Männer durch eine Arbeitsstelle vermehrt Möglichkeiten der Ablenkung gibt, kann für Frauen die häusliche Umgebung eine anhaltende Konfrontation mit dem Verlust bedeuten.

Trotz Fortschritte sind die beiden genannten Forschungsziele - Identifikation von hilfebedürftigen Personen und von Bewältigungsstrategien - noch nicht umfassend

erreicht. Zielführend könnte eine konsequentere Verbindung der Trauerforschung mit der Stressforschung sein. Eine solche Verbindung wurde, wie Mikulincer & Florian noch 1996 nach einer Literatursichtung feststellen mussten, in der Vergangenheit innerhalb der Trauerforschung kaum gemacht.

Des Weiteren beklagt Filipp (1995) eine Theorienarmut in der Bewältigungsforschung. Zu dem gleichen Schluss kamen auch Schwarz, Salewski und Tesch-Römer (1996). Sie schreiben, dass „in vielen empirischen Arbeiten (...) beispielsweise die explizite Darstellung der zugrundeliegenden Persönlichkeits- und Stressmodelle“ (S. 2) fehlt.

### ***3. Psychologische Modelle***

Auf der Grundlage der Set-Point-Theorie des Glücks, der Persönlichkeitsmodelle des Optimismus nach Carver und Scheier und der Handlungsorientierung nach Kuhl sowie auf der Grundlage der Stressmodelle von Lazarus und des Ressourcen-Konservierungs-Modell von Hobfoll sollen bedeutsame Faktoren herausgearbeitet und Annahmen bezüglich der Trauerbewältigung generiert werden.

#### ***3.1 Set-Point-Theorie des Glücks***

##### ***3.1.1 Darstellung der Set-Point-Theorie des Glücks***

Nach der Set-Point Theorie des Glücks (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003; Lykken, 1999) haben alle Menschen eine stabile Ausprägung in ihrem Wohlbefinden. Kritische Ereignisse wie Hochzeit und Verlust des Ehepartners können zwar kurzfristig eine Änderung des Wohlbefindens herbeiführen, langfristig kehrt jedoch jeder Mensch auf sein ursprüngliches Niveau der Lebenszufriedenheit zurück. Brickman und Campbell (1971) beschreiben die Menschen in einer „hedonistischen Tretmühle“, d.h. alle Bestrebungen nach Glück können nur zum kurzfristigen Glück führen, langfristig können wir unser Glück nicht verändern. So wie ein Thermostat die Temperatur in einem Raum reguliert, so reguliert sich das Glück eines Menschen immer wieder hin zu seinem individuellen Mittelwert. Brickmann, Coates und Janoff-Bulman führten 1978 eine Studie an Lottogewinnern und Unfallopfern durch und machten damit deutlich,

dass Glück nicht von Dauer ist. Während sich Lottomillionäre und durch einen Unfall Querschnittsgelähmte anfänglich noch in ihrer Lebenszufriedenheit deutlich unterschieden, reduzierte sich dieser Unterschied mit der Zeit deutlich. Ein fortwährendes Mitleid gegenüber Querschnittsgelähmten ist genauso wenig angemessen wie auf einen Lottogewinn zu hoffen, um endlich glücklich leben zu können. In den meisten Untersuchungen wird zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Fragebogen „Satisfaction with Life Scale“ (SWLS) von Diener verwendet (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

### ***3.1.2 Die Set-Point-Theorie aus motivationaler Sicht***

Nach Cummins (Cummins, Gullone & Lau, 2002) ist der Mensch grundsätzlich motiviert, ein Niveau der Zufriedenheit zu halten, welches er als angenehm empfindet und zur besten Fitness führt. Er geht davon aus, dass, so wie der Mensch auch eine Körpertemperatur von ca. 37 Grad Celsius hält, dass er auch unbewusst darauf bedacht ist, eine Zufriedenheit von 7 - 8 auf einer 10-stufigen Skala zu erreichen und zu halten. Abweichungen nach oben und unten würden die Homöostase stören und zu Regulationsbestrebungen führen. Dies stellt einen Blick aus der motivationalen Perspektive auf die Set-Point-Theorie dar.

Tatsächlich können in modernen westlichen Gesellschaften durchschnittlich bei einer 10-stufigen Skala Werte von 7 - 8 festgestellt werden. Jedoch konnte Veenhoven (2005) in seiner Studie nachweisen, dass sich Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit zeigen, wenn man Menschen in Nationen befragt, deren Lebensbedingungen weit unterdurchschnittlich sind. Z.B. stellte er fest, dass bei den untersuchten Nationen in Tansania ein durchschnittlicher Minimalwert der Lebenszufriedenheit von 3,2 besteht. Auch gab es innerhalb der westlichen Länder bedeutsame Unterschiede. So erreichte die Schweiz mit einer durchschnittlichen Lebenszufriedenheit von 8 den Höchstwert.

### ***3.1.3 Die Set-Point-Theorie aus kultureller Perspektive***

Diese Ergebnisse stellen wiederum die Set-Point-Theorie aus einer kulturellen Perspektive dar. Die Lebensumstände, die in bestimmten Gesellschaften herrschen, haben einen bedeutsamen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Stabile Lebensbedingungen in Gesellschaften führen jedoch auch dazu, dass die Menschen

nach individuellen kritischen Lebensereignissen immer wieder zu dem in der Gesellschaft herrschenden Durchschnittswert tendieren, einem somit kulturell und politisch geprägtem „set-point“. Ändern sich die Lebensbedingungen, ändert sich auch die Lebenszufriedenheit. So konnte Veenhoven (2001) eine deutliche Verschlechterung der Lebenszufriedenheit Anfang der 90er Jahre in Russland feststellen, während die durchschnittliche Lebenszufriedenheit in anderen westlichen Gesellschaften immer weiter angestiegen ist (Veenhoven, 2005). Die Lebensbedingungen haben sich seit den 50er Jahren in den meisten Ländern verbessert und eine Steigerung der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowohl bei den armen als auch reichen Ländern konnte festgestellt werden (Veenhoven & Hagerty, 2006).

Es konnte eine Stabilität der Lebenszufriedenheit einzelner Menschen innerhalb einer Gesellschaft ausgemacht werden. Ehrhardt, Saris und Veenhoven (2000) führten zwischen den Jahren 1984 und 1994 eine Fragebogenstudie in Deutschland durch und stellten fest, dass der Rang eines Teilnehmers bezüglich der Lebenszufriedenheit in diesem Zeitraum weitgehend unverändert blieb. Menschen, die zu der unzufriedensten Gruppe gehörten, waren auch nach 10 Jahren noch am unzufriedensten. Wenn man das Ergebnis aus kultureller Sicht betrachtet, dann weist es darauf hin, dass ein Wechsel in eine andere soziale Schicht in Deutschland sehr schwer möglich ist.

#### ***3.1.4 Genetische Determination des Set-Points***

Es gibt Überlegungen, dass der Set-Point eines Menschen genetisch determiniert ist. Einige Forscher sehen das Glück des Menschen über eine angeborene physische Gesundheit vermittelt, andere sehen es durch angeborene individuelle Unterschiede im Belohnungssystem des Gehirns vermittelt, welches zu unterschiedlich ausgeprägten positiven Gefühlen führt. Ein Vertreter der genetischen Sicht ist Lykken (1999), der davon ausgeht, dass bis zu 80% des Glücks genetisch bestimmt ist. Damit würde die Lebenszufriedenheit vergleichbar genetisch feststehen wie der Intelligenzquotient eines Menschen.

Die genetische Sicht des Set-Point-Modells lässt wenig gesellschaftlichen Einfluss und Kontrollmöglichkeiten eines einzelnen Menschen zu und hat somit etwas schicksalhaftes oder gottgegebenes. Als würde Gott schon vorher festlegen, welche Menschen gut und welche böse wären und welche somit in den Himmel kommen und welche in die Hölle. Das mag eine ungerechte Vorstellung sein, jedoch würde sich die

Zufriedenheit – genetisch vorbestimmt – wieder auf das individuell angedachte Maß weitgehend regulieren und den Menschen würde es im Himmel langfristig etwa so gut gehen wie in der Hölle.

Eine ausschließlich genetische Erklärung für einen individuellen Set-Point des Glücks ist kaum vorstellbar, jedoch konnte Lykken (1999) in seiner Zwillingsstudie feststellen, dass bei eineiigen Zwillingen durch die Lebenszufriedenheit des einen Zwillings auch die Lebenszufriedenheit des anderen Zwillings gut vorhergesagt werden kann, auch wenn die Zwillinge in verschiedenen Umwelten aufgewachsen waren. Es wird derzeit also auch von bedeutsamen genetischen Einflussgrößen auf die Lebenszufriedenheit ausgegangen, die weiter untersucht werden.

### ***3.1.5 Der Set-Point aus persönlichkeitsorientierter Sicht***

Die verbreitetste Sicht bezüglich eines Set-Point des Glücks ist, dass eine stabile Lebenszufriedenheit durch weitgehend stabile Persönlichkeitseigenschaften beeinflusst wird. Unter der Annahme, dass soziale Integration zur Lebenszufriedenheit beiträgt, können z.B. weitgehend genetisch determinierte Persönlichkeitseigenschaften wie Extraversion zu einer höheren Lebenszufriedenheit führen, da es diesen Menschen leichter fällt mit Mitmenschen in Kontakt zu treten. Soziale Beziehungen sind eine der stärksten Korrelate mit subjektivem Wohlbefinden (Bradburn, 1969). Andererseits kann auch die frühkindliche Erfahrung einer vertrauensvollen Beziehung zur Mutter dazu führen, dass es diesen Menschen in ihrem weiteren Leben leichter fällt, nach dem Verlust einer Beziehung wieder vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen, welche zur Lebenszufriedenheit beitragen. Für Diener und Oishi (2005) stellen sowohl enge Beziehungen als auch die Fähigkeit zur Anpassung an Lebensereignisse zwei bedeutsame Faktoren dar, die Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben.

Es wird deutlich, dass die persönlichkeitsorientierte Sicht sowohl einen genetischen Einfluss als auch Umwelteinflüsse zur Entstehung eines individuell stabilen Set-Points des Glücks berücksichtigt. Da jedoch Persönlichkeitseigenschaften durch manifestierte und temporär sowie lokal unabhängige Wahrnehmungstendenzen, Empfindungsweisen und Verhaltensweisen eines Menschen gekennzeichnet sind, sind diese nahezu nicht veränderbar. Deshalb ist der Set-Point des Glücks stabil.

Dennoch ist bei der persönlichkeitsorientierten Sicht prinzipiell eine Veränderbarkeit eines individuellen Set-Points des Glücks denkbar. Denkbar ist, dass

in einer Psychotherapie durch eine gezielte langanhaltende Bearbeitung von Aspekten der Persönlichkeit, z.B. der Wahrnehmungstendenzen, eine begrenzte Modifikation oder Erweiterung der Persönlichkeitseigenschaften erreichbar ist und somit sich auch der individuelle Set-Point des Glücks verändert. Denkbar ist auch, dass kurzfristige Lebenserfahrungen, die jedoch sehr extrem sind, zu langanhaltenden Veränderungen der Persönlichkeit führen können. In der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) wird z.B. eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung beschrieben. Ob sich auch der Set-Point des Glücks dauerhaft verändern kann, wurde in einigen Studien untersucht. In einer Studie an Langzeitarbeitslosen (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2004) wurde zwar wieder deutlich, dass eine deutliche Anpassung der Zufriedenheit stattfindet. Jedoch wurde auch über einen langen Zeitraum von fünf Jahre keine vollständige Anpassung erreicht.

### ***3.1.6 Set-Point-Theorie des Glücks und Bewältigung der Trauer***

Lucas, Clark, Georgellis und Diener (2003) überprüften die ursprüngliche Annahme der Set-Point-Theorie, dass sich alle Menschen nach kritischen Lebensereignissen in ihrer Lebenszufriedenheit wieder an ihren ursprünglichen Ausgangswert hin anpassen. In einer über 15 Jahre angelegten Langzeitstudie in Deutschland wurden 24.000 Teilnehmer nach ihrer Lebenszufriedenheit befragt, so dass auch Daten zur Lebenszufriedenheit vor und nach ihrer Hochzeit sowie vor und nach dem Tod des Ehepartners erfasst wurden. Es zeigte sich, dass, wenn man die Ergebnisse mittelt, sich die Menschen nach diesen kritischen Lebensereignissen ihrem ursprünglichen Wert wieder annähern. Dies spricht für die ursprüngliche Set-Point-Theorie. Jedoch konnten unter Zusammenfassung der besonders positiv bzw. negativ reagierenden Menschen Entwicklungen ausgemacht werden, die gegen eine dauerhafte Anpassung an den ursprünglichen Ausgangswert sprechen. Personen, die besonders stark unter dem Tod des Partners gelitten haben, haben auch nach langer Zeit nicht mehr den Ursprungswert der Lebenszufriedenheit erreicht. Die Lebenszufriedenheit der Personen, deren Lebenszufriedenheit sich nach dem Tod des Partners sogar erhöhte, erhöhte sich im weiteren Verlauf noch weiter anstatt sich wieder an den Ausgangswert anzupassen. Eine ähnliche Entdeckung machten Lucas et al. (2003) bei der Entwicklung der Lebenszufriedenheit nach der Hochzeit. Personen, die nach der Hochzeit besonders mit ihrem Leben zufrieden waren, wurden im weiteren Verlauf

zwar wieder etwas unzufriedener, jedoch blieben sie auch langfristig zufriedener als noch vor der Hochzeit. Demgegenüber wurden Personen, deren Lebenszufriedenheit sich nach der Hochzeit besonders herabsenkte, sogar im weiteren Verlauf immer unzufriedener.

### **3.2 *Optimismus nach Carver und Scheier***

#### **3.2.1 *Darstellung des dispositionalen Optimismus***

Dispositionaler Optimismus in der Wissenschaft ist ein Persönlichkeitsmerkmal und wird als „generalisierte, zeitlich und transsituational stabile Tendenz, in Alltags- und Stresssituationen mit positiven Ergebnis-Erwartungen zu reagieren“ (Wieland-Eckelmann & Carver, 1990, S.169) definiert. Eine positive Ergebniserwartung kann z.B. aufgrund der Gewissheit eigener Handlungskompetenzen bestehen. Sie kann jedoch auch auf den Glauben beruhen, dass das Glück einem hold ist. Worauf sich die positive Ergebniserwartung begründet, wird beim Konzept des dispositionalen Optimismus offen gelassen. Das Ausmaß des Optimismus kann mit dem Fragebogen „Life-Orientations-Test“ (LOT) von Wieland-Eckelmann & Carver (1990) erfasst werden.

#### **3.2.2 *Zusammenhang zwischen Optimismus und Gesundheit***

Zusammenhänge zwischen Optimismus und psychischer (Carver & Gaines, 1987) und körperlicher Gesundheit (Scheier & Carver, 1987) wurden mehrfach untersucht. Carver und Gaines haben 1987 bei 75 Frauen die Ausprägung des dispositionalen Optimismus vor der Geburt des Kindes gemessen und ermittelten, dass Optimisten weniger gefährdet sind, nach der Geburt eine postnatale Depression zu entwickeln. Carver et al. (1993) begleiteten 59 Brustkrebspatientinnen einen Tag vor der Operation bis ein Jahr nach der Operation. Sie stellten fest, dass Frauen, die vor der Operation optimistischer waren, auch im Verlauf des weiteren Jahres weniger psychisch belastet waren als Personen, die vor der Operation pessimistischer waren. 1992 befragten Friedman, Nelson, Baer, Lane, Smith und Dworkin 94 Krebspatienten und fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Optimismus und alltäglichem Stress.

Es gibt Belege dafür, dass Optimismus mit körperlicher Gesundheit zusammenhängt. Scheier et al. untersuchten 1989 den Genesungsverlauf von

durchschnittlich 51-jährigen Männern nach einer Bypass-Operation. Messungen fanden eine Woche vor der Operation, eine Woche danach und 6 Monate nach der Operation statt. Die anfänglich ermittelten Optimisten zeigten nach der Operation mehr Gesundheitsverhalten und waren zufriedener. Zusätzlich zu den Befragungen wurden während der Operation physiologische Parameter erhoben. So waren z.B. bei Optimisten bestimmte Enzyme, die Muskelschädigungen anzeigen, weniger vorhanden. Auch fielen die Q-Wellen im EKG bei Optimisten günstiger aus. Insgesamt waren Optimisten nach der Operation schneller erholt und an die veränderte Situation angepasst. Auch Robinson-Whelen, Kim, MacCallum und Kiecolt-Glaser konnten 1997 in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen Optimismus und körperlicher Gesundheit feststellen. 2000 untersuchten Mahler und Kulik die Vorhersagkraft des Optimismus auf den späteren Bewältigungserfolg einer Bypass-Operation. Hierzu befragten sie 212 Patienten 12 Monate nach der Operation. Neben einem besseren Wohlbefinden stand Optimismus auch mit weniger Schmerzen und einer besseren körperlichen Funktionsfähigkeit in Zusammenhang.

### ***3.2.3 Studien zu Optimismus und Gesundheitsverhalten***

Shepperd, Maroto und Pbert (1996) untersuchten 22 Rehabilitationspatienten während eines 18-wöchigen Rehabilitationsprogramms zur Vorbeugung koronarer Herzerkrankungen und ermittelten Optimismus als einen guten Prädiktor für das Gesundheitsverhalten. Optimisten konnten ihr Gewicht deutlich stärker reduzieren und führten das Fitnesstraining kontinuierlicher durch. Chamberlain, Petrie und Azariah (1992) führten in Neuseeland in ihrer Untersuchung an 57 Patienten eine Fremdanamnese bei Ärzten durch. Ärzte schätzten die Erholung und Gesundung der Patienten nach einer Operation ein. Personen, die als Optimisten eingestuft wurden, erholten sich nach dem chirurgischen Eingriff nach Ansicht der Ärzte besser. Auch die Selbsteinschätzung der Patienten ergab ein größeres Wohlbefinden bei den Optimisten. Curbow, Somerfield, Baker, Wingard und Legro (1993) konnten bei einer Nachbefragung von 135 männlichen Patienten, die vor 6 - 149 Monaten eine Knochenmarkspende erhalten hatten, einen positiven Zusammenhang zwischen Optimismus und Genesungsverlauf feststellen. Optimistische HIV-infizierte homosexuelle Männer zeigten auch mehr gesundheitsförderliche Verhaltensweisen als weniger optimistische (Taylor et al., 1992). Eine Untersuchung an einer studentischen

Stichprobe ergab, dass optimistische Personen genauso viele Erkältungskrankheiten angaben wie pessimistische Personen. Sie erlebten die Erkältungen jedoch als weniger belastend und kürzer andauernd. Auch gaben sie mehr gesundheitsförderndes Verhalten an (Hamid, 1990). Auch Lin und Peterson führten 1990 eine vergleichbare Befragung an einer studentischen Stichprobe durch und fanden ebenfalls, dass Optimisten insgesamt ihren Gesundheitszustand als besser erlebten, dass sie jedoch auch häufiger angaben, während einer Krankheit aktive Krankheitsbewältigung durchzuführen.

### ***3.2.4 Optimismus und psychotherapeutische Interventionen***

Optimisten scheinen auch leichter von psychotherapeutischen Interventionen zu profitieren. Cameron und Nicholls (1998) teilten in ihrem Experiment sowohl die optimistischeren Studenten des ersten Semesters als auch die pessimistischeren in drei Gruppen ein. Die erste Gruppe sollte drei Wochen lang ihre Gedanken und Gefühle bezüglich ihres Starts ins Studentenleben und darauffolgende Handlungspläne aufschreiben, die zweite Gruppe sollte ausschließlich ihre Gedanken und Gefühle aufschreiben, eine dritte Gruppe diente als Kontrollgruppe, die über unwichtige Themenbereiche schreiben sollte. Optimisten in den beiden Experimentalgruppen suchten in den darauffolgenden Monaten weniger häufig einen Arzt auf, d.h. Optimisten profitieren auch allein davon, ihre Gedanken und Gefühle aufzuschreiben. Pessimisten hingegen profitierten nur durch die Intervention in der ersten Experimentalgruppe, d.h. von einer zielgerichteten Auseinandersetzung mit eigenen Gedanken und Gefühlen mit Entwicklung von Handlungsschritten.

### ***3.2.5 Optimismus und Realitätsverzerrung***

Nachdem in immer mehr Studien ein Zusammenhang zwischen Optimismus und Gesundheit ermittelt wurde, wurde in der wissenschaftlichen Diskussion häufiger die Frage laut, ob Optimismus unter bestimmten Bedingungen auch ungesund sei. Taylor hat die Auswirkungen des Optimismus auf den Realitätsbezug untersucht und stellte fest, dass Optimisten die Realität sogar oft unrealistischer einschätzen als Pessimisten (Taylor & Armor, 1996). Optimisten unterliegen einer positiven Illusion. Daher ist die kritische Frage nahe liegend, wie Optimisten richtige Handlungsentscheidungen treffen sollen, wenn sie ein Risiko falsch einschätzen. Treffen Optimisten bei Extremsportarten weniger Sicherheitsvorkehrungen, da das Glück ihnen auf Schritt und Tritt folgen

wird? Führen Optimisten ungeschützten Geschlechtsverkehr durch, da sie schon nicht an AIDS erkranken werden? Hören Optimisten nicht mit Rauchen auf, da sie zu den wenigen Menschen gehören werden, die trotzdem 100 Jahre alt werden? Können Optimisten durch ihre positive Realitätsverzerrung nicht auch leichter sterben?

In einer Studie von Taylor et al. (1992) waren HIV-positive homosexuelle Männer sogar optimistischer, kein AIDS-Vollbild zu entwickeln als homosexuelle Männer, die nicht HIV-positiv waren. Goodman, Chesney und Tipton (1995) stellten fest, dass optimistischere Frauen einen angebotenen HIV-Test weniger in Anspruch nahmen und wiesen darauf hin, dass durch Optimismus auch negatives Risikoverhalten entstehen kann. Jedoch wurde auch in dieser Studie festgestellt, dass Optimisten durchaus geschützten Geschlechtsverkehr durchgeführt haben. Taylor et al. (1992) stellten zwar in ihrer Studie eine Realitätsverzerrung der Optimisten fest, sie haben jedoch auch einen Zusammenhang zwischen Optimismus und förderlichem Gesundheitsverhalten festgestellt, sowohl bei den HIV-Positiven als auch bei den HIV-Negativen.

Weitere Studien machten deutlich, dass eine optimistische Verzerrung begrenzt ist. McKenna, Warburton und Winwood (1993) zeigten, dass Raucher ihr persönliches Gesundheitsrisiko als geringer einschätzten als das anderer Raucher. Jedoch schätzten die optimistischen Raucher das Gesundheitsrisiko bei Nichtrauchern als noch geringer ein. Auch Hahn und Renner konnten 1998 feststellen, dass Raucher eine optimistisch verzerrte Risikoeinschätzung bezüglich Lungenkrebs hatten. Personen, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, sahen für sich jedoch ein noch geringeres Risiko.

Taylor und Armor (1996) fassten letztlich bezüglich ihres Konzepts des „unrealistischen Optimismus“ zusammen, dass die Realitätsverzerrung nicht so gravierend ist, als dass durch die Verzerrung kein Realitätsbezug mehr besteht. Optimisten scheinen zwar grundsätzlich zu einer geringeren Risikoeinschätzung zu kommen, sie beziehen jedoch wichtige Faktoren wie z.B. ihr Gesundheitsverhalten mit in ihre Einschätzung ein. Wenig verhaltensrelevant scheint zu sein, dass Optimisten ihr Risiko an AIDS oder Lungenkrebs zu erkranken geringer einschätzen als das Risiko ihres Nachbarn. Optimisten ist klar, dass sie ihr Risiko noch weiter reduzieren können, wenn sie geschützten Sexualverkehr durchführen und mit dem Rauchen aufhören. Optimismus scheint somit auch keine negativen Auswirkungen auf ein präventives Gesundheitsverhalten zu haben.

### ***3.2.6 Wirkungsweise des Optimismus***

In der wissenschaftlichen Literatur wird vielfach diskutiert, auf welchen unterschiedlichen Wegen Optimismus auf die Gesundheit wirken kann. Verschiedene Erklärungsversuche werden nun dargestellt.

#### **1. Direkte Wirkung des Optimismus auf körperliche Gesundheit:**

Scheier und Carver nahmen schon 1987 bezüglich des Optimismus eine direkte physiologische Wirkung auf das Herz-Kreislauf- und Immunsystem an. Man ging davon aus, dass bei Depressiven immunschwächende Stressreaktionen vorhanden sind, und dass der Optimismus dem entgegenwirkt (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991). Kamen-Siegel et al. (1991) ermittelten in ihrer Untersuchung bei älteren Menschen, die einen depressiven Attributionsstil besaßen (d.h. negative Ereignisse werden intern, stabil und global erklärt), eine geringere Anzahl von T-Helfer-Zellen im Blut. 1998 führten Segerstrom, Taylor, Kemeny und Fahey eine Langzeitstudie an Studenten des ersten Semesters mit der Fragestellung durch, ob sich während des ersten stressreichen Semesters Veränderungen in den Immunparametern ergeben hatten (u.a. T-Helfer-Zellen). Sie fanden heraus, dass Studenten, die bezüglich ihrer Studiensituation bereichsspezifisch optimistischer waren, im Laufe des ersten Semesters vergleichsweise bessere Werte in den Indikatoren einer guten Immunfunktion zeigten. Die Ausgangswerte waren in diesem Ergebnis schon auspartialisiert.

#### **2. Positive Wirkung des Optimismus durch Compliance:**

Scheier und Carver gingen 1987 auch davon aus, dass Optimisten eine ärztliche Versorgung eher annehmen und eine generell höhere Compliance bei Medikamenteneinnahme zeigen, da Optimisten eine größere Hoffnung auf eine positive Wirkung haben. Nachweise für diesen Erklärungsansatz lieferten die Ergebnisse der beschriebenen Untersuchungen an Patienten, die eine Bypass-Operation hinter sich hatten (Mahler & Kulik, 2000; Scheier et al., 1989). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Optimisten mehr gesundheitsförderndes Verhalten auf Anraten der Ärzte durchführen (z.B. Fitnesstraining, Medikamenteneinnahme, Gewichtsreduktion).

### 3. Positive Wirkung des Optimismus durch soziale Unterstützung:

Ein weiterer Erklärungsansatz ist, dass Optimisten mehr soziale Unterstützung erhalten, welche sich positiv auf die Gesundheit auswirkt. Soziale Unterstützung ist mit einem besseren Immunsystem und mit einem geringeren Grundniveau an Stresshormonen verbunden (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

Scheier et al. (1989) beschreiben in ihrer Untersuchung auch, dass optimistische Patienten vor einer Bypass-Operation auf die Ärzte weniger feindselig gewirkt haben, was den Umgang der Ärzte mit den Patienten erleichtert haben könnte. Wenn Optimisten weniger feindselig auf ihre Mitmenschen wirken, könnte das auch Auswirkungen auf die Anzahl, Intensität und Qualität der Beziehungen haben. Fry konnte 1995 in einer Studie feststellen, dass optimistischere Frauen an ihrem Arbeitsplatz weniger Konflikte hatten als pessimistischere Frauen. Auch wurde bei den optimistischeren Frauen eine bessere körperliche Gesundheit ermittelt. Optimismus scheint vor alltäglichen Ärgernissen („daily hassles“) zu schützen, welche sich negativ auf die Gesundheit auswirken. 2002 führten Brissette, Scheier und Carver eine Studie durch, um den Einfluss des Optimismus auf das Ausmaß der sozialen Unterstützung ermitteln zu können. Zu Beginn des ersten Semesters wurde die Ausprägung des dispositionalen Optimismus bei 89 Studenten ermittelt. Am Ende des ersten Semesters war zwar der Freundeskreis der optimistischeren Studenten nicht größer als der der pessimistischeren Studenten, jedoch gaben die optimistischeren Studenten an, dass sie mehr Unterstützung von ihren Freunden erhalten hatten.

### 4. Positive Wirkung des Optimismus durch funktionales Bewältigungsverhalten:

Die bisher wohl am besten abgesicherte Erklärung für einen positiven Zusammenhang zwischen Optimismus und Gesundheit ist, dass Optimisten häufiger in stressvollen Situationen problemzentrierte Bewältigungsstrategien wie „aktive Bewältigung“ anwenden (Scheier & Carver, 1987; Wieland-Eckelmann & Carver, 1990). Es muss auch grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Optimisten generell eher das Problem ganz beseitigen und das Auftreten oder die Stabilisierung von Problemen verhindern können und somit in ihrem Leben mit weniger negativen Gegebenheiten, die gesundheitsschädlich sein können, konfrontiert sind. Auch in den schon zitierten Studien von Hamid (1990), Lin und Peterson (1990), Taylor et al. (1992) und Shepperd

et al. (1996) wurden positive Zusammenhänge des Optimismus mit problemzentrierten Verhaltensweisen ermittelt.

### ***3.2.7 Optimismus in unkontrollierbaren Situationen***

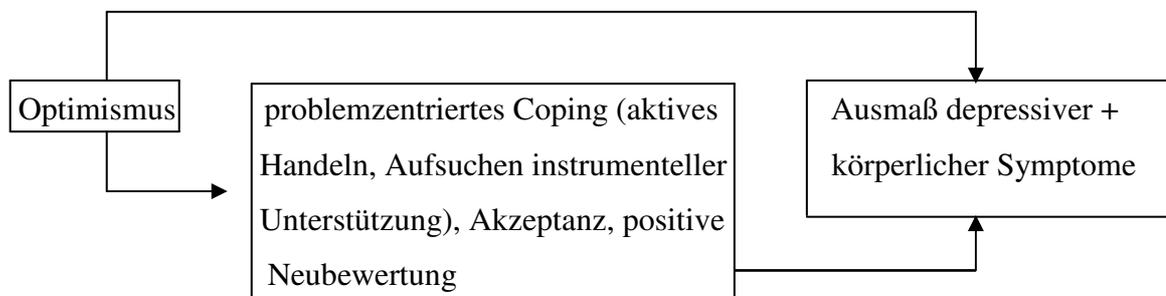
Die Studien, die bisher durchgeführt wurden und einen positiven Einfluss des Optimismus auf die Gesundheit ermitteln konnten, bezogen sich auf Situationen, die grundsätzlich mehr oder weniger kontrollierbar für die Patienten waren und noch Handlungsspielraum ließen. Es ist aber auch leichter vorstellbar, dass ein Krankheitsverlauf günstig beeinflusst wird, wenn ein aktives Handeln noch zur Veränderung führen kann und die Situation nicht völlig ausweglos scheint. Auch bei einer realistischen Einschätzung hätte man in den genannten Studien noch Gründe gehabt, die Anlass zur Hoffnung gäben. Doch wie sieht der Einfluss des Optimismus auf unkontrollierbare Situationen aus? Wie sieht es z.B. mit der Wirkung des Optimismus aus, wenn sich ein Mensch im Endstadium einer Krebserkrankung befindet? Ist die Enttäuschung bei einem Optimisten dann nicht besonders groß, wenn sich die Zukunft gegen seine in der Vergangenheit entstandenen optimistischen Erwartungen entwickelt? Wird der Optimismus nicht grundlegend erschüttert und bricht das optimistische Gefüge angesichts des sicheren Todes zusammen, so wie gelegentlich ein frommer Christ angesichts eines unvorstellbaren Elends vom Glauben an einen gerechten Gott abfällt? Würde nicht so eine Enttäuschung einen besonders negativen Einfluss auf die Gesundheit haben? Sind dann nicht die Pessimisten im Vorteil, die den Tod schon seit jeher über sich schweben sahen?

Hinweise, wie optimistische Personen in unkontrollierbaren Situationen dennoch funktional reagieren könnten, gibt die Studie von Carver et al. (1993) bei Brustkrebspatientinnen im Anfangsstadium. Sie konnten feststellen, dass Optimisten nicht nur problemzentrierte Bewältigungsstrategien anwandten, sondern auch emotionsregulierende Bewältigungsstrategien wie Akzeptanz und positive Neubewertung. Diese könnten auch hilfreich bei Gegebenheiten sein, die nicht veränderbar sind. Auch schon 1989 ermittelten Carver, Scheier und Weintraub, dass Optimisten die emotionsregulierende Strategie „Positive Neubewertung“ als Bewältigungsstrategie anwenden.

### 3.2.8 Optimismus bei der Trauerbewältigung

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass die Studien zu Optimismus bisher mit einem erheblichen zeitlichen Abstand vor dem Eintritt eines auch nicht sicheren Todes stattgefunden haben. Studien, die eine direkte Konfrontation mit der Unausweichlichkeit eines sicheren und nahen Todes beinhalteten, wurden bisher nicht durchgeführt. Somit gibt es kaum Erkenntnisse darüber, wie Optimisten in unkontrollierbaren Situationen reagieren und welchen Einfluss Optimismus in solchen Situationen auf die Gesundheit hat. Diese Fragestellungen werden in dieser Studie aufgegriffen. Der Tod des Ehepartners ist eine Situation, die nicht mehr veränderbar ist. Erste Messungen werden in dieser Studie mit einem drei Monatszeitraum zeitlich sehr nah an dem Todesereignis stattfinden. Diese zeitliche Nähe hat bisher sogar in der Trauerforschung kaum stattgefunden.

Aufgrund der vorangegangenen Studien, die einen positiven Zusammenhang des Optimismus mit der Gesundheit ermittelten, wird auch für diese Untersuchung erwartet, dass Optimisten einen günstigeren Verlauf der Verlustbewältigung zeigen. Da auch der Verlust des Ehepartners eine Situation ist, mit der man sich unausweichlich arrangieren musste, wird erwartet, dass Optimisten nicht nur problemzentrierte Bewältigungsstrategien häufiger anwendeten, sondern auch Akzeptanz als emotionsregulierende Bewältigungsstrategie. Es bleibt fraglich, wie groß die Wirkung der problemzentrierten Copingstrategien wie „Aktives Handeln“ oder „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ auf die depressive und körperliche Symptomatik sein wird, da sich die Situation in dieser Studie auf eine nicht mehr veränderbare Gegebenheit bezieht. Es wird jedoch erwartet, dass Akzeptanz und positive Neubewertung zu einem geringeren Ausmaß depressiver und körperlicher Symptome führen werden (siehe Abb. 3.1).



**Abbildung 3.1** Erwartete direkte und indirekte Wirkung des Optimismus auf Bewältigungsstrategien und Symptome

### ***3.3 Handlungsorientierung nach Kuhl***

#### ***3.3.1 Darstellung des Konzepts der Handlungsorientierung***

Zur Verdeutlichung des Konzepts der Handlungsorientierung sei folgende Situation dargestellt:

- Ein Mann hatte seine Frau vor einem halben Jahr verloren. Sie ist bei einem Verkehrsunfall tödlich verunglückt. Der Mann hatte sich vorgenommen, sein Leben wieder in den Griff zu bekommen, zumal er seiner Arbeit seither nicht mehr nachgegangen war. Er hatte sich vorgenommen, seine Arbeit als selbständiger Architekt wieder aufzunehmen und wollte zunächst seine Kunden anrufen und diese darüber informieren, dass er wieder neue Aufträge annehme. Er setzte sich im Wohnzimmer auf sein Sofa. Neben sich hatte er das Telefon gestellt. Während er auf dem Sofa saß, musste er daran denken, wie es überhaupt dazu gekommen war, dass er so lange nicht mehr gearbeitet hatte. Seine Gedanken kreisten nun darum, ob der Verkehrsunfall nicht auch zu verhindern gewesen wäre. Er musste daran denken, dass nun auch seine finanzielle Situation belastend geworden war. Eigentlich, so war ihm klar, wollte er schon vergangene Woche wieder seine Arbeit aufgenommen haben. Er machte sich Sorgen, dass er, wenn er sich noch mehr Zeit lassen würde, seine Auftraggeber entgültig verlieren könnte. Die Gedanken waren immer wiederkehrend und sehr belastend. Vielleicht, so hoffte er, könnte ihn das Fernsehprogramm etwas ablenken. Er hoffte, so auf andere Gedanken kommen zu können. Das Fernsehprogramm wechselte von einer Sendung über die Werbung in die nächste Sendung. Die Zeit verstrich ohne dass die Fernbedienung noch einmal betätigt wurde. Es wäre ein Leichtes gewesen, den Fernseher wieder auszumachen, doch selbst dazu konnte er sich nicht mehr motivieren. Es war mittlerweile so viel Zeit verstrichen, dass sich der Mann entschied, nicht mehr bei seinen Kunden außerhalb der Arbeitszeit anzurufen. So war wieder ein Tag vergangen, ohne dass er etwas von dem umsetzen konnte, was er sich vorgenommen hatte. -

Nach Kuhl (1983, 1994) hätte der Student seine gewünschten Handlungen selbst erzeugen können, wobei eine entsprechende volitionale Kompetenz dafür notwendig gewesen wäre. Kuhl (1983) unterscheidet motivationale und volitionale Prozesse. Während sich Motivation auf die Ursachen von Handlungsintentionen bezieht (Heckhausen, 1989) bezieht sich Volition auf die Umsetzung der Intentionen.

### 3.3.2 *Volitionale Kompetenz als Voraussetzung für Handlungsorientierung*

Die volitionale Kompetenz kann als Zustand (state) oder als Disposition (trait) bestehen. Als trait ist die volitionale Kompetenz eine Dimension mit den zwei Endpunkten Handlungsorientierung und Lageorientierung. Handlungsorientiertere Menschen können leichter einen Zustand (state) der Handlungsorientierung herstellen. Als state kann entweder Handlungs- oder Lageorientierung vorliegen. Ein Mensch ist handlungsorientiert, wenn die kognitive Repräsentation einer Intention jede der folgenden vier Komponenten in ausgewogener Form beinhaltet:

1. den *Kontext*, in dem die Intention zur Ausführung gelangen soll,
2. das Selbst als Ausführender der Handlung und das sich als *handlungsverantwortlich* sieht
3. einen *Handlungsplan* oder mehrere solcher Pläne, um die Art und Weise der Ausführung dem Ziel adäquat anpassen zu können und
4. die Festlegung, ob die Ausführung der Handlung auf einen festen *Entschluss der eigenen Person* zurückgeht, ob sie es nur wünscht oder ob sie sich von außen dazu gedrängt sieht.

Ansonsten ist die Person lageorientiert (Kuhl, 1983, 1994).

### 3.3.3 *Störungen der Handlungskontrolle*

Lageorientierte Personen lassen sich eher als handlungsorientierte Personen von Störungen bei Handlungsbeginn oder bei der Handlungsdurchführung beeinträchtigen. Ursachen der Störungen können konkurrierende Gedanken, Gefühle oder Gewohnheiten sein.

Störungen bei *Beginn der Handlung* beschreibt Kuhl (1994) als *Hesitation*. Hesitation ist ein Zögern, das dadurch gekennzeichnet ist, dass bei Aufnahme der Handlung konkurrierende Handlungstendenzen oder impulsive Handlungen auftreten, so dass die gewünschte Handlung nicht initiiert wird.

Störungen bei der *Durchführung der Handlung* werden von Kuhl (1994) als *Präokkupation* bezeichnet. Präokkupation ist eine Beschäftigung mit Inhalten, die der Handlung entgegenstehen. Präokkupation ist dadurch gekennzeichnet, dass die Aufmerksamkeit nicht auf die Handlungsdurchführung fokussiert wird, dass die Handlungspläne nicht bis zur Durchführung aufrecht erhalten werden und dass das allgemeine Erregungsniveau der Handlungsdurchführung nicht angepasst ist. Studien

haben ergeben, dass Präokkupation mit der bekannten „worry“-Komponente (Besorgnis) der Leistungsangst zusammenhängt (Bossong, Klassen-Edinger & v. Saldern, 1988; Kuhl, 1983).

Das Konstrukt der Handlungsorientierung als trait lässt sich über den Fragebogen „**H**andlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und **p**rospektiv“ (**HAKEMP-90**) von Kuhl (1990) erfassen. Der HAKEMP-90 enthält zwei Unterskalen „**H**andlungsorientierung nach Misserfolg“ (**HOM**) und „**H**andlungsorientierung **p**rospektiv“ (**HOP**), mit denen sich das Ausmaß der Präokkupation (über die Skala HOM) und Hesitation (über die Skala HOP) ermitteln lässt.

### ***3.3.4 Schutz vor Störungen der Handlungskontrolle***

Kuhl (1987) beschreibt sechs Handlungsstrategien, durch die sich Handlungsorientierte vor den o.g. Störungen der Handlungskontrolle schützen. Erstens sind Handlungsorientierte besser in der Lage, ihre Aufmerksamkeit durch bewusst gesteuerte oder durch automatische Aufmerksamkeitsfilter auf Inhalte auszurichten, die das Erreichen des relevanten Ziels begünstigen. Informationen, die absichtswidrige Motivationstendenzen stützen würden, werden ausgeblendet. Zweitens können Handlungsorientierte ihre Motivation, die aktuelle Absicht auch auszuführen, dadurch steigern, indem sie sich positive Aspekte der Zielerreichung gezielt vor Augen halten. Drittens können handlungsorientierte Menschen ihre Emotionen in so weit besser kontrollieren, als dass sie Gefühlslagen herbeiführen, die eine Handlungskontrolle steigern, d.h. z.B. durch das Herbeiführen eines entspannten, zufriedenen Zustandes oder der Meidung trauriger Gefühlslagen. Viertens können Handlungsorientierte Misserfolge besser bewältigen, indem sie zukünftig trotz Misserfolgen ihr Verhaltensrepertoire ausschöpfen, d.h. ihr Bestes geben und sich auch schneller von unerreichbaren Zielen trennen. Fünftens verändern Handlungsorientierte eher als Lageorientierte ihre Umgebung in einer Weise, die das Durchhalten der aktuellen Absicht fördert. Sie schützen sich sozusagen gegen „Versuchungen“, wie z.B. Süßigkeiten bei Diätabsicht oder Fernsehen bei der Absicht die Hausarbeit zu machen. Sechstens wägen Handlungsorientierte nicht übermäßig lange mögliche Handlungsalternativen ab und sind dadurch sparsamer und schneller in der Informationsverarbeitung.

### ***3.3.5 Lageorientierung und erhöhte Stressreaktion***

Nach Bossong (1998) hängt in Gegenwart von Stressoren Lageorientierung mit nachteiligem Stressmanagement und damit mit einem größeren Ausmaß an Belastung und Unzufriedenheit zusammen. Dass stärkere Stressreaktionen mit Lageorientierung zusammenhängen, konnte Bossong (1999) in zahlreichen Belastungssituationen nachweisen. Studien wurden mit Pflegeschülern, mit Scheidungskindern, mit geschiedenen Müttern, mit Personen mit Multipler Sklerose, mit Studenten vor einer Hochschulprüfung und mit Fahrschülern vor der praktischen Fahrprüfung durchgeführt. Am Ende kommt Bossong (1999) zu dem Schluss, dass lageorientierte Menschen länger ihre Aufmerksamkeit auf vergangene Misserfolge und auf die gegenwärtige Situation lenken, die jedoch auch derzeit als bedrohlich eingestuft werden muss. Handlungsorientierte Menschen hingegen können den Blick auf die Bedrohung einschränken. Sie verkürzen die Dauer der Anforderungsbewertung („primary appraisal“) und lenken ihre Aufmerksamkeit schneller auf ihre Ressourcen und bewerten ihre Bewältigungsmöglichkeiten („secondary appraisal“). Dadurch, dass sich Lageorientierte im Vergleich mehr mit der Bedrohung und weniger mit den eigenen Ressourcen beschäftigen, erhalten die Anforderungen ein zu großes Gewicht. Lageorientierte nehmen ihre Situation als ungünstiger wahr. Schon Kuhl & Beckmann zeigten 1983 auf, dass die Qualität und die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung bei Handlungsorientierten höher sind. Lageorientierte führen eine umfassende Informationsverarbeitung durch, bei der mehr Informationen herangezogen werden als notwendig wäre. Die große Anzahl an Informationen wird dann nach wiederum zeitraubenden komplexen Regeln verarbeitet (Kuhl & Beckmann, 1983). Gedanklich ist der Lageorientierte überaktiv. Im tatsächlichen Verhalten ist er eher passiv (Kuhl, 1994). Auch verharren Lageorientierte häufiger bei einer bisher durchgeführten Tätigkeit (Kuhl & Beckmann, 1994). Es muss davon ausgegangen werden, dass lageorientierte Menschen zu spät ins Handeln kommen, wenn die Anforderungen dann meist schon wieder gestiegen sind (Bossong, 1999).

Auch Beckmann & Kellmann führten 2004 Studien an drei unabhängigen Stichproben durch und untermauerten nochmals, dass lageorientierte Menschen Stress weniger gut verarbeiten. Die bessere Verarbeitung der handlungsorientierten Menschen wird in der Fähigkeit der Selbstmotivation und der Fähigkeit der emotionalen Kontrolle

gesehen. Bei lageorientierten Menschen hingegen konnten sie feststellen, dass diese in Gedankenkreisläufen verhaftet blieben und grübelten („ruminatio“).

### ***3.3.6 Zusammenhang zwischen Handlungsorientierung und psychischer Gesundheit***

Hautzinger (1994) hielt fest, dass Lageorientierung mit einer Reihe von psychischen und psychosomatischen Störungen verbunden ist. Studien zeigten, dass Lageorientierung mit depressiver Symptomatik zusammenhängt (Bossong, 1999; Krampe, Hautinger, Ehrenreich & Kröner-Herwig, 2003; Rholes, Michas & Shroff, 1989). Lageorientierung wird auch als Vulnerabilitätsfaktor für Angst gesehen (Hartung & Schulte, 1991). Handlungs- und Lageorientierung wurde mittels eines Zeichensystems in einer Studie von de Jong-Meyer et al. (1999) während der Durchführung einer Selbstmanagement-Intervention bei 40 adipösen Patienten in stationärer Behandlung, bei 14 Klienten einer lösungsorientierten Kurzzeittherapie in einer psychotherapeutischen Ambulanz und bei 15 depressiven Patienten einer kognitiven Verhaltenstherapie erfasst. Stichprobenübergreifend stellten de Jong-Meyer et al. (1999) fest, dass die handlungsorientierten Interaktionsanteile im Verlauf aller Therapien zunahm. Vier Jahre später konnten Kosfelder, Schulte, Lutz und Hartung (2003) für die Behandlung von Angststörungen ermitteln, dass, je mehr die Handlungsorientierung zunahm, auch der Therapieerfolg größer wurde. Psychische Störungen scheinen demnach auch durch ein höheres Maß an Lageorientierung gekennzeichnet zu sein und eine erfolgreiche Psychotherapie scheint dadurch gekennzeichnet zu sein, dass es dem Patienten gelingt, vermehrt den Zustand der Handlungsorientierung zu erreichen.

### ***3.3.7 Kritik am Konzept der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann***

Forschungsarbeiten zur Auswirkung der Lageorientierung auf Depression haben zur Kritik des Konzepts der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann (1975) geführt. Stiensmeier-Pelster führte 1990 ein Experiment an 45 Studenten durch. Zu einem ersten Zeitpunkt t1 wurde zunächst das Ausmaß der Kontrollerwartung und der Lageorientierung vor einer bevorstehenden Aufgabe gemessen. Einem Teil der Studenten wurde dann ein Misserfolg rückgemeldet, einem anderen Teil ein Erfolg. Zu einem Zeitpunkt t2 wurde wiederum vor einer bevorstehenden Aufgabe das Ausmaß

der Kontrollerwartung und der Lageorientierung gemessen. Es zeigte sich, dass sich das Ausmaß der Kontrollerwartung bei der Misserfolgsgruppe nicht auf die bevorstehende Aufgabe übertragen hatte, dass jedoch eine weitere Steigerung der Lageorientierung stattgefunden hatte. Es wurde somit diskutiert, ob die Leistungsdefizite bei einem Hilflosigkeitsverhalten nach Seligmann (1975) nicht auf einer mangelnden Motivation für zukünftige Aufgaben beruhen, sondern vielmehr durch die Beeinträchtigungen der Volition bedingt sind, wie es bei einem langen Verharren auf vergangenen Misserfolgen passieren kann. Depressionen ergeben sich für Kuhl (1994) bei Lageorientierten aus ihrer Tendenz zum Grübeln. Durch das Grübeln halten sie gedanklich zu lange an nicht erreichbaren Zielen fest.

### **3.3.8 Lageorientierung und Trauerbewältigung**

Bossong (1999) hat die Frage aufgeworfen, wie ein so nachteiliger Zustand wie die Lageorientierung in der Evolution Bestand haben konnte und machte deutlich: „Trauer, wie sie z.B. nach dem Verlust einer geliebten Person auftritt, ist zwar ein ausgeprägt lageorientierter Zustand, hat jedoch zugleich einen hohen Anpassungswert: Die Ausführung voreiliger und möglicherweise selbstschädigender Absichten wird blockiert, die Person gewinnt Zeit, sich neu zu orientieren und ihre Handlungspläne zu überprüfen.“ (Bossong, 1999, S. 28). Da auch schon in einigen Studien ermittelt werden konnte, dass Lageorientierung mit Depression in Zusammenhang steht (Rholes, Michas & Shroff, 1989; Bossong, 1999; Krampe, Hautinger, Ehrenreich & Kröner-Herwig, 2003), muss auch davon ausgegangen werden, dass ein solch lageorientierter Zustand, wie er bei einem Verlust des Partners besteht, für dispositionell lageorientierte Personen eine erhöhte Gefahr bedeutet, eine Depression zu entwickeln (siehe Abb. 3.2).

Lageorientierung                       $\longrightarrow$                       depressive Symptome

**Abbildung 3.2** *Erwartete Wirkung der Lageorientierung auf depressive Symptome bei Verlust des Partners*

Nach Bossong (1999) wurde „vorrangig die Beziehung der Lageorientierung mit den Ergebnissen der Bewertungs- und Bewältigungsprozesse untersucht“ (S. 166). Interessant bleibt weiterhin, festzustellen über welche Bewältigungsstrategien die meist

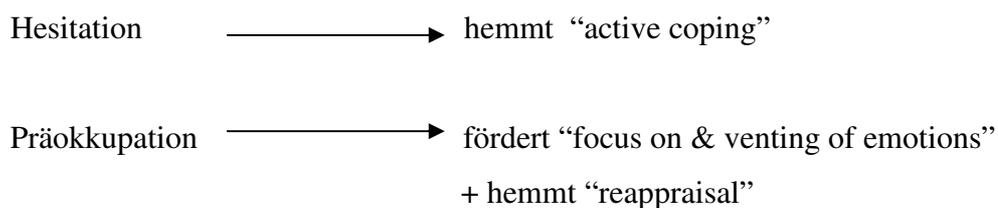
erfolgreichere Bewältigung der Handlungsorientierten vermittelt wird. Bossong (1999) geht davon aus, dass Lageorientierte auch beim Coping benachteiligt sind (siehe Abb.3.3).



**Abbildung 3.3** *Coping als Mediator für den Zusammenhang der Handlungsorientierung mit depressiven Symptomen*

Nach Bossong (1999) nehmen Lageorientierte aufgrund der Hesitationstendenz problemzentrierte Bewältigungsmöglichkeiten verzögert oder gar nicht auf. Auch bezüglich der emotionszentrierten Bewältigungsmöglichkeiten haben Lageorientierte Probleme, da sie ihre Aufmerksamkeit schlechter von Verlusten und negativen Ereignissen lösen können. Da die Aufmerksamkeit nicht auf realisierbare Ziele gelenkt wird und nicht die dafür relevanten Informationen verarbeitet werden, sind Lageorientierte auch schlechter in der Lage ihre Situation neu zu bewerten („reappraisal“).

Des Weiteren lassen sich differenzierte Annahmen in dieser Studie für die unterscheidbaren Komponenten Präokkupation und Hesitation der Lageorientierung generieren. Es wird erwartet, dass insbesondere Hesitation negativ mit dem Bewältigungsstil „active coping“ (problemzentrierter Copingstil) nach Carver, Scheier und Weintraub (1989) zusammenhängt. Präokkupation bedeutet, dass Handlungen nicht ausgeführt werden, da unkontrollierbare Intrusionen auftreten, die mit der Intention interferieren. Präokkupation sollte positiv mit „focus on & venting of emotions“ und negativ mit „reappraisal“ (emotionszentrierte Copingstile) zusammenhängen.



**Abbildung 3.4** *Erwartete Wirkung der Lageorientierung auf Bewältigungsstrategien*

### **3.4 Stressmodell nach Lazarus**

Lazarus und Folkman (1984) gehen davon aus, dass Menschen in einer sich ständig verändernden Umwelt leben und dass zur Bewältigung der sich ständig ändernden Anforderungen die kognitiven und verhaltensbezogenen Fähigkeiten des Menschen sich weiterbilden und flexibel eingesetzt werden müssen. Die Reaktionen des Menschen auf die Anforderungen äußern sich in Bewertungs- und Bewältigungsprozessen. Bezüglich der Bewertungsprozesse unterscheiden Lazarus und Folkman (1984) primäre („primary appraisal“) und sekundäre („secondary appraisal“) Bewertungsprozesse.

#### **3.4.1 Primärer Bewertungsprozess**

In einem primären Bewertungsprozess schätzt der Mensch die subjektive Bedeutsamkeit ein („Was steht für mich auf dem Spiel?“). Die Situation kann als potentiell schädlich oder nicht schädlich eingeschätzt werden (Lazarus, 1966). 1978 differenzierte Lazarus die Primärbewertung noch weiter (Lazarus & Launier, 1978): Eine Situation wird nicht nur als potentiell schädlich oder nicht schädlich, sondern als irrelevant, angenehm-positiv oder stressbezogen eingeschätzt. Wenn ein Ereignis keinen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden hat, dann wird es als irrelevant eingeschätzt. Der Mensch muss sich dann nicht weiter mit der Situation auseinandersetzen. Wenn ein Ereignis zu positiven Gefühlen führen kann, dann wird es als angenehm-positiv eingeschätzt. Die Frage, ob die persönlichen Kompetenzen zur Bewältigung der Situation ausreichen, stellt sich nicht, da die Anforderungen bei angenehm-positiven Situationen offensichtlich weit unter den persönlichen Kompetenzen liegen. Wenn die Situation jedoch als subjektiv bedeutsam empfunden wird und offensichtlich noch unklar ist, ob die Bewältigungsmöglichkeiten bezüglich der Anforderung ausreichen, dann kommt es zu einer stressrelevanten Einschätzung.

Eine stressrelevante Bedingung kann entweder Schädigung/Verlust („harm/loss“), Bedrohung („threat“) oder Herausforderung („challenge“) sein (Jerusalem, 1990; Lazarus & Folkman, 1984). Bei einer Schädigung oder einem Verlust liegt eine Situation vor, in der bereits ein Ereignis eingetreten ist, welches das subjektive Wohlbefinden beeinträchtigt, wie es z.B. bei dem Tod einer nahestehenden Person oder bei einer Krankheit der Fall ist. Das schon eingetretene Ereignis lässt sich nicht mehr

verhindern. Wenn ein Schaden oder ein Verlust noch erwartet wird, dann fällt die stressrelevante Einschätzung als Bedrohung aus. Eine Herausforderung ist wie die Bedrohung eine Einschätzung, die sich in die Zukunft richtet. Jedoch sind stressrelevante Ereignisse nur dann eine Herausforderung, wenn sie einen möglichen Gewinn oder Erfolg versprechen lassen. Eine Herausforderung ist im Gegensatz zur Bedrohung auch mit positiven Emotionen wie Eifer und einem erhebenden Gefühl verbunden. Die Unterscheidung von stressrelevanter Bedrohung und stressrelevanter Herausforderung lässt sich auch mit dem Konzept des Distress und Eustress nach Selye (1976) vergleichen.

Gerade in Risikosituationen, in denen sowohl ein möglicher Verlust als auch ein möglicher Gewinn eintreten kann, können Menschen zu unterschiedlichen Bewertungen kommen. Wenn kognitiv der Gewinn im Vordergrund ist, dann wird der Mensch in der Primärbewertung zu einer stressrelevanten Herausforderung kommen. Die Bewertung der Anforderung als Herausforderung hat auch wichtige Konsequenzen für die weitere Bewältigung (Lazarus & Folkman, 1984). Menschen, die ein Ereignis als Herausforderung wahrnehmen, sind emotional weniger negativ betroffen und können eher ihre Ressourcen mobilisieren. Zwar bezieht sich die Theorie zunächst ausschließlich auf die kognitive Bewertung einer bestimmten Person-Umwelt-Relation, jedoch sind nach Lazarus (Lazarus 1991; Lazarus & Launier, 1978) auch bestimmte Bewertungsstile („appraisal styles“) denkbar. So ist denkbar, dass bestimmte Menschen Risikosituationen eher als Bedrohung, andere Menschen dieselbe Situation eher als Herausforderung bewerten. Auch wenn objektive Bedingungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen eine bestimmte Stressreaktion auszulösen, so sind es letztlich die subjektiven Empfindungen, die von entscheidender Rolle sind (Kohlmann, 1990).

#### ***3.4.2 Sekundäre Bewertung und Neubewertung***

Wenn ein Mensch eine Situation als stressrelevant bewertet, also als Schaden/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung, dann setzt die Sekundärbewertung ein. Es werden in der Sekundärbewertung die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten gegeneinander abgewogen („Was kann ich nun tun?“) und hinsichtlich eines erfolgreichen Abschlusses der stressbezogenen Anforderung bewertet (Lazarus & Folkman, 1984). Die Sekundärbewertung beinhaltet Banduras Konzepte der Ergebniserwartung und der Wirksamkeitserwartung (Bandura, 1977; 1982). In der

Sekundärbewertung wird sowohl abgeschätzt, ob ein bestimmtes Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führen wird (d.h. Ergebniserwartung), als auch, ob der Mensch in dieser Situation überzeugt ist, dieses notwendige Verhalten erfolgreich ausführen zu können (d.h. Wirksamkeitserwartung). Die Sekundärbewertung muss jedoch nicht unbedingt zeitlich nach einer abgeschlossenen Primärbewertung folgen. Die Sekundärbewertung kann sich mit der Primärbewertung überschneiden. Auch können diese gemeinsam auftreten (Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984, 1987). Denkbar ist auch eine zeitlich vorgeschaltete Sekundärbewertung, wenn die Ressourceneinschätzung vor einem eingetretenen Ereignis stattfindet. In jüngeren wissenschaftlichen Diskussionen werden statt den Begriffen Primär- und Sekundärbewertung häufiger die Bezeichnungen Ereignis- und Ressourceneinschätzung verwendet, da diese die inhaltliche Bedeutung besser widerspiegeln (Schwarzer, 1998, 2000).

Die primäre und sekundäre Bewertung beeinflussen den Einsatz von Bewältigungsstrategien. Eine Neubewertung („reappraisal“) findet nach dem Einsatz von Bewältigungsstrategien, die zu einer Veränderung der Situation geführt haben, statt (Lazarus & Folkman, 1984). Die Neubewertung unterscheidet sich nicht von der Primär- und Sekundärbewertung, sie findet lediglich zeitlich später statt (Jerusalem, 1990). Erneut wird die nun veränderte Situation dahingehend bewertet, ob diese stressrelevant ist und ob ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen.

### ***3.4.3 Einsatz von Bewältigungsstrategien***

Nach der Primär- und Sekundärbewertung setzt zur Bewältigung einer stressrelevanten Anforderung die Stressbewältigung ein. Nach Lazarus (Lazarus & Launier, 1978, 1981) umfasst die Stressbewältigung alle Anstrengungen einer Person, um die Anforderungen meistern, tolerieren oder minimieren zu können.

Lazarus unterscheidet bezüglich der Bewältigung problemzentriertes Coping und emotionszentriertes Coping (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Bei einer problemzentrierten Bewältigung wird versucht, die Anforderungssituation zu verändern. Problemzentriertes Coping beschäftigt sich mit der Ursache des Problems und zieht meist ein konkretes Handeln nach sich. Problemzentriertes Coping kann dann wirksam sein, wenn sich die Umwelt tatsächlich verändern lässt. Wenn die stressrelevante Situation nicht veränderbar ist, erscheint diese Strategie weniger

sinnvoll. Emotionszentrierte Bewältigung hingegen ist darauf ausgerichtet, die Emotionen, die durch das stressrelevante Ereignis entstehen, zu regulieren. Den Emotionsgehalt einer Situation statt die Situation direkt verändern zu wollen, macht dann Sinn, wenn sich die Situation nicht kontrollieren lässt und definitiv nicht gelöst werden kann, wie es z. B. bei einem Tod eines nahen Verwandten der Fall ist. Lazarus (1999) betont, dass problemzentriertes Coping und emotionszentriertes Coping nicht getrennt voneinander auftreten, sondern meist gemeinsam.

#### ***3.4.4 Kategorisierungen der Bewältigungsstrategien***

Neben problemzentrierter und emotionszentrierter Bewältigung wird in der Literatur zur Stressbewältigung auch zwischen aktiver und vermeidender Bewältigung unterschieden. Aktive Bewältigung meint, dass eine konfrontative Auseinandersetzung mit der stressvollen Situation stattfindet. Dies kann sich im Verhalten z.B. durch eine Veränderung der Situation zeigen. Aktive Bewältigung kann sich jedoch auch über interne Verarbeitungsprozesse äußern, wenn sich der Betroffene gedanklich mit dem Ereignis auseinandersetzt. Vermeidende Bewältigung meint alle Bemühungen eines Menschen, sich von dem stressvollen Ereignis fern zu halten. Dies kann sich durch ein vermeidendes Verhalten z.B. Alkoholkonsum zeigen. Es kann jedoch auch eine gedankliche Ablenkung bedeuten. Amirkahn (1990) nimmt die vermeidende Bewältigung in seine Klassifizierung der Stressbewältigungsstrategien und unterscheidet Problemlösung, Suche nach sozialer Unterstützung und Vermeidung. Endler und Parker (1990) unterscheiden zwischen aufgabenorientierter, emotionsorientierter und vermeidendender Bewältigung. Folkman, Lazarus, Gruen und DeLongis (1986) legten den Studienteilnehmern eine Liste mit verschiedenen denkbaren Coping-Strategien vor. Die Teilnehmer sollten angeben, welche der genannten Strategien sie bei einem aktuellen stressrelevanten Erlebnis angewandt haben. In einer Faktorenanalyse konnten Folkman et al. (1986) acht bedeutsame unterscheidbare Coping-Dimensionen ausmachen: Akzeptanz eigener Verantwortung, Distanzierung, Flucht/Vermeidung, geplante Problemlösung, Konfrontation, positive Neubewertung, Selbstkontrolle und Suche nach sozialer Unterstützung. Letztlich bleibt die Kategorisierung jedoch ein Konstrukt, welches abhängig von der angewandten Forschungsmethode ist.

### ***3.4.5 Weitere Ausdifferenzierung der Bewältigungsstrategien***

Carver, Scheier und Weintraub (1989) haben ein Kategorisierungssystem der Bewältigungsstrategien entwickelt, welches sich inhaltlich nach der Theorie von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) richtet. Carver et. al. (1989) sind jedoch der Ansicht, dass durch die ausschließliche Unterscheidung zwischen problem- und emotionszentrierter Bewältigung zu wenig differenziert wird. Sie entwickelten für ihren Fragebogen „**COPE**“ zur Erfassung der Bewältigungsstrategien mehrere Kategorien, die sich den Oberkategorien emotionszentriertes oder problemzentriertes Coping zuweisen lassen. In der Unterkategorie „Aktives Coping“ werden Bemühungen zusammengefasst, die über eine Handlungsinitiierung oder verstärkte Anstrengung eine Veränderung der stressvollen Situation bewirken sollen. „Planung“ meint die gedanklichen Bemühungen, die für die Planung und strategische Vorbereitung einer aktiven Problembewältigung aufgebracht werden. Wenn jemand zur Bewältigung einen Rat oder Informationen von anderen einholt oder sich einen tatkräftigen Gefährten sucht, dann fällt dies unter „Suche nach instrumenteller sozialer Unterstützung“. Mit „Suche nach emotionaler sozialer Unterstützung“ ist die Suche nach Unterstützung durch Mitmenschen gemeint, die zu einer emotionalen Entlastung z.B. durch Verständnis oder Sympathiebekundungen führt. „Beherrschendes Coping“ bedeutet, dass sich der Gestresste zunächst passiv verhält, da noch nicht die passende Gelegenheit zur Handlung besteht. Die Intention zur Handlung wird jedoch nicht aufgegeben und bei passender Gelegenheit ausgeführt. Unter „Akzeptanz“ verstehen die Autoren, dass der Betroffene zu akzeptieren lernt, dass das schädigende Ereignis tatsächlich eingetreten und real ist. Mit „Leugnen“ ist gemeint, dass die Realität eines stressvollen Ereignisses in Frage gestellt wird. Wenn sich ein Mensch seine Emotionen bewusst macht und diese ausdrückt, fällt dies unter „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“. Tagträume zu entwickeln ist ein Beispiel für eine „Gedankliche Ablenkung“, während ins Kino zu gehen eine „Verhaltensbezogene Ablenkung“ ist. „Unterdrückung konkurrierender Aktivitäten“ meint hingegen, dass der Gestresste versucht, sich besser auf das stressvolle Ereignis konzentrieren zu wollen. In der Kategorie „Zuwendung zur Religion“ werden die verstärkten Bemühungen in religiösen Aktivitäten zusammengefasst. Wenn versucht wird, das Beste in einer stressrelevanten Situation zu sehen und an diesem Ereignis wachsen zu wollen, dann fällt dies unter „Positive Neubewertung“. Weitere Kategorien sind der „Gebrauch von

Alkohol und Drogen“ und „Humor“. Unter „Humor“ wird z.B. verstanden, dass der Gestresste Witze über den Stressor macht.

Es besteht jedoch auch eine reliable und valide Kurzfassung des COPE (Carver, 1997). „Aktives Coping“, „Planung“, „Unterdrückung konkurrierender Aktivitäten“, „Beherrschendes Coping“ und „Suche nach instrumenteller Unterstützung“ lassen sich dem problemzentrierten Coping zuordnen, während sich „Suche nach emotionaler Unterstützung“, „Positive Neuinterpretation“, „Akzeptanz“, „Leugnen“ und „Zuwendung zur Religion“ dem emotionszentrierten Coping zuordnen lassen (Carver et al., 1989).

#### ***3.4.6 Studien zu Bewertungsprozessen***

Es wurden mehrere Studien durchgeführt, die Teilaspekte der primären und sekundären Bewertung der transaktionalen Theorie überprüften.

Folkman und Lazarus (1985) nutzten in ihrer Studie ein Examen als Stressor. Zu einem ersten Messzeitpunkt zwei Tage vor dem Examen, zu einem zweiten Messzeitpunkt fünf Tage nach dem Examen und zu einem dritten Messzeitpunkt fünf Tage nach Bekanntgabe der Prüfungsnote wurden die Teilnehmer zu ihren Emotionen und Bewältigungsverhalten befragt. Die Emotionen wurden als indirekte Maße für die kognitive Bewertung angesehen. Theoriekonform zeigten sich zu den Messzeitpunkten die entsprechenden Emotionen. Zwei Tage vor der Prüfung standen Gefühle wie Angst oder Zuversicht im Vordergrund, die mit einer Bewertung der Situation als Bedrohung oder Herausforderung in Verbindung standen. Zu späteren Messzeitpunkten traten eher Gefühle wie Ärger bzw. Trauer oder Erleichterung bzw. Freude in den Vordergrund, die mit einer Bewertung der Situation als Verlust oder Gewinn in Verbindung standen.

Fugate, Kinicki und Scheck (2002) konnten in ihrer Untersuchung den prozessualen Charakter von Bewertungen und Bewältigungsverhalten nachweisen. Sie befragten im Rahmen einer Unternehmensfusion Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bezüglich ihrer kognitiven Bewertungen, ihrer Emotionen und ihres Bewältigungsverhaltens. Mit der Zeit veränderte sich die Bewertung der Situation stärker in Richtung einer Bedrohung bzw. eines Verlustes, wodurch es wiederum zu einer Veränderung der sozialen Unterstützung und des Bewältigungsverhalten kam.

Jerusalem (1990, 1991) untersuchte den prozessualen Charakter kognitiver Bewertungsprozesse und führte diesbezüglich ein aufwendiges Experiment durch. Zu

neun Messzeitpunkten bearbeiteten die Teilnehmer Leistungsaufgaben und erhielten nach einer Leistungsaufgabe eine Rückmeldung über ihre Leistung. Die Rückmeldung, wie gut der Teilnehmer im Vergleich zu anderen Teilnehmern abgeschnitten hatte, war jedoch unabhängig von der tatsächlichen Leistung, sondern den zwei Experimentalgruppen (Erfolgs- und Misserfolgsgruppe) entsprechend festgelegt. Nach der Leistungsrückmeldung sollten die Teilnehmer eine Ereigniseinschätzung (= Primärbewertung) und eine Ressourceneinschätzung (= Sekundärbewertung) abgeben. Das Ereignis konnte z.B. hinsichtlich seiner Bedrohung, Herausforderung oder Verlust bewertet werden. Die Ressourceneinschätzung konnte z. B. hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten und der situativen Leistungserwartung erfolgen. Misserfolgsrückmeldungen gingen mit stärkeren Bedrohungs- und Verlusteinschätzungen einher als Erfolgsrückmeldungen. Der Effekt vergrößerte sich mit der Zeit. Aber auch die situationspezifischen Fähigkeitseinschätzungen veränderten sich mit der Zeit. Bei Misserfolg ist die Leistungserwartung niedriger, besonders jedoch bei Personen mit schon schwachen Ressourcen. Personen, die besonders starke persönliche Ressourcen wie eine hohe allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung besaßen, reagierten weniger stark auf Misserfolgsrückmeldungen.

Jerusalem (1993) konnte in seiner Untersuchung an einer Stichprobe von Ostdeutschen, die zwischen August 1989 und Februar 1990 nach Westdeutschland immigrierten, feststellen, dass die Struktur der transaktionalen Stresstheorie mit den empirischen Daten gut übereinstimmte. Jerusalem (1993) ermittelte an einem ersten Messzeitpunkt die personalen Ressourcen und situationalen Einschränkungen (z.B. Arbeitslosigkeit). Zu einem zweiten Messzeitpunkt wurden die Ereigniseinschätzung (als Bedrohungs- oder Verlustbewertung) sowie das emotionale Coping und der subjektive Gesundheitszustand erfasst. Er stellte fest, dass die personalen Ressourcen einen Einfluss auf die kognitive Bewertung haben. Die kognitive Bewertung hat wiederum einen Einfluss auf das Bewältigungsverhalten, welches schließlich einen Einfluss auf den Gesundheitszustand hat.

Mit einem Strukturgleichungsmodell konnten Terry, Tonge und Callan (1995) in einer Querschnittuntersuchung mit australischen Arbeitnehmern zeigen, dass die situativen Bewertungen (z.B. Kontrollüberzeugungen) die Effekte der personalen Ressourcen (z.B. Selbstwert, Ausmaß sozialer Unterstützung) auf die Ergebnisvariablen (z.B. Arbeitszufriedenheit, psychisches Wohlbefinden) mediieren,

wobei wiederum das Bewältigungsverhalten als Mediator für Teile der Effekte der situativen Bewertungen auf die Ergebnisvariablen ausgemacht werden konnte. Auch dieses Ergebnis lässt sich mit den Annahmen der transaktionalen Stresstheorie vereinbaren.

Primärbewertung und Sekundärbewertung haben einen unterscheidbaren Einfluss bei der Auswahl von Bewältigungsverhalten bei alltäglichen stressvollen Ereignissen (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Führt die Primärbewertung zu einer hohen Gefahreneinschätzung, dann sind konfrontative oder vermeidende Bewältigungsstrategien wahrscheinlicher („Kämpfen oder Flüchten“). Der Einsatz anderer Bewältigungsstrategien wie z.B. das Aufsuchen sozialer Unterstützung wird dann weniger wahrscheinlich. Wenn bei starker Bedrohung die Sekundärbewertung zu einer geringen Ressourceneinschätzung führt, wenig Macht und Veränderungsmöglichkeiten gesehen werden, dann ist der Einsatz von Flucht und Vermeidung wahrscheinlicher als die Konfrontation.

Dass kurzfristige Ergebnisse zu einer wie von der transaktionalen Stresstheorie postulierten Neubewertung führen, konnten auch Haney und Long (1995) in einer Untersuchung an Sportteams zeigen, die in einer zweiten Wettkampfrunde ihre Ressourceneinschätzung in Abhängigkeit von der gezeigten Leistung der ersten Wettkampfrunde veränderten. Das Bewältigungsverhalten zwischen der ersten und zweiten Wettkampfrunde veränderte sich und hatte wiederum einen Einfluss auf die erbrachte Leistung in der zweiten Wettkampfrunde.

#### ***3.4.7 Studien zu Bewältigungsverhalten***

Auch bezüglich des Einsatzes und des Nutzens von Bewältigungsstrategien wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt.

Holohan & Moos hielten schon 1987 fest, dass allgemein gesprochen eine aktive Problembewältigung, ob sie nun verhaltens- oder emotionsbezogen sei, zur Bewältigung stressvoller Lebensereignisse einer Vermeidungsstrategie überlegen ist. Eine aktive Problembewältigung im Vergleich zu einer Vermeidungsstrategie ist bei HIV-positiven Männern mit einem besseren Immunsystem verbunden (Goodkin et al., 1992; Goodkin, Fuchs, Feaster, Leeka & Rishel, 1992). Auch zeigte sich eine aktive Bewältigung bei Männern bei einer immunbedingten Zeugungsunfähigkeit (Kedem, Baroov, Mikulincer & Shkolnik, 1992) und bei Personen mit einem Herpes-Virus

(Kemeny, 1991) zur Verbesserung der Gesundheit gegenüber einer Vermeidungsstrategie überlegen. „Verleugnung“ als Bewältigungsstrategie nach Bekanntgabe einer HIV-Tests bei HIV-positiven homosexuellen Männern war mit einem schnelleren Krankheitsverlauf verbunden (Ironson et al., 1994).

Folkman & Lazarus (1980) zeigten, dass Menschen sowohl problemzentrierte, als auch emotionszentrierte Bewältigungsstrategien in den meisten stressvollen Ereignissen gleichzeitig einsetzen. Folkman und Lazarus stellten in ihrer Examensstudie 1985 fest, dass sich der Einsatz einer Bewältigungsstrategie über die Zeit verändern konnte. Während zu Beginn vermehrt problemzentrierte Strategien angewandt wurden, wurden im weiteren Verlauf vermehrt emotionszentrierte Strategien eingesetzt.

Higgins & Endler (1995) hielten in ihrer Studie fest, dass Studenten, die vermehrt problemzentrierte Bewältigungstechniken einsetzen, weniger Stress empfunden hatten. Studenten hingegen, die zu emotionsorientierten Bewältigungsstrategien neigten, zeigten mehr Stress. Dies konnte sowohl für Frauen als auch für Männer nachgewiesen werden.

Sowohl abwehrende als auch emotionszentrierte Bewältigungsstrategien scheinen letztlich eher mit negativeren Ergebnissen für die betreffende Person zusammenzuhängen (Aldwin & Revenson, 1987; Bolger, 1990; Carver et al., 1993, Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984; McCrae & Costa, 1986). Es gibt zahlreiche Befunde dafür, dass eine aktive Problembewältigung mit positiveren Effekten verbunden ist (Aldwin & Revenson, 1987; Aspinwall & Taylor, 1992). So zeigten z.B. auch Fawzy et al. 1993, dass aktive Problembewältigung mit einer schnelleren Gesundung, bzw. einem längeren Überleben bei Hautkrebs verbunden war. Jedoch nicht immer konnte ein positiver Effekt des problemzentrierten Copings ausgemacht werden (Bolger 1990; Carver & Scheier, 1994).

Pauschale Schlussfolgerungen zum Nutzen von Bewältigungsstrategien lassen sich nicht machen. Abwehrmechanismen sind nicht grundlegend negativ, sondern je nach Anforderungssituation mehr oder weniger nützlich (Lazarus, 1983). Einige Untersuchungen konnten zeigen, dass Abwehrprozesse wie Verleugnung zu kurzfristiger emotionaler Stabilisierung führen können und zu manchen Zeitpunkten auch die einzig verfügbare Bewältigungsstrategie darstellen (Bresnitz, 1983; Suls & Fletcher, 1985). Beutel (1985) konnte den Abwehrmechanismen für die

Auseinandersetzung mit einer chronischen körperlichen Krankheit eine kurzfristige emotionsregulierende Funktion zuschreiben. Weitere Strategien werden erst später verfügbar. Auch im weiteren Verlauf bekommen die emotionsregulierenden Bewältigungsstrategien bei gesundheitsbezogenen Ereignissen verglichen mit anderen stressvollen Ereignissen eine größere Bedeutung (Felton, 1990).

Der Einsatz bestimmter Copingstrategien hängt nicht nur von ihrem Nutzen, sondern auch von situationalen Bedingungen ab. Die Art der stressrelevanten Situation ist ebenfalls von Bedeutung. Anshel und Wells (2000) stellten bei Basketballspielern fest, dass diese eher zu Vermeidungsstrategien neigten, wenn sie zuvor einen einfachen Fehler machten (z.B. Ball verloren, den Korb aus guter Position nicht getroffen). Sie zeigten jedoch offensivere Strategien, wenn sie zuvor beschimpft oder gefoult wurden. Pearlin und Schooler (1978) haben in ihrer Studie darauf hingewiesen, dass bestimmte Coping-Strategien, die im Bereich der Partnerschaft durchaus wirksam sind, auf beruflicher Ebene keine Effekte haben können. Terry (1991) konnte in einer Studie auch verdeutlichen, dass die Verfügbarkeit von Ressourcen das Bewältigungsverhalten beeinflusst. So hat z.B. die Ressource „soziale Unterstützung“ einen positiven Einfluss auf den Einsatz der Bewältigungsstrategie „Suche nach sozialer Unterstützung“.

#### ***3.4.8 Bewältigungsverhalten in unkontrollierbaren Situationen***

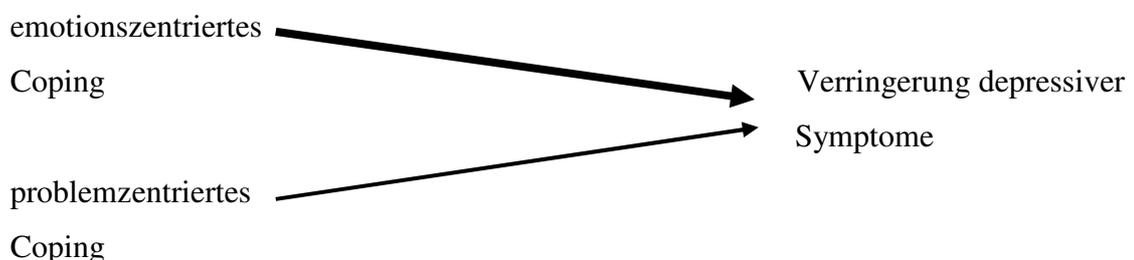
In den dargestellten Studien wurden bisher kaum positive Wirkungen des emotionszentrierten Copings ermittelt. Jedoch gab es in den o.g. Studien bezüglich der Bewältigungsstrategien auch Möglichkeiten, problemzentrierte Bewältigungsstrategien einzusetzen um eine Veränderung der Situation zu bewirken. Eine wichtige Rolle sprachen Folkman, Schaefer und Lazarus (1979) bezüglich der Wirksamkeit von problemzentrierten bzw. emotionszentrierten Bewältigungsstrategien der Kontrollierbarkeit einer stressigen Situation zu. Sie haben dafür das Konzept des „goodness of fit“ eingeführt. Nach diesem Modell sollen bei kontrollierbaren Ereignissen problemzentrierte Bewältigungsstrategien wirksamer sein, emotions-zentrierte Strategien eher maladaptiv. Wenn ein Ereignis unkontrollierbar ist, dann sollen emotionszentrierte Bewältigungsstrategien wirksamer sein, während problem-zentrierte Strategien eher maladaptiv sind. Für das „goodness of fit“ - Modell gibt es jedoch auch keine eindeutige Befundlage. Während Forsythe und Compas (1987) in ihrer Studie zeigten, dass problemzentrierte Strategien effektiver im Umgang mit kontrollierbaren

kritischen Lebensereignissen waren, dagegen bei unkontrollierbaren Lebensereignissen emotionszentrierte Strategien effektiver waren, und somit eine moderierende Rolle der Kontrollbewertungen feststellen konnten, konnten Masel, Terry und Gribble (1996) in zwei Untersuchungen keine Unterstützung für dieses Konzept finden. In beiden Untersuchungen zeigten sich die problemzentrierten Bewältigungsstrategien als effektiv, während emotionszentrierte Strategien unabhängig von der Kontrollierbarkeit einer Situation ineffektiv blieben.

Auch wenn die empirische Befundlage bisher klar gegen einen Nutzen von Vermeidungsstrategien sprechen, wirft Stroebe (1992) die Frage auf, ob Vermeidungsstrategien nicht auch in Abhängigkeit vom Zeitpunkt nach einem traumatischen Ereignis adaptiv sein könnten. Stroebe (Stroebe, 1992; Stroebe & Stroebe, 1995) geht davon aus, dass in einer frühen Phase nach einem traumatischen Ereignis Distanzierung und Flucht sinnvoll sein könnten, während sich dies langfristig zur Anpassung an und Integration des Ereignisses als hinderlich erweist.

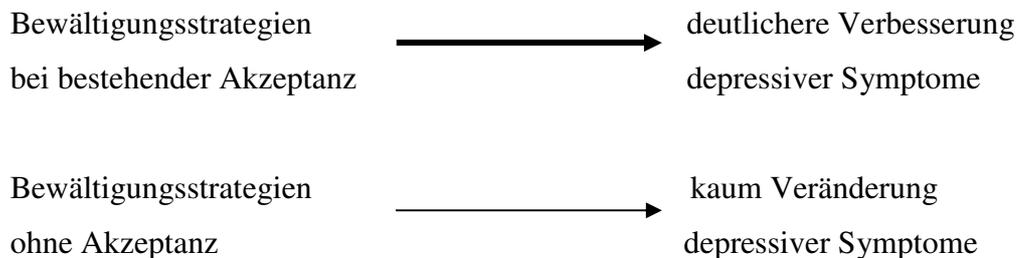
#### **3.4.9 Bewältigungsverhalten bei der Trauer**

Von Bedeutung für diese Studie zur Trauerbewältigung ist, dass Lazarus (1991, 1999) den Prozesscharakter einer Bewältigung betont, welcher insbesondere bei der Trauer deutlich wird. Es finden immer wieder Neueinschätzungen der Situation und Ressourcen statt. Wie auch die Bewältigungsstrategien passen sich diese Neueinschätzungen im günstigen Fall möglichst flexibel an. Jedoch lassen sich manche Situationen nicht in einen gewünschten Zustand verändern, wie es bei dem Tod des Lebenspartners der Fall ist, so dass dem emotionszentrierten Coping eine stärkere Bedeutung als in kontrollierbaren Situation zukommt (siehe Abb. 3.5).



**Abbildung 3.5** Erwartete stärkere Wirkung des emotionszentrierten Coping auf depressive Symptome bei Trauernden

Worden (1987) beschreibt in seinem Handbuch für Psychotherapeuten vier Traueraufgaben. Die erste Aufgabe der Trauerarbeit besteht darin, den Verlust als Realität zu akzeptieren. Worden macht deutlich, dass sich die Aufgaben nicht unbedingt streng bei jedem Trauernden in eine bestimmte Reihenfolge stellen lassen, sich aus den Definitionen jedoch insgesamt ein gewisses Nacheinander ableiten lässt. Sofern der Tod zunehmend akzeptiert wird, so ändert sich auch die subjektiv wahrgenommene Situation. Die Situation beinhaltet nicht primär einen Verlust, der nur durch die Wiedererlangung des Verlusts ausgeglichen werden kann. Wenn der Verlust akzeptiert wird, dann ist er Teil eines Ausgangszustandes, der unterschiedliche Möglichkeiten eines Wachstums zulässt. Sich anpassen an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt, wird bei Worden (1987) als dritte Traueraufgabe genannt. Rando (2003) beschreibt einen sechs Phasen umfassenden Anpassungsprozess und stellt ebenfalls die Wahrnehmung des Verlusts als Realität als erste Traueraufgabe heraus. Sofern dies nicht gelinge, verlaufe die Trauer kompliziert. Pennebaker, Kiecolt-Glaser und Glaser (1988) halten fest, dass eine fehlende Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen sich langfristig negativ auf die Gesundheit auswirkt. Man nimmt an, dass der Erfolg weiterer Bewältigungsstrategien davon abhängt, inwieweit der Tod des Ehepartners als Realität akzeptiert wird (siehe Abb. 3.6).



**Abbildung 3.6** Erwartete moderierende Wirkung der Akzeptanz auf die Effektivität weiterer Bewältigungsstrategien auf depressive Symptome bei Trauernden

### ***3.5 Ressourcen-Konservierungs-Modell nach Hobfoll***

#### ***3.5.1 Darstellung des Ressourcen-Konservierungs-Modells***

Hobfoll (1988, 1989) geht in seiner Theorie der Ressourcen-Konservierung (Conservation of Resources, COR) davon aus, dass Menschen danach streben, Ressourcen aufzubauen. Ihre Ressourcen wollen sie einerseits schützen, andererseits auch vergrößern und erweitern. Psychischer Stress setzt ein, wenn Ressourcen verloren gehen (Resick, 2001). Stress tritt aber auch auf, wenn ein Verlust von Ressourcen droht, oder auch, wenn ein erwarteter Ressourcengewinn nicht eintritt. Ressourcen können neben persönlichen Eigenschaften materielle Dinge und soziale Beziehungen sein (Bansal, Monnier, Hobfoll & Stone, 2000). Hobfoll (1988, 1989) nennt eine Reihe von Ressourcen. Ressourcen können Objekte sein wie ein Haus oder ein Auto. Ressourcen können persönliche Eigenschaften wie ein gutes Erscheinungsbild sein. Sie können bestimmte Rahmenbedingungen wie ausreichend Zeit, finanzielle Sicherheit oder eine gute Ehe sein. Diese Ressourcen können psychischen Stress lindern.

Hobfoll (2001) verfolgt in der Ressourcen-Konservierungs-Theorie zwei Prinzipien. Das erste Prinzip lautet, dass der Verlust von Ressourcen schwerer wiegt als ein gleichrangiger Ressourcengewinn. „Resource loss is disproportionately more salient than is resource gain“ (Hobfoll, 1998, S. 62). Hobfoll beruft sich hierbei auf Erkenntnisse, dass negative Ereignisse eine deutlichere physiologische, emotionale und kognitive Reaktion hervorrufen als neutrale oder positive Ereignisse (Taylor, 1991). Damit distanziert sich die Theorie vom Prinzip der Homöostase. Das zweite Prinzip der Ressourcen-Konservierungs-Theorie ist, dass der Mensch Ressourcen investieren muss, um sich von Verlusten erholen und neue Ressourcen gewinnen zu können.

Diese beiden Prinzipien führen zu weiteren Schlussfolgerungen. Menschen mit vielen Ressourcen sind gegenüber Verlusten weniger verletzlich. Sie können vorhandene Ressourcen auch eher für eine Erweiterung des Ressourcenpools einsetzen. Menschen mit geringeren Ressourcen erholen sich schlechter von Verlusten und sind verwundbarer für weitere Ressourcenverluste (Hobfoll, 2001). Neue Ressourcen zu gewinnen ist für Menschen mit weniger Ressourcen besonders schwierig.

### ***3.5.2 Wachstums- und Verlustspiralen***

Menschen setzen ihre Ressourcen nicht nur ein, um weitere Ressourcen zu gewinnen. Die Wahrscheinlichkeit für zusätzliche Ressourcengewinne ist bei schon vorhandenen Ressourcen erhöht. Hobfoll (1988, 1989) beschreibt eine *Wachstumsspirale*: Das Erlangen von Ressourcen macht das zukünftige Erlangen von Ressourcen wahrscheinlicher.

Eine Gewinnspirale könnte beispielsweise so aussehen, dass ein Student durch seine vermögenden Eltern finanziell abgesichert ist und deshalb ausreichend Zeit in sein Studium investieren kann. Seine Studienleistungen sind hervorragend, was ihm die Möglichkeit eröffnet, interessante Praktika in namhaften Unternehmen zu absolvieren. Diese Praktika ermöglichen es ihm ein Netzwerk aufzubauen, welches sich für seine berufliche Karriere im Vergleich zu anderen Studenten als entscheidend herausstellt. Eine weitere Gewinnspirale könnte so aussehen, dass ein Student mit einem sympathischen Auftreten schneller und häufiger mit seinen Mitmenschen in Kontakt treten kann. Diese Kontakte ermöglichen es ihm Freundschaften und eine Partnerschaft aufzubauen, die ihn emotional stabilisieren. Er erfährt häufiger positive Rückmeldungen, wodurch sein Selbstwertgefühl gefestigt wird. Durch das selbstsichere Auftreten werden ihm auch beruflich Türen geöffnet, die anderen Studenten verschlossen bleiben. In beiden Beispielen haben sich mit der Zeit immer weitere Ressourcen gewinnen lassen, die sich jedoch ursprünglich auf einer Ressource aufgebaut haben.

Demgegenüber steht eine *Verlustspirale*, d.h. der Verlust von Ressourcen hat eine Erhöhung der Vulnerabilität bei zukünftigen Verlusten zur Folge (Resick, 2001).

### ***3.5.3 Kritik am transaktionalen Stressmodell***

Hobfoll (1989) kritisiert an dem Stressmodell von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984), dass dieses Modell keine Vorhersagekraft besitzt. Stressreaktionen werden bei Lazarus durch den kognitiven Verarbeitungsprozess einer Situation erklärt. Die Bestimmung von messbaren objektiven Bedrohungen, die eine Stressreaktion bei einem Menschen schon antizipieren ließen, wird bei Lazarus nicht berücksichtigt. Hobfoll betont 2001, dass in seiner Theorie sowohl objektive (vorhandene Ressourcen) als auch subjektive Gegebenheiten (persönlicher Zugang zu den Ressourcen, d.h. Verfügbarkeit für die Person) berücksichtigt werden, um eine Stressreaktion zu erklären.

Studien zur Ressourcen-Konservierungs-Theorie geben ein erweitertes Verständnis für die Entwicklung einer Depression. Eine Depression kann nicht nur anhand ungünstiger Lernerfahrungen oder dysfunktionaler Kognitionen festgemacht werden, sondern auch anhand des Ausmaßes persönlicher Ressourcen bzw. anhand von Ressourcenverlusten. Speziell die präventive Funktion der Freizeitgestaltung auf ein Burn-Out-Syndrom bzw. auf eine Berufsunfähigkeit wurde untersucht.

#### ***3.5.4 Studien zur Arbeitsbelastung***

Das Ressourcen-Konservierungs-Modell wurde von Grandey und Cropanzano (1999) bei einer Studie angewandt, die den Einfluss der Doppelbelastung von Familie und Beruf auf die Gesundheit untersuchte. Sie fanden heraus, dass die meisten Teilnehmer die Doppelfunktion in Familie und Beruf als Belastung empfanden, die mehr Kräfte forderte, als sie ihnen gab. Im Sinne der Ressourcen-Konservierungs-Theorie, dass der Mensch darauf bedacht ist, Ressourcenverluste zu vermeiden, vergrößerten sich die Intentionen der Teilnehmer, die Arbeitstelle aufgeben zu wollen. Taris, Schreurs und Van Iersel-Van Silfhout (2001) halten fest, dass Verspannungen und Rückzugsverhalten am Arbeitsplatz besonders bei solchen Personen auftreten, die hohen Anforderungen ausgesetzt sind und nur wenige Ressourcen besitzen. Lee und Ashforth (1996) konnten in ihrer Studie zum Burn-Out-Syndrom feststellen, dass emotionale Erschöpfung stärker mit Belastungen bzw. Ressourcenverlusten zusammenhängt als mit der Höhe der noch vorhandenen Ressourcen. Rosenbaum und Cohen (1999) untersuchten 94 berufstätige Mütter und kamen zu dem Ergebnis, dass, wenn berufstätige Mütter Unterstützung durch ihren Ehemann als soziale Ressource erhielten oder Selbstkontrollfähigkeiten als persönliche Ressource besaßen, sie durch die Doppelbelastung weniger gestresst waren als Mütter, die keine dieser beiden Ressourcen besaßen. Dass Arbeitsplatzkonflikte mit Mitarbeitern und Überstunden am Arbeitsplatz zu weiteren Konflikten, d. h. Ressourcenverlusten führten, konnten Jansen, Kant, Kristensen und Nijhuis 2003 feststellen. Besteht jedoch eine gute Unterstützung durch die Arbeitskollegen, so wirkt sich dies auch positiv auf den Erholungswert in der Freizeit aus. Bansal et al. (2000) zeigten in einer Studie, dass eine depressive Stimmung für Frauen zur Folge hatte, dass sie weniger soziale Unterstützung bei der Arbeit erfuhren.

### ***3.5.5 Studien zur Erfassung der Verlustspirale***

2004 führten Demerouti, Bakker und Bulters eine Langzeitstudie durch, mit der sie eine sich mit der Zeit aufbauende Verlustspirale zwischen Anforderungen am Arbeitsplatz und Familienkonflikten aufzeigten. Zum Beispiel führte Druck am Arbeitsplatz zu einer Reduktion der Fürsorge für die Familie und zu Familienkonflikten, die wiederum zu Erschöpfung und weniger Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz führten. Dass Aufgaben am Arbeitsplatz schlechter bewältigt wurden führte zu einem weiteren Fortlaufen der o.g. Verlustspirale. Sonnentag (2001) erforschte, wie eine solche Verlustspirale gestoppt werden kann und neue Kräfte für die Arbeit gewonnen werden können. Er zeigte in seiner Studie, dass Arbeitnehmer, die sich auch noch in der Freizeit mit der Arbeit beschäftigten, stärker belastet waren als Arbeitnehmer, die in ihrer Freizeit soziale Aktivitäten wie Sport oder Tanzen durchführten. Sogar Fernsehen in der Freizeit führte zu weniger Spannungen als sich mit der Arbeit zu beschäftigen. Fritz und Sonnentag führten die Studie 2005 noch weiter und stellten fest, dass, wenn am Wochenende Konflikte mit dem Partner bestanden, wenig soziale Aktivitäten durchgeführt wurden und ausschließlich negativ über die Arbeit nachgedacht wurde, dass diese Sachverhalte gute Prädiktoren für ein Burn-Out-Syndrom darstellten.

Vinokur, Price und Caplan (1996) begleiteten Arbeitslose über sechs Monate hinweg und stellten durch ihre Befragungen ebenfalls eine Verlustspirale fest. Bei Misserfolg bei der Arbeitssuche traten sowohl beim Arbeitslosen als auch beim Partner vermehrt depressive Symptome auf, die dazu führten, dass sich die gegenseitige Unterstützung reduzierte und die Unzufriedenheit nicht nur bezüglich der Arbeitslosigkeit, sondern auch mit der Partnerschaft anstieg. Vinokur et al. (1996) stellten auch fest, dass Arbeitslose mit guten finanziellen Ressourcen während einer Arbeitslosigkeit weniger depressiv wurden.

### ***3.5.6 Ressourcen-Konservierungs-Modell bei bedeutsamen Lebensereignissen***

Neben den zahlreichen Studien, die die Auswirkungen von Arbeitsbelastungen untersuchten, wurden auch Studien unter Einbezug des Ressourcen-Konservierungs-Modells in anderen Lebensbereichen durchgeführt. Zum Beispiel waren schwangere Frauen, die ein hohes Selbstwertgefühl als persönliche Ressource besaßen, nach der Geburt des Kindes weniger depressiv (Hobfoll & Leiberman, 1987).

Vor allem die Bedeutung sozialer Ressourcen für die Gesundheit und die Bewältigung von Lebensereignissen wird betont (Hobfoll, Freedy, Lane & Geller, 1990; Jackson, Antonucci, & Gibson, 1990). Hobfoll und Lerman (1988) begleiteten über ein Jahr hinweg Mütter von chronisch kranken Kindern und stellten fest, dass, je größer die soziale Unterstützung für die Mütter war, der empfundene Stress durch die Belastungen geringer war. Hobfoll, London und Orr (1988) untersuchten bei 220 israelischen Studenten die Auswirkungen der mit dem Israel-Libanon-Krieg verbundenen Belastungen auf die psychische Gesundheit. Sie fanden, dass Männer, die keine intimen zwischenmenschlichen Beziehungen zu Mitmenschen hatten, stärker von Kriegsereignissen belastet waren.

### ***3.5.7 Ressourcen-Konservierungs-Modell und Trauerbewältigung***

Auf der Grundlage der Ressourcen-Konservierungs-Theorie wird in dieser Studie zum Verlust des Partners davon ausgegangen, dass die Gesundheit stärker unter einer höher eingestuften Verlusterfahrung leidet als unter einer geringer eingestuften Verlusterfahrung. Zwar stellt die Trauer eine universelle menschliche und mehr oder weniger stereotype Reaktion dar (Hoffmann, 1983; Archer, 2001), jedoch werden die Qualität der Beziehung zum verlorenen Partner (Stroebe & Stroebe, 1992) und die Stärke der Bindung (Archer, 2001) als bedeutende Moderatoren für Differenzen in der Trauerreaktion gesehen.

Belastungen bei Tod des Ehepartners werden voraussichtlich bei Männern deutlicher auszumachen sein, da der Verlust des Ehepartners gleichzeitig den Verlust der wichtigsten, teilweise einzigen sozialen Ressource bedeutet. Während Frauen größere und engmaschigere Netzwerke haben, d.h. mehr Unterstützung auch von Freunden erfahren, haben Männer vorwiegend nur ihre Ehepartnerin als Unterstützungsquelle (Klauer & Winkeler, 2002; Knoll & Schwarzer, 2002). Die Ehe stellt eine Ressource dar. Die empirische Forschung zur sozialen Integration (z.B. Burman & Margolin, 1992) hat zeigen können, dass verheiratete Menschen durchschnittlich gesünder und glücklicher sind als Ledige oder Geschiedene. Darüber hinaus wird im Sinne der Verlustspirale der Ressourcen-Konservierungs-Theorie auch bezüglich des Trauerprozesses erwartet, dass der Verlust von finanziellen oder sozialen Ressourcen zu stärkerer depressiver Symptomatik führt.

## ***4. Entwicklung der Fragestellungen***

### ***4.1 Offene Fragen in der Trauerforschung***

Der theoretische Überblick über den Stand der Forschung macht deutlich, dass sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Trauer noch im Anfangsstadium befindet. Wenige Studien haben die Erfassung einzelner Aspekte der Trauer in ihre Arbeit integriert. So konnten erste Hinweise für Prädiktoren eines ungünstigen Trauerverlaufs gewonnen werden (siehe z.B. Carey, 1977; Field & Sundin, 2001; Stroebe & Stroebe, 1983). Dass der Verlauf der Trauer explizit wie bei Bonanno et al. (2002) untersucht wurde, bleibt eine Seltenheit. An einer deutschen Stichprobe wurde eine Studie mit einer Befragung kurz nach dem Todesereignis noch nicht durchgeführt.

Auch die Erfassung von Bewältigungsstilen wurde in der Trauerbewältigung vernachlässigt. Was eine Witwe oder ein Witwer machen könnte, um nach dem Tod des Lebenspartners wieder eine höhere Lebenszufriedenheit zu gewinnen, wurde nicht explizit erfasst. Diese Feststellung steht im deutlichen Kontrast zu der großen Anzahl an Ratgeberbüchern für Trauernde. Es muss angemerkt werden, dass die Ratgeber vor allem ihre Erkenntnisse entweder aus eigenen Erfahrungen oder einzelnen Erfahrungsberichten gewonnen haben oder Erkenntnisse aus anderen Bereichen der Forschung auf die Bewältigung der Trauer übertragen haben oder dass ihre Haltung zu Tod und Trauer auf einem grundlegenden religiösen Glauben beruht.

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass es bisher wenige Studien gibt, die die Trauer als Forschungsgegenstand haben. Wissenschaftler scheinen lange Zeit die Themen Sterben, Tod und Trauer den Geistlichen überlassen zu haben.

### ***4.2 Theorienarmut in der Trauerforschung***

In den bisher durchgeführten Studien zur Trauer wurde auch deutlich, dass diese meist nur sehr begrenzte Aspekte der Trauer erfassten, dass das Vorgehen meist theorienfrei erfolgte und die Ergebnisse nicht in Zusammenhang mit einem psychologischen Konzept gestellt wurden. Es scheint so, als versuche man ein Puzzle zusammensetzen, indem man ein Puzzlesteinchen herausgreift und auf den Tisch legt. Immer mehr Autoren beklagten diese Theorienarmut in der Trauerforschung

(Filipp, 1995; Schwarz, Salewski & Tesch-Römer, 1996). Wenn vermehrt vorhandene psychologische Theorien in die Trauerforschung integriert würden, würde dies nicht heißen, dass man dem sich entwickelnden Forschungsfeld der Trauer nicht mehr erfahrungsoffen gegenüber stehen würde. Das finale Puzzlebild würde nicht vorweggenommen werden. Vielmehr würde dies bedeuten, dass Überlegungen und Strategien angewendet würden, die sich schon in anderen Forschungsbereichen als hilfreich erwiesen haben. So wie es sich schon bei früheren Puzzlespielen als hilfreich erwiesen hat, die Puzzlesteine zunächst in Farben und Formen zu trennen und dann auf dem Tisch einen Puzzlerand abzustecken. Das Ergebnis wäre, dass man wesentlich schneller bei einem Puzzlestein entscheiden könnte, ob dieser in Zusammenhang zu einem anderen Puzzlestein gebracht werden kann. Auf dem Tisch würden weniger Puzzlesteine zu lange auf dem falschen Platz liegen bleiben. Letztlich würde man wesentlich schneller vorankommen und ein Gesamtbild entwickeln können.

#### ***4.3 Die Anwendbarkeit psychologischer Modelle auf die Trauerbewältigung***

Ob sich die beschriebenen psychologischen Modelle (das Set-Point-Modell, der dispositionale Optimismus, die Handlungsorientierung, das transaktionale Stressmodell, das Ressourcen-Konservierungs-Modell) tatsächlich auf den Bereich der Trauer bei Verlust des Ehepartners übertragen lassen, bleibt unklar. Unter den zahlreichen Studien zur Überprüfung der psychologischen Modelle wurden tatsächlich nur wenige Studien durchgeführt, die eine Überprüfung eines psychologischen Modells in unkontrollierbaren Situationen bzw. bei Tod eines nahen Verwandten überprüften. Bezüglich des Konzepts des Optimismus, der Handlungsorientierung und des Ressourcen-Konservierungs-Modells ist festzuhalten, dass eine solche Überprüfung in den beschriebenen Studien nicht durchgeführt wurde. Lucas et al. (2003) überprüften an einer Stichprobe von Trauernden die ursprüngliche Annahme der Set-Point-Theorie, dass sich die Lebenszufriedenheit aller Menschen nach kritischen Lebensereignissen wieder auf ihren Ausgangswert korrigiert. Sie stellten fest, auch wenn dies nicht für jede Personengruppe bestätigt werden konnte, dass eine Anpassung jedoch im Mittel bestätigt werden konnte. Bezüglich des transaktionalen Stressmodells wurde eine besondere Bedeutung des emotionszentrierten Copings bei unkontrollierbaren Situationen postuliert. Studien zeigten jedoch keine eindeutigen Ergebnisse (Forsythe & Compas, 1987; Masel, Terry & Gribble 1996).

Festzuhalten ist somit, dass in den bisher durchgeführten Studien die Annahmen, die aus den psychologischen Theorien gewonnen wurden, in der Trauerforschung nicht klar bestätigt werden konnten. Es bleibt letztlich fraglich, ob sich die psychologischen Modelle auf die Trauerbewältigung bei Verlust des Ehepartners übertragen lassen. Es bleibt offen, wie hilfreich die bestehenden Konzepte für die weitere Trauerforschung sind.

#### ***4.4 Aufklärung als Anliegen dieser Studie***

Diese Studie hat die Trauer um den Verlust des Lebenspartners als zentrales Forschungsthema, um die wissenschaftlichen Erkenntnisse in diesem Bereich weiter voranzubringen. Mit der Studie ist auch das Anliegen verbunden, neue Impulse für weitere wissenschaftliche Untersuchungen zu setzen, so dass sich das Thema Trauer schneller in der Forschung etabliert. Bisher wurden in den Studien zur Trauer wenige Fragestellungen aus bestehenden psychologischen Modellen generiert. Diese Theorienarmut sollte mit der Studie überwunden werden. Es sollte überprüft werden, ob sich das Set-Point-Modell, die Konzepte des Optimismus und der Handlungsorientierung, die Aussagen aus dem transaktionalen Stressmodell und des Ressourcenoptimierungsmodell auf die Trauer übertragen lassen. Ließen sich bestimmte psychologische Konzepte übertragen bzw. ließen sich bestimmte Konzepte auch besonders gut übertragen, könnte dies zukünftig zu schnelleren Erkenntnisgewinnen über die Trauer führen. Bisherige Ergebnisse zu den psychologischen Konzepten ließen sich leichter übertragen bzw. die psychologischen Modelle wären Quelle weiterer zielführender Forschungshypothesen. Mehr Erkenntnisse zum Trauerverlauf könnten nicht nur zur Folge haben, dass sich bestimmte Vorstellungen in der Gesellschaft verändern. Viele Hinterbliebene würden sich fortan mit weniger inadäquaten Erwartungen konfrontiert sehen.

#### ***4.5 Hilfreiche Unterstützung für Betroffene als Anliegen dieser Studie***

In einer 2006 durchgeführten Studie (Jenull-Schiefer, Mayr & Mayring) gaben von 894 in der Altenpflege tätigen Personen aus 49 Pflegeheimen 33 Prozent an, mit den Angehörigen nicht über Sterben und Tod zu sprechen, da sie sich davor scheuen würden. Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik erscheint jedoch unausweichlich, da nicht nur die Angehörigen, sondern auch die Sterbenden noch am Leben sind und

Bedürfnisse haben, die sie ansprechen wollen (Lattanzi-Licht, 2003; Wilening, 1998). Die Todesthematik stellt eine besondere Belastung dar, die auch immer eine Auseinandersetzung mit der eigenen Verletzbarkeit beinhaltet (Vachon, 2003). Zwar werden Tod und Trauer als selbstverständliche Inhalte der Altenpflegeausbildung gesehen (Terno, 2001), jedoch wird vermehrt eine berufsbegleitende Supervision gefordert. Erkenntnisse aus der Forschung können für Praktiker, die mit Trauernden arbeiten, eine Hilfe in ihrer Arbeit darstellen.

Hierbei ist zunächst interessant, ob sich ein ungünstiger Trauerverlauf nicht auch vorhersagen ließe. Einige trauernde Menschen haben sich schon früh an Psychotherapeuten gewandt, da sie verunsichert waren, ob sie nun psychisch krank seien. In vielen Fällen hat sie das Ausmaß des psychischen Leides, welches sie bisher nicht erlebt hatten, dazu bewogen. Mehr Erkenntnisse aus der Trauerforschung können es einem Psychotherapeuten erleichtern, die Gefahr für die Entwicklung eines psychischen Störungsbildes besser einzuschätzen. Da kaum alle Einflussfaktoren erfasst werden können, sollten die vielversprechendsten Faktoren aus den dargestellten theoretischen Modellen in diese Studie aufgenommen werden.

Diese Studie sollte auch einen expliziten Fokus auf den Einfluss der Bewältigungsstrategien auf den weiteren Verlauf der Trauer richten. Das ist deshalb so interessant, da der Einsatz von Bewältigungsmöglichkeiten prinzipiell veränderbar ist. Erkenntnisse in diesem Bereich geben Hinweise, welche Einflussmöglichkeiten Trauernde auf einen heilsameren Verlauf haben. Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Bewältigungsstrategien bei Verlust des Ehepartners würden auch Hinweise für hilfreiche Interventionen in einer unterstützenden Psychotherapie geben. Konkrete Verhaltensweisen in bestimmten ausgewählten Situationen lassen sich oft eher verändern als tiefgreifende Persönlichkeitseigenschaften. Es ist realistischer, dass einem Pessimisten nach intensiver Auseinandersetzung mit einem begrenzten Problembereich eine „Positive Neubewertung“ gelingt. Es ist auch realistischer, dass ein lageorientierter Mensch dazu motiviert werden kann, in einem begrenzten, jedoch bedeutsamen Bereich, eine aktivere Problembewältigung zu zeigen. Aber auch wenn sich eine bestehende Situation nicht verändern lässt, so ließe sich dennoch der Umgang mit der Situation durch den Einsatz von bestimmten Bewältigungsstrategien verändern. Wenn sich z.B. Ressourcen nicht erweitern lassen, so kann es Ziel einer Therapie sein, bestehende Ressourcen zu entdecken und diese gezielter einzusetzen.

#### **4.6 Hypothesen zur Gestalt des Trauerverlaufs**

Der Verlust des Lebenspartners stellt ein kritisches Lebensereignis dar, welches mit dem Verlust der wohl bedeutsamsten sozialen Ressource verbunden ist. Nach dem Ressourcen-Konservierungs-Modell (Hobfoll, 1988, 1989) lindern Ressourcen psychischen Stress, wohingegen Stress einsetzt, wenn bedeutsame Ressourcen verloren gehen (Resick, 2001). Stress kann sich sowohl in einer Verschlechterung der Stimmung als auch körperlich in Form psychosomatischer Symptome zeigen. Es wird somit erwartet, dass der Tod des Lebenspartners zu einer deutlichen Ausprägung von depressiven und psychosomatischen Symptomen führt.

Nach der Set-Point Theorie des Glücks (Lucas et al. 2003; Lykken, 1999) findet der Mensch nach kritischen Lebensereignissen mit der Zeit wieder zu seiner ursprünglichen Ausprägung der Lebenszufriedenheit zurück. Es wird somit erwartet, dass in einer Langzeitstudie eine Verbesserung der depressiven und psychosomatischen Symptome feststellbar ist und dass die allgemeine Lebenszufriedenheit langfristig wieder ansteigt.

Neben der Erfassung von depressiven und psychosomatischen Symptomen sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit, ist auch die Erfassung weiterer Ressourcenverluste sinnvoll. Das Ressourcen-Konservierungs-Modell postuliert, dass der Verlust von Ressourcen die Vulnerabilität bei zukünftigen Verlusten zur Folge hat (Resick, 2001). Es wird somit erwartet, dass der Verlust des Ehepartners mit weiteren Ressourcenverlusten verbunden ist, was sich z.B. in einer Verschlechterung der finanziellen Situation äußern kann. Ein Prinzip der Ressourcen-Konservierungs-Theorie ist jedoch auch, dass der Mensch Ressourcen investieren muss, um sich von Verlusten erholen zu können (Hobfoll, 2001). Es ist zu erwarten, dass Betroffene zunächst vor allem andere soziale Ressourcen mobilisieren, um einen Ausgleich für den erlittenen Verlust der sehr bedeutsamen sozialen Ressource zu erfahren.

#### **4.7 Hypothesen zur Vorhersage eines ungünstigen Trauerverlaufs**

Aus den dargestellten psychologischen Theorien lassen sich auch unterschiedliche Hypothesen zur Vorhersage eines ungünstigen Trauerverlaufs generieren.

Vielfach wurde nachgewiesen, dass der dispositionale Optimismus als eine grundlegende positive Ergebniserwartung (Wieland-Eckelmann & Carver, 1990) mit psychischer (z.B. Carver & Gaines, 1987) und körperlicher Gesundheit (z.B. Scheier &

Carver, 1987) zusammenhängt. Bei der Bewältigung des Verlusts des Lebenspartners wird erwartet, dass Optimisten zwar durch den Tod belastet sind, da ermittelt werden konnte, dass auch Optimisten den Realitätsbezug nicht verlieren (Taylor und Armor, 1996). Dennoch wird erwartet, dass ein höheres Niveau an Lebenszufriedenheit, ein geringeres Ausmaß an depressiven und psychosomatischen Symptomen im Vergleich zu Pessimisten auch unter der belastenden Situation aufrechterhalten bleibt. Hinweise dafür, dass eine Überlegenheit der Optimisten auch in unkontrollierbaren Situationen bestehen könnte, haben einige der geschilderten Studien geben können (z.B. Carver et al., 1993).

Eine entsprechende Vorhersage wird auch bezüglich des Konzepts der Handlungsorientierung getroffen. Zahlreiche Studien haben zeigen können, dass Lageorientierung mit erhöhter Stressreaktion (z.B. Bossong, 1999) und depressiver Symptomatik (z.B. Krampe, Hautinger, Ehrenreich & Kröner-Herwig, 2003; Rholes, Michas & Shroff, 1989) zusammenhängt. Deshalb wird auch bei dem Tod des Ehepartners erwartet, dass handlungsorientierte Menschen ein höheres Niveau an Lebenszufriedenheit und ein geringeres Ausmaß an depressiven und psychosomatischen Symptomen im Vergleich zu lageorientierten Menschen besitzen. Da Trauer einen lageorientierten Zustand darstellt (Bossong, 1999) wird erwartet, dass insbesondere die dispositionell lageorientierten Menschen durch dieses kritische Lebensereignis in Gefahr geraten, eine Depression zu entwickeln. Handlungsorientierte sind eher in der Lage, gewünschte Handlungen ausführen (Kuhl, 1983, 1994) und insgesamt ihr Leben aktiver zu gestalten.

Mehrere Hypothesen lassen sich aus dem Ressourcen-Konservierungs-Modell generieren. Dass Ressourcenverluste tatsächlich zu psychischem Stress führen, konnten Studien zeigen (z.B. Lee und Ashforth, 1996; Vinokur et al., 1996). Dass Ressourcen auch bei kritischen Lebensereignissen von Bedeutung sind, wurde ebenfalls nachgewiesen (z.B. Hobfoll und Lerman, 1988; Hobfoll et al. 1988). Der Tod des Lebenspartners bedeutet auch den Verlust einer bedeutsamen sozialen Ressource. Es wird erwartet, dass der Verlust einer qualitativ guten Beziehung einen größeren Ressourcenverlust beinhaltet als der Verlust einer qualitativ schlechten Beziehung. Deshalb sollten die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit stärker bei einem Verlust einer qualitativ guten Beziehung leiden.

Auch wird erwartet, dass das Geschlecht des Hinterbliebenen zur Vorhersage des Trauerverlaufs von Bedeutung ist. Da Männer im Durchschnitt ein weniger ausgeprägtes soziales Netzwerk haben als Frauen und sich ihre soziale Unterstützung vielmehr auf die Ehefrau beschränkt (Klauer & Winkeler, 2002; Knoll & Schwarzer, 2002), wird erwartet, dass Männer stärker unter dem Tod des Ehepartners leiden, d.h. mehr depressive und psychosomatische Symptome zeigen und die Lebenszufriedenheit deutlicher reduziert ist.

Auch wird im Sinne der Ressourcen-Konservierungs-Theorie erwartet, dass die Stressreaktionen schwerer ausfallen, wenn mit dem Verlust des Ehepartners auch der Verlust weiterer Ressourcen z.B. finanzieller oder sozialer Ressourcen verbunden ist.

#### ***4.8 Hypothesen zur Wirksamkeit von Bewältigungsstrategien bei Verlust des Ehepartners***

Nach Lazarus (1991, 1999) ist im transaktionalen Stressmodell der Prozesscharakter von Bedeutung, welcher vor allem bei der Trauer deutlich wird. Durch die permanente Neueinschätzungen der Situation und Ressourcen verändern sich auch die Bewältigungsstrategien entsprechend den Neueinschätzungen. Auch wenn der Betroffene zunächst problemzentrierte Bewältigungsstrategien einsetzt, so wie es sich in vielen anderen Problembereichen als hilfreich erwiesen hatte (siehe z.B. Aspinwall & Taylor, 1992; Higgins & Endler, 1995; Holohan & Moos, 1987), so wird dies im Sinne des „goodness of fit“ – Modell (Folkman et al., 1979) jedoch nicht für eine Reduktion des Stresses wirksam sein. Das „goodness of fit“ - Modell besagt, dass in kontrollierbaren Situationen problemzentrierte Bewältigungsstrategien wirksam sind, wohingegen emotionszentrierte Strategien in unkontrollierbaren Situationen wirksam sind. Da auch der Tod des Lebenspartners eine Tatsache ist, die sich nicht in einen gewünschten Zustand verändern lässt, ist zu erwarten, dass vermehrt emotionszentrierte Bewältigungsstrategien eingesetzt werden und einen Einfluss auf die depressive und psychosomatische Symptomatik haben sowie zu einer Steigerung der Lebenszufriedenheit führen. Insbesondere die Fähigkeit zur Akzeptanz des Ereignisses wird voraussichtlich in der Trauerarbeit von besonderer Bedeutung sein (Worden, 1987). Es ist des Weiteren zu erwarten, dass andere Bewältigungsstrategien erst dann wirksam sind, wenn der Verlust des Ehepartners bereits akzeptiert wurde. Die Anstrengungen

würden sich dann nicht vergeblich auf die Wiedererreichung des alten Zustandes richten.

Des Weiteren lassen sich Annahmen machen, über welche Bewältigungsstrategien die Persönlichkeitseigenschaft Optimismus bei der Bewältigung der Verlust Erfahrung bei dem Tod des Lebenspartners wirksam ist. Zwar wurde vor allem nachgewiesen, dass Optimisten in stressvollen Situation hilfreiche problemzentrierte Bewältigungsstrategien anwenden (Scheier & Carver, 1987; Wieland-Eckelmann & Carver, 1990), jedoch gibt es Hinweise dafür, dass Optimisten in unkontrollierbaren Situationen auch auf emotionsregulierende Bewältigungsstile wie „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Carver et al., 1993) zurückgreifen, welche bei der Verarbeitung des Verlusts des Ehepartners von Bedeutung sein können. Es wird somit erwartet, dass vor allem Optimisten die Bewältigungsstrategien „Positive Neubewertung“ und „Akzeptanz“ anwenden. Es wird weiter erwartet, dass diese Bewältigungsstrategien mit geringerer depressiver und psychosomatischer Symptomatik und mit höherer Lebenszufriedenheit im Zusammenhang stehen.

Im Gegensatz zum Optimismus wird erwartet, dass die Überlegenheit der Handlungsorientierung gegenüber der Lageorientierung auf der Anwendung anderer hilfreicher Bewältigungsstrategien beruht. Zwar konnte bisher mehrfach ermittelt werden, dass Lageorientierung mit depressiven und psychosomatischen Symptomen verbunden ist (z.B. Krampe, Hautzinger, Ehrenreich & Kröner-Herwig, 2003; Rholes, Michas & Shroff, 1989), jedoch muss festgehalten werden, dass bisher nicht untersucht wurde, welche Bewältigungsstrategien Handlungsorientierte anwenden und über welche Bewältigungsstrategien somit der positivere Gesundheitszustand bei Handlungsorientierten erwirkt wird (Bossong, 1999). Mit Hilfe von theoretischen Überlegungen lassen sich dennoch Annahmen generieren, welches Bewältigungsverhalten Handlungsorientierte bzw. Lageorientierte in stressvollen Ereignissen anwenden. Werden die unterscheidbaren Komponenten Präokkupation und Hesitation der Lageorientierung differenziert betrachtet, so ist zu erwarten, dass insbesondere Hesitation negativ mit dem Bewältigungsstil „Aktive Bewältigung“ (problemzentrierter Copingstil) zusammenhängt. Präokkupation meint hingegen, dass Handlungen nicht ausgeführt werden, da störende unkontrollierbare Gedanken auftreten. Es wird erwartet, dass Präokkupation positiv mit „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“

(emotionszentrierter Copingstil) zusammenhängt. Insbesondere bei Trauernden ist zu erwarten, dass unkontrollierbare Gefühle wie Trauer, Wut und Sehnsucht auftreten. Demgegenüber wird erwartet, dass es Handlungsorientierten schneller gelingt, die Aufmerksamkeit wieder auf den Alltag zu lenken, so dass diese weniger die Bewältigungsstrategien „Aufmerksamkeit und Ausdruck von Gefühlen“ anwenden. Inwieweit dieser Bewältigungsstil voraussichtlich hilfreich im Trauerverlauf ist, kann nicht vorhergesagt werden. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Stärken der Handlungsorientierten in der „Aktiven Bewältigung“ bei der Bewältigung des Verlusts des Ehepartners weniger zum Tragen kommen werden als die Stärken der Optimisten, welche auch in der „Akzeptanz“ und „Positiven Neubewertung“ liegen.

Das Ressourcen-Konservierungs-Modell (Hobfoll, 2001) sagt voraus, dass der Mensch Ressourcen investieren muss, um sich von Verlusten erholen zu können. Es wird somit auch bei dem Verlust des Ehepartners erwartet, dass der Hinterbliebene versuchen wird, bestehende Ressourcen zu mobilisieren und einzusetzen. Pennebaker, Zech und Rimé (2001) gehen davon aus, dass Personen auch dann über ihre Emotionen mit anderen Menschen reden wollen, wenn dadurch negative Aspekte der Emotion bewusst werden. Es wird erwartet, dass der Tod des Partners zu einem Einsatz der Bewältigungsstrategien „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ und zum „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ führt, um soziale Ressourcen zu mobilisieren.

## II Empirie

### *5. Überblick über das methodische Vorgehen*

Mit dieser Untersuchung wurde eine Langzeitstudie mit drei Messzeitpunkten umgesetzt. Nach Auswertung von Todesanzeigen wurden Witwen und Witwer drei Monate nach dem Todesereignis angeschrieben, über die Studie informiert und erhielten bei Rückantwort eine Fragebogenbatterie. Die Messungen begannen somit schon sehr zeitnah nach dem Todesereignis. Eine zweite Messung fand sechs Monate, eine dritte neun Monate nach dem Todesereignis statt.

#### *5.1 Herleitung der erfassten Variablen*

In der Fragebogenbatterie wurden neben einigen soziodemographischen Daten insbesondere die Faktoren erfasst, die sich durch die theoretischen Überlegungen für die Erfassung des Trauerverlaufs als bedeutsam erwiesen haben. Als abhängige Variablen wurden Fragebogen zur Erfassung depressiver und psychosomatischer Symptome aufgenommen. Diese zwei Variablen werden üblicherweise in der Stressforschung angewandt und erschienen auch für die Trauer von Bedeutung. Studien zum Set-Point-Modell des Glücks haben vor allem die allgemeine Lebenszufriedenheit erfasst, so dass in dieser Studie zusätzlich zu den depressiven und psychosomatischen Symptomen ebenfalls die allgemeine Lebenszufriedenheit erfasst wurde.

Überlegungen zum Ressourcen-Konservierungs-Modell haben dazu geführt, dass die subjektive Wahrnehmung von Ressourcenverlusten im finanziellen und sozialen Bereich erhoben wurde. Auch wurde die wahrgenommene Qualität der Beziehung zum nun verstorbenen Partner erfasst, da dadurch Unterschiede im Ressourcenverlust erfasst werden sollten.

Überlegungen zu den Persönlichkeitskonstrukten Optimismus und Handlungsorientierung haben dazu geführt, dass in der Studie der dispositionale Optimismus als bedeutsamer Prädiktor erfasst wurde. Bezüglich der Handlungsorientierung wurden die beiden unterscheidbaren Störungskomponenten Präokkupation und Hesitation erfasst, um einen differenzierten Blick darauf zu gewinnen, welche Störungskomponente, die

zu einer Lageorientierung führt, in der Verlustbewältigung von besonderer Bedeutung ist.

Des Weiteren wurden unterschiedliche Bewältigungsstrategien erhoben. Die Erfassung der „Akzeptanz“ und der „Positiven Neubewertung“ wurde aufgenommen, da schon erste Studien, die im Rahmen der transaktionalen Stresstheorie durchgeführt wurden, Hinweise darauf gaben, dass diese beiden emotionszentrierten Bewältigungsstrategien bei der Verarbeitung von Belastungen in nicht mehr veränderbaren Situationen von Bedeutung sein können. Die „Aktive Bewältigung“ wurde erfasst, da sich diese Strategie in der Bewältigungsforschung bisher als dominierend gegenüber anderen Bewältigungsstrategien zeigte. Die gewonnenen Ergebnisse ließen sich somit gut mit Ergebnissen aus der Stressforschung vergleichen. Die Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen“ wurde zusätzlich aufgenommen, da erwartet wurde, dass diese Bewältigungsstrategie bei Trauernden aufgrund der hohen emotionalen Belastung häufiger auftritt. Auch wurde erwartet, dass ein Zusammenhang dieser Bewältigungsstrategie mit der Lageorientierung ermittelt werden könnte. Mit „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ wurde noch eine Bewältigungsstrategie aufgenommen, die eine Form der sozialen Unterstützungssuche darstellt. Es wurde erwartet, dass diese Bewältigungsstrategie mit dem Konzept des Ressourcen-Konservierungs-Modell in Zusammenhang gebracht werden kann.

### ***5.2 Darstellung der erfassten Variablen im SORK-Schema***

Die in dieser Studie bedeutsamen Faktoren können zusammengefasst auch in einem verhaltensanalytischen SORK-Schema dargestellt werden (vgl. Tabelle 5.1). Somit wird auch deutlich, dass die in dieser Studie erfassten Faktoren in Bezug gesetzt werden können zu einer Verhaltensanalyse, wie sie in einer verhaltenstherapeutischen Therapie zur Problemanalyse und Behandlungsplanung durchgeführt wird. Die mit den erfassten Faktoren verbundenen Ergebnisse können eine solche therapierelevante Verhaltensanalyse zukünftig beeinflussen. Als Auslöser wird die Verlusterfahrung betrachtet. Damit eng verbunden sind auch Veränderungen der finanziellen Ressourcen und der sozialen Unterstützung durch Kinder, Geschwister, Freunde und Bekannte etc.. Diese Erfahrung trifft auf Personen, die unterschiedlich ausgeprägt die Persönlichkeitseigenschaften Handlungsorientierung-Präokkupation, Handlungsorien-

tionierung-Hesitation und Optimismus besitzen. Als Bewältigungsverhalten wird „Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“, „Aktive Bewältigung“, „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ erfasst. Als Konsequenz werden depressive und psychosomatische Symptome sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit erhoben.

**Tabelle 5.1**

*Erfasste Variablen im SORK-Schema*

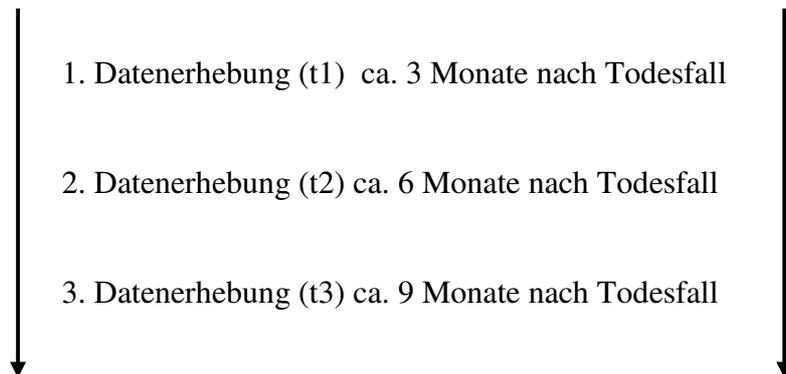
<b>S</b>	<b>O</b>	<b>R</b>	<b>K</b>
Situation / Auslöser	Organismusvariable/ Persönlichkeit	Reaktion/ Bewältigungsverhalten	Konsequenzen/ Symptome
Verlust einer qualitativen Beziehung	Handlungsorientierung (Präokkupation)	Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen	depressive Symptome
Veränderung der finanziellen Ressourcen	Handlungsorientierung (Hesitation)	Aufsuchen instrumen- teller Unterstützung	allgemeine Lebenszufriedenheit
Veränderung der sozialen Unterstützung	Optimismus	Aktive Bewältigung	psychosomatische Symptome
		Akzeptanz	
		Positive Neubewertung	

Dieses Schema ist nicht streng linear zu interpretieren. Die Konsequenzen können eine neue Situation für zukünftige Verhaltensabläufe darstellen. Dies wird in der Längsschnittuntersuchung berücksichtigt.

## 6. Versuchsplan

### 6.1 Studienablauf

Es erfolgten Datenerfassungen zu drei Messzeitpunkten. Die erste Erfassung fand ca. drei Monate, die zweite ca. sechs Monate, die dritte ca. neun Monate nach dem Todesfall statt (s. Abb. 6.1).



**Abbildung 6.1** Studienablauf

### 6.2 Messungen zum ersten Messzeitpunkt

Zum ersten Messzeitpunkt wurden folgende Faktoren erfasst:

- Qualität der Beziehung
- Veränderung der finanziellen Situation
- Veränderung der sozialen Unterstützung
  
- Handlungsorientierung (Präokkupation)
- Handlungsorientierung (Hesitation)
- Optimismus
  
- Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen
- Aufsuchen instrumenteller Unterstützung
- Aktive Bewältigung
- Akzeptanz
- Positive Neubewertung

- Depressive Symptome
- Psychosomatische Symptome
- Allgemeine Lebenszufriedenheit

### **6.3 Messungen zum zweiten Messzeitpunkt**

Zum zweiten Messzeitpunkt wurden folgende Faktoren erfasst:

- Veränderung der finanziellen Situation
- Veränderung der sozialen Unterstützung
  
- Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen
- Aufsuchen instrumenteller Unterstützung
- Aktive Bewältigung
- Akzeptanz
- Positive Neubewertung
  
- Depressive Symptome
- Psychosomatische Symptome
- Allgemeine Lebenszufriedenheit

Ab dem zweiten Messpunkt wurde somit auf eine erneute Messung der Persönlichkeitseigenschaften und einer Messung der Qualität der Beziehung verzichtet.

### **6.4 Messungen zum dritten Messzeitpunkt**

Zum dritten Messzeitpunkt wurden folgende Faktoren erfasst:

- Veränderung der finanziellen Situation
- Veränderung der sozialen Unterstützung
  
- Depressive Symptome
- Psychosomatische Symptome
- Allgemeine Lebenszufriedenheit

Zum dritten Messzeitpunkt wurden somit ausschließlich finanzielle und soziale Ressourcenveränderungen sowie trauerrelevante abhängige Variablen erfasst.

## ***7. Erhebung der Stichprobe***

### ***7.1 Rekrutierung der Stichprobe***

Die Teilnehmer wurden überwiegend über die Auswertung von Todesanzeigen und ein direktes Anschreiben gewonnen. Mit diesem Verfahren konnten Hinterbliebene am besten für den ersten angestrebten Messzeitpunkt von drei Monaten nach dem Todesfall erreicht werden. Die vollständige Adresse wurde über das Telefonbuch oder die Todesanzeigen direkt ausfindig gemacht.

Zunächst wurden potentielle Teilnehmer mit Informationen über die Studie angeschrieben. Die Angeschriebenen konnten mit einem Antwortbogen einer Teilnahme an der Studie zustimmen, erst dann wurden die Fragebogen versandt. Sofern kein Antwortbogen eintraf fand kein weiterer Kontakt mehr zu den Angeschriebenen statt. Die verwendeten Schriftstücke sind im Anhang B dargestellt.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und wurde nicht vergütet. Die Teilnahme wurde durch frankierte Rückumschläge kostenfrei gestaltet. 63 Personen konnten über das direkte Anschreiben aufgrund der Auswertung von Todesanzeigen gewonnen werden. Dafür wurden 444 Personen angeschrieben, somit liegt die Quote der gewonnenen Teilnehmer bei 14 Prozent. Die Personen wurden über Lokalzeitungen aus dem Raum Landau in der Pfalz, Wuppertal, Bielefeld, Düsseldorf, Hamburg, Cham i. d. Oberpfalz, Augsburg, Günzburg, Saarbrücken, Nürnberg und München gewonnen.

Alle Messungen wurden im Zeitraum zwischen Januar 2006 und März 2007 vorgenommen. Eine weitere Person kam über den Kontakt einer Leiterin eines Trauercafés zu dieser Studie. Zwei Personen konnten dadurch gewonnen werden, dass Bekannte betroffene Personen aus ihrem Bekanntenkreis auf die Studie angesprochen haben.

**7.2 Beschreibung der Stichprobe**

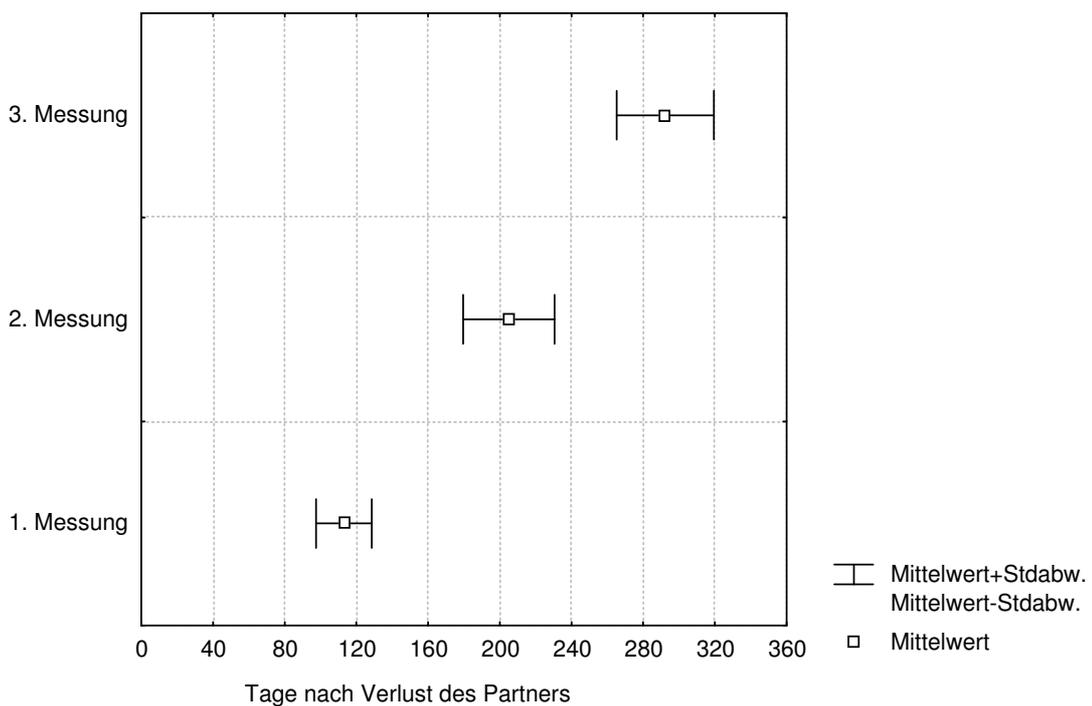
Es konnten zu Beginn 66 Teilnehmer angeworben werden. Zum zweiten Messzeitpunkt nahmen noch 65 Personen teil, zum dritten Messzeitpunkt 62 (siehe Tab. 7.1). Somit liegt die Drop-Out-Rate lediglich bei 6 Prozent.

**Tabelle 7.1**

*Anzahl der Teilnehmer zu den drei Messzeitpunkten*

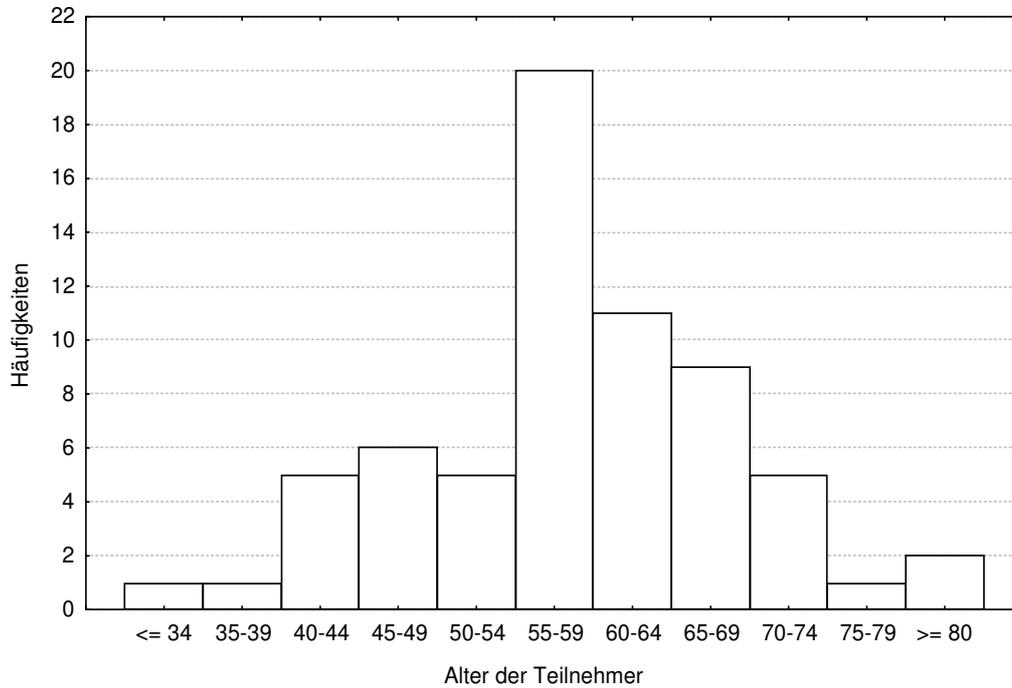
	1. Messzeitpunkt	2. Messzeitpunkt	3. Messzeitpunkt
Anzahl der Teilnehmer	66	65	62

Die erste Messung fand im Durchschnitt nach 113 Tagen ( $s = 15,5$ ), die zweite Messung nach 205 Tagen ( $s = 25,6$ ) und die dritte Messung nach 292 Tagen ( $s = 27,1$ ) nach dem Tod des Partners statt (siehe Abb. 7.1).



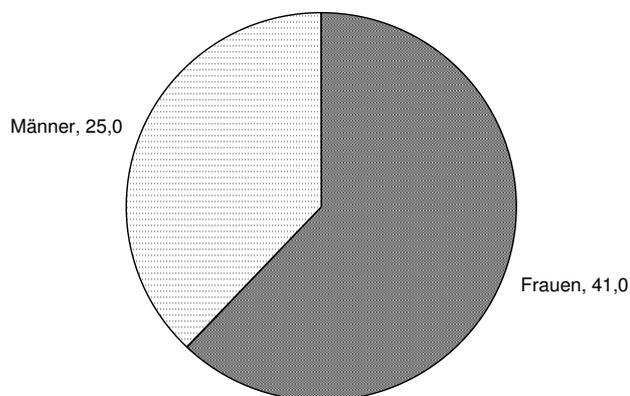
**Abbildung 7.1** *durchschnittliche Abstände der drei Messzeitpunkte zum Todestag des verstorbenen Partners*

Zu Beginn der Studie lag das Alter der Teilnehmer zwischen 27 und 82 Jahren, mit einem Durchschnittswert von 58,2 Jahren ( $s = 10,1$ ). Die Abbildung 7.2 stellt die Altersverteilung dar.



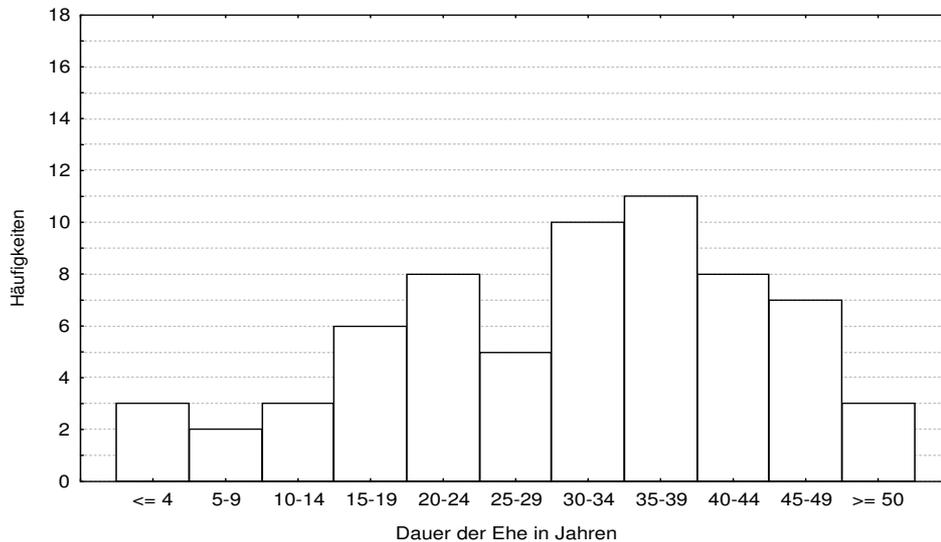
**Abbildung 7.2** Altersverteilung der Studienteilnehmer

Zum ersten Messzeitpunkt nahmen 41 Frauen (62%) und 25 Männer (38%) teil (siehe Abb. 7.3).



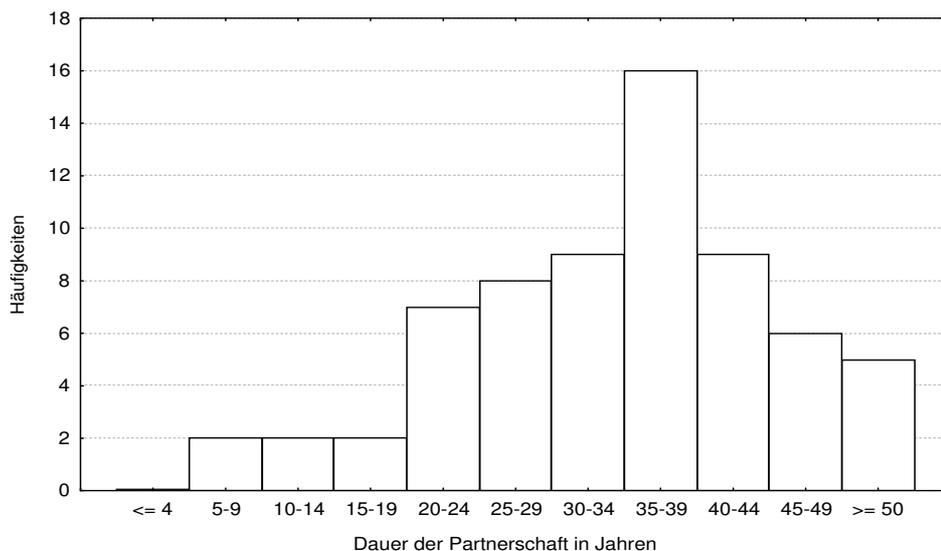
**Abbildung 7.3** Anteil weiblicher und männlicher Studienteilnehmer

Die Teilnehmer waren zwischen einem Jahr und 52 Jahren mit ihrem verstorbenen Partner verheiratet. Der Durchschnittswert lag bei 30,5 Jahren ( $s = 12,9$ ). Da die Teilnehmer vorrangig über die Auswertung von Todesanzeigen gewonnen werden konnten, waren alle Teilnehmer mit ihrem Partner auch verheiratet gewesen (siehe Abb. 7.4).



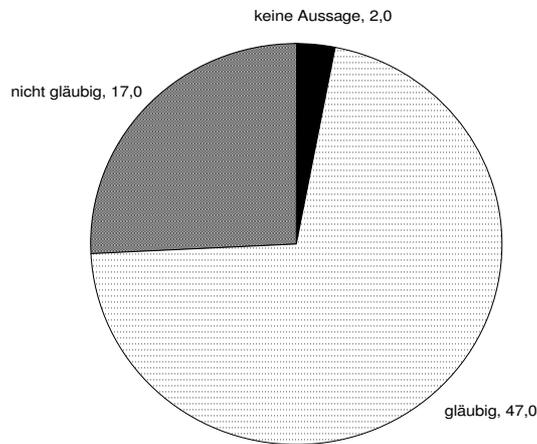
**Abbildung 7.4** Verteilung der Länge der Ehe der Studienteilnehmer mit dem verstorbenen Ehepartner

Die Partnerschaft dauerte im Durchschnitt schon 33,5 Jahre an ( $s = 11,2$ ), bei einer Spanne zwischen fünf und 56 Jahren (siehe Abb. 7.5).



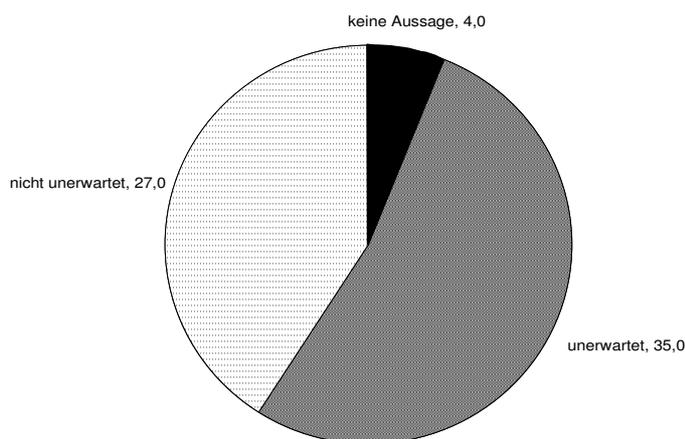
**Abbildung 7.5** Verteilung der Länge der Partnerschaft der Studienteilnehmer mit dem verstorbenen Partner

47 Personen (71%) beschrieben sich als gläubig, 17 Personen (26%) beschrieben sich als nicht gläubig. Zwei Personen haben zu dieser Frage keine Aussage getroffen (siehe Abb. 7.6).



**Abbildung 7.6** Anteil gläubiger und nicht gläubiger Studienteilnehmer

35 Personen (53%) gaben an, dass der Tod des Partners für sie plötzlich und unerwartet eingetreten sei (siehe Abb. 7.7). 27 Personen (41%) haben den Tod des Partners hingegen nicht als plötzlich und unerwartet erlebt, vier Personen beantworteten die Frage weder mit „ja“ noch mit „nein“.



**Abbildung 7.7** Anteil der Studienteilnehmer, für die der Tod des Partners plötzlich und unerwartet eingetreten ist

## ***8. Messinstrumente***

### ***8.1 Ermittlung soziodemographischer Daten***

Zum ersten Messzeitpunkt wurden mittels eines selbst entwickelten Fragebogens soziodemographische Daten erfasst. Neben dem Alter und dem Geschlecht der Teilnehmer wurden auch der Todestag des verstorbenen Partners, die Länge der Partnerschaft und die Länge der Ehe erfasst. Des Weiteren wurde erfasst, wie viele Kinder die Teilnehmer mit ihrem Partner hatten und ob sie nun nach dem Tod des Partners allein zu Hause leben. Ebenfalls wurde erfasst, ob die Teilnehmer sich als gläubig bezeichnen und ob der Tod des Partners plötzlich und unerwartet aufgetreten ist. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang B8 abgebildet.

### ***8.2 Messung von Ressourcenverlusten***

#### ***8.2.1 Messung der Qualität der verlorenen Beziehung***

Die Messung der Qualität einer Beziehung ist von einer Messung der Beziehungsstabilität zu unterscheiden. Nach Hendrick und Hendrick (1997) sind die Zufriedenheit und das Glück in einer Partnerschaft nur dadurch zu messen, dass man die Gefühle, das Partnerschaftserleben und die Bewertung der Partnerschaft bei den Paaren misst. Die Stabilität und eine partnerschaftliche Anpassung einer Beziehung seien hingegen auch durch die Erhebung der Trennungsbereitschaft bzw. einer klaren Rollenaufteilung und der Erfüllung der damit verbundenen Pflichten zu messen. Die Qualität einer Beziehung lässt sich mit Interviewverfahren, Verhaltensbeobachtungen oder Fragebogenverfahren messen. Da sich in dieser Studie nur Fragebogenverfahren einsetzen ließen, wurden unterschiedliche Fragebogen gesichtet, die qualitative Aspekte einer Partnerschaft messen. Nach Literaturrecherche und Sichtung der Fragebogen (Grau, 1999, 2003; Hahlweg, 1979; Hahlweg, Klann & Hank, 1992; Höger & Buschkämper, 2002; Schneewind & Kruse, 2002) musste festgehalten werden, dass sich die bestehenden Fragebogen nicht einsetzen ließen. Die Teilnehmer in dieser Studie sollten keine gegenwärtige Situationen mit ihrem Partner, sondern eine vergangene Beziehung einschätzen, so dass sich bestimmte Fragen inhaltlich nicht übertragen ließen. Es musste auch die besondere Situation, dass der Tod des Partners erst drei Monate zurücklag, berücksichtigt werden. Besonders intime, die Sexualität

betreffende Fragen wurden nicht aufgenommen. Es wurde ein speziell für diese Untersuchung entwickelter Beziehungsfragebogen (BF) verwendet, der die nach Literaturrecherche ermittelten verschiedenen Bereiche (z.B. Vertrauen, Zuverlässigkeit, Komplimente) einer qualitativ guten Beziehung erfasste. Der Beziehungsfragebogen umfasste 14 Items. Es gab fünf Antwortmöglichkeiten von 0 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 = „trifft genau zu“. Um einen breiten Bereich zu erfassen, in dem sich eine qualitativ gute Beziehung äußern kann, wurden jeweils zwei Items zu den Bereichen „Gemeinsamkeiten“ (z. B. Item 1 „Mein Partner/meine Partnerin und ich hatten viele gemeinsame Interessen.“), „Offenheit“ (z.B. Item 2 „Mein Partner/meine Partnerin teilte mir seine/ihre Gedanken und Gefühle offen mit.“), „Zärtlichkeit“ (z.B. Item 3 „Mein Partner/meine Partnerin ist sehr zärtlich zu mir gewesen.“), „Komplimente“ (z.B. Item 4 „Ich merkte, dass er/sie mich körperlich attraktiv fand.“) „Zuverlässigkeit“ (z.B. Item 5 „Mein Partner/meine Partnerin ist eine sehr zuverlässige Person gewesen, besonders wenn es um wichtige Dinge ging.“), „Vertrauen in Treue“ (z.B. Item 6 „In neuen, unbekanntem Situationen fühlte ich mich vollkommen sicher, da ich wusste, dass mein Partner/meine Partnerin mich nie im Stich lassen würde.“) und „Vorhersagbarkeit“ (Item 7 „Ich wusste, wie mein Partner/meine Partnerin handeln wird.“) vorgegeben. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang dargestellt.

Für die weitere Auswertung wurden die Items 8, 10, 12 und 13 zunächst umgepolt. Es wurde durch Aufsummierung der einzelnen Itemwerte ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine hohe Qualität der Beziehung und stellte in dieser Studie das Ausmaß des Verlustes dar, den der Tod des Lebenspartners bedeutete.

### **8.2.2 Messung der Veränderung finanzieller Ressourcen**

Aus Mangel an entsprechenden Fragebogen wurden zur Erfassung der Veränderung finanzieller Ressourcen über einen Zeitraum von drei Monaten selbstgenerierte Items verwendet. Es gab zur Zustimmung der Aussagen fünf Antwortmöglichkeiten; von 0 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 = „trifft genau zu“. Zu den folgenden fünf Aussagen sollte eine Einschätzung erfolgen:

1. Meine finanzielle Situation hat sich in den letzten 3 Monaten deutlich verschlechtert.
2. Ich habe in den letzten 3 Monaten kaum Geld zur Verfügung gehabt.

3. Ich habe in den letzten 3 Monaten deutlich mehr Geld zur Verfügung gehabt als gewöhnlich.
4. Ich konnte in den letzten 3 Monaten alles aus eigenen Mitteln bezahlen, das ich bezahlen musste.
5. Die letzten 3 Monate sind eine deutliche finanzielle Belastung gewesen.

Der vollständige Fragebogen ist im Anhang B15 abgebildet.

Für die weitere Auswertung wurde durch Aufsummierung ein Summenwert errechnet, wobei die Items 3 und 4 zuvor umgepolt wurden. Ein hoher Summenwert steht für eine deutlichere Verschlechterung der finanziellen Situation.

### ***8.2.3 Veränderung der sozialen Unterstützung***

Zur Erfassung der Veränderung sozialer Ressourcen wurden selbstgenerierte Items verwendet. Es wurde auf einer fünfstufigen Skala von „stark verringert“ bis „stark gesteigert“ erhoben, in wie weit sich die wahrgenommene Unterstützung durch unterschiedliche Quellen (Kinder, Geschwister, enge Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen, Verein) in den letzten drei Monaten verändert hat. Vor einer Einschätzung der Veränderung sozialer Unterstützung sollten die Teilnehmer angeben, ob die gefragte Quelle sozialer Unterstützung überhaupt auf sie zutrifft (z.B. Item 1 „Haben Sie Kinder?“, „Wenn ja, wie hat sich die Unterstützung durch ihre Kinder insgesamt in den letzten 3 Monaten verändert?“). Der vollständige Fragebogen ist im Anhang B15 dargestellt.

Für die weitere Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Sofern Teilnehmer angaben, dass ein Item nicht auf sie zutrifft, wurde dies als unveränderte Unterstützung gewertet. Ein hoher Summenwert steht für eine deutlichere Steigerung der sozialen Unterstützung.

## ***8.3 Messung von Persönlichkeitseigenschaften***

### ***8.3.1 Messung der Handlungsorientierung (Präokkupation)***

Zur Erfassung der Persönlichkeitseigenschaft „Handlungsorientierung – Präokkupation“ wurde die Skala „Handlungskontrolle nach Misserfolg“ aus dem Fragebogen HAKEMP 90 (Fragebogen zur Handlungsorientierung nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv) von Kuhl (1990) verwendet. Die Interne Konsistenz

(Cronbach's  $\alpha$ ) liegt bei der Präokkupationsskala nach Kuhl (1994) bei  $r = .70$ . Ein Beispielitem für diese Skala ist das Item 1 des HAKEMP 90:

„Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann

- A. dauert es lange, bis ich mich damit abfinden kann
- B. denke ich nicht mehr lange darüber nach“.

Alle Items sind im Anhang B11 aufgeführt.

Für die weitere Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine ausgeprägte Handlungsorientierung bzw. für ein geringes Ausmaß der Lageorientierung.

### **8.3.2 Messung der Handlungsorientierung (Hesitation)**

Zur Erfassung der Persönlichkeitseigenschaft „Handlungsorientierung – Hesitation“ wurde die Skala „Handlungskontrolle prospektiv“ aus dem Fragebogen HAKEMP 90 von Kuhl (1990) verwendet. Die Interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) liegt bei der Hesitationsskala nach Kuhl (1994) bei  $r = .78$ . Ein Beispielitem für diese Skala ist das Item 2 des HAKEMP 90:

„Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann

- A. muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu machen
- B. fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen“.

Alle Items sind im Anhang B11 abgebildet.

Für die weitere Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine ausgeprägte Handlungsorientierung bzw. für ein geringes Ausmaß der Lageorientierung.

### **8.3.3 Messung des dispositionalen Optimismus**

Zur Erfassung der Persönlichkeitseigenschaft „Optimismus“ wurden sechs Items der deutschen Fassung des Life-Orientierung-Test (LOT, Scheier, Carver & Bridges, 1994) von Wieland-Eckelmann & Carver (1990) verwendet. Für die ursprüngliche, acht Items umfassende englischsprachige Version berichten Scheier und Carver (1985) eine Interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) von  $r = .76$  und eine Retestreliabilität nach einem 4-Wochen-Intervall von  $r = .79$ . Das Item 1 des LOT dient als Beispiel: „In unsicheren Zeiten erwarte ich gewöhnlich das Beste.“. Das Ausmaß der Zustimmung erfolgte

anhand einer 7-stufigen Skala von 1 = „stimmt nicht“ bis 7 = „stimmt völlig“. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang B10 dargestellt.

Für die weitere Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für einen ausgeprägten grundlegenden Optimismus.

#### **8.4 Messung von Bewältigungsstrategien**

Zur Erfassung der Bewältigungsstrategien wurden die im Folgenden dargestellten Skalen des Fragebogens COPE von Carver, Scheier und Weintraub (1989) verwendet. Als Situation wurde der Verlust des Ehepartners vorgegeben („Bitte kreuzen Sie an, wie Sie derzeit auf den Verlust Ihres Ehepartners reagieren.“). Einige Items mussten für diese Untersuchung modifiziert werden, da der Bezug des Bewältigungsverhaltens auf die Bewältigung der Trauer ansonsten nicht gegeben gewesen wäre. Es gab zur Zustimmung der Aussagen bezüglich der Bewältigungsstrategien vier Antwortmöglichkeiten; „niemals“, „selten“, „manchmal“, „oft oder immer“. Der Fragebogen COPE umfasste in seiner Originalfassung mehr als die hier aufgeführten Skalen. Carver et al. (1989) berichten für die Skalen des COPE Interne Konsistenzen (Cronbach´s  $\alpha$ ) zwischen  $r = .65$  und  $r = .90$ .

##### **8.4.1 Messung der Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen“**

Zur Erfassung der Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf Gefühle und Ausdruck von Gefühlen“ wurde die Skala „focus on & venting of emotions“ des Fragebogens COPE von Carver et al. (1989) verwendet. Diese Skala soll erfassen, wie sehr sich die Teilnehmer zu dem Zweck einer Katharsis ihren Gefühlen bewusst zuwenden und diese ausleben. Hohe Werte können nur dann erzielt werden, wenn die Teilnehmer gefühlsmäßig stark involviert sind. Hohe Werte können somit auch ein Ausdruck sein, dass die Teilnehmer besonders stark belastet sind und Schwierigkeiten haben, mit dem Verlust fertig zu werden. Item 1 und 3 wurden modifiziert (Item 1 „Ich wende mich meiner Trauer ganz bewusst zu.“, Item 3 „Ich fühle mich beim Gedanken an den Tod meines Partners/meiner Partnerin sehr elend und zeige das auch sehr deutlich.“). Alle vier Items sind im Anhang B12 aufgeführt.

Für weitere Berechnungen wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine stärkere Aufmerksamkeitsfokussierung auf eigene Gefühle und einem stärkerem Ausdruck von Gefühlen.

#### **8.4.2 Messung der Bewältigungsstrategie „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“**

Zur Erfassung dieser Bewältigungsstrategie wurde die für diese Untersuchung modifizierte Skala „seeking social support for instrumental reasons“ des COPE von Carver et al. (1989) verwendet. Diese Skala soll erfassen, wie stark sich die Teilnehmer zu dem Zweck der Informationsgewinnung oder konkreter Hilfe an Mitmenschen wenden. Item 3 wurde der Situation angepasst (Item 3 „Ich spreche mit anderen, um mehr über Tod und Trauer zu erfahren.“). Alle Items sind im Anhang B12 dargestellt.

Für weitere Berechnungen wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine intensivere Anwendung dieses Bewältigungsstils.

#### **8.4.3 Messung der Bewältigungsstrategie „Aktive Bewältigung“**

Diese Skala enthält Fragen der Skala „active coping“ des Fragebogen COPE (Carver et al., 1989). Die Skala soll erfassen, wie stark die Teilnehmer versuchen, über ihr Verhalten eine Verlustbewältigung zu erreichen. Diese Skala soll die Aktivität der Teilnehmer messen und betont hierbei die Verhaltensebene und weniger die kognitive. Die Items 1 und 4 wurden modifiziert (Item 1 „Ich ergreife zusätzliche Schritte, um die Trauer über den Verlust loszuwerden.“, Item 4 „Ich unternehme direkte Handlungsschritte, um den Verlust zu überwinden.“). Alle vier Items sind im Anhang B12 aufgeführt.

Für die weitere Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für ein höheres Ausmaß an aktiver Bewältigung.

#### **8.4.4 Messung der Bewältigungsstrategie „Akzeptanz“**

Diese Skala enthält Fragen der Skala „acceptance“ des COPE (Carver et al., 1989). Die Skala soll erfassen, inwieweit die Teilnehmer versuchen den Tod des Partners als Realität wahrzunehmen und anzunehmen. Betroffene, die ihre Bemühungen darauf ausrichten, die Wahrnehmung dieser Tatsache zu vermeiden und an dem Leben des Partners festhalten zu wollen, können keine hohen Werte erreichen.

Item 2 lautet z.B. „Ich akzeptiere, dass es passiert ist und nicht zu ändern ist.“. Alle vier Items sind im Anhang B12 dargestellt.

Für die weiteren Berechnungen wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine höhere Akzeptanz.

#### **8.4.5 Messung der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“**

Diese Skala enthält Fragen der Skala „positive reinterpretation“ des COPE (Carver et al., 1989). Diese Skala soll erfassen, inwieweit die Hinterbliebenen versuchen, dem Tod des Partners einen Sinn zu geben. Nur Personen, die das Todesereignis in der Weise neu bewerten, dass das Ereignis nicht nur ausschließlich negative, sondern auch positive Aspekte beinhaltet, können hohe Werte erreichen. Die Items 1, 3 und 4 wurden der Situation entsprechend modifiziert (Item 1 „Ich versuche den Tod in einem anderen Licht zu sehen, um ihn weniger negativ erscheinen zu lassen.“, Item 3 „Ich lerne etwas aus dem Umgang mit dem Tod meines Partners.“, Item 4 „Ich versuche als Person an meiner Trauer zu wachsen.“). Alle Items sind im Anhang B12 abgebildet.

Für die weitere Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine höhere Ausprägung der positiven Neubewertung.

### **8.5 Messung der abhängigen trauerrelevanten Variablen**

#### **8.5.1 Messung depressiver Symptome**

Zur Erfassung depressiver Symptome wurde die Skala CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) von Radloff (1977) verwendet. Dieser Fragebogen ist nicht nur bei Personen positiv sensitiv, die eine ausgeprägte Depression haben und ist somit nicht nur bei einer klinischen Stichprobe, sondern gut in der Allgemeinbevölkerung einsetzbar. In diesem Fragebogen werden mehrere Aspekte einer depressiven Symptomatik erfragt (z.B. Item 2 „Während der letzten Woche hatte ich kaum Appetit.“, Item 5 „Während der letzten Woche hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.“, Item 6 „Während der letzten Woche war ich deprimiert und niedergeschlagen.“). Die Teilnehmer sollten zu jeder Aussage angeben, ob diese „selten oder nie“, „manchmal“, „öfters“ oder „meistens/die ganze Zeit“ auf sie zugetroffen hat. Der ganze Fragebogen ist im Anhang B13 aufgeführt. Radloff (1977) berichtet eine Interne Konsistenz (Spearman-Brown) für eine Stichprobe der Normalbevölkerung von

$r = .85$ . Hann, Winter und Jacobsen (1999) berichten von einer Internen Konsistenz nach Cronbach's  $\alpha$  für eine Stichprobe von Krebs-Patienten von  $r = .89$ .

Für die weitere Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine deutliche Ausprägung depressiver Symptome.

### **8.5.2 Messung der allgemeinen Lebenszufriedenheit**

Zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit wurde der Fragebogen SWLS (Satisfaction with Life Scale) von Diener et al. (1985) verwendet. Das Item 2 stellt ein Beispiel dar: „In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.“. Das Ausmaß der Zustimmung erfolgte anhand einer 7-stufigen Skala von 1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 = „stimme genau zu“. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang B16 dargestellt. Sölva, Baumann und Lettner (1995) ermittelten in einer Studie für die deutsche Fassung des Fragebogens eine Interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) von  $r = .88$  bzw.  $r = .87$ . Die Retest-Reliabilität bei einem Zeitintervall von vier Jahren beträgt  $r = .58$ .

Zur weiteren Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit.

### **8.5.3 Messung psychosomatischer Symptome**

Zur Erfassung psychosomatischer Symptome wurde die Skala „Somatisierung“ des SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977) verwendet. Die Skala erfasst körperliche Beschwerden, die in einem engen Zusammenhang mit psychischen Einflussfaktoren gesehen werden (z.B. Item 3 „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Herz- und Brustschmerzen?“, Item 8 „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Hitzewallungen und Kälteschauern?“, Item 10 „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben? “). Alle Items sind im Anhang B 14 dargestellt. Hessel et al. (2001) ermittelten speziell für die Skala „Somatisierung“ des SCL-90 an einer repräsentativen Stichprobe eine Interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) von  $r = .83$ .

Zur weiteren Auswertung wurde ein Summenwert errechnet. Ein hoher Summenwert steht für eine stärkere Ausprägung psychosomatischer Symptome.

## III Ergebnisse

### 9. Darstellung der Ergebnisse der abhängigen Variablen

#### 9.1 Deskriptive Statistiken der abhängigen Variablen

In der Tabelle 9.1 sind die Ergebnisse der trauerrelevanten Symptomvariablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den Zeitpunkten drei Monate nach dem Todesereignis (t1), sechs Monate nach dem Todesereignis (t2) und neun Monate nach dem Todesereignis dargestellt (t3). Aufgeführt sind die Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*) und Cronbach's  $\alpha$  ( $\alpha$ ).

**Tabelle 9.1**

*Deskriptive Statistiken der abhängigen Variablen zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners*

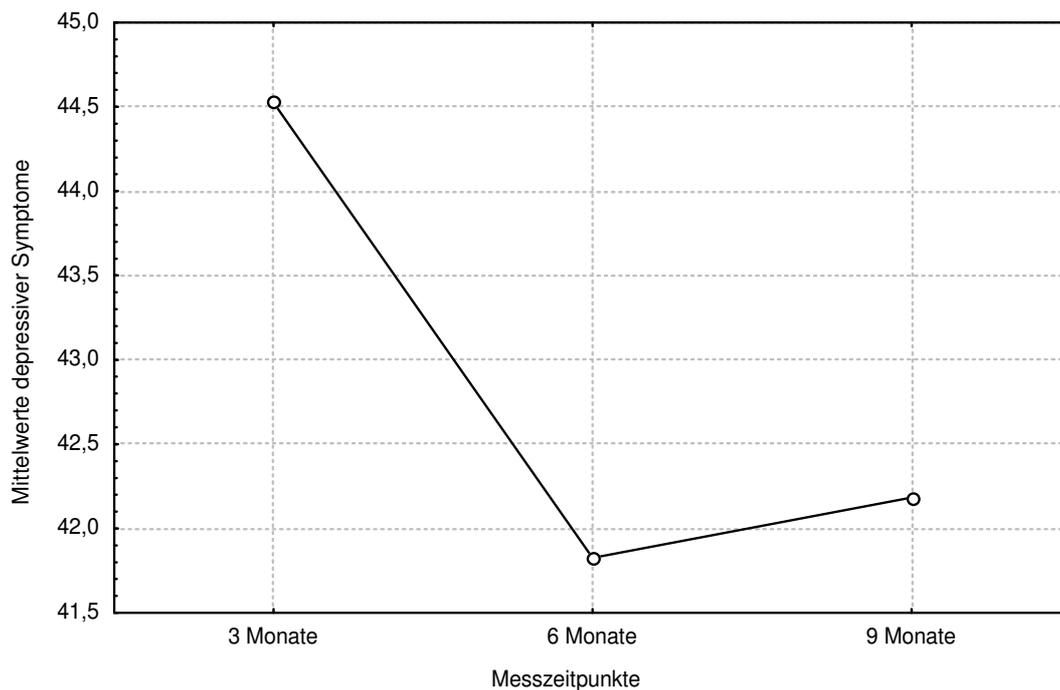
		t 1	t 2	t 3
		(N = 66)	(N = 65)	(N = 61-62)
depressive Symptome	<i>M</i>	44.69	42.43	42.18
	<i>SD</i>	9.62	9.94	11.09
	$\alpha$	.894	.911	.928
psychosomatische Symptome	<i>M</i>	8.77	8.44	8.35
	<i>SD</i>	7.32	7.12	6.94
	$\alpha$	.862	.874	.906
allgemeine Lebenszufriedenheit	<i>M</i>	24.08	23.37	23.10
	<i>SD</i>	6.35	6.18	6.17
	$\alpha$	.867	.887	.875

Wie die Tabelle 9.1 zeigt, sind die Internen Konsistenzen der erfassten abhängigen Variablen durchweg als gut zu bezeichnen. Kein Wert liegt unter  $\alpha < .85$ .

## 9.2 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome

In diesem Abschnitt wird der Verlauf der depressiven Symptome graphisch dargestellt. Für die Berechnung wurde eine einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% ( $p = .05$ ) festgesetzt. Die Berechnung erfolgte mit Statistica 5.5.

Der Verlauf depressiver Symptome nach dem Tod des Ehepartners wird in der folgenden Abbildung 9.1 dargestellt.



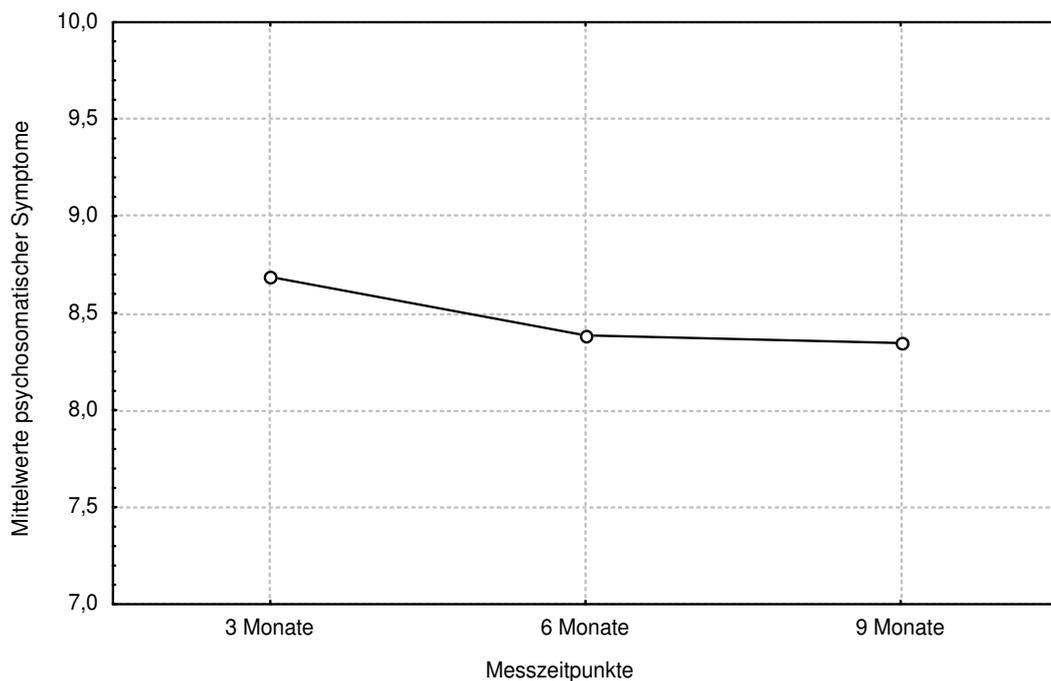
**Abbildung 9.1** Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners

Eine einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung ergibt, dass der Haupteffekt „Zeit“ mit  $F(2;120) = 4.81$  und  $p < .01$  signifikant ist. Die Berechnung wurde mit  $N = 61$  durchgeführt, d. h. ausschließlich die Angaben von Teilnehmern, von denen zu allen drei Messzeitpunkten Daten zur Verfügung standen, wurden in die Berechnung einbezogen. Durchgeführte Post-hoc-Tests zeigen, dass sich der Mittelwert vom zweiten Messzeitpunkt sechs Monate nach dem Todesereignis mit  $p < .006$  und der Mittelwert vom dritten Messzeitpunkt neun Monate nach dem Todesereignis mit  $p < .015$  signifikant vom Mittelwert des ersten Messzeitpunkts drei Monate nach dem Todesereignis unterscheiden. Der Unterschied zwischen dem zweiten Messzeitpunkt

sechs Monate nach dem Todesereignis und dem dritten Messzeitpunkt neun Monate nach dem Todesereignis ist nicht signifikant. Die depressive Symptomatik lässt somit vor allem zwischen dem dritten und sechsten Monat nach dem Todesereignis nach. Die Reduktion der depressiven Symptomatik ist dann für weitere drei Monate aber stabil.

### 9.3 Verlaufsdarstellung psychosomatischer Symptome

Der Verlauf psychosomatischer Symptome nach dem Tod des Ehepartners zeigt sich in Abbildung 9.2.

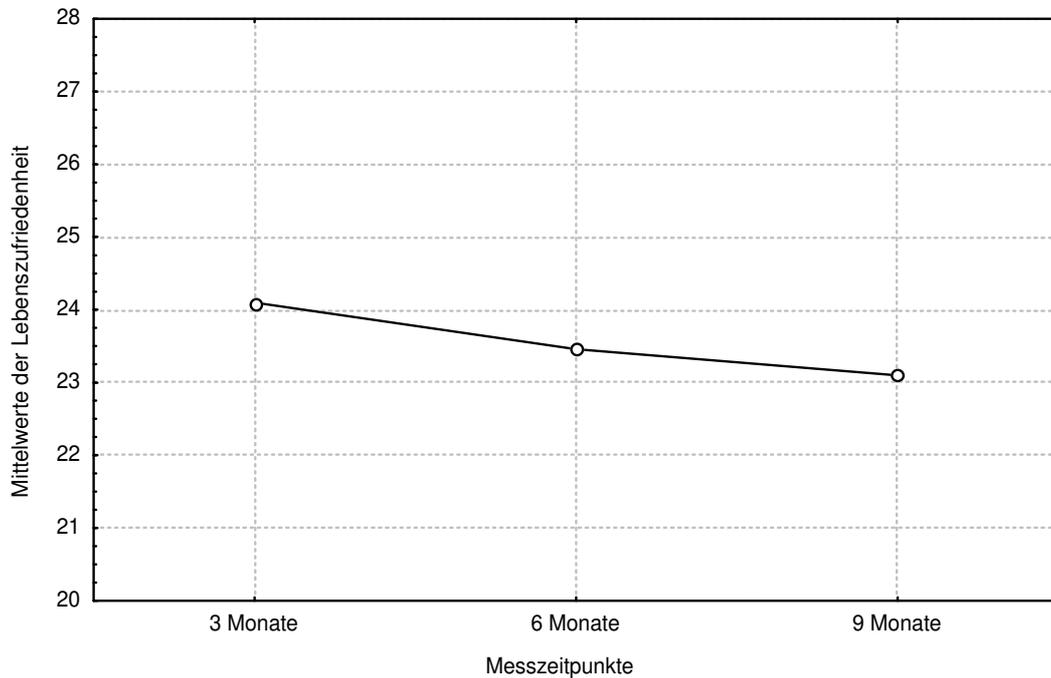


**Abbildung 9.2** Mittelwerte der psychosomatischen Symptome (Skala „Somatisierung“ des SCL-90) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners

Mit einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung bei  $N = 61$  wird der Haupteffekt „Zeit“ mit  $F(2;120) = 0.15$  und  $p < .86$  als nicht signifikant ermittelt. Der Trauerverlauf ist somit im Gegensatz zu einer Veränderung depressiver Symptomatik nicht durch eine Veränderung psychosomatischer Symptomatik gekennzeichnet.

#### 9.4 Verlaufsdarstellung der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Abbildung 9.3 stellt die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit dar.



**Abbildung 9.3** Mittelwerte der allgemeinen Lebenszufriedenheit (SWLS) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners

Ebenfalls im Gegensatz zur depressiven Symptomatik verändert sich die subjektive Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit über die Gesamtstichprobe ( $N = 62$ ) nicht. Ein Haupteffekt „Zeit“ ist mit  $F(2;122) = 1.77$  und  $p < .175$  nicht signifikant.

Obwohl der Fragebogen SWLS zur Messung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und die Skala CES-D zur Erfassung depressiver Symptomatik augenscheinlich ähnliche Inhalte erfassen, unterscheidet sich der Verlauf der allgemeinen Lebenszufriedenheit von dem Verlauf der depressiven Symptomatik. Die Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit erfordert verstärkt eine situativ übergreifende Beurteilung der eigenen Gesamtsituation unter Berücksichtigung einer längeren Zeitspanne. Diese Einschätzung zeigt sich bei den meisten Betroffenen trotz des Verlusts des Ehepartners als sehr stabil. Bei der Erfassung der depressiven Symptomatik wurde hingegen eine Einschätzung der Stimmung und des Antriebs der letzten Woche erfasst.

### 9.5 Zusammenhänge der abhängigen Variablen

In den folgenden Tabellen werden die Zusammenhänge der abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ mit allen weiteren zum gleichen Zeitpunkt erfassten Variablen dargestellt. Eine totale Korrelationstabelle aller erfassten Variablen mit allen Variablen zu jedem Messzeitpunkt befindet sich im Anhang A4.

In der Tabelle 9.2 werden Korrelationen zwischen den zum ersten Messzeitpunkt erfassten abhängigen Variablen mit allen weiteren zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 9.2**

*Korrelationen der abhängigen Variablen mit den erfassten Variablen zum Messzeitpunkt t1*

<i>N</i> = 66	Depressive Symptome (t1)	Psycho- somatische Symptome (t1)	Allgemeine Lebens- zufriedenheit (t1)
Alter	-.23	-.19	<b>.41*</b>
Optimismus	<b>-.31*</b>	<b>-.26*</b>	<b>.44*</b>
Handlungsorientierung (Präokkupation)	<b>-.32*</b>	-.14	<b>.46*</b>
Handlungsorientierung (Hesitation)	<b>-.26*</b>	-.11	<b>.50*</b>
Qualität der Beziehung	.13	-.06	<b>.31*</b>
Verschl. finanzieller Ressourcen (t1)	<b>.48*</b>	<b>.30*</b>	<b>-.30*</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.09	.05	.08
Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t1)	<b>.48*</b>	.24	.04
Aufsuchen instrum. Unterstützung (t1)	.24	.11	<b>-.26*</b>
Aktive Bewältigung (t1)	-.05	.17	.07
Akzeptanz (t1)	<b>-.62*</b>	<b>-.30*</b>	<b>.36*</b>
Positive Neubewertung (t1)	<b>-.41*</b>	-.10	<b>.33*</b>
Depressive Symptome (t1)	-	<b>.51*</b>	<b>-.26*</b>
Psychosomatische Symptome (t1)	<b>.51*</b>	-	-.16
Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)	<b>-.26*</b>	-.16	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Die Ergebnisse in Tabelle 9.2 weisen darauf hin, dass drei Monate nach dem Verlust des Ehepartners optimistische Menschen, handlungsorientierte Menschen und Personen, die die Situation besser akzeptieren können und ihre Situation eher positiv neu bewerten können, weniger depressive Symptome zeigen. Mehr depressive Symptome zeigen die Menschen, die zusätzlich zum Verlust des Ehepartners auch in größere finanzielle Schwierigkeiten geraten und die ihre Aufmerksamkeit mehr auf ihre Gefühle gerichtet haben. Wer mehr depressive Symptome hat, hat häufiger auch mehr psychosomatische Symptome und eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit.

Die ermittelten Korrelationen der psychosomatischen Symptomatik mit den anderen zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen geben folgendes Gesamtbild: Unter mehr psychosomatischen Symptomen leiden drei Monate nach dem Todesereignis Personen mit einer grundlegend pessimistischeren Einstellung, Personen, deren finanzielle Situation sich in den letzten drei Monaten deutlicher verschlechterte, Personen, die den Verlust des Partners weniger akzeptieren können und Personen, die zusätzlich mehr depressive Symptome zeigen. Die Zusammenhänge sind jedoch überwiegend gering.

Die Zusammenhänge mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit weisen darauf hin, dass ältere, optimistische und handlungsorientierte Hinterbliebene eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit besitzen. Auch Personen, die mit ihrem verstorbenen Partner eine qualitativ bessere Beziehung besaßen, haben ebenfalls nach dem Tod des Partners eine höhere Lebenszufriedenheit. Hinterbliebene, die mit ihrem Leben allgemein unzufriedener sind, suchen vermehrt instrumentelle Unterstützung bei ihren Mitmenschen auf, können den Tod des Partners schlechter akzeptieren und zeigen zusätzlich mehr depressive Symptome. Ebenfalls fällt es ihnen schwerer ihre Situation positiv neu zu bewerten. Bei Menschen mit niedriger allgemeiner Lebenszufriedenheit hat sich die finanzielle Situation in den letzten drei Monaten deutlicher verschlechtert.

In der Tabelle 9.3 sind die Korrelationen aller zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten trauerrelevanten abhängigen Variablen dargestellt.

**Tabelle 9.3**

*Korrelationen der abhängigen Variablen mit den erfassten Variablen zum Messzeitpunkt t2*

<i>N</i> = 65	Depressive Symptome (t2)	Psycho- somatische Symptome (t2)	Allgemeine Lebens- zufriedenheit (t2)
<b>Verschl. finanzieller Ressourcen (t2)</b>	<b>.44*</b>	<b>.37*</b>	<b>-.35*</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t2)	-.01	-.04	.20
<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t2)</b>	<b>.43*</b>	.15	.04
Aufsuchen instrum. Unterstützung (t2)	.14	.02	-.20
<b>Aktive Bewältigung (t2)</b>	-.17	-.06	<b>.25*</b>
<b>Akzeptanz (t2)</b>	<b>-.62*</b>	-.24	<b>.34*</b>
<b>Positive Neubewertung (t2)</b>	<b>-.43*</b>	-.15	.23
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	-	<b>.61*</b>	<b>-.43*</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t2)</b>	<b>.61*</b>	-	<b>-.37*</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	<b>-.43*</b>	<b>-.37*</b>	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Die Tabelle 9.3 zeigt, dass das Ausmaß depressiver Symptome sechs Monate nach dem Tod des Lebenspartners wie schon zum ersten Messzeitpunkt mit einer Verschlechterung finanzieller Ressourcen zusammenhängt. Wieder können mittlere Zusammenhänge mit den Bewältigungsstrategien „Akzeptanz“ und „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ festgestellt werden. Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang von  $r = -.43$  mit der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“. Korrelationen zu den anderen beiden abhängigen Variablen „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ bestehen wie zum ersten Messzeitpunkt ebenfalls in mittlerer Höhe.

Das Ausmaß psychosomatischer Symptome korreliert wie schon zum ersten Messzeitpunkt mit einer Verschlechterung finanzieller Ressourcen, mit der Ausprägung depressiver Symptome und der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Auch die Zusammenhänge mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit sind mit denen zum ersten Messzeitpunkt vergleichbar, wohingegen kein Zusammenhang mehr mit der Bewältigungsstrategie „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ besteht, jedoch ein positiver mit der Bewältigungsstrategie „Aktive Bewältigung“, der jedoch

gering ausgeprägt ist. Weiterhin bestehen ein positiver Zusammenhang mit „Akzeptanz“ und negative Zusammenhänge mit der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und der depressiven Symptomatik. Auch mit der psychosomatischen Symptomatik besteht zum zweiten Messzeitpunkt ein negativer Zusammenhang.

In der Tabelle 9.4 sind die Korrelationen der zum dritten Messzeitpunkt erfassten abhängigen Variablen mit allen zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 9.4**

*Korrelationen der abhängigen Variablen mit den erfassten Variablen zum Messzeitpunkt t3*

	<b>Depressive Symptome (t3)</b>	<b>Psycho- somatische Symptome (t3)</b>	<b>Allgemeine Lebens- zufriedenheit (t3)</b>
<i>N</i> = 61			
<b>Verschl. finanzieller Ressourcen (t3)</b>	<b>.31*</b>	<b>.29*</b>	<b>-.51*</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t3)	-.05	-.02	.03
<b>Depressive Symptome (t3)</b>	-	<b>.68*</b>	-.35
<b>Psychosomatische Symptome (t3)</b>	<b>.68*</b>	-	<b>-.30*</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)</b>	<b>-.35*</b>	<b>-.30*</b>	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

In der Tabelle 9.4 wird nicht nur ebenfalls deutlich, dass alle abhängigen Variablen miteinander korrelieren. Auch lassen sich zum dritten Messzeitpunkt wieder Korrelationen der abhängigen Variablen mit einer Verschlechterung finanzieller Ressourcen feststellen.

### ***9.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der abhängigen Variablen***

Die Ergebnisse der abhängigen Variablen machen deutlich, dass vor allem die depressive Symptomatik in der Trauer eine bedeutsame Variable darstellt. Die depressive Symptomatik reduziert sich im Trauerverlauf (siehe Abb. 9.1). Auch steht vor allem die depressive Symptomatik im Vergleich zu den anderen beiden abhängigen Variablen mit den angewendeten Bewältigungsstrategien im Zusammenhang. Mit der depressiven Symptomatik konnten die meisten und größten Zusammenhänge ermittelt werden (siehe Tab. 9.2 - 9.3).

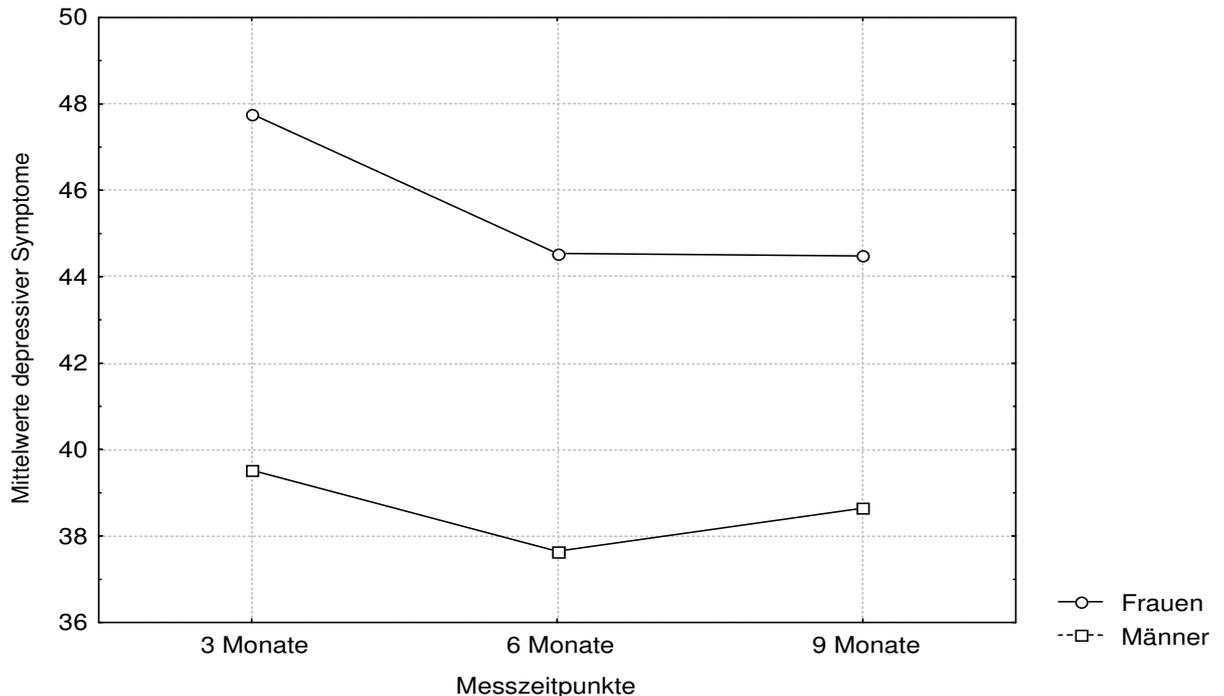
Die psychosomatische Symptomatik korrelierte mit  $r = .61$  zum ersten Messzeitpunkt bzw.  $r = .68$  zum zweiten Messzeitpunkt bedeutsam mit dem Ausmaß depressiver Symptomatik. In der psychosomatischen Symptomatik scheint sich auch eine emotionale Belastung auszudrücken. Die Entwicklung psychosomatischer Symptome scheint jedoch nicht so bedeutsam den Trauerverlauf auszudrücken, wie die weitere Entwicklung depressiver Symptome den Trauerverlauf ausdrückt (siehe Abb. 9.2).

Die allgemeine Lebenszufriedenheit zeigt sich im Vergleich zur depressiven Symptomatik bei Verlust des Ehepartners weitgehend stabil und scheint bei dem durchschnittlich Trauernden ein robusteres Maß zu sein. Allerdings konnten keine Veränderungen zwischen dem Todeszeitpunkt und den ersten drei Monaten erfasst werden. Aber auch die zwar signifikanten, jedoch geringen Zusammenhängen zwischen der depressiven Symptomatik und der allgemeinen Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 9.2 - 9.4) weisen darauf hin, dass die Trauernden grundsätzlich auch in der Lage sind, unterschiedliche Einschätzungen zwischen ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit und ihrem momentanen emotionalen Befinden treffen zu können. Eine Übergeneralisierung der Betroffenen („mein Partner ist gestorben, deshalb ist mein Leben zerstört“) scheint kaum stattzufinden.

## 10. Geschlechts- und Altersunterschiede im Trauerverlauf

### 10.1 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome von Frauen und Männern

Das Ausmaß depressiver Symptome der Gesamtstichprobe veränderte sich im Verlauf. Der Verlauf depressiver Symptome getrennt für Frauen und Männer ist in Abbildung 10.1 dargestellt.



**Abbildung 10.1** Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners getrennt für Frauen und Männer

Eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung ergibt, dass der Haupteffekt „Geschlecht“ mit  $F(1;59) = 9.26$  und  $p < .004$  signifikant ist. Frauen geben im Verlauf mehr depressive Symptome an als Männer. Ebenfalls signifikant ist der Haupteffekt „Zeit“ mit  $F(2;118) = 3.94$  und  $p < .023$ . Mit  $F(2;118) = .78$  und  $p < .462$  besteht keine Wechselwirkung zwischen Zeit und Geschlecht.

**10.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den erfassten Variablen**

Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden über *t*-Tests zu allen drei Messzeitpunkten gesondert berechnet. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 10.1 - 10.3 dargestellt. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p = .05$  gesetzt.

In Tabelle 10.1 sind die Geschlechtsunterschiede bei den zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 10.1**

*Geschlechtsunterschiede in den zum Messzeitpunkt t1 erfassten Variablen*

	Mittelwert Frauen (N = 41)	Mittelwert Männer (N = 25)	t-Wert	p <
<i>df</i> = 64				
<b>Alter</b>	<b>54.22</b>	<b>64.80</b>	<b>-4.74</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	44.05	44.13	-.04	.972
<b>Verschlechterung der finanziellen Situation</b>	<b>9.54</b>	<b>5.56</b>	<b>4.18</b>	<b>.001</b>
Veränderung sozialer Unterstützung	14.87	14.64	.37	.714
<b>Handlungsorientierung (Präokkupation)</b>	<b>4.83</b>	<b>7.57</b>	<b>-3.33</b>	<b>.002</b>
Handlungsorientierung (Hesitation)	6.91	7.99	-1.34	.186
Optimismus	26.10	27.98	-1.13	.265
<b>Aufsuchen instrumenteller Unterstützung</b>	<b>10.12</b>	<b>8.40</b>	<b>2.67</b>	<b>.010</b>
Positive Neubewertung	11.30	11.88	-.79	.432
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen	12.34	11.18	1.78	.079
Aktive Bewältigung	11.41	11.62	-.33	.743
Akzeptanz	12.53	13.56	-.20	.237
<b>Depressive Symptome</b>	<b>47.73</b>	<b>39.70</b>	<b>3.58</b>	<b>.001</b>
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>10.22</b>	<b>6.39</b>	<b>2.12</b>	<b>.039</b>
Allgemeine Lebenszufriedenheit	23.27	25.42	-1.34	.185

In der Tabelle 10.1 ist zu sehen, dass Frauen durchschnittlich in einem jüngeren Alter mit dem Verlust des Ehepartners konfrontiert werden. Das weist darauf hin, dass Frauen mit älteren Partnern zusammengelebt haben. Für Frauen ist der Verlust des Ehepartners stärker als für Männer mit einer finanziellen Verschlechterung verbunden. Männer zeigen eine höhere Handlungsorientierung (Präokkupation), d.h. Männer scheinen eine geringere Grübelneigung nach Verlust des Partners zu zeigen. Frauen suchen nach Verlust des Ehepartners häufiger instrumentelle Unterstützung auf als Männer. Frauen geben sowohl mehr depressive als auch psychosomatische Symptome an. Festzuhalten ist auch, dass sich Frauen und Männer u.a. nicht signifikant in den Bewältigungsstilen „Positive Neubewertung“ und „Akzeptanz“ unterscheiden, die wiederum bedeutsam mit dem Ausmaß depressiver Symptome korrelieren (siehe Tab. 9.2 - 9.3).

In der Tabelle 10.2 sind die Geschlechtsunterschiede in den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 10.2**

*Geschlechtsunterschiede bei den zum Messzeitpunkt t2 erfassten Variablen*

	<b>Mittelwert</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>t-Wert</b>	<b>p &lt;</b>
	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>		
<b>df = 63</b>	<b>(N = 41)</b>	<b>(N = 25)</b>		
<b>Verschlechterung der finanziellen Situation</b>	<b>9.23</b>	<b>4.52</b>	<b>4.58</b>	<b>.001</b>
Veränderung sozialer Unterstützung	13.50	13.56	-.10	.925
<b>Aufsuchen instrumenteller Unterstützung</b>	<b>9.90</b>	<b>8.04</b>	<b>2.57</b>	<b>.013</b>
Positive Neubewertung	11.59	11.33	.36	.720
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen	11.62	10.86	1.21	.232
Aktive Bewältigung	11.60	11.73	-.17	.863
Akzeptanz	12.74	13.60	-1.01	.316
<b>Depressive Symptome</b>	<b>45.23</b>	<b>37.64</b>	<b>3.17</b>	<b>.003</b>
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>10.03</b>	<b>5.73</b>	<b>2.44</b>	<b>.018</b>
Allgemeine Lebenszufriedenheit	22.82	24.29	-.92	.360

In der Tabelle 10.2 ist zu sehen, dass Frauen sechs Monate nach Verlust des Ehepartners weiterhin eine stärkere finanzielle Verschlechterung als Männer wahrnehmen. Auch suchen Frauen weiterhin häufiger als Männer instrumentelle Unterstützung auf und geben sowohl mehr depressive als auch psychosomatische Symptome an.

In der Tabelle 10.3 sind die Geschlechtsunterschiede bei den zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 10.3**

*Geschlechtsunterschiede bei den zum Messzeitpunkt t3 erfassten Variablen*

	<b>Mittelwert Frauen (N = 37-38)</b>	<b>Mittelwert Männer (N = 24)</b>	<b>t-Wert</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Verschlechterung der finanziellen Situation</b>	<b>7.87</b>	<b>4.46</b>	<b>3.12</b>	<b>.003</b>
Veränderung sozialer Unterstützung	12.59	12.27	.55	.588
Allgemeine Lebenszufriedenheit	22.34	24.30	-1.22	.229
<b>Depressive Symptome</b>	<b>44.48</b>	<b>38.65</b>	<b>2.06</b>	<b>.044</b>
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>9.96</b>	<b>5.85</b>	<b>2.34</b>	<b>.023</b>

Frauen nehmen auch neun Monate nach Verlust des Ehepartners eine stärkere finanzielle Verschlechterung als Männer wahr. Ebenfalls geben Frauen weiterhin mehr depressive und psychosomatische Symptome an.

### 10.3 Zusammenhänge des Alters mit den erfassten Variablen

Zusammenhänge des Alters mit den erfassten Variablen können Hinweise auf mit den erfassten Variablen verbundenen Einflussfaktoren geben. Die Tabelle 10.4 zeigt die Korrelationen des Alters mit allen erfassten Variablen zum ersten Messzeitpunkt drei Monate nach dem Todesereignis.

**Tabelle 10.4**

*Korrelationen des Alters mit den zum Messzeitpunkt t1 erfassten Variablen*

<b>N = 66</b>	<b>Alter</b>
Optimismus	.20
<b>Handlungsorientierung (Präokkupation)</b>	<b>.38*</b>
<b>Handlungsorientierung (Hesitation)</b>	<b>.30*</b>
Qualität der Beziehung	-.14
<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>-.32*</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	-.03
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	-.12
<b>Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)</b>	<b>-.43*</b>
Aktive Bewältigung (t1)	.03
Akzeptanz (t1)	.19
Positive Neubewertung (t1)	.17
Depressive Symptome (t1)	-.23
Psychosomatische Symptome (t1)	-.19
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)</b>	<b>.41</b>

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Das Alter korreliert mit beiden Maßen der Handlungsorientierung, der Verschlechterung finanzieller Ressourcen, dem „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Die mittlere Korrelation von  $r = .41$  mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit weist darauf hin, dass ältere Menschen drei Monate nach dem Tod des Ehepartners eine höhere Lebenszufriedenheit als jüngere Hinterbliebene besitzen. Auch zeigen sich ältere Menschen handlungsorientierter. Ältere Menschen suchen weniger instrumentelle Unterstützung

auf ( $r = -.43$ ) und erleben einen geringeren Verlust finanzieller Ressourcen als jüngere ( $r = -.32$ ).

#### ***10.4 Zusammenfassung der Bedeutung des Geschlechts und des Alters im Trauerverlauf bei Verlust des Lebenspartners***

Für Frauen (siehe Tab. 10.1 - 10.3) und für jüngere Menschen (siehe Tab. 10.4) verschlechtert sich bei Tod des Partners in besonderem Maße die finanzielle Situation. Dies stellt neben dem Verlust der Beziehung einen weiteren erheblichen Ressourcenverlust dar. Die finanzielle Situation für Männer und für ältere Menschen scheint hingegen auch über den Tod des Partners hinaus besser geklärt zu sein.

Frauen geben im Verlauf mehr depressive und psychosomatische Symptome an (siehe Abb. 10.1 und Tab. 10.1 - 10.3) als Männer. Jüngere Menschen haben eine geringere Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 10.4) als ältere Menschen. Ob der Verlust des Partners jedoch die Ursache dafür ist, dass Frauen und jüngere Menschen stärker belastet sind, kann durch diese Studie nicht geklärt werden, da kein Vergleich zu einem Ausgangswert vor dem Verlust des Partners vorgenommen werden kann.

## ***11. Die Bedeutung von Persönlichkeitseigenschaften im Trauerverlauf***

### ***11.1 Deskriptive Statistiken der Persönlichkeitsvariablen***

Zunächst werden deskriptive Statistiken der Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung (Präokkupation)“ und „Handlungsorientierung (Hesitation)“ dargestellt. Die Messung erfolgte zum ersten Messzeitpunkt drei Monate nach dem Todesereignis ( $t_1$ ). Aufgeführt sind die Mittelwerte ( $M$ ), Standardabweichungen ( $SD$ ) und Cronach's  $\alpha$  ( $\alpha$ ).

**Tabelle 11.1**

*Deskriptive Statistiken der Variablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“ und „Handlungsorientierung-Hesitation“ zum Messzeitpunkt  $t_1$*

		$t_1$
		( $N = 66$ )
Optimismus	$M$	26.81
	$SD$	6.60
	$\alpha$	.636
Handlungsorientierung (Präokkupation)	$M$	5.87
	$SD$	3.48
	$\alpha$	.834
Handlungsorientierung (Hesitation)	$M$	7.32
	$SD$	3.21
	$\alpha$	.803

Die Güte der Internen Konsistenz der Skala zur Erfassung des Optimismus ist mit einem  $\alpha = .636$  grenzwertig. Die Interne Konsistenz der deutschen Version des LOT-R scheint somit geringer zu sein als die der englischsprachigen Version. Auch Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg (2008) ermittelten für die deutschsprachige Version des LOT-R Interne Konsistenzen zwischen  $\alpha = .59$  und  $\alpha = .69$ . Sie kommen zu dem Schluss, dass sich die deutschsprachige Version des LOT-R für Forschungsfragen gut einsetzen lässt, für klinische Beurteilungen sollten jedoch weitere Datenquellen

hinzugezogen werden. Die Internen Konsistenzen der beiden Subskalen zur Erfassung der Handlungsorientierung sind mit Werten von  $\alpha > .80$  adäquat.

### 11.2 Zusammenhänge der Persönlichkeitsvariablen mit den erfassten Variablen

In der Tabelle 11.2 werden die ermittelten Zusammenhänge der erfassten Persönlichkeitseigenschaften mit den weiteren ebenfalls zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 11.2**

*Korrelationen der Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“ und „Handlungsorientierung-Hesitation“ mit den zum Messzeitpunkt t1 erfassten Variablen*

	<b>Optimismus</b>	<b>Handlungs-orientierung (Präokkupation)</b>	<b>Handlungs-orientierung (Hesitation)</b>
<b>N = 66</b>			
<b>Handlungsorientierung (Präokkupation)</b>	<b>.56*</b>	-	<b>.53*</b>
<b>Handlungsorientierung (Hesitation)</b>	<b>.30*</b>	<b>.53*</b>	-
Qualität der Beziehung	.08	-.00	.09
Verschl. finanzieller Ressourcen (t1)	-.13	-.11	-.23
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.09	.10	.04
Aufm. auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	-.04	-.04	.01
Aufsuchen instrum. Unterstützung (t1)	-.12	-.20	-.06
Aktive Bewältigung (t1)	-.07	.08	.12
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>.34*</b>	<b>.32*</b>	<b>.34*</b>
<b>Positive Neubewertung (t1)</b>	<b>.26*</b>	<b>.35*</b>	<b>.25*</b>
<b>Depressive Symptome (t1)</b>	<b>-.31*</b>	<b>-.32*</b>	<b>-.26*</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t1)</b>	<b>-.26*</b>	-.14	-.11
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)</b>	<b>.44</b>	<b>.46</b>	<b>.50</b>

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Wie Tabelle 11.2 zeigt korreliert Optimismus am stärksten mit  $r = .44$  mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Optimisten sind somit drei Monate nach dem Tod des Partners mit ihrem Leben zufriedener. Optimisten zeigen auch eine höhere „Akzeptanz“ ( $r = .34$ ), verstärkt „Positive Neubewertung“ ( $r = .26$ ) und weniger depressive ( $r = -.31$ ) sowie psychosomatische ( $r = -.26$ ) Symptome. Auch werden

Zusammenhänge des Optimismus mit beiden erfassten Komponenten der Handlungsorientierung ermittelt. Optimismus korreliert mittelstark mit der Handlungsorientierung (Präokkupation) und gering mit der Handlungsorientierung (Hesitation). Das ist ein Hinweis darauf, dass die Konstrukte Optimismus und Handlungsorientierung auch zu einem geringen bis mittleren Maße gleiche Inhalte erfassen.

Auch handlungsorientierte Menschen zeigen im Gegensatz zu lageorientierten Menschen eine höhere „Akzeptanz“ und verstärkt „Positive Neubewertung“. Personen, denen es also grundsätzlich leichter fällt, nicht sehr lange über Misserfolge zu hadern, sondern sich neuen Aufgaben zuzuwenden, denen fällt es auch leichter den Verlust des Ehepartners zu akzeptieren und darin nicht nur negative Aspekte zu sehen. Sie geben weniger depressive Symptome an und sind ebenfalls drei Monate nach dem Tod des Lebenspartners mit ihrem Leben zufriedener. Dass beide Maße Handlungsorientierung (Präokkupation) und Handlungsorientierung (Hesitation) mit  $r = .53$  nur mittelstark miteinander korrelieren, weist darauf hin, dass sich beide Störungskomponenten der Lageorientierung inhaltlich unterscheiden. Der inhaltliche Unterschied untereinander ist somit vergleichbar hoch wie der inhaltliche Unterschied des Optimismus zu den beiden Komponenten der Handlungsorientierung. Die beiden Komponenten der Handlungsorientierung voneinander zu unterscheiden ist somit genauso angebracht, wie Handlungsorientierung von Optimismus zu unterscheiden.

#### ***11.3 Vorhersage eines besonders belastenden Trauerverlaufs durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter***

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der schrittweisen und hierarchischen Regressionsanalysen zur Varianzaufklärung und Vorhersage des Ausmaßes depressiver Symptome, psychosomatischer Symptome und der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu jedem Messzeitpunkt dargestellt und erläutert. Die Berechnungen erfolgten mit Statistica 5.5. Fehlende Daten wurden paarweise ausgeschlossen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgesetzt.

**11.3.1 Vorhersage depressiver Symptome durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter**

Im ersten Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit dem Ausmaß depressiver Symptome als abhängiger Variable dargestellt.

Um zu ermitteln, welche Persönlichkeitsvariablen den größten Anteil der Varianz depressiver Symptomatik drei Monate nach dem Todesereignis aufklären, wurde eine schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt. In einer schrittweisen Regressionsanalyse wird im ersten Schritt die Variable als erster Prädiktor ausgewählt, die zur größten Varianzaufklärung der abhängigen Variable beiträgt. Im zweiten Schritt wird diejenige Variable als zweiter Prädiktor ausgewählt, die nach Auspartialisierung des ersten Prädiktors zur größten zusätzlichen Varianzaufklärung der abhängigen Variable führt. Aus den verbleibenden Variablen wird im dritten Schritt zusätzlich zum ersten Prädiktor auch der ermittelte zweite Prädiktor auspartialisiert. Dieses Verfahren wird so oft wiederholt, wie Prädiktoren in die Berechnung einbezogen werden. Die Ergebnisse der einzelnen Schritte sind in den Tabellen zeilenweise von oben nach unten dargestellt.

In der Tabelle 11.3 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse unter Einbezug der Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung (Präokkupation)“, „Handlungsorientierung (Hesitation)“ und „Alter“ dargestellt.

**Tabelle 11.3**

*Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“ und „Alter“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Handlungsorientierung (Präokkupation)</b>	<b>.32</b>	<b>.10</b>	<b>.10</b>	<b>.009</b>
Optimismus	.36	.13	.02	.188
Alter	.38	.14	.01	.327
Handlungsorientierung (Hesitation)	.39	.15	.01	.469

N = 66

### III Ergebnisse – 11. Die Bedeutung von Persönlichkeitseigenschaften im Trauerverlauf

Das Ausmaß der Handlungsorientierung (Präokkupation), d.h. die grundlegende Fähigkeit nach Misserfolg handlungsorientiert zu handeln, klärt 10% der Varianz des Ausmaßes depressiver Symptome drei Monate nach dem Todesereignis auf. Die anderen Variablen führen zu keiner signifikanten Steigerung der Varianzaufklärung.

In der folgenden Tabelle 11.4 wird das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage depressiver Symptome sechs Monate nach dem Todesereignis dargestellt und erläutert. In dieser Rechnung wurde das Ausmaß depressiver Symptome drei Monate nach dem Todesereignis als erster Prädiktor festgelegt. Mit einer hierarchischen Regressionsanalyse unter Berücksichtigung des Ausmaßes depressiver Symptome zu einem früheren Messzeitpunkt lässt sich im Gegensatz zur schrittweisen Regressionsanalyse ermitteln, welche Variablen zu einer Veränderung depressiver Symptomatik zwischen beiden Messzeitpunkten beitragen.

Die Reihenfolge der in der Tabelle genannten Variablen entspricht der Reihenfolge der einzelnen Schritte der durchgeführten hierarchischen Regressionsanalyse.

**Tabelle 11.4**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t2)“ als abhängiger Variable.*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t1)</b>	<b>.80</b>	<b>.64</b>	<b>.64</b>	<b>.001</b>
Alter	.80	.64	.00	.723
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.80	.65	.01	.194
Handlungsorientierung (Hesitation)	.81	.65	.01	.261
Optimismus	.81	.66	.00	.602

*N = 65*

Die Varianz depressiver Symptomatik lässt sich sechs Monate nach dem Todesereignis zu 64% durch einen drei Monate vorher erfassten Ausgangswert vorhersagen. Es konnten keine signifikanten Effekte der Persönlichkeitsvariablen

ermittelt werden. Nicht ausgeschlossen ist, dass die genannten Persönlichkeitsvariablen einen Einfluss auf die Höhe depressiver Symptome haben. Die ermittelten Persönlichkeitsvariablen haben jedoch keinen Einfluss darauf, wie sich das Ausmaß depressiver Symptome zwischen dem dritten und sechsten Monat nach dem Todesereignis verändert.

Zur Vorhersage depressiver Symptome neun Monate nach dem Verlust des Ehepartners wurde eine hierarchische Regressionsanalyse unter Einbezug der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Persönlichkeitsvariablen durchgeführt. In diese Berechnung wurde die depressive Symptomatik zum zweiten Messzeitpunkt als erster Prädiktor zur Vorhersage der depressiven Symptomatik zum dritten Messzeitpunkt festgelegt (siehe Tab. 11.5).

**Tabelle 11.5**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	<b>.70</b>	<b>.49</b>	<b>.49</b>	<b>.001</b>
Alter	.70	.49	.00	.608
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.70	.49	.00	.754
Handlungsorientierung (Hesitation)	.70	.49	.00	.853
<b>Optimismus</b>	<b>.72</b>	<b>.53</b>	<b>.04</b>	<b>.040</b>

N = 61

Die Varianz depressiver Symptomatik neun Monate nach dem Todesereignis lässt sich durch einen drei Monate vorher erfassten Ausgangswert zu 49% vorhersagen. Andere, von der Depression unabhängige Faktoren haben somit im weiteren Verlauf einen bedeutsamen Einfluss auf die weitere Entwicklung depressiver Symptome. Die Tabelle 11.5 zeigt, dass Optimismus ein Persönlichkeitsmerkmal ist, welches zusätzlich zum Ausmaß depressiver Symptomatik sechs Monate nach dem Todesereignis einen

Vorhersagegehalt für das Ausmaß depressiver Symptomatik neun Monate nach dem Todesereignis besitzt. Die zusätzliche Varianzaufklärung durch Optimismus von 4% ist bei  $p < .04$  signifikant. Unter Berücksichtigung der Korrelation von  $r = -.38$  (siehe Anhang A4) zwischen Optimismus und depressiver Symptomatik (t3) weist das Ergebnis der Regressionsanalyse darauf hin, dass Optimisten einen günstigeren Verlauf depressiver Symptome zwischen dem sechsten und neunten Monat nach dem Todesereignis zeigen als Personen, die auch grundsätzlich weniger optimistisch sind. Optimismus scheint sich somit in der ersten Phase der Trauer nicht nachweislich positiv auszuwirken (siehe Tabelle 11.4), jedoch im weiteren Verlauf einen bedeutsameren Einfluss zu gewinnen.

### ***11.3.2 Vorhersage psychosomatischer Symptome durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter***

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit dem Ausmaß psychosomatischer Symptome als abhängiger Variable dargestellt.

In der Tabelle 11.6 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse unter Einbezug der Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung (Präokkupation)“, „Handlungsorientierung (Hesitation)“, „Optimismus“ und „Alter“ als Prädiktoren zur Vorhersage des Ausmaßes psychosomatischer Symptome drei Monate nach Verlust des Partners dargestellt.

**Tabelle 11.6**

*Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Persönlichkeitsvariablen „Alter“, „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“ und „Handlungsorientierung-Hesitation“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Optimismus</b>	<b>.26</b>	<b>.07</b>	<b>.07</b>	<b>.032</b>
Alter	.30	.09	.02	.244
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.31	.09	.00	.617
Handlungsorientierung (Hesitation)	.31	.09	.00	.870

N = 66

Optimismus klärt 7% der Varianz psychosomatischer Symptome drei Monate nach dem Verlust des Ehepartners auf. Die Handlungsorientierung oder das Alter steigern nicht zusätzlich den Anteil aufgeklärter Varianz.

In der Tabelle 11.7 das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der psychosomatischen Symptomatik sechs Monate nach dem Todesereignis dargestellt. Das Ausmaß psychosomatischer Symptome drei Monate nach dem Todesereignis wurde als erster Prädiktor festgelegt. So konnte ermittelt werden, inwieweit Persönlichkeitsvariablen zu einer Veränderung der psychosomatischen Symptomatik innerhalb der ersten drei und der darauffolgenden drei Monate nach dem Todesfall beitragen. Die Reihenfolge der genannten Prädiktoren entspricht dem hierarchischen Vorgehen der Regressionsanalyse.

**Tabelle 11.7**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Alter“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“ und „Optimismus“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t2)“ als abhängige Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t1)</b>	<b>.78</b>	<b>.60</b>	<b>.60</b>	<b>.001</b>
Alter	.79	.62	.01	.149
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.79	.63	.01	.253
Handlungsorientierung (Hesitation)	.79	.63	.00	.473
Optimismus	.80	.64	.01	.183

N = 65

Wie Tabelle 11.7 zeigt kann die Varianz psychosomatischer Symptome sechs Monate nach dem Todesereignis zu 60% aus der Verteilung psychosomatischer Symptome drei Monate nach dem Todesereignis vorhergesagt werden. Es konnte jedoch keine Persönlichkeitsvariable ermittelt werden, die zu einer signifikanten Steigerung aufgeklärter Varianz führt.

In der Tabelle 11.8 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der psychosomatischen Symptome neun Monate nach dem Verlust des Ehepartners dargestellt. In dieser Berechnung wurde die psychosomatische Symptomatik zum zweiten Messzeitpunkt als erster Prädiktor zur Vorhersage der psychosomatischen Symptomatik zum dritten Messzeitpunkt festgelegt.

**Tabelle 11.8**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t2)</b>	<b>.77</b>	<b>.59</b>	<b>.59</b>	<b>.001</b>
Alter	.77	.59	.00	.860
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.77	.60	.00	.639
Handlungsorientierung (Hesitation)	.78	.60	.01	.370
Optimismus	.79	.62	.02	.138

N = 61

Die psychosomatischen Symptome zum zweiten Messzeitpunkt klären 59% der Varianz psychosomatischer Symptome zum dritten Messzeitpunkt auf. Optimismus zeigte sich schon zur Vorhersage depressiver Symptome (siehe Tab. 11.5) neun Monate nach dem Todesereignis als bedeutsamer Prädiktor. In der Tabelle 11.8 ist zu sehen, dass Optimismus auch für die Veränderung psychosomatischer Symptome mit 2% zusätzlicher Varianzaufklärung die bedeutsamste Persönlichkeitsvariable zu sein scheint. Es konnte jedoch mit  $p < .138$  kein signifikantes Ergebnis ermittelt werden.

**11.3.3 Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Persönlichkeitsvariablen und das Alter**

Im dritten Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit dem Ausmaß allgemeiner Lebenszufriedenheit als abhängiger Variable dargestellt.

Um zu ermitteln, welche Persönlichkeitsvariablen den größten Anteil der Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit drei Monate nach dem Todesereignis aufklären, wurde eine schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt. In der Tabelle 11.9 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse unter Einbezug der Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung (Präokkupation)“, „Handlungsorientierung (Hesitation)“ und „Alter“ dargestellt.

**Tabelle 11.9**

*Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“ und „Alter“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Handlungsorientierung (Hesitation)</b>	<b>.50</b>	<b>.25</b>	<b>.25</b>	<b>.001</b>
<b>Optimismus</b>	<b>.59</b>	<b>.35</b>	<b>.09</b>	<b>.004</b>
<b>Alter</b>	<b>.64</b>	<b>.40</b>	<b>.06</b>	<b>.019</b>
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.64	.41	.00	.739

*N = 66*

Die Handlungsorientierung (Hesitation) klärt 25% der Varianz des Ausmaßes der allgemeinen Lebenszufriedenheit drei Monate nach dem Todesereignis auf. Die zusätzliche Erfassung des Optimismus klärt weitere 9% der Varianz auf; das Alter weitere 6%. Insgesamt lassen sich durch die Persönlichkeitseigenschaften und das Alter 40% der Varianz aufklären.

In der Tabelle 11.10 wird das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit sechs Monate nach dem Todesereignis dargestellt und erläutert. In der Rechnung wurde das Ausmaß der allgemeinen Lebenszufriedenheit drei Monate nach dem Todesereignis als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 11.10**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)</b>	<b>.80</b>	<b>.64</b>	<b>.64</b>	<b>.001</b>
Alter	.80	.64	.00	.794
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.80	.64	.00	.614
Handlungsorientierung (Hesitation)	.80	.64	.00	.892
Optimismus	.80	.64	.00	.467

*N = 65*

Die Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit sechs Monate nach dem Todesereignis lässt sich durch einen drei Monate vorher erfassten Ausgangswert zu 64% vorhersagen. In der Tabelle 11.10 ist zu sehen, dass keine signifikanten Effekte der Persönlichkeitsvariablen und des Alters ermittelt werden konnten. Möglich ist, dass die genannten Persönlichkeitsvariablen zwar einen Einfluss auf die Höhe der allgemeinen Lebenszufriedenheit haben, sie haben jedoch keinen Einfluss darauf, wie sich das Ausmaß der allgemeinen Lebenszufriedenheit zwischen dem dritten und sechsten Monat nach dem Todesereignis verändert.

### III Ergebnisse – 11. Die Bedeutung von Persönlichkeitseigenschaften im Trauerverlauf

Zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit neun Monate nach dem Verlust des Ehepartners wurde ebenfalls eine hierarchische Regressionsanalyse unter Einbezug der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Persönlichkeitsvariablen durchgeführt. In der Berechnung wurde die allgemeine Lebenszufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt als erster Prädiktor zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit zum dritten Messzeitpunkt festgelegt. Die Ergebnisse zeigt die Tabelle 11.11.

**Tabelle 11.11**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable*

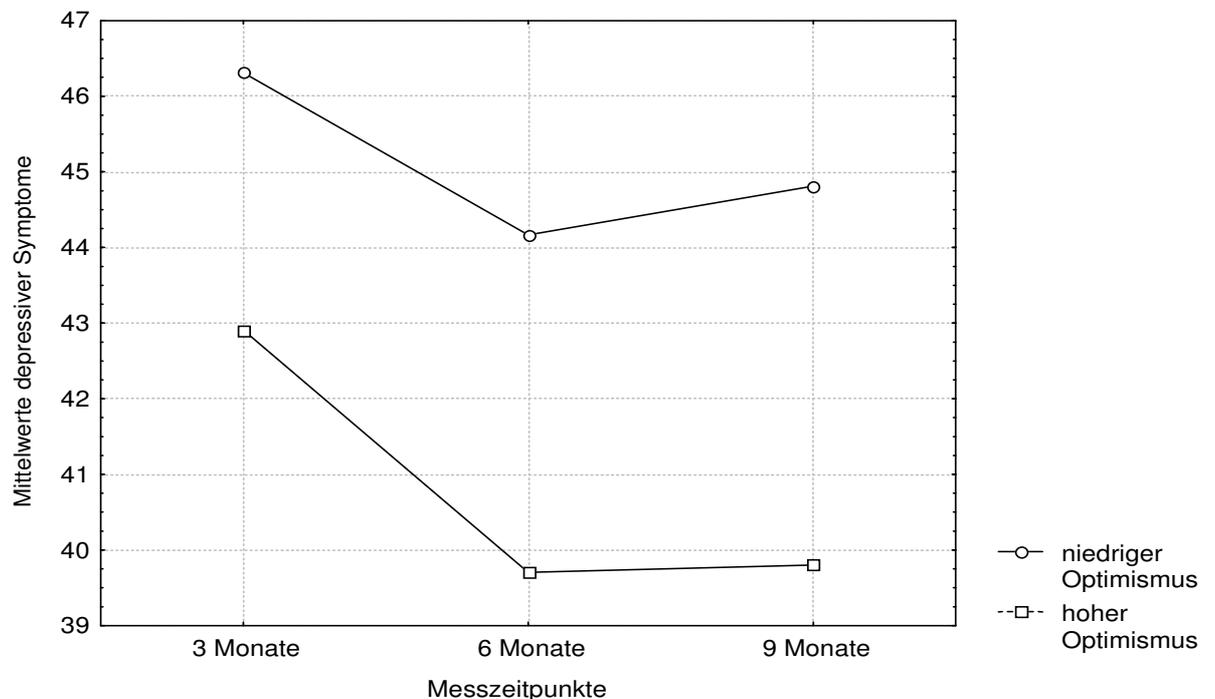
<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	<b>.78</b>	<b>.61</b>	<b>.61</b>	<b>.001</b>
Alter	.79	.62	.01	.198
Handlungsorientierung (Präokkupation)	.79	.63	.00	.403
Handlungsorientierung (Hesitation)	.80	.64	.01	.170
Optimismus	.80	.64	.00	.694

*N = 62*

Die Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit neun Monate nach dem Todesereignis lässt sich durch einen drei Monate vorher erfassten Ausgangswert zu 61% vorhersagen. Die Erfassung weiterer Persönlichkeitsvariablen führt zu keiner signifikanten Erhöhung der Varianzaufklärung.

#### 11.4 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome von optimistischen und weniger optimistischen Menschen

Die depressive Symptomatik konnte als sensitives Kriterium für den Verlauf der Trauer ermittelt werden (siehe Kap. 9), Optimismus als die bedeutsamste Persönlichkeitseigenschaft zur Vorhersage der Veränderung depressiver Symptome (siehe Tab. 11.5). Der Verlauf depressiver Symptome getrennt für optimistische und weniger optimistische Personen wird in der Abbildung 11.1 dargestellt. Die Einteilung in beide Gruppen erfolgte am Median der Summenwerte des Fragebogens LOT ( $Md = 27,5$ ), erfasst zum ersten Messzeitpunkt. Anfänglich befanden sich jeweils 33 Personen in jeder Gruppe, letztlich haben 29 Personen mit niedrigem Optimismus und 32 Personen mit hohem Optimismus über alle Messzeitpunkte die Ausprägung depressiver Symptome angegeben und sind in die Berechnung eingegangen.



**Abbildung 11.1** Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners getrennt für optimistische und weniger optimistische Personen

In der Abbildung 11.1 ist zu sehen, dass der Verlauf optimistischer Personen günstiger zu sein scheint, als der Verlauf der weniger optimistischen Personen. Eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung ergibt, dass ein Haupteffekt „Optimismus“ mit  $F(1;59) = 3.33$  und  $p < .073$  nur knapp nicht signifikant ist.

Signifikant ist der Haupteffekt „Zeit“ mit  $F(2;118) = 4.63$  und  $p < .012$ . Mit  $F(2;118) = .37$  und  $p < .694$  besteht keine signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Optimismus.

#### ***11.5 Zusammenfassung der Bedeutung der Persönlichkeitseigenschaften im Trauerverlauf***

Während zwar sowohl beide Maße der Handlungsorientierung vergleichbar hoch wie Optimismus mit den abhängigen Variablen korrelieren (siehe Tab. 11.2), scheint Optimismus dennoch die bedeutsamste erfasste Persönlichkeitsvariable zu sein. Er konnte häufiger als signifikanter Prädiktor zur Vorhersage der abhängigen Variablen ermittelt werden. Optimismus ist nicht nur ein signifikanter Prädiktor zur Vorhersage psychosomatischer Symptome (siehe Tab. 11.6) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 11.9) drei Monate nach Verlust des Partners, sondern auch als einziger signifikanter Prädiktor in einer hierarchischen Regressionsanalyse ermittelt worden. Optimismus sagt zu einem Teil voraus, wie sich die depressiven Symptome zwischen dem sechsten und neunten Monat entwickeln werden (siehe Tab. 11.5). Diese Information kann nicht durch die Erfassung beider Maße der Handlungsorientierung gewonnen werden. Eine allgemeine positive Ergebniserwartung zu haben scheint sich auch im Falle des Todes des Ehepartners positiv auszuwirken.

## 12. Die Bedeutung von Ressourcen im Trauerverlauf

### 12.1 Deskriptive Statistiken der Ressourcenvariablen

In der Tabelle 12.1 sind deskriptive Statistiken der Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“ zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Todesereignis (t1), „Verschlechterung der finanziellen Situation“ und „Veränderung der sozialen Unterstützung“ drei (t1), sechs (t2) und neun Monate (t3) nach dem Todesereignis dargestellt. Aufgeführt sind die Mittelwerte ( $M$ ), Standardabweichungen ( $SD$ ) und Cronach's  $\alpha$  ( $\alpha$ ).

**Tabelle 12.1**

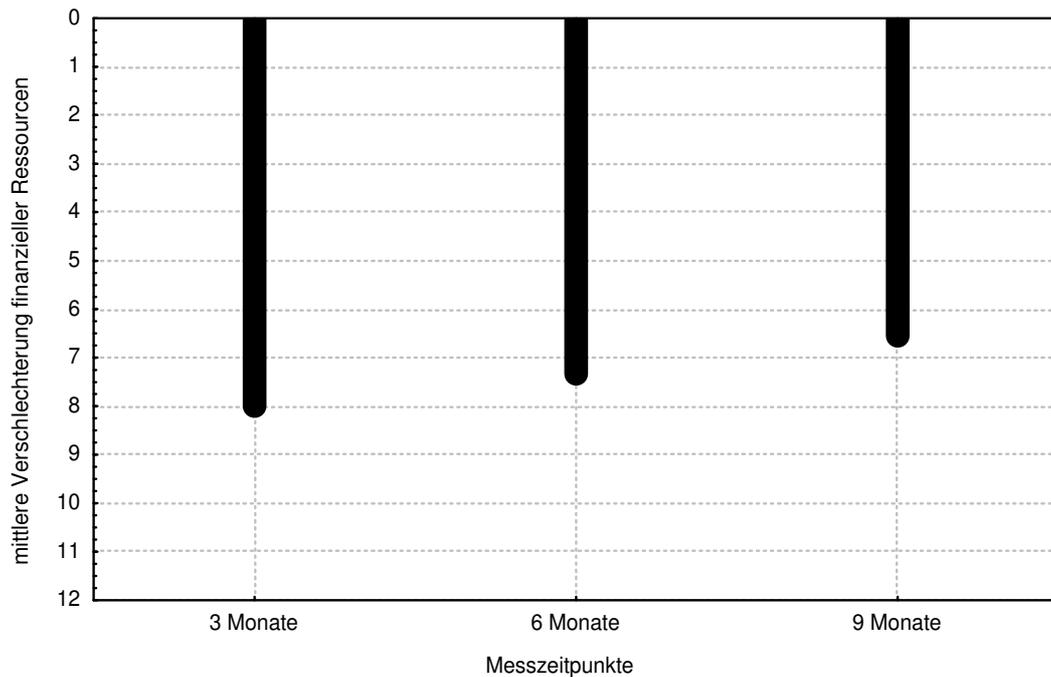
*Deskriptive Statistiken der Variablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung der finanziellen Situation“ und „Veränderung der sozialen Unterstützung“ zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners*

		<i>t 1</i>	<i>t 2</i>	<i>t 3</i>
		( <i>N</i> = 66)	( <i>N</i> = 65)	( <i>N</i> = 61)
Qualität der Beziehung	<i>M</i>	44.08	-	-
	<i>SD</i>	8.11	-	-
	$\alpha$	.892	-	-
Verschlechterung der finanziellen Situation	<i>M</i>	8.03	7.50	6.55
	<i>SD</i>	4.20	4.58	4.48
	$\alpha$	.750	.820	.819
Veränderung der sozialen Unterstützung	<i>M</i>	14.78	13.52	12.47
	<i>SD</i>	2.52	2.61	2.24
	$\alpha$	.539	.642	.546

Die Tabelle 12.1 zeigt, dass die Interne Konsistenz der Skala „Qualität der Beziehung“ mit einem  $\alpha = .892$  gut ist. Die ermittelten Reliabilitäten der Skala „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ sind ebenfalls adäquat. Die Internen Konsistenzen der Skala „Veränderung sozialen Unterstützung“ sind als grenzwertig einzustufen.

### 12.2 Verlaufsdarstellung der Veränderungen finanzieller Ressourcen

Die Teilnehmer wurden zu jedem Messzeitpunkt befragt, wie sehr sich ihre finanzielle Situation innerhalb der letzten drei Monate verändert hat. Die wahrgenommene Verschlechterung finanzieller Ressourcen nach dem Tod des Ehepartners wird in Abbildung 12.1 dargestellt.



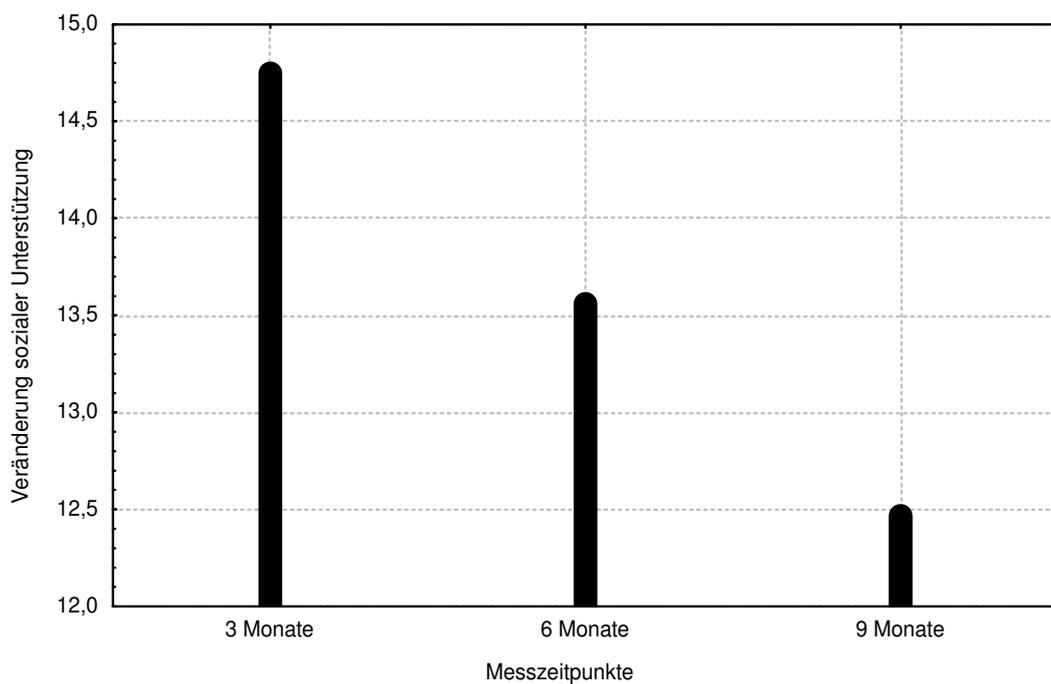
**Abbildung 12.1** *Mittlere Verschlechterung finanzieller Ressourcen zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners*

Die Abbildung 12.1 zeigt, dass die Hinterbliebenen während der gesamten neun Monate durchgängig eine Verschlechterung ihrer finanziellen Situation erleben. Auf der Y-Achse ist das Ausmaß der Verschlechterung finanzieller Ressourcen innerhalb der letzten drei Monate skaliert. Ein Wert von Null bedeutet, dass keine Verschlechterung der finanziellen Situation innerhalb der letzten drei Monate wahrgenommen wurde. Höhere Werte hingegen sprechen für eine deutlichere Verschlechterung. Eine einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung bei  $N = 62$  ergibt, dass der Haupteffekt „Zeit“ mit  $F(2;122) = 5.51$  und  $p < .006$  signifikant ist. Post-hoc-Tests zeigen, dass sich der Wert zum dritten Messzeitpunkt neun Monate nach dem Todesereignis mit  $p < .002$  signifikant von dem Wert zum ersten Messzeitpunkt drei Monate nach dem Todesereignis unterscheidet, d.h. drei Monate

nach dem Verlust des Ehepartners wurde eine deutlichere relative Verschlechterung der finanziellen Situation wahrgenommen als neun Monate nach dem Todesereignis.

### 12.3 Verlaufsdarstellung der Veränderungen sozialer Ressourcen

Die Hinterbliebenen wurden zu jedem Messzeitpunkt befragt, wie sich die soziale Unterstützung innerhalb der letzten drei Monate verändert hat. Die Abbildung 12.2 veranschaulicht die wahrgenommenen Veränderungen sozialer Unterstützung im Verlauf der Trauer.



**Abbildung 12.2** *Mittlere Veränderung sozialer Ressourcen zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners*

Die Abbildung 12.2 zeigt, inwieweit die Trauernden eine Steigerung der sozialen Unterstützung im Verlauf der Trauer erleben. Auf der Y-Achse ist das Ausmaß der Veränderung wahrgenommener sozialer Unterstützung der letzten drei Monate skaliert. Da im Fragebogen zur Ermittlung der Veränderung sozialer Unterstützung sechs Items eingeschätzt werden mussten und eine unveränderte soziale Unterstützung einem Wert von 2 entspricht, bedeuten Summenwerte unter 12 eine allgemeine Verschlechterung der sozialen Unterstützung, Werte über 12 eine allgemeine Verbesserung der sozialen Unterstützung. Der Haupteffekt „Zeit“ ist bei  $N = 62$  mit  $F(2;122) = 26.05$  und  $p <$

.001 signifikant. Post-hoc-Tests ergeben eine signifikante Veränderung der Werte zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt ( $p < .001$ ), dem zweiten und dritten Messzeitpunkt ( $p < .001$ ) sowie zwischen dem ersten und dritten Messzeitpunkt ( $p < .001$ ). Die Trauernden erleben somit innerhalb der ersten drei Monate nach dem Tod des Ehepartners den größten Anstieg der sozialen Unterstützung und nach neun Monaten den geringsten.

#### 12.4 Zusammenhänge der Ressourcenvariablen mit den erfassten Variablen

Die Tabellen 12.2 – 12.4 zeigen die Korrelationen der Ressourcenvariablen mit weiteren erfassten Variablen zum jeweils gleichen Messzeitpunkt. Eine totale Korrelationstabelle aller Variablen über alle Messzeitpunkte hinweg befindet sich im Anhang A4.

In der Tabelle 12.2 sind die Korrelationen der Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und „Veränderung sozialer Unterstützung“ mit weiteren zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 12.2**

*Korrelationen der „Qualität der Beziehung“, der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und der „Veränderung sozialer Unterstützung“ mit weiteren erfassten Variablen zum Zeitpunkt t1*

	<b>Qualität der Beziehung</b>	<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>Veränderung sozialer Ressourcen (t1)</b>
<b>N = 66</b>			
Verschl. finanzieller Ressourcen (t1)	-.09	-	-.01
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.19	-.01	-
<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t1)</b>	<b>.37*</b>	-.00	<b>.31*</b>
Aufsuchen instrum. Unterstützung (t1)	.16	.10	.11
Aktive Bewältigung (t1)	.11	-.06	.08
Akzeptanz (t1)	-.10	-.21	.03
Positive Neubewertung (t1)	.04	-.13	.19
<b>Depressive Symptome (t1)</b>	.13	<b>.48*</b>	.09
<b>Psychosomatische Symptome (t1)</b>	-.06	<b>.30*</b>	.05
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)</b>	<b>.31*</b>	<b>-.30*</b>	.08

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Wie aus Tabelle 12.2 ersichtlich ist, geben Personen, die stärker ihre Aufmerksamkeit auf ihre Gefühle richten und diese ausdrücken, auch eine höhere Qualität der Beziehung zu ihrem verstorbenen Partner an. Ebenfalls haben Personen, die eine qualitativ gute Beziehung zu ihrem verstorbenen Partner führten, eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit.

Das Ausmaß der finanziellen Verschlechterung innerhalb der letzten drei Monate hängt mit allen abhängigen Variablen zusammen. Geringe Zusammenhänge von  $r = .30$  bzw.  $r = -.30$  konnten mit dem Ausmaß psychosomatischer Symptome bzw. der Höhe der allgemeinen Lebenszufriedenheit ermittelt werden. Ein mittlerer Zusammenhang von  $r = .48$  besteht mit dem Ausmaß depressiver Symptome drei Monate nach dem Todesereignis.

Für die Variable „Veränderung sozialer Unterstützung“ konnte mit  $r = .31$  ein geringer Zusammenhang mit „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ ermittelt werden. Personen, die ihre Gefühle stärker ausdrücken, erhalten mehr soziale Unterstützung.

In der Tabelle 12.3 sind die Korrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenvariablen mit allen weiteren zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen dargestellt.

**Tabelle 12.3**

*Korrelationen der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und „Veränderung sozialer Ressourcen“ zum Messzeitpunkt t2 mit den zum Messzeitpunkt t2 erfassten Variablen*

	Verschlechterung	Veränderung
	finanzieller Ressourcen	sozialer Unterstützung
<i>N</i> = 65	(t2)	(t2)
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)	-	-.08
Veränderung sozialer Ressourcen (t2)	-.08	-
Aufm. auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)	.17	.19
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)	.09	.02
Aktive Bewältigung (t2)	-.17	.04
<b>Akzeptanz (t2)</b>	<b>-.31*</b>	.13
<b>Positive Neubewertung (t2)</b>	-.12	<b>.37*</b>
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	<b>.44*</b>	-.01
<b>Psychosomatische Symptome (t2)</b>	<b>.37*</b>	-.04
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	<b>-.35*</b>	.20

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Wie schon zum ersten Messzeitpunkt hängt das Ausmaß der Verschlechterung finanzieller Ressourcen mit dem Ausmaß depressiver Symptome zusammen. Zum zweiten Messzeitpunkt besteht ein mittlerer Zusammenhang von  $r = .44$ . Geringere Zusammenhänge konnten ebenfalls wieder mit dem Ausmaß psychosomatischer Symptome und der allgemeinen Lebenszufriedenheit ausgemacht werden. Im Gegensatz zum ersten Messzeitpunkt besteht zum zweiten Messzeitpunkt sechs Monate nach dem Todesereignis ein geringer negativer Zusammenhang zwischen der Verschlechterung der finanziellen Situation und der Bewältigungsstrategie „Akzeptanz“. Die Situation so zu akzeptieren wie sie ist, fällt Personen, deren finanzielle Situation sich auch über Monate nicht besserte, besonders schwer.

Personen, die nachhaltig sechs Monate nach dem Verlust des Ehepartners eine erhöhte soziale Unterstützung erfahren, sind eher in der Lage ihre Situation positiv neu zu bewerten ( $r = .37$ ).

Die Tabelle 12.4 zeigt die Korrelationen der zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum dritten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenvariablen.

**Tabelle 12.4**

*Korrelationen der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und „Veränderung sozialer Ressourcen“ zum Messzeitpunkt t3 mit den zum Messzeitpunkt t3 erfassten Variablen*

	<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t3)</b>	<b>Veränderung sozialer Unterstützung (t3)</b>
<b>N = 61</b>		
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t3)	-	.16
Veränderung sozialer Ressourcen (t3)	.16	-
<b>Depressive Symptome (t3)</b>	<b>.31*</b>	-.05
<b>Psychosomatische Symptome (t3)</b>	<b>.29*</b>	-.02
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)</b>	<b>-.51*</b>	.03

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Die Tabelle 12.4 bestätigt Zusammenhänge, die sich durch die Berechnung der Korrelationen zu den ersten beiden Messzeitpunkten abzeichneten. Während die Veränderung sozialer Unterstützung wie schon zu den ersten beiden Messzeitpunkten mit keiner abhängigen Variable zusammenhängt, können geringe bis mittlere Korrelationen mit abhängigen Variablen ausgemacht werden. Wenn Teilnehmer eine deutlichere Verschlechterung ihrer finanziellen Ressourcen wahrnehmen, dann haben sie neun Monate nach dem Tod des Partners vermehrt depressive und psychosomatische Symptome sowie eine geringere Lebenszufriedenheit. Beide Ressourcenvariablen stellen sich im gesamten Trauerverlauf als unabhängig voneinander heraus.

**12.5 Das Geschlecht als Moderatorvariable für die Zusammenhänge finanzieller Ressourcenverluste mit den abhängigen Variablen**

Dass das Geschlecht eine Moderatorvariable für die Zusammenhänge finanzieller Verschlechterung mit den abhängigen Variablen darstellt, zeigt die Tabelle 12.5.

**Tabelle 12.5**

*Korrelationen der Gesamtstichprobe bezüglich der Ressourcenvariable „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den Messzeitpunkten 3 Monate (t1), 6 Monate (t2) und 9 Monate (t3) nach dem Tod des Partners im Vergleich zu einer weiblichen und einer männlichen Teilstichprobe*

		<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1) (Gesamtstichprobe) N = 61</b>	<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1) (nur Frauen) N = 37</b>	<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1) (nur Männer) N = 24</b>
<b>Depressive Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>.50*</b>	<b>.47*</b>	.21
	<b>t2</b>	<b>.54*</b>	<b>.50*</b>	.37
	<b>t3</b>	<b>.36*</b>	<b>.38*</b>	.11
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>.32*</b>	<b>.33*</b>	-.09
	<b>t2</b>	<b>.38*</b>	<b>.36*</b>	.13
	<b>t3</b>	<b>.46*</b>	<b>.48*</b>	.11
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	<b>t1</b>	<b>-.32*</b>	-.23	<b>-.49*</b>
	<b>t2</b>	<b>-.40*</b>	-.30	<b>-.62*</b>
	<b>t3</b>	<b>-.42*</b>	<b>-.38*</b>	<b>-.44*</b>

\* =  $p < .05$

Die Tabelle 12.5 zeigt, dass über die Gesamtstichprobe signifikante Zusammenhänge zwischen der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und allen abhängigen Variablen ermittelt werden. Jedoch wird durch die in zwei Teilstichproben getrennte Betrachtung deutlich, dass vor allem für Frauen eine zum ersten Messzeitpunkt eingetretene finanzielle Verschlechterung mit der Ausprägung

depressiver und psychosomatischer Symptome zusammenhängt, während Männer, die eine finanzielle Verschlechterung erlebten, eine geringere Lebenszufriedenheit aufweisen. Für Männer scheint Geld ein Faktor zu sein, mit dem sie ein zufriedenstellendes Leben definieren, so dass der Verlust von Geld zu einer negativeren Lebensbilanz führt. Für Frauen scheint der Verlust von Geld primär eine emotionale Belastung zu sein.

### ***12.6 Vorhersage eines besonders belastenden Trauerverlaufs durch die Ressourcenvariablen***

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der schrittweisen und hierarchischen Regressionsanalysen zur Varianzaufklärung und Vorhersage des Ausmaßes depressiver Symptome, psychosomatischer Symptome und der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Ressourcenvariablen zu jedem Messzeitpunkt dargestellt und erläutert. Die Berechnungen erfolgten mit Statistica 5.5. Fehlende Daten wurden paarweise ausgeschlossen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgesetzt.

#### ***12.6.1 Vorhersage depressiver Symptome durch die Ressourcenvariablen***

Im ersten Abschnitt werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen mit dem Ausmaß depressiver Symptome als abhängiger Variable dargestellt.

Um zu ermitteln, welche Ressourcenvariablen den größten Anteil der Varianz depressiver Symptomatik drei Monate nach dem Todesereignis aufklären, wurde eine schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt. In der Tabelle 12.6 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse unter Einbezug der Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ dargestellt.

**Tabelle 12.6**

*Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>.48</b>	<b>.23</b>	<b>.23</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	.51	.26	.03	.113
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.51	.26	.00	.532

N = 66

Die Tabelle 12.6 zeigt, dass die wahrgenommene Verschlechterung der finanziellen Situation als alleiniger Prädiktor mit 23% aufgeklärter Varianz den größten Vorhersagegehalt besitzt. Die Qualität der Beziehung zu dem verstorbenen Partner oder die Veränderung der sozialen Unterstützung während der Trauerphase haben nicht nur einen geringeren prognostischen Wert als die wahrgenommene Verschlechterung der finanziellen Situation. Die zusätzliche Erfassung dieser beiden Variablen führt auch zu keiner weiteren Aufklärung der Varianz depressiver Symptome.

In der Tabelle 12.7 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse mit den erfassten Ressourcenvariablen als Prädiktoren zur Vorhersage depressiver Symptome sechs Monate nach dem Todesereignis dargestellt. Das Ausmaß depressiver Symptome zum ersten Messzeitpunkt wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 12.7**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t2)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t1)</b>	<b>.80</b>	<b>.64</b>	<b>.64</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	.80	.64	.00	.581
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.80	.64	.00	.933
<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>.81</b>	<b>.66</b>	<b>.03</b>	<b>.038</b>

*N = 65*

Die Tabelle 12.7 zeigt, dass die „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ mit  $p < .038$  als ein signifikanter Prädiktor für die Vorhersage des Ausmaßes depressiver Symptome sechs Monate nach dem Todesereignis ermittelt werden konnte. Unter Berücksichtigung der ermittelten positiven Korrelation von  $r = .54$  (siehe Anhang A4) zwischen der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und dem Ausmaß depressiver Symptome (t2) lässt sich festhalten, dass Personen, die sich in den ersten drei Monaten zusätzlich zum Verlust des Partners mit einer deutlicheren finanziellen Belastung konfrontiert sehen, im weiteren Verlauf eine ungünstigere Entwicklung depressiver Symptome zeigen. Die soziale Unterstützung und die Qualität der Beziehung zum verstorbenen Partner haben keine bedeutsame Vorhersagekraft für die Veränderung depressiver Symptomatik.

Die Tabelle 12.8 zeigt, welche zum ersten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenverluste Einfluss nehmen auf die weitere Entwicklung depressiver Symptome zwischen dem sechsten und neunten Monat. Das Ausmaß depressiver Symptome zum zweiten Messzeitpunkt wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 12.8**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	<b>.70</b>	<b>.49</b>	<b>.49</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	.72	.52	.03	.058
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.72	.52	.00	.895
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)	.72	.52	.00	.857

*N = 61*

Das in Tabelle 12.8 dargestellte Ergebnis weist darauf hin, dass Betroffene, die eine qualitativ gute Beziehung verloren haben, einen ungünstigeren Verlauf zeigen und neun Monate nach dem Tod des Partners mehr depressive Symptome aufweisen. Unter Berücksichtigung der Korrelation von  $r = .22$  (siehe Anhang A4) zwischen „Qualität der Beziehung“ und der depressiven Symptome zu t3 weist die zusätzliche Varianzaufklärung von 3% des Prädiktors „Qualität der Beziehung“ darauf hin, dass Personen, die eine qualitativ gute Beziehung verloren haben, langfristig mehr depressive Symptome entwickeln. Dieser Effekt ist mit  $p < .058$  nur marginal nicht signifikant. Die weiteren erfassten Ressourcenvariablen leisten keinen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung.

Die Tabelle 12.9 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage depressiver Symptome neun Monate nach Verlust des Partners mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenveränderungen als Prädiktoren. Das Ausmaß depressiver Symptome zum zweiten Messzeitpunkt wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 12.9**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Veränderung sozialer Ressourcen (t2)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	<b>.70</b>	<b>.49</b>	<b>.49</b>	<b>.001</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t2)	.70	.49	.00	.956
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)	.70	.49	.00	.834

N = 61

Wie die Tabelle 12.9 zeigt, hat die hierarchische Regressionsanalyse keinen zusätzlichen Beitrag der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenvariablen zur Varianzaufklärung depressiver Symptomatik zum dritten Messzeitpunkt ermitteln können.

### **12.6.2 Vorhersage psychosomatischer Symptome durch die Ressourcenvariablen**

Die Tabelle 12.10 zeigt das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse zur Vorhersage psychosomatischer Symptome zum ersten Messzeitpunkt unter Einbezug der Ressourcenvariablen „Verschlechterung der finanziellen Situation (t1)“, „Veränderung der sozialen Situation (t1)“ und „Qualität der Beziehung“ als Prädiktoren.

**Tabelle 12.10**

*Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>.30</b>	<b>.09</b>	<b>.09</b>	<b>.015</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.30	.09	.00	.680
Qualität der Beziehung	.31	.09	.00	.746

N = 66

Wie Tabelle 12.10 darstellt, konnte die „Verschlechterung der finanziellen Situation“ als bedeutsamster Prädiktor unter den Ressourcenvariablen zur Varianzaufklärung psychosomatischer Symptome ermittelt werden. Die Hinzunahme weiterer Ressourcenvariablen trägt zu keiner signifikanten Steigerung der Varianzaufklärung bei, so dass auf die Erfassung der „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und der „Qualität der Beziehung“ zur Vorhersage psychosomatischer Symptome verzichtet werden kann, wenn die „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ erfasst wird.

In der Tabelle 12.11 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der psychosomatischen Symptomatik zum zweiten Messzeitpunkt unter Einbezug der erfassten Ressourcenvariablen als Prädiktoren dargestellt. Das Ausmaß psychosomatischer Symptome zum ersten Messzeitpunkt wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 12.11**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t2)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t1)</b>	<b>.78</b>	<b>.60</b>	<b>.60</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	.78	.61	.00	.497
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.78	.61	.01	.332
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)	.80	.64	.02	.060

*N = 65*

Die in Tabelle 12.11 dargestellten Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Wissen über die Qualität der Beziehung und über die Veränderung sozialer Unterstützung keine Prognose über die Veränderung psychosomatischer Symptome zulässt. Die „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ zeigte sich schon zur Vorhersage depressiver Symptome sechs Monate nach dem Todesereignis als ein bedeutsamer

Prädiktor. Personen, die drei Monate nach dem Tod eine deutlichere Verschlechterung ihrer finanziellen Situation erlebten, scheinen auch zwischen dem dritten und sechsten Monat nach dem Tod mehr psychosomatische Symptome zu entwickeln. Zur Vorhersage psychosomatischer Symptome zum zweiten Messzeitpunkt zeigt sich die „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ mit  $p < .06$  nur marginal nicht signifikant.

In einer weiteren Regressionsanalyse wurden die zum ersten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenvariablen als Prädiktoren zur Vorhersage psychosomatischer Symptome neun Monate nach Verlust des Partners einbezogen. Als erster Prädiktor wurde das Ausmaß psychosomatischer Symptome zum zweiten Messzeitpunkt festgelegt. Das Ergebnis ist in Tabelle 12.12 dargestellt.

**Tabelle 12.12**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t2)</b>	<b>.77</b>	<b>.59</b>	<b>.59</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	.78	.60	.01	.252
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.78	.61	.00	.498
<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>.80</b>	<b>.64</b>	<b>.04</b>	<b>.023</b>

*N = 61*

Die Tabelle 12.12 zeigt, dass die „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ mit 4% zusätzlicher Varianzaufklärung und  $p < .023$  eine signifikante Wirkung auf die Veränderung psychosomatischer Symptome zwischen dem sechsten und neunten Monat nach dem Todesereignis besitzt. Wenn Betroffene in der ersten Zeit nach dem Tod des Partners deutlichere finanzielle Belastungen erleben, dann wirken sich diese Belastungen langfristig negativ auf den Verlauf psychosomatischer Symptome aus.

Die folgende Regressionsanalyse zur Vorhersage psychosomatischer Symptome zum dritten Messzeitpunkt erfolgte mit Ressourcenvariablen als Prädiktoren, die sechs Monate nach dem Verlust des Ehepartners erfasst wurden. Wiederum wurde das Ausmaß psychosomatischer Symptome zum zweiten Messzeitpunkt als erster Prädiktor festgelegt (siehe Tab. 12.13).

**Tabelle 12.13**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Veränderung sozialer Ressourcen (t2)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t2)</b>	<b>.77</b>	<b>.59</b>	<b>.59</b>	<b>.001</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t2)	.77	.59	.00	.936
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)	.78	.91	.02	.117

*N = 61*

Die zusätzliche Varianzaufklärung von 2% der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Verschlechterung finanzieller Ressourcen ist mit  $p < .117$  nicht signifikant.

### ***12.6.3 Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Ressourcenvariablen***

Weitere Auswertungen sollen zeigen, inwieweit die Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Erfassung von Ressourcenvariablen aufgeklärt werden kann.

Um zu ermitteln, welche Ressourcenvariable den größten Anteil der Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit drei Monate nach dem Todesereignis aufklärt, wurde eine schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt. In der Tabelle 12.14 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse unter Einbezug der Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ dargestellt.

**Tabelle 12.14**

*Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Qualität der Beziehung</b>	<b>.31</b>	<b>.10</b>	<b>.10</b>	<b>.011</b>
<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>.42</b>	<b>.18</b>	<b>.08</b>	<b>.019</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.42	.18	.00	.830

*N = 66*

Die Tabelle 12.14 zeigt, dass die Qualität der Beziehung zu dem verstorbenen Partner 10% der Varianz aufklärt. Die Korrelation von  $r = .31$  (siehe Tab. 12.2) zwischen der „Qualität der Beziehung“ und der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu t1 weist darauf hin, dass Personen, die eine qualitativ gute Beziehung zum verstorbenen Partner hatten, auch drei Monate nach dem Tod des Partners eine höhere Lebenszufriedenheit besitzen. Inwieweit sich die Lebenszufriedenheit innerhalb der drei Monate seit dem Tod des Partners veränderte, kann nicht ermittelt werden, da entsprechende Daten vor dem Tod des Partners nicht erhoben wurden. Die zusätzliche Erfassung einer Verschlechterung der finanziellen Situation führt zu einer aufgeklärten Varianz von 18%. Personen, die in den ersten drei Monaten nach Tod des Partners mehr finanzielle Belastungen wahrgenommen hatten, haben zum ersten Messzeitpunkt eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit. Es besteht eine negative Korrelation von  $r = -.30$  zwischen beiden Variablen (siehe Tab. 12.2).

In der Tabelle 12.15 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt mit den erfassten Ressourcenvariablen als Prädiktoren abgebildet. Als erster Prädiktor wurde die allgemeine Lebenszufriedenheit zum ersten Messzeitpunkt festgelegt. Mit einer hierarchischen Regressionsanalyse unter Berücksichtigung des Ausmaßes der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu einem früheren Messzeitpunkt lässt sich ermitteln, welche Variablen zu einer Veränderung der Lebenszufriedenheit zwischen beiden Messzeitpunkten beitragen.

**Tabelle 12.15**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)</b>	<b>.80</b>	<b>.64</b>	<b>.64</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	.80	.64	.00	.461
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.80	.64	.00	.392
<b>Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)</b>	<b>.82</b>	<b>.67</b>	<b>.03</b>	<b>.032</b>

*N = 65*

Wie aus Tabelle 12.15 ersichtlich, stellt die „Veränderung finanzieller Ressourcen (t1)“ mit  $p < .032$  einen signifikanten Prädiktor für die Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit sechs Monate nach dem Todesereignis dar. Das signifikante Ergebnis weist darauf hin, dass sich die allgemeine Lebenszufriedenheit noch weiter verschlechtert, wenn mit einer deutlichen Verschlechterung der finanziellen Situation ein weiterer bedeutender Stressor auftritt. Veränderungen der sozialen Unterstützung wie auch die Qualität der Beziehung zum verstorbenen Partner konnten während des Trauerverlaufs nicht als bedeutsame Prädiktoren für die Entwicklung der allgemeinen Lebenszufriedenheit ausgemacht werden.

In der Tabelle 12.16 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit zum dritten Messzeitpunkt mit den zum ersten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenvariablen als Prädiktoren dargestellt. Als erster Prädiktor wurde die allgemeine Lebenszufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt festgelegt.

**Tabelle 12.16**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	<b>.78</b>	<b>.61</b>	<b>.59</b>	<b>.001</b>
Qualität der Beziehung	.79	.62	.01	.303
Veränderung sozialer Ressourcen (t1)	.79	.62	.00	.574
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)	.80	.64	.01	.157

*N = 62*

Keine weitere erfasste Ressourcenvariable leistet über die Variable „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ hinaus einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung des Ausmaßes der allgemeinen Lebenszufriedenheit zum dritten Messzeitpunkt. Auch der Prädiktor „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ ist mit  $p < .157$  nicht signifikant.

Die folgende Tabelle 12.17 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit neun Monate nach dem Verlust des Partners mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Ressourcenveränderungen als Prädiktoren. Als erster Prädiktor wurde die drei Monate vorher gemessene allgemeine Lebenszufriedenheit festgelegt.

**Tabelle 12.17**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Veränderung sozialer Ressourcen (t2)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	<b>.78</b>	<b>.61</b>	<b>.61</b>	<b>.001</b>
Veränderung sozialer Ressourcen (t2)	.78	.61	.00	.872
Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)	.80	.64	.02	.070

*N = 62*

Die Ergebnisse in Tabelle 12.17 weisen darauf hin, dass die „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)“ zu einer zusätzlichen Varianzaufklärung beiträgt und eine deutlichere Verschlechterung finanzieller Ressourcen zu einer geringeren Lebenszufriedenheit führt. Der Effekt ist mit  $p < .070$  nur marginal nicht signifikant ist. Die Erfassung der „Veränderung sozialer Ressourcen (t2)“ führt zu keiner Erhöhung der Varianzaufklärung.

### **12.7 Zusammenfassung der Bedeutung von Ressourcen im Trauerverlauf**

Der Verlust des Ehepartners ist häufig mit einer Verschlechterung der finanziellen Situation verbunden (siehe Abb. 12.1). Mit dem Verlust finanzieller Ressourcen konnte ein bedeutender Belastungsfaktor identifiziert werden, der Einfluss auf das Wohlbefinden der Hinterbliebenen bei Verlust des Partners nimmt. Frauen scheinen durch eine finanzielle Verschlechterung in einem besonderen Maße emotional belastet zu sein (siehe Tab. 12.5). Eine finanzielle Verschlechterung steht zu allen Messzeitpunkten mit einer höheren depressiven und psychosomatischen Symptomatik sowie mit einer geringeren Lebenszufriedenheit in Zusammenhang (siehe Tab. 12.2 - 12.4). Durch die Verschlechterung finanzieller Ressourcen kann nicht nur in Teilen das Ausmaß depressiver Symptome (siehe Tab. 12.6), das Ausmaß psychosomatischer Symptome (siehe Tab. 12.10) und die Höhe der allgemeinen Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 12.14) zum ersten Messzeitpunkt vorhergesagt werden. Es kann auch in gewissem Maße die Veränderungen der depressiven Symptome (siehe Tab. 12.7), der

psychosomatischen Symptome (siehe Tab. 12.12) und der allgemeinen Lebenszufriedenheiten (siehe Tab. 12.15) im weiteren Verlauf vorhergesagt werden. Es muss davon ausgegangen werden, dass eine Verschlechterung der finanziellen Situation das Wohlbefinden negativ beeinflusst.

Demgegenüber gibt es keine Befunde, dass die Qualität der Beziehung zum verstorbenen Partner das Wohlbefinden der Hinterbliebenen bei Verlust des Partners beeinflusst. Auch scheinen die Hinterbliebenen zwar zunächst durch den Ausdruck ihrer Trauer vermehrt soziale Unterstützung mobilisieren zu wollen, zumindest konnte ein positiver Zusammenhang ermittelt werden (siehe Tab. 12.2), und die Hinterbliebenen erleben auch tatsächlich in ihrer Trauer vermehrt soziale Unterstützung (siehe Abb. 12.2). Dass diese soziale Unterstützung jedoch den Trauerverlauf positiv beeinflusst, konnte nicht belegt werden.

## ***13. Der Einfluss von Bewältigungsstrategien auf den Verlauf der Trauer***

### ***13.1 Deskriptive Statistiken der Coping-Variablen***

In der folgenden Tabelle 13.1 werden deskriptive Statistiken der Bewältigungsstrategien „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ und „Aktive Bewältigung“, „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ zu den Messzeitpunkten drei Monate (t1) und sechs Monate nach dem Todesereignis (t2) dargestellt. Aufgeführt sind die Mittelwerte ( $M$ ), Standardabweichungen ( $SD$ ) und Cronbach's  $\alpha$  ( $\alpha$ ).

**Tabelle 13.1**

*Deskriptive Statistiken der erfassten Bewältigungsstrategien zu den ersten beiden Messzeitpunkten t1 und t2*

		t 1 (N = 66)	t 2 (N = 65)
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen	<i>M</i>	11.91	11.34
	<i>SD</i>	2.60	2.47
	$\alpha$	.724	.710
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung	<i>M</i>	9.47	9.21
	<i>SD</i>	2.66	2.93
	$\alpha$	.771	.853
Aktive Bewältigung	<i>M</i>	11.49	11.65
	<i>SD</i>	2.40	2.70
	$\alpha$	.732	.782
Akzeptanz	<i>M</i>	12.92	13.06
	<i>SD</i>	3.37	3.28
	$\alpha$	.923	.921
Positive Neubewertung	<i>M</i>	11.52	11.51
	<i>SD</i>	2.85	2.68
	$\alpha$	.768	.771

In der Tabelle 13.1 ist zu sehen, dass die Internen Konsistenzen der Skalen grundsätzlich befriedigend sind. Die Interne Konsistenz der Skala zur Erfassung der Akzeptanz ist mit  $\alpha = .923$  und  $\alpha = .921$  als gut einzuschätzen. Da bestimmte Items für diese Studie modifiziert wurden, wurden für die Skalen zur Erfassung der Bewältigungsstrategien auch Itemanalysen durchgeführt. Die Ergebnisse sind im Anhang A1 dargestellt.

### **13.2 Interkorrelationen der Coping-Variablen**

In der Tabelle 13.2 sind die Interkorrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien dargestellt.

**Tabelle 13.2**

*Interkorrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Akzeptanz (t1)“ und Positive Neubewertung (t1)*

	<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t1)</b>	<b>Aufsuchen instrum. Unterstützung (t1)</b>	<b>Aktive Bewältigung (t1)</b>	<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>Positive Neu- bewertung (t1)</b>
<b>N = 66</b>					
<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t1)</b>	-	<b>.30*</b>	<b>.28*</b>	<b>-.30*</b>	.15
<b>Aufsuchen instr. Unterstützung (t1)</b>	<b>.30*</b>	-	.17	-.01	.22
<b>Aktive Bewältigung (t1)</b>	<b>.28*</b>	.17	-	.17	<b>.27*</b>
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>-.30*</b>	-.01	.17	-	<b>.57*</b>
<b>Pos. Neubewertung (t1)</b>	.15	.22	<b>.27*</b>	<b>.57*</b>	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Es zeigt sich, dass Hinterbliebene, die drei Monate nach dem Tod des Ehepartners besonders viel Aufmerksamkeit auf ihre Gefühle lenken und diese ausdrücken, vermehrt instrumentelle Unterstützung bei ihren Mitmenschen aufsuchen. Auch zeigen sie mehr aktive Bewältigung, können aber ihre derzeitige Situation schlechter akzeptieren. Die „Aktive Bewältigung“ hängt gering mit der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“ zusammen. Die „Akzeptanz“ hängt ebenfalls mittel mit der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“ zusammen. Personen, die in ihrer Situation auch positive Aspekte sehen, können ihre Situation eher akzeptieren.

Im Folgenden sind die Interkorrelationen der Bewältigungsstrategien sechs Monate nach dem Todesereignis dargestellt.

**Tabelle 13.3**

*Interkorrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Akzeptanz (t2)“ und „Positive Neubewertung (t2)“*

	<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t2)</b>	<b>Aufsuchen instrum. Unterstützung (t2)</b>	<b>Aktive Bewältigung (t2)</b>	<b>Akzeptanz (t2)</b>	<b>Positive Neu- bewertung (t2)</b>
<b>N = 66</b>					
<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t2)</b>	-	.23	<b>.27*</b>	<b>-.43*</b>	-.10
<b>Aufsuchen instr. Unterstützung (t2)</b>	.23	-	<b>.30*</b>	-.09	.24
<b>Aktive Bewältigung (t2)</b>	<b>.27*</b>	<b>.30*</b>	-	.23	<b>.35*</b>
<b>Akzeptanz (t2)</b>	<b>-.43*</b>	-.09	.23	-	<b>.68*</b>
<b>Pos. Neubewertung (t2)</b>	-.10	.24	<b>.35*</b>	<b>.68*</b>	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Die Tabelle 13.3 zeigt, dass weiterhin ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ und „Akzeptanz“ besteht. Die Negativität des Zusammenhangs ist mit  $r = -.43$  noch deutlicher geworden. Personen, die sechs Monate nach dem Tod des Partners ihre Situation schlechter akzeptieren können, sind weiterhin sehr auf die eigenen Gefühle konzentriert. Ebenfalls kann - wie schon zum ersten Messzeitpunkt - ein geringer positiver Zusammenhang zwischen der Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ und „Aktive Bewältigung“ ermittelt werden. Es besteht für die Bewältigungsstrategie „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ zum zweiten Messzeitpunkt mit  $r = .30$  ein geringer signifikanter Zusammenhang ausschließlich mit der Bewältigungsstrategie „Aktive Bewältigung“. Die „Aktive Bewältigung“ korreliert weiterhin positiv mit der „Positiven Neubewertung“. Auch zum zweiten Messzeitpunkt besteht mit  $r = .68$  der größte Zusammenhang zwischen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“. Beide Bewältigungsstrategien treten somit häufig gemeinsam auf.

### 13.3 Zusammenhänge der Coping-Variablen mit den abhängigen Variablen

In diesem Abschnitt werden die Zusammenhänge der Bewältigungsstrategien mit den abhängigen Variablen dargestellt. In der Tabelle 13.4 werden zunächst die Korrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien mit den zum ersten Messzeitpunkt erfassten abhängigen Variablen dargestellt.

**Tabelle 13.4**

*Korrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Akzeptanz (t1)“ und „Positive Neubewertung (t1)“ mit den zum Messzeitpunkt t1 erfassten abhängigen Variablen*

	<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t1)</b>	<b>Aufsuchen instrum. Unterstützung (t1)</b>	<b>Aktive Bewältigung (t1)</b>	<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>Positive Neu- bewertung (t1)</b>
<i>N = 66</i>					
<b>Depressive Symptome (t1)</b>	<b>.48*</b>	.24	-.05	<b>-.62*</b>	<b>-.41*</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t1)</b>	.24	.11	.17	<b>-.30*</b>	-.10
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)</b>	.04	<b>-.26*</b>	.07	<b>.36*</b>	<b>.33*</b>

In der Tabelle 13.4 ist zu sehen, dass zwischen der Variable „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ und dem Ausmaß depressiver Symptome ein positiver Zusammenhang mit  $r = .48$  besteht, d.h. besonders emotional belastete Teilnehmer sind verstärkt in ihren Gefühlen verhaftet. Die Bewältigungsstrategie „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ zeigt einen geringen Zusammenhang von  $r = -.26$  mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Personen, die mit ihrem Leben unzufriedener waren, haben mehr Hilfe aufgesucht. Eine aktive Bewältigung korreliert nicht mit den abhängigen Variablen und hat somit bei Verlust des Ehepartners keinen bedeutsamen Einfluss auf die depressive oder psychosomatische Symptomatik oder auf die allgemeine Lebenszufriedenheit. Das Ausmaß der Akzeptanz hängt mit allen abhängigen Variablen zusammen. Der Zusammenhang mit  $r = -.62$  zwischen „Akzeptanz“ und der depressiven Symptomatik ist besonders hoch. Menschen, die den Tod des Lebenspartners stärker akzeptieren, haben weniger depressive Symptome.

Darüber hinaus bestehen auch zwischen „Akzeptanz“ und dem Ausmaß psychosomatischer Symptome sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit geringe, jedoch signifikante Zusammenhänge. Die Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“ korreliert ebenfalls mit höherer Lebenszufriedenheit und mit geringerer depressiver Symptomatik.

Die Tabelle 13.5 zeigt die Korrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien sechs Monate nach dem Todesereignis mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten abhängigen Variablen.

**Tabelle 13.5**

*Korrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Akzeptanz (t2)“ und „Positive Neubewertung (t2)“ mit den zum Messzeitpunkt t2 erfassten abhängigen Variablen*

	<b>Aufm. auf und Ausdr. von Gefühlen (t2)</b>	<b>Aufsuchen instrum. Unterstützung (t2)</b>	<b>Aktive Bewältigung (t2)</b>	<b>Akzeptanz (t2)</b>	<b>Positive Neu- bewertung (t2)</b>
<b>N = 66</b>					
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	<b>.43*</b>	.14	-.17	<b>-.62*</b>	<b>-.43*</b>
Psychosomatische Symptome (t2)	.15	.02	-.06	-.24	-.15
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	.04	-.20	<b>.25*</b>	<b>.34*</b>	.23

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

Personen, die sechs Monate nach dem Verlust des Ehepartners verstärkt ihre Aufmerksamkeit auf ihre Gefühle richten und diese ausdrücken, leiden verstärkt unter depressiver Symptomatik. Nicht geklärt werden kann, ob eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Gefühle zu stärkerer depressiver Symptomatik führt oder sie ein Ausdruck einer depressiven Symptomatik ist. Bezüglich der Bewältigungsstrategie „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ bestehen keine Zusammenhänge mit den abhängigen Variablen. Ein geringer Zusammenhang mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit - wie zum ersten Messzeitpunkt - besteht nicht mehr.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen einer aktiven Bewältigung und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Der Zusammenhang fällt jedoch mit  $r = .25$  gering aus. Es konnte erneut ein negativer Zusammenhang zwischen Akzeptanz und depressiver Symptomatik festgestellt werden. Mit einer Korrelation von  $r = -.62$  fällt dieser sehr deutlich aus. Wie schon zum ersten Messzeitpunkt besteht auch ein geringer aber signifikanter Zusammenhang mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Auch die „Positive Neubewertung“ steht zum zweiten Messzeitpunkt wieder mit dem Ausmaß depressiver Symptome ( $r = -.43$ ) signifikant negativ im Zusammenhang.

#### ***13.4 Vergleich des Einflusses der Coping-Variablen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“***

Akzeptanz und positive Neubewertung treten häufig gemeinsam auf (siehe Tab. 13.2 - 13.3) und stehen beide in Zusammenhang mit günstigeren Werten bei den Belastungsparametern (siehe Tab. 13.4 - 13.5). Offen bleibt, inwieweit eine akzeptierende Haltung durch die Fähigkeit der positiven Neubewertung beeinflusst wird oder eine akzeptierende Haltung Voraussetzung für eine positivere Bewertung der Situation ist. Hierzu wurden entsprechende Partialkorrelationen durchgeführt. Die Berechnungen erfolgten computerunterstützt mit Statistica 5.5. Fehlende Daten wurden fallweise ausgeschlossen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgesetzt.

Die Tabelle 13.6 zeigt, dass die signifikanten Zusammenhänge der „Akzeptanz (t1)“ mit den abhängigen Variablen nicht ausschließlich durch die zu dem ersten Messzeitpunkt angewandte Fähigkeit der positiven Neubewertung erzielt wurden.

**Tabelle 13.6**

Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde die Coping-Variable „Positive Neubewertung (t1)“

		Akzeptanz (t1)	Akzeptanz (t1) – positive Neubewertung (t1)
<b>N = 61</b>			
<b>Depressive Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>-.66*</b>	<b>-.56*</b>
	<b>t2</b>	<b>-.53*</b>	<b>-.43*</b>
	<b>t3</b>	<b>-.62*</b>	<b>-.54*</b>
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>-.34*</b>	<b>-.37*</b>
	<b>t2</b>	<b>-.26*</b>	<b>-.27*</b>
	<b>t3</b>	<b>-.49*</b>	<b>-.51*</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	<b>t1</b>	<b>.36*</b>	<b>.20</b>
	<b>t2</b>	<b>.29*</b>	<b>.22</b>
	<b>t3</b>	<b>.41*</b>	<b>.33*</b>

\* =  $p < .05$

Wie in der Tabelle 13.6 zu sehen ist, reduzieren sich die Korrelationen zwischen „Akzeptanz (t1)“ und den abhängigen Variablen kaum, wenn die „Positive Neubewertung (t1)“ auspartialisiert wird. Weiterhin bestehen über alle drei Messzeitpunkte hinweg signifikante Zusammenhänge mit dem Ausmaß depressiver und psychosomatischer Symptome.

Inwieweit die Zusammenhänge der „Positiven Neubewertung (t1)“ mit den abhängigen Variablen auf den Einfluss der „Akzeptanz (t1)“ beruhen, ist in der Tabelle 13.7 dargestellt.

**Tabelle 13.7**

*Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Positive Neubewertung (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde die Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“*

		Positive Neubewertung (t1)	Positive Neubewertung (t1) – Akzeptanz (t1)
<b>N = 61</b>			
<b>Depressive Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>-.42*</b>	-.02
	<b>t2</b>	<b>-.34*</b>	-.02
	<b>t3</b>	<b>-.37*</b>	.02
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>t1</b>	-.09	.16
	<b>t2</b>	-.08	.11
	<b>t3</b>	-.16	.21
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	<b>t1</b>	<b>.35*</b>	.17
	<b>t2</b>	.19	.01
	<b>t3</b>	<b>.26*</b>	.01

Die Tabelle 13.7 zeigt, dass keine signifikanten Zusammenhänge mehr zwischen „Positive Neubewertung (t1)“ und den abhängigen Variablen ermittelt werden können, wenn der Einfluss der „Akzeptanz (t1)“ auspartialisiert wird. Dass eine positive Neubewertung zum ersten Messzeitpunkt mit weniger depressiven Symptomen zusammenhängt, hängt somit von dem Ausmaß der Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt ab.

### **13.5 Vorhersage eines besonders belastenden Trauerverlaufs durch die Coping-Variablen**

In den folgenden drei Kapiteln werden die Ergebnisse der schrittweisen und hierarchischen Regressionsanalysen zur Varianzaufklärung und Vorhersage des Ausmaßes depressiver Symptome, psychosomatischer Symptome und der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Ressourcenvariablen zu jedem Messzeitpunkt dargestellt

und erläutert. Die Berechnungen erfolgten mit Statistica 5.5. Fehlende Daten wurden paarweise ausgeschlossen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgesetzt.

### 13.5.1 Vorhersage depressiver Symptome durch die Coping-Variablen

In der Tabelle 13.8 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse zur Vorhersage depressiver Symptome drei Monate nach Verlust des Partners unter Einbezug der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“, „Aktive Bewältigung“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“, „Positive Neubewertung“ und „Akzeptanz“ als Prädiktoren aufgeführt.

**Tabelle 13.8**

*Schrittweise Regressionsanalyse mit den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>.62</b>	<b>.39</b>	<b>.39</b>	<b>.001</b>
<b>Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)</b>	<b>.69</b>	<b>.48</b>	<b>.09</b>	<b>.002</b>
Positive Neubewertung (t1)	.71	.51	.03	.070
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.73	.54	.03	.056
Aktive Bewältigung (t1)	.73	.54	.00	.744

N = 66

Wie Tabelle 13.8 zeigt, besitzt Akzeptanz den größten Vorhersagegehalt depressiver Symptome in der Trauerphase drei Monate nach dem Todesereignis. Die alleinige Erfassung der Akzeptanz leistet mit einer aufgeklärten Varianz von 39% einen beachtlichen Anteil, welcher deutlich größer ist, als der Anteil anderer signifikanter Prädiktoren. Die Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ leistet einen zusätzlichen Beitrag zur Aufklärung. Personen, die den Verlust besser akzeptieren können und weniger auf den eigenen Gefühlszustand fokussiert sind,

haben weniger depressive Symptome. Durch die Erfassung dieser beiden Bewältigungsstrategien lässt sich 48% der Varianz aufklären.

In der Tabelle 13.9 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage depressiver Symptome sechs Monate nach Verlust des Partners mit den fünf erfassten Bewältigungsstrategien als Prädiktoren dargestellt. Die Reihenfolge der in der Tabelle genannten Variablen entspricht der Reihenfolge der einzelnen Schritte der durchgeführten hierarchischen Regressionsanalyse. Die zum ersten Messzeitpunkt erfasste depressive Symptomatik wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.9**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t2)“ als abhängige Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t1)</b>	<b>.80</b>	<b>.64</b>	<b>.64</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.80	.64	.00	.826
Aktive Bewältigung (t1)	.80	.64	.00	.524
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	.80	.64	.00	.663
Positive Neubewertung (t1)	.80	.64	.00	.577
Akzeptanz (t1)	.80	.64	.00	.694

N = 65

Die Ergebnisse in der Tabelle 13.9 sagen nicht aus, dass die erfassten Bewältigungsstrategien grundsätzlich keinen Einfluss auf das Ausmaß depressiver Symptome besitzen. Die Bewältigungsstrategien könnten die Ausprägung depressiver Symptome vor dem Verlust des Ehepartners beeinflusst haben. Die nicht-signifikanten Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Bewältigungsstrategien keinen Einfluss auf die Veränderung depressiver Symptome zwischen dem dritten und sechsten Monat

nach dem Todesereignis besitzen. Keine Bewältigungsstrategie drei Monate nach dem Verlust verändert in den folgenden drei Monaten das Ausmaß depressiver Symptome.

In der Tabelle 13.10 wird das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage depressiver Symptome neun Monate nach Verlust des Partners mit den drei Monate nach dem Todesereignis erfassten Bewältigungsstrategien dargestellt. Das Ausmaß depressiver Symptome zum zweiten Messzeitpunkt wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.10**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	<b>.70</b>	<b>.49</b>	<b>.49</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.70	.49	.00	.797
Aktive Bewältigung (t1)	.70	.49	.00	.533
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	.70	.49	.00	.666
Positive Neubewertung (t1)	.72	.51	.02	.150
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>.77</b>	<b>.59</b>	<b>.08</b>	<b>.002</b>

N = 61

Die Tabelle 13.10 zeigt, dass kein signifikantes Ergebnis für die Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“ und „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“ ermittelt wurde. Auch die 2% zusätzliche Varianzaufklärung der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung (t1)“ ist mit  $p < .150$  nicht signifikant. Die Bewältigungsstrategie „Akzeptanz (t1)“ ist jedoch mit  $p < .002$  ein signifikanter Prädiktor. Das Ausmaß der Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt klärt weitere 8% der Varianz depressiver Symptome neun Monate nach dem Todesereignis auf. Kein anderer der bisher als signifikant ermittelten Prädiktoren

hat zu einer so deutlichen Steigerung der Varianzaufklärung beigetragen. Der Einfluss ist auch als bedeutsam zu bewerten, da die Variable „Akzeptanz (t1)“ in der hierarchischen Regressionsanalyse als letzter Prädiktor hinzugenommen wurde und somit die „Akzeptanz (t1)“ einen beachtlichen Teil der Varianz aufklärt, der nicht auch durch einen anderen erfassten Bewältigungsstil aufgeklärt werden kann. Unter Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Akzeptanz und depressiver Symptomatik lässt sich festhalten, dass Betroffene, die drei Monate nach dem Todesereignis den Verlust des Ehepartners eher akzeptieren, zwar kurzfristig (siehe Tab. 13.9), jedoch zwischen dem sechsten und neunten Monat eine günstigere Anpassung zeigen.

In einer weiteren hierarchischen Regressionsanalyse wurden die zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien als Prädiktoren zur Vorhersage depressiver Symptome zum dritten Messzeitpunkt einbezogen. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 13.11 dargestellt. Die drei Monate zuvor gemessene depressive Symptomatik wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.11**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Positive Neubewertung (t2)“ und „Akzeptanz (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängige Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Depressive Symptome (t2)</b>	<b>.70</b>	<b>.49</b>	<b>.49</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)	.70	.49	.01	.438
Aktive Bewältigung (t2)	.71	.50	.01	.425
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)	.71	.50	.00	.853
Positive Neubewertung (t2)	.72	.52	.02	.101
<b>Akzeptanz (t2)</b>	<b>.75</b>	<b>.56</b>	<b>.04</b>	<b>.036</b>

N = 61

In der Tabelle 13.11 ist zu sehen, dass die Ergebnisse der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien mit den Ergebnissen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien zur Vorhersage depressiver Symptome neun Monate nach dem Todesereignis (siehe Tab. 13.10) vergleichbar sind. Wieder deutet sich ein positiver Einfluss der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“ auf den Verlauf depressiver Symptome an. Eine zusätzliche Varianzaufklärung von 2% ist jedoch mit  $p < .101$  nicht signifikant. Ein positiver Einfluss der Akzeptanz auf den weiteren Verlauf depressiver Symptome bestätigt sich mit einer Wiederholungsmessung zu einem drei Monate späteren Zeitpunkt. Der Effekt ist mit  $p < .036$  signifikant. Die zusätzliche Varianzaufklärung der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Akzeptanz ist mit 4% geringer, als die Varianzaufklärung der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Akzeptanz.

### 13.5.2 Vorhersage psychosomatischer Symptome durch die Coping-Variablen

In der Tabelle 13.12 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse zur Vorhersage psychosomatischer Symptome zum ersten Messzeitpunkt unter Einbezug der Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren dargestellt.

**Tabelle 13.12**

*Schrittweise Regressionsanalyse mit den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t1)“ als abhängiger Variable*

Prädiktoren	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> -Zuwachs	p <
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>.30</b>	<b>.09</b>	<b>.09</b>	<b>.015</b>
Aktive Bewältigung (t1)	.37	.14	.05	.067
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	.38	.14	.01	.471
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.38	.15	.00	.648
Positive Neubewertung (t1)	.39	.15	.00	.641

N = 66

Die Tabelle 13.12 zeigt, dass die „Akzeptanz (t1)“ als alleiniger Prädiktor unter den Bewältigungsstrategien zu der größten Varianzaufklärung beiträgt. Die „Aktive Bewältigung (t1)“ scheint einen von der Akzeptanz unabhängigen Informationsgehalt zu besitzen. Die Steigerung der Varianzaufklärung von 5% durch die Variable „Aktive Bewältigung (t1)“ ist mit  $p < .067$  nur marginal nicht signifikant.

In der Tabelle 13.13 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage psychosomatischer Symptome zum zweiten Messzeitpunkt unter Einbezug der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien als Prädiktoren dargestellt. Die zum ersten Messzeitpunkt ermittelte psychosomatische Symptomatik wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.13**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t2)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>psychosomatische Symptome (t1)</b>	<b>.78</b>	<b>.60</b>	<b>.60</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.79	.62	.02	.112
Aktive Bewältigung (t1)	.79	.62	.00	.922
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	.79	.62	.00	.586
Positive Neubewertung (t1)	.79	.62	.00	.574
Akzeptanz (t1)	.79	.63	.00	.510

$N = 65$

Wie Tabelle 13.13 zeigt, sagt keine zum ersten Messzeitpunkt ermittelte Bewältigungsstrategie die Entwicklung psychosomatischer Symptome in den folgenden drei Monaten vorher.

In der Tabelle 13.14 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage psychosomatischer Symptome neun Monate nach Verlust des Partners unter Einbezug der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien zusammengefasst. Die drei Monate zuvor erfasste psychosomatische Symptomatik wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.14**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>psychosomatische Symptome (t2)</b>	<b>.77</b>	<b>.59</b>	<b>.59</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.77	.60	.00	.485
Aktive Bewältigung (t1)	.77	.60	.00	.515
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	.78	.62	.01	.147
Positive Neubewertung (t1)	.79	.62	.00	.497
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>.85</b>	<b>.72</b>	<b>.11</b>	<b>.001</b>

N = 61

Wie schon zur Vorhersage depressiver Symptome (siehe Tab. 13.10) stellt die „Akzeptanz (t1)“ einen bedeutsamen und signifikanten Prädiktor dar (siehe Tab. 13.14). Der Effekt - mit einer Steigerung der aufgeklärten Varianz von 11% - ist als sehr groß zu beurteilen. Das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse deutet darauf hin, dass durch eine Steigerung der Akzeptanz drei Monate nach dem Todesereignis eine Besserung der psychosomatischen Symptomatik von über 10% zwischen dem sechsten und neunten Monat möglich ist, und dass diese deutliche Besserung durch die Anwendung einer anderen Bewältigungsstrategie nicht zu erreichen ist.

Die Tabelle 13.15 fasst das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der psychosomatischen Symptome zum dritten Messzeitpunkt unter Einbezug der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien zusammen. Wieder wurde die zum zweiten Messzeitpunkt erfasste psychosomatische Symptomatik als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.15**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Positive Neubewertung (t2)“ und „Akzeptanz (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Psychosomatische Symptome (t2)</b>	<b>.77</b>	<b>.59</b>	<b>.59</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)	.77	.59	.00	.991
Aktive Bewältigung (t2)	.77	.60	.00	.414
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)	.79	.62	.02	.102
Positive Neubewertung (t2)	.79	.63	.01	.166
Akzeptanz (t2)	.80	.64	.01	.177

N = 61

Die in der Tabelle 13.15 dargestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Positive Neubewertung (t2)“ und „Akzeptanz (t2)“ einen Einfluss auf die Veränderung psychosomatischer Symptome haben. Jedoch konnte kein signifikanter Einfluss ermittelt werden.

### **13.5.3 Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch die Coping-Variablen**

In der Tabelle 13.16 ist das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse unter Einbezug der Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“,

„Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit zum ersten Messzeitpunkt aufgeführt.

**Tabelle 13.16**

*Schrittweise Regressionsanalyse mit den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>.36</b>	<b>.13</b>	<b>.13</b>	<b>.004</b>
<b>Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)</b>	<b>.44</b>	<b>.19</b>	<b>.06</b>	<b>.030</b>
<b>Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)</b>	<b>.50</b>	<b>.25</b>	<b>.06</b>	<b>.033</b>
Positive Neubewertung (t1)	.52	.27	.02	.173
Aktive Bewältigung (t1)	.53	.28	.01	.301

N = 66

Wie in Tabelle 13.16 dargestellt, besitzt die Erfassung der „Akzeptanz (t1)“ den größten Vorhersagegehalt für das Ausmaß der allgemeinen Lebenszufriedenheit in der Trauerphase drei Monate nach dem Todesereignis. Personen, die den Tod des Partners eher akzeptieren können, haben eine höhere Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 13.4). Die Bewältigungsstrategie „Akzeptanz (t1)“ leistet mit 13% einen geringeren Anteil zur Varianzaufklärung der allgemeinen Lebenszufriedenheit als zur Varianzaufklärung der depressiven Symptomatik drei Monate nach dem Tod des Partners (39%, siehe Tab. 13.8). Die Bewältigungsstrategie „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“ leistet einen zusätzlichen Beitrag zur Aufklärung. Personen, die vermehrt Unterstützung bei Mitmenschen aufsuchen, haben eine geringere Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 13.4). Die Erfassung der Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ führt zu einer weiteren Steigerung der aufgeklärten Varianz von 6%. Diese Variable steht im Zusammenhang mit einem schlechteren Wohlbefinden (siehe Tab. 13.4). Durch die Erfassung dieser drei signifikanten Bewältigungsstrategien lässt sich 25% der Varianz aufklären.

In der Tabelle 13.17 ist das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit sechs Monate nach Verlust des Partners mit den zum ersten Messzeitpunkt erfassten fünf Bewältigungsstrategien als Prädiktoren dargestellt. Die zum ersten Messzeitpunkt erfasste allgemeine Lebenszufriedenheit wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.17**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)</b>	<b>.80</b>	<b>.64</b>	<b>.60</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.80	.64	.00	.773
Aktive Bewältigung (t1)	.80	.65	.01	.191
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	.80	.65	.00	.652
Positive Neubewertung (t1)	.80	.65	.00	.857
Akzeptanz (t1)	.80	.65	.00	.845

N = 65

Die Ergebnisse in der Tabelle 13.17 sagen nicht aus, dass die erfassten Bewältigungsstrategien grundsätzlich keinen Einfluss auf das Ausmaß der allgemeinen Lebenszufriedenheit besitzen. Die nicht-signifikanten Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Bewältigungsstrategien keinen Einfluss auf die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit zwischen dem dritten und sechsten Monat nach dem Todesereignis besitzen. Die Anwendung einer bestimmten Bewältigungsstrategie drei Monate nach dem Verlust verändert in den kommenden drei Monaten nicht das Ausmaß der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

In der Tabelle 13.18 wird das Ergebnis der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit neun Monate nach Verlust des Partners mit den zum ersten Messzeitpunkt drei Monate nach dem Todesereignis erfassten Bewältigungsstrategien dargestellt. Die drei Monate zuvor ermittelte allgemeine Lebenszufriedenheit wurde als erster Prädiktor festgelegt.

**Tabelle 13.18**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	<b>.78</b>	<b>.61</b>	<b>.61</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)	.79	.61	.00	.787
Aktive Bewältigung (t1)	.79	.63	.01	.158
Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)	.80	.64	.02	.123
Positive Neubewertung (t1)	.80	.64	.00	.718
<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>.82</b>	<b>.67</b>	<b>.03</b>	<b>.038</b>

N = 62

Wie schon zur Vorhersage der depressiven (siehe Tab. 13.10) und psychosomatischen Symptome (siehe Tab. 13.14) zum dritten Messzeitpunkt wurde für die Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“ und „Positive Neubewertung (t1)“ kein signifikantes Ergebnis ermittelt, jedoch ist die Bewältigungsstrategie „Akzeptanz (t1)“ mit  $p < .038$  wieder ein signifikanter Prädiktor. Das Ausmaß der Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt klärt weitere 3% der Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit neun Monate nach dem Todesereignis auf. Die „Akzeptanz (t1)“ klärt einen Teil der Varianz auf, der nicht durch die drei Monate

vorher bestehende allgemeine Lebenszufriedenheit oder durch einen anderen erfassten Bewältigungsstil aufgeklärt werden kann.

In einer weiteren hierarchischen Regressionsanalyse wurden die zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Bewältigungsstrategien als Prädiktoren zur Vorhersage der zum dritten Messzeitpunkt ermittelten allgemeinen Lebenszufriedenheit einbezogen. Die allgemeine Lebenszufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt wurde als erster Prädiktor festgelegt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13.19 dargestellt.

**Tabelle 13.19**

*Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Positive Neubewertung (t2)“ und „Akzeptanz (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable*

<b>Prädiktoren</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup>-Zuwachs</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)</b>	<b>.78</b>	<b>.61</b>	<b>.61</b>	<b>.001</b>
Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)	.79	.62	.00	.467
Aktive Bewältigung (t2)	.79	.62	.00	.510
<b>Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)</b>	<b>.82</b>	<b>.67</b>	<b>.05</b>	<b>.004</b>
Positive Neubewertung (t2)	.82	.68	.00	.456
Akzeptanz (t2)	.82	.68	.00	.714

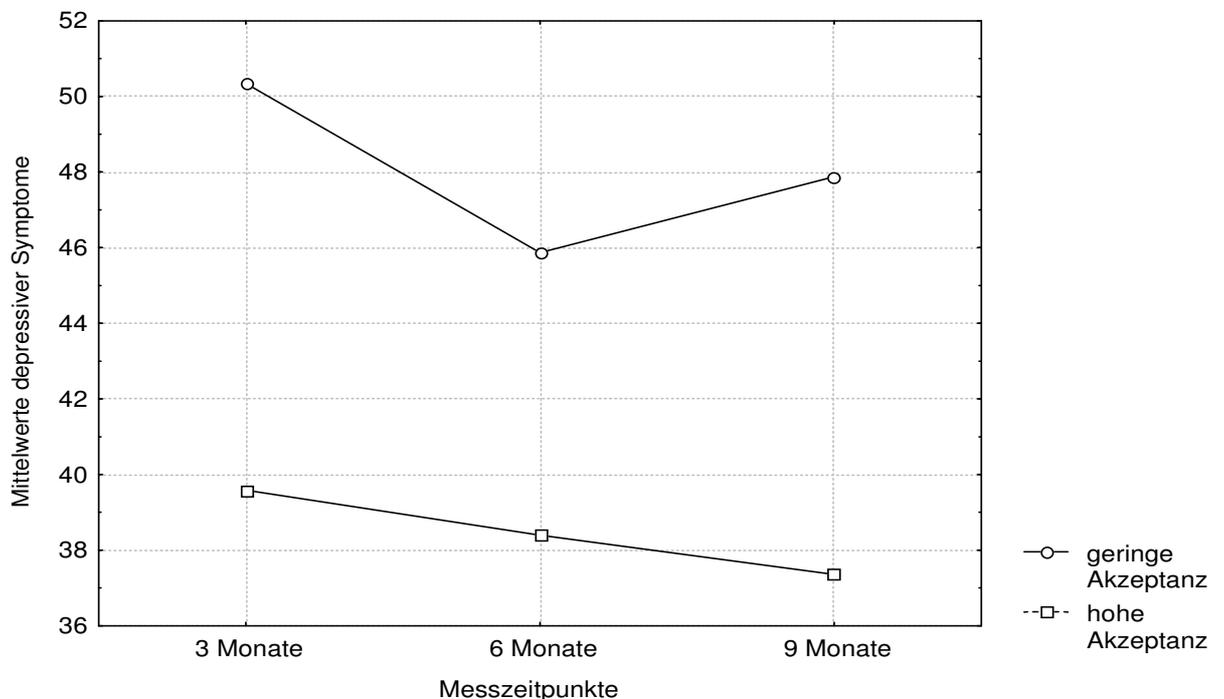
N = 62

In der Tabelle 13.19 ist zu sehen, dass die Bewältigungsstrategie „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“ zu einer zusätzlichen Varianzaufklärung von 5% führt. Unter Berücksichtigung der ermittelten Partialkorrelation („Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ auspartialisiert) von  $r = -.31$  zwischen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ lässt sich festhalten, dass eine intensivierete Aufmerksamkeitsfokussierung auf eigene Gefühle

drei Monate vorher eine Verschlechterung der allgemeinen Lebenszufriedenheit vorhersagen lässt.

### ***13.6 Verlaufsdarstellung depressiver Symptome von Personen mit hoher Akzeptanz versus Personen mit niedriger Akzeptanz***

Da die depressive Symptomatik ein sich veränderndes Maß während des Trauerverlaufs ist (siehe Kap. 9) und die Akzeptanz eine bedeutsame Variable zur Vorhersage der Veränderung depressiver Symptomatik (siehe Tab. 13.10 - 13.11) darstellt, wird der Verlauf depressiver Symptome getrennt für Personen mit hoher Akzeptanz und Personen mit niedriger Akzeptanz in der Abbildung 13.1 gesondert abgebildet. Die Einteilung in die beiden Gruppen erfolgte am Median der Summenwerte der Skala „Akzeptanz“ des COPE (Md = 14). Anfänglich befanden sich 31 Personen in der Gruppe mit niedriger Akzeptanz und 35 Personen in der Gruppe mit hoher Akzeptanz. Letztlich haben 28 Personen bzw. 33 Personen über alle Messzeitpunkte die Ausprägung depressiver Symptome angeben und sind in die Berechnung eingegangen.



**Abbildung 13.1** Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners getrennt für Personen mit hoher und geringer Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt

Eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung ergibt, dass der Haupteffekt „Akzeptanz“ mit  $F(1;59) = 21.32$  und  $p < .001$  deutlich signifikant ist. Personen mit einer höheren Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt geben im Verlauf weniger depressive Symptome an als Personen, die den Tod des Partners drei Monate nach dem Verlust schlechter akzeptieren können. Ebenfalls signifikant ist der Haupteffekt „Zeit“ mit  $F(2;118) = 5.19$  und  $p < .007$ . Die depressive Symptomatik lässt sowohl bei Personen, die den Tod besser akzeptieren können, als auch bei Personen, die den Tod schlechter akzeptieren können, mit der Zeit nach. Die Abbildung 13.1 weist darauf hin, dass die depressive Symptomatik bei Personen, die den Tod weniger gut akzeptieren können, zwischen dem sechsten und neunten Monat wieder ansteigt und dass diese Personen somit einen anderen Verlauf zeigen, als Personen, die den Tod besser akzeptieren können. Eine Wechselwirkung zwischen Zeit und Akzeptanz ist mit  $F(2;118) = 1.89$  und  $p < .156$  jedoch nicht signifikant.

### ***13.7 Überprüfung des Verlusts von finanziellen Ressourcen als möglichem Einflussfaktor auf die Akzeptanz***

Die finanzielle Verschlechterung wurde als ein bedeutender Prädiktor für das Ausmaß der abhängigen Variablen ermittelt und es bleibt offen, inwieweit die Schwierigkeiten, die Situation so zu akzeptieren wie sie ist, darauf zurückzuführen sind, wie sehr man mit einer finanziellen Verschlechterung konfrontiert ist. Um zu überprüfen, inwieweit das Ausmaß der Akzeptanz ein Ausdruck dessen ist, mit wie vielen finanziellen Verlusten die Betroffenen umgehen müssen, und inwieweit somit die signifikanten Zusammenhänge zwischen der „Akzeptanz (t1)“ und den abhängigen Variablen auf den Verlust von finanziellen Ressourcen zurückzuführen sind und somit weniger als Reaktion auf den Verlust des Partners zu verstehen sind, wurden entsprechende Partialkorrelationen durchgeführt. Die Berechnungen erfolgten mit Statistica 5.5. Fehlende Daten wurden fallweise ausgeschlossen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgesetzt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 13.20 dargestellt.

**Tabelle 13.20**

Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde der „Verlust finanzieller Ressourcen (t1)“

		Akzeptanz (t1)	Akzeptanz (t1) - Verlust finanzieller Ressourcen (t1)
<b>N = 61</b>			
<b>Depressive Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>-.66*</b>	<b>-.65*</b>
	<b>t2</b>	<b>-.53*</b>	<b>-.49*</b>
	<b>t3</b>	<b>-.62*</b>	<b>-.60*</b>
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>-.34*</b>	<b>-.29*</b>
	<b>t2</b>	<b>-.26*</b>	<b>-.20</b>
	<b>t3</b>	<b>-.49*</b>	<b>-.45*</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	<b>t1</b>	<b>.36*</b>	<b>.31*</b>
	<b>t2</b>	<b>.29*</b>	<b>.22</b>
	<b>t3</b>	<b>.41*</b>	<b>.36*</b>

\* =  $p < .05$

Aus der Tabelle 13.20 wird deutlich, dass die Zusammenhänge zwischen „Akzeptanz (t1)“ und den abhängigen Variablen nicht bedeutsam von der einflussreichsten Ressourcenvariable „Verlust finanzieller Ressourcen (t1)“ beeinflusst werden. Der Zusammenhang der Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt mit der Höhe der depressiven Symptomatik, der psychosomatischen Symptomatik und der allgemeinen Lebenszufriedenheit scheint somit unabhängig von dem Verlust finanzieller Ressourcen zu sein.

### **13.8 Akzeptanz als Mediator für den Einfluss des Optimismus auf die depressive Symptomatik**

Inwieweit die Zusammenhänge des Optimismus mit den abhängigen Variablen (siehe Tab. 11.2) auf die angewandten Bewältigungsstrategien zurückzuführen sind, ist aus der Tabelle 13.21 ersichtlich. Aus den Korrelationen des Optimismus wurde zum

einen alle zum ersten Messzeitpunkt erfassten Coping-Variablen und zum anderen gesondert das Ausmaß der Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt auspartialisiert.

**Tabelle 13.21**

*Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Persönlichkeitsvariable „Optimismus“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde „Akzeptanz (t1)“ und getrennt davon alle Coping-Variablen „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ gemeinsam.*

		<b>Optimismus</b>	<b>Optimismus – Akzeptanz (t1)</b>	<b>Optimismus - alle fünf Coping-Variablen (t1)</b>
<b>N = 61</b>				
<b>Depressive Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>-.31*</b>	-.08	-.07
	<b>t2</b>	<b>-.34*</b>	-.18	-.18
	<b>t3</b>	<b>-.38*</b>	-.20	-.19
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>t1</b>	-.25	-.13	-.10
	<b>t2</b>	<b>-.35*</b>	<b>-.27*</b>	-.25
	<b>t3</b>	<b>-.35*</b>	-.20	-.20
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	<b>t1</b>	<b>.47*</b>	<b>.39*</b>	<b>.33*</b>
	<b>t2</b>	<b>.38*</b>	<b>.31*</b>	.23
	<b>t3</b>	<b>.36*</b>	.24	.20

\* =  $p < .05$

Bis auf eine Korrelation zwischen der „Allgemeinen Lebenszufriedenheit (t1)“ und „Optimismus“ werden alle signifikanten Korrelationen nicht-signifikant, wenn der Einfluss der erfassten Bewältigungsstrategien auspartialisiert wird. Der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Ausprägung von Symptomen während der Trauerphase ist also unter Berücksichtigung der angewandten Bewältigungsstrategien zu sehen. Allein die Auspartialisierung der „Akzeptanz (t1)“ führt zu einer sichtbaren Reduktion der Zusammenhänge zwischen „Optimismus“ und den abhängigen Variablen. Vor

allein mit der Ausprägung depressiver Symptome, welche sich im Verlauf der Trauer signifikant verändern (siehe Abb. 9.1), bestehen keine bedeutsamen Zusammenhänge mit „Optimismus“ mehr, wenn die Akzeptanz auspartialisiert wird.

Dass die Zusammenhänge der Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt mit allen abhängigen Variablen auch weitgehend unbeeinflusst von der Ausprägung des Optimismus sind, können weitere Partialkorrelationen zeigen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13.22 aufgeführt.

**Tabelle 13.22**

*Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde die Persönlichkeitsvariable „Optimismus“*

<b>N = 61</b>		<b>Akzeptanz (t1)</b>	<b>Akzeptanz (t1) - Optimismus</b>
		<b>Depressive Symptome</b>	<b>t1</b>
	<b>t2</b>	<b>-.53*</b>	<b>-.46*</b>
	<b>t3</b>	<b>-.62*</b>	<b>-.56*</b>
<b>Psychosomatische Symptome</b>	<b>t1</b>	<b>-.34*</b>	<b>-.28*</b>
	<b>t2</b>	<b>-.26*</b>	<b>-.15</b>
	<b>t3</b>	<b>-.49*</b>	<b>-.41*</b>
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	<b>t1</b>	<b>.36*</b>	<b>.22</b>
	<b>t2</b>	<b>.29*</b>	<b>.17</b>
	<b>t3</b>	<b>.41*</b>	<b>.31*</b>

\* =  $p < .05$

Während die Zusammenhänge von Optimismus mit der depressiven Symptomatik durch die Höhe der Akzeptanz bedeutsam beeinflusst werden (siehe Tab. 13.21), sind die Zusammenhänge der Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt mit dem Ausmaß depressiver Symptome weitgehend unabhängig vom situationsübergreifenden

Optimismus. Wie die Tabelle 13.22 zeigt, scheint der Einfluss des Optimismus eher auf die allgemeine Lebenszufriedenheit gegeben zu sein.

### ***13.9 Zusammenfassung der Bedeutung der Bewältigungsstrategien im Trauerverlauf***

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Akzeptanz die zentrale Coping-Variable im Trauerverlauf ist. Akzeptanz hängt nicht nur mit den abhängigen Variablen signifikant zusammen (siehe Tab. 13.4 – 13.5) und ist ein signifikanter Prädiktor zur Vorhersage depressiver Symptome (siehe Tab. 13.8), psychosomatischer Symptome (siehe Tab. 13.12) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 13.16) drei Monate nach Verlust des Ehepartners. Sie sagt auch einen bedeutsamen Teil der Veränderungen der psychosomatischen Symptome (siehe Tab. 13.14) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit (siehe Tab. 13.18) zwischen dem sechsten und neunten Monat nach Verlust des Ehepartners voraus. Ausschließlich die Akzeptanz ist unter den erfassten Coping-Variablen ein signifikanter Prädiktor zur Vorhersage von Veränderungen depressiver Symptome zwischen dem sechsten und neunten Monat nach dem Todesereignis (siehe Tab. 13.10 - 13.11). Die Regressionsanalysen machten deutlich, dass der durch die Erfassung der Akzeptanz gewonnene Informationsgehalt nicht durch eine andere Coping-Variable ersetzt werden kann.

Zwar konnten auch Zusammenhänge zwischen einer positiven Neubewertung und den abhängigen Variablen festgestellt werden (siehe Tab. 13.4 - 13.5), jedoch stellt die Akzeptanz die Voraussetzung dar, dass solche Zusammenhänge ermittelt werden können (siehe Tab. 13.7). Die Akzeptanz scheint der zentrale Wirkfaktor der Optimisten während der Trauerphasen zu sein (siehe Tab. 13.21).

Eine aktive Bewältigung oder das Aufsuchen instrumenteller Unterstützung hingegen spielt bei Verlust des Partners keine bedeutsame Rolle.

Wenn Hinterbliebene sehr ihre Aufmerksamkeit auf ihre Gefühle richten und ihre Gefühle ausdrücken, dann ist dieses Verhalten ein Indikator dafür, wie sehr die betroffene Person emotional belastet ist. Vor allem zur depressiven Symptomatik konnten diesbezüglich Zusammenhänge ermittelt werden (siehe Tab. 13.4 - 13.5). Diese Variable hat auch einen Einfluss darauf, wie sich die allgemeine Lebenszufriedenheit im weiteren Trauerverlauf entwickelt (siehe Tab. 13.19).

### III Ergebnisse – 13. Der Einfluss von Bewältigungsstrategien auf den Verlauf der Trauer

Insgesamt muss auch festgehalten werden, dass die Bewältigungsstrategien nicht unmittelbar den Trauerverlauf zu beeinflussen scheinen. Ausschließlich Veränderungen zwischen dem sechsten und neunten Monat konnten durch die Bewältigungsstrategien vorhergesagt werden (siehe Tab. 13.10, Tab. 13.11, Tab. 13.14, Tab. 13.18 & Tab. 13.19), jedoch keine Veränderungen der abhängigen Variablen zwischen dem dritten und sechsten Monat.

## IV Diskussion

### *14. Interpretation der Ergebnisse*

#### *14.1 Darstellung und Erläuterung der signifikanten Ergebnisse*

Die Akzeptanz ist der zentrale Faktor erfolgreicher Trauerbewältigung (siehe Kap.13.9). Das hervorstechendste Ergebnis dieser Studie ist, dass an der Fähigkeit des Hinterbliebenen, den Tod des Partners akzeptieren zu können am besten zu erkennen ist, wie weit der Hinterbliebene mit der Verlustbewältigung vorangeschritten ist. Wenn ein Hinterbliebener die Frage, ob er den Tod des Partners akzeptieren könne, mit ja beantwortet, dann ist das ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Trauerarbeit weit fortgeschritten ist. Demgegenüber werden Personen, die auch über lange Zeit den Tod des Partners nicht akzeptieren können, weiterhin in der Trauer verhaftet bleiben. Hinterbliebene, die auch über Jahre hinweg an der Existenz des Partners festhalten wollen, werden es voraussichtlich besonders schwer haben, ihre Trauer zu überwinden.

Optimisten zeigen sich bei Verlust des Partners weniger belastet als Pessimisten (siehe Kap. 11.5). Deutlich wird jedoch auch, dass die Überlegenheit der Optimisten durch die Akzeptanz vermittelt wird (siehe Kap. 13.8). Optimisten scheint es leichter zu fallen, diese Akzeptanz bei Verlust des Partners aufbringen zu können. Wenn jedoch ein Hinterbliebener in der konkreten Situation bei Verlust des Partners eine höhere Akzeptanz aufbringen kann, dann spielt es für den Trauerverlauf keine bedeutsame Rolle mehr, ob der Hinterbliebene eine grundsätzlich optimistische Person ist.

Der Verlust finanzieller Ressourcen stellt für Betroffene einen bedeutsamen weiteren Belastungsfaktor dar, der bei dem Tod des Partners zusätzlich auftritt (siehe Kap. 12.7).

Es bestehen zwar Geschlechtsunterschiede (siehe Kap. 10.4), da jedoch keine Ausgangswerte ermittelt wurden, kann nicht gesagt werden, dass vor allem Frauen stärker unter dem Verlust leiden. Frauen geben grundsätzlich mehr depressive Symptome an. Dilling, Mombour und Schmidt geben an, dass „einzelne Episoden und anhaltende Depressionen (...) in vielen Kulturkreisen bei Frauen doppelt so häufig vor[kommen] wie bei Männern“ (2005, S.145). Stroebe & Stroebe (1983) konnten aufgrund zahlreicher Studien in ihrem Review feststellen, dass sofern Kontrollgruppen

während des Verlaufs berücksichtigt wurden und ein Unterschied festgestellt wurde, es die Männer sind, die unter dem Tod des Ehepartners stärker leiden.

#### ***14.2 Kritische Reflexion der Methodik und Gestaltungshinweise***

Eine methodische Einschränkung in dieser Studie lag darin, dass keine Werte vor dem Tod des Partners erfasst werden konnten. So lassen sich bei fehlendem Ausgangswert auch die ermittelten Geschlechtsunterschiede nur eingeschränkt interpretieren. Um Daten schon vor dem Tod des Partners erfassen zu können, wäre wie in der Studie von Bonanno et al. (2002) verwirklicht eine breit angelegte Längsschnittstudie mit vielen Teilnehmern, die potentiell in den kommenden Jahren ihren Partner verlieren werden, notwendig. Dies wäre mit einem deutlich höheren finanziellen Aufwand verbunden. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, wissenschaftliche Forschung in Hospizen zu integrieren. Den Teilnehmern würde dann ein Fragebogen mitgegeben, wenn diese ihren Ehepartner ins Hospiz bringen. Eine solche Forschung würde eine Akzeptanz sowohl von den Teilnehmern als auch von den Hospizen erfordern. Aber auch dieses Vorgehen würde Einschränkungen mit sich bringen, da nur eine selektive Stichprobe erfasst werden kann. Ausschließlich Teilnehmer, die auf den Tod des Partners weitgehend vorbereitet sind, und überproportional ältere Menschen würden teilnehmen.

Zwar ist die Befragung der Teilnehmer drei Monate nach dem Tod des Partners in dieser Studie schon zeitnah, doch dass innerhalb der ersten drei Monate keine weiteren Werte erfasst wurden, stellt eine Limitierung der Studie dar. In dieser Studie konnten die größten Veränderungen trauerrelevanter Symptome zwischen dem dritten und sechsten Monat festgestellt werden (siehe Kap. 9.2). Die deutlichsten Veränderungen bei den meisten Betroffenen scheinen somit innerhalb des ersten halben Jahres nach Verlust des Partners stattzufinden. Dies mag auch erklären, weshalb Bonanno et al. (2002) in ihrer breit angelegten Studie bei nahezu jedem zweiten Trauernden über den gesamten Verlauf keine auffälligen Depressionswerte ermitteln konnten. Erste Messungen nach Tod des Partners wurden in jener Studie erst sechs Monate nach dem Verlust durchgeführt. Jedoch auch diese Studie gibt keinen Aufschluss darüber, wie die Trauer innerhalb der ersten drei Monate verläuft.

Um hier Fortschritte erzielen zu können, müssten einerseits Studienleiter bereit sein, Kontakt mit Betroffenen in dieser frühen Phase der Trauer aufzunehmen und zu

einer wissenschaftlichen Arbeit zu motivieren. Schon diesbezüglich wurden in der Durchführung dieser Studie Vorbehalte deutlich, die selbst erfahrene Sterbe- und Trauerbegleiter in Hospizen haben. Potentielle Teilnehmer wurden nicht angesprochen, da die erste Phase der Trauer ausschließlich dem engen Familienkreis vorbehalten werden sollte und nicht durch eine wissenschaftliche Studie in die Privatsphäre eingedrungen werden sollte. Andererseits haben auch Studienteilnehmer zurückgemeldet, dass nicht nur die emotionale Belastung aufgrund des Verlusts ein Grund sein könnte, weshalb Hinterbliebene von einer Studienteilnahme zurückweichen könnten. Einige Teilnehmer haben rückgemeldet, dass man als Hinterbliebener innerhalb der letzten drei Monate schon einige Formulare und Fragebogen aufgrund behördlicher Notwendigkeiten habe ausfüllen müssen und deshalb Hinterbliebene das Interesse verlieren könnten, eine so umfangreiche Fragebogenbatterie freiwillig ausfüllen zu wollen. Auch hier könnten zusätzliche finanzielle Anreize für Teilnehmer hilfreich sein. Letztlich müssen noch Erfahrungswerte gesammelt werden, inwieweit eine zeitnahe Erfassung von Daten innerhalb der ersten drei Monate nach dem Tod des Partners umsetzbar ist.

Deutlich gemacht werden muss auch, dass mit den Fragebogen zur Erfassung der Ressourcenverluste keine konstruktvalidierten Fragebogen eingesetzt werden konnten. Die Fragebogen zur Erfassung der sozialen Ressourcenveränderungen, der finanziellen Ressourcenverluste und der Qualität der verlorenen Beziehung wurden nach Literaturrecherche mit augenscheinvaliden Items selbst erstellt. Wenn zukünftig entsprechende validierte Fragebogen zur Verfügung stehen, sollten diese verwendet werden.

In der Studie konnte kein bedeutsamer Einfluss der Qualität der verlorenen Beziehung auf den Trauerverlauf ermittelt werden. Während der Auswertung des Beziehungsfragebogens BF ist der Eindruck entstanden, dass die meisten Teilnehmer die Beziehung als äußerst positiv beschreiben. Es bleibt offen, ob nicht eine unbewusste Tendenz bestanden hat, die Beziehung nach dem Tod des Partners positiver zu bewerten als sie tatsächlich war. Gründe könnten eine selektive Wahrnehmung von positiven Aspekten der Beziehung oder eine soziale Erwünschtheit, über Tote nicht schlecht sprechen zu wollen, sein. Bonanno et al. (2002), die schon vor dem Tod des Partners Daten erhoben haben, konnten zumindest einen Einfluss einer besonders schlechten Beziehung auf den darauffolgenden Trauerverlauf ermitteln. Personen, die

vor dem Tod des Partners äußerst schlechte Bewertungen abgaben, zeigten sechs und 18 Monate nach dem Tod des Partners weniger depressive Symptome als noch vor dem Tod des Partners.

Möglich ist auch, dass nicht die Qualität der Beziehung, sondern die Intensität der Bindung zum verstorbenen Partner bei der Verlustbewältigung von größerer Bedeutung ist. Wie im Buch zur komplizierten Trauer von Znoj (2004) beschrieben, wird häufig in der Literatur von Unterschieden in der Qualität der Beziehung gesprochen, wenn die Trauer um den Partner oder um die eigenen Kinder mit der Trauer um entferntere Bekannte verglichen wird. Bedeutsam kann jedoch vor allem die Intensität der Bindung sein. Eine symbiotische Abhängigkeit wurde in der Studie nicht erfasst. Ob eine bestandene Abhängigkeit zum verstorbenen Partner ausschlaggebend für den weiteren Trauerverlauf ist, müsste ebenfalls eine weitere Studie zeigen.

### ***14.3 Generalisierbarkeit der Ergebnisse***

Insgesamt kann von einer ausreichend guten Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung ausgegangen werden. Da die Stichprobe vorrangig über die Auswertung von Todesanzeigen über nahezu ganz Deutschland gewonnen wurde, stellt die Stichprobe und deren Merkmalsverteilung im Ganzen einen Abriss der tatsächlich eintretenden Todesereignisse dar. Durch dieses Vorgehen haben jedoch mehr Frauen als Männer teilgenommen und der Einfluss der Frauen auf das Gesamtergebnis ist größer als der Einfluss der Männer. Um Unterschiede in den Trauerverläufen zwischen Frauen und Männern festmachen zu können, sollte die Gruppe der männlichen Hinterbliebenen in einer weiteren Studie größer sein.

Die geringe Beteiligungsquote der angeschriebenen Hinterbliebenen macht deutlich, dass ein hohes Maß an Selbstselektion der Teilnehmer stattgefunden hat, welche voraussichtlich nicht gleichverteilt erfolgt ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass ältere Teilnehmer, die aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Verfassung Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebogen haben, unterrepräsentiert sind. Mehr ältere Teilnehmer könnten z.B. dadurch gewonnen werden, dass in Altersheimen die Fragebogen gemeinsam mit den Hinterbliebenen ausgefüllt werden. In der Studie ist mit einer geringeren Beteiligungsquote von besonders belasteten Teilnehmern ist zu rechnen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die extremen Ausprägungen der Trauer in dieser Studie unterrepräsentiert sind. Besonders emotional

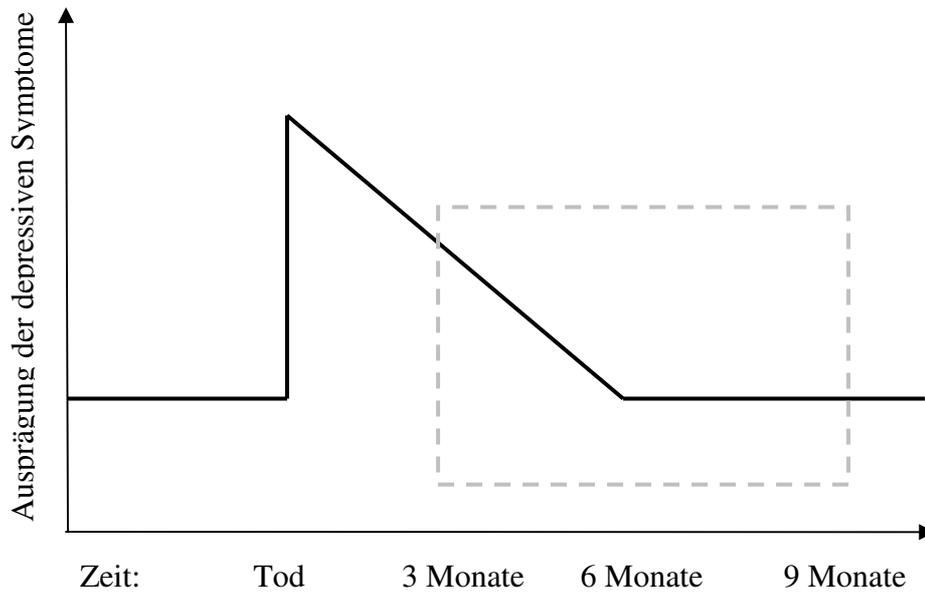
belastete Hinterbliebene könnten in der Teilnahme an der Studie eine weitere mögliche Belastung gesehen haben und diese vermieden haben.

Eine hohe Beteiligungsquote so nah nach dem Todesereignis zu erzielen, wird grundsätzlich schwer bleiben. Wenn schon vor dem Tod des Partners ein vertrauensvoller Kontakt zu den Studienteilnehmern aufgebaut werden könnte, z.B. über ein Hospiz, könnte die Anzahl der Teilnehmer voraussichtlich gesteigert werden. Jedoch ließe sich auch dadurch wie beschrieben eine Selektion nicht vermeiden. Eine weitere Möglichkeit wäre, die Zahl der Teilnehmer durch einen finanziellen Anreiz zu steigern zu versuchen. Ebenfalls könnte die Teilnehmerzahl erhöht werden, indem die Teilnehmer über weitere Schreiben an eine mögliche Teilnahme erinnert werden. Die vorliegende Studie sollte - unter Berücksichtigung dessen, dass Datenerhebungen in Deutschland bei Verlust des Partners und Datenerhebungen auf internationaler Ebene innerhalb der ersten Monate nach Verlust des Partners vernachlässigt wurden - auch die gesellschaftliche Akzeptanz für Forschungsarbeiten zu diesem Thema fördern. Die Studienteilnehmer sollten sich zu keinem Zeitpunkt bedrängt fühlen und persönliche Grenzen sollten immer akzeptiert werden.

## ***15. Anwendbarkeit psychologischer Theorien auf den Trauerverlauf***

### ***15.1 Anwendbarkeit der Set-Point-Theorie auf den Trauerverlauf***

Eine Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit konnte in dem erfassten Zeitraum in der Studie nicht festgestellt werden. Es zeigte sich jedoch, dass vor allem die depressive Symptomatik in der Trauer eine bedeutsame Variable darstellt (siehe Kap. 9.6) und eine Anpassung der depressiven Symptome über die Zeit erfolgte (siehe Kap. 9.2). Das Ergebnis der Studie lässt sich wie die folgende Abbildung 15.1 veranschaulicht mit der Set-Point-Theorie vereinbaren.



**Abbildung 15.1** *Skizzierte Darstellung des erfassten Trauerverlaufs nach dem Tod des Ehepartners im angenommenen Gesamtzusammenhang des erwarteten Trauerverlaufs nach der Set-Point-Theorie*

Die Abbildung 15.1 stellt eine vereinfachte Veranschaulichung dar, wie sich der in der Studie erfasste Trauerverlauf in einem angenommenen Gesamtzusammenhang nach der Set-Point-Theorie vorstellen lässt. Zum Zeitpunkt des Verlusts des Partners steigt die emotionale Belastung deutlich an und lässt dann mit der Zeit nach. Der in einem grauen Kasten dargestellte Verlauf lässt sich mit dem in der Studie erfassten Verlauf depressiver Symptome vereinbaren (siehe Kap. 9.2). Eine weitgehend vollständige Anpassung wäre somit bei dem durchschnittlich Trauernden nach sechs Monaten erreicht. Eine solche Interpretation kann jedoch durch diese Studie letztlich nicht vorgenommen werden, da wie schon in Kapitel 14.2 diskutiert Ausgangswerte fehlen, die rückschließen ließen, ob nach sechs Monaten tatsächlich das Ausgangsniveau schon erreicht ist. Auch bleibt der Verlauf innerhalb der ersten drei Monate nach Verlust des Partners in dieser Studie unbekannt. Dass die Trauersymptomatik in den ersten drei Monaten ausgeprägter ist als in den folgenden drei Monaten, bleibt eine aus der Set-Point-Theorie generierte Vermutung.

### ***15.2 Anwendbarkeit des Konzepts des Optimismus nach Carver und Scheier auf den Trauerverlauf***

Die abgeleiteten Annahmen ließen sich bestätigen. Diese Studie ist nun ein weiterer Beleg dafür, dass Optimisten selbst unter Trauer letztlich unter weniger depressiven und psychosomatischen Symptomen leiden und eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit besitzen (siehe Kap. 11.2). Die positiven Zusammenhänge zwischen Optimismus und psychischer und körperlicher Gesundheit konnten bereits 1987 (Carver & Gaines, Scheier & Carver) belegt werden.

Scheier & Carver (1987) stellten fest, dass Optimisten häufiger emotionsregulierende Bewältigungsstrategien wie Akzeptanz verwendeten, sofern die Personen die Situation als unkontrollierbar erlebten. Auch in dieser Studie, in der die Bewältigung des Verlusts des Ehepartners als nicht mehr veränderbares Ereignis untersucht wurde, konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen Optimismus und Akzeptanz festgestellt werden (siehe Kap. 11.2). Der Zusammenhang des Optimismus mit geringeren trauerrelevanten Symptomen wurde über die Akzeptanz vermittelt (siehe Kap. 13.8). Die Akzeptanz hat sich auch als der hilfreichste Bewältigungsstil herausgestellt (siehe Kap. 13.9). Optimisten zeigten jedoch auch häufiger eine positive Neubewertung (siehe Kap. 11.2). Carver, Scheier und Weintraub konnten 1989 ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Optimismus und positiver Neubewertung feststellen. Im Ganzen konnten somit die bisherigen aus der Stressforschung gewonnen Erkenntnisse bezüglich des Optimismus gut auf den Trauerverlauf übertragen werden.

### ***15.3 Anwendbarkeit des Konzepts der Handlungsorientierung nach Kuhl auf den Trauerverlauf***

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass Handlungsorientierung ebenfalls wie Optimismus bei Verlust des Partners mit günstigeren Werten bzgl. der psychischen Gesundheit zusammenhängt. Handlungsorientierte zeigten geringere depressive Symptome und eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit als lageorientierte Menschen (siehe Kap. 11.2). Deutliche Zusammenhänge der psychosomatischen Symptomatik, wie sie mit Optimismus bestehen, bestehen mit der Handlungsorientierung jedoch nicht. Auch konnte Optimismus häufiger als Handlungsorientierung als signifikanter Prädiktor zur Vorhersage der abhängigen Variablen ermittelt werden (siehe Kap. 11.5). Es scheint, dass Handlungsorientierung

grundsätzlich einen eher positiven Einfluss hat, dass allerdings die Stärken der Handlungsorientierten bei dem Tod des Partners weniger zum Tragen kommen. Der Tod des Partners ist eine Situation, die nicht mehr verändert werden kann. Handlungsorientierte wenden in der Trauerphase nicht mehr aktive Bewältigung an als lageorientierte Menschen (siehe Kap. 11.2). Eine aktive Bewältigung steht bei der Verlustbewältigung mit keiner abhängigen Variablen im Zusammenhang (siehe Kap. 13.3), so dass eine aktive Bewältigung auch nicht hilfreich erscheint. Eine allgemeine positive Ergebniserwartung, so wie sie die Optimisten haben, die nicht vom eigenen Handeln abhängen muss, zeigt sich im Trauerverlauf als insgesamt bedeutsamer.

#### ***15.4 Anwendbarkeit des Stressmodells nach Lazarus auf den Trauerverlauf***

Das Stressmodell nach Lazarus (Lazarus und Folkman, 1984) hat sich gut zur Vorhersage des Trauerverlaufs bei Verlust des Ehepartners anwenden lassen. Die aus dem Stressmodell generierten Hypothesen ließen sich durch die Studie mit trauernden Menschen bestätigen. Im Sinne des „goodness of fit“ – Modells (Folkman et al., 1979) wurde vorhergesagt, dass zwar in kontrollierbaren Situationen problemzentrierte Bewältigungsstrategien wirksam sind, jedoch in unkontrollierbaren Situationen besonders emotionszentrierte Strategien wirksam sind. Da auch der Tod des Lebenspartners eine Tatsache darstellte, die nicht mehr zu korrigieren ist, wurde erwartet, dass sich emotionszentrierte Bewältigungsstrategien als effektiver erweisen. Die Studie zeigte, dass sich bei der Bewältigung des Todes des Ehepartners emotionszentrierte Bewältigungsstrategien überlegener zeigten als handlungsorientierte (siehe Kap. 13.9). Vor allem die Coping-Variablen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ standen mit geringeren Belastungssymptomen im Zusammenhang (siehe Kap. 13.3). Es wurde ebenfalls erwartet, dass die Fähigkeit zur Akzeptanz in der Verlustbewältigung von besonderer Bedeutung ist (Worden, 1987) und dass erst darauffolgend andere Bewältigungsstrategien wirksam sein können. Die Anstrengungen würden sich dann nicht vergeblich auf eine Wiedererlangung des alten Zustandes richten. Die Lebenssituation ohne Anwesenheit des Partners würde dann eine Ausgangssituation darstellen, die unterschiedliche Richtungen der Entwicklung zulässt. Diese Studie hat Hinweise dafür gegeben, dass die Akzeptanz eine Voraussetzung dafür darstellt, dass weitere Bewältigungsstrategien positiv wirksam sein können. Eine positive Neubewertung der Situation stand nur in Abhängigkeit von einer

akzeptierenden Haltung mit geringen Belastungssymptomen im Zusammenhang (siehe Kap. 13.4). Andere Bewältigungsstrategien zeigten in dem erfassten Zeitraum, die letzte Messung der Bewältigungsstrategien erfolgte sechs Monate nach dem Todesereignis, noch keine positiven Effekte (siehe Kap. 13.9).

### ***15.5 Anwendbarkeit des Ressourcen-Konservierungs-Modells nach Hobfoll auf den Trauerverlauf***

Die aus dem Ressourcen-Konservierungs-Modell (Hobfoll, 1988, 1989) generierten Vorhersagen ließen sich in dieser Studie mit Einschränkungen auf den Trauerverlauf übertragen. Das Ausmaß von Ressourcenverlusten konnte teilweise das Ausmaß der Belastungssymptome vorhersagen (siehe Kap. 9.2, Kap. 12.7).

Unter der Annahme, dass Ressourcenverluste psychischen Stress auslösen (Resick, 2001) und die Beziehung zum Ehepartner eine Ressource darstellt, wurde erwartet, dass der Tod des Partners bei dem hinterbliebenen Partner zu einer Erhöhung von Belastungssymptomen führt. In der Studie konnten drei Monate nach dem Tod des Ehepartners höhere Depressionswerte als sechs oder neun Monate nach dem Verlust ermittelt werden (siehe Kap. 9.2). Das weist darauf hin, dass die erhöhten Depressionswerte im Zusammenhang mit dem Verlust der Beziehung stehen und der Verlust einer bedeutsamen Ressource wie erwartet zu erhöhtem Stress führt.

Mit dem Verlust finanzieller Ressourcen konnte ein weiterer bedeutender Ressourcenverlust identifiziert werden, der mit dem Tod des Partners verbunden ist. Drei Monate nach dem Tod des Partners gaben nur 18 der 66 Studienteilnehmer an, dass sich ihre finanzielle Situation nicht verschlechtert habe (siehe Anhang A3). Wie erwartet führten somit auch weitere Ressourcenverluste zu zusätzlichem Stress. Mit dem Verlust finanzieller Ressourcen konnte ein weiterer Teil der Entwicklung der Belastungssymptome vorhergesagt werden (siehe Kap. 12.7).

Da im Sinne der Ressourcen-Konservierungs-Theorie Menschen Ressourcen investieren müssen, um sich von Verlusten erholen zu können (Hobfoll, 2001), wurde bezüglich der Verlustbewältigung bei dem Tod des Partners erwartet, dass Trauernde Ressourcen mobilisieren, um den Verlust besser bewältigen können. Zwar scheinen die Hinterbliebenen durch den Ausdruck ihrer Trauer wie erwartet vermehrt soziale Unterstützung mobilisieren zu wollen, die sie tatsächlich auch erfahren (siehe Kap. 12.7), jedoch konnte nicht der erwartete Zusammenhang zwischen der Steigerung

sozialer Unterstützung und dem Ausmaß von Belastungssymptomen ermittelt werden. Es muss diskutiert werden, ob sich soziale Kontakte tatsächlich positiv bei dem Tod des Ehepartners auf den Trauerverlauf auswirken. Zautra, Reich und Guarnaccia stellten schon in ihrer Studie 1990 fest, dass sich durch alltägliche positive Ereignisse, z.B. durch Treffen mit Freunden oder dem Besuch einer Veranstaltung, die Trauer nicht bedeutsam lindern lässt.

Es ist nicht auszuschließen, dass die verfügbaren sozialen Kontakte von Witwen und Witwer zu einem gewissen Maße auch zur Aufrechterhaltung der Trauerreaktion beitragen können. Der positive Zusammenhang zwischen der Coping-Variable „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ und vermehrter sozialer Unterstützung (siehe Kap. 12.4) ließe sich auch in der Richtung verstehen, dass vermehrte soziale Kontakte dazu führen, dass Hinterbliebene sich vermehrt mit der eigenen Gefühlslage auseinandersetzen und diese ausdrücken, wenn z.B. Freunde nach der Befindlichkeit des Hinterbliebenen fragen und sich lange Zeit nehmen, um den Gefühlen und der Verzweiflung des Hinterbliebenen Raum zu geben. Diese Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Gefühlslage, die mit einer sozialen Unterstützung verbunden sein kann, kann insbesondere bei Verlust des Ehepartners zutreffen. Viele wichtige soziale Kontakte wie Kinder oder Freunde des Ehepaars sind ebenfalls von dem Tod des Partners betroffen, leiden unter dem Verlust und können Auslöser für eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf das eigene Leid sein. Immer mehr Forschungsergebnisse entsprechen nicht der Vorstellung, dass das bewusste Zuwenden und Ausleben des eigenen Leids eine positive Wirkung besitzt. Im Gegenteil werden sogar vermehrt positive Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und dem verbalen Vermeiden emotionaler Inhalte ermittelt (Bonanno, Keltner, Holen & Horowitz, 1995). Bonanno und Kaltman (1999) halten fest, dass das Vermeiden von Gefühlsreaktionen nach einem Verlustereignis adaptiv sei. Das scheint auch langfristig, für einen Zeitraum von zwei Jahren nach dem Verlust zu gelten (Bonanno, Znoj, Siddique & Horowitz, 1999). Auch in dieser Studie standen die Hinwendung auf und der Ausdruck von Gefühlen mit höheren Depressionswerten im Zusammenhang (siehe Kap. 13.3). Es wird diskutiert, dass nicht grundsätzlich die Vermeidung von Gefühlen, sondern das Auflösen einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf negative Gefühle und die damit verbundene Aufmerksamkeitslenkung auf positive Gefühle und das Zulassen positiver Gefühle sich günstig auf die Gesundheit auswirken (Znoj, 2004). Letztlich

bleibt es jedoch noch in weiteren Studien mit Hilfe differenzierter Fragebogen zu klären, welche Aspekte sozialer Unterstützung sich tatsächlich günstig und welche sich ungünstig auf den Trauerverlauf auswirken.

## ***16. Hinweise auf Hilfsmöglichkeiten bei Trauer***

### ***16.1 Mögliche Prävention von besonderen Belastungen bei Verlust des Partners***

In dieser Studie konnte der Verlust finanzieller Ressourcen als ein zusätzlicher Belastungsfaktor ermittelt werden, der häufig mit dem Verlust des Ehepartners verbunden ist und der einen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat (siehe Kap. 12.7). Es ist somit ratsam noch zu Lebzeiten über die finanzielle Absicherung des Hinterbliebenen und über aufkommende finanzielle Belastungen bei Tod des Partners zu sprechen. Während dieser Studie hat es vielseitige Rückmeldungen von Teilnehmer gegeben, in welcher Form eine finanzielle Belastung bestehen kann. Wenn man als Hinterbliebener nicht weiß, was seinem verstorbenen Partner an einer Beerdigung wichtig ist, wird man eher, um nicht die Würde des Partners zu verletzen, geneigt sein, kostspieligere Entscheidungen zu treffen (z.B. bezüglich des Grabsteins, des Grabschmuckes und der Feierlichkeit). In Deutschland ist grundsätzlich eine Beerdigung vorgesehen. Diese ist kostspieliger als eine Feuerbestattung. Sofern sich ein Partner eine Feuerbestattung wünscht, sollte er dies zu Lebzeiten festhalten. Ein Teilnehmer klagte darüber, dass das Erbrecht vorsieht, dass auch bei Tod eines Elternteils die Kinder grundsätzlich ein Anrecht auf einen Anteil des Erbes haben. Dies kann dazu führen, dass das Eigenheim, in dem der Hinterbliebene lebt, verkauft werden muss, wenn keine Einigung mit den Kindern erzielt werden kann. Auch dies kann noch zu Lebzeiten anders festlegt werden.

Frauen sehen sich stärker als Männer mit einer finanziellen Verschlechterung bei dem Tod des Partners konfrontiert (siehe Kap. 10.4). Frauen scheinen weiterhin häufiger vom Einkommen des Mannes abhängig zu sein als Männer vom Einkommen der Frauen. Auch die Altersversorgung der Frau kann bei fehlendem eigenem Einkommen deshalb unzureichend sein. Auch dies sollte zu Lebzeiten mit dem Partner thematisiert werden. Eine Hinterbliebene hat berichtet, dass ihre Witwenrente weit

niedriger ausgefallen sei als erwartet, da sie nicht damit gerechnet habe, dass die Frau des Mannes aus erster Ehe vor über 20 Jahren noch einen Anspruch darauf hat.

Auch hängen für Frauen depressive Symptome stärker mit finanzieller Verschlechterung zusammen als für Männer (Kap. 12.5). Frauen könnten sich gerade dann bezüglich der Finanzen bei Verlust des Partners besonders hilflos fühlen, wenn zu Lebzeiten die finanziellen Angelegenheiten grundsätzlich vom Ehemann geregelt wurden. Es scheint somit auch ratsam zu sein, schon zu Lebzeiten über die einen selbst betreffenden finanziellen Angelegenheiten informiert zu sein.

Die Studie konnte zeigen, dass das Ausmaß der Belastung zu einem großen Teil dadurch bestimmt wird, wie sehr der Tod des Partners akzeptiert werden kann. Der Tod des Partners kann auch ein traumatisches Ereignis in der Hinsicht bedeuten, dass die bisher bestandene Weltansicht erschüttert wird. Während bisher weitgehend eine Sicht von der Welt als sicher und kontrollierbar aufrechterhalten werden konnte, wird diese beruhigende Wahrnehmung nun durch den Verlust des Partners grundlegend erschüttert. Während Geschichten und Filme, mit denen wir uns gerne konfrontieren mit der Botschaft enden „... und sie lebten zusammen bis an das Ende ihrer Tage...“, trifft nun diese Botschaft auf das eigene Leben nicht mehr zu. Den Tod grundsätzlich als Teil des Lebens akzeptieren zu lernen, so wie es die Sterbeforscherin Kübler-Ross und der Trauerarbeiter Kessler (2003) beschreiben, kann eine Möglichkeit sein, die Akzeptanz bei dem Tod des Partners zu erleichtern. Kübler-Ross und Kessler (2003) schreiben, dass Wachstum und Verlust einen beständigen Kreislauf im Leben darstellen. Alles, was gewonnen wurde, wird wieder verloren. Das Auto, die Wohnung, die Freunde, die Jugend, die Gesundheit, das Geld und die Arbeitsstelle wird der Mensch verlieren. Spätestens durch seinen eigenen Tod. Sich mit der Tatsache der Endlichkeit von Dingen zu konfrontieren kann kurzfristig Ängste hervorrufen. Die mit einer Konfrontation verbundenen Ängste können jedoch nicht immer vollständig vermieden werden, da die Erfahrung von Verlusten einen unvermeidbaren Bestandteil des Lebens darstellt. Langfristig kann durch eine Konfrontation mit der Vergänglichkeit jedoch Frieden geschlossen werden. Menschen können glücklicher darüber sein, eine Liebe die verloren wurde, erfahren zu haben als die Liebe nie erfahren zu haben. Kübler-Ross und Kessler (2003) beschreiben, dass viele Menschen nach einer Verlusterfahrung bestimmte Aspekte in ihrem Leben bewusster und intensiver erleben. Die Wertschätzung für bestimmte Erfahrungen kann erhöht werden.

Natürlich heißt das nicht, dass man sich im Leben permanent mit der Endlichkeit von Dingen konfrontieren soll. Menschen, die ständig mit Sterblichkeit konfrontiert sind, können den Blick auf den Wachstumsaspekt im Leben verlieren. Kübler-Ross und Kessler (2003) beschreiben die Unterschiedlichkeit der emotionalen Erfahrungen, die Krankenschwestern in der Palliativmedizin machen, im Vergleich zu den Erfahrungen, die Krankenschwestern auf der Entbindungsstation machen. Eine vollständige Vermeidung der Todesthematik scheint sich dann ungünstig auszuwirken, wenn der unvermeidliche Verlust tatsächlich eingetreten ist. Anzumerken ist, dass die Ergebnisse dieser Studie auch gezeigt haben, dass jüngere Betroffene im Verlauf der Trauer eine geringere Lebenszufriedenheit besitzen als ältere Betroffene. Ältere Menschen hingegen, die schon mehr Verluste erlebten als jüngere Menschen und die ihrem eigenen Tod mit größerer Wahrscheinlichkeit näher stehen, sind mit ihrem Leben zufriedener als jüngere Menschen (siehe Kap. 10.3 und vollständige Korrelationstabelle im Anhang A4). Eine Erklärung kann sein, dass ältere Menschen schon Erfahrung in der Trauerbewältigung gewonnen haben, die sie nun bei der Bewältigung des Verlusts des Ehepartners anwenden können. Ältere Menschen haben meist schon um ihre Eltern getrauert und befinden sich in einer Lebensphase, in der sie auch häufiger schon um nahestehende Freunde getrauert haben. Eine grundlegende Auseinandersetzung mit dem Tod scheint nicht die Lebenszufriedenheit zu reduzieren. Eine grundlegende Auseinandersetzung mit dem Tod schon vor dem Tod des Lebenspartners scheint sich auf den weiteren Verlauf vielmehr positiv auszuwirken.

### ***16.2 Diagnostische Unterscheidung einer Trauerreaktion von einer depressiven Störung***

Die Ergebnisse dieser Studie zum Trauerverlauf können in verschiedenen Aspekten Aufschluss darüber geben, inwieweit sich eine vermeintlich normale Trauerreaktion von einer depressiven Störung unterscheidet. Es ist oft nicht leicht zu unterscheiden, ob es sich bei dem Leid eines Patienten um eine behandlungsdürftige Depression handelt oder ob das Leid ausschließlich auf einer normalen Trauerreaktion beruht. Sehr häufig erreichen Trauernde hohe Werte bei den üblichen Depressionsfragebogen, vergleichbar mit der hier angewandten Skala CES-D. Bei dem durchschnittlich Trauernden verbessert sich die Stimmung mit der Zeit, in dieser Studie schon nachweisbar zwischen dem dritten und sechsten Monat.

Um Betroffenen eine angemessene Intervention zukommen zu lassen, ist es wichtig eine Trauerreaktion von einer depressiven Störung zu unterscheiden. Zwar geht die Trauer mit depressiven Symptomen einher, die Studie zeigt jedoch auch, dass Trauernde grundsätzlich in der Lage sind eine unterschiedliche Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der derzeitigen depressiven Symptomatik zu treffen. Es gibt nur wenige signifikante geringe Zusammenhänge zwischen der depressiven Symptomatik und der allgemeinen Lebenszufriedenheit und diese werden vor allem dadurch erzielt, dass es zwischen dem Fragebogen SWLS zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Skala CES-D zur Erfassung depressiver Symptomatik Items gibt, die vergleichbare Inhalte abfragen und deshalb eine Schnittmenge zwischen beiden Fragebogen entsteht (siehe Anhang A2). So bestehen die größten Zusammenhänge der Items des SWLS mit dem Item 9 der Skala CES-D („... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.“), welches den Items des SWLS zur Erfassung der Lebenszufriedenheit ähnelt. Dahingegen weisen z.B. die Items 1, 2, 5 und 13 („... haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.“, „... hatte ich kaum Appetit.“, „... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.“, „... habe ich weniger als sonst geredet.“) keinen oder nur zu einem Item des SWLS einen sehr geringen Zusammenhang auf (siehe Anhang A2).

Nach Beck (1967; 1987) sind depressive Patienten mit einem klinisch bedeutsamen Störungsbild auch dadurch gekennzeichnet, dass diese eine negative Sicht von sich, eine negative Sicht von der Welt und eine negative Sicht von der Zukunft haben (sog. „kognitive Triade“). Bei einer ausgeprägten Depression wäre zu erwarten gewesen, dass die Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit mit der Entwicklung der depressiven Symptomatik enger verbunden ist.

Ebenfalls schreibt Worden (2007), dass Trauernde zwar depressive Symptome wie gestörten Appetit und Schlafstörungen zeigen können. Trauernde unterscheiden sich von depressiven Patienten jedoch darin, dass diese kaum unter einem Verlust des Selbstwertgefühls leiden. Ein geringes Selbstwertgefühl stellt ebenso einen Bestandteil der „kognitiven Triade“ dar, welches nach Beck (1967; 1987) Kennzeichen einer Depression ist.

### ***16.3 Mögliche Intervention bei anhaltend schwerer Trauer***

Diese Studie macht deutlich, dass eine Steigerung der Akzeptanz die zentrale Komponente einer erfolgreichen Verlustbewältigung bei dem Tod des Partners darstellt. Sicherlich ist das Nichtwahrhabenwollen und ein Festhalten an der Anwesenheit des Partners zunächst Bestandteil der Trauerreaktion (Worden, 2007). Es ist grundsätzlich adaptiv, auch dann an der Anwesenheit von Beziehungen festzuhalten, wenn der Beziehungspartner nicht anwesend ist. Tagtäglich trennen wir uns von Bekannten und Freunden und treffen sie später wieder. Mütter versorgen ihre Babys, lassen sie zeitweise allein, um dann wieder mit Nahrung zurückzukommen. Bei Trennungen von Beziehungspartnern ständig mit einer Verlustreaktion zu reagieren und sich Gedanken um eine Neuorientierung zu machen, kann dauerhaft die Fitness schwächen. Doch stellt dieses Nichtwahrhabenwollen und das Festhalten an der Anwesenheit des Partners bei dem Tod des Partners dauerhaft eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie dar. Die Studie hat zeigen können, dass erst die Akzeptanz des Ereignisses es möglich macht, eine funktionale positive Neubewertung durchzuführen (siehe Kap. 13.4). Erst durch die Akzeptanz können weitere Bewältigungsstrategien wirksam werden, da sie sich nun auf eine Situation beziehen, in der der Partner nicht mehr anwesend ist und somit erst jetzt dadurch Erfolge erzielt werden können. Erst die Akzeptanz macht eine Neuorientierung möglich, die notwendig ist, da der alte Zustand nicht mehr eintreten wird.

Nach dem Tod des Partners alle Bilder des verstorbenen Partners radikal zu entfernen ist nicht zu empfehlen. Worden (2007) macht deutlich, dass sowohl das Festhalten als auch das Entfernen von Gegenständen, die mit dem Partner verbunden sind, den Prozess, den Verlust als Realität akzeptieren zu können, behindern können. Wenn Hinterbliebene das Zimmer des Verstorbenen noch nach Jahren unberührt lassen, weiterhin ihren Tagesablauf nach dem verstorbenen Partner ausrichten oder sogar weiterhin den Tisch für den verstorbenen Partner mit decken, dann wird die Anwesenheit des Partners weiterhin suggeriert. Die Wahrnehmung des Verlusts wird dadurch behindert. Wenn jedoch radikal alles entfernt wird, das an den Partner erinnert, dann wird dadurch vermieden, dass die Bedeutung des Verlusts wahrgenommen werden kann. Dadurch wird suggeriert, dass keine bedeutsame Beziehung verloren worden ist, was wiederum verhindert, dass die Realität als solche wahrgenommen wird.

Stroebe und Schut (1999, 2001) beschreiben in einem dualen Prozessmodell der Trauerbewältigung, dass im Verlauf die Traueraufgaben ständig zwischen den zwei Polen Verlorientierung und Wiederherstellungsorientierung oszillieren. Auch Znoj (2004) betont die Balance zwischen aktiver Trauerarbeit und aktiver Zuwendung zu neuen Aufgaben für eine erfolgreiche Verlustbewältigung. Das Ziel der Akzeptanz kann nicht durch radikale Verhaltensweisen erzielt werden. Der Weg dorthin verläuft in kleinen wechselseitigen Schritten zwischen Verlorientierung und Wiederherstellungsorientierung, die eine Integration des Verlusts in eine Welt, in der der Partner nicht mehr lebt, möglich macht. Der Weg wird dadurch gekennzeichnet sein, dass der Trauernde einerseits sich den Partner herbeisehnen wird, andererseits neue Dinge unternehmen wird, die er mit dem Partner nicht unternommen hat. Der Trauernde wird einerseits jegliche Veränderung vermeiden wollen, andererseits neue Rollen übernehmen und neue Beziehungen eingehen. Der Trauernde wird einerseits von Intrusionen eingeholt werden, andererseits Sehnsucht nach dem nächsten Urlaub empfinden und sich diesen vorstellen. Der Trauernde wird sich einerseits der Trauer zuwenden wollen, andererseits sich davon ablenken wollen.

Sind die Möglichkeiten und Fähigkeiten des Hinterbliebenen, den Verlust zu akzeptieren, dauerhaft eingeschränkt, können Interventionen helfen. Zunächst erscheint es notwendig, dass dem Hinterbliebenen die Möglichkeit gegeben wird, den Tod des Partners wahrzunehmen. Hinterbliebene von vermissten Personen, die z.B. nach einer Naturkatastrophe oder einer angenommenen Entführung über Jahre vermisst werden und deren Leiche nicht gefunden wurde, werden Schwierigkeiten haben, den Tod als Realität zu akzeptieren. Dahingegen können geborgene Leichen vermisster Personen bei Hinterbliebenen auch nach Jahren einen funktionalen Trauerprozess anstoßen. Auch wenn mancher Aufwand aufgrund mangelnder gesellschaftlicher Relevanz zur Bergung von Leichen gescheut wird, für die hinterbliebenen Partner kann dies für die Verlustbewältigung von zentraler Bedeutung sein. Den Leichnam zu sehen kann für den weiteren Trauerverlauf hilfreich sein. Zwingend notwendig ist die Sichtung des Leichnams nicht, da es auch andere Aspekte gibt, die in Gesprächen mit den Hinterbliebenen ermittelt werden können, die für Hinterbliebene einen zweifelsfreien Beweis für den Tod des Partners darstellen können.

Desweiteren können Hemmnisse und Ängste bei dem Hinterbliebenen bestehen, sich in wechselseitiger Form der Verlorientierung und Wiederherstellungs-

orientierung zuzuwenden. Dadurch kann eine wachsende Akzeptanz behindert werden. Es gibt Hinterbliebene, für die die Beziehung zu ihrem verstorbenen Partner der zentrale Teil ihres Lebens war und die einzige Möglichkeit, glückliche Momente zu erleben. Dann ist es auch Teil der Trauerarbeit, Selbstfürsorge betreiben zu lernen und Genussübungen durchzuführen. Für einen hinterbliebenen Partner kann das Umsorgen des Partners dem eigenen Leben Sinn gegeben haben. Wenn es dem Trauernden nicht alleine gelingt, einen weiteren Sinn zu finden, dann geht es auch darum, mit Hilfe Außenstehender weitere sinnstiftende Tätigkeiten z.B. in sozialen Projekten zu entdecken. Es gibt Hinterbliebene, die sich dem Verlust nicht zuwenden und an der Anwesenheit des geliebten Partners aus Angst ihn zu vergessen festhalten. Hier liegt eine Aufgabe der Trauerarbeit darin, dem verstorbenen Partner im eigenen Leben einen Platz einzuräumen, der noch genügend Freiraum zur Neuorientierung gibt. Dies kann z.B. der Besuch des Grabes sein oder die Einrichtung einer Gedenkstätte im häuslichen Umfeld sein. Über Wochenpläne können Zeiten eingeräumt werden, in denen sich Hinterbliebene mit Trauer dem verstorbenen Partner zuwenden. Symbolisch kann den Erinnerungen an den Partner ein Platz im Herzen eingeräumt und dem Partner dafür in Form eines Abschiedsbriefes gedankt werden. Es gibt Hinterbliebene, die können den Tod des Partners aus Angst immer allein leben zu müssen nicht akzeptieren. Hier kann es Ziel der Trauerarbeit sein, neben der Thematisierung wie ein Leben ohne Partner zufriedenstellend gestaltet werden kann, soziale Kompetenzen zur Kontaktaufnahme aufzubauen.

Es wird deutlich, dass Interventionen bei anhaltend schwerer Trauer sowohl Konfrontation mit dem Tod des Partners als auch Genusstaining bedeuten können. Interventionen können von einer kognitiven Umstrukturierung grundlegender dysfunktionaler Überzeugungen bis hin zum Training sozialer Fertigkeiten für konkret anstehende Situationen reichen.

Generell sollten bei der Trauerarbeit folgende Aspekte berücksichtigt werden. Erstens gibt es wie auch in dieser Studie immer mehr Hinweise darauf (Bonanno et al., 2002), dass den hinterbliebenen Partnern grundsätzlich dauerhaft eine gute Anpassung gelingt. Der Tod des Partners ist eine Belastung, mit der Menschen prinzipiell umgehen können. Eine therapeutische Unterstützung ist meistens nicht notwendig. Zweitens macht die angesprochene Breite möglicher Interventionsansätze deutlich, dass es keine einzige und richtige Trauerarbeit gibt. Rigide Überzeugungen von Helfern, seien sie

ausschließlich auf Konfrontation (z.B. „bei Trauer muss man darüber reden.“) oder auf eine Neuorientierung (z.B. „man darf sich nicht so hängen lassen.“) ausgerichtet, können eine funktionale Verlustbewältigung behindern. Es ist auf ein Oszillieren zwischen Verlustorientierung und Wiederherstellungsorientierung zu achten. Die spezifischen Themen für eine Trauerarbeit werden von den Hinterbliebenen vorgegeben. Drittens wird sich trotz aller therapeutischer oder wissenschaftlicher Bemühungen, das Leiden lindern zu wollen, der Trauerschmerz nicht vermeiden lassen. Der Trauerschmerz bleibt Bestandteil des normalen Lebens. Auch das erfordert Akzeptanz.

### ***17. Forschungsausblick***

Diese Studie hat einen bedeutsamen Beitrag zur Aufklärung des Ablaufs der Verlustbewältigung bei dem Tod des Lebenspartners geleistet. Durch mehrere Messungen innerhalb des ersten Jahres nach dem Todesereignis ließ sich auch der Verlauf innerhalb des ersten Jahres abbilden. Nur mit einer zeitnahen Messung schon drei Monate nach Verlust des Partners konnte in Teilen aufgeklärt werden, welche Veränderungen sich während des Trauerverlaufs innerhalb des ersten halben Jahres vollziehen.

In dieser Arbeit wurde nicht ausschließlich deskriptiv vorgegangen. Es wurden Fragestellungen aus bestehenden psychologischen Modellen generiert und auf ihre Anwendbarkeit auf das Thema Trauer überprüft. Erkenntnisse aus der Stressforschung haben sich zum Verständnis der Verlustbewältigung als hilfreich erwiesen. Aber auch mögliche Unterschiede zwischen der Trauer und den Ergebnissen aus der Stressforschung wurden diskutiert.

Während Fulton (2003) noch beschreibt, wie ihm vor Jahrzehnten von seinem betreuenden Professor abgeraten wurde, seine Dissertation über das Thema Tod zu schreiben, hat sich das Klima in den letzten Jahren bezüglich wissenschaftlicher Untersuchungen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer verändert. Ein breiteres wissenschaftliches Interesse und eine breitere gesellschaftliche Akzeptanz sind zu verzeichnen. Mit dieser Studie an einer deutschen Stichprobe konnte die

wissenschaftliche Arbeit zum Thema Trauer auch in Deutschland weiter vorangetrieben werden.

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass sich der Anteil der Forschungsarbeiten, die sich mit dem Thema Trauer beschäftigen, noch weiter vergrößern wird. Weitere Forschungsarbeiten werden in naher Zukunft nicht nur zu mehr Erkenntnissen führen. Diese Erkenntnisse können auch Einfluss auf das Gesundheitssystem nehmen. Die Hilfsmöglichkeiten, die Trauernde erfahren, können sich erweitern.

Arbeiten der Forschungsgruppe um Horowitz und der Forschungsgruppe um Prigerson zeigen (Horowitz et al., 1997; Prigerson, Shear & Stinson, 1999), dass die Trauerforschung zukünftig auch die Arbeit der Psychotherapeuten beeinflussen kann. Beide haben schon Vorschläge für diagnostische Kriterien einer pathologischen Trauer aufgestellt. Eine Anerkennung einer pathologischen Trauer als klinisch relevantes Störungsbild wird auch dazu führen, dass die Entwicklung von Therapieprogrammen speziell für dieses Störungsbild notwendig wird und weiter vorangebracht wird.

Um zu vermeiden, dass eine normale Trauerreaktion pathologisiert wird, ist es notwendig, eine normale Trauerreaktion zu verstehen. Erst dann lässt sich eine pathologische Trauer von einer normalen Trauer unterscheiden. Die durchgeführte Untersuchung hat auch für diesen Forschungsausblick einen Beitrag geleistet.

## V Literaturverzeichnis

- Aldwin, C. M. (1990). The elders life stress inventory: Egocentric and nonegocentric stress. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll & D. L. Tennenbaum (Eds.). *Stress and coping in later-life families* (pp. 49-69). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 337-348.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 1066-1074.
- Anshel, M. H., & Wells, B. (2000). Sources of acute stress and coping styles in competitive sport. *Anxiety, Stress, and Coping*, *13*, 1-26.
- Archer, J. (2001). Grief from an evolutionary perspective. In M. S. Stroebe (Ed.), *Handbook of bereavement research*. (pp. 263-283). Washington: American Psychological Association.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 989-1003.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*, 122-147.

- Bankoff, E. A. (1986). Peer support for widows: Personal and structural characteristics related to its provision. In S. E. Hobfoll (Ed.), *Stress, social support, and women* (pp. 207-220). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Bansal, A., Monnier, J., Hobfoll, S. E. & Stone, B. (2000). Comparing men's and women's loss of perceived social and work resources following psychological distress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 265-281.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beckmann, J. & Kellmann, M. (2004). Self-regulation and recovery: Approaching an understanding of the process of recovery from stress. *Psychological Reports*, 95, 1135-1153.
- Beem, E. E., Schut, H. A. W., Maes, S., Cleiren, M. & Garssen, B. (2000). Psychological functioning of recently bereaved, middle-aged women: The first 13 months. *Psychological Reports*, 87, 243-254.
- Beutel, M. (1985). Zur Erforschung der Verarbeitung chronischer Krankheit: Konzeptualisierung, Operationalisierung und Adaptivität von Abwehrprozessen am Beispiel von Verleugnung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 35, 295-302.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125, 760-776.

- Bonanno, G. A. , Keltner, D., Holen, A. & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-automatic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 975-990.
- Bonanno, G. A., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Wortman, C. B., Sonnega, J., Carr, D. & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1150-1164.
- Bonanno, G. A., Znoj, H. J., Siddique, S. & Horowitz, M. (1999). Verbal-automatic dissociation and adaption to midlife conjugal loss: A follow-up at 25 months. *Cognitive Therapy & Research, 23*, 605-624.
- Bossong, B. (1998). Die Rolle des Willens bei der Stressbewältigung. In O. L. Braun (Ed.), *Ziele und Wille in der Psychologie: Grundlage und Anwendungen* (pp. 85–98). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Bossong, B. (1999). *Stress und Handlungskontrolle*. Göttingen: Hogrefe
- Bossong, B., Klassen-Edinger, M. & v. Saldern, M. (1988). Handlungsorientierung und Engagement als vermittelnde Prozesse zwischen Anforderungen und Leistungsangst bei Schülern in Paraguay. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 20*, 277-290.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Alsine.
- Bresnitz, S. (1983). *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- Brickman, P. & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaption level theory: A symposium* (pp. 287-302). New York: Academic Press.

- Brickmann, P., Coates, D. & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Brissette, I., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-111.
- Burman, B. & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationship and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 113-117.
- Cameron, L. D. & Nicholls, G. (1998). Expression of stressful experiences through writing: Effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists. *Health Psychology*, 17, 84-92.
- Carey, R. G. (1977). The widowed: A year later. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 125-131.
- Carver, C. S. (1989). How should multifaced personality constructs be tested? Issues illustrated by self-monitoring, attributional style, and hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 577-585.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 91-100.
- Carver, C. S. & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.

- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, Jr., F. L. & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 375-390.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *6*, 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.
- Chamberlain, K., Petrie, K. & Azariah, R. (1992). The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology and Health*, *7*, 301-310.
- Cummins, B. Gullone, E. & Lau, L.A. (2002). A model of subjective well-being homeostasis: The role of personality. In E. Gullone & R. A. Cummins (Eds.), *The Universality of Subjective Well-being Indicators* (pp. 7-46). Netherlands: Kluwer.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R. & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*, 423-443.
- de Jong-Meyer, R., Schmitz, S., Ehlker, M., Greis, S., Hinsken, U., Sonnen, B. & Dickhöver, N. (1999). Handlungsorientierte Interaktionsbeiträge in verschiedenen Therapien: Prozesssteuerung und Erfolgsrelevanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, *47*, 172-190.
- Demerouti, E., Bakker, A.B. & Bulters, A. (2004). The loss spiral of work pressure, work-home interface and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, *64*, 131-149.

- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 981-989.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Diener, E. & Oishi, S. (2005). The nonobvious social psychology of happiness. *Psychological Inquiry, 16*, 163-167.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt M. H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Ehrhardt, J.J., Saris, W.E. & Veenhoven, R. (2000). Stability of life-satisfaction over time: Analysis of change in ranks in a national population. *Journal of Happiness Studies, 1*, 177-205.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyn, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. & Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival six years later. *Archives of General Psychiatry, 50*, 681-689.
- Felton, B. J. (1990). Coping and social support in older people`s experiences of chronic illness. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll & D. L. Tennenbaum (Eds.). *Stress and coping in later-life families* (pp.153-171). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Felton, B. J., Revenson, T. A. & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine, 18*, 889-898.

- Field, N. P. & Sundin, E. C. (2001). Attachment style in adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 347-361.
- Filipp, S. (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Folkman, S., Schaefer, C. & Lazarus, R.S. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. In V. Hamilton & D. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition* (pp.265-298). Chichester: Wiley.
- Forsythe, C. J. & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 473-485.
- Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M., Smith, F. E. & Dworkin, R. J. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 127-141.

- Fritz, C. & Sonnentag, S. (2005). Recovery, health, and job performance: Effects of weekend experiences. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*(3), 187-199.
- Fry, P. S. (1995). Perfectionism, humor, and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women executives. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 121*, 211-245.
- Fugate, M., Kinicki, A. J. & Scheck, C. L. (2002). Coping with an organizational merger over four stages. *Personnel Psychology, 55*, 905-928.
- Fulton, R. (2003). Prolog: Kurzgefasste Geschichte und etwas persönlicher Bericht über die Bewegung des Todesbewusstsein in den Vereinigten Staaten. In J. Wittkowski (Ed.), *Sterben, Tod und Trauer* (pp.1-13). Stuttgart: Kohlhammer.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J. & Herzberg, P. Y. (2008). Die Deutsche Version des Life-Orientations-Tests (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 16*, 26-31.
- Goodkin, K., Blaney, N. T., Feaster, D., Fletcher, M. A., Baum, M. K., Mantero-Atienza, E., Klimas, N. G., Millon, C., Szapocznik, J. & Eisdorfer, C. (1992). Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 635-650.
- Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, M. A. & Rishel, D. D. (1992). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection – a preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 22*, 155-172.
- Goodman, E., Chesney, M. A. & Tipton, A. C. (1995). Relationship of optimism, knowledge, attitudes, and beliefs to use of HIV antibody testing by at-risk female adolescents. *Psychosomatic Medicine, 57*, 541-546.

- Grandey, A.A., & Cropanzano, R. (1999). The conservation of resources model applied to work-family conflict and strain. *Journal of Vocational Behavior, 54*, 350-370.
- Grau, I. (1999). Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 20*, 142-152.
- Grau, I. (2003). Emotionale Nähe. In I. Grau & H. W. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S.128-314). Berlin: Springer.
- Hahlweg, K. (1979). Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens PFB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 8*, 17-40.
- Hahlweg, K., Klann, N. & Hank, G. (1992). Zur Erfassung der Ehequalität: Ein Vergleich der "Dyadic Adjustment Scale" (DAS") und des "Partnerschaftsfragebogens" (PFB). *Diagnostica, 38 (4)*, 312-327.
- Hahn, A. & Renner, B. (1998). Perception of health risks: How smoker status affects defensive optimism. *Anxiety, Stress and Coping, 11*, 93-112.
- Hamid, P. N. (1990). Optimism and the reporting of flu episodes. *Social Behaviour and Personality, 18*, 225-234.
- Haney, C. J. & Long, B. C. (1995). Coping effectiveness: A path analysis of self efficacy, control, coping and performance in sport competitions. *Journal of Applied Social Psychology, 25*, 1726-1746.
- Hann, D., Winter, K. & Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Psychosomatic Research, 46*. 437-443.

- Hartung, J. & Schulte, D. (1991). Anregung eines handlungsorientierten Kontrollmodus im Therapieprozeß. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 107–131). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1994). Action control in the context of psychopathological disorders. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (S. 209–215). Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Hendrick, S. S. & Hendrick, C. (1997). Love and satisfaction. In R. J. Sternberg & M. Hojjat (Eds.), *Satisfaction in close relationships*. (pp. 56-78). New York: Guilford Press.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47 (1), 27-39.
- Higgins, J. E. & Endler, N. (1995). Coping, life stress, and psychological and somatic distress. *European Journal of Personality*, 9, 253-270.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Washington: Hemisphere.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture and community. The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum Press.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50 (3), 337-421.

- Hobfoll, A. E., Freedy, J., Lane, C. & Geller, P. (1990). Conservation of social resources: social support resource theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7 (4), 465-478.
- Hobfoll, S. E., & Leiberman, Y. (1987). Personality and social resources in immediate and continued stress resistance among women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 18-26.
- Hobfoll, S. E., & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: Mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16, 565-589.
- Hobfoll, S. E., London, P. & Orr, E. (1988). Mastery, intimacy, and stress resistance during war. *Journal of Community Psychology*, 16, 317-331.
- Höger, D. & Buschkämper, S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 83-98.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3-13.
- Hoffmann, N. (1983). Trauer. In H.A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Emotionspsychologie* (S. 183-187). München: Urban & Schwarzenberg.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonnanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson M. D. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.

- Ironson, G., Friedman, A., Klimas, N., Antoni, M., Fletcher, M. A., LaPerriere, A., Simoneau, J. & Schneiderman, N. (1994). Distress, denial, and low adherence to behavioral intentions predict faster disease progression in gay men infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, 90-105.
- Jackson, J. S., Antonucci, T. C. & Gibson, R. C. (1990). Social relations, productive activities, and coping with stress in late life. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in later-life families* (pp. 193-212). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Jansen, N. W. H., Kant, I. K., Kristensen, T. S., & Nijhuis, F. J. N. (2003). Antecedents and consequences of work-family conflict: A prospective cohort study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (5), 479-491.
- Jenull-Schiefer, B., Mayr, M. & Mayring, P. (2006). Hinter jeder Tür der lauernde Tod. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (4), 308-314.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (1991). Allgemeine Selbstwirksamkeit und differentielle Streßprozesse. *Psychologische Beiträge*, 33, 388-406.
- Jerusalem, M. (1993). Personal resources, environmental constraints, and adaptational processes: The predictive power of a theoretical stress model. *Personality and Individual Differences*, 14, 15-24.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M. E. P. & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cellmediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10, 229-235.

- Kedem, P., Bartoov, B., Mikulincer, M. & Shkolnik, T. (1992). Psychoneuro-immunology and male infertility: A possible link between stress, coping, and male immunological infertility. *Psychology and Health*, 6, 159-173.
- Kemeny, M. E. (1991). Psychological factors, immune processes, and the course of herpes simplex and human immunodeficiency virus infection. In N. Plotnikoff, A. Murgu, R. Faith & J. Wybran (Eds.), *Stress and immunity* (pp. 199-210). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Klauer, T. & Winkeler, M. (2002). Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In G. Weidner, M. Kopp & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences* (Vol. 327, pp. 223-236). Amsterdam: IOS Press.
- Kohlmann, C. W. (1990). *Stressbewältigung und Persönlichkeit. Flexibles versus rigides Copingverhalten und seine Auswirkungen auf Angsterleben und physiologische Belastungsreaktionen*. Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2002). Gender and age differences in social support: A study on East German refugees. In G. Weidner, M. Kopp & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences* (Vol. 327, pp. 198-210). Amsterdam: IOS Press.
- Kosfelder, J., Schulte, D., Lutz, W. & Hartung, J. (2003). Die volitionale Ebene der Angst: Die Bedeutung von Handlungs- und Lageorientierung in der Therapie von Angststörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 176–183.
- Krampe, H., Hautzinger, M., Ehrenreich, H. & Kröner-Herwig, B. (2003). Depressivität bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenwohnheimen: Untersuchung eines multifaktoriellen Depressionsmodells. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 117–128.

- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2003). *Geborgen im Leben*. München: Knaur.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1987). Motivation und Handlungskontrolle. Ohne guten Willen geht es nicht. In: H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Eds.), *Jenseits des Rubikon*. (S. 101 –120). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1990). Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle: HAKEMP-90. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (1994). A theory of action and state orientations. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality* (pp. 9-46). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kuhl, J. & Beckmann J. (1983). Handlungskontrolle und Umfang der Informationsverarbeitung: Wahl einer vereinfachten (nicht optimalen) Entscheidungsregel zugunsten rascher Handlungsbereitschaft. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 14, 89-100.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). *Volition and Personality*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Lattanzi-Licht, M. (2003). Die Betreuung von Menschen am Ende des Lebens. In J. Wittkowski (Ed.), *Sterben, Tod und Trauer* (pp.195-210). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (Ed.), *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.). *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81 (2), 123-133.
- Lin, E. H. & Peterson, C. (1990). Pessimistic explanatory style and response to illness. *Behavior Research and Therapy*, 28, 243-248.
- Lucas, R., Clark, A., Georgellis, Y. & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set-point model of happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 527-539.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set-point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.
- Lykken, D. T. (1999). *Happiness: what studies on twins show us about nature, nurture and the happiness set-point*. New York: Golden Books.

- Mahler, H. I. M. & Kulik, J. A. (2000). Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: prediction of affect, pain and functional status. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 347–358.
- Masel, C. N., Terry, D. J. & Gribble, M. (1996). The effects of coping on adjustment: Reexamining the goodness of fit model of coping effectiveness. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 279-300.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McKenna, F. P., Warburton, D. M. & Winwood, M. (1993). Exploring the limits of optimism: The case of smokers' decision making. *British Journal of Psychology*, 84, 389-394.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1996). Coping and adaption to trauma and loss. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 554-572). New York: Wiley.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (1), 2-21.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J. W., Zech, E. & Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing emotion: Psychological, social and health consequences. In M. S. Stroebe (Ed.), *Handbook of bereavement research*. (pp. 517-543). Washington: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G, Shear, M. K., Jacobs S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K. & Davidson, J. R. et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry* 174. 67-73.

- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale. A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Rando, T. A. (2003). Trauern: Die Anpassung an Verlust. In J. Wittkowski (Ed.), *Sterben, Tod und Trauer* (pp.173-192). Stuttgart: Kohlhammer Druckerei.
- Resick, P. A. (2001). *Stress und Trauma*. Bern: Huber.
- Rholes, W. S., Michas, L. & Shroff, J. (1989). Action control as a vulnerability factor in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 263–274.
- Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R. C. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1345–1353.
- Rosenbaum, M. & Cohen, E. (1999). Equalitarian marriages, spousal support, resourcefulness and psychological distress among Israeli working women. *Journal of Vocational Behavior, 54*, 102-113.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 55*, 169-210.
- 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. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.

- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, A. R. & 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.
- Schneewind, K. A. & Kruse, J. (2002). *Die Paarklimaskalen (PKS)*. Bern: Huber.
- Schwarz, G., Salewski, C. & Tesch-Römer, C. (1996). Psychologie der Bewältigung – Variationen über ein altbekanntes Thema. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Eds.), *Psychologie der Bewältigung* (pp. 1-6). Weinheim: Beltz.
- Schwarzer, R. (1998). Stress and coping resources: Theory and review. In R. Schwarzer (Ed.), *Advances in health psychology research* (pp. 1-24). Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. (2000). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E. & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1654.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco: Freeman and Comp.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J. & Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.

- Sölva, M., Baumann, U. & Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 292-309.
- Sonntag, C. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: A diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6 (3), 196-210.
- Stiensmeier-Pelster, J. (1990). Generalisierung von motivationaler und funktionaler Hilflosigkeit. *Archiv für Psychologie Universität Bielefeld*, 142(3), 167-179.
- Stroebe, M. S. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega*, 26 (1), 19-42.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. A. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. A. (2001). Model of coping with bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. A. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 375-404). Washington: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin*, 93, 279-301.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1980). Der Kummer-Effekt: Psychologische Aspekte der Sterblichkeit der Verwitweten. *Psychologische Beiträge*, 22, 1-26.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1991). Does „grief work“ work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 479-482.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1992). Bereavement and health: Process of adjusting to the loss of a partner. In L. Montada, S.-H. Filipp & M. J. Lerner (Eds.), *Life Crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 3-22). Hillsdale: Erlbaum.

- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies. A meta-analysis. *Health Psychology, 4*, 249-288.
- Taris, T. W., Schreurs, P. J. G., & Van Iersel-Van Silfhout, I. J. (2001). Job stress, job strain, and psychological withdrawal among Dutch university staff: Towards a dual-process model for the effects of occupational stress. *Work & Stress, 15*(4), 283-296.
- Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: The mobilization-minimization hypothesis. *Psychological Bulletin, 110*(1), 67-85.
- Taylor, S. E. & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality, 64*, 873-898.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R. & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 460-473.
- Terno, E. (2001). *Thema: Sterben, Tod und Trauer als Inhalte der Altenpflegeausbildung*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Terry, D. J. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Personality and Individual Differences, 12*, 1031-1047.
- Terry, D. J., Tonge, L. & Callan, V. J. (1995). Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses. *Anxiety, Stress and Coping, 8*, 1-24.

- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological process: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *110*, 488-531.
- Vachon, M. L. S. (2003). Psychische Belastungen von Pflegekräften bei der Betreuung Sterbender. In J. Wittkowski (Ed.), *Sterben, Tod und Trauer* (pp.152-172). Stuttgart: Kohlhammer.
- Veenhoven, R. (2001). Are the Russians as unhappy as they say they are? *Journal of Happiness Studies*, *2*, 111 – 136.
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily people live in modern society. *European Psychologist*, *10*, 330 – 343.
- Veenhoven, R. & Hagerty, M. (2006). Rising happiness in nations, 1946 - 2004. A reply to Easterlin. *Social Indicators Research*, *77*, 1-16.
- Vinokur, A. D., Price, R. D. & Caplan, R. E. (1996). Hard times and hardful partners: How financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 166-179.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C. S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *11*, 167-184.
- Wittkowski, J. (2003). *Sterben, Tod und Trauer*. Stuttgart: Kohlhammer Druckerei.
- Worden, J. W. (1987). *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Bern: Huber.
- Worden, J. W. (2007). *Beratung und Therapie in Trauerfällen* (2., neu bearbeitete Aufl.). Bern: Huber.

Wilening, K. (1998). *Wir leben endlich: Zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer*. Göttingen: Vandenoek & Ruprecht.

Zautra, A. J., Reich, J. W. & Guarnaccia, C. A. (1990). Some everyday life consequences of disability and bereavement for older adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 550-561.

Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.

## VI Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 5.1</b>	Erfasste Variablen im SORK-Schema.....	53
<b>Tabelle 7.1</b>	Anzahl der Teilnehmer zu den drei Messzeitpunkten.....	57
<b>Tabelle 9.1</b>	Deskriptive Statistiken der abhängigen Variablen zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners.....	69
<b>Tabelle 9.2</b>	Korrelationen der abhängigen Variablen mit den erfassten Variablen zum Messzeitpunkt t1.....	73
<b>Tabelle 9.3</b>	Korrelationen der abhängigen Variablen mit den erfassten Variablen zum Messzeitpunkt t2.....	75
<b>Tabelle 9.4</b>	Korrelationen der abhängigen Variablen mit den erfassten Variablen zum Messzeitpunkt t3 .....	76
<b>Tabelle 10.1</b>	Geschlechtsunterschiede bei den zum Messzeitpunkt t1 erfassten Variablen..	79
<b>Tabelle 10.2</b>	Geschlechtsunterschiede bei den zum Messzeitpunkt t2 erfassten Variablen..	80
<b>Tabelle 10.3</b>	Geschlechtsunterschiede bei den zum Messzeitpunkt t3 erfassten Variablen..	81
<b>Tabelle 10.4</b>	Korrelationen des Alters mit den zum Messzeitpunkt t1 erfassten Variablen.....	82
<b>Tabelle 11.1</b>	Deskriptive Statistiken der Variablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“ und „Handlungsorientierung-Hesitation“ zum Messzeitpunkt t1.....	84
<b>Tabelle 11.2</b>	Korrelationen der Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“ und „Handlungsorientierung-Hesitation“ mit den zum Messzeitpunkt t1 erfassten Variablen.....	85

<b>Tabelle 11.3</b>	Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“ und „Alter“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t1)“ als abhängiger Variable.....	87
<b>Tabelle 11.4</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t2)“ als abhängiger Variable.....	88
<b>Tabelle 11.5</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable.....	89
<b>Tabelle 11.6</b>	Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“ und „Alter“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t1)“ als abhängiger Variable.....	90
<b>Tabelle 11.7</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t2)“ als abhängiger Variable.....	91
<b>Tabelle 11.8</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable.....	92
<b>Tabelle 11.9</b>	Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Persönlichkeitsvariablen „Optimismus“, „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“ und „Alter“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als abhängiger Variable.....	93

<b>Tabelle 11.10</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als abhängiger Variable.....	94
<b>Tabelle 11.11</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Persönlichkeitsvariablen „Handlungsorientierung-Präokkupation“, „Handlungsorientierung-Hesitation“, „Optimismus“ und „Alter“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable.....	95
<b>Tabelle 12.1</b>	Deskriptive Statistiken der Variablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung der finanziellen Situation“ und „Veränderung der sozialen Unterstützung“ zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners.....	98
<b>Tabelle 12.2</b>	Korrelationen der „Qualität der Beziehung“, der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und der „Veränderung sozialer Unterstützung“ mit weiteren erfassten Variablen zum Zeitpunkt t1.....	101
<b>Tabelle 12.3</b>	Korrelationen der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und „Veränderung sozialer Ressourcen“ zum Messzeitpunkt t2 mit den zum Messzeitpunkt t2 erfassten Variablen.....	103
<b>Tabelle 12.4</b>	Korrelationen der „Verschlechterung finanzieller Ressourcen“ und „Veränderung sozialer Ressourcen“ zum Messzeitpunkt t3 mit den zum Messzeitpunkt t3 erfassten Variablen.....	104
<b>Tabelle 12.5</b>	Korrelationen der Gesamtstichprobe bezüglich der Ressourcenvariable „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den Messzeitpunkten 3 Monate (t1), 6 Monate (t2) und 9 Monate (t3) nach dem Tod des Partners im Vergleich zu einer weiblichen und einer männlichen Teilstichprobe.....	105
<b>Tabelle 12.6</b>	Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t1)“ als abhängiger Variable....	107

<b>Tabelle 12.7</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t2)“ als abhängiger Variable.....	108
<b>Tabelle 12.8</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable.....	109
<b>Tabelle 12.9</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t2)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable.....	110
<b>Tabelle 12.10</b>	Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t1)“ als abhängiger Variable.....	110
<b>Tabelle 12.11</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t2)“ als abhängiger Variable.....	111
<b>Tabelle 12.12</b>	Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable.....	112

- Tabelle 12.13** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t2)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable..... 113
- Tabelle 12.14** Zusammenfassung der schrittweisen Regressionsanalyse mit den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ und „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als abhängiger Variable..... 114
- Tabelle 12.15** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als abhängiger Variable..... 115
- Tabelle 12.16** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t1)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t1)“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable..... 116
- Tabelle 12.17** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Ressourcenvariablen „Qualität der Beziehung“, „Veränderung sozialer Ressourcen (t2)“ und „Verschlechterung finanzieller Ressourcen (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable..... 117
- Tabelle 13.1** Deskriptive Statistiken der erfassten Bewältigungsstrategien zu den ersten beiden Messzeitpunkten t1 und t2..... 119
- Tabelle 13.2** Interkorrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Akzeptanz (t1)“ und „Positive Neubewertung (t1)“..... 120
- Tabelle 13.3** Interkorrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Akzeptanz (t2)“ und „Positive Neubewertung (t2)“..... 121

- Tabelle 13.4** Korrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Akzeptanz (t1)“ und „Positive Neubewertung (t1)“ mit den zum Messzeitpunkt t1 erfassten abhängigen Variablen..... 122
- Tabelle 13.5** Korrelationen der Variablen „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Akzeptanz (t2)“ und „Positive Neubewertung (t2)“ mit den zum Messzeitpunkt t2 erfassten abhängigen Variablen..... 123
- Tabelle 13.6** Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde die Coping-Variable „Positive Neubewertung (t1)“..... 125
- Tabelle 13.7** Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Positive Neubewertung (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde die Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“..... 126
- Tabelle 13.8** Schrittweise Regressionsanalyse mit den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren und „Depressive Symptome (t1)“ als abhängiger Variable..... 127
- Tabelle 13.9** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t2)“ als abhängiger Variable..... 128
- Tabelle 13.10** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable..... 129

- Tabelle 13.11** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Depressive Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Positive Neubewertung (t2)“ und „Akzeptanz (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Depressive Symptome (t3)“ als abhängiger Variable..... 130
- Tabelle 13.12** Schrittweise Regressionsanalyse mit den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t1)“ als abhängiger Variable..... 131
- Tabelle 13.13** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t2)“ als abhängiger Variable..... 132
- Tabelle 13.14** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable..... 133
- Tabelle 13.15** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Psychosomatische Symptome (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Positive Neubewertung (t2)“ und „Akzeptanz (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Psychosomatische Symptome (t3)“ als abhängiger Variable..... 134
- Tabelle 13.16** Schrittweise Regressionsanalyse mit den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als abhängiger Variable..... 135

- Tabelle 13.17** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als abhängiger Variable..... 136
- Tabelle 13.18** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable..... 137
- Tabelle 13.19** Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse mit „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)“ als erstem Prädiktor sowie den Bewältigungsstrategien „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t2)“, „Aktive Bewältigung (t2)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)“, „Positive Neubewertung (t2)“ und „Akzeptanz (t2)“ als weiteren Prädiktoren und „Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)“ als abhängiger Variable..... 138
- Tabelle 13.20** Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde der „Verlust finanzieller Ressourcen (t1)“... 141
- Tabelle 13.21** Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Persönlichkeitsvariable „Optimismus“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und neun Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde „Akzeptanz (t1)“ und getrennt davon alle Coping-Variablen „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung (t1)“, „Aktive Bewältigung (t1)“, „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen (t1)“, „Positive Neubewertung (t1)“ und „Akzeptanz (t1)“ gemeinsam..... 142

**Tabelle 13.22** Zusammenfassung der Korrelationen und Partialkorrelationen der Coping-Variable „Akzeptanz (t1)“ mit den abhängigen Variablen „Depressive Symptome“, „Psychosomatische Symptome“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ zu den drei Messzeitpunkten drei Monate (t1), sechs Monate (t2) und 9 Monate (t3) nach dem Tod des Partners. Auspartialisiert wurde die Persönlichkeitsvariable „Optimismus“ ..... 143

#### **Anhang A:**

**Tabelle A1** Itemanalysen der Skala „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“

**Tabelle A2** Itemanalysen der Skala „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“

**Tabelle A3** Itemanalysen der Skala „Aktive Bewältigung“

**Tabelle A4** Itemanalysen der Skala „Akzeptanz“

**Tabelle A5** Itemanalysen der Skala „Positive Neubewertung“

**Tabelle A6** Korrelationsmatrix: Items des CES-D und Items des SWLS zum Zeitpunkt t1

**Tabelle A7** Häufigkeitsverteilung der Antworten des Item1 „Meine finanzielle Situation hat sich in den letzten 3 Monaten deutlich verschlechtert“ des Ressourcenfragebogens RFS zum Zeitpunkt t1

**Tabelle A8** Erster Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Interkorrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

**Tabelle A9** Zweiter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Interkorrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

**Tabelle A10** Dritter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Korrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

**Tabelle A11** Vierter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die zweite Hälfte der Korrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

- Tabelle A12** Fünfter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt sind die Korrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen.
- Tabelle A13** Sechster Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Interkorrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.
- Tabelle A14** Siebter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die zweite Hälfte der Interkorrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.
- Tabelle A15** Achter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt sind die Korrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen.
- Tabelle A16** Neunter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt sind die Interkorrelationen der zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

## VII Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 3.1</b>	Erwartete Wirkung des Optimismus auf Bewältigungsstrategien und Symptome.....	17
<b>Abbildung 3.2</b>	Erwartete direkte und indirekte Wirkung der Lageorientierung auf depressive Symptome bei Verlust des Partners.....	23
<b>Abbildung 3.3</b>	Coping als Mediator für den Zusammenhang der Handlungsorientierung mit depressiven Symptomen.....	24
<b>Abbildung 3.4</b>	Erwartete Wirkung der Lageorientierung auf Bewältigungsstrategien.....	24
<b>Abbildung 3.5</b>	Erwartete stärkere Wirkung des emotionszentrierten Coping auf depressive Symptome bei Trauernden.....	35
<b>Abbildung 3.6</b>	Erwartete moderierende Wirkung der Akzeptanz auf die Effektivität weiterer Bewältigungsstrategien auf depressive Symptome bei Trauernden.....	36
<b>Abbildung 6.1</b>	Studienablauf.....	54
<b>Abbildung 7.1</b>	Durchschnittliche Abstände der drei Messzeitpunkte zum Todestag des verstorbenen Partners.....	57
<b>Abbildung 7.2</b>	Altersverteilung der Studienteilnehmer.....	58
<b>Abbildung 7.3</b>	Anteil weiblicher und männlicher Studienteilnehmer.....	58
<b>Abbildung 7.4</b>	Verteilung der Länge der Ehe der Studienteilnehmer mit dem verstorbenen Ehepartner .....	59
<b>Abbildung 7.5</b>	Verteilung der Länge der Partnerschaft der Studienteilnehmer mit dem verstorbenen Partner .....	59
<b>Abbildung 7.6</b>	Anteil gläubiger und nicht gläubiger Studienteilnehmer.....	60
<b>Abbildung 7.7</b>	Anteil der Studienteilnehmer, für die der Tod des Partners plötzlich und unerwartet eingetreten ist.....	60

<b>Abbildung 9.1</b>	Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners.....	70
<b>Abbildung 9.2</b>	Mittelwerte der psychosomatischen Symptome (Skala „Somatisierung“ des SCL-90) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners.....	71
<b>Abbildung 9.3</b>	Mittelwerte der allgemeinen Lebenszufriedenheit (SWLS) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners.....	72
<b>Abbildung 10.1</b>	Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners getrennt für Frauen und Männer.....	78
<b>Abbildung 11.1</b>	Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners getrennt für optimistische und weniger optimistische Personen.....	96
<b>Abbildung 12.1</b>	Mittlere Verschlechterung finanzieller Ressourcen zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners.....	99
<b>Abbildung 12.2</b>	Mittlere Veränderung sozialer Ressourcen zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners.....	100
<b>Abbildung 13.1</b>	Mittelwerte der depressiven Symptome (CES-D) zu den Messzeitpunkten drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners getrennt für Personen mit hoher und geringer Akzeptanz zum ersten Messzeitpunkt.....	139
<b>Abbildung 15.1</b>	Skizzierte Darstellung des erfassten Trauerverlaufs nach dem Tod des Ehepartners im angenommenen Gesamtzusammenhang des erwarteten Trauerverlaufs nach der Set-Point-Theorie.....	151

## VIII Anhangsverzeichnis

### **Anhang A: Zusätzliche Auswertungen**

- A1 Itemanalysen der Skalen zur Erfassung der Bewältigungsstrategien
- A2 Korrelationen der Items des CES-D mit den Items des SWLS
- A3 Anzahl der Teilnehmer, die eine finanzielle Verschlechterung erlebten
- A4 Vollständige Korrelationsmatrix der erfassten Variablen unterteilt in neun Tabellen

### **Anhang B: Verwendete Anschreiben und Fragebogen**

- B1 Erstes Anschreiben mit Informationen zur Studie
- B2 Rückantwortschreiben der Teilnehmer
- B3 Begleitschreiben zur ersten Fragebogenbatterie
- B4 Deckblatt der Fragebogenbatterien 1, 2 und 3
- B5 Zusatzblatt nach dem Deckblatt der ersten Fragebogenbatterie
- B6 Begleitschreiben zur zweiten Fragebogenbatterie
- B7 Begleitschreiben zur dritten Fragebogenbatterie
- B8 Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten
- B9 Beziehungsfragebogen BF zur Erfassung der Qualität der verlorenen Beziehung
- B10 Fragebogen LOT zur Erfassung des Optimismus
- B11 Fragebogen HAKEMP zur Erfassung der Handlungsorientierung
- B12 Fragebogen COPE zur Erfassung der Bewältigungsstile
- B13 Fragebogen „Stimmungen und Gefühle“ (CES-D) zur Erfassung depressiver Symptome
- B14 Fragebogen „Körperliches Befinden“ zur Erfassung psychosomatischer Symptome
- B15 Fragebogen RFS zur Erfassung von Ressourcenveränderungen
- B16 Fragebogen SWLS zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit

### **Anhang C: Lebenslauf**

### **Anhang D: Erklärung nach § 8 Abs. 4 der Promotionsordnung**

## Anhang A: Zusätzliche Auswertungen

### A1 Itemanalysen der Skalen zur Erfassung der Bewältigungsstrategien

In den folgenden fünf Tabellen (Tab. A1 – Tab A5) werden die Ergebnisse der Itemanalysen der Skalen zur Erfassung der Bewältigungsstrategien (COPE) dargestellt. Den Tabellen ist zu entnehmen, wie sich der Mittelwert ( $M$ ), die Standardabweichung ( $SD$ ) und die Interne Konsistenz (Cronbachs'  $\alpha$ ) der Skalen zu den Messzeitpunkten drei Monate (t1) und sechs Monate nach dem Tod des Partners (t2) verändern würden, wenn das aufgeführte Item ausgeschlossen würde.

In Tabelle A1 wird das Ergebnis für die Skala „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“ dargestellt.

**Tabelle A1**

*Itemanalysen der Skala „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Gefühlen“*

	$M$	$SD$	$\alpha$
Item 1 (t1)	8,57	2,13	.707
Item 1 (t2)	8,20	1,92	.677
Item 2 (t1)	8,79	1,99	.600
Item 2 (t2)	8,42	1,95	.635
Item 3 (t1)	9,06	1,80	.523
Item 3 (t2)	8,69	1,92	.630
Item 4 (t1)	9,29	2,14	.771
Item 4 (t2)	8,71	1,89	.649

Das Ergebnis für die Skala „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“ ist in Tabelle A2 angezeigt.

**Tabelle A2**

*Itemanalysen der Skala „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“*

	$M$	$SD$	$\alpha$
Item 1 (t1)	7,27	4,02	.713
Item 1 (t2)	7,01	2,16	.803
Item 2 (t1)	7,27	4,08	.691
Item 2 (t2)	7,04	2,21	.795
Item 3 (t1)	6,89	4,46	.749
Item 3 (t2)	6,66	2,25	.829
Item 4 (t1)	6,97	4,27	.707
Item 4 (t2)	6,93	2,30	.825

Das Ergebnis für die Skala „Aktive Bewältigung“ ist in Tabelle A3 abgebildet.

**Tabelle A3**

*Itemanalysen der Skala „Aktive Bewältigung“*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\alpha$
Item 1 (t1)	9,00	1,71	.567
Item 1 (t2)	9,01	2,03	.717
Item 2 (t1)	8,69	1,83	.620
Item 2 (t2)	8,80	1,99	.657
Item 3 (t1)	8,01	2,13	.791
Item 3 (t2)	8,17	2,36	.829
Item 4 (t1)	8,77	1,75	.654
Item 4 (t2)	8,92	1,92	.667

In Tabelle A4 ist das Ergebnis für die Skala „Akzeptanz“ aufgeführt.

**Tabelle A4**

*Itemanalysen der Skala „Akzeptanz“*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\alpha$
Item 1 (t1)	9,52	2,61	.910
Item 1 (t2)	9,72	2,55	.900
Item 2 (t1)	9,63	2,49	.884
Item 2 (t2)	9,72	2,38	.870
Item 3 (t1)	9,93	2,52	.910
Item 3 (t2)	9,99	2,40	.897
Item 4 (t1)	9,69	2,56	.896
Item 4 (t2)	9,75	2,59	.917

In der Tabelle A5 wird das Ergebnis für die Skala „Positive Neubewertung“ dargestellt.

**Tabelle A5**

*Itemanalysen der Skala „Positive Neubewertung“*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\alpha$
Item 1 (t1)	8,63	2,22	.762
Item 1 (t2)	8,57	2,03	.689
Item 2 (t1)	9,08	2,09	.683
Item 2 (t2)	8,98	1,98	.685
Item 3 (t1)	8,36	2,22	.658
Item 3 (t2)	8,46	2,17	.750
Item 4 (t1)	8,51	2,28	.744
Item 4 (t2)	8,51	2,10	.735

## A2 Korrelationen der Items des CES-D mit den Items des SWLS

Tabelle A6

*Korrelationsmatrix: Items des CES-D und Items des SWLS zum Zeitpunkt t1*

Zeitpunkt t1	SWLS Item1	SWLS Item2	SWLS Item3	SWLS Item4	SWLS Item5
CES-D Item1	.06	.08	-.16	-.01	-.05
CES-D Item2	-.03	.08	-.19	.01	-.03
CES-D Item3	.18	.06	-.16	-.10	.09
CES-D Item4	-.04	.03	.17	<b>.33*</b>	.20
CES-D Item5	.08	-.02	<b>-.27*</b>	-.17	-.13
CES-D Item6	.04	.11	<b>-.26*</b>	<b>-.32*</b>	-.23
CES-D Item7	-.04	.10	-.24	-.20	-.14
CES-D Item8	.10	.18	<b>.27*</b>	<b>.29*</b>	.14
CES-D Item9	-.17	<b>-.31*</b>	<b>-.53*</b>	<b>-.55*</b>	<b>-.42*</b>
CES-D Item10	-.03	-.11	<b>-.40*</b>	<b>-.34*</b>	<b>-.30*</b>
CES-D Item11	-.12	-.08	<b>-.31*</b>	-.18	-.21
CES-D Item12	.00	.10	.13	<b>.26*</b>	.14
CES-D Item13	-.06	.09	-.04	-.13	-.05
CES-D Item14	.14	.05	-.00	-.15	-.08
CES-D Item15	-.06	-.19	-.22	<b>-.35*</b>	<b>-.43*</b>
CES-D Item16	.01	.17	.18	.22	.16
CES-D Item17	.16	.06	-.16	-.18	-.11
CES-D Item18	.11	-.10	-.24	<b>-.28*</b>	-.19
CES-D Item19	-.14	<b>-.29*</b>	<b>-.37*</b>	<b>-.45*</b>	<b>-.38*</b>
CES-D Item20	.05	-.02	<b>-.29*</b>	<b>-.31*</b>	<b>-.25*</b>

\* =  $p < 0.05$

**A3 Anzahl der Teilnehmer, die eine finanzielle Verschlechterung erlebten**

**Tabelle A7**

*Häufigkeitsverteilung der Antworten des Item1 „Meine finanzielle Situation hat sich in den letzten 3 Monaten deutlich verschlechtert“ des Ressourcenfragebogens RFS zum Zeitpunkt t1*

---

<b>N= 66</b>	<b>Anzahl</b>
<b>trifft überhaupt nicht zu</b>	18
<b>trifft kaum zu</b>	14
<b>trifft etwas zu</b>	14
<b>trifft überwiegend zu</b>	8
<b>trifft genau zu</b>	12

---

#### A4 Vollständige Korrelationsmatrix der erfassten Variablen unterteilt in neun Tabellen

**Tabelle A8**

Erster Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Interkorrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Geschl.	Alter	Optimismus	Handl.-orient. (Präokkupation)	Handl.-orient. (Hesitation)	Qualität der Beziehung	Finanz. Ress. (t1)	Soziale Ress. (t1)
Geschlecht	-	<b>.54*</b>	.18	<b>.37*</b>	.12	.01	<b>-.45*</b>	-.01
Alter	<b>.54*</b>	-	<b>.26*</b>	<b>.39*</b>	<b>.33*</b>	-.15	<b>-.30*</b>	-.02
Optimismus	.18	<b>.26*</b>	-	<b>.61*</b>	<b>.34*</b>	.08	-.17	.07
Handlungsorientierung (Präokkupation)	<b>.37*</b>	<b>.39*</b>	<b>.61*</b>	-	<b>.50*</b>	-.01	-.10	-.06
Handlungsorientierung (Hesitation)	.12	<b>.33*</b>	<b>.34*</b>	<b>.50*</b>	-	.09	-.23	.10
Qualität der Beziehung	.01	-.15	.08	-.01	.09	-	-.09	.20
Finanzielle Ressourcen (t1)	<b>-.45*</b>	<b>.30*</b>	-.17	-.10	-.23	-.09	-	-.03
Soziale Ressourcen (t1)	-.01	-.02	.07	-.06	.10	.20	-.03	-
Fokus auf und Ausdruck von Gefühle (t1)	-.23	-.17	-.03	-.04	.03	<b>.39*</b>	.02	<b>.30*</b>
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t1)	<b>-.34*</b>	<b>-.49*</b>	-.11	-.18	-.03	.17	.12	.08
Aktive Bewältigung (t1)	.03	-.03	-.04	.09	.14	.12	-.03	.07
Akzeptanz (t1)	.15	.20	<b>-.39*</b>	<b>.33*</b>	<b>.34*</b>	-.11	-.23	.08
Positive Neubewertung(t1)	.09	.17	<b>.27*</b>	<b>.35*</b>	<b>.25*</b>	.04	-.12	.20
Depressive Symptome (t1)	<b>-.41*</b>	<b>.27*</b>	<b>-.31*</b>	<b>-.31*</b>	-.24	.13	<b>.50*</b>	.08
Psychosomatische Symptome (t1)	<b>-.28*</b>	-.22	-.25	-.15	-.12	-.06	<b>.32*</b>	.07
Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)	.14	<b>.47*</b>	<b>.47*</b>	<b>.45*</b>	<b>.48*</b>	<b>.32*</b>	<b>-.32*</b>	.12

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A9**

Zweiter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Interkorrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Fokus/ Ausdr. von Gefühl. (t1)	Suche n. instr. Unterst. (t1)	Aktive Bewäl- tigung (t1)	Akzept. (t1)	Pos. Neu- bew. (t1)	Depr. Sympt. (t1)	Psychos. Sympt. (t1)	Allgem. Lebens- zufr. (t1)
Geschlecht	-.23	<b>-.34*</b>	.03	.15	.09	<b>-.41*</b>	<b>-.28*</b>	.14
Alter	-.17	<b>-.49*</b>	-.03	.20	.17	<b>-.27*</b>	-.22	<b>.47*</b>
Optimismus	-.03	-.11	-.04	<b>.39*</b>	<b>.27*</b>	<b>-.31*</b>	-.25	<b>.47*</b>
Handlungs- orientierung (Präokkupation)	-.04	-.18	.09	<b>.33*</b>	<b>.35*</b>	<b>-.31*</b>	-.15	<b>.45*</b>
Handlungs- orientierung (Hesitation)	.03	-.03	.14	<b>.34*</b>	<b>.25*</b>	-.24	-.12	<b>.48*</b>
Qualität der Beziehung	<b>.39*</b>	.17	.12	-.11	.04	.13	-.06	<b>.32*</b>
Finanzielle Ressourcen (t1)	.02	.12	-.03	-.23	-.12	<b>.50*</b>	<b>.32*</b>	<b>-.32*</b>
Soziale Ressourcen (t1)	<b>.30*</b>	.08	.07	.08	.20	.08	.07	.12
Fokus auf und Ausdruck von Gefühle (t1)	-	<b>.26*</b>	.22	<b>-.27*</b>	.07	<b>.49*</b>	.25	.06
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t1)	<b>.26*</b>	-	.11	.04	.16	.24	.12	<b>-.25*</b>
Aktive Bewältigung (t1)	.22	.11	-	.22	<b>.57*</b>	-.06	.17	.08
Akzeptanz (t1)	<b>-.27*</b>	.04	.22	-	<b>.61*</b>	<b>-.66*</b>	<b>-.34*</b>	<b>.36*</b>
Positive Neubewertung (t1)	.07	.16	<b>.57*</b>	<b>.61*</b>	-	<b>-.42*</b>	-.09	<b>.35*</b>
Depressive Symptome (t1)	<b>.49*</b>	.24	-.06	<b>-.66*</b>	<b>-.42*</b>	-	<b>.51*</b>	-.24
Psychosomatische Symptome (t1)	.25	.12	.17	<b>-.34*</b>	-.09	<b>.51*</b>	-	-.17
Allgemeine Lebens- zufriedenheit (t1)	.06	<b>-.25*</b>	.08	<b>.36*</b>	<b>.35*</b>	-.24	-.17	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A10**

Dritter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Korrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Finanz. Ress. (t2)	Soz. Ress. (t2)	Fokus/ Ausdr.von Gefühl. (t2)	Suche n. instr. Unterst. (t2)	Aktiv. Bewältig. (t2)	Akzept. (t2)	Pos. Neu- bew. (t2)
Geschlecht	<b>-.50*</b>	-.01	-.15	<b>-.29*</b>	.03	.13	-.05
Alter	<b>-.33*</b>	.16	-.10	<b>-.35*</b>	-.05	-.16	-.01
Optimismus	<b>-.41*</b>	.19	.04	.05	.10	<b>.34*</b>	<b>.31*</b>
Handlungs- orientierung (Präokkupation)	<b>-.34*</b>	.02	-.09	-.07	.07	.24	.14
Handlungs- orientierung (Hesitation)	<b>-.36*</b>	.13	-.00	.13	<b>.30*</b>	<b>.26*</b>	.22
Qualität der Beziehung	.04	.05	<b>.34*</b>	<b>.28*</b>	.19	-.15	.01
Finanzielle Ressourcen (t1)	<b>.68*</b>	.10	.14	.20	-.11	<b>-.29*</b>	-.02
Soziale Ressourcen (t1)	-.14	<b>.69*</b>	<b>.26*</b>	.12	.13	.14	<b>.31*</b>
Fokus auf und Ausdruck von Gefühle (t1)	.06	.11	<b>.70*</b>	.24	.13	<b>-.40*</b>	-.05
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t1)	.13	.11	.15	<b>.73*</b>	<b>.26*</b>	-.06	.16
Aktive Bewältigung (t1)	-.12	-.06	.04	.19	<b>.58*</b>	.15	<b>.29*</b>
Akzeptanz (t1)	<b>-.27*</b>	.10	<b>-.34*</b>	.11	<b>.30*</b>	<b>.81*</b>	<b>.70*</b>
Positive Neubewertung(t1)	<b>-.26*</b>	<b>.27*</b>	-.09	.19	<b>.46*</b>	<b>.51*</b>	<b>.67*</b>
Depressive Symptome (t1)	<b>.41*</b>	.03	<b>.43*</b>	.11	-.14	<b>-.65*</b>	<b>-.41*</b>
Psychosomatische Symptome (t1)	<b>.27*</b>	.03	.12	-.02	.02	-.21	-.09
Allgemeine Lebens- zufriedenheit (t1)	<b>-.36*</b>	.24	.01	-.10	<b>.27*</b>	<b>.34*</b>	<b>.28*</b>

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A11**

Vierter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die zweite Hälfte der Korrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Depressive Symptome (t2)	Psychosom. Symptome (t2)	Allgemeine Lebenszufr. (t2)
Geschlecht	<b>-.35*</b>	<b>-.30*</b>	.11
Alter	-.24	<b>-.28*</b>	<b>.36*</b>
Optimismus	<b>-.34*</b>	<b>-.35*</b>	<b>.38*</b>
Handlungsorientierung (Präokkupation)	<b>-.31*</b>	-.23	<b>.33*</b>
Handlungsorientierung (Hesitation)	<b>-.28*</b>	-.21	<b>.38*</b>
Qualität der Beziehung	.07	-.10	<b>.31*</b>
Finanzielle Ressourcen (t1)	<b>.54*</b>	<b>.38*</b>	<b>-.40*</b>
Soziale Ressourcen (t1)	.02	-.05	.15
Fokus auf und Ausdruck von Gefühle (t1)	<b>.43*</b>	<b>.28*</b>	.03
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t1)	.15	.23	-.23
Aktive Bewältigung (t1)	-.02	.17	-.05
Akzeptanz (t1)	<b>-.53*</b>	<b>-.26*</b>	<b>.29*</b>
Positive Neubewertung (t1)	<b>-.34*</b>	-.08	.19
Depressive Symptome (t1)	<b>.81*</b>	<b>.58*</b>	<b>-.27*</b>
Psychosomatische Symptome (t1)	<b>.41*</b>	<b>.78*</b>	-.23
Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)	<b>-.32*</b>	<b>-.31*</b>	<b>.81*</b>

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A12**

*Fünfter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt sind die Korrelationen der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen.*

<i>N</i> = 61	Finanz. Ressorc. (t3)	Soziale Ressorc. (t3)	Depressive Symptome (t3)	Psychosom. Symptome (t3)	Allgemeine Lebenszufr. (t3)
Geschlecht	<b>-.38*</b>	-.08	<b>-.26*</b>	<b>-.29*</b>	.16
Alter	<b>-.39*</b>	.13	-.19	-.22	<b>.37*</b>
Optimismus	<b>-.36*</b>	.18	<b>-.38*</b>	<b>-.35*</b>	<b>.36*</b>
Handlungsorientierung (Präokkupation)	<b>-.32*</b>	-.02	-.24	-.15	<b>.36*</b>
Handlungsorientierung (Hesitation)	<b>-.43*</b>	-.11	-.21	-.21	<b>.44*</b>
Qualität der Beziehung	.04	.02	.22	.02	.16
Finanzielle Ressourcen (t1)	<b>.65*</b>	.09	<b>.36*</b>	<b>.46*</b>	<b>-.42*</b>
Soziale Ressourcen (t1)	-.01	<b>.31*</b>	.06	-.08	.05
Fokus auf und Ausdruck von Gefühle (t1)	.09	.22	<b>.31*</b>	<b>.29*</b>	-.06
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t1)	.17	-.15	.10	.11	-.16
Aktive Bewältigung (t1)	-.18	-.09	-.06	.06	.08
Akzeptanz (t1)	<b>-.25*</b>	-.04	<b>-.62*</b>	<b>-.49*</b>	<b>.41*</b>
Positive Neubewertung (t1)	<b>-.26*</b>	.10	<b>-.37*</b>	-.16	<b>.26*</b>
Depressive Symptome (t1)	<b>.40*</b>	.15	<b>.74*</b>	<b>.59*</b>	<b>-.40*</b>
Psychosomatische Symptome (t1)	.25	.18	<b>.37*</b>	<b>.66*</b>	-.24
Allgemeine Lebenszufriedenheit (t1)	<b>-.42*</b>	.16	-.18	-.24	<b>.77*</b>

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A13**

Sechster Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die erste Hälfte der Interkorrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Finanz. Ressorc. (t2)	Soziale Ressorc. (t2)	Fokus/ Ausdr. von Gefühlen (t2)	Suche n. instrument. Unterst. (t2)	Aktive Bewäl- tigung (t2)	Akzep- tanz (t2)	Positive Neube- wertung (t2)
Finanzielle Ressourcen (t2)	-	-.06	.17	.07	-.18	<b>-.33*</b>	-.13
Soziale Ressourcen (t2)	-.06	-	.21	.05	.04	.13	<b>.37*</b>
Fokus auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)	.17	.21	-	.22	<b>.27*</b>	<b>-.44*</b>	-.09
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t2)	.07	.05	.22	-	<b>.30*</b>	-.09	<b>.26*</b>
Aktive Bewältigung (t2)	-.18	.04	<b>.27*</b>	<b>.30*</b>	-	<b>.26*</b>	<b>.37*</b>
Akzeptanz (t2)	<b>-.33*</b>	.13	<b>-.44*</b>	-.09	<b>.26*</b>	-	<b>.67*</b>
Positive Neubewertung (t2)	-.13	<b>.37*</b>	-.09	<b>.26*</b>	<b>.37*</b>	<b>.67*</b>	-
Depressive Symptome (t2)	<b>.41*</b>	.03	<b>.43*</b>	.10	-.18	<b>-.68*</b>	<b>-.45*</b>
Psycho- somatische Symptome (t2)	<b>.36*</b>	-.04	.16	.02	-.05	<b>-.27*</b>	-.17
Allgemeine Lebens- zufriedenheit (t2)	<b>-.33*</b>	.19	.04	-.19	<b>.25*</b>	<b>.36*</b>	.24

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A14**

Siebter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt ist die zweite Hälfte der Interkorrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Depressive Symptome (t2)	Psychosomatische Symptome (t2)	Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)
Finanzielle Ressourcen (t2)	<b>.41*</b>	<b>.36*</b>	<b>-.33*</b>
Soziale Ressourcen (t2)	.03	-.04	.19
Fokus auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)	<b>.43*</b>	.16	.04
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t2)	.10	.02	-.19
Aktive Bewältigung (t2)	-.18	-.05	<b>.25*</b>
Akzeptanz (t2)	<b>-.68*</b>	<b>-.27*</b>	<b>.36*</b>
Positive Neubewertung (t2)	<b>-.45*</b>	-.17	.24
Depressive Symptome (t2)	-	<b>.62*</b>	<b>-.42*</b>
Psychosomatische Symptome (t2)	<b>.62*</b>	-	<b>-.36*</b>
Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)	<b>-.42*</b>	<b>-.36*</b>	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A15**

Achter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt sind die Korrelationen der zum zweiten Messzeitpunkt erfassten Variablen mit den zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Finanzielle Ressourcen (t3)	Soziale Ressourcen (t3)	Depressive Symptome (t3)	Psychosomatische Symptome (t3)	Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)
Finanzielle Ressourcen (t2)	<b>.77*</b>	.02	<b>.33*</b>	<b>.40*</b>	<b>-.41*</b>
Soziale Ressourcen (t2)	.00	<b>.52*</b>	-.01	-.03	.14
Fokus auf und Ausdruck von Gefühlen (t2)	.11	.22	<b>.28*</b>	.23	-.16
Suche nach instrumenteller Unterstützung (t2)	.11	-.14	.02	.02	-.10
Aktive Bewältigung (t2)	<b>-.31*</b>	-.19	-.22	-.11	<b>.27*</b>
Akzeptanz (t2)	<b>-.30*</b>	-.02	<b>-.63*</b>	<b>-.40*</b>	<b>.44*</b>
Positive Neubewertung (t2)	-.08	.25	<b>-.46*</b>	<b>-.27*</b>	<b>.31*</b>
Depressive Symptome (t2)	<b>.37*</b>	.10	<b>.70*</b>	<b>.58*</b>	<b>-.48*</b>
Psychosomatische Symptome (t2)	<b>.34*</b>	.07	<b>.47*</b>	<b>.77*</b>	<b>-.39*</b>
Allgemeine Lebenszufriedenheit (t2)	<b>-.44*</b>	.11	-.17	<b>-.26*</b>	<b>.78*</b>

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

**Tabelle A16**

Neunter Teil der vollständigen Korrelationsmatrix der erfassten Variablen. Aufgeführt sind die Interkorrelationen der zum dritten Messzeitpunkt erfassten Variablen.

<i>N</i> = 61	Finanzielle Ressourcen (t3)	Soziale Ressourcen (t3)	Depressive Symptome (t3)	Psychosomatische Symptome (t3)	Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)
Finanzielle Ressourcen (t3)	-	.16	<b>.31*</b>	<b>.29*</b>	<b>-.51*</b>
Soziale Ressourcen (t3)	.16	-	-.05	-.02	-.03
Depressive Symptome (t3)	<b>.31*</b>	-.05	-	<b>.68*</b>	<b>-.35*</b>
Psychosomatische Symptome (t3)	<b>.29*</b>	-.02	<b>.68*</b>	-	<b>-.30*</b>
Allgemeine Lebenszufriedenheit (t3)	<b>-.51*</b>	.03	<b>-.35*</b>	<b>-.30*</b>	-

\* = signifikant bei  $p < 0.05$

## **Anhang B: Verwendete Anschreiben und Fragebogen**

## **B1 erstes Anschreiben mit Informationen zur Studie**



UNIVERSITÄT  
KOBLENZ · LANDAU

**Campus Landau**  
**Fachbereich Psychologie**

**Prof. Dr. Bernd Bossong**

Fortstr. 7 ♦ 76829 Landau

Telefon 0 63 41 / 280-256  
Telefax 0 63 41 / 280-490  
Mail bossong@uni-landau.de

Landau, den Tag.Monat.Jahr

Arbeitsgruppe: Bewältigung  
kritischer Lebensereignisse  
Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Sehr geehrte Frau Mustermann,

mein Name ist Sebastian Remmers. Ich bin Psychologe und habe ihre Adresse über eine Todesanzeige in der Tageszeitung ermittelt. Zum Tod Ihres Partners möchte ich Ihnen mein herzliches Beileid aussprechen.

Ich führe momentan an der Universität Landau eine Untersuchung durch, mit deren Hilfe verschiedene Aspekte der Trauerentwicklung beleuchtet werden sollen. Ich möchte dadurch Faktoren ermitteln, die am besten den Trauerverlauf vorhersagen. Ein weiteres Ziel ist es, Bewältigungsstrategien aufzudecken, die in einer Behandlung hilfreich sein könnten.

Es gibt kaum Erkenntnisse darüber, wie die Trauerbewältigung bei Betroffenen wirklich verläuft, weil die Betroffenen selbst nicht gefragt wurden. Viele Erkenntnisse beruhen nur auf Theorien von Personen, die selbst nicht in einem Trauerprozess stehen. Dies ist jedoch eine empirische Untersuchung, die sich auf die Erfahrungen der Betroffenen selbst stützt. Dafür suche ich noch Teilnehmer, die bereit sind, Fragebogen auszufüllen.

Ich wende mich an Sie, weil ich Sie bitten möchte die Untersuchung zu unterstützen und Fragebogen auszufüllen. Ihre Erfahrungen sind besonders wichtig und sind nicht durch Personen, die nicht betroffen sind, zu ersetzen. **Ihre Erfahrungen helfen!** Senden Sie mir

bitte die Rückantwort im beigefügten Rückumschlag zurück. Ich werde Ihnen dann den ersten Fragebogen mit weiteren Informationen zusenden. Insgesamt werde ich Ihnen 3 Fragebogen im Anstand von ca. 3 Monaten zusenden.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Ich garantiere, dass keine Auswertungen für einzelne Personen vorgenommen werden, sondern nur zu Forschungszwecken Analysen zu allgemeinen Trends in Gruppen durchgeführt werden.

Ich weiß, dass dies für Sie einen zusätzlichen Aufwand bedeutet. Für Ihren Aufwand kann ich Ihnen leider kein Entgelt zahlen. Da für Sie jedoch auch keine weiteren Kosten anfallen sollen, liegt jeweils ein frankierter und adressierter Rückumschlag bei. Ich biete Ihnen aber an, Ihnen – bei Interesse an den Untersuchungsergebnissen – die Ergebnisse der Gesamtuntersuchung zukommen zu lassen. Nach Beendigung der kompletten Untersuchung sende ich Ihnen die Ergebnisse gerne zu.

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Kontaktadresse:

Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Wieslauterstraße 53

76829 Landau

Telefon (Mo – Fr ab 18 Uhr):

06341/949384

e-mail: [sebastianremmers@gmx.de](mailto:sebastianremmers@gmx.de)

## **B2 Rückantwortschreiben der Teilnehmer**

Nummer:

## **Rückantwort**

Ich möchte die Untersuchung unterstützen.

Bitte senden Sie mir die Fragebogen an folgende Adresse:

---

---

---

---

### **B3 Begleitschreiben zur ersten Fragebogenbatterie**



U N I V E R S I T Ä T  
K O B L E N Z · L A N D A U

**Campus Landau**  
**Fachbereich Psychologie**

**Prof. Dr. Bernd Bossong**

Fortstr. 7 ♦ 76829 Landau

Telefon 0 63 41 / 280-256  
Telefax 0 63 41 / 280-490  
Mail [bossong@uni-landau.de](mailto:bossong@uni-landau.de)

Arbeitsgruppe: Bewältigung  
kritischer Lebensereignisse  
Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Sehr geehrte Frau Mustermann,

für Ihre Bereitschaft, diese Studie zur Trauerentwicklung zu unterstützen, möchten wir uns bei Ihnen herzlichst bedanken!

Anbei erhalten Sie den ersten Fragebogen. Die Anzahl der Fragen ist noch relativ groß, wird sich aber in den folgenden Fragebogen reduzieren. Wir bitten Sie darum, sich dennoch die Zeit dafür zu nehmen, denn Trauer ist individuell und unterschiedlich. Nur so ist es möglich mehrere Aspekte zu erfassen. Bitte senden Sie uns den Fragebogen in dem beigefügten Rückumschlag zurück.

Die Untersuchung wird insgesamt zu drei Zeitpunkten durchgeführt. Sie erhalten von uns automatisch die Fragebogen für die zweite und dritte Messung nach jeweils 3 Monaten, sofern Sie uns die ersten Fragebogen ausgefüllt zurücksenden.

Falls Sie weitere Fragen haben, stehe ich Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Kontaktadresse:

Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Wieslauterstraße 53

76829 Landau

Telefon (Mo - Fr ab 18 Uhr):

06341/949384

e-mail: [sebastianremmers@gmx.de](mailto:sebastianremmers@gmx.de)

## **B4 Deckblatt der Fragebogenbatterien 1, 2 und 3**

## **Fragebogen X. Messung**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

anbei finden Sie eine Reihe von Fragebogen die ihre Person, ihre Situation und ihr Befinden betreffen. Bitte lesen Sie bei jedem Fragebogen die Anweisungen genau durch. Füllen Sie bitte die Fragebogen möglichst vollständig und aufrichtig aus.

Nehmen Sie, wenn Sie die Fragebogen ausgefüllt haben, den beiliegenden frankierten Rückumschlag und senden Sie uns die Fragebogen an die angegebene Adresse zurück.

Bitte tragen Sie hier das Datum ein, an dem Sie mit dem Ausfüllen der Fragebogen begonnen haben: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen,

Sebastian Remmers

**B5 Zusatzblatt nach dem Deckblatt der ersten Fragebogenbatterie**

Bitte geben Sie eine Adresse an, an die wir die nächsten Fragebogen schicken werden.

---

---

---

---

### **Mitteilung der Untersuchungsergebnisse**

Ich möchte das Gesamtergebnis der Untersuchung mitgeteilt bekommen:

- ja             nein

## **B6 Begleitschreiben zur zweiten Fragebogenbatterie**



U N I V E R S I T Ä T  
K O B L E N Z · L A N D A U

**Campus Landau**  
**Fachbereich Psychologie**

**Prof. Dr. Bernd Bossong**

Fortstr. 7 ♦ 76829 Landau

Telefon 0 63 41 / 280-256  
Telefax 0 63 41 / 280-490  
Mail [bossong@uni-landau.de](mailto:bossong@uni-landau.de)

Arbeitsgruppe: Bewältigung  
kritischer Lebensereignisse  
Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Sehr geehrte Frau Mustermann,

für Ihre Bereitschaft, diese Studie zur Trauerentwicklung zu unterstützen, möchte ich mich bei Ihnen nochmals herzlichst bedanken!

Sie erhalten heute die Fragebogen zur zweiten Messung. Die Anzahl der Fragebogen hat sich nun etwas reduziert. Bitte senden Sie uns diese wie gehabt in dem beigefügten frankierten Rückumschlag zurück. Die letzte Messung erfolgt in circa 3 Monaten.

Falls Sie weitere Fragen haben, stehe ich Ihnen natürlich weiterhin zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Kontaktadresse:

Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Wieslauterstraße 53

76829 Landau

Telefon (Mo - Fr ab 18 Uhr):

06341/949384

e-mail: [sebastianremmers@gmx.de](mailto:sebastianremmers@gmx.de)

## **B7 Begleitschreiben zur dritten Fragebogenbatterie**



U N I V E R S I T Ä T  
K O B L E N Z · L A N D A U

**Campus Landau**  
**Fachbereich Psychologie**

**Prof. Dr. Bernd Bossong**

Fortstr. 7 ♦ 76829 Landau

Telefon 0 63 41 / 280-256  
Telefax 0 63 41 / 280-490  
Mail [bossong@uni-landau.de](mailto:bossong@uni-landau.de)

Arbeitsgruppe: Bewältigung  
kritischer Lebensereignisse  
Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Sehr geehrte Frau Mustermann,

die Studie neigt sich nun dem Ende zu.

Ich sende Ihnen anbei die Fragebogen zur dritten und letzten Messung. Die Anzahl der Fragebogen hat sich nun wieder etwas reduziert. Bitte senden Sie uns diese wie gehabt in dem beigefügten frankierten Rückumschlag zurück.

Ich möchte mich nochmals bei Ihnen für Ihre Teilnahme bedanken. Mit ihrer Bereitschaft haben Sie zu dem Erfolg dieser Studie beigetragen und dadurch auch einen Beitrag zur Hilfe zukünftig Trauernder geleistet. Nach Beendigung der kompletten Untersuchung und Auswertung aller Fragebogen sende ich Ihnen – falls Sie dies wünschen – gerne die Ergebnisse zu.

Falls Sie weitere Fragen haben, stehe ich Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Sebastian Remmers

Kontaktadresse:  
Dipl. Psych. Sebastian Remmers  
Wieslauterstraße 53  
76829 Landau  
Telefon (Mo - Fr ab 18 Uhr):  
06341/949384  
e-mail: [sebastianremmers@gmx.de](mailto:sebastianremmers@gmx.de)

## **B8 Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten**

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

im Folgenden finden Sie einige Fragen zu Ihrer Person und zu Ihren Lebensumständen.

Geschlecht:  weiblich  männlich

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Wie lange haben Sie mit Ihrem verstorbenen Partner eine Partnerschaft geführt?

\_\_\_\_\_

Wann ist Ihr Partner verstorben? Geben Sie bitte das Datum an: \_\_\_\_\_

Waren Sie mit Ihrem verstorbenen Partner verheiratet?  Ja  Nein

- Wenn ja, wie lange waren Sie verheiratet? \_\_\_\_\_

Hatten Sie und Ihr verstorbener Partner Kinder?  Ja  Nein

- Wenn ja, wie viele Kinder hatten Sie? \_\_\_\_\_

Würden Sie selbst sich als gläubig bezeichnen?  Ja  Nein

Kam der Tod Ihres Partners plötzlich und unerwartet?  Ja  Nein

Leben Sie nach dem Tod Ihres Partners alleine zu Hause?  Ja  Nein

## **B9 Beziehungsfragebogen BF zur Erfassung der Qualität der verlorenen Beziehung**

## BF

Es werden Ihnen nun Aussagen vorgegeben. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage an, in wie weit diese Aussage auf Ihre Beziehung mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner zutrifft.

Lassen Sie bitte keine Aussage aus.

1. Mein Partner/meine Partnerin und ich hatten viele gemeinsame Interessen.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

2. Mein Partner/meine Partnerin teilte mir seine/ihre Gedanken und Gefühle offen mit.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

3. Mein Partner/meine Partnerin ist sehr zärtlich zu mir gewesen.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

4. Ich merkte, dass er/sie mich körperlich attraktiv fand.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

5. Mein Partner/meine Partnerin ist eine sehr zuverlässige Person gewesen, besonders wenn es um wichtige Dinge ging.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

6. In neuen, unbekanntenen Situationen fühlte ich mich vollkommen sicher, da ich wusste, dass mein Partner/meine Partnerin mich nie im Stich lassen würde.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

7. Ich wusste, wie mein Partner/meine Partnerin handeln wird.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

8. Mein Partner/ meine Partnerin interessierte sich nicht für meine Hobbies.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

9. Ich konnte meinem Partner/ meiner Partnerin auch mal die Meinung sagen.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

10. Mein Bedürfnis nach Nähe stieß bei meinem Partner oft auf Ablehnung.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

11. Mein Partner/ meine Partnerin zeigte mir, dass er/sie mich so mochte, wie ich bin.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

12. Meinem Partner/ meiner Partnerin mangelte es an Zuverlässigkeit.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

13. Meinem Partner/ meiner Partnerin zu vertrauen fand ich schwierig.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

14. Ich konnte immer darauf zählen, dass mein Partner/ meine Partnerin so handelt, wie ich es erwartete.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

## **B10 Fragebogen LOT zur Erfassung des Optimismus**

# LOT

Dies ist ein Fragebogen zur allgemeinen Lebensorientierung. Streichen Sie zu den folgenden Aussagen bitte diejenige Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Sie können eine Zahl von 1 bis 7 ankreuzen. 1 bedeutet, dass die Aussage nicht stimmt. Mit den Zahlen 2 - 7 können Sie Ausprägung angeben, inwieweit diese Aussage auf Sie zutrifft. 7 bedeutet, dass die Aussage völlig stimmt.

1. In unsicheren Zeiten erwarte ich gewöhnlich das Beste.

\_\_\_\_\_ stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig \_\_\_\_\_

2. Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.

\_\_\_\_\_ stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig \_\_\_\_\_

3. Wenn etwas schlecht für mich ausgehen kann, dann geschieht es auch.

\_\_\_\_\_ stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig \_\_\_\_\_

4. Ich blicke stets optimistisch in meine Zukunft.

\_\_\_\_\_ stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig \_\_\_\_\_

5. Es macht mir Spaß, mit Freunden zusammen zu sein.

\_\_\_\_\_ stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig \_\_\_\_\_

6. Es ist wichtig für mich, dass ich immer etwas zu tun haben.

\_\_\_\_\_ stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig \_\_\_\_\_

7. Ich erwarte fast nie, dass die Dinge in meinem Sinne verlaufen.

\_\_\_\_\_ stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig \_\_\_\_\_

8. Mich bringt nichts so leicht aus der Fassung.

stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig

---

9. Ich rechne kaum damit, dass mir etwas Gutes passiert.

stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig

---

10. Insgesamt gesehen erwarte ich, dass mir mehr gute Dinge passieren als schlechte.

stimmt nicht 1 2 3 4 5 6 7 stimmt völlig

---

## **B11 Fragebogen HAKEMP zur Erfassung der Handlungsorientierung**

## **HAKEMP**

Dies ist ein Fragebogen zur Erfassung bestimmter Persönlichkeitseigenschaften. Die Fragen beziehen sich nicht auf den Verlust Ihres Partners. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten (A oder B) an, die für Sie eher zutrifft.

- 1) Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann
  - A. dauert es lange, bis ich mich damit abfinden kann
  - B. denke ich nicht mehr lange darüber nach
  
- 2) Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann
  - A. muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu machen
  - B. fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen
  
- 3) Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann
  - A. kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren
  - B. denke ich nicht mehr lange darüber nach
  
- 4) Wenn ich nichts Besonderes vorhabe und Langeweile habe, dann
  - A. kann ich mich manchmal nicht entscheiden, was ich tun soll
  - B. habe ich meist rasch eine neue Beschäftigung
  
- 5) Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann
  - A. denke ich bald nicht mehr daran
  - B. geht mir das noch eine ganze Weile durch den Kopf
  
- 6) Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will, dann
  - A. kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor
  - B. überlege ich, wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann
  
- 7) Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen ist und nicht mehr zu reparieren ist, dann
  - A. finde ich mich rasch mit der Sache ab
  - B. komme ich nicht so schnell darüber hinweg

- 8) Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann  
A. lege ich meist sofort los  
B. gehen mir zuerst andere Dinge durch den Kopf, bevor ich mich richtig an die Aufgabe heranmache
- 9) Wenn ich jemanden, mit dem ich etwas Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann  
A. geht mir das oft durch den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige  
B. blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen
- 10) Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann  
A. überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann  
B. entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeit für eine der möglichen Beschäftigungen
- 11) Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber das Geld nicht mehr zurückbekomme,  
A. fällt es mir schwer, mich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren  
B. fällt es mir leicht, die Sache auszublenden
- 12) Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann  
A. fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen  
B. fange ich meist ohne weiteres an
- 13) Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann  
A. lasse ich mich davon nicht lange beirren  
B. bin ich zuerst wie gelähmt
- 14) Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann  
A. überlege ich oft, wo ich anfangen soll  
B. fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen
- 15) Wenn ich mich verfare (z.B. mit dem Auto, mit dem Bus, usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse,  
A. kann ich mich zuerst schlecht aufraffen, irgendetwas anderes anzupacken  
B. lasse ich die Sache erst mal auf sich beruhen und wende mich ohne Schwierigkeiten anderen Dingen zu

- 16) Wenn ich zu zwei Dingen große Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann
- A. beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere
  - B. fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen
- 17) Wenn mir etwas ganz Wichtiges immer wieder nicht gelingen will, dann
- A. verliere ich allmählich den Mut
  - B. vergesse ich es zunächst einmal und beschäftige mich mit anderen Dingen
- 18) Wenn ich etwas Wichtiges aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann
- A. lege ich meist sofort los
  - B. kann es eine Weile dauern, bis ich mich dazu aufraffe
- 19) Wenn mich etwas traurig macht, dann
- A. fällt es mir schwer, irgendetwas zu tun
  - B. fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken
- 20) Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann
- A. denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll
  - B. habe ich keine Probleme loszulegen
- 21) Wenn mir sehr viele Dinge am selben Tage misslingen, dann
- A. weiß ich manchmal nichts mit mir anzufangen
  - B. bleibe ich fast genau so tatkräftig, als wäre nichts passiert
- 22) Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann
- A. habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen
  - B. bin ich manchmal wie gelähmt
- 23) Wenn ich meinen ganzen Ehrgeiz darauf verwendet habe, eine bestimmte Arbeit gut zu verrichten und es geht schief, dann
- A. kann ich die Sache auf sich beruhen lassen und mich anderen Dingen zuwenden
  - B. fällt es mir schwer, überhaupt noch etwas zu tun
- 24) Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann
- A. bringe ich die Sache ohne Schwierigkeiten hinter mich
  - B. fällt es mir schwer, damit anzufangen

## **B12 Fragebogen COPE zur Erfassung der Bewältigungsstile**

# COPE

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie derzeit auf den Verlust Ihres Partners reagieren. Es gibt 4 Antwortmöglichkeiten:

Ich mache das niemals

Ich mache das selten

Ich mache das manchmal

Ich mache das oft oder immer

1. Ich frage Leute mit ähnlichen Erfahrungen, was sie unternommen haben.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

2. Ich versuche mir von jemanden Rat zu holen, was ich tun soll.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

3. Ich spreche mit anderen, um mehr über Tod und Trauer zu erfahren.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

4. Ich rede mit jemanden, der etwas für mich tun könnte.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

5. Ich versuche den Tod in einem anderen Licht zu sehen, um ihn weniger negativ erscheinen zu lassen.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

6. Ich versuche, in dem was geschah, eine Chance für mich zu sehen.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

7. Ich lerne etwas aus dem Umgang mit dem Tod meines Partners.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

8. Ich versuche als Person an meiner Trauer zu wachsen.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

9. Ich wende mich meiner Trauer ganz bewusst zu.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

10. Ich lasse meine Gefühle heraus.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

11. Ich fühle mich beim Gedanken an den Tod meines Partners/meiner Partnerin sehr elend und zeige das auch sehr deutlich.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

12. Ich will mich mit meinen Gefühlen beschäftigen und merke, dass ich dabei völlig durcheinander bin und keinen klaren Gedanken fassen kann.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

13. Ich ergreife zusätzliche Schritte, um die Trauer über den Verlust loszuwerden.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

14. Ich konzentriere meine Anstrengungen darauf, etwas gegen meine Situation zu tun.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

15. Ich unternehme Schritt für Schritt das Notwendige.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

16. Ich unternehme direkte Handlungsschritte, um den Verlust zu überwinden.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

17. Ich lerne damit zu leben.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

18. Ich akzeptiere, dass es passiert ist und nicht zu ändern ist.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

19. Ich gewöhne mich an den Gedanken, dass es geschehen ist.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

20. Ich akzeptiere die Realität, so wie sie ist.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

**B13 Fragebogen „Stimmungen und Gefühle“ (CES-D) zur Erfassung depressiver Symptome**

## Stimmungen und Gefühle

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Feststellungen die Antwort an, die Ihrem Befinden der letzten sieben Tage am besten entsprechen hat.

Während der letzten Woche...

**1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.**

selten oder nie            manchmal            öfters            meistens/die ganze Zeit

**2. hatte ich kaum Appetit.**

selten oder nie            manchmal            öfters            meistens/die ganze Zeit

**3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl meine Freunde/Familie versuchten mich aufzumuntern.**

selten oder nie            manchmal            öfters            meistens/die ganze Zeit

**4. kam ich mir genauso gut vor wie die anderen.**

selten oder nie            manchmal            öfters            meistens/die ganze Zeit

**5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.**

selten oder nie            manchmal            öfters            meistens/die ganze Zeit

**6. war ich deprimiert und niedergeschlagen.**

selten oder nie            manchmal            öfters            meistens/die ganze Zeit

**7. war alles anstrengend für mich.**

selten oder nie            manchmal            öfters            meistens/die ganze Zeit

**8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**10. hatte ich oft Angst.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**11. habe ich schlecht geschlafen.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**12. war ich fröhlich gestimmt.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**13. habe ich weniger als sonst geredet.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**14. fühlte ich mich einsam.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**15. waren die Leute unfreundlich zu mir.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**16. habe ich das Leben genossen.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**17. musste ich manchmal weinen.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**18. war ich traurig.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

**20. bin ich überhaupt nicht in die Gänge gekommen.**

selten oder nie      manchmal      öfters      meistens/die ganze Zeit

## **B14 Fragebogen „Körperliches Befinden“ zur Erfassung psychosomatischer Symptome**

## Körperliches Befinden

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<b>1. Kopfschmerzen</b>	0	1	2	3	4
<b>2. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen</b>	0	1	2	3	4
<b>3. Herz- und Brustschmerzen</b>	0	1	2	3	4
<b>4. Kreuzschmerzen</b>	0	1	2	3	4
<b>5. Übelkeit oder Magenverstimmung</b>	0	1	2	3	4
<b>6. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)</b>	0	1	2	3	4
<b>7. Schwierigkeiten beim Atmen</b>	0	1	2	3	4
<b>8. Hitzewallungen und Kälteschauern</b>	0	1	2	3	4
<b>9. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen</b>	0	1	2	3	4
<b>10. dem Gefühl einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben</b>	0	1	2	3	4
<b>11. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen</b>	0	1	2	3	4
<b>12. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen</b>	0	1	2	3	4

## **B15 Fragebogen RFS zur Erfassung von Ressourcenveränderungen**

# RFS

Im Folgenden sollen Veränderungen in Ihrer finanziellen Situation und sozialen Unterstützung durch andere erfasst werden.

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen in den letzten 3 Monaten auf sie zugetroffen haben.

1 Teil:

1. Meine finanzielle Situation hat sich in den letzten 3 Monaten deutlich verschlechtert.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

2. Ich habe in den letzten 3 Monaten kaum Geld zur Verfügung gehabt.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

3. Ich habe in den letzten 3 Monaten deutlich mehr Geld zur Verfügung gehabt als gewöhnlich.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

4. Ich konnte in den letzten 3 Monaten alles aus eigenen Mitteln bezahlen, das ich bezahlen musste.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

5. Die letzten 3 Monate sind eine deutliche finanzielle Belastung gewesen.

0 trifft überhaupt nicht zu	1 trifft kaum zu	2 trifft etwas zu	3 trifft überwiegend zu	4 trifft genau zu
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

## 2. Teil:

1. Haben Sie Kinder?  Ja  Nein

Wenn ja:

Wie hat sich die Unterstützung durch Ihre Kinder insgesamt in den letzten 3 Monaten verändert?

-2 stark verringert	-1 verringert	0 unverändert	1 gesteigert	2 stark gesteigert
------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------------

2. Haben Sie Geschwister?  Ja  Nein

Wenn ja:

Wie hat sich die Unterstützung durch Ihre Geschwister insgesamt in den letzten 3 Monaten verändert?

-2 stark verringert	-1 verringert	0 unverändert	1 gesteigert	2 stark gesteigert
------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------------

3. Haben Sie enge Freunde?  Ja  Nein

Wenn ja,

Wie hat sich die Unterstützung durch Ihre Freunde insgesamt in den letzten 3 Monaten verändert?

-2 stark verringert	-1 verringert	0 unverändert	1 gesteigert	2 stark gesteigert
------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------------

4. Haben Sie Kontakt zu Nachbarn?  Ja  Nein

Wenn ja,

Wie hat sich die Unterstützung durch Ihre Nachbarn insgesamt in den letzten 3 Monaten verändert?

-2 stark verringert	-1 verringert	0 unverändert	1 gesteigert	2 stark gesteigert
------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------------

5. Haben Sie Arbeitskollegen?  Ja  Nein

Wenn ja,

Wie hat sich die Unterstützung durch Ihre Arbeitskollegen insgesamt in den letzten 3 Monaten verändert?

-2 stark verringert	-1 verringert	0 unverändert	1 gesteigert	2 stark gesteigert
------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------------

6. Sind Sie in einem Verein?  Ja  Nein

Wenn ja,

Wie hat sich die Unterstützung durch Ihren Verein insgesamt in den letzten 3 Monaten verändert?

-2 stark verringert	-1 verringert	0 unverändert	1 gesteigert	2 stark gesteigert
------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------------

**B16 Fragebogen SWLS zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit**

## SWLS

Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Nutzen Sie die Antwortskala von 1 bis 7 um das Ausmaß Ihrer Zustimmung anzugeben. Tragen Sie bei jeder Aussage die von Ihnen gewählte Zahl in das Kästchen ein. Bitte antworten Sie offen und ehrlich.

- 7 - stimme genau zu
- 6 - stimme zu
- 5 - stimme eher zu
- 4 - weder/noch
- 3 - stimme eher nicht zu
- 2 - stimme nicht zu
- 1 - stimme überhaupt nicht zu

Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern

In den meisten Bereichen entspricht mein Leben Meinen Idealvorstellungen

Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet

Ich bin mit meinem Leben zufrieden

Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich für mein Leben wünsche.

## **Anhang C: Lebenslauf**

## Lebenslauf

Name:	Remmers
Vorname:	Sebastian
Geburtstag und -ort:	06.09.1979 Wuppertal
Aug. 1986 bis Juli 1990	Grundschule Wuppertal-Ronsdorf
Aug. 1990 bis Juli 1991	Leibnitz-Gymnasium Remscheid-Lüttringhausen
Aug. 1991 bis Juni 1999	Erich-Fried-Gesamtschule Wuppertal-Ronsdorf
Juli 1999 bis April 2000	Wehrdienst
Mai 2000 bis April 2004	Studium an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Hauptfach Diplompsychologie, Vertiefungsfach Verhaltensanalyse und Verhaltensregulation
April 2004 bis April 2008	Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten - Schwerpunkt Verhaltenstherapie - in Landau/Pfalz
Dez. 2004 bis März 2006	Psychotherapeutische Tätigkeit in der psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung „Park- Klinik“ in Bad Bergzabern
März 2006 bis Februar 2008	Psychotherapeutische Tätigkeit in der psychotherapeutischen Universitätsambulanz Landau
Sept. 2006 bis August 2008	Arbeitsvermittler bei der Bundesagentur für Arbeit, Geschäftsstelle Neustadt a. d. Weinstraße
Seit November 2008	In eigener Psychotherapeutischer Praxis in Chemnitz tätig

## **Anhang D: Erklärung nach § 8 Abs. 4 der Promotionsordnung**

## **Erklärung**

Hiermit erkläre ich, Sebastian Remmers, geb. 06.09.1979 in Wuppertal, gemäß § 8 Abs. 4 der Promotionsordnung des Fachbereichs Psychologie der Universität Koblenz-Landau vom 25. Oktober 2007, dass ich

1. die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel in der Arbeit angegeben habe,
2. die Dissertation oder Teile hiervon noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe,
3. die gleiche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Chemnitz, 08.05.09

Dipl.-Psych. Sebastian Remmers