

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
(Direktor: Prof. Dr. med. A. Marneros)



## **Untersuchung zu medizinpsychologischen Aspekten bei arbeitslosen Patienten**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Bastian Huhn  
geboren am 24. Juli 1975 in Wolfen

Gutachter:

1. Prof. Dr. H. Hennig
2. Prof. Dr. W. Slesina
3. Prof. Dr. U. Tewes

Verteidigung: am 23.01.2002

**urn:nbn:de:gbv:3-000003162**

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000003162>]

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit dem unterschiedlichen Krankheitsbewältigungsverhalten von arbeitslosen und berufstätigen Patienten und mit der Effektivität ihrer Verarbeitungsmuster. Als Effektivitätskriterien werden die Folgen von Bewältigung für drei Bereiche diskutiert: das subjektive Wohlbefinden, die somatische Gesundheit und die soziale Funktionstüchtigkeit. Veränderungen in den drei beschriebenen Bereichen werden durch geeignete Instrumente sichtbar gemacht und die bevorzugten Krankheitsbewältigungsstile in diesem Zusammenhang bewertet.

Die Daten wurden mit standardisierten Selbstbeantwortungsfragebögen und einem relativ neuen Verfahren, dem Streß-Entspannungs-Test, erhoben und unter Zuhilfenahme statistischer Testmethoden ausgewertet. An der Untersuchung nahmen 219 Patienten einer allgemeinmedizinischen Arztpraxis in Halle/Lettin teil.

Es konnte gezeigt werden, daß die arbeitslosen Patienten signifikant schlechtere Werte in ihren Selbstkonzepten aufwiesen als die berufstätigen Patienten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß Arbeitslosigkeit zu einer Schwächung der Ich-Stärke und einer Verschlechterung des Selbstbildes bei Arbeitslosen führt. Bei den arbeitslosen Patienten fanden sich Hinweise auf eine Reduktion der sozialen Beziehungen und Anzeichen einer qualitativen Veränderung im Kontaktverhalten. Weiterhin konnte eine Beeinträchtigung ihres Gesundheitsverhaltens gefunden werden. Es stellte sich heraus, daß die Anzahl der Raucher unter den Patienten ohne Arbeit fast dreimal so hoch war wie unter den Patienten mit Arbeit. Beim Streß-Entspannungs-Test waren arbeitslose Patienten deutlich schlechter in der Lage, mit dem angebotenen Stressor umzugehen als berufstätige Patienten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß Patienten ohne Arbeit eine erhöhte emotionale Belastung aufweisen, die mit einer schlechteren Fähigkeit zur Entspannung einhergeht.

Die statistische Auswertung der Krankheitsbewältigungsskalen ergab einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Arbeit beim Copingstil Gefühlskontrolle und Sozialer Rückzug. Dabei wurden arbeitslose Patienten durch stärkere Gefühlskontrolle und durch vermehrten Rückzug aus sozialen Beziehungen charakterisiert. Auf Grund theoretischer Annahmen muß diese Strategie der Krankheitsverarbeitung als dysfunktional eingestuft werden. Es wurde gezeigt, daß die Arbeitslosigkeit auf die Selbstkonzepte, das soziale Kontaktverhalten, die finanziellen Mittel, das Gesundheitsverhalten (Rauchen) und den Umgang mit Streß einen negativen Einfluß ausübt und somit wichtige Ressourcen, die zur Bewältigung der Krankheit benötigt werden, verbraucht. Über die genannten Faktoren wirkt die Arbeitslosigkeit auf die Krankheitsbewältigung ein und führte bei den arbeitslosen Patienten zu einer uneffektiveren Verarbeitung ihrer Krankheit. Die arbeitslosen Patienten zeigten Einschränkungen in allen untersuchten Bereichen. Die Konsequenzen aus den Ergebnissen dieser Arbeit sind weitreichend und verlangen eine grundlegende Veränderung im Umgang mit Arbeitslosen in unserer Gesellschaft.

Huhn, Bastian: Untersuchung zu medizinpsychologischen Aspekten bei arbeitslosen Patienten.  
Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2000

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Theoretische Grundlagen und Zielstellung</b>	<b>4</b>
2.1 Coping	4
2.1.1 Copingansätze	4
2.1.2 Effektives Coping	6
2.1.3 Effektivitätskriterien	7
2.1.4 Einflüsse auf den Bewältigungsprozeß	9
2.2 Arbeitslosigkeit	
10	
2.2.1 Bedeutung von Arbeit für die psychische Gesundheit	10
2.2.2 Soziale Umgebung und Arbeitslosigkeit	11
2.2.3 Physische und pathophysiologische Folgen der Arbeitslosigkeit	12
2.3 Relevante Effektivitätskriterien	14
2.4 Wissenschaftliche Fragestellungen	16
2.5 Hypothesen	16
<b>3. Material und Methodik</b>	<b>17</b>
3.1 Operationalisierung der Fragestellungen	
17	
3.1.1 Krankheitsbewältigung	18
3.1.2 Subjektive Bedingungen	
18	
3.1.3 Soziale Bedingungen	19
3.1.4 Physische Bedingungen	19
3.2 Untersuchungsdesign	21
3.2.1 Praktische Durchführung	21
3.2.2 Untersuchungsstichprobe	23
3.2.3 Variablenplan	25
3.3 Methoden der Datenanalyse	26
<b>4. Ergebnisse</b>	<b>28</b>
4.1 Ergebnisdarstellung der Krankheitsbewältigung	28
4.1.1 Vergleich von arbeitslosen und berufstätigen Patienten	28
4.1.2 Vergleich von Männern und Frauen	28

4.1.3	Vergleich der Altersgruppen	30
4.2	Ergebnisdarstellung der subjektiven Bedingungen	31
4.2.1	Vergleich der Selbstkonzeptskalen von arbeitslosen und berufstätigen Patienten	31
4.3	Ergebnisdarstellung der sozialen Bedingungen	33
4.3.1	Vergleich des Einkommens arbeitsloser und berufstätiger Patienten	33
4.3.2	Vergleich des sozialen Netzwerkes von arbeitslosen und berufstätigen Patienten	33
4.4	Ergebnisdarstellung der physischen Bedingungen	37
4.4.1	Vergleich des Rauchverhaltens bei arbeitslosen und berufstätigen Patienten	37
4.4.2	Vergleich des psychophysischen Verhaltens im Umgang mit Streß	37
<b>5.</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>38</b>
5.1	Auswertung der unabhängigen Variablen	38
5.2	Ergebnisinterpretation der Krankheitsbewältigung	39
5.2.1	Interpretation der Krankheitsbewältigung von arbeitslosen und berufstätigen Patienten	40
5.2.2	Interpretation der Krankheitsbewältigung in Abhängigkeit vom Geschlecht	41
5.2.3	Interpretation der Krankheitsbewältigung in verschiedenen Altersgruppen	43
5.3	Ergebnisinterpretation der subjektiven Bedingungen	46
5.3.1	Interpretation der Unterschiede in den Selbstkonzeptskalen	46
5.4	Ergebnisinterpretation der sozialen Bedingungen	54
5.4.1	Interpretation der Unterschiede beim Einkommen	54
5.4.2	Interpretation der Unterschiede im sozialen Netzwerk	55
5.5	Ergebnisinterpretation der physischen Bedingungen	58
5.5.1	Interpretation der Unterschiede im Rauchverhalten	58
5.5.2	Interpretation der Unterschiede im psychophysischen Verhalten im Umgang mit Streß	59
5.6	Fehlerbetrachtung	60
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>61</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>67</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	<b>76</b>
<b>9.</b>	<b>Thesen zur Dissertation</b>	<b>77</b>

## Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

<b>Abbildungen</b>		Seite
Abb. 1:	Ängste der Deutschen (Mitteldeutsche Zeitung, 27.08.98)	1
Abb. 2:	Entwicklung der Arbeitslosigkeit im Untersuchungszeitraum	2
Abb. 3:	Schema zur Bearbeitung der Fragestellungen	17
Abb. 4:	Berliner-Streß-Scala (BSS)	21
Abb. 5:	Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe in den Altersgruppen	24
Abb. 6:	Geschlechtsverteilung in der Untersuchungs- u. Kontrollgruppe bezogen auf das Alter	24
Abb. 7:	Qualifikationsniveau der arbeitslosen und berufstätigen Patienten	25
Abb. 8:	Variablenplan	25
Abb. 9:	Vergleich der Krankheitsbewältigungsstile arbeitsloser und berufstätiger Patienten	29
Abb. 10:	Vergleich der Selbstkonzeptskalen von arbeitslosen und berufstätigen Patienten	32
Abb. 11:	Mittelwertunterschiede im Einkommen arbeitsloser und berufstätiger Patienten	33
Abb. 12:	Wie wird die persönliche Zukunft gesehen	34
Abb. 13:	Vergleich der Unterschiede aus Fragebogen „Allgemeine Fragen“ Items 2.1-2.11	34
<b>Tabellen</b>		
Tab. 1:	Mittelwertvergleiche arbeitsloser und berufstätiger Patienten mit der Varianzanalyse - FKV	28
Tab. 2:	Mittelwertvergleiche aller Männer und Frauen mit der Varianzanalyse - FKV	28
Tab. 3:	Mittelwertvergleiche Altersgruppen mit der Varianzanalyse - FKV	30
Tab. 4:	Mittelwertvergleiche der Selbstkonzeptskalen mit der Varianzanalyse	31
Tab. 5:	Rauchverhalten von arbeitslosen und berufstätigen Patienten	37
Tab. 6:	BSS-Wert-Vergleich arbeitsloser und berufstätiger Patienten	37

## Verzeichnis der Abkürzungen

BH	- Streßbeherrscher
BSS	- Berliner-Streß-Skala
BW	- Streßbewältiger
DDR	- Deutsche Demokratische Republik
d. h.	- das heißt
DR	- Streßdysregulierer
et al.	- und weitere
FKV 102	- Langversion des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung mit 102 Items
FSKN	- Frankfurter Selbstkonzept Skalen
k	- kurze Regulationsperiode
KP	- Streßkompensierer
l	- lange Regulationsperiode
männl.	- männlich
SET	- Streß-Entspannungs-Test
St.	- Stück
u.	- und
u. a.	- unter anderem
usw.	- und so weiter
weibl.	- weiblich
WHO	- World Health Organization
z.B.	- zum Beispiel

## 1. Einleitung

Ein Jahrzehnt nach der politischen Wiedervereinigung Deutschlands und der Abschaffung der sozialistischen Planwirtschaft im Oktober 1990 löst in steigendem Maße ein Thema sowohl bei Ostdeutschen als auch bei Westdeutschen Ängste und Sorgen aus - die Arbeitslosigkeit. Regierungen werden daran gemessen, wie erfolgreich sie auf die Senkung der Arbeitslosenzahlen und auf die Beschaffung von Arbeitsplätzen Einfluß nehmen. Laut einer bundesweiten repräsentativen Befragung der Nürnberger Gesellschaft für Konsumforschung, die im Auftrag der R+V Versicherung durchgeführt und im August 1998 veröffentlicht wurde, fürchten 59% der Ostdeutschen um ihren Arbeitsplatz (West 33%). Die Studie (s.u.), die die Ängste der Deutschen erfragt, fand heraus, daß die Arbeitslosigkeit die Menschen am stärksten beunruhigt. Damit rangiert die Arbeitslosigkeit weit vor der Angst, daß die Partnerschaft zerbricht, daß Deutschland in einen Krieg verwickelt wird und daß man Opfer einer Straftat werden kann. Selbst der Gedanke, seine Kinder an die Drogensucht zu verlieren, wird als weniger bedrohlich empfunden. Weiterhin ist interessant, daß die ängstlichsten Menschen in Sachsen und Sachsen-Anhalt zu Hause sind und die Einwohner von Baden-Württemberg und Bayern sorgenfreier leben.

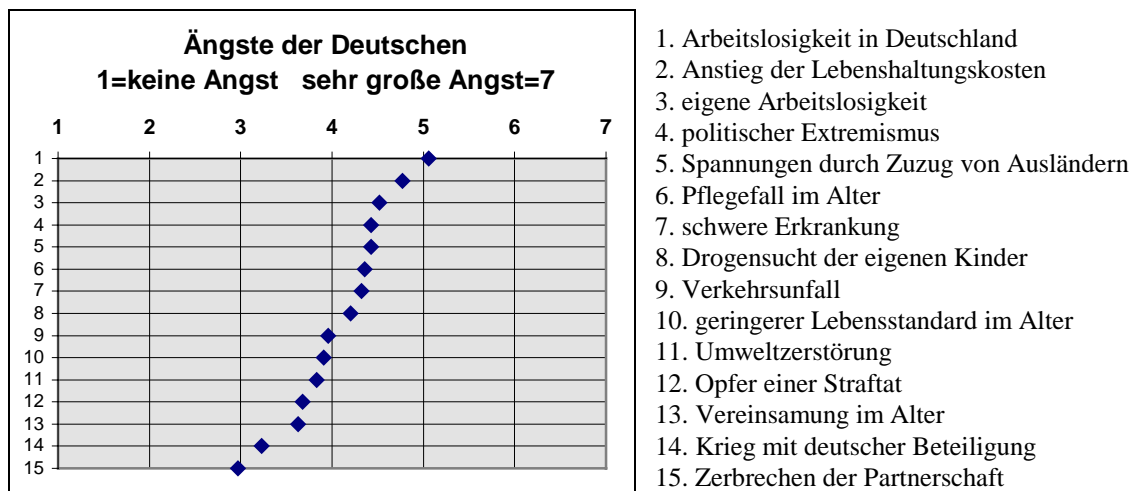


Abb. 1: Ängste der Deutschen

(Mitteldeutsche Zeitung, 27.08.98)

Mit der Studie wird zum Ausdruck gebracht, welchen hohen Stellenwert die Arbeit in der Gesellschaft bekommen hat und wie sie auf das Empfinden der Menschen Einfluß nimmt.

Zu Beginn des Einigungsprozesses behaupteten die Politiker, die hohe Arbeitslosigkeit wäre ein absehbarer und vorübergehender Prozeß, der im Rahmen der Anpassung der DDR-Wirtschaft an die Bedingungen der freien Marktwirtschaft auch für den einzelnen nur einen transitorischen Charakter hätte.

Die reale Entwicklung der letzten zehn Jahre zeigt aber das Gegenteil. Die Arbeitslosenzahlen haben sich in den letzten Jahren auf einem hohen Niveau eingependelt.

Die Abb. 2 zeigt den Verlauf der Arbeitslosenquoten während dieser Untersuchung. Sie macht deutlich, daß zwischen November 1998 und September 1999 in der Stadt Halle (Sachsen-Anhalt) ein Fünftel bis fast ein Viertel der abhängigen Erwerbspersonen ohne Arbeit waren. Im gleichen Zeitraum betrug die durchschnittliche Arbeitslosenquote im Bundesland Bayern nur 7,6% und in Gesamtdeutschland 11,8% (Bundesanstalt für Arbeit 1999).

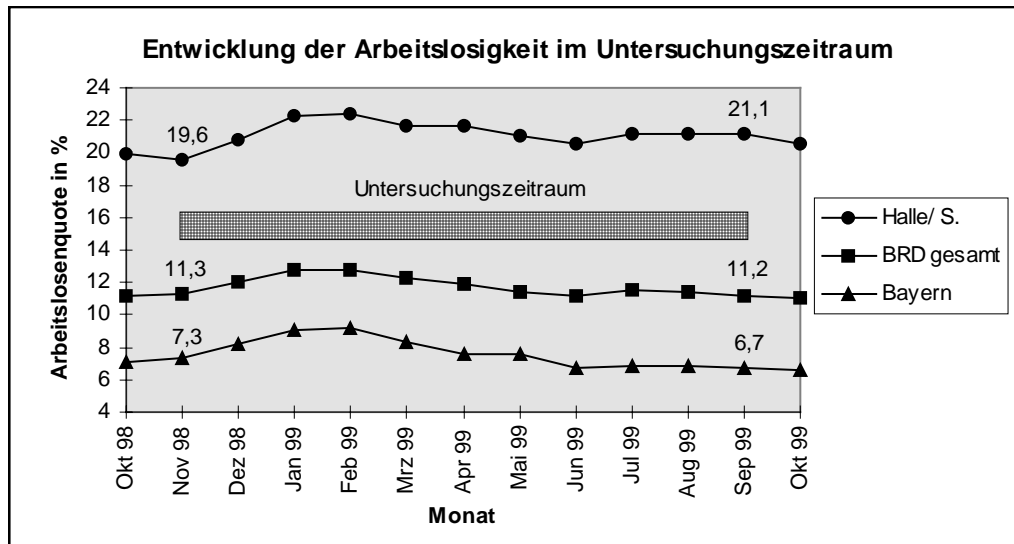


Abb. 2: Entwicklung der Arbeitslosigkeit im Untersuchungszeitraum

Setzt man nun die Studie der R+V Versicherung über die Ängste der Deutschen mit den Arbeitsmarktdaten aus Abb. 2 in Beziehung, wird schnell klar, warum gerade die Ostdeutschen viel mehr um ihren Arbeitsplatz fürchten müssen als die Westdeutschen. Jetzt wird auch deutlich, warum die ängstlichsten Deutschen in Sachsen-Anhalt und die sorgenfreiesten Menschen in Bayern leben - die Arbeitslosenquote ist in Sachsen-Anhalt rund dreimal so hoch wie in Bayern.

Dieses Beispiel läßt kaum Zweifel daran, daß die erzwungene Ausgrenzung aus regelmäßiger und entlohnter Arbeitstätigkeit für einen großen Teil der Arbeitslosen zu einer Verschlechterung der psychosozialen Gesundheit führen kann. Unter Arbeitslosenforschern gibt es eine weitgehende Übereinstimmung, daß Langzeitarbeitslose generell eine soziale Gruppe mit einem hohen Risiko für gesundheitliche Schädigungen als Folge von Arbeitslosigkeit sind (WHO 1989). Bei den Folgen von Arbeitslosigkeit handelt es sich zweifellos nicht um einen Reaktionsautomatismus, der bei jedem Arbeitslosen gleichförmig eintritt. Die differentielle Arbeitslosenforschung hat nachgewiesen, daß die Reaktion auf das kritische Lebensereignis (life-event) Arbeitslosigkeit variieren kann zwischen relativ belastungsfreien Formen (insbesondere, wenn es sich um einen selbstgewählten Übergang in ein anderes Beschäftigungsverhältnis handelt) und katastrophalen selbstzerstörerischen Zuspitzungen, welche sich als Endpunkt einer Summation alltäglicher Probleme herausgebildet haben (Wacker 1983).



Für die Moderation der individuellen Bewältigung spielen demographische, soziale und individuelle Faktoren eine wichtige Rolle, wie individuelle Einstellungen und Fähigkeiten, z.B. die Arbeits- und Berufsorientierung, das Bewältigungsverhalten in kritischen Lebenssituationen sowie die Verfügbarkeit und Angemessenheit sozialer Unterstützung. Normen und Werte der Gesellschaft oder Gemeinschaft wie Arbeitsethik, die Arbeitslosenrate, d.h. das Ausmaß der Normalität von Arbeitslosigkeit sowie die finanzielle Situation in der Arbeitslosigkeit sind weitere wichtige Moderatorvariablen der individuellen Bewältigung. Im Durchschnitt wirken sich jedoch die Verringerung der finanziellen Mittel, der Verlust der positiven Funktionen von Arbeit sowie die mit ansteigender oder anhaltender Massenarbeitslosigkeit zunehmende Perspektivlosigkeit vieler Arbeitsloser äußerst negativ auf ihre psychische und körperliche Gesundheit aus. Die nachgewiesenen Folgen von Arbeitslosigkeit wie Depression, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen können, wenn die Arbeitslosigkeit länger andauert, auch eine Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit zur Folge haben (Kieselbach 1993).

Wirken das life-event Arbeitslosigkeit und das life-event Krankheit zeitgleich auf ein Individuum ein, so werden dessen Bewältigungsfähigkeiten und Bewältigungsressourcen auf das Äußerste beansprucht. In diesem Zusammenhang wirkt sich die Arbeitslosigkeit als ein pathogener Faktor in der Krankheitsgeschichte aus, belastet die Krankheitsbewältigung, führt zu niedrigerer Behandlungsmotivation und längeren Behandlungszeiten (Dauer 1992). Vielen arbeitslosen Patienten fehlen wichtige und notwendige Bewältigungsfertigkeiten, die sie in ihren sozialen Beziehungen und ihrer Lebensqualität einschränken.

Bisherige Untersuchungen auf dem Gebiet der Arbeitslosenforschung im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung haben gezeigt, daß die Situation Arbeitslosigkeit einen erheblichen Einfluß auf die Gesundheit des arbeitslosen Patienten haben kann. Aus klinisch-praktischer und wissenschaftlich-theoretischer Sicht besteht aber immer noch ein erheblicher Forschungsbedarf, um den Einfluß der Arbeitslosigkeit auf die Krankheitsbewältigung genauer quantifizieren zu können.

(Anmerkung des Autors zur Wortwahl: In dieser Arbeit werden Patienten mit und ohne Arbeit einander gegenübergestellt. Im weiteren Text wird ab jetzt die Rede von Arbeitslosen und Berufstätigen sein. Für einige Leser könnten diese Begriffe eine unbeabsichtigte Wertung implizieren. Dies wird vom Autor aber ausdrücklich nicht beabsichtigt, denn auch Arbeitslose können ihren Tagesablauf mit sinnvollen „Tätigkeiten“ ausfüllen. Allein die bessere Verständlichkeit und die schnellere Erfassung der Zusammenhänge hat den Ausschlag gegeben, das Wort „nichtarbeitslos“, welches schon in sich eine doppelte Verneinung beinhaltet, durch das Wort „berufstätig“ zu ersetzen.)

## 2. Theoretische Grundlagen und Zielstellung

### 2.1 Coping

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit dem unterschiedlichen Bewältigungsverhalten von arbeitslosen und berufstätigen Patienten und der Effektivität ihrer verschiedenen Verarbeitungsmuster. Es werden die Strategien der Krankheitsbewältigung von Patienten mit und ohne Arbeit gegenübergestellt, und es wird nach Unterschieden gesucht. Daher ist es sinnvoll, zuerst den Copingbegriff zu definieren und danach Kriterien, mit denen man erfolgreiches Bewältigen charakterisieren kann, zu finden. (In der Literatur wurden kontrovers diskutierte Ansätze gefunden, die Begriffe Coping, Bewältigung und Verarbeitung differenzierter zu benutzen [siehe Schätz 1992]. In dieser Arbeit werden die Begriffe jedoch synonym verwendet. )

#### 2.1.1 Copingansätze

Filipp & Klauer (1988) verstehen unter Bewältigung ein summarisches Konzept für alle Verhaltensweisen, die im Umfeld von raumzeitlich umgrenzten Belastungssituationen die individuelle Auseinandersetzung mit dieser Situation markieren.

Lazarus und Folkmann (1984) verstehen unter Coping psychische Vorgänge, die darauf ausgerichtet sind, bereits bestehende oder erwartete krankheitsbedingte Belastungen entweder innerpsychisch (emotional/ kognitiv) oder durch Handeln vorbeugend auszugleichen oder ihre Manifestation zu verarbeiten und zu meistern. Diese weit verbreitete Definition beschreibt Coping als etwas sich ständig Veränderndes, die Definition ist prozeßorientiert und bezogen auf eine spezifische Situation.

Heim und Willi (1986) sehen im Rahmen eines integrierten Verständnisses einer biopsychosozialen Medizin die Krankheitsbewältigung als jenen wichtigen Teil des Krankheitsverhaltens, der die Reaktion auf eine beliebige Krankheit zum Inhalt hat. Einige der in der Krankheit zu bewältigenden psychosozialen Belastungen sind die veränderte Körperintegrität und das veränderte Wohlbefinden, das veränderte Selbstkonzept (Körperschema, Ungewißheit, Autonomie- und Kontrollverlust), ein gestörtes emotionales Gleichgewicht, eine Verunsicherung hinsichtlich der sozialen Rollenaufgaben und eine Anpassung an neue Situationen (medizinisches Personal, Setting der Hospitalisation).

Muthny (1988) versteht unter Krankheitsverarbeitung die Gesamtheit aller Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Diese drei gleichwertigen Ebenen der Krankheitsverarbeitung werden seiner Meinung nach sowohl von Persönlichkeitsmerkmalen als auch von Situationen und der Umwelt (insbesondere der Sozialstruktur) beeinflußt. Dabei fordert er eine konsequente Differenzierung von Strategie und Ergebnis der Bewältigung. Die Krankheits-Verarbeitungs-Modi sind also prinzipiell unabhängig von den Kriterien des Erfolges zu definieren.

Dieses Konzept liegt auch dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) zu Grunde. Tunks & Bellissimo (1988) konstatieren: in der Mehrzahl aller Bewältigungsbemühungen ist es wahrscheinlich, daß eine Vielzahl von unterschiedlichen Strategien sowohl innerpsychisch als auch verhaltensmäßig bewußt und unbewußt, kontrolliert und automatisch ablaufend vom Individuum, eingesetzt werden, um mit der Anforderung fertig zu werden. Ziel der Krankheitsbewältigung ist es, die Passung (Adaptation) zwischen der eigenen Person und der betreffenden Umwelt aufrechtzuerhalten und in Anbetracht einer Erkrankung ein Gleichgewicht zu finden. Adaptationsstrategien sind sowohl Abwehr- als auch Copingprozesse, d.h. bewußte und unbewußte, sowohl aktiv planvolle als auch automatisch ablaufende Verhaltensweisen (Schüßler 1994).

In Anlehnung an Prystav (1981) unterscheidet man die „Bewältigungsreaktion“ als kleinste abgrenzbare Aktivitätseinheit, wovon mehrere sich zu verschiedenen zusammengehörigen „Bewältigungsformen“ ordnen lassen, die, wenn sie stabile Formen annehmen, als „Bewältigungsstil“ (Copingmuster) bezeichnet werden können. „Bewältigungsflexibilität“ gibt Auskunft über die Fähigkeit, flexibel, d.h. angemessen zu handeln. All dies schlägt sich im „Bewältigungsprozeß“, d.h. in der Bewältigung einer konkreten Situation nieder. Als „Coping- Ressourcen“ werden alle inneren Fähigkeiten und äußeren Gegebenheiten (z.B. soziale Unterstützung) zusammengefaßt (Schüßler 1994).

Das umfangreiche Spektrum der Modelle zur Krankheits- bzw. Konfliktbewältigung, von dem hier nur ein kleiner Ausschnitt andeutungsweise wiedergegeben werden konnte, erklärt die Komplexität dieser Thematik. Weitgehende Übereinstimmung herrscht darüber, daß den Verarbeitungsprozessen zwei wesentliche Funktionen zuzuordnen sind, einerseits eine auf die Problemlösung zielende sogenannte instrumentelle und eine auf die Regulation ausgelöster Emotionen gerichtete sogenannte palliative Aufgabe (Rüger et al. 1990). Auch eine Beeinflussung des Bewältigungsprozesses durch Umgebungsfaktoren wird von den meisten Autoren beschrieben. Trotz ihrer Vielseitigkeit ist allen Theorien die mangelnde Übertragbarkeit der Konstrukte in konkrete Inventare gemeinsam. Prystav (1981) weist darauf hin, daß zur Erfassung eines komplexen Geschehens wie der Krankheitsbewältigung eine Fragebogenerhebung als ausschließliche Informationsquelle ungeeignet ist. Es erfolgt eine häufig durch die Theorie nicht begründbare Einengung auf ein sehr begrenztes Coping-Repertoire (Muthny 1989). Zusätzlich zu den generellen Problemen dieser Fragebögen besteht ein wesentlicher Nachteil der unterschiedlichen theoretischen Annahmen in der beschränkten Vergleichbarkeit der aus ihnen resultierenden Copinginstrumente. Da qualitative Ansätze (z.B. Einzelfallanalysen) mit gravierenden methodischen Problemen verbunden sind, dominieren die Fragebogenverfahren die heutige Forschung. Seit einigen Jahren wird aber daran gearbeitet, die Komplexität des Copingansatzes in bessere Inventarien einfließen zu lassen (vgl. Flick et al. 1991).

### 2.1.2 Effektives Coping

Nach Muthnys (1989) Aussage besteht keine lineare Zuordnung von Verarbeitungsmodi und Verarbeitungserfolg. Daher stellt sich die Frage, was erfolgreiches, d.h. effektives Coping eigentlich auszeichnet.

Die Einschätzung der Effektivität von Copingstrategien hängt wesentlich von Perspektiven, Interessen und Wertvorstellungen des Beurteilenden sowie von der konkreten Situation des Kranken ab (Beutel 1988). In der Beurteilung der Krankheitsbewältigung ist es wichtig, diese nach der intendierten Zielsetzung zu unterscheiden, da nicht selten je nach Standort widersprüchliche Erwartungen (Patient, Arzt, Umwelt) bestehen. Erste Priorität des Kranken wird sein, das durch die psychosozialen Belastungen gestörte innerpsychische Gleichgewicht wiederzuerlangen. Aus ärztlicher Sicht wird vom Kranken primär optimale Kooperation im Sinne der Compliance mit den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erwartet. Das nähere und weitere Umfeld (Familie und soziales Netzwerk) fordert vor allem eine angemessene Anpassung im Sinne des vorbestehenden Rollenverhaltens (Heim et al. 1991).

Das Gelingen der Krankheitsbewältigung ist vorwiegend von den Ressourcen, die dem Kranken zur Verfügung stehen, abhängig. Sie liegen zum einen in der Person selbst: physische Verfassung, Fähigkeit zum Problemlösen, emotionale Ausgeglichenheit und ein angemessenes Gesundheits- und Krankheitsmodell. Zum anderen sind Einwirkungen des Umfeldes bedeutsam: Stabilität und Zuwendung der Kernfamilie sowie Tragfähigkeit eines engeren und weiteren sozialen Netzwerkes (Heim et al. 1991).

Die Beurteilung der Effektivität von Bewältigungsstilen erfordert also eine sehr differenzierte Betrachtungsweise. So kann Verleugnung je nach Krankheitsphase ungünstig, aber auch günstig (als Schutzfunktion) wirken (Heim 1988). Weiterhin können sich hinter einer guten Compliance bzw. einem angepaßten Verhalten des Patienten Hilflosigkeit und Depressivität verbergen (Heim 1986a). Leistungsbezogene Strategien können z.B. in der Akutphase eines Myokardinfarkts eine unerwünschte Überforderung induzieren, bei der Rehabilitation hingegen hilfreich sein.

In der Literatur finden sich zwei unterschiedliche Zugangswege zur Effektivitätsbestimmung. Zum einen gibt es eine a-priori Bewertung, d.h. bezogen auf eine theoretische Position werden bestimmte Formen der Bewältigung als (dys)funktional eingestuft. Dem steht die empirische Position gegenüber, derzufolge Effektivität, da möglicherweise kontextabhängig, entsprechend fallbezogen, d.h. empirisch zu ermitteln ist. In der Praxis hebt sich diese idealtypische Trennung zum Teil auf, da empirisch gewonnene Ergebnisse mit a-priori Annahmen häufig übereinstimmen.

Die a-priori Bewertungen stützen sich hauptsächlich auf zwei Maximen: Realitätsbezug und Selbstkontrolle. Haan (1977) zufolge sind ein realitätsorientiertes, aktives, den situativen Erfordernissen flexibel angepaßtes Handeln und ein kontrollierter Umgang mit Emotionen der normativ

wünschenswerte Modus der Bewältigung. Dysfunktional ist aus ihrer Sicht rigides, realitätsverzerrendes oder -vermeidendes und emotional ausagierendes Verhalten. McCrae und Costa (1986) benennen einen Faktor, zu dem sich die Formen rationales Handeln, positives Denken, Selbstkontrolle und Situationsanpassung gruppieren, als „reife Bewältigung“. Ein zweiter Faktor, der sich zusammensetzt aus feindseligem Verhalten, realitätsfliehenden Phantasien, Selbstvorwürfen, Rückzug, Passivität und Unentschlossenheit, wird dagegen als „neurotische Bewältigung“ bezeichnet. Carver et al. (1989) urteilen mit Blick auf ihr Modell selbstkontrollierter Verhaltensregulation, daß alle problemlösebezogenen Bewältigungsformen (z.B. aktives Problemhandeln, Planung, Suche nach instrumenteller Unterstützung) funktional sind; passiv-resignative, evasiv-ablenkende und emotionsfokussierende Bewältigungsformen (hier auch Suche nach emotionaler Unterstützung) seien hingegen dysfunktional. Als nachteilig sieht Ehle (1988) Strategien, die über einen langen Zeitraum auf Entlastung sowie auf aggressive und defensive Techniken zurückgreifen.

So verschieden die einzelnen Ansätze auch sind, in der Vorstellung, wie effektive Bewältigung aussieht, stimmen sie weitgehend überein. Als effektiv gilt das realitätsbezogene, situationsflexible Herangehen an Probleme mit einer der Problemlösung dienlichen Emotionskontrolle. Passiv-resignatives, der Realität entfliehendes, evasives oder defensives und emotionsbetontes Verhalten wird dagegen als dysfunktional gewertet (Weber 1994).

Ausgangspunkt der empirischen Bewertung ist die Prämisse, daß keine Bewältigungsform von vornherein als effektiv vorzuziehen oder als ineffektiv abzulehnen ist, sondern daß dieses Urteil kontextbezogen gefällt werden sollte. Es ist leicht vorstellbar, daß in verschiedenen Belastungssituationen die Effektivität der einzelnen Bewältigungsformen erheblich variiert. Dennoch konnten einige wenige Formen, die in ihrer (In)effektivität relativ konstant gegenüber Situationseinflüssen sind, herauskristallisiert werden. Als positive oder reife Form der Bewältigung gelten das problemzentrierte Handeln und das positive Umdeuten und bestätigen somit die theoretischen Urteile. Als ineffektiv erwiesen sich in vielen Fällen realitätsfliehende Wunschphantasien, passiv-resignatives Verhalten und vor allem Selbstvorwürfe. Offen bleibt, ob der unkontrollierte Ausdruck von Emotionen (z.B. das Weinen) der Krankheitsbewältigung dienlich ist oder nicht. Um die Effektivität von Bewältigungsformen überhaupt bestimmen zu können, bedarf es geeigneter Kriterien.

### **2.1.3 Effektivitätskriterien**

Lazarus und Folkman (1984) haben das theoretische Angebot an potentiellen Kriterien in einen breiten Rahmen gespannt, innerhalb dessen Bewertung stattfinden kann. Sie sprechen allerdings nicht explizit von Kriterien, sondern erörtern die Folgen von Bewältigung für drei Bereiche: das subjektive Wohlbefinden („morale“), die somatische Gesundheit und die soziale Funktionstüchtigkeit („social functioning“). Mit dem subjektiven, physischen und sozialen Befinden sind damit die drei Aspekte

beschrieben, die das umfassende Verständnis von Gesundheit im Sinne der WHO- Definition oder vom Wohlbefinden (vgl. Abele & Becker 1991) ausmachen. Dementsprechend werden auch im Konstrukt der Lebensqualität, die als übergeordnetes Kriterium für medizinisch-therapeutische Maßnahmen eingebracht wurde, psychische, physische und soziale Aspekte integriert (vgl. Bullinger & Pöppel 1988, Bullinger et al. 1991). Die übergeordneten Kriterien Lebensqualität, Wohlbefinden und Gesundheit sagen jedoch nichts darüber aus, wie subjektive, physische und soziale Folgen von Bewältigung in einzelne Kriterien transformiert werden können. Im folgenden Absatz werden Kriterien, die in der Literatur diskutiert werden, genannt (Lazarus und Folkmann 1984, Menaghan 1983, Weber und Laux 1991, Wortmann 1983). Die Aufzählung bezieht sich dabei auf die Bewältigung realer biographischer Stressoren. Da die Krankheit ein realer biographischer Stressor ist, können diese allgemeinen Kriterien auch für die Bewertung der Krankheitsbewältigung herangezogen werden.

Als Kriterien für die subjektiven Folgen von Bewältigung können die emotionale Befindlichkeit, die Ausbildung psychischer Symptome, die Konsequenzen für das Selbstkonzept und das Selbstwertgefühl, die Zufriedenheit mit dem eigenen Verhalten, das Erreichen persönlicher Ziele und der Gewinn neuer Erfahrungen herangezogen werden. Kurzfristige Veränderungen in physiologischen Parametern, die Ausbildung von Symptomen und die Entstehung sowie der Verlauf der Erkrankung sind potentielle Effektivitätskriterien für die Beschreibung der physischen Folgen von Bewältigung. Um die sozialen Folgen von Bewältigung zu charakterisieren, stehen Kriterien wie Sozialverträglichkeit (Folgen für andere), Zahl und Qualität der sozialen Beziehungen, Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen, ereignisbezogene Problemlösung, allgemeine Leistungsfähigkeit, soziale Funktionstüchtigkeit und psychosoziale Anpassung zur Verfügung. Als Zusatzkriterien für die Folgen von Bewältigung werden außerdem das Vorhandensein finanzieller Mittel, die Reduktion von unerwünschten Nebenwirkungen der Bewältigung und indirekte Wirkungen diskutiert. Bewältigungsformen können daraufhin geprüft werden, inwieweit sie neue Probleme schaffen (vgl. Schönplflug 1986). Das Kriterienbündel Lebensqualität, so zumindest die Konzeption, sieht für medizinisch-therapeutische Eingriffe vor, daß Nutzen und Nebenwirkungen gegeneinander abzuwägen sind (Bullinger & Pöppel 1988). Es gilt zu ergründen, wenn Erfolg bewertet wird, ob Nebenwirkungen (z.B. Beziehungen nehmen Schaden, wichtige persönliche Ziele werden vernachlässigt) auftreten.

Zu den drei oben genannten Inhaltsbereichen kommen zwei zusätzlich differenzierende Aspekte hinzu. Zum einen ist das die häufig erwähnte Zeitspanne, auf die sich die Folgenabschätzung bezieht. Es wird zwischen kurzfristigen und langfristigen Folgen unterschieden. Zum anderen unterscheiden sich die Kriterien in der Urteilsinstanz, d.h. in der Quelle, die das Urteil abgibt. Da in allen Kriterienbereichen die Betroffenen selbst zu den Urteilsinstanzen gehören, ist eine Erhebung mit Selbstbeantwortungsfragebögen möglich.

Spricht man von der Effektivität von Bewältigungsstilen, sollten auch verhaltensökonomische Überlegungen, d.h. Kosten-Nutzen Erwägungen, wie sie Schönplflug (1986) für den Bewältigungsansatz formulierte, Erwähnung finden. Daß mit der Bewältigung auch Kosten verbunden sind, wird häufig vernachlässigt. Sie verbraucht interne und/ oder externe Ressourcen, die in Betracht zu ziehen sind, wenn Erfolg beurteilt wird. Schönplflug (1986) unterscheidet daher zwischen der bloßen Effektivität und der Effizienz im Sinne kostengünstiger Wirksamkeit. Aus diesem Grund sollten die Begriffe Effektivität und Effizienz sprachlich unbedingt voneinander abgegrenzt werden.

#### **2.1.4 Einflüsse auf den Bewältigungsprozeß**

Unterschiedliche Faktoren haben einen Einfluß auf die Art und Weise, wie ein Patient seine Krankheit verarbeitet. Beutel (1988) differenziert situative und personale Einflüsse auf die Bewältigung von Belastungen und führt dazu verschiedene Beobachtungsergebnisse aus der Literatur an. Zu den situativen Einflußgrößen auf die Krankheitsverarbeitung sind die objektiven Aspekte der Krankheit selbst (Schweregrad und Dauer) und organisatorische Gesichtspunkte der medizinischen Behandlung zu zählen (Heim 1986a). Eine besonders große Bedeutung hat der Zusammenhang zwischen Bewältigungsprozeß und sozialem Umfeld (Heim 1986b). Beutel (1988) weist nach, daß eine veränderte Situation um so belastender erlebt und schwerer bewältigt wird, je geringer ihre Erwünschtheit, Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit anzusetzen ist.

Überschneidet sich die Krankheit eines Individuums zeitlich mit einem weiteren belastenden Ereignis (life event) wie z.B. Arbeitslosigkeit, deren eigene Dynamik im nächsten Kapitel beschrieben wird, hat dies einen erheblichen Einfluß auf den Krankheitsbewältigungsprozeß.

Neben den situativen Einflüssen sind eine Reihe personenspezifischer Faktoren anzuführen. So wurden hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede von verschiedenen Autoren bei Frauen mehr emotionsbezogene Strategien gegenüber mehr handlungsorientierten bei Männern festgestellt (Beutel 1988). Im Rahmen seiner Untersuchungen zur Altersabhängigkeit von Copingprozessen beobachtete Thomae (1984) anhand einer Längsschnittstudie eine erstaunlich individuelle Konstanz der Reaktionshierarchien bezüglich einer bestimmten Belastung. Bei höherem Bildungsgrad und sozialem Status fanden verschiedene Autoren, allerdings ohne nähere Erklärung, eine aktivere und realitätsbezogene Problembearbeitung (Beutel 1988, Heim 1986b).

Einen zusätzlichen Einflußfaktor stellt die Einschätzung des Patienten dar, inwieweit er selbst zur Auslösung oder Beseitigung der belastenden Situation beigetragen hat (Kausalattribution).

## 2.2 Arbeitslosigkeit

### 2.2.1 Bedeutung von Arbeit für die psychische Gesundheit

Es gibt keinen Zweifel daran, daß die zwangsweise Ausgrenzung aus bezahlter Arbeitstätigkeit für einen erheblichen Teil der Arbeitslosen zu einer Verschlechterung der psychosozialen Gesundheit führt. Marie Jahoda (1975, Jahoda et al. 1979) hat, ausgehend von der Position, daß Arbeit die wichtigste Verknüpfung mit der Realität darstellt, versucht, die latenten Funktionen von Arbeit - neben der manifesten des Gelderwerbs für den Lebensunterhalt - in fünf Kategorien darzustellen. Danach beinhaltet Arbeitstätigkeit folgende Erfahrungsdimensionen:

- Sie stellt eine erzwungene Aktivität dar,
- welche soziale Kontakte außerhalb des engeren sozialen Netzes vermittelt,
- in der Verfolgung von gemeinsamen Zielen, welche über die unmittelbaren individuellen Ziele hinausgehen,
- die innerhalb einer gesetzten Zeitstruktur abläuft
- und verknüpft ist mit einem sozialen Status, welcher Berufsprestige mit dem zentralen gesellschaftlichen Bewertungssystem - nämlich Geld - verbindet.

Nun lassen sich sicherlich Überlegungen anstellen, wie diese Einzelfunktionen von Arbeitstätigkeit, die in der Situation der Arbeitslosigkeit entfallen, durch andere Aktivitäten substituiert werden können. In der Literatur wird die einhellige Meinung vertreten, daß unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen eine vollständige Substitution psychologischer Funktionen von Erwerbsarbeit nur in den seltensten Fällen („psychologisch Privilegierte“) vorstellbar ist. Es läßt sich momentan keine Aktivität denken, welche die psychologischen Funktionen ähnlich wie Erwerbsarbeit gebündelt ausfüllen könnte (Kieselbach 1993).

Eine finnische Studie (Lahelma & Kangas 1989) fand heraus, daß ständige oder wiederholte Arbeitslosigkeit mit einer kontinuierlichen Verschlechterung der psychischen Gesundheit einhergeht. Dieses Ergebnis unterstreichen mehrere Studien, die herausarbeiteten, daß die Zahl derjenigen Personen anstieg, die psychosoziale Dienste in Anspruch nahmen, je schlechter sich ihre ökonomische Lage gestaltete (Catalano et al. 1986, Dooley und Catalano 1984). Diese Tatsache wurde zum einen damit begründet, daß arbeitslose Menschen mehr neue Symptome entwickeln. Als weitere Ursache wurde angeführt, daß Personen mit unveränderten Symptomniveaus in der Situation des Arbeitsplatzverlustes und der finanziellen Einschränkungen ihre Beschwerden stärker wahrnehmen und häufiger Hilfe suchen.

Gerade bei Menschen, die dauerhaft aus dem Arbeitsleben ausgegrenzt werden, vollziehen sich Demoralisierungsprozesse. Demoralisierung ist verknüpft mit Einstellungen und Grundhaltungen, die bestimmt sind durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte



Zukunftsängste und einer allgemein gedrückten Grundstimmung. Dohrenwend et al. (1980) fanden in ihrer Studie heraus, daß 50% der als demoralisiert eingestuften klinisch auffällige, behandlungsbedürftige Symptome zeigten. Bei einer Arbeitslosenstudie mit dreitausend Ost- und Westdeutschen zeigte sich, daß die Arbeitslosen im Vergleich zu den Beschäftigten in ihrer Selbstbeurteilung im Selbstkonzept eine geringere soziale Resonanz in ihrem Umfeld wahrnehmen, daß sie sich in diesen Beziehungen als weniger dominant wahrnehmen und sich als unterkontrollierter und depressiver beschreiben (Laubach et al. 1999).

Die Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern ist noch mit einigen besonderen Bedingungen verbunden, die die Bewältigung noch erschweren. Betroffene verfügen aufgrund fehlender Erfahrungen über keinerlei Fähigkeiten, um der Situation Arbeitslosigkeit entgegenzutreten. Die jahrzehntelang eingetrichterten Doktrinen über das kapitalistische Grundübel Arbeitslosigkeit, die gerade von älteren Menschen noch nicht vergessen worden sind, erweisen sich nicht gerade als förderlich für ein rationales Herangehen an das Problem. Sozialstrukturen, die den Arbeitslosen helfen sollen, sind hoffnungslos überlaufen. Erniedrigendes Schlangestehen in personell unterbesetzten Arbeitsämtern kann nicht wirklich als Unterstützung angesehen werden. Eine Vielzahl von strukturell nicht mehr gefragten Berufen (Chemiefacharbeiter oder Bergleute) führen zu besonderen Vermittlungsproblemen und bei den Betroffenen zu Resignation und Dauerarbeitslosigkeit. Besonders hart trifft es aber die ostdeutschen Frauen, deren selbstverständliche Auffassung von Berufstätigkeit mit den patriarchalischen Beschäftigungsstrukturen der westlichen Industrieländer kollidiert.

### **2.2.2 Soziale Umgebung und Arbeitslosigkeit**

Es ist davon auszugehen, daß für die Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit sozialen Umgebungscharakteristika besondere Bedeutung zukommt. Warr (1987) benennt in diesem Zusammenhang die Faktoren Möglichkeit von Kontrolle, Erwerb oder Anwendung von Fähigkeiten, äußere Zielvorgaben, Abwechslung, Eindeutigkeit, Verfügbarkeit von Geld, körperliche Sicherheit (wie Wohnung und Ernährung) zwischenmenschliche Kontakte und soziale Wertschätzung.

Die Möglichkeit der Kontrolle ist bei Arbeitslosen durch Mißerfolge bei der Arbeitsuche, die Unmöglichkeit, den potentiellen Arbeitgeber zu beeinflussen und die Abhängigkeit von der Sozialbürokratie verringert. Durch die geringe Anwendung und den Verfall erworbener beruflicher Qualifikationen, die nur bei einer Minderheit von Arbeitslosen aktive Form der Freizeitgestaltung, die geringen äußeren Anforderungen, die Verringerung von Zielen sowie die Abwertung früher bedeutsamer Ziele ist auch in den Merkmalen Fähigkeitserwerb und -anwendung sowie äußere Zielvorgaben eine Verschlechterung zu verzeichnen (Kieselbach 1993). Der geringe Zwang, die familiäre Umgebung und die Wohnung zu verlassen, der Verlust des stimulierenden Kontrasts von Arbeit und Freizeit und die Verringerung der finanziellen Mittel führen zu einer Reduzierung von

Abwechslung. Die Unsicherheit darüber, welches Verhalten zum Erfolg bei der Arbeitsuche führt und die Notwendigkeit, sich bei Bewerbungen jedes Mal neu profilieren zu müssen, bewirkt eine Reduktion von Eindeutigkeit (Kieselbach 1993). Mit der Verringerung der finanziellen Mittel kann eine Verschlechterung der Ernährung einhergehen, z.T. werden Umzüge in andere (schlechtere) Wohnumgebungen erzwungen (körperliche Sicherheit), wodurch zusätzlich die wichtige Unterstützung durch das soziale Netz reduziert wird. Studien, die den Zusammenhang von Armut und sozialem Netzwerk untersuchen (Andress et al. 1995), fanden heraus, daß im unteren Einkommensbereich Verwandte, mit denen Kontakt gepflegt wird, eher in der Nähe wohnen, daß die Anzahl der Kontakte mit Freunden und Bekannten geringer ist, daß mehr Personen berichten, daß sie keinen Freund oder Bekannten haben und daß sie dementsprechend aus diesem Kreis auch weniger Hilfen erwarten. Ganz besonders deutlich wurde das geringere Hilfepotential im unteren Einkommensbereich bei den finanziellen Hilfen. Betrachtet man die tatsächlich empfangenen Hilfen, dann berichteten einkommensschwache Personen und Sozialhilfeempfänger zwar über gleich viele Hilfen wie andere Personen, sie waren mit diesem Angebot jedoch deutlich unzufriedener. Walk (1990) arbeitete in ihrer Untersuchung heraus, daß sowohl die Antizipationsphase von Arbeitslosigkeit als auch die Arbeitslosigkeit selbst mit einer Reduktion von Sozialkontakten einhergehen. Aus diesen beiden Beispielen wird deutlich, daß die Arbeitslosigkeit erstens per se und zweitens über die Reduktion der finanziellen Mittel zu einer sozialen Isolation führen kann.

Die gesellschaftlich vorherrschende Arbeitsethik wertet Arbeitslose häufig sozial ab. Daher sind bei einigen Gruppen von Arbeitslosen Isolationstendenzen und ein schamvoller Rückzug zu beobachten. Dies wird oft durch individualistische Ideologien, nach denen jeder das bekommt, was er verdient, unterstützt. Dadurch wird die soziale Wertschätzung der Arbeitslosen deutlich verringert und ihren Ansprüchen an die Gesellschaft wird die Legitimation entzogen (Kieselbach 1987). Hinzu tritt die Abhängigkeit von staatlichen Institutionen sowie Wohlfahrtsbürokratien, welche die von ihnen Abhängigen in die Rolle von Bittstellern bringen und bei jenen oft Gefühle von Wertlosigkeit und Unselbständigkeit entstehen lassen (Kieselbach 1993).

### **2.2.3 Physische und pathophysiologische Folgen der Arbeitslosigkeit**

Die Literatur bietet eine riesige Auswahl an Forschungsergebnissen, die sich mit den Gesundheitseffekten ökonomischer Instabilität beschäftigen. Aus diesem Grund kann an dieser Stelle nur kurz auf einige wesentliche Punkte eingegangen werden.

Elkeles und Seifert (1992) fanden heraus, daß Belastungen, die mit dem Verlust latenter Funktionen der Erwerbsarbeit zusammenhängen, verantwortlich für die schlechtere Gesundheit von Arbeitslosen sind. Auch nach Kontrolle der soziodemographischen Variablen erwiesen sich arbeitslose Personen als gesundheitlich eingeschränkter im Vergleich zu beschäftigten Personen. Elkeles (1992) bescheinigte

den Arbeitslosen nicht nur objektiv eine schlechtere Gesundheit, sondern erkannte, daß Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen eine subjektiv geringere Gesundheitszufriedenheit aufwiesen und in höherem Ausmaß gesundheitliche Belastungen angaben. Diese Annahme, daß psychischer Streß mit körperlichen Erkrankungen assoziiert ist, belegt Catalano (1993). Er formuliert die Hypothese, daß wirtschaftliche Instabilität die körperliche Gesundheit über psychogene Prozesse beeinträchtigt. Vorliegende Studien von Kessler et al. (1988), Beale und Nethercott (1988) und Catalano und Dooley (1983) wiesen einen Zusammenhang von Arbeitsplatzverlust und damit verbundenen finanziellen Einbußen sowie unspezifischen Krankheitsepisoden nach.

Daß ökonomische Stressoren wie Arbeitsplatz- oder Einkommensverlust nicht nur unspezifische Beschwerden verursachen, zeigen die Studien über Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Theorell et al. (1975), Theorell (1974), Chang et al. (1989) berichten Zusammenhänge von wirtschaftlicher Instabilität und Myocardinfarkten. Weiterhin konnten Studien einen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und negativen Effekten in der Schwangerschaft nachweisen. Norbeck und Tilden (1983) und Binsaca et al. (1987) fanden heraus, daß der familiäre Einkommensverlust (z.B durch Arbeitslosigkeit) einen Risikofaktor für ein geringeres Geburtsgewicht darstellt.

Selbst unter gesellschaftlichen Bedingungen, bei denen der Arbeitsplatzverlust nicht unmittelbar zur Armut führt, wie beispielsweise in Schweden, zeigte sich bereits nach 9 Monaten Arbeitslosigkeit eine statistisch bedeutsame Verringerung der Immunabwehr des Körpers (Arnetz et al. 1987).

Bei Arbeitslosen läßt sich ein Anstieg der Selbsttötungsversuche und Selbsttötungen feststellen. Suizidversuche finden sich bei Arbeitslosen bis zu 20 mal so häufig wie bei vergleichbaren Gruppen von Beschäftigten (Platt, 1985). Weiterhin konnte der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Parasuiziden (offensichtlichen Versuchen, sich das Leben zu nehmen, die aber absichtlich oder unabsichtlich nicht erfolgreich sind) und suizidalen Gedanken von Platt (1986) in Zeitreihenanalysen nachgewiesen werden. Aber auch bei der nicht suizidalen allgemeinen Mortalität konnte eine Verbindung zu wirtschaftlicher Instabilität gefunden werden (Brenner 1976).

Der mit der Arbeitslosigkeit verbundene Verlust von längerfristigen Perspektiven, die für eine gesunde Lebensführung eine wesentliche Voraussetzung bilden, kann zu einem risikohafteren Gesundheitsverhalten führen und damit langfristige Schäden bewirken (Kieselbach, 1991). Bei arbeitslosen Jugendlichen konnte solch ein riskanter Lebensstil in Bezug auf Rauchen, Alkoholkonsum, Schlafgewohnheiten und Mangel an sportlicher Betätigung gefunden werden. Die Folgen dieses riskanten Verhaltens werden, aufgrund des besseren Gesundheitszustandes in jungen Jahren, erst im mittleren Alter sichtbar.

Die vorgestellten Forschungsergebnisse belegen, daß die Arbeitslosigkeit einen erheblichen Einfluß auf die Gesundheit hat. Dauer et al. (1993) und Dauer (1992) fanden heraus, daß das pathogene Potential der Arbeitslosigkeit darin besteht, daß bei der Bewältigung der Situation verstärkt

gesundheitsgefährdendes Verhalten bzw. wenige Bemühungen zur Verhütung von Krankheiten deutlich wurden. Diese Untersuchungen implizieren, daß die Arbeitslosigkeit auch in Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung betrachtet werden muß. Der Verlust von Erwerbsarbeit scheint zu einer Veränderung des Krankheitsbewältigungsverhaltens zu führen. Um den negativen Folgen von Arbeitslosigkeit vorzubeugen, ist es notwendig, frühzeitig gerade den (kranken) Patienten Formen und Bedingungen erfolgreicher Bewältigung aufzuzeigen. Ein effektiveres Verarbeiten der Krankheit kann zu einer schnelleren Genesung führen. Im besten Fall führt die bessere Gesundheit arbeitsloser Patienten zu einer Steigerung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt, in jedem Fall aber zu einer höheren Lebensqualität ohne Krankheit.

### **2.3 Relevante Effektivitätskriterien**

Bei dem großen Angebot potentieller Effektivitätskriterien (siehe 2.1.3) zur Beurteilung der Krankheitsbewältigung bei Patienten mit und ohne Erwerbsarbeit muß man sich auf einige wenige Kriterien beschränken. Weber (1994) warnt in der empirischen Praxis vor einer vorschnellen Entscheidung für die gängigen Kriterien (nur weil dafür genügend Erfassungsinstrumente vorliegen), ohne diese theoretisch für die jeweilige Situation zu begründen. Sie spricht sich allerdings auch gegen die „Omnibus-Bewertung“ aus, bei der ohne begründete Relevanz, einfach nur vorsichtshalber, alle möglichen Kriterien erfaßt werden. Bei der Auswahl potentieller Kriterien können auch nur solche Verwendung finden, bei denen von einer möglichen Beeinflussung durch Arbeitslosigkeit ausgegangen werden kann.

Die theoretischen Überlegungen über die Bedeutung von Arbeit für die psychische Gesundheit ergaben, daß momentan keine Aktivität denkbar ist, welche die psychologischen Funktionen ähnlich wie Erwerbsarbeit ausfüllen könnte. Gerade bei Menschen, die dauerhaft aus dem Arbeitsleben ausgegrenzt werden, vollziehen sich Demoralisierungsprozesse. Diese sind verknüpft mit einer Verringerung des Selbstwertgefühls und der Leistungsfähigkeit, mit Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmten Zukunftsängsten und einer allgemein gedrückten Grundstimmung. Aus diesem Grund scheint es sinnvoll, die Konsequenzen für das Selbstkonzept in dieser Studie zu untersuchen. Auch Weber (1994) hält Veränderungen im Selbstkonzept für wesentlich, wenn man die Effektivität von Bewältigung einschätzen will.

Für die Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit spielt jedoch nicht nur regelmäßige Erwerbsarbeit eine entscheidende Rolle, sondern auch das Vorhandensein sozialer Umgebungscharakteristika. Arbeitslosenstudien (z.B. Andress et al. 1995, Walk 1990) fanden heraus, daß die Arbeitslosigkeit zu einer Reduktion der Sozialkontakte führte. Besonders fiel auf, daß Arbeitslose weniger Kontakte zu Freunden und Bekannten haben und aus diesem Kreis auch weniger Hilfe und Unterstützung erwarten.

Cobb (1976) resümiert, daß für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit, Krankheit) ein stützendes soziales Umfeld von großer Bedeutung ist. Aus diesem Grund wird in dieser Untersuchung nach Unterschieden im Erleben sozialer Unterstützung durch Freunde, Bekannte und Familie zwischen arbeitslosen und berufstätigen Patienten gesucht. In diesem Zusammenhang wird auch die finanzielle Lage der Patienten erfragt, da in der Literatur starke Effekte zwischen ökonomischen Stressoren in Folge von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen, psychischen und sozialen Veränderungen gefunden wurden.

Catalano (1993) fand heraus, daß Arbeitslosigkeit über den Transformationsfaktor psychische Gesundheit zu körperlichen Erkrankungen führen kann. Die Literatur bietet zur Unterstützung dieser These eine Vielzahl von Studien (siehe 2.2.3). Untersuchungen von Dauer et al. (1993) und Dauer (1992) fanden heraus, daß das pathogene Potential der Arbeitslosigkeit darin besteht, daß bei der Bewältigung der Situation verstärkt gesundheitsgefährdendes Verhalten deutlich wird. Kieselbach (1993) nennt als Beispiele für gesundheitsriskantes Verhalten den vermehrten Alkohol- und Tabakkonsum. Für diese Untersuchung wurde nicht wie in vielen anderen Studien der Alkoholkonsum, sondern das Rauchverhalten erfragt. Tabak ist in unserer Gesellschaft die legitimere Droge von beiden. Raucher neigen nicht dazu, ihren Zigarettenkonsum herunterzuspielen oder zu verschweigen. Sie geben genauer Auskunft über die Intensität und Dauer des Konsums, als dies beim Alkohol der Fall ist. Der gesundheitliche Schaden, der durch das Rauchen angerichtet wird, ist mit dem durch regelmäßigen Alkoholabusus zu vergleichen (Küttler 1996).

Nach Mentzos (1991) führt eine häufig auftretende Blockierung und Frustrierung bestimmter psychischer Tendenzen und Bedürfnisse dazu, daß diese zwar auf der psychischen Ebene nicht mehr bewußt erlebt werden, ihr psychophysiologisches Korrelat jedoch im Dauererregungszustand bestimmter Anteile des vegetativen Systems haben. Mißerfolge bei der Arbeitssuche, Verknappung der finanziellen Mittel, Spannungen in der Partnerschaft und Änderungen im sozialen Netzwerk können als hinreichend schwere Frustrierungsmomente Arbeitsloser angesehen werden. Mit dem Streß-Entspannungstest ist es möglich, Veränderungen in der Regulation des vegetativen Systems aufzuzeigen. Dieser Test ist eine relativ neue Methode, die durch Messung des Hautwiderstandes objektiv den Umgang eines Individuums mit Streß erfaßt.

Die Sichtung der Veröffentlichungen, die sich mit der Bewertung von Krankheitsbewältigung beschäftigen, zeigt einen erheblichen Forschungsbedarf. Weber (1994) beklagt den Mangel an neuen Effektivitätskriterien in empirischen Untersuchungen und fordert einen Kriterienpluralismus. Sie beschreibt die Schwierigkeit, aber gleichzeitig auch die Unerläßlichkeit des Sprunges von der reinen Beschreibung der Bewältigungsformen hin zu ihrer Bewertung. Diese Untersuchung will mit einer Mischung aus alten und neuen Effektivitätskriterien versuchen, Krankheitsbewältigungsstile zu bewerten.

## 2.4 Wissenschaftliche Fragestellungen

In dieser Untersuchung sollen in Anlehnung an die oben ausgeführten Analysen und bisherigen Erkenntnisse für die eigene empirische Forschung folgende Fragestellungen wissenschaftlich untersucht werden:

1. Gibt es Unterschiede im Krankheitsbewältigungsverhalten arbeitsloser und berufstätiger Patienten?
2. Sind geschlechtsspezifische Besonderheiten im Bewältigungsverhalten feststellbar?
3. Sind altersspezifische Besonderheiten im Bewältigungsverhalten feststellbar?
4. Unterscheiden sich arbeitslose und berufstätige Patienten in ihrem Nettohaushaltseinkommen?
5. Unterscheiden sich Patienten mit und ohne Erwerbstätigkeit in ihren sozialen Beziehungen?
6. Sind Unterschiede zwischen arbeitslosen und berufstätigen Patienten bei den Variablen des Selbstkonzeptes feststellbar?
7. Unterscheiden sich arbeitslose und berufstätige Patienten in ihrem Tabakkonsum?
8. Hat die Arbeitslosigkeit einen Einfluß auf das psychophysische Verhalten im Umgang mit Streß?
9. Beeinflußt die Arbeitslosigkeit die Effektivität des Krankheitsbewältigungsverhaltens?

## 2.5 Hypothesen

Entsprechend der wissenschaftlichen Fragestellungen konnten folgende Hypothesen formuliert werden:

1. Es gibt Unterschiede im Krankheitsbewältigungsverhalten arbeitsloser und berufstätiger Patienten.
2. Das Bewältigungsverhalten weist geschlechtsspezifische Besonderheiten auf.
3. Das Bewältigungsverhalten weist altersspezifische Besonderheiten auf.
4. Arbeitslose und berufstätige Patienten unterscheiden sich in ihrem Nettohaushaltseinkommen.
5. Patienten mit und ohne Erwerbstätigkeit unterscheiden sich in ihren sozialen Beziehungen.
6. Arbeitslose und berufstätige Patienten unterscheiden sich in ihren Selbstkonzepten.
7. Arbeitslose und berufstätige Patienten unterscheiden sich in ihrem Tabakkonsum.
8. Die Arbeitslosigkeit hat einen Einfluß auf das psychophysische Verhalten im Umgang mit Streß.
9. Die Arbeitslosigkeit beeinflusst die Effektivität des Krankheitsbewältigungsverhaltens.

### 3. Material und Methodik

#### 3.1 Operationalisierung der Fragestellungen

Das Herangehen an die Fragestellungen wird durch das untenstehende Schema verdeutlicht. Zuerst werden mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV, Muthny 1989) die vorherrschenden Copingstile analysiert. Es werden Unterschiede im Bewältigungsverhalten zwischen arbeitslosen und berufstätigen Patienten, zwischen Männern und Frauen und zwischen verschiedenen Altersgruppen erwartet. Um nun Aussagen über die Effektivität der Bewältigung treffen zu können, werden die subjektiven (psychischen), sozialen und physischen Folgen der Bewältigung analysiert. Dies geschieht unter Zuhilfenahme der jeweils relevanten Effektivitätskriterien (siehe 2.3). So werden zum Beispiel die subjektiven Folgen von Bewältigung durch das Effektivitätskriterium Selbstkonzept eingeschätzt. Deckt man Unterschiede in den drei beschriebenen Bereichen (können positiv oder negativ sein) auf, kann das Copingmuster in seiner Effektivität anhand der aufgetretenen Veränderungen beurteilt werden.

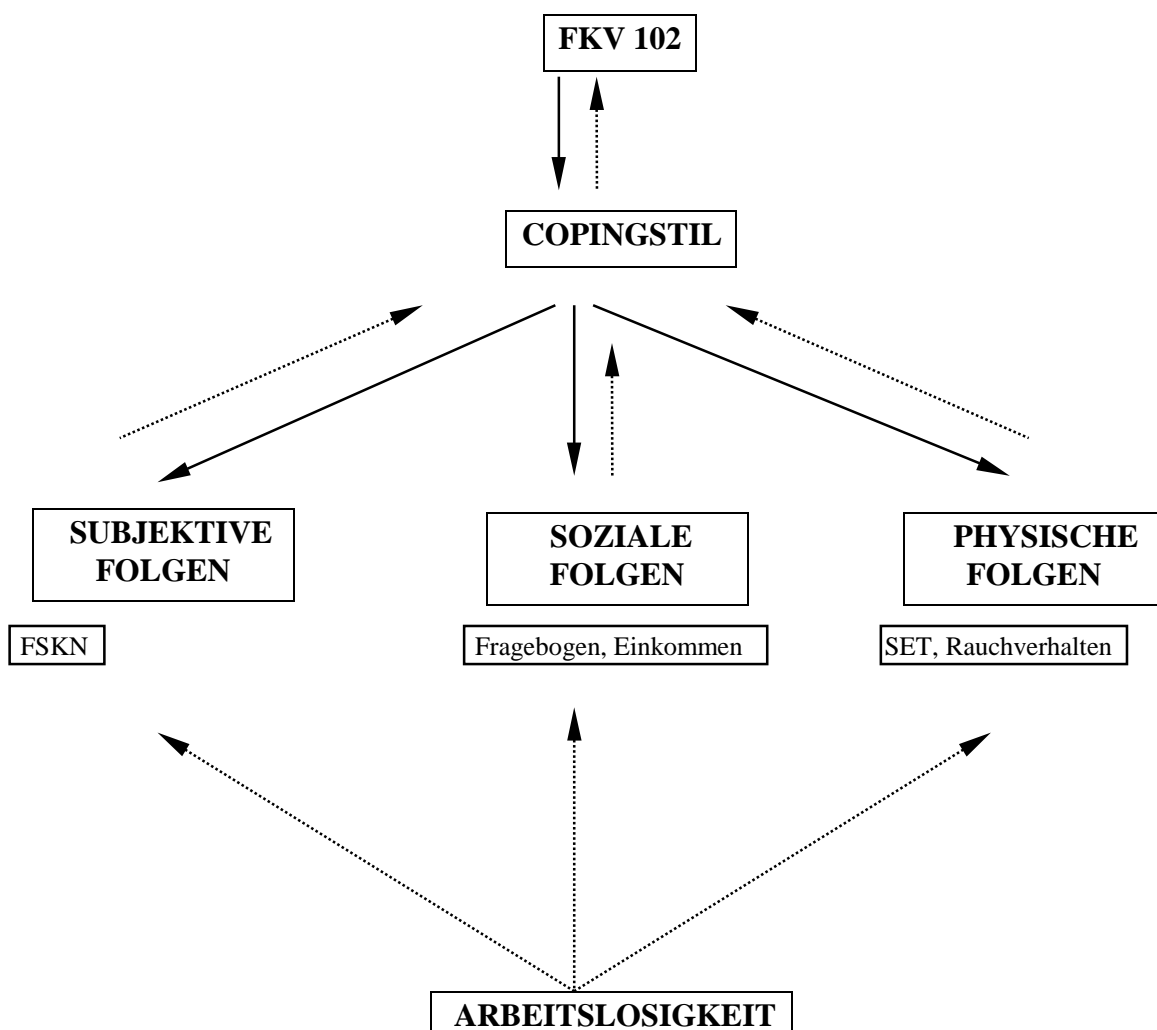


Abb. 3: Schema zur Bearbeitung der Fragestellungen

### 3.1.1 Krankheitsbewältigung

Zur Erfassung der Krankheitsverarbeitung kommt der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) zum Einsatz. Zu dieser Untersuchung wird die Langversion des Fragebogens mit 102 Items eingesetzt. Die Items wurden in Sätzen formuliert und sind auf einer 5-fach gestuften Rating-Skala (1= gar nicht zutreffend, 5= sehr stark zutreffend) zu beantworten. Sie sind zu 12 Summen-Score-Skalen (12 unterschiedliche Copingstile) zusammengefaßt worden:

- 1) Problemanalyse und Lösungsverhalten
- 2) Depressive Verarbeitung
- 3) Hedonismus
- 4) Religiosität und Sinnsuche
- 5) Mißtrauen und Pessimismus
- 6) Kognitive Vermeidung und Dissimulation
- 7) Ablenkung und Selbstaufwertung
- 8) Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug
- 9) Regressive Tendenz
- 10) Relativierung durch Vergleich
- 11) Compliance-Strategien u. Arztvertrauen
- 12) Selbstermutigung

Es handelt sich bei dem Test um ein standardisiertes Verfahren, welches breiten Einsatz in der psychologisch-medizinischen Forschung findet und jedem frei zugänglich ist. Aus diesem Grund wird der Fragebogen aus Platzgründen nicht im Anhang aufgeführt. (Nähere Informationen siehe Muthny [1989].)

### 3.1.2 Subjektive Bedingungen

Um die subjektiven Folgen von Bewältigung analysieren zu können, werden für diese Studie die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), die Einstellungen des Individuums im Sinne von Attitüden zur eigenen Person abfragen (Deusinger 1986), angewendet. Die Selbstkonzeptskalen basieren auf den Kognitionen und Emotionen des Individuums, die es mit der eigenen Person verknüpft.

Es handelt sich hierbei um einen Selbstbeantwortungsfragebogen, der mit 78 Items, verteilt auf 10 Summen-Skalen, Hinweise auf die psychische Gesundheit oder Störungen des Probanden gibt. Er erfordert eine Bearbeitungszeit von 15-25 min. Die Items wurden in Sätzen formuliert und sind auf einer 6-fach gestuften Rating-Skala (1= trifft sehr zu, 6= trifft gar nicht zu) zu beantworten.

Die Skalen sind im folgenden benannt:



- 1) Allgemeine Leistungsfähigkeit
- 2) Problembewältigung
- 3) Verhaltens- und Entscheidungssicherheit
- 4) Allgemeiner Selbstwert
- 5) Stimmung und Sensibilität
- 6) Standfestigkeit
- 7) Kontakt- und Umgangsfähigkeit
- 8) Wertschätzung durch andere
- 9) Irritierbarkeit durch andere
- 10) Gefühle und Beziehungen zu anderen

Es handelt sich auch bei diesem Test um ein standardisiertes Verfahren, welches breiten Einsatz in der psychologischen Forschung findet und jedem frei zugänglich ist. Aus diesem Grund wird der Fragebogen aus Platzgründen nicht im Anhang aufgeführt. (Nähere Informationen siehe Deusinger [1986].)

### **3.1.3 Soziale Bedingungen**

Um einen Einblick in die sozialen Folgen von Bewältigung zu erlangen, wurde für diese Studie das soziale Netzwerk untersucht. Mit dem Fragebogen „Allgemeine Fragen“ konnten Informationen über die sozialen Kontakte, die Beziehungen zur Familie und zu Freunden erhoben werden. Die Items wurden in Sätzen formuliert und sind auf einer 4-fach gestuften Skala (1= voll und ganz, 4= überhaupt nicht) zu beantworten. Der Fragebogen wurde dem „Gesundheitsbericht 1996: Bürgerbefragung in Chemnitz“ (Stadt Chemnitz 1997) entnommen und für die hier vorgestellte Untersuchung zum Krankheitsbewältigungsverhalten modifiziert. Da diese Chemnitzer Studie der Mehrheit der Leser nicht zugänglich ist, findet sich der Beantwortungsbogen in seiner modifizierten Version im Anhang wieder. Weiterhin wurde die Höhe des regelmäßig dem Haushalt zur Verfügung stehenden Nettoeinkommen erfragt.

### **3.1.4 Physische Bedingungen**

Um die physischen Folgen von Bewältigung zu charakterisieren, wurden für diese Untersuchung das Rauchverhalten und die psychophysischen Reaktionen im Umgang mit Streß analysiert. Die Patienten beantworten Fragen dahingehend, ob und wieviel sie rauchen bzw. ob sie mit dem Rauchen aufgehört haben. Mit dem Streß-Entspannungs-Test (SET) wird objektiv die Fähigkeit der Patienten, Streß zu regulieren, erfaßt. Der Vorteil dieses diagnostischen Tests liegt in seiner Objektivität und unterliegt nicht den Fehlern von Selbstbeantwortungsverfahren. Da diese Methode noch relativ neu und noch nicht so weit verbreitet ist, wird hier eine grundlegende Darstellung des theoretischen Hintergrundes

und des Tests vorgenommen. Genauere Informationen zur Soft- und Hardware des SET sind bei Stück (1998) nachzulesen.

Nach Mentzos (1991) führt eine häufig auftretende Blockierung und Frustrierung bestimmter psychischer Tendenzen und Bedürfnisse dazu, daß diese zwar auf der psychischen Ebene nicht mehr bewußt erlebt werden, ihr psychophysiologisches Korrelat jedoch als Dauererregungszustand bestimmter Anteile des vegetativen Systems haben. Schließlich führt diese vegetative Dauerirritation zu Funktionsstörungen und Organschäden. Unter psychophysiologischer Regulation wird die Fähigkeit eines Individuums verstanden, die für die Existenz erforderlichen physiologischen Kennwerte gegenüber Einwirkungen von Stressoren oder bei Störungen aus dem inneren und äußeren Milieu aufrechtzuerhalten bzw. wieder herzustellen. Bei Abweichungen von diesen Kennwerten werden durch Regelkreise Aktivitäten ausgelöst, die geeignet sind, das Gleichgewicht zwischen innerem Milieu und Umwelt wiederherzustellen bzw. die Adaptation an die sich verändernden Bedingungen zu sichern. Die beschriebene Regulation wird vom zentralen Nervensystem gesteuert.

Hecht und Balzer (1999) sind der Auffassung, daß alle Regulations- bzw. Homöostasevorgänge der physischen und psychischen Funktionssysteme eines Individuums mit der Umwelt in den periodischen Änderungen bzw. Rhythmen (Periodenlängen) dieser Systeme sichtbar sind. Wenn man diese Periodencharakteristiken auswertet, wird es möglich, Streß- und Entspannungszustände zu diagnostizieren. Die Perioden der Körpersysteme (u. a. analysierbar bei Hirnströmen, elektrodermalen Aktivität, Herz-Kreislauf, vegetativen Funktionen und endokrinen Drüsen) reichen von  $10^{-6}$  bis  $10^8$  Sekunden. Hecht und Balzer entwickelten eine computergestützte, sog. biorhythmometrische Analyseprozedur, mit deren Hilfe u. a. die Perioden der elektrodermalen Aktivität (EDA), die ein „Korrelat für geistig-emotionale Prozesse“ darstellen, auf ihre Periodenlängen (Regulationsniveau) und auf ihre Regulationsstabilität hin analysiert werden können.

Der Test mißt das psychophysische Verhalten einer Person im Umgang mit einem Stressor bzw. die Streßbelastbarkeit auf einer 16-stufigen Skala (Berliner Streßskala, BBS, siehe Abb. 4).

Es erfolgt eine Untergliederung in 3 Qualitätsgruppen. Der Umgang mit dem Stressor kann sehr gut bis gut (BBS- Werte 1-6), mittelmäßig (BSS- Werte 7-10) und unzureichend (BSS- Werte 11-16) sein.

Man beschreibt 2 Ebenen der Klassifikation. Es werden nach der Stabilität und der Instabilität während und nach der Stressoreinwirkung (Regulationsstabilität) Streßbeherrscher (BH), Streßbewältiger (BW), Streßkompensierer (KP) und Streßdysregulierer (DR) unterschieden.

Zweitens analysiert man die Periodenlängen (Regulationsniveau) und teilt sie in kurze (k)  $< 60$  s und lange Perioden (l)  $> 60$  s ein.

Der SET wurde in einer Voruntersuchung in der Klinik Carolabad (Klinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin) in Chemnitz unter den gleichen Versuchsbedingungen wie in diesem Projekt erfolgreich angewendet (Dreßler et al. 1999). Der SET wurde in den letzten Jahren kontinuierlich vom

Gruppe	Typ	Periode	Bewertung	Umgang mit dem Stressor
1.1	BH	ll	1	sehr gut  bis gut
2.1	BH	kl	2	
2.2	BW	ll	3	
3.1	BH	lk	4	
3.2	BW	kl	5	
3.3	KP	ll	6	Verbesserungsmöglichkeit bis sehr gut
4.1	BH	kk	7	mittelmäßig  Verbesserungsbedürftigkeit
4.2	BW	lk	8	
4.3	KP	kl	9	
4.4	DR	ll	10	
5.1	BW	kk	11	unzureichend  Verbesserungsnotwendigkeit
5.2	KP	lk	12	
5.3	DR	kl	13	
6.1	KP	kk	14	
6.2	DR	lk	15	
7.1	DR	kk	16	

Abb. 4: Berliner-Streß-Scala (BSS)

Institut für Streßforschung Berlin weiterentwickelt (siehe Hecht und Balzer 1999). In dieser Studie zur Krankheitsbewältigung wurde die Ursprungsversion des SET eingesetzt.

Jedem Probanden wurde das Ergebnis des Streß-Entspannungs-Testes auf der Berliner-Streß-Scala bekannt gegeben und ausgedruckt. Der erreichte BSS-Wert wurde auf der Scala markiert und bewertet (siehe Abb. 4). Dieses Vorgehen war sowohl ein großer Anreiz für die Patienten, an der Studie teilzunehmen als auch ein Aufhänger für das Praxispersonal bei der Patientenrekrutierung.

## 3.2 Untersuchungsdesign

### 3.2.1 Praktische Durchführung

Die Studie wurde in Kooperation des Institutes für Medizinische Psychologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und einer allgemeinärztlichen Praxis in Halle/ Lettin realisiert.

Die Datenerhebung fand in der Praxis der Allgemeinmedizin mit Zustimmung der beiden Praxisinhaberinnen statt. Der erste Untersuchungstag war der 26. November 1998, die letzte

Untersuchung fand am 23. Juli 1999 statt, die letzte Testmappe wurde in der ersten Septemberwoche 1999 zurückgegeben.

Die Praxis umfaßt u.a. zwei Sprechzimmer und mehrere Funktionszimmer, was für die ungestörte Untersuchung der Patienten von großem Vorteil war.

Die Praxis befindet sich in einem eher dörflichen Vorort von Halle. Zum Einzugsgebiet der Praxis gehört aber auch ein großes Neubauviertel - Heide Nord. Somit ist die Klientel der beiden Ärztinnen sehr heterogen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren in der Praxis 900 Patientenkarteeien angelegt.

Die Untersuchung der Patienten für die Studie fand in einem der beiden Arztzimmer statt. Die Ein- und Ausschlußkriterien wurden vorher mit dem Praxispersonal besprochen. Außerdem waren in den Praxisräumen Plakate und Aufsteller verteilt, die auf das Projekt hinwiesen und um Teilnahme warben. Der Ablauf der Untersuchung war folgendermaßen:

Die Patienten wurden begrüßt, dann erfolgte die Vorstellung des Projektes. Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung und zur Speicherung der persönlichen Daten wurde der Streß-Entspannungs-Test durchgeführt (20 min), danach die Testmappe erklärt und übergeben. Nun wurde das Meßgerät mit dem Laptop ausgelesen und mit einer speziellen Software ausgewertet. Der Zeitaufwand pro Patient betrug rund 35 Minuten. War kein Patient im Untersuchungszimmer, konnten in der Praxis abgegebene Fragebögen ausgewertet und in eine im Vorfeld der Untersuchung erarbeitete Datenmatrix eingetragen werden.

Die Fragebogenmappe setzte sich aus mehreren Fragebögen zusammen, die zur Beantwortung der Fragestellungen dieses und eines weiteren Projektes benötigt wurden. Das weitere Projekt beschäftigt sich ebenfalls mit Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Die Fragestellungen haben aber keine Gemeinsamkeiten mit denen der hier vorliegenden Arbeit. Lediglich die Datengewinnung in der Arztpraxis, die Erarbeitung einer gemeinsamen Datenmatrix und das Eintragen der Daten in diese Matrix wurden zusammen mit Herrn Thomas Dreßler realisiert. Mit ihm zusammen wurden auch die Voruntersuchungen in der Klinik Carolabad (Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin in Chemnitz) durchgeführt (Dreßler et al. 1999).

### **3.2.2 Untersuchungsstichprobe**

Bei der Stichprobenauswahl wurde von einer Grundgesamtheit „Patienten einer Praxis für Allgemeinmedizin“ ausgegangen. In die Untersuchung wurden Patienten mit unterschiedlichen aktuellen leichten Beschwerden aufgenommen (Diagnosegruppe: Grippale Infekte, unterschiedliche Beschwerden in verschiedenen Organsystemen, usw.), Patienten mit schweren körperlichen Behinderungen oder mit infauster Prognose hingegen nicht in die Studie einbezogen. Geachtet wurde auf das relative physische Wohlbefinden (beurteilt von den befragten Patienten, Ausschluß z.B. starke Übelkeit oder Fieber).

Mitglieder der Untersuchungsgruppe mußten arbeitslos sein, und Angehörige der Kontrollgruppe mußten ein festes Beschäftigungsverhältnis haben. Ausgeschlossen von der Untersuchung waren Patienten, die sich noch in der Ausbildung befanden (Schüler, Studenten, Azubis, Zivildienstleistende, Grundwehrdienstleistende) und solche, die den Arzt aufgrund vorbeugender Maßnahmen (Früherkennungsscreenings, Impfungen) aufsuchten.

Die Teilnahme an der Untersuchung folgte dem Prinzip der Freiwilligkeit. Nach einer kurzen Information über das Anliegen der Studie, den möglichen Zeitaufwand und den Umgang mit den persönlichen Daten konnte jeder Patient von einer Teilnahme Abstand nehmen.

Für die Studie wurden 219 Patienten untersucht, von denen 183 die Testmappe wieder abgaben. Von den 183 Mappen konnten aber nur 172 Testmappen ausgewertet werden, da 11 Mappen zu unvollständig ausgefüllt waren. Damit läßt sich eine für solche Untersuchungen gute Test-Compliance von 78,5% bei einer relativ hohen Bearbeitungszeit von einer bis eineinhalb Stunden in häuslicher Umgebung konstatieren. Bei der Auswertung stellte sich heraus, daß 122 Patienten einen Arbeitsplatz besaßen und 50 arbeitslos waren. Im Zeitraum der Untersuchung in der Praxis lag die durchschnittliche Arbeitslosenquote bei 21,2% in Halle/S.. In der Stichprobe der Praxis fanden sich 50 Arbeitslose (entspricht 29,1%). Das Verhältnis berufstätiger zu arbeitslosen Patienten ist demnach ca. 2,5: 1. Da dieses Ungleichgewicht der beiden Gruppen eine Verzerrung bei der statistischen Auswertung nach sich ziehen könnte, mußte aus der Berufstätigengruppe eine der Arbeitslosengruppe entsprechende Kontrollgruppe gematched werden. Diese Kontrollgruppe stimmte mit der Untersuchungsgruppe (arbeitslose Patienten) in den Bedingungen Alter (in Gruppen gegliedert) und Geschlecht überein. Die Zuordnung der 122 berufstätigen Patienten in die 50-köpfige Kontrollgruppe erfolgte unter Einbeziehung der Variablen Alter (in Gruppen gegliedert) und Geschlecht zufällig. Es resultieren eine Untersuchungsgruppe und eine Kontrollgruppe mit jeweils 50 Probanden.

Die Gesamtstichprobe setzt sich nun wie folgt zusammen:

- n = 100, davon 34 Männer und 66 Frauen
- Das Alter der Teilnehmer reichte von 23 bis 60 Jahre, und das Durchschnittsalter der untersuchten Probanden lag bei 41,7 Jahren.

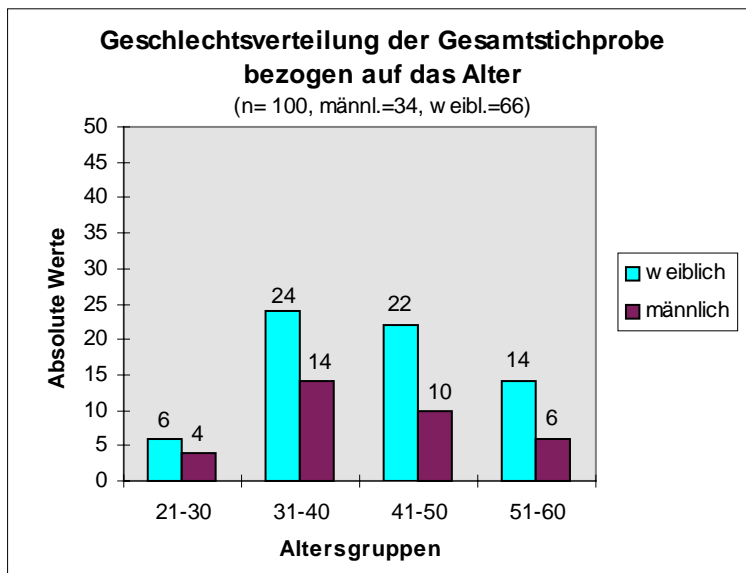


Abb. 5: Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe in den Altersgruppen

Die Gesamtstichprobe wurde in arbeitslose (Untersuchungsgruppe) und berufstätige (Kontrollgruppe) Patienten unterteilt.

*Untersuchungsgruppe (arbeitslose Patienten):*

- n = 50, davon 17 Männer und 33 Frauen
- Das Alter reichte von 24 bis 60 Jahre, das Durchschnittsalter dieser Probanden betrug 41,2 Jahre.

*Kontrollgruppe (berufstätige Patienten):*

- n = 50, davon 17 Männer und 33 Frauen
- Das Alter reichte von 23 bis 58 Jahre, das Durchschnittsalter dieser Probanden betrug 42,2 Jahre.

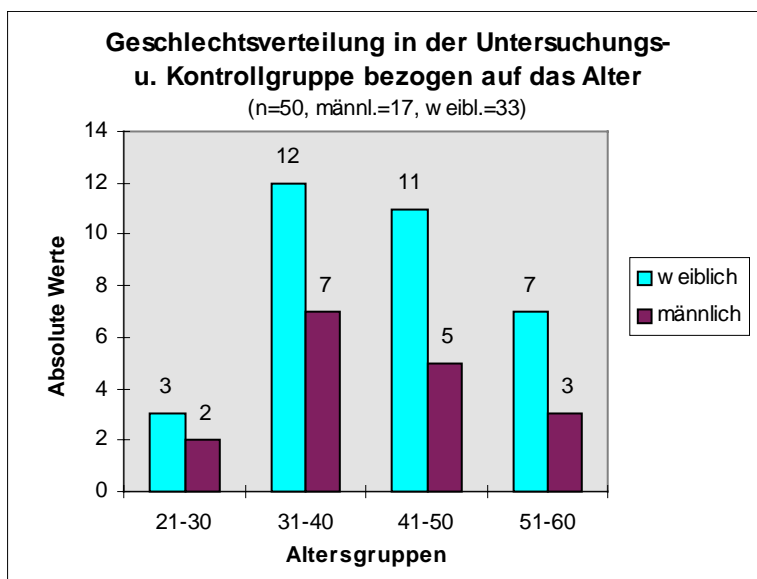


Abb. 6: Geschlechtsverteilung in der Untersuchungs- u. Kontrollgruppe bezogen auf das Alter

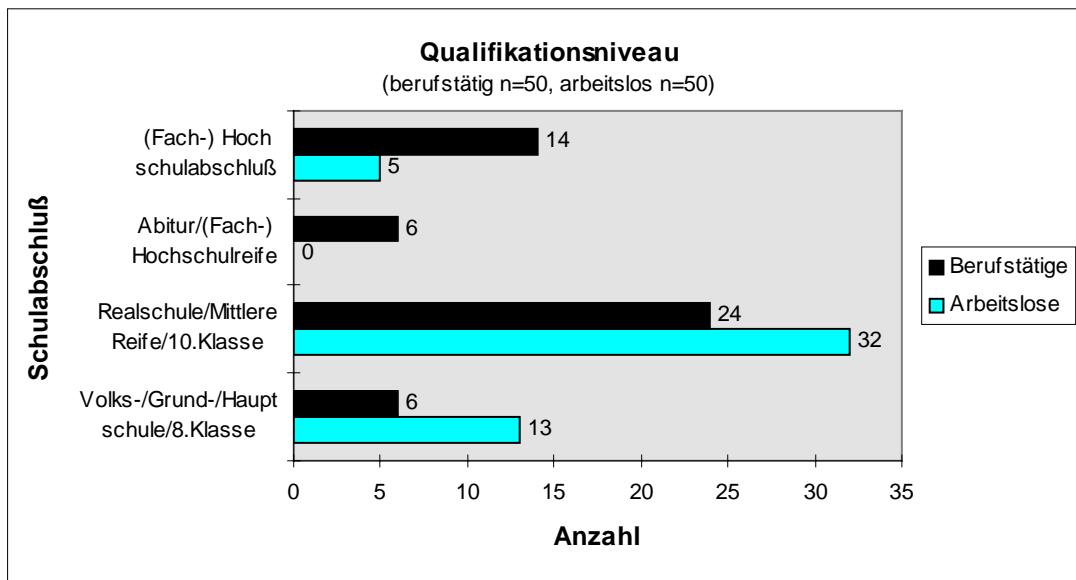


Abb. 7: Qualifikationsniveau der arbeitslosen und berufstätigen Patienten

Die Untersuchungs- und Kontrollgruppe sind in ihrem Qualifikationsniveau sehr unterschiedlich. Es war beim Matchen der Gruppen nicht möglich, den 50 arbeitslosen Patienten aus den 122 berufstätigen Patienten eine ähnliche Gruppe gegenüberzustellen. Die Abb. 7 zeigt das Ausbildungsniveau der beiden endgültigen Gruppen.

### 3.2.3 Variablenplan

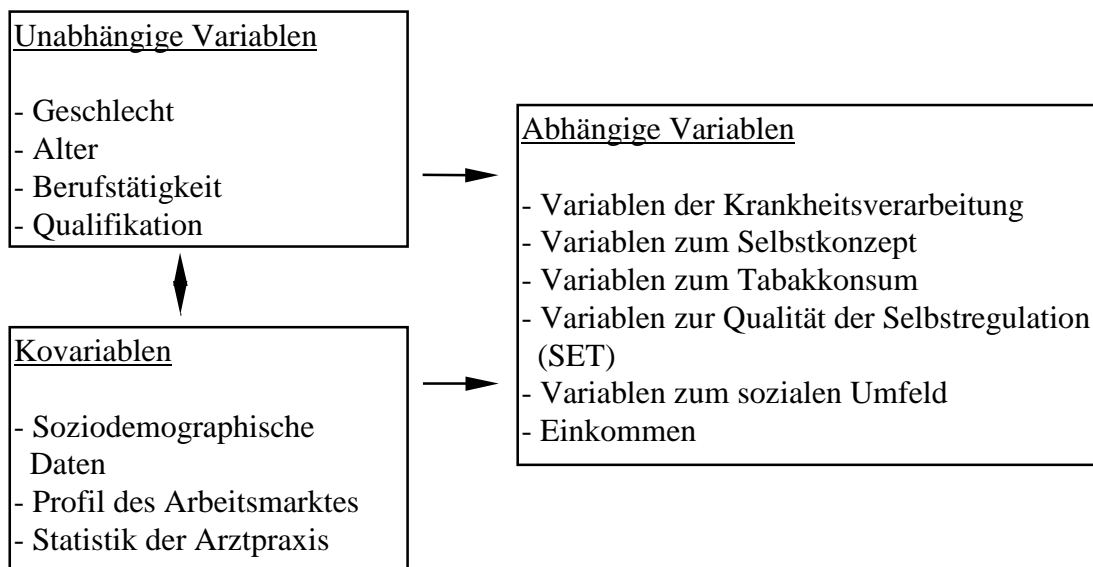


Abb. 8: Variablenplan

### 3.3 Methoden der Datenanalyse

Die Daten, die für diese Untersuchung gesammelt worden sind, befinden sich auf verschiedenen Skalenniveaus. Nominalskaliert sind die Variablen zum Rauchverhalten und die Geschlechtsparameter. Diese Daten können dementsprechend auch nur über Häufigkeitsvergleiche ausgewertet werden. Auf der Ordinalskalenebene befinden sich die Daten aus den Fragebögen Frankfurter Selbstkonzept Skalen (FSKN), Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) und „Allgemeine Fragen“. Für dieses Niveau sind Mittelwertvergleiche über den Median und nonparametrische Tests wie der Mann-Whitney-U-Test zur statistischen Prüfung auf Signifikanz zugelassen. Durch Addition einzelner zu einer Skala zugehörigen Items und Division durch die Anzahl der Items erhält man Mittelwerte einer Skala (Summen-Score-Skala). Dies ist der Fall bei dem FKV, so daß die Mittelwerte der Krankheitsverarbeitungsskalen quasiintervallskaliert sind. Dementsprechend können diese Variablen durch Mittelwertvergleiche über das arithmetische Mittel und parametrische Tests wie die Varianzanalyse ausgewertet werden. Muthny (1989) schlägt für den FKV keine Auswertungsmethode in seinem Manual vor, so daß für diese Studie entschieden wurde, über das arithmetische Mittel die jeweiligen Gruppen zu vergleichen. Dies trifft auch für die Berliner-Streß-Skala- (BSS) Werte zu.

#### *Mann-Whitney-U-Test*

Die Daten der Fragebögen Frankfurter Selbstkonzept Skalen (FSKN) und „Allgemeine Fragen“ wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test ausgewertet.

#### *Varianzanalyse (ANalysis Of VAriance = ANOVA)*

Die Daten des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV) und des Streß-Entspannungs-Tests wurden mit der Varianzanalyse ausgewertet.

#### *Irrtumswahrscheinlichkeit/Testniveau*

Bei einem Signifikanztest wird auf der Basis eines (subjektiv) festgelegten Testniveaus ein kritischer Wert als ein objektives Entscheidungskriterium ermittelt. Dabei bestimmt das Testniveau die Risikobereitschaft, die Nullhypothese ( $H_0$ ) nicht zu akzeptieren, obwohl sie zutrifft. Das jeweils gewählte Testniveau kennzeichnet somit das Risiko, eine Fehlentscheidung zu treffen, indem  $H_0$  als nicht akzeptabel angesehen wird, obwohl  $H_0$  zutrifft. Der Fehler bei einer derartigen Fehlentscheidung wird Fehler 1. Art ( $\alpha$ -Fehler) genannt. Ein Fehler der 2. Art ( $\beta$ -Fehler) wäre es, die  $H_0$  zu akzeptieren, obwohl sie nicht zutrifft. Grundsätzlich sollte bei der Vorgabe des Testniveaus  $\alpha$  (d.h. der Wahrscheinlichkeit, einen Fehler 1. Art zu begehen) befolgt werden:

Ist es folgenschwer, die Nullhypothese zu akzeptieren, obwohl sie nicht zutrifft, sollte das Testniveau relativ groß vorgegeben werden, damit dadurch die Wahrscheinlichkeit, einen Fehler der 2. Art zu



machen, klein gehalten wird. Ist es dagegen folgenscher, die Nullhypothese nicht zu akzeptieren, obwohl sie zutreffend ist, sollte das Testniveau relativ klein vorgegeben werden.

In sozialwissenschaftlichen Untersuchungen besteht die Konvention, das Testniveau in der Form „ $\alpha = 0,05$  (5%)“ festzulegen, sofern die fälschliche Ablehnung von  $H_0$  nicht zu gravierenden Konsequenzen führt (Kähler 1995). Für diese Studie wird festgelegt, daß Ergebnisse signifikant sind, wenn das Testniveau  $\alpha = 0,05$  ist.

#### *Verwendete Software*

Sämtliche statistische Analysen wurden mit Hilfe des Programmes „SPSS für Windows“ - Version 8.0 (offizielle Universitätslizenz) erstellt. Die Abbildungen und Tabellen wurden mit dem Tabellenkalkulationsprogramm „MS Excel für Windows 95“ und der Text mit dem Textverarbeitungsprogramm „MS Word für Windows 95“ hergestellt.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Ergebnisdarstellung der Krankheitsbewältigung

#### 4.1.1 Vergleich von arbeitslosen und berufstätigen Patienten

Copingstile FKV	berufstätige Patienten	arbeitslose Patienten	Signifikanz ANOVA
Problemanalyse u. Lösungsverhalten	2,42	2,65	0,177
Depressive Verarbeitung	1,62	1,70	0,642
Hedonismus	2,19	2,29	0,579
Religiosität u. Sinnsuche	1,31	1,33	0,860
Mißtrauen u. Pessimismus	1,68	1,83	0,321
Kognitive Vermeidung u. Dissimulation	1,96	2,19	0,174
Ablenkung u. Selbstaufwertung	2,23	2,42	0,274
Gefühlskontrolle u. Sozialer Rückzug	<b>1,65</b>	<b>2,11</b>	<b>0,005</b>
Regressive Tendenz	1,64	1,61	0,848
Relativierung durch Vergleich	2,38	2,68	0,194
Compliancestrategien u. Arztvertrauen	4,12	4,03	0,633
Selbstermutigung	3,02	3,07	0,781

Tab. 1: Mittelwertvergleiche arbeitsloser und berufstätiger Patienten mit der Varianzanalyse - FKV

Die Mittelwertvergleiche ergaben, daß die arbeitslosen Patienten signifikant öfter den Copingstil Gefühlskontrolle u. Sozialer Rückzug verwendeten als die berufstätigen Patienten. Bei den anderen Skalen des FKV gab es keine signifikanten Unterschiede. (Graphische Darstellung siehe Abb. 9.)

#### 4.1.2 Vergleich von Männern und Frauen

Copingstile FKV	Frauen	Männer	Signifikanz ANOVA
Problemanalyse u. Lösungsverhalten	2,47	2,64	0,346
Depressive Verarbeitung	1,78	1,44	0,070
Hedonismus	2,12	2,45	0,099
Religiosität u. Sinnsuche	1,29	1,37	0,595
Mißtrauen u. Pessimismus	1,82	1,64	0,272
Kognitive Vermeidung u. Dissimulation	2,08	2,05	0,849
Ablenkung u. Selbstaufwertung	2,28	2,42	0,429
Gefühlskontrolle u. Sozialer Rückzug	1,86	1,92	0,749
Regressive Tendenz	<b>1,80</b>	<b>1,29</b>	<b>0,003</b>
Relativierung durch Vergleich	2,59	2,40	0,455
Compliancestrategien u. Arztvertrauen	3,99	4,23	0,203
Selbstermutigung	2,99	3,14	0,484

Tab. 2: Mittelwertvergleiche aller Männer und Frauen mit der Varianzanalyse - FKV

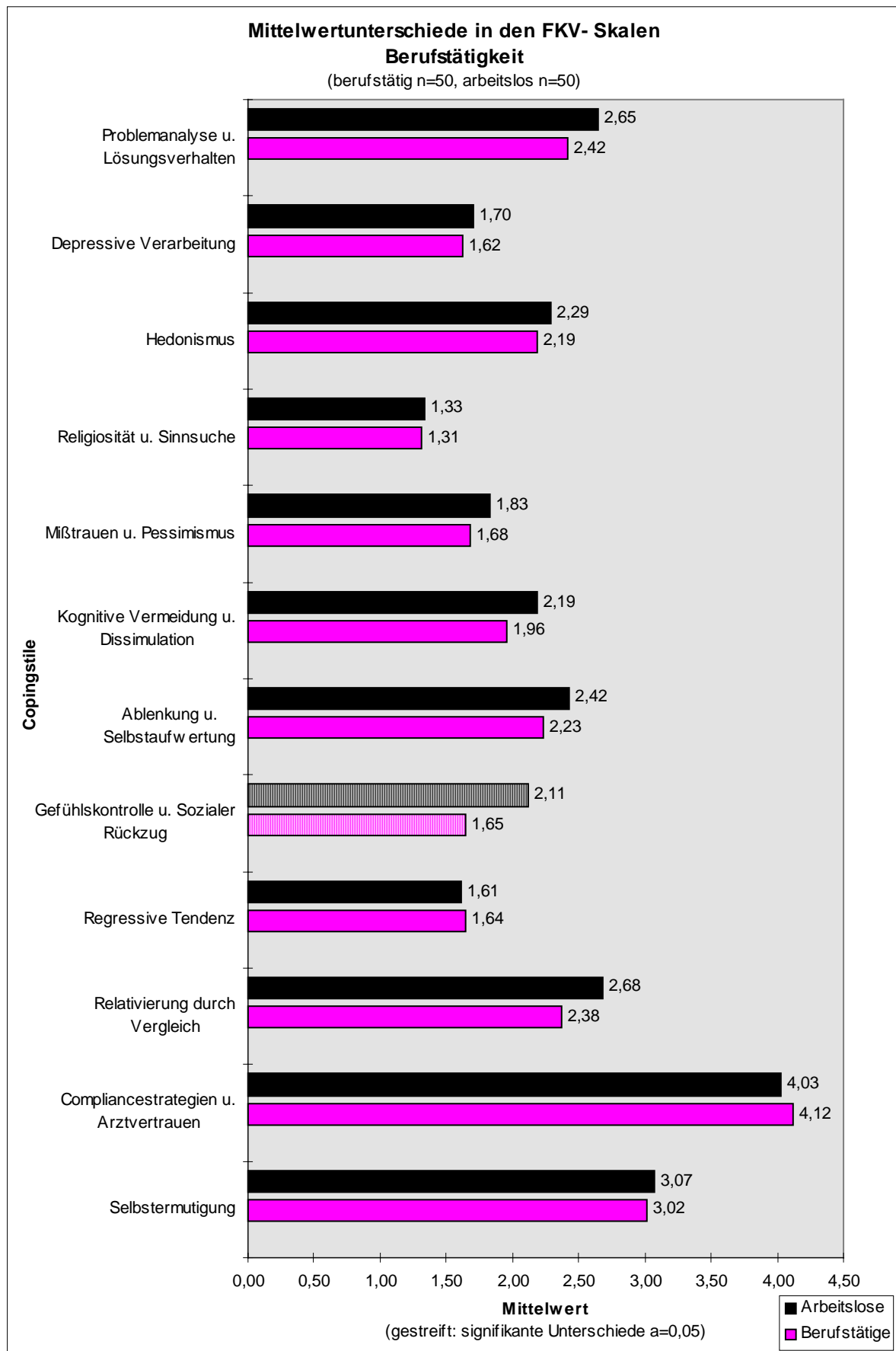


Abb.9: Vergleich der Krankheitsbewältigungsstile arbeitsloser und berufstätiger Patienten

Die Mittelwertvergleiche zeigten, daß die Frauen in der Studie signifikant öfter als Männer versuchten, mit dem Copingstil Regressive Tendenz, ihre Krankheit zu bewältigen. Die anderen Skalen des FKV erbrachten keine signifikanten Unterschiede.

Bei der Auswertung des Krankheitsbewältigungsverhaltens wurde auch nach Unterschieden zwischen arbeitslosen und berufstätigen Frauen und Unterschieden zwischen arbeitslosen und berufstätigen Männern gesucht. Die statistische Prüfung ergab keine signifikanten Ergebnisse. Aus Platzgründen wird deshalb auf eine Darstellung verzichtet.

#### 4.1.3 Vergleich der Altersgruppen

Copingstile FKV	A1 (21-30 J.)	R	A2 (31-40 J.)	R	A3 (41-50 J.)	R	A4 (51-60 J.)	R	Sign. ANOVA
Problemanalyse u. Lösungsverhalten	2,38		2,56	3	2,53	3	2,56	3	0,953
Depressive Verarbeitung	1,84		1,49	-2	1,79		1,68	-3	0,462
Hedonismus	2,21		2,35		2,13		2,20		0,817
Religiosität u. Sinnsuche	1,03	-1	1,38	-1	1,34	-1	1,33	-1	0,487
Mißtrauen u. Pessimismus	1,96		1,63		1,79	-3	1,84		0,579
Kognitive Vermeidung u. Dissimulation	2,03		1,90		2,22		2,18		0,439
Ablenkung u. Selbstaufwertung	1,98		2,31		2,32		2,55		0,412
Gefühlskontrolle u. Sozialer Rückzug	1,80	-3	1,83		1,87		2,03		0,836
Regressive Tendenz	1,78	-2	1,57	-3	1,71	-2	1,52	-2	0,778
Relativierung durch Vergleich	2,60	3	2,55		2,48		2,53		0,99
Compliancestrategien u. Arztvertrauen	<b>4,03</b>	1	<b>4,11</b>	1	<b>4,33</b>	1	<b>3,63</b>	1	<b>0,042</b>
Selbstermutigung	3,04	2	3,14	2	3,08	2	2,80	2	0,628

Tab. 3: Mittelwertvergleiche Altersgruppen mit der Varianzanalyse - FKV

Aus Tab. 3 wird ersichtlich, daß es zwischen den Altersgruppen einen signifikanten Unterschied in der Benutzung des Krankheitsbewältigungsstils Compliancestrategien und Arztvertrauen gibt. Die anderen Skalen des FKV erbrachten keine signifikanten Unterschiede. In den mit R abgekürzten Spalten finden sich die Plazierungen bei der Häufigkeit des Gebrauches der einzelnen Copingstile wieder. Es sind jeweils die drei am meisten (1,2,3) und die drei am wenigsten (-1,-2,-3) benutzten Verarbeitungsstile gekennzeichnet.

Aus der Tabelle wird deutlich, daß über die Altersgruppen hinweg ein fast identischer Gebrauch bestimmter sowohl der häufigeren als auch der selteneren Copingstile vorherrscht. So nehmen Compliancestrategien u. Arztvertrauen sowie Selbstermutigung in allen Altersgruppen die beiden vorderen Plätze ein. Der am dritthäufigsten gebrauchte Bewältigungsstil ist Problemanalyse u. Lösungsverhalten, wobei hingegen in der jüngsten Gruppen dies das Relativieren durch Vergleich ist. Auch darin, welcher Krankheitsbewältigungsstil am wenigsten eingesetzt wird, herrscht in den verschiedenen Altersgruppen weitgehende Übereinstimmung. Am seltensten wird mit Religiosität u.

Sinnsuche versucht, das belastende Ereignis Krankheit zu verarbeiten. Diesem Stil folgen Regressive Tendenz und Depressive Verarbeitung in den einzelnen Gruppen uneinheitlich auf Platz zwei und drei. Lediglich in der jüngsten Altersgruppe befindet sich noch Gefühlskontrolle u. Sozialer Rückzug unter den am wenigsten gebräuchlichen Copingstilen. Bei der Auswertung des Krankheitsbewältigungsverhaltens wurde auch nach Unterschieden zwischen den Altersgruppen bei arbeitslosen und bei berufstätigen Patienten gesucht. Die statistische Prüfung ergab keine signifikanten Ergebnisse. Aus Platzgründen wird deshalb auf eine Darstellung verzichtet.

## 4.2 Ergebnisdarstellung der subjektiven Bedingungen

### 4.2.1 Vergleich der Selbstkonzeptskalen von arbeitslosen und berufstätigen Patienten

<b>Selbstkonzeptskalen FSKN</b>	<b>berufstätige Patienten</b>	<b>arbeitslose Patienten</b>	<b>Signifikanz Mann-Whitney</b>
Allgemeine Leistungsfähigkeit	<b>51,00</b>	<b>46,00</b>	<b>0,000</b>
Problembewältigung	<b>49,00</b>	<b>47,00</b>	<b>0,025</b>
Verhaltens- u. Entscheidungssicherheit	<b>30,00</b>	<b>28,00</b>	<b>0,020</b>
Selbstwertschätzung	<b>55,00</b>	<b>49,00</b>	<b>0,000</b>
Empfindlichkeit u. Gestimmtheit	26,00	25,00	0,866
Standfestigkeit	59,00	56,00	0,230
Soziale Kontakt- u. Umgangsfähigkeit	<b>28,50</b>	<b>26,00</b>	<b>0,003</b>
Wertschätzung durch andere	30,00	28,00	0,141
Irritierbarkeit durch andere	<b>27,00</b>	<b>24,00</b>	<b>0,014</b>
Gefühle u. Beziehungen zu anderen	<b>30,00</b>	<b>27,00</b>	<b>0,017</b>

Tab. 4: Mittelwertvergleiche der Selbstkonzeptskalen mit der Varianzanalyse

Die arbeitslosen und berufstätigen Patienten unterscheiden sich in ihren Mittelwerten in sieben von insgesamt zehn Skalen des Selbstkonzeptes signifikant. Diese Skalen sind im einzelnen: Allgemeine Leistungsfähigkeit, Problembewältigung, Verhaltens- u. Entscheidungssicherheit, Selbstwertschätzung, Soziale Kontakt- u. Umgangsfähigkeit, Irritierbarkeit durch andere und Gefühle u. Beziehungen zu anderen. In den Skalen Empfindlichkeit u. Gestimmtheit, Standfestigkeit und Wertschätzung durch andere konnten unter Zuhilfenahme des Mann-Whitney-U-Tests keine statistisch signifikanten Mittelwertunterschiede gefunden werden (siehe Tab. 4). (Graphische Darstellung der Ergebnisse siehe Abb. 10.)

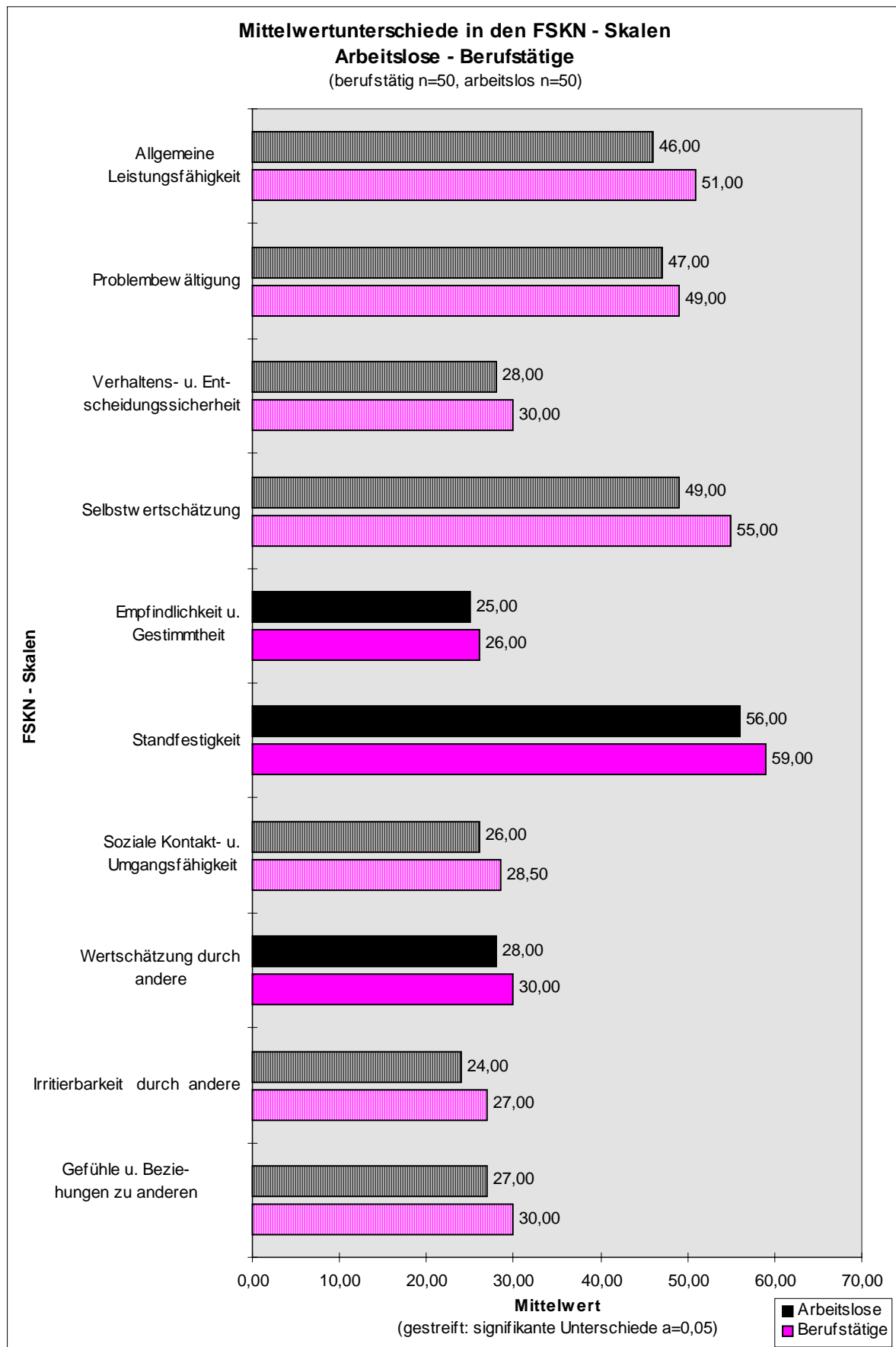


Abb. 10: Vergleich der Selbstkonzeptskalen von arbeitslosen und berufstätigen Patienten

## 4.3 Ergebnisdarstellung der sozialen Bedingungen

### 4.3.1 Vergleich des Einkommens arbeitsloser und berufstätiger Patienten

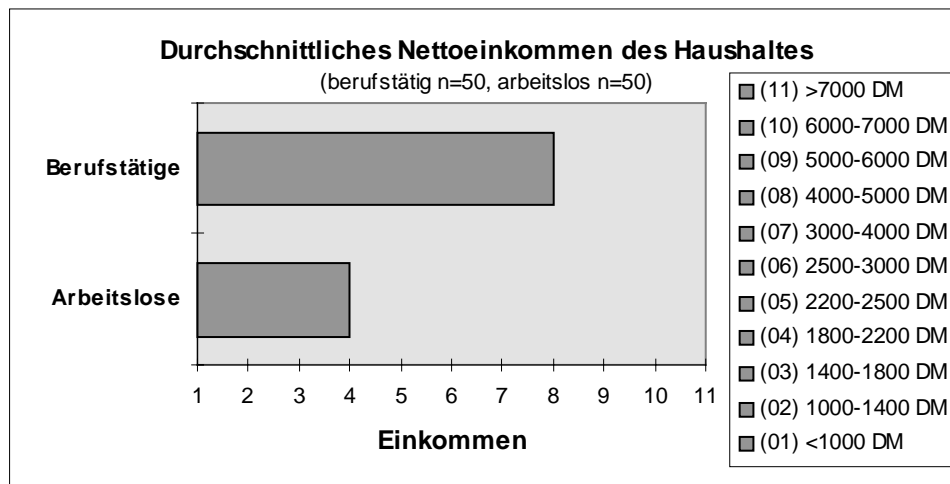


Abb. 11: Mittelwertunterschiede im Einkommen arbeitsloser und berufstätiger Patienten

Das Einkommen wurde auf Grund seiner Ordinalskalierung über den Median ausgewertet (siehe Abb. 11). Demnach haben Haushalte berufstätiger Patienten ein durchschnittliches Nettoeinkommen von 4000 bis 5000 DM im Monat. Arbeitslose Patienten geben ein durchschnittlich deutlich niedrigeres monatliches Nettoeinkommen ihres Haushaltes von 1800 bis 2200 DM an. Mit dem Mann-Whitney-U-Test wurde geprüft, ob die Untersuchungsstichprobe (Arbeitslose) und die Kontrollstichprobe (Berufstätige) einer Grundgesamtheit angehören oder nicht. Der Test ergab mit einer statistisch hohen Signifikanz (0,000), daß die Mittelwertunterschiede nicht durch den Zufall erklärt werden können. (Zum Nettohaushaltseinkommen tragen alle in einem Haushalt lebenden Personen bei.)

### 4.3.2 Vergleich des sozialen Netzwerkes von arbeitslosen und berufstätigen Patienten

Zum Bereich des sozialen Netzwerkes wurde der Fragebogen „Allgemeine Fragen“ den Patienten vorgelegt. Für diesen Fragebogen wurde vom Verfasser kein Auswertungsverfahren vorgeschlagen. Aus diesem Grund wird eine Auswertung für jedes Item einzeln erfolgen. Für das erste Item wird hier exemplarisch dargestellt, wie eine exakte Auswertung aussehen muß (Abb. 12). Für die anderen elf Items wurde eine andere übersichtlichere Methode gewählt (Abb. 13). Die in der Abbildung veranschaulichten Mittelwerte dürfen nur als tendenzielle Unterschiede gesehen werden, da für ordinalskalierte Werte keine arithmetischen Mittelwerte gebildet werden dürfen, sondern nur der Median.

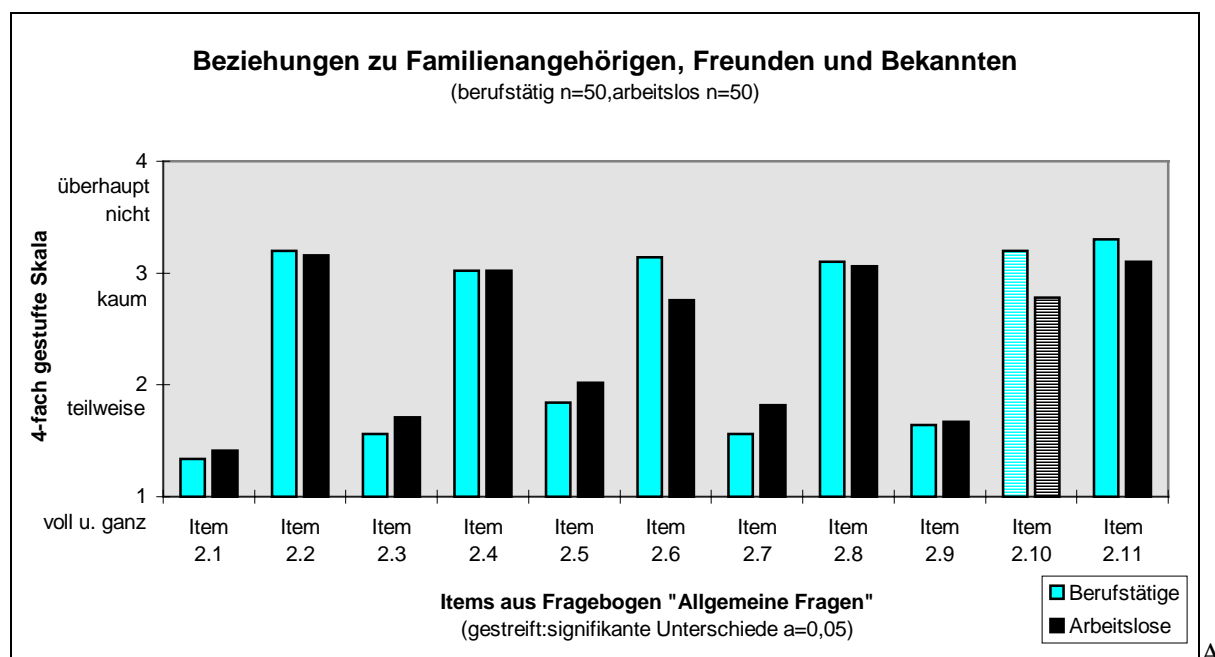
Die erste Frage lautete: „Wie schätzen Sie allgemein Ihre persönliche Zukunft ein?“

Wie wird die persönliche Zukunft gesehen ? (berufstätig n=50, arbeitslos n=50)			
optimistisch	eher optimistisch	eher pessimistisch	pessimistisch
1	2	3	4

Abb. 12: Wie wird die persönliche Zukunft gesehen

Die Auswertung mit dem Mann-Whitney-U-Test ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Antworten der berufstätigen Patienten und denen der arbeitslosen Patienten. Beide Gruppen bewerteten ihre Zukunftsaussichten im Durchschnitt als optimistisch. Es konnte aber die Tendenz der arbeitslosen Patienten zu einer pessimistischeren Zukunftsaussicht erkannt werden.

#### Auswertung Items 2.1 bis 2.11



bb. 13: Vergleich der Unterschiede aus Fragebogen „Allgemeine Fragen“ Items 2.1-2.11

Bis auf Item 2.10, bei welchem ein signifikanter Unterschied zwischen arbeitslosen und berufstätigen Patienten gefunden wurde, sind die Ergebnisse im Fragebogen „Allgemeine Fragen“ nicht signifikant. Es konnten jedoch tendenzielle Differenzen zwischen beiden Gruppen festgestellt werden.



## Item 2.1:

*„Ich habe immer jemanden in erreichbarer Nähe, zu dem ich mit alltäglichen Problemen kommen kann.“*

Arbeitslose Patienten neigen eher als berufstätige Patienten dazu zu sagen, sie hätten nicht immer jemanden in greifbarer Nähe, um alltägliche Probleme zu besprechen. Generell verhält es sich so, daß in beiden Gruppen Vertrauenspersonen scheinbar immer in greifbarer Nähe sind und eine breite Zustimmung zur Fragestellung gegeben wird.

## Item 2.2:

*„Ich vermisse einen häufigen Kontakt mit meinen Familienangehörigen und Verwandten.“*

Arbeitslose Patienten vermissen tendenziell öfter als berufstätige Patienten einen häufigen Kontakt zu Angehörigen und Verwandten. Der Trend in beiden Gruppen geht jedoch dahin, daß ein häufigerer Kontakt zu engen Verwandten nicht vermißt wird.

## Item 2.3:

*„Es gibt ausreichend viele Menschen, auf die ich zählen kann, wenn ich Schwierigkeiten habe.“*

Arbeitslose Patienten sind eher als berufstätige Patienten geneigt, einen Mangel an Personen anzugeben, auf die in Schwierigkeiten gebaut werden kann. Die Zustimmung zur Fragestellung ist in beiden Gruppen dennoch stark ausgeprägt.

## Item 2.4:

*„Mir fehlt ein wirklich guter Freund/ eine wirklich gute Freundin.“*

Bei dieser Fragestellung gibt es zwischen berufstätigen und arbeitslosen Patienten keinen Unterschied. Der Trend in beiden Gruppen läßt einen zu großen Mangel an guten Freunden nicht vermuten.

## Item 2.5:

*„Es gibt viele Personen, denen ich voll vertrauen kann.“*

Arbeitslose Patienten beschreiben eher als berufstätige Patienten, daß sie weniger Menschen haben, denen sie voll vertrauen können. Der Durchschnitt aller befragten Probanden neigt dazu, viele Vertrauenspersonen anzugeben.

## Item 2.6:

*„Ich vermisse die Geselligkeit von anderen Menschen.“*

Arbeitslose Patienten vermissen die Geselligkeit von anderen Menschen stärker als berufstätige Patienten. Generell wird diese Aussage jedoch eher abgelehnt und die Geselligkeit anderer Menschen nicht vermißt.

## Item 2.7:

*„Ich habe genügend viele Personen, denen ich mich sehr verbunden fühle.“*

Arbeitslose Patienten beklagen häufiger als berufstätige Patienten, weniger Personen zu haben, mit denen sie sich verbunden fühlen. Der Trend in der Gesamtstichprobe tendiert zur Zustimmung zur Fragestellung.

## Item 2.8:

*„Ich glaube, der Kreis meiner Freunde und Bekanntschaften ist zu klein.“*

Arbeitslose Patienten befinden ihren Freundeskreis für kleiner, als dies berufstätige Patienten tun. Generell wird jedoch in beiden Gruppen die Größe des Bekannten- und Freundeskreis als ausreichend bewertet.

## Item 2.9:

*„Wenn ich meine Freunde brauche, kann ich jederzeit auf sie zählen.“*

Arbeitslose Patienten können tendenziell weniger als berufstätige Patienten auf ihre Freunde zählen, wenn sie sie brauchen. Die Verfügbarkeit von Freunden bewertet die Gesamtheit der Probanden jedoch als positiv.

## Item 2.10:

*„Manchmal habe ich das Gefühl, daß mich eine große Leere erfaßt.“*

Das Gefühl, manchmal von einer großen Leere erfaßt zu werden, beschreiben arbeitslose Patienten signifikant häufiger als die berufstätigen Patienten. Generell ist dieses Gefühl sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch in der Kontrollgruppe eher wenig beschrieben worden.

## Item 2.11:

*„Oft fühle ich mich im Stich gelassen.“*

Arbeitslose Patienten fühlen sich öfter im Stich gelassen als berufstätige Patienten. Der Trend in der Gesamtstichprobe weist aber darauf hin, daß das Gefühl, im Stich gelassen zu werden, nicht sehr ausgeprägt ist.

## 4.4 Ergebnisdarstellung der physischen Bedingungen

### 4.4.1 Vergleich des Rauchverhaltens bei arbeitslosen und berufstätigen Patienten

Rauchverhalten	berufstätige Patienten		arbeitslose Patienten	
	Anzahl Pat.	%	Anzahl Pat.	%
Habe noch nie geraucht	20	40,0%	7	14,3%
Früher, jetzt nicht mehr	19	38,0%	11	22,4%
Rauche zur Zeit	11	22,0%	31	63,3%
Gesamt	50		49	
Mittlerer Zigarettenkonsum pro Tag	12,7		15,7	

Tab. 5: Rauchverhalten von arbeitslosen und berufstätigen Patienten

Die Patienten wurden nach ihrem Rauchverhalten gefragt. Dabei hatten sie die Möglichkeit, zwischen drei Aussagen zu wählen: „Habe noch nie geraucht“, „Früher, jetzt nicht mehr“, „Rauche zur Zeit“. Es stellte sich heraus, daß zur Zeit unter den arbeitslosen Patienten prozentual fast dreimal so viele Raucher vorhanden sind wie bei den berufstätigen Patienten. In der Gruppe der Arbeitslosen rauchten 63,3% der Probanden. In der Gruppe der Berufstätigen waren es hingegen nur 22,0%. Auch der Anteil der Berufstätigen, die das Rauchen aufgegeben haben (38,0%), ist wesentlich höher als der Anteil der Arbeitslosen, die dies taten (22,4%). Zusammenfassend kann man sagen, daß 85,7% der arbeitslosen Patienten entweder zur Zeit rauchen oder irgendwann in ihrem Leben schon einmal geraucht haben. Der Prozentsatz solcher Patienten ist unter den Berufstätigen erheblich niedriger (60,0%).

Die Raucher beider Gruppen unterschieden sich auch in der Höhe des täglichen Zigarettenkonsums. So rauchte ein arbeitsloser Patient (15,7 St.) im Durchschnitt drei Zigaretten mehr pro Tag als ein berufstätiger Patient (12,7 St.). Bei der Prüfung dieser Mittelwerte auf Unabhängigkeit konnte mit der Varianzanalyse kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden ( $\alpha=0,209$ ).

### 4.4.2 Vergleich des psychophysischen Verhaltens im Umgang mit Streß

BSS-Wert	N	Mittelwert	Signifikanz ANOVA
berufstätig	50	6,16	
arbeitslos	50	9,04	0,000
Gesamt	100	7,6	

Tab. 6: BSS-Wert-Vergleich arbeitsloser und berufstätiger Patienten

Arbeitslose und berufstätige Patienten unterscheiden sich statistisch signifikant in ihrem psychophysischen Verhalten im Umgang mit Streß. Die Arbeitslosen konnten mit dem angebotenen

Stressor wesentlich schlechter umgehen als die Berufstätigen. Der Mittelwert der Patienten ohne Arbeit liegt im mittleren Drittel, der Mittelwert der Patienten mit Arbeit im oberen Drittel der Berliner-Streß-Skala.

## **5. Diskussion der Ergebnisse**

### **5.1 Auswertung der unabhängigen Variablen**

#### *Berufstätigkeit*

Die Stichprobe der Praxis präsentierte sich im Merkmal Berufstätigkeit inhomogen. So waren vor der Matchung von den 172 untersuchten Probanden 122 berufstätig und nur 50 arbeitslos. Dies entspricht einer Quote von 29,1%. Für den Untersuchungszeitraum wurde von der Bundesanstalt für Arbeit für den Arbeitsamtsbezirk Halle eine durchschnittliche Arbeitslosenquote von 21,2% angegeben. Demzufolge waren 37% mehr Arbeitslose in der Stichprobe, als dies die Quote für die Stadt Halle vorhergesagt hatte. Für diese Differenz lassen sich drei mögliche Ursachen finden. Die Patienten der Praxis rekrutierten sich aus einer dörflichen Gegend und aus einem großen Neubaugebiet. Möglicherweise ist der Anteil der Arbeitslosen unter der dortigen Bevölkerung höher als in anderen Bezirken von Halle. Eine weitere Ursache für die statistische Häufung der Arbeitslosen in der Gesamtstichprobe könnte in einer variableren Tagesstrukturierung arbeitsloser Patienten begründet sein. Dieser Zeitaspekt, verknüpft mit der Erkenntnis von D`Arcy und Siddique (1985), die beschrieben, daß Arbeitslosigkeit dazu führte, mehr medizinische Unterstützung in Anspruch zu nehmen auf Grund häufigerer gesundheitlicher Probleme bzw. der subjektiven Empfindung, krank zu sein, könnte jedoch der überwiegende Faktor für die statistische Häufung der Arbeitslosen in der Stichprobe sein.

Um einer eventuellen Verzerrung bei der statistischen Auswertung entgegenzuwirken, wurde der Gruppe der 50 arbeitslosen Patienten eine in Alter (in Gruppen gegliedert) und Geschlecht gleiche Gruppe 50 berufstätiger Patienten entgegengestellt (siehe 3.2.2).

#### *Geschlechtsverteilung*

Bei der Geschlechtsverteilung wurde in der nun 100 Patienten enthaltenden Gesamtstichprobe ein unausgewogenes Verhältnis registriert. Den 66 Frauen standen nur 34 Männer gegenüber. Die Ursache könnte darin begründet sein, daß das Praxispersonal ausschließlich weiblich war (Ärztinnen und Schwestern) und die Praxis daher von einem höheren Frauenanteil besucht wurde. Die

wahrscheinlichste Erklärung ist aber, daß die Frauen dieser Untersuchung wesentlich offener gegenüberstanden als die Männer.

#### *Altersverteilung*

Die Altersverteilung gestaltete sich ebenfalls relativ heterogen. Fast drei Viertel (70%) der Patienten befanden sich im Alter zwischen 31 und 50 Jahren. Sowohl die Gruppe der Jüngsten (10%) als auch die älteste Gruppe (20%) waren statistisch unterbesetzt. Der Grund dafür wird darin gesehen, daß die jungen Menschen seltener krank sind und in geringerem Umfang an chronischen oder degenerativen Erkrankungen leiden und demzufolge weniger einen Arzt aufsuchen müssen. Als Ursache für die Minderrepräsentanz in der Gruppe der 51- bis 60jährigen kann die Skepsis gegenüber den jungen Testleitern vermutet werden.

Die Unausgeglichenheit bei der Alters- und Geschlechtsverteilung in der Gesamtstichprobe übertrug sich auch auf die Untersuchungs- und die Kontrollstichprobe (siehe Abb. 6, S.24).

#### *Qualifikationsniveau*

Die Untersuchungs- und Kontrollgruppe sind in ihrem Qualifikationsniveau sehr unterschiedlich. Es war beim Matchen der Gruppen nicht möglich, den 50 arbeitslosen Patienten aus den 122 berufstätigen Patienten eine Gruppe gegenüberzustellen, die in Alter, Geschlecht und Qualifikationsniveau übereinstimmt (siehe Abb. 7, S. 25).

Es wird deutlich, daß arbeitslose Patienten in dieser Studie eine geringere Schulbildung besitzen als berufstätige Patienten. So haben zum Beispiel 40% der Patienten mit Arbeit ein Abitur, jedoch besitzen nur 10% der Patienten ohne Arbeit eine solche Qualifikation.

Als Grund für die gefundenen Unterschiede im Qualifikationsniveau wird die Tatsache gesehen, daß sich Arbeitgeber aus allen potentiellen Bewerbern für eine Stelle die qualifiziertesten Anwärter aussuchen können. Auf diese Art und Weise findet eine Selektion statt, die weniger qualifizierte Arbeitslose benachteiligt.

## **5.2 Ergebnisinterpretation der Krankheitsbewältigung**

In diesem Kapitel wird nur eine a-priori Bewertung, demnach eine theoretische Einschätzung, der angewendeten Bewältigungsstile erfolgen. Die empirische Prüfung kann erst nach der Betrachtung und Interpretation der subjektiven, psychischen und physischen Folgen von Bewältigung am Ende vorgenommen werden. Es wird sich zeigen, welchen Einfluß die Arbeitslosigkeit auf den Prozeß der Krankheitsbewältigung hat, wie groß er ist und welche Richtung er hat.

### **5.2.1 Interpretation der Krankheitsbewältigung von arbeitslosen und berufstätigen Patienten**

Die statistische Auswertung der Krankheitsbewältigungsskalen des FKV ergab einen signifikanten Unterschied beim Copingstil Gefühlskontrolle und Sozialer Rückzug. Arbeitslose Patienten zeichneten sich durch stärkere Gefühlskontrolle und vermehrten Rückzug aus sozialen Beziehungen aus.

Eine erhöhte Gefühlskontrolle geht mit einer Unterdrückung und gegebenenfalls mit einer Isolierung von Gefühlen einher. Bestimmte, der Situation angemessene Emotionen werden nicht wahrgenommen oder wenn erahnt, nicht zugelassen. Dabei zeigen die Patienten volle Einsicht in die Belastung der Krankheitssituation. Ein aktiver Rückzug aus sozialen Beziehungen kann viele Ursachen haben. Im Zusammenhang mit der Krankheit geschieht er z.B., um nicht auf andere Personen eingehen zu müssen, um Zeit für sich (zum Erholen, Überdenken) zu gewinnen oder um sich keinen Gefühlen wie Scham und Schuld anderen gegenüber auszusetzen. Dabei kann sich der Rückzug auf das gesamte Umfeld oder einzelne Personen oder Gruppen beziehen.

Der Krankheitsbewältigungsstil Gefühlskontrolle und Sozialer Rückzug muß auf Grund der erwähnten theoretischen a-priori Annahmen (siehe 2.1.2) als dysfunktional eingestuft werden. Rückzug, Passivität und eine übermäßige Kontrolle von Emotionen sind der Bewältigung von schweren Belastungen abträglich. Somit ist die Effektivität der Krankheitsbewältigung arbeitsloser Patienten als geringer gegenüber der berufstätiger Patienten einzuschätzen. Resch (1999) spricht dann von einer normalen Bewältigung, wenn sie der weiteren Entwicklung förderlich ist. Demnach ist ein Erleben und Verhalten, das dem Individuum für die Zukunft möglichst große Anpassungs- und Entwicklungschancen erlaubt, normal und somit als funktional einzuschätzen. Arbeitslose Patienten versuchten mehr, ihre Gefühle für sich zu behalten und ließen andere nicht wissen, wie schlecht es ihnen ging. Sie mochten möglichst niemanden sehen und zogen sich von Freunden und Bekannten zurück. Vermutlich erlebten die arbeitslosen Patienten das soziale Umfeld als Quelle mehr oder minder schwerer Belastungen, die von ihnen noch zusätzlich zur Krankheit zu tragen und zu verarbeiten waren. Patienten ohne Arbeit tendierten aus diesem Grund häufiger dazu zu glauben, sie müßten alleine mit der Krankheit fertig werden. Ein solches Verhalten kann laut Resch (ebenda) nicht als für die Entwicklung förderlich angesehen werden. Das bei der Krankheitsverarbeitung gefundene Ergebnis steht in engem Zusammenhang mit den Ergebnissen, die bei den Selbstkonzeptskalen (FSKN) und den Fragen zum sozialen Umfeld (Allgemeine Fragen) eruiert wurden. Hier konnte gezeigt werden, daß arbeitslose Patienten in ihrer sozialen Kontakt- und Umgangsfähigkeit deutlich schlechter abschnitten als berufstätige Patienten. Im sozialen Kontaktverhalten konnte eine tendenzielle Reduktion und eine qualitative Änderung der Beziehungen zu anderen festgestellt werden. Die empirische Bewertung des Copingstils Gefühlskontrolle und Sozialer Rückzug findet nach Auswertung aller Effektivitätskriterien statt.

### 5.2.2 Interpretation der Krankheitsbewältigung in Abhängigkeit vom Geschlecht

Männer und Frauen unterschieden sich in dem Krankheitsbewältigungsstil Regressive Tendenz signifikant voneinander. Frauen wiesen dabei schlechtere Mittelwerte auf als Männer. Bei den anderen Copingstilen konnten keine statistisch beweisenden Unterschiede gefunden werden.

#### *Regressive Tendenz*

Das Modell der Regression (Zurückentwicklung) leitet sich aus der Psychoanalyse ab (Lablance und Pontalis 1972). Das Regressionsmodell beruht auf der Beobachtung, daß erkrankte Menschen, besonders während der Hospitalisation, abhängige Verhaltensweisen zeigen, die von ihren Betreuern als „kindisch“ eingestuft werden. Dieses Verhalten beinhaltet unter anderem die ständige Suche nach Versorgung und Pflege und inadäquate Gefühlsreaktionen. Hierin wird ein Übertragungsangebot eines Kleinkindes an einen fürsorglichen Elternteil verstanden, daher von dem kranken Menschen an den Betreuer. Die regressiven Prozesse beruhen auf krankheitsbedingten verminderten Ich-Funktionen. Das Ich der Kranken ist nicht mehr fähig, intra- und interindividuelle Konflikte, psychosoziale Aufgaben oder Veränderungen zu bewältigen. Eine Reversibilität regressiver Prozesse ist aber jederzeit möglich (Radebold 1992). Neben psychodynamischen Betrachtungsweisen können regressive Tendenzen auch mit Modellen, die auf der sozialen Lerntheorie basieren, erklärt werden, wie z.B. mit dem Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligman 1975) und dem Modell der gelernten Abhängigkeit (Baltes 1995). Diese Modelle werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. Sie stimmen aber darin überein, daß die soziale Umwelt verstärkt auf Unselbständigkeit reagiert und Selbständigkeit ignoriert. Dies hat zur Folge, daß abhängiges Verhalten nicht notwendigerweise das Gefühl eines Kontrollverlustes widerspiegelt, sondern auch instrumentell zur Erreichung individueller Ziele (z.B. Wunsch nach Sozialkontakt) eingesetzt werden kann (Baltes 1995).

Beim Copingstil Regressive Tendenz wird nach Auffälligkeiten bzw. Tendenzen gesucht, die im Zusammenhang mit dem Abwehrmechanismus der Regression stehen. Frauen tendierten in dieser Untersuchung eher zu regressiven Verhalten als Männer. Sie wollten sich mehr verwöhnen lassen, wünschten sich öfter einmal, schwach sein zu dürfen und hätten sich eher bei jemandem ausweinen können.

Die Krankheit mit regressivem Verhalten zu bewältigen, muß als dysfunktional und unreif eingestuft werden, da dieser Copingstil mit emotional ausagierendem Verhalten, Rückzug und passiven Tendenzen verknüpft ist. Diese Art der Bewältigung ist im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Person als nicht förderlich einzustufen. Unselbständige und abhängige Tendenzen führen über einen sekundären Krankheitsgewinn eher zu einer Verlängerung und Chronifizierung der Krankheit. Als mögliche Gründe für den unterschiedlichen Gebrauch des Copingstils Regressive Tendenz sollen an

dieser Stelle die geschlechtsspezifische Rollenverteilung und die ungleiche Einbindung von Männern und Frauen in den Arbeitsmarkt betrachtet werden.

Eine potentielle Ursache für die unterschiedliche Nutzung von Krankheitsbewältigungsstilen wird in der einseitigen Differenzierung der Geschlechtsrollen gesehen. Die Erziehung baut in der Regel geschlechtsspezifisch einseitige Ressourcen auf. Frauen erhalten in Form ihrer Geschlechterrolle noch immer eher ein Angebot zum Bezogensein und zur Regression, Männer hingegen eher ein Angebot zur Abgrenzung und Progression (Schröer 1999). Das Lösungsmuster der Internalisierung um belastende Situationen zu bewältigen, ist bei Frauen häufiger zu beobachten. Dies äußert sich in einem Nach-Innen-Gehen, in Tagträumen und im Aufbau von Idealvorstellungen. Wenn der Vergleich des Ideals mit der eigenen Situation ungünstig ausfällt, dann folgen daraus Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle bzw. nach innen gerichtete Symptome der Angst und Somatisierung. Männer wählen mehr externale Bewältigungsstile. Sie handeln eher, und sie handeln eher nach außen. Sie verankern sich breit in ihrem sozialen Umfeld, wo sie Beliebtheit anstreben (Schröer ebenda). Männer sind daher mit ihren externalen und aggressiven Bewältigungsstilen eher diejenigen, bei denen man sich anlehnen und ausweinen kann. Frauen hingegen neigen mit ihren häufiger internalen und defensiven Bewältigungsstilen dazu, sich anzulehnen und sich auszuweinen.

Bei der Suche nach Einflußfaktoren auf das geschlechtsspezifische Bewältigungsverhalten sollte die Arbeitslosigkeit in die Überlegungen mit einbezogen werden. Sie ist zwar nur ein Faktor unter vielen, die die Krankheitsbewältigung beeinflussen, für die Region Sachsen-Anhalt spielt die Arbeitslosigkeit jedoch eine große Rolle. Viele Frauen erleben in den neuen Bundesländern die Erwerbslosigkeit als mehrfachen Konflikt. Sie befürchten und erleben soziale und ökonomische Ausgrenzung, Verarmung und berufliche Deklassierung. Sie durchlaufen Identitätskrisen, erleben einen Bruch von der ökonomischen Selbständigkeit hin zur Abhängigkeit von Ehemann und Sozialamt (Braun 1993). Im September 1999 betrug die Frauenarbeitslosenquote in Sachsen-Anhalt 24,6% (Bayern 7,6%). Die Quote der Männer hingegen lag „nur“ bei 18,0% (Bayern 6,1%). Diese Zahlen spiegeln die Lage für Frauen auf dem Arbeitsmarkt deutlich wider. In Bayern ist die Differenz zwischen Männer- und Frauenarbeitslosenquote geringer, d.h. es besteht nicht so ein großes Ungleichgewicht bei der Arbeitsuche zwischen den Geschlechtern. Inoffiziell findet eine Diskriminierung der weiblichen Arbeitnehmerinnen statt. So besetzen Manager und Personalchefs Leitungsfunktionen häufiger mit mittelmäßigen Männern als mit sehr guten Frauen. Frauen werden im allgemeinen als instabile und unzuverlässige Arbeitskräfte kalkuliert, die durch eine hohe Ausfallquote und häufige Fluktuation charakterisiert werden. Tendenziell bleiben den Arbeitnehmerinnen überwiegend die Erwerbsfelder mit hohem Routinegehalt, geringen Handlungsspielräumen und mit niedriger Entlohnung (Schenk 1993). Frauenerwerbstätigkeit galt im Alltagsbild der ehemaligen DDR als selbstverständlich und war in den Lebenskonzepten der Frauen damals fest verankert. Jetzt, zehn Jahre nach der Wiedervereinigung



beider deutschen Staaten, gehören gerade die zu DDR-Zeiten arbeitstätigen Frauen zu den Problemgruppen auf dem Arbeitsmarkt. Risikofaktoren sind, länger als ein Jahr arbeitslos zu sein, ein Alter über 45 Jahre zu haben und ein hohes Qualifikationsniveau zu besitzen. Frauen werden, wie in den alten Bundesländern üblich, in Ermangelung von Arbeitsplätzen, auf ihre Verantwortung für reproduktive und familiäre Verpflichtungen beschränkt. Die erzwungene Ausgrenzung aus dem Arbeitsleben führt bei vielen Frauen zu Hilflosigkeit und Abhängigkeit von Ehemann und Sozialstaat. Mit Hilflosigkeit und Abhängigkeit sind zwei Faktoren genannt, die zur Erklärung des Konzepts der Regression herangezogen wurden.

Die Auswertung der Selbstkonzeptskalen und der Fragen zum sozialen Netzwerk wird zeigen, daß Arbeitslosigkeit zu einer Reduktion sozialer Beziehungen führt. Laut Baltes` (1995) Theorie, nach der die soziale Umwelt verstärkt auf Unselbständigkeit reagiert, könnten regressive Tendenzen einen Wunsch nach Sozialkontakt ausdrücken.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß Männer und Frauen sich im Krankheitsbewältigungsverhalten durch den Gebrauch des Copingstils Regressive Tendenz unterscheiden. Als mögliche Gründe für die regressiveren Strategien der Frauen in dieser Untersuchung wurden die geschlechtsspezifische Rollenprägung und die Arbeitsmarktlage in den neuen Bundesländern diskutiert. Der Krankheitsbewältigungsstil Regressive Tendenz wurde theoriegeleitet als dysfunktional eingestuft.

### **5.2.3 Interpretation der Krankheitsbewältigung in verschiedenen Altersgruppen**

Über die Altersgruppen hinweg konnte ein fast identischer Gebrauch sowohl der häufigeren als auch der selteneren Copingstile festgestellt werden. So sind Compliancestrategien u. Arztvertrauen und Selbstermutigung in allen Altersstufen die am meisten gebrauchten Verarbeitungsstile. Diese Strategien sind als positiv oder funktional einzustufen. Sie sind verknüpft mit einem aktiven Zugehen auf den Arzt, mit einer hohen Compliance und einer optimistischen Einstellung gegenüber den Therapien.

Unter den am wenigsten gebräuchlichen Copingstilen befanden sich Religiosität und Sinnsuche, Regressive Tendenz und Depressive Verarbeitung. Der Grund für die geringe Suche nach spiritueller Unterstützung wird in der eher atheistischen Erziehung in den neuen Bundesländern gesucht. Es ist zu vermuten, daß in anderen Gebieten Deutschlands andere Ergebnisse gefunden werden können. Dennoch sind die letztgenannten Copingstile als unreif einzustufen, da mit ihnen passiv-resignative, ablenkende und emotionsfokussierende Strategien der Krankheitsbewältigung verbunden sind.

Zusammenfassend kann der Gesamtstichprobe ein gutes und effektives Bewältigungsverhalten bescheinigt werden.

Bei der Benutzung des Krankheitsbewältigungsstils Compliancestrategien u. Arztvertrauen konnte in den vier Altersgruppen ein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden. Es zeigte sich in den ersten drei Gruppen eine stetige Zunahme der Compliance und des Arztvertrauens. In der Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen ließ sich jedoch ein Rückgang des Mittelwertes für diesen Copingstil feststellen.

### *Compliance*

Die Erwartung des medizinischen Dienstleistungssystems an den Patienten, rollenkonform zu handeln, wird als Compliance bezeichnet (Haynes 1982). Als compliant gilt der Patient, der den Rat des Arztes uneingeschränkt befolgt. Der non-compliant Patient folgt dem Rat des Arztes nicht bzw. nicht so, wie der ihn gegeben hat (Haubl 1994). Obwohl der Leidensdruck durch die meisten Krankheiten den Patienten eigentlich zur Compliance zwingen sollte, ist die Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen traurige Realität bei der überwiegenden Anzahl von Patienten (Kasten et al. 1996). Diese Eigenmächtigkeit von Patienten erschwert ihre Behandlung und verursacht einen erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden.

Die Gründe für ein non-compliant Verhalten müssen in der Arzt-Patient-Beziehung gesucht werden. Der Term „Arzt-Patient-Beziehung“ fordert von Arzt und Patient einen kommunikativen Konsens ihrer konkurrierenden Zielvorstellungen (Stone 1978). Ärzte bieten personenbezogene professionelle Dienstleistungen an. Der Personenbezug impliziert, daß sie auf die Kooperationsbereitschaft ihrer Patienten angewiesen sind. Diese Bereitschaft gilt als Bestandteil ihrer modernen Krankenrolle (Parsons 1968). Dennoch ist sie nicht selbstverständlich. Die Professionalität der Ärzte steckt einen Rahmen ab, der die Kooperation mit den Patienten motivieren soll, nicht selten aber demotivierend wirkt (Haubl 1994). Vom Patienten wird erwartet, daß er den Arzt vorbehaltlos als Autorität in Sachen Krankheit, Diagnose und Therapie anerkennt. Dieser Erwartung steht allerdings das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht des Patienten entgegen, das ihm eine eigenverantwortliche Entscheidung darüber zuspricht, welchen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen er sich aussetzen will und welchen nicht (Narr 1987). Der Arzt darf nichts ohne Einverständnis des Patienten tun, obwohl dieser, professionell betrachtet, über keine hinreichende Entscheidungsgrundlage verfügt. Folglich muß er ihm entscheidungsrelevante Informationen zur Verfügung stellen. Da die Beurteilungskompetenz von Laien für Experteninformationen sehr schnell an Grenzen stößt, zumal dann, wenn rasches Handeln geboten ist, kommt der Patient nicht umhin, seine Entscheidung weitgehend nach Vertrauen (Luhmann 1968) zu treffen.

Neben gegenseitigem Vertrauen haben noch andere Randbedingungen Einfluß auf das Arbeitsbündnis. So hängt (non-) compliantes Handeln immer auch vom sozialen Umfeld, in dem sich der Patient bewegt, ab (Oakes et al. 1970).

In Anlehnung an die theoretischen Ausführungen lassen sich nun Gründe suchen, die erklären, warum die Gruppe der 51- bis 60-jährigen ein weniger compliant Verhalten zeigt. Eine mögliche Ursache ist die iatrogene Überforderung und Überrumpelung der Patienten durch die Therapie. Mit steigendem Alter nimmt die Anzahl an therapiepflichtigen Erkrankungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II) zu. Viele Patienten können sich umfangreiche ärztliche Anordnungen nicht merken. Aus Angst, bei der Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten einen Fehler zu begehen, nehmen sie die Präparate nicht ein. Die landläufige Meinung, daß zu viele Tabletten der Gesundheit schaden, gibt vielen die Legitimation für ein non-compliant Verhalten bei der Medikamenteneinnahme.

Unter Reaktanz versteht man die Trotzreaktion, die als vernünftig erkannten Ratschläge nicht zu befolgen, da man sich in seiner Entscheidungsfreiheit eingeschränkt fühlt. Es ist notwendig, einen gemeinsamen Konsens über die konkurrierenden Vorstellungen von Arzt und Patient zu finden. Kommt kein Arbeitsbündnis zustande, werden eine Reihe von Gründen (Scheingründe) entwickelt, derentwegen man die Ratschläge oder Therapiestrategien nicht befolgen kann. Hinzu kommt, daß jede Therapie auch Nebenwirkungen hat, über die der Patient aufgeklärt werden muß. Ist der Patient auf Veränderungen der Befindlichkeit nicht vorbereitet, kann es schnell zu einer Bestätigung der vorgefaßten Meinung über die Sinnlosigkeit der Therapie kommen, und das kann ein selbständiges Absetzen der Behandlung begünstigen. Vielleicht könnte eine ausführlichere und intensivere Beratung der Patienten zu einer Steigerung der Compliance in dieser Altersgruppe führen.

Eine weitere Ursache für die Abnahme der Compliance in der Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen könnte in einer Verringerung des Vertrauens der Patienten zum Arzt gesehen werden. Die Praxis wird von zwei „jungen“ Ärztinnen geführt, die objektiv betrachtet sehr kompetent sind. Bei den älteren Patienten könnten aber historisch gewachsene Vorurteile gegen Frauen im Arztberuf noch immer eine Rolle spielen. Solche Vorurteile müssen nicht bewußt wahrgenommen oder verbal geäußert werden, dennoch wirken sie im Unterbewußtsein vieler Menschen und können sich in einem non-compliant Verhalten ausdrücken.

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, mit Ärzten bzw. Therapien schlechte Erfahrungen gesammelt zu haben. Einige Patienten berichteten, schon bei anderen Hausärzten in Behandlung gewesen zu sein. Die dort durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beschrieben sie als ungenügend. So nehmen vor allem die jüngeren Patienten dieser Praxis häufig auch größere Entfernungen zu ihrem Arzt in Kauf. Gerade chronisch-degenerative Erkrankungen oder vegetativ-unspezifische Beschwerden (z.B. Klimakterium), die in der Gruppe der 51- bis 60-jährigen stärker vertreten sind, verlangen dem Arzt ein erhöhtes Feingefühl in der Führung der Patienten ab. Persistierende und behandlungsresistente Beeinträchtigungen können zu einer gewissen Resignation und einer Therapiemüdigkeit führen, die ihren Ausdruck in einer Verringerung der Compliance finden kann.

Der Rückgang der Compliance und des Vertrauens zum behandelnden Arzt muß als dysfunktional und als der Krankheitsbewältigung abträglich eingeschätzt werden. Zu reifer Bewältigung werden problemlösende Bewältigungsstrategien, die Suche nach instrumenteller Unterstützung und aktives Handeln gezählt. Die Abwendung vom behandelnden Arzt beinhaltet passiv-resignative Tendenzen, die der Problemangriffnahme nicht dienlich sind. Die Gründe für ein solches Verhalten sind sowohl beim Patienten als auch beim Arzt zu suchen. Eine Intensivierung der Arzt-Patient-Beziehung und die Einigung auf einen gemeinsam getragenen Konsens bei der Behandlung könnten zu einer Verbesserung der Compliance und des Arztvertrauens führen.

## **5.3 Ergebnisinterpretation der subjektiven Bedingungen**

### **5.3.1 Interpretation der Unterschiede in den Selbstkonzeptskalen**

Deusinger (1986) geht davon aus, daß psychisch gesunde Individuen dazu neigen, günstige oder positive, daher mit sozial erwünschten Merkmalen gekennzeichnete Selbstkonzepte zu entwickeln und zu erhalten. Der Grund dafür wird darin gesehen, daß das Individuum um so mehr positive emotionale Zuwendung und soziale Anerkennung aus der Umwelt erreicht, je häufiger es sich sozial erwünscht verhält. Benutzt ein Mensch hingegen negative, d.h. mit sozial wenig erwünschten Merkmalen beschriebene Selbstkonzepte, so spricht man von psychischer Instabilität. Diese geht einher mit emotionaler Labilität, erhöhter Irritierbarkeit und Ängstlichkeit. Positive Selbstkonzepte, d.h. Selbstbeschreibungen mit sozial erwünschten Merkmalen, weisen auf psychische Stärke (Ich-Stärke) und auf psychische Stabilität der Person hin. Es gilt, je positiver die Selbstkonzepte, daher je mehr sozial erwünschte Merkmale mit der eigenen Person verbunden werden, um so ausgeprägter erscheint die psychische Stärke des Individuums.

Psychische Stärke oder Ich-Stärke wird hier als Fähigkeit der Steuerung oder Anpassung des Individuums verstanden, unter Umständen konkurrierende Triebe und Bedürfnisse der eigenen Person, eigene Wünsche, Vorstellungen und Gedanken gegenüber den Bedingungen der Umwelt zu vertreten, zu regeln, diesen Bedingungen der Umwelt anzupassen oder auch gegen diese Bedingungen durchzusetzen.

Zur Interpretation der gefundenen Unterschiede ist auch die Klärung der Zentralität der Selbstkonzepte nötig. Unter Zentralität wird der Grad der Assoziation eines Selbstkonzeptes mit allen anderen Selbstkonzepten des Systems verstanden. Ein Selbstkonzept ist um so zentraler, je besser die relative Position des Probanden in der Ausprägung der übrigen differenzierten Selbstkonzepte aus der Kenntnis des einen Selbstkonzeptes vorhergesagt werden kann und je höher das Selbstkonzept mit einem Gesamtkonzept korreliert, das aus allen übrigen differenzierten Selbstkonzepten gebildet wird. Als die

zentralsten Selbstkonzepte gelten das Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit, das Selbstkonzept der Problembewältigung, das Selbstkonzept zum eigenen Selbstwert und das Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit. Es zeigte sich, daß arbeitslose Patienten sich in diesen zentralen Selbstkonzepten von berufstätigen Patienten signifikant unterscheiden.

Die Mittelwerte der arbeitslosen und berufstätigen Patienten divergieren in sieben von insgesamt zehn verschiedenen Selbstkonzepten signifikant. Diese Skalen sind im einzelnen: Allgemeine Leistungsfähigkeit, Problembewältigung, Verhaltens- u. Entscheidungssicherheit, Selbstwertschätzung, Soziale Kontakt- u. Umgangsfähigkeit, Irritierbarkeit durch andere und Gefühle u. Beziehungen zu anderen.

Im Testmanual (Deusinger 1986) wird für jede einzelne Skala ein Summenwert angegeben, nach dem bestimmt werden kann, ob das Selbstkonzept des Probanden eher positiv oder eher negativ ausgeprägt ist. Alle ermittelten Summenmittelwerte beider Gruppen sind in den zehn Selbstkonzeptskalen als positiv zu bewerten. Dennoch liegen die Mittelwerte der arbeitslosen Patienten in allen Skalen unter denen der berufstätigen Patienten (siehe Abb. 10, S. 32) und sind somit als negativer einzustufen. Patienten ohne Arbeit tendieren trotz guter Mittelwerte zu einer negativeren Selbsteinschätzung. Der Einfluß der Arbeitslosigkeit auf die Selbstkonzepte wird für die Skalen diskutiert, bei denen signifikante Unterschiede gefunden wurden.

#### *Allgemeine Leistungsfähigkeit*

Arbeitslose Patienten schätzen sich in ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit signifikant schlechter ein als berufstätige Patienten.

Das Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit umfaßt Auffassungen zu eigenen Leistungen, zu Erfolg und Mißerfolg, Überlegungen dahingehend, ob man belastbar ist oder nicht und ob man ein Versager ist bzw. Angst zu versagen hat. Der Proband wird gefragt, ob er genauso leistungsfähig und intelligent ist wie andere. Es findet also eine Bewertung gegenüber einer Bezugspopulation statt. Im Rahmen des sozialen Vergleichs ist es möglich, daß arbeitslose Patienten sich nicht nur mit anderen arbeitslosen Patienten, sondern auch mit ihrem sozialen Umfeld vergleichen (Freunde, Bekannte, Nachbarn). In der Mehrzahl der Fälle werden diese Personen arbeitstätig sein. Im Vergleich werden Arbeitslose dann ihre Leistungsfähigkeit niedriger bewerten. Auch berufstätige Patienten werden sich mit ihrem sozialen Umfeld vergleichen und keine Unterschiede zu ihrer Vergleichsgruppe feststellen können. Arbeitslosigkeit führt dazu, daß die Betroffenen sich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sehen. Zempel und Frese (1997) beschreiben in ihrer Untersuchung den zeitlichen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten. Je länger die Arbeitslosigkeit anhielt, um so größer war der Verlust an Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit.

Das Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit gehört zu den zentralen Selbstkonzepten. Es wird von einer Wechselwirkung von Zentralität und Intensität ausgegangen, d.h. je zentraler das Selbstkonzept ist, um so ausgeprägter ist die Intensität der Einstellungen, die den betreffenden Bereich des Selbst umfassen. Außerdem ist die Ich-Beteiligung um so ausgeprägter, je zentraler das Selbstkonzept ist. Für die gefundenen Ergebnisse bedeutet dies, daß die Vorstellung, weniger leistungsfähig und weniger belastbar zu sein, bei arbeitslosen Patienten stark und tief im Ich verwurzelt ist. Dieses bedeutsame Abweichen des Selbstbildes kann eine psychische Symptomatik initiieren, vor allem dann, wenn dies für einen längeren Zeitraum zutrifft (Zempel und Frese 1997).

### *Problembewältigung*

Arbeitslose Patienten zeigen in dieser Studie eine signifikant niedrigere Fähigkeit zur Problembewältigung als berufstätige Patienten.

Mit dem Selbstkonzept der Problembewältigung werden Einstellungen des Individuums zur eigenen Fähigkeit umschrieben, Probleme oder Schwierigkeiten des Alltags selbständig zu regeln. Es wird die Einschätzung des eigenen Durchhaltevermögens in problematischen Situationen durch den Patienten gekennzeichnet. Dabei erfaßt das Selbstkonzept der Problembewältigung, wie der Proband zur Zeit mit seinem Leben zurechtkommt, bisher zurechtgekommen ist und in Zukunft zurecht kommen wird. Dadurch werden Fragen zur Lebenszuversicht und Lebensangst mit in die Skala eingeschlossen. Das Selbstkonzept der eigenen Problembewältigung steht in enger Beziehung zu den Selbstkonzepten der Leistungsfähigkeit und der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit. In dieser Untersuchung konnte dieser Zusammenhang bestätigt werden. Der gefundene Unterschied in diesem Selbstkonzept impliziert, daß sich arbeitslose Patienten weniger in der Lage fühlen, ihre Probleme selbständig zu lösen und weniger zuversichtlich in die Zukunft blicken als berufstätige Patienten. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Erkenntnis aus dem Fragebogen „Allgemeine Fragen“, der auch die Zukunftsaussichten der Patienten erfragt.

Einen möglichen Grund, warum arbeitslose Patienten glauben, ihre Probleme schlechter lösen zu können als berufstätige Patienten, sieht Kieselbach (1993) im Fehlen von Erfahrungen und Antizipationsmöglichkeiten im Umgang mit der Arbeitslosigkeit. Patienten ohne Arbeit müssen zusätzlich zu ihrer Krankheit Probleme, die mit der Arbeitslosigkeit einhergehen, bewältigen. In der ehemaligen DDR gab es keine historischen Erfahrungen und deshalb auch keine soziale oder individuelle adäquate Antizipation der zu erwartenden Massenarbeitslosigkeit. Individuelle und soziale Reaktionen können sich deshalb nicht an persönliche Lebenserfahrungen oder kollektive Formen der Bewältigung anlehnen. Die permanente Arbeitslosigkeit muß den Betroffenen irgendwann das Gefühl vermitteln, einen Fehler bei der Arbeitssuche zu begehen bzw. das Problem, einen Job zu finden, falsch anzupacken. Aus diesem Grund ist es auch nicht verwunderlich, daß viele Arbeitslose und vor allem

Langzeitarbeitslose ihre Zukunft schlechter bewerten als Arbeitnehmer. Kieselbachs (ebenda) Erklärungsversuch trifft eher auf die älteren Arbeitslosen zu, die während des größten Teils ihrer beruflichen Karriere (in der DDR) nicht von Arbeitsplatzunsicherheit betroffen waren. Für die jüngeren Arbeitslosen stellt die Arbeitslosigkeit ein stressreiches Ereignis dar, das auf die persönliche und partnerschaftliche Entwicklung einwirkt (Schneewind und Schmidt 1999). Wichtige persönliche Ziele wie die Gründung einer Familie können durch die berufliche Unsicherheit und die damit verbundenen finanziellen Probleme möglicherweise nicht erreicht werden. Hess & Handel (1959) und Kantor & Lehr (1975) messen dem System Familie, das durch Interaktion und Kommunikation dem einzelnen Familienmitglied Handlungskompetenzen und Problembewältigungsstrategien vermittelt, eine zentrale Bedeutung bei der persönlichen Entwicklung bei. Die in der familiären Interaktion erschließbaren Beziehungsmuster, wie das Ausmaß an Nähe und Distanz, die Festlegung von Hierarchien, die Ausübung von Macht bzw. Kontrolle, die Handhabung von Problemen und die Regelung von Konflikten (Schneewind 1995) beeinflussen auch das Agieren außerhalb der Familie. Ein Mangel an solchen Erfahrungen kann ein möglicher Grund für eine eingeschränkte Problembewältigung gerade jüngerer arbeitsloser Patienten sein.

#### *Verhaltens- u. Entscheidungssicherheit*

Arbeitslose Patienten zeigen in dieser Untersuchung eine signifikant niedrigere Verhaltens- u. Entscheidungssicherheit als berufstätige Patienten.

Mit dem Selbstkonzept der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit werden die Einstellungen des Individuums zur eigenen Person umschrieben, die sich auf die Gefühle der persönlichen Sicherheit oder Unsicherheit bei der Bewertung eigenen Verhaltens beziehen. Außerdem wird auf Gefühle der Sicherheit in Situationen der individuellen Entscheidung für bestimmte Maßnahmen des Alltags und auf Entscheidungen für eventuelle Alternativen eingegangen. Das Selbstkonzept der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit ist eng assoziiert mit dem Selbstkonzept der Leistungsfähigkeit und mit dem Selbstkonzept der Selbstwertschätzung. Arbeitslose Patienten unterschieden sich in dieser Studie in diesen beiden Selbstkonzepten wie vorhergesagt auch signifikant von den berufstätigen Patienten.

Der gefundene Unterschied zeigt, daß sich arbeitslose Patienten in der Beurteilung und Bewertung eigenen Verhaltens und eigener Entscheidungen als weniger sicher empfinden. Sie erleben sich in Gruppen oder gegenüber angesehenen Personen als ängstlicher und können eigene Vorstellungen, Meinungen und Äußerungen weniger gut darlegen.

Ein Grund für das Gefühl, in Gruppen weniger Gewicht zu haben oder für die Schwierigkeit, seine Meinung öffentlich zu sagen, kann in einer gesellschaftlichen Delegitimation von Arbeitslosen gesehen werden. Delegitimation als sozialpsychologisches Konzept wird hier verstanden als ein Ansatz, eine soziale Gruppe negativ darzustellen, um sie damit sozial zu entwerten. In der Tat haben Arbeitslose

keine Lobby in Deutschland, auch dann nicht, wenn der Bundeskanzler die Schaffung von neuen Arbeitsplätzen zum wiederholten Male zur Chefsache erklärt hat. Sie stehen oft in Verdacht, ihre Arbeitslosigkeit selbst verschuldet zu haben. Die häufigsten Schuldzuweisungen bestehen z.B. darin, daß Arbeitsunwilligkeit, eine geringere Bereitschaft zur Weiterqualifikation und überhöhte Forderungen an den Arbeitsmarkt unterstellt werden. So werden die Opfer des Arbeitsmarktes zu den Tätern ihres eigenen Schicksals abgestempelt. Ihnen wird die Grundlage entzogen, um kollektiv politisch für die Verbesserung ihrer eigenen Lage einzutreten. Bei vielen langfristig oder dauerhaft von Arbeitslosigkeit Betroffenen löst dies Passivität, Demoralisierung und Selbstzerstörung aus (Kieselbach 1987).

### *Selbstwertschätzung*

Arbeitslose Patienten zeichnen sich in dieser Untersuchung durch eine signifikant geringere allgemeine Selbstwertschätzung aus als berufstätige Patienten.

Unter dem Selbstkonzept der allgemeinen Selbstwertschätzung subsumiert ein Individuum Einstellungen, die sich auf Selbstachtung, auf Gefühle der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der eigenen Person und Kognitionen von Nützlichkeit beziehen. Auch der erlebte soziale Rang und soziale Status der Person gehen in die Selbstwertüberlegungen mit ein.

Das Selbstkonzept der allgemeine Selbstwertschätzung gehört, wie eingangs erwähnt, zu den zentralen Selbstkonzepten. Das Selbstwertkonzept ist tief im Ich verwurzelt, woraus sich eine Vorhersage anderer Selbstkonzepte ableiten läßt. Laut Deusinger (1986) ist das Selbstkonzept der allgemeinen Selbstwertschätzung stark assoziiert mit den Selbstkonzepten der Leistungsfähigkeit, der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit und der Irritierbarkeit durch andere. Tatsächlich ließ sich diese a-priori Annahme in dieser Untersuchung bestätigen. Die arbeitslosen Patienten schnitten in all diesen Selbstkonzepten signifikant schlechter ab. Die Tatsache, daß Arbeitslose ihre Fähigkeit, Probleme und Schwierigkeiten des Lebens zu meistern, negativer beurteilten und ihre Möglichkeiten, wichtige Entscheidungen ohne Hilfe zu treffen, bzw. dies schnell und sicher zu tun, geringer einschätzten, führte dazu, daß sie ihren Selbstwert niedriger bewerteten. Das Ergebnis bedeutet weiterhin, daß arbeitslose Patienten eher jemandem aus dem Wege gehen, wenn sie den Eindruck haben, er sei ihnen geistig überlegen. Sie werden auch öfter daran zweifeln, daß man ihre Meinung ernst nimmt. Im Sozialkontakt wird sich ein Unterlegenheitsgefühl gegenüber berufstätigen Freunden bemerkbar machen. Bartley (1994) sieht bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit vier wesentliche Transformationsglieder. Eines davon ist die soziale Isolation und der Verlust des Selbstwertes. Auch Winter (1982) weist in seiner Studie vor allem auf bedeutsame Unterschiede im Selbstwertgefühl zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Jugendlichen hin.



Kieselbach (1993) sieht als Gründe für die Verringerung des Selbstwertgefühls, der Zunahme depressiver Verstimmungen und einer erhöhten Ängstlichkeit die zunehmende Atmosphäre der Demoralisierung und Anomie in weiten Teilen der Öffentlichkeit in den neuen Bundesländern. Für ihn führt nicht nur das hohe Niveau der Arbeitslosigkeit, sondern auch die völlige ideologische Demontage positiver sozialer Errungenschaften der DDR zu einer Verschärfung demoralisierender Effekte.

Für Jahoda (1975, Jahoda et al. 1979) stellt die Arbeit die wichtigste Verknüpfung mit der Realität dar. Arbeitstätigkeit beinhaltet für sie u.a. die Verfolgung von gemeinsamen Zielen, welche über die unmittelbaren individuellen Ziele hinausgehen und ist verknüpft mit einem sozialen Status, welcher Berufsprestige mit dem zentralen gesellschaftlichen Bewertungssystem - nämlich Geld - verbindet. Engagement bei der Arbeit führt zu Anerkennung beim Chef und den Kollegen. Daher hat regelmäßige Erwerbsarbeit einen positiven Einfluß auf den Selbstwert einer Person. Arbeitslosen fehlt diese positive Verstärkerfunktion der Arbeit. Dies ist ein möglicher Grund für den geringeren Selbstwert arbeitsloser Patienten in dieser Untersuchung.

Die Zentralität des Selbstkonzepts und der gefundene Zusammenhang zur psychischen Gesundheit machen das Selbstkonzept der Selbstwertschätzung zu einem wichtigen Ansatzpunkt in der Prävention der Folgen von Arbeitslosigkeit.

#### *Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit*

Arbeitslose Patienten zeigen in dieser Studie eine signifikant niedrigere Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit als berufstätige Patienten.

Unter dem Selbstkonzept der Sozialen Kontakt- und Umgangsfähigkeit werden die Kognitionen, Emotionen und Einstellungen einer Person verstanden, die den Aspekt der Fähigkeit und Sicherheit in einer Kontaktaufnahme mit anderen Personen im Sinne des Anknüpfens oder Fortführens von Gesprächen und des Bekanntmachens betreffen. Unter diese Rubrik fällt auch die Fähigkeit und Sicherheit, in der sozialen Umwelt den Umgang mit Geselligkeit und wechselseitigen Beziehungen zu regeln. Arbeitslose Patienten empfinden sich als scheuer, ängstlicher und unsicherer im Umgang mit anderen Personen. Den berufstätigen Patienten wird hingegen ein geschickteres, sichereres und ungezwungeneres Verhalten im Sozialkontakt bescheinigt. In der Studie von Laubach et al. (1999) zeigte es sich, daß die Arbeitslosen im Vergleich zu den Beschäftigten in der Beurteilung ihres Selbstkonzepts eine geringere soziale Resonanz in ihrem Umfeld wahrnahmen, daß sie sich in ihren Beziehungen als weniger dominant wahrnahmen und daß sie sich als unterkontrollierter und depressiver beschrieben.

Die Gründe, warum sich arbeitslose Patienten als scheuer, ängstlicher und unsicherer im Umgang mit anderen Personen empfinden, müssen sicher vielschichtig betrachtet werden. Zum einen spielt die unter Verhaltens- und Entscheidungssicherheit schon erwähnte gesellschaftliche Delegitimation und

„blaming the victim“ - Tendenz von Arbeitslosen eine bedeutende Rolle. Personen, die im Selbstkonzept der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit niedrige Werte aufweisen, haben auch eine geringere Ausprägung im Selbstkonzept der Sozialen Kontakt- und Umgangsfähigkeit. Zum anderen führen die materielle Belastung, die Zerstörung der Zeitstruktur, das Fehlen von kollektiven Zielen, der Aktivitäts- und Interessenverlust und die relative soziale Isolation (Jahoda et al. 1979) zu einer Reduktion von sozialen Kontakten und zu einer Änderung des Kontaktverhaltens. Solche Tendenzen konnten auch in dieser Studie aufgezeigt werden (siehe 5.4.2). Die tägliche Interaktion und das Auseinandersetzen mit anderen Personen entfällt zu einem großen Prozentsatz und findet nur noch innerhalb des engeren sozialen Netzwerkes statt. Ursachen dafür sind die Reduktion potentieller Gelegenheiten, mit anderen in Kontakt zu treten (z.B. Arbeitskollegen) und der selbst verursachte Rückzug aus sozialen Beziehungen (siehe 5.4.2).

Das Selbstkonzept der Sozialen Kontakt- und Umgangsfähigkeit gehört auch zu den zentralen Selbstkonzepten und unterstreicht damit die Bedeutung des gefundenen Unterschiedes.

#### *Irritierbarkeit durch andere*

Arbeitslose Patienten zeigen in dieser Untersuchung eine signifikant höhere Irritierbarkeit durch andere als berufstätige Patienten.

Mit dem Selbstkonzept Irritierbarkeit durch andere werden Einstellungen zur Person umschrieben, die sich auf den vom Individuum wahrgenommenen Einfluß anderer auf die eigene Person beziehen. Außerdem wird der Einfluß, den diese anderen auf die eigenen Vorstellungen, Emotionen und auf das Verhalten des Individuums ausüben, beschrieben. Die Auffassungen des Individuums darüber, für wie ernst andere seine Meinung nehmen, wie wichtig es dem Individuum selbst ist, bei anderen einen guten Eindruck zu machen, anderen sympathisch zu sein, wie sehr es sich als verschieden von anderen empfindet und sich dadurch verunsichert sieht, wie weit es sich durch andere, die ihm geistig überlegen sind, gestört fühlt und diesen aus dem Wege geht, werden geschildert.

Arbeitslose Patienten glauben, Unterschiede zwischen ihrem Auftreten und dem von anderen Menschen zu sehen und sind dadurch auch stärker verunsichert. Sie befürchten, einen schlechteren Eindruck als andere zu hinterlassen und unsympathischer zu sein. Dieses Selbstkonzept ist eng assoziiert mit dem Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes. Personen, die sich als weniger wert empfinden, sind leichter durch „wertvollere“ Menschen zu irritieren.

Die mögliche Begründung für das geringere Selbstwertgefühl und die daraus resultierende Irritierbarkeit durch andere läßt sich durch die von Kieselbach (1993) aufgeführten Stichworte beschreiben: Bagatellisierung, Individualisierung und Stigmatisierung. Das wahre Ausmaß der Arbeitslosigkeit wird heruntergespielt oder durch Statistiken schön gerechnet. Dies führt bei den Betroffenen zu dem Gefühl, einer kleinen Gruppe anzugehören, die „irgend etwas“ falsch macht oder

sich zu ungeschickt anstellt bei der Arbeitsuche. Dies führt zu einer Individualisierung der Problematik und verschärft die Abgrenzung zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen. Arbeitslose sind irritiert durch die, die es geschafft haben, einen Job zu finden, weil sie keinen Unterschied zu sich selbst sehen können, da dieser nicht existiert (jedenfalls nicht zu Beginn der Arbeitslosigkeit). Somit erfolgt eine Stigmatisierung und Etikettierung der Arbeitslosen als „Versager in der sozialen Hängematte“. Dieser Umgang mit Arbeitslosen erfolgt nicht immer bewußt oder verbal, wird aber im Verlauf der Arbeitslosigkeit in der Zunahme der psychosozialen Probleme deutlich.

### *Gefühle und Beziehungen zu anderen*

Arbeitslose Patienten zeichnen sich in dieser Studie durch signifikant schlechtere (niedrigere) Mittelwerte im Selbstkonzept Gefühle und Beziehungen zu anderen aus als berufstätige Patienten.

Mit dem Selbstkonzept über eigene Gefühle und Beziehungen zu anderen werden die Auffassungen, Überlegungen und Emotionen des Individuums gegenüber Personen seiner Umwelt beschrieben. Die Skala beinhaltet Aspekte des gegenseitigen Vertrauens, der Sexualität und Liebe, der Unterlegenheit gegenüber Freunden und der Schwierigkeit, begangene Fehler zugeben zu können. Das Selbstkonzept Gefühle und Beziehungen zu anderen steht in engem Zusammenhang mit dem Selbstkonzept Irritierbarkeit durch andere. Deusinger (1986) geht davon aus, daß die erlebten Gefühle und Beziehungen des Individuums zu anderen die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens gegenüber anderen beeinflußt. Das Individuum wird sich als um so irritierbarer erleben, je mehr es sich wünscht, vertrauenswürdiger für andere zu sein, wie auch selbst mehr Vertrauen zu anderen haben zu können. Es wird sich um so irritierbarer erleben, je mehr es sich seinen Freunden unterlegen fühlt und je schwerer es ihm fällt, eigene Fehler zuzugeben. Demnach wünschen sich arbeitslose Patienten stärker, vertrauenswürdiger für andere zu erscheinen und denen auch mehr Vertrauen entgegenbringen zu können, fühlen sich ihren Freunden eher unterlegen und hätten gern die Kraft, ihre Fehler häufiger einzugestehen. Auch Bilden (1984) konnte in ihrer Untersuchung an jungen Frauen zeigen, daß nach dem Übertritt in die Arbeitslosigkeit Konflikte sich verschärften und spezifische Probleme in den Beziehungen der arbeitslosen Frauen, besonders zur Familie und zum Freund auftraten. Bleich und Witte (1992) fanden Hinweise auf eine Verringerung der Anpassungsfähigkeit und des emotionalen Zusammenhaltes von Paaren nach Eintritt der Arbeitslosigkeit des Mannes.

Die Gründe für eine Veränderung der Gefühle und Einstellungen zu anderen nach dem Verlust der Arbeit wurden schon bei den Selbstkonzepten Selbstwert, Soziale Kontakt- u. Umgangsfähigkeit und Irritierbarkeit durch andere erläutert. Als Stichworte müssen an dieser Stelle Delegitimierung der Arbeitslosen durch die Gesellschaft, „blaming-the-victim“-Strategien, Bagatellisierung der Arbeitsmarktlage, Individualisierung der Arbeitslosigkeit und Stigmatisierung von Personen ohne Arbeit genannt werden. Eine weitere Ursache für die gefundenen Veränderungen in diesem

Selbstkonzept ist in der durch die Arbeitslosigkeit bedingten Verringerung sozialer Aktivitäten und in der Zunahme negativer Selbstkommunikation zu sehen (Grimm 1990). Kommunikation muß trainiert werden. Der Rückzug in das engere soziale Umfeld führt zu einer Reduktion potentieller Gesprächspartner. Damit sinkt auch die Möglichkeit, mit verschiedenen Menschen über unterschiedliche Themen ins Gespräch zu kommen. Der Verlust kommunikativer Fähigkeiten kann von Außenstehenden als Desinteresse an sozialen Beziehungen fehlinterpretiert werden. Dies könnte ein Grund sein, warum sich arbeitslose Patienten in dieser Studie ihren Freunden unterlegener fühlten.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß arbeitslose Patienten sich in dieser Untersuchung signifikant in ihren Selbstkonzepten von den berufstätigen Patienten unterscheiden. Dies sind vor allem die zentralen Konzepte des Selbstwertes, der Leistungsfähigkeit und der sozialen Kontaktfähigkeit. Aus ihnen lassen sich die anderen gefundenen Unterschiede ableiten. Die Ergebnisse für diese Stichprobe lassen kaum Zweifel daran, daß Arbeitslosigkeit zu einer Verschlechterung des Selbstbildes bei den arbeitslosen Patienten geführt hat, welches hier als Indikator für die psychischen Folgen von Bewältigung dient. Die Mittelwerte der Patienten ohne Arbeit liegen zwar jeweils noch im positiven Bereich der Skala, dennoch sind die gefundenen Unterschiede erheblich. Es ist wahrscheinlich, daß eine schlechtere psychische Gesundheit den Prozeß der Krankheitsbewältigung negativ beeinflusst.

## **5.4 Ergebnisinterpretation der sozialen Bedingungen**

### **5.4.1 Interpretation der Unterschiede beim Einkommen**

Die Untersuchung der Stichprobe ergab, daß sich die mittleren Einkommen von arbeitslosen und berufstätigen Patienten signifikant unterscheiden. So war ein monatliches Nettohaushaltseinkommen von 4000 bis 5000 DM bei den Probanden mit Arbeit und ein deutlich geringeres Einkommen von 1800 bis 2200 DM in Haushalten arbeitsloser Probanden zu verzeichnen.

Ein zentrales Ergebnis der Arbeitslosenforschung besteht darin, daß das Ausmaß an finanziellen Problemen in der Arbeitslosigkeit die psychosozialen Folgen wesentlich bestimmt (Brinkmann 1984, Ronayne et al. 1989). Bei der Suche nach Moderatoren für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischen bzw. psychosomatischen Störungen hat sich die finanzielle Situation als spezifischer täglicher Stressor am besten bestätigen lassen. Die gefundenen Ergebnisse des Streß-Entspannungs-Tests unterstreichen diese Aussage (siehe 5.5.2). Arbeitslose Patienten konnten sich wesentlich schlechter entspannen, als dies berufstätige Patienten konnten. Nach Frese (1985) entwickeln demnach Arbeitslose mit mehr finanziellen Problemen auch mehr psychische Probleme. Arbeitslosigkeit manifestierte sich um so eher als persönliche Katastrophe, je länger der Betroffene ohne Arbeit war, je

geringer die finanziellen Ressourcen waren und je fatalistischer die Grundhaltung war (Kirchler und Kirchler 1989).

Einen weiteren Punkt, den es zu bedenken gilt, wenn man über die Folgen eines verringerten Einkommens nachdenkt, ist die Existenzbedrohung. Bei verheirateten Arbeitslosen kann der Wegfall eines gewissen Anteils des Einkommens durch den Partner noch kompensiert werden. Bei Alleinstehenden ist dies nicht der Fall. Der Verlust der Arbeit kann für sie unter Umständen abrupt mit dem Umzug in eine billigere Wohnung, mit der Aufgabe geliebter Hobbies und mit Einschränkungen bei der täglichen Ernährung einhergehen. Aus diesem Grund müssen sie flexibler sein in der Jobsuche und sind gezwungen, auch Tätigkeiten mit schlechterer Bezahlung anzunehmen. Diesen Trend konnte Liljeberg (1993) in seiner Studie an Ost-Berliner Arbeitslosen beobachten. Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit und steigendem Alter waren die Befragten mit weniger Verdienst zufrieden, um dafür einen Arbeitsplatz zu bekommen. Dieses Forschungsergebnis korreliert eindeutig mit der zeitlichen Abfolge und Reduktion der üblichen staatlichen Unterstützungen. Eine Studie des Europarates fand heraus, daß unter dem Streß der Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen Existenzbedrohung Arbeitssicherheitsaspekte bei der Arbeitsplatzwahl in den Hintergrund rücken und daß Gesundheitsrisiken öfter eingegangen wurden (Council of Europe 1986). Der psychische Druck, unter allen Umständen für den Lebensunterhalt sorgen zu müssen, führte bei den Probanden jener Untersuchung zu einer Vernachlässigung ihrer körperlichen Integrität.

Die geringeren finanziellen Mittel wirken sich auch negativ auf die sozialen Beziehungen aus. Andress et al. (1995) fanden heraus, daß im unteren Einkommensbereich Verwandte, mit denen Kontakt gepflegt wird, eher in der Nähe wohnen, daß die Anzahl der Kontakte mit Freunden und Bekannten geringer ist, daß mehr Personen berichten, daß sie keinen Freund oder Bekannten haben und daß sie dementsprechend aus diesem Kreis auch weniger Hilfen erwarten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Reduktion von finanziellen Mitteln aufgrund der Arbeitslosigkeit sowohl psychische, physische als auch soziale Folgen haben kann. Je höher die materiellen Nöte sind, desto mehr Probleme treten auf und desto mehr Risiken werden eingegangen. Der Trend geht dahin, daß mit steigender Dauer der Arbeitslosigkeit und höherem Alter des Arbeitslosen die Akzeptanz für schlechter bezahlte Jobs steigt. Als problematisch sieht Guggemos (1989) an, daß bei bestimmten sozialen Voraussetzungen eine beginnende Armut die Identifizierung mit kriminellen Verhaltensweisen begünstigen kann.

#### **5.4.2 Interpretation der Unterschiede im sozialen Netzwerk**

##### *Persönlichen Zukunft*

Der statistische Test ergab keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der persönlichen Zukunft zwischen arbeitslosen und berufstätigen Patienten. Beide Gruppen blickten durchschnittlich

optimistisch in ihre Zukunft. Dennoch konnte ein tendenziell pessimistischerer Zukunftsausblick bei den Patienten ohne Arbeit gefunden werden.

Andere Arbeitslosigkeitsstudien fanden markantere Unterschiede im Zukunftskonzept Arbeitsloser (z.B. Dieth 1994 und Diestler 1992). Krämer (1991) stellte fest, daß bei Arbeitslosen eine eher negative allgemeine und eine eher positive persönliche Zukunftsperspektive besteht. Es wird vermutet, daß die arbeitslosen Patienten dieser Studie ihre eigene Zukunft auch eher optimistisch bewertet haben. Der vorsichtige Optimismus vieler Arbeitsloser ist Ausdruck des sich Hineinfügens in eine Gegenwart, zu der viele keinen Gegenentwurf sehen, für den es lohnte, sich zu engagieren. Hoffnung auf die Zukunft hilft, die Härten und Frustrationen der Gegenwart zu ertragen, behindert aber auch eine rationale Auseinandersetzung mit der eigenen Situation. Probleme werden mit Hilfe der Hoffnung auf einen baldigen Aufschwung im Moment vielfach noch eher subjektiv zu entschärfen versucht, anstatt selbst zu handeln (Kasek 1993).

Daß berufsbezogene Zukunftserwartungen in Zusammenhang mit psychischer Belastung stehen, verdeutlicht Wuggening (1979) in seiner Untersuchung. Nachdem er die Indikatoren Angst, Sinnlosigkeit und Ohnmachtsgefühle untersucht hatte, kam er zu dem Schluß, daß berufliche Unsicherheit in der Zukunft zu Verunsicherung, Demoralisierung und psychischer Belastung führt.

Es muß versucht werden, Arbeitslosen eine positive Zukunftsaussicht zu vermitteln, um psychischen Schäden, welche sich unter anderem auch auf die Krankheitsbewältigung auswirken, entgegenzusteuern. Preiser (1984) erkannte, daß eine positive Praktikumserfahrung sowohl berufliche Zukunftserwartungen als auch Kontrollüberzeugungen und Engagementbereitschaft günstig beeinflussen kann. Das Ergebnis dieser Studie zeigt einen möglichen Weg für zukünftige Strategien zur Bekämpfung der negativen Folgen von Arbeitslosigkeit auf.

#### *Auswertung der Items 2.1 bis 2.11 aus dem Fragebogen „Allgemeine Fragen“*

Durch ein stützendes soziales Umfeld können kritische Lebensereignisse leichter bewältigt werden als in einer Situation sozialer Isolation (Cobb 1976). Somit ist ein intaktes soziales Netz für die Bewältigung des täglichen Lebens, besonders aber auch belastender Momente, ein unabdingbarer Faktor.

Die in dieser Untersuchung gefundenen Unterschiede sind bis auf eine Ausnahme („*Manchmal habe ich das Gefühl, daß mich eine große Leere erfaßt*“) nicht signifikant. Dennoch können die gefundenen Differenzen in den Mittelwerten tendenziell ausgewertet und interpretiert werden.

Arbeitslose Patienten fühlten sich, bis auf die Frage nach dem Vorhandensein eines guten Freundes, immer deutlich eingeschränkter in ihren sozialen Beziehungen als berufstätige Patienten. So sehnten sie sich nach einem häufigeren Kontakt zu Familienangehörigen und Verwandten und wünschten sich, mehr Zeit mit ihnen zu verbringen. Weiterhin gaben die Patienten ohne Arbeit vermehrt an, Menschen

zu vermissen, denen sie sich verbunden fühlen, denen sie sich anvertrauen und auf die sie sich verlassen können. Sie befürchteten auch eher, daß ihr Freundeskreis zu klein geraten sei und daß sie folglich auch weniger auf die Freunde zählen könnten. Arbeitslose Patienten beschrieben signifikant öfter das Gefühl, daß sie eine große Leere erfassen würde und tendenziell häufiger, daß sie sich im Stich gelassen fühlen würden, was auf eine depressivere Stimmung schließen läßt. Patienten ohne Arbeit gaben häufiger an, nicht immer jemanden in der Nähe zu haben, mit dem man seine alltäglichen Probleme besprechen kann. Das soziale Netz wird von ihnen weniger oft kontaktiert, und die Intensität der Beziehungen ist geringer.

Es konnte für diese Studie gezeigt werden, daß arbeitslose Patienten subjektiv weniger Unterstützung aus ihrem Umfeld erfahren. Tatsächlich konnte dieser Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und sozialem Netz auch in anderen Untersuchungen nachgewiesen werden. Dauer (1999) fand eine deutliche Einschränkung der Kontakte zu Freunden und Verwandten im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit. Weiterhin beschreibt er, daß aus Scham Beziehungen nicht mehr so intensiv wie vorher gelebt wurden. Auch Kieselbach (1998) belegt, daß mit dem kritischen Lebensereignis Arbeitslosigkeit Erfahrungen der sozialen Isolation, des schamvollen Rückzuges, der Ängstlichkeit und der depressiven Verstimmung verknüpft sind. Diesem real vorgenommenen sozialen Rückzug steht andererseits ein tiefes Bedürfnis nach sozialen Beziehungen gegenüber. In Dauers (1999) Interviews wurden zwar finanzielle Probleme häufiger thematisiert, den sozialen Beziehungen aber eine wesentlich größere Bedeutung für die Bewältigung der eigenen Situation beigemessen. Hier wird die Ambivalenz der Situation deutlich. Arbeitslose ziehen sich zum einen aus Beziehungen zurück, andererseits sehnen sie sich aber nach diesen. McKee (1990) macht deutlich, daß das Empfangen von Hilfen bei Arbeitslosen zur gleichen Zeit positiv und negativ wahrgenommen werden konnte, also zugleich Dankbarkeit und Ärger auslöste oder zugleich den Zusammenhalt stärkte und zu Konflikten führte. Die Dankbarkeit beruht auf dem Grundbedürfnis nach sozialen Kontakten. Der Ärger rührt von dem Gefühl her, sich schämen zu müssen für die eigene Unzulänglichkeit, keinen Job zu finden und von dem Minderwertigkeitsgefühl denen gegenüber, die eine Arbeit haben. In diese Erklärung fügen sich auch die übereinstimmenden Ergebnisse aus der Krankheitsverarbeitung und den Selbstkonzepten. Arbeitslose Patienten unterschieden sich in der Krankheitsbewältigung im Copingstil Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug signifikant von den berufstätigen Patienten. In den Selbstkonzepten Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit, Irritierbarkeit durch andere und Gefühle und Beziehungen zu anderen wiesen arbeitslose Patienten signifikant schlechtere Werte auf.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Arbeitslosigkeit bei den Probanden ohne Arbeit zwar zu keinem statistisch beweisbaren Unterschied im sozialen Kontaktverhalten geführt hat, dennoch Hinweise auf eine Reduktion der Beziehungen und auf eine qualitative Änderung dieser gefunden werden konnten. Strehmel und Degenhardt (1987) zeigen einen Zusammenhang zwischen sozialer

Unterstützung und psychosomatischer Belastung in ihrer Studie auf. Somit kann die Reduktion des sozialen Netzwerks nicht nur zu psychosomatischen Erkrankungen führen, sondern auch die Bewältigung schon vorhandener Krankheiten beeinträchtigen.

## **5.5 Ergebnisinterpretation der physischen Bedingungen**

### **5.5.1 Interpretation der Unterschiede im Rauchverhalten**

Bei der Auswertung der Daten dieser Untersuchung stellte sich heraus, daß die Anzahl der Raucher unter den arbeitslosen Patienten fast dreimal so hoch war wie unter den berufstätigen Patienten. Unter den Berufstätigen befanden sich auch deutlich mehr Probanden, die das Rauchen aufgegeben hatten und nicht weiter ihre Gesundheit schädigten. Die rauchenden arbeitslosen Patienten konsumierten im Durchschnitt drei Zigaretten mehr am Tag als die Patienten mit Arbeit. Dies entspricht einem Mehrkonsum von rund einer Schachtel Zigaretten in der Woche.

Die Gründe für dieses gesundheitsschädigende Verhalten sind durch die Folgen der Arbeitslosigkeit, und durch die Versuche, diese zu kompensieren, zu erklären.

Arbeitslose Patienten sind einem großen psychischen Dauerstreß ausgesetzt. Diese Aussage korreliert mit den Ergebnissen des Streß-Entspannungs-Tests dieser Studie (siehe 5.5.2). Die Belastung durch Arbeitslosigkeit wird von den Patienten mit Tabakkonsum versucht zu bewältigen. Hierbei unterscheiden sie sich sowohl qualitativ als auch quantitativ von den Berufstätigen. Die Tatsache, daß der Versuch unternommen wird, die höhere Streßbelastung durch Tabak zu kompensieren, konnte auch in anderen Untersuchungen gefunden werden (Ritz und Hullmann 1989).

Das riskante Verhalten im Umgang mit Tabak kann als eine instrumentelle Form der Bewältigung der Arbeitslosigkeit angesehen werden. So kann Rauchen häufig die Funktion haben, sich nach Enttäuschungen abzureagieren (Silberreisen 1988). Mißerfolge bei der Arbeitssuche, Verknappung der finanziellen Mittel, Spannungen in der Partnerschaft und Veränderungen im sozialen Netzwerk können als hinreichend schwere Enttäuschungsmomente angesehen werden.

Die Arbeitstätigkeit ist ein entscheidender Faktor in der Aufrechterhaltung des seelischen Gleichgewichts (Hilpert 1982). Fällt dieser entscheidende Faktor für die Stabilisierung der psychischen Gesundheit weg, müssen Wege gefunden werden, dieses Gleichgewicht wiederherzustellen. Das Rauchen kann dabei als gewohnheitsmäßiges Verhalten gesehen werden, das durch Nikotin, mit dessen Hilfe der Raucher seinen seelischen Zustand beeinflussen kann, verfestigt wird (Warburton und Wesnes 1987). Diese Erkenntnis geht mit dem Ergebnis konform, daß wesentlich weniger Arbeitslose aufgehört haben zu rauchen als Berufstätige. Es ist wahrscheinlich, daß ein großer Teil der Patienten ohne Arbeit schon vor der Arbeitslosigkeit geraucht hat. Dieses Verhalten hat sich dann im Laufe der



Arbeitslosigkeit verfestigt. Das Nikotin im Tabakrauch ist demnach eine Droge, mit der bestimmte seelische Spannungszustände gemildert werden können. Arbeitslose scheinen für die Homöostase ihrer psychischen Gesundheit mehr Energie aufwenden zu müssen als berufstätige Patienten. Da die Energieressourcen schneller verbraucht sind, wird ein anderer Weg gesucht - das Rauchen.

Zigaretten können auch eine funktionelle Rolle übernehmen, wie etwa beim Aufbau von neuen sozialen Kontakten (Silberreisen et al. 1986). Das Rauchen kann die erste Gemeinsamkeit zweier Personen sein und den Weg für eine weitere Kommunikation bahnen. Weiterhin stellt das Rauchen eine regelmäßige Tätigkeit dar, mit der man seine Zeit „sinnvoll“ einteilen kann.

Es konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, daß Arbeitslosigkeit einen Einfluß auf den Konsum von Tabak hat. Somit kann das stärkere Rauchen als eine negative gesundheitliche Folge von Arbeitslosigkeit bezeichnet werden. Manila und Lahelma (1985) beschreiben in diesem Zusammenhang einen *Circulus vitiosus*: Es zeigte sich, daß bei bestimmten Teilgruppen der Arbeitslosen deutlich negativere gesundheitliche Folgen der Arbeitslosigkeit vorlagen und daß diese negativen gesundheitlichen Folgen wiederum zur Fortdauer der Arbeitslosigkeit beitrugen. Bei größerer Verweildauer in der Arbeitslosigkeit stieg die Zahl der gesundheitseinschränkenden Faktoren.

Es erscheint also sinnvoll, Tabak-Prävention sowohl in der Arbeitslosigkeit als auch schon davor in der Berufstätigkeit durchzuführen, um den gesundheitlichen Folgen des Rauchens und auch der Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken.

### **5.5.2 Interpretation der Unterschiede im psychophysischen Verhalten im Umgang mit Streß**

Arbeitslose und berufstätige Patienten unterscheiden sich in dieser Studie statistisch signifikant in ihrem psychophysischen Verhalten im Umgang mit Streß. Die Patienten ohne Arbeit konnten mit dem angebotenen Stressor wesentlich schlechter umgehen als die Patienten mit Arbeit. Die Mittelwerte der Gruppen liegen für die arbeitslosen Patienten im mittleren Drittel und für die berufstätigen Patienten im oberen Drittel der Berliner-Streß-Skala. Da es sich in beiden Gruppen um Patienten mit bestehender Erkrankung handelt, war zu erwarten, daß die Ergebnisse sich in der Nähe des mittleren Drittels der BSS ansiedeln würden. Dennoch wird deutlich, daß sich die Gruppen in ihrem Umgang mit Streß wesentlich unterscheiden.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, daß Arbeitslosigkeit als Stressor wirkt, Distreß stimuliert und in Abhängigkeit von der Dauer Krankheiten induziert (z.B. Nat. Acad. of Science 1981), daß mit einem Arbeitsplatzverlust Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit und Erschöpfungszustände verbunden sind (Thomann 1978) und daß der unfreiwillige Entzug von Erwerbsarbeit somatoforme Störungen und psychosomatische Krankheiten verursacht (Frese und Mohr 1987). Cobb (1974) beschreibt Arbeitslosigkeit als eine physiologische Streßreaktion. Der pathogene Effekt von Arbeitslosigkeit

resultiert aus ihrem lebensverändernden Charakter, der bewährte Bewältigungsroutinen zerstört und eine Anpassungsleistung an veränderte Umweltsituationen erzwingt.

Nach Virchow (1869) beginnt die Krankheit in dem Augenblick, wo die regulatorische Einrichtung des Körpers nicht ausreicht, die Störungen zu beseitigen. Nicht das Leben unter abnormen Bedingungen, nicht die Störung als solche erzeugt Krankheit, sondern die Krankheit beginnt mit der Insuffizienz der regulatorischen Apparate. An genau dieser Stelle greift die Methode des Streß-Entspannungstestes (SET) an. Die regulatorischen Systeme des arbeitslosen Patienten werden zum einen von der Krankheit und zum anderen von der Arbeitslosigkeit beansprucht. Nach Virchows Theorie müssen arbeitslose Patienten, da sie in ihrer Regulation eingeschränkter sind, auch mehr gesundheitliche Probleme haben. Die Daten des SET werden als Ausdruck der sympathiko-emotionalen Regulation verstanden (Hecht und Balzer 1999). Patienten ohne Arbeit weisen demnach eine höhere emotionale Belastung auf und haben auf Grund ihrer schlechteren Mittelwerte eine geringere Fähigkeit zur Entspannung, die als wesentlicher Faktor für den effektiven Umgang mit Streß angesehen wird. Damit besteht für arbeitslose Patienten ein höheres Risiko, Konflikte nicht austragen zu können oder mit Tagesstreß nicht zurechtzukommen. Außerdem führt dieser Dauererregungszustand auf Grund der eingeschränkten Fähigkeit zur Entspannung, zu einer vegetativen Dauerirritation, die Funktionsstörungen und Organschäden bedingen kann (Mentzos 1991). Dauer et al. (1992) bestätigten diese Aussage in ihrer Studie zum Gesundheits- und Bewältigungsverhalten Arbeitsloser. Die Hälfte der männlichen und mehr als ein Drittel der weiblichen Arbeitslosen gaben an, psychovegetative Beschwerden zu haben.

Es konnte für diese Untersuchung gezeigt werden, daß Arbeitslosigkeit das psychophysische Befinden beeinträchtigt, welches wiederum in erheblichem Maße somatische Veränderungen bei den Betroffenen hervorrufen kann. Verfahren wie der Streß-Entspannungstest, der ein objektives Instrument zur Diagnostik präorbider Zustände im psychophysischen bzw. psychovegetativen Verhalten darstellt, sollten als Screeningmethode, z.B. bei Arbeitslosen, einen breiteren Einsatz finden.

## **5.6 Fehlerbetrachtung**

In dieser Untersuchung wurden bis auf den SET ausschließlich Selbstbeantwortungsfragebögen verwendet. Das Problem einer solchen Datenerhebung besteht darin, daß der Proband bereit sein muß, seine Vorstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen zur eigenen Person darzulegen. Beim Beantworten der Fragen besteht die Gefahr, daß sich die Teilnehmer an der sozialen Norm orientieren. Die Auswertung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung ergab nur wenig signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. In anderen Untersuchungen konnte diese Beobachtung ebenfalls gefunden werden (Schulze 1998, Meischner-Al-Mousawi et al. 1999). Dies läßt vermuten, daß dieser Fragebogen Unterschiede im Krankheitsbewältigungsverhalten eher unscharf abbildet. In

zukünftigen Studien sollten aus diesem Grund auch andere Inventare Anwendung finden.

Die Rekrutierung der Probanden oblag den Angestellten der Praxis. An dieser Stelle könnte eine mögliche Selektion stattgefunden haben. Generell besteht das Problem bei allen sozialpsychologischen Untersuchungen, daß nur Daten von Probanden erlangt werden können, die solchen Studien offen gegenüber stehen.

Die Testmappe hatte einen großen Umfang. Es ist möglich, daß die Probanden nicht alle Fragebögen hintereinander ausgefüllt haben, so daß eventuell mehrere Tage zwischen den Beantwortungen lagen. In der Zwischenzeit erlebte Begebenheiten könnten so die Antworten unterschiedlich beeinflußt haben. Die Untersuchung war eine punktuelle Datenerfassung. Gerade die Bewertung und Verarbeitung von Krankheit und Arbeitslosigkeit ist ein dynamischer Prozeß, der vielen Einflüssen unterliegt. Zeitreihenstudien erweisen sich zur Erfassung von Bewältigungsstrategien als günstiger.

Die Untersuchung erfaßte nicht die Länge der Krankheit, die Art der Erkrankung und auch nicht die Dauer der Arbeitslosigkeit. Diese Faktoren sind von großer Bedeutung. In der Literatur konnte aber kein eindeutiger Anhalt für einen exakten Zeitpunkt gefunden werden, ab dem Arbeitslosigkeit sich negativ auf die Krankheit und deren Verarbeitung auswirkt. Eine Unterteilung der Stichprobe in verschiedene Erkrankungskategorien hätte eine wesentlich höhere Probandenzahl gefordert, die in dieser Allgemeinarztpraxis nicht realisierbar gewesen wäre.

Die in dieser Untersuchung erarbeiteten Ergebnisse können keine Allgemeingültigkeit für die Bevölkerung beanspruchen, dafür war die Stichprobenrepräsentanz zu gering. Dennoch können die gefundenen Unterschiede zwischen arbeitslosen und berufstätigen Patienten Hinweise für weitere Forschungsansätze geben.

## **6. Zusammenfassung**

Für die individuelle Bewältigung von Arbeitslosigkeit sind gesellschaftliche Erklärungs- und Bewältigungsmechanismen der Massenarbeitslosigkeit von erheblicher Bedeutung. Diese Mechanismen lassen sich auch verstehen als zentrale Determinanten einer sozialen Konstruktion von Arbeitslosigkeit, die dann wiederum die individuellen Bewältigungsformen direkt und indirekt Betroffener wesentlich mitbestimmen (Kieselbach 1988). Sollte Kieselbach mit seiner Aussage Recht haben, werfen die in dieser Untersuchung gefundenen Ergebnisse einen dunklen Schatten auf unsere Gesellschaft.

Es wurde nach Unterschieden bei der Krankheitsbewältigung von arbeitslosen und berufstätigen Patienten einer Allgemeinarztpraxis gesucht. Um die Effektivität der angewendeten Copingstile einzuschätzen, bedarf es geeigneter Effektivitätskriterien. In beiden Gruppen wurden Variablen zum psychischen Wohlbefinden, zur somatischen Gesundheit und zur sozialen Funktionstüchtigkeit erhoben.

Es konnte gezeigt werden, daß die arbeitslosen Patienten in den Selbstkonzepten Allgemeine Leistungsfähigkeit, Problembewältigung, Verhaltens- u. Entscheidungssicherheit, Selbstwertschätzung, Soziale Kontakt- u. Umgangsfähigkeit, Irritierbarkeit durch andere und Gefühle u. Beziehungen zu anderen signifikant schlechtere Werte aufwiesen als die berufstätigen Patienten. Bei diesen Selbstkonzepten, die mit Einstellungen, Gefühlen und Kognitionen zur eigenen Person verbunden sind, handelt es sich zum Teil um sehr zentrale Selbstkonzepte. Psychisch gesunde Individuen neigen dazu, günstige oder positive, daher mit sozial erwünschten Merkmalen gekennzeichnete Selbstkonzepte zu verwenden. Die arbeitslosen Patienten hingegen attributierten sich als weniger leistungsfähig, als ängstlicher gegenüber mächtigen anderen, als durchsetzungsschwächer in Gruppen, als zweifelnder, als weniger nützlich, als unsicherer im sozialen Umgang und als irritierbarer durch andere. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen deutlich, daß Arbeitslosigkeit zu einer Schwächung der Ich-Stärke und einer Verschlechterung des Selbstbildes bei Arbeitslosen führt, welches hier als Indikator für psychische Gesundheit dient. Grossi (1999) beschreibt in seiner Untersuchung an schwedischen Arbeitslosen einen direkten Zusammenhang von psychischer Gesundheit und angewendetem Copingstil. Eine Verminderung psychischer Stärke ist der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen abträglich, daher auch der Krankheitsbewältigung.

Die in dieser Studie befragten arbeitslosen Patienten hatten ein deutlich geringeres Nettohaushaltseinkommen zur Verfügung als die berufstätigen Patienten. Erwartungsgemäß hätte das Ergebnis nicht so deutlich ausfallen dürfen, da ja der Partner des Arbeitslosen theoretisch noch Geld durch Erwerbsarbeit verdienen könnte und so das Haushaltseinkommen steigern würde. Die berufstätigen Patienten hingegen hätten theoretisch auch einen arbeitslosen Partner haben können, der nicht zum Haushaltseinkommen beitragen kann. Die gewonnenen Ergebnisse implizieren aber, daß in vielen Familien beide Partner arbeitslos sind. Frese (1985) beschreibt einen *circulus vitiosus*, der bei einer Verringerung finanzieller Mittel zu mehr psychischen Problemen führt. Diese Probleme wiederum bedingen somatische Erkrankungen, die die Chance, eine Arbeit zu bekommen, vermindern und damit einen möglichen Verdienst ausschließen. Materielle Sicherheit ist ein entscheidender Faktor für eine stabile psychische Gesundheit.

Bei der Untersuchung der Zukunftsaussichten der Patienten konnten keine statistisch beweisenden Unterschiede aufgezeigt werden. Dennoch sehen arbeitslose Patienten pessimistischer in ihre Zukunft. Bei den arbeitslosen Patienten fanden sich in dieser Untersuchung Hinweise auf eine Reduktion der sozialen Beziehungen und Anzeichen einer qualitativen Veränderung im Kontaktverhalten. Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und sozialem Netzwerk konnte zwar statistisch nicht bewiesen werden, dennoch unterstreichen die Ergebnisse der Krankheitsverarbeitung und der Selbstkonzeptskalen die Kausalität. Patienten ohne Arbeit beklagten das Fehlen von Vertrauenspersonen, den zu kleinen Freundeskreis und einen selteneren Kontakt zu Verwandten und Bekannten. Die selbst

vorgenommene soziale Isolation ist verbunden mit Scham, tief verwurzelten Minderwertigkeitsgefühlen und Gefühlen der Einsamkeit. Die Ambivalenz der Situation wird darin deutlich, daß bei einem objektiv vollzogenen sozialen Rückzug ein drängendes Bedürfnis nach sozialen Beziehungen steht. Der Grund für die Aufgabe sozialer Kompetenzen wird in der gesellschaftlichen Delegitimation von Arbeitslosen gesehen. Ihnen wird unterschwellig das Gefühl gegeben, selbst ihre Arbeitslosigkeit durch Arbeitsunwilligkeit oder durch überzogene Forderungen an den Arbeitsmarkt zu verschulden. Mit dieser Methode entzieht man Arbeitslosen die Grundlage, kollektiv politisch für die Verbesserung ihrer Situation einzutreten. Bei vielen von Arbeitslosigkeit Betroffenen löst dies Rückzug, Passivität, Demoralisierung und Selbstzerstörung aus (Kieselbach 1987). Cobb (1976) unterstreicht, daß ein stützendes soziales Umfeld auf die Bewältigung kritischer Lebensereignisse (z.B. Krankheit) einen großen Einfluß hat. Arbeitslosen Patienten fehlt demnach eine wesentliche Ressource bei der Verarbeitung ihrer Krankheit.

Die Arbeitslosigkeit hatte auch Einfluß auf das Gesundheitsverhalten der untersuchten Patienten. Es stellte sich heraus, daß die Anzahl der Raucher unter den Patienten ohne Arbeit fast dreimal so hoch war wie unter den Patienten mit Arbeit. Unter den Berufstätigen befanden sich auch deutlich mehr Probanden, die das Rauchen schon aufgegeben hatten und nicht weiter ihre Gesundheit schädigten. Die rauchenden arbeitslosen Patienten konsumierten im Durchschnitt eine Schachtel Zigaretten pro Woche mehr als die Patienten mit Arbeit. Die Gründe für das unterschiedliche Rauchverhalten werden in der höheren Streßbelastung arbeitsloser Patienten vermutet, die mit Nikotin zu mildern versucht wird. Silberreisen (1988) beschreibt die instrumentelle Funktion des Rauchens bei der Abreaktion von Enttäuschungen. Als hinreichend schwere Enttäuschungsmomente können Mißerfolge bei der Arbeitsuche, Verknappung der finanziellen Mittel, Spannungen in der Partnerschaft und Veränderungen im sozialen Netzwerk angenommen werden. Die Arbeitslosigkeit macht oft eine Neuorientierung im sozialen Umfeld nötig. Zigaretten sind bei der Aufnahme von zwischenmenschlichen Kontakten trotz restriktiver Tabakpolitik immer noch ein beliebter Ausgangspunkt für Gespräche. Eine weitere Erkenntnis dieser Arbeit besteht darin, daß die Arbeitslosigkeit das Rauchverhalten verfestigt. An dieser Stelle kann eine Prävention sinnvoll eingreifen, um den gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums vorzubeugen. Es muß den Patienten klar gemacht werden, daß eine Aufgabe des Rauchens während der Berufstätigkeit schwer ist, während der Arbeitslosigkeit aber fast unmöglich.

Die beim Rauchverhalten vermutete erhöhte Streßbelastung arbeitsloser Patienten konnte mit Hilfe des Streß-Entspannungstestes unterstrichen werden. Die für die Studie untersuchten arbeitslosen Patienten waren deutlich schlechter in der Lage, mit dem angebotenen Stressor umzugehen als die berufstätigen Patienten. Nach Virchows (1869) Theorie beginnt Krankheit in dem Augenblick, wo die regulatorische Einrichtung des Körpers nicht ausreicht, die Störungen zu beseitigen. Die Daten des SET werden als

Ausdruck der sympathiko-emotionalen Regulation verstanden (Hecht und Balzer 1999). Demnach weisen Patienten ohne Arbeit eine erhöhte emotionale Belastung auf, die mit einer schlechteren Fähigkeit zur Entspannung einhergeht. Dieser permanente Erregungszustand führt zu einer vegetativen Dauerirritation, die Funktionsstörungen und Organschäden bedingen kann. Der Streß-Entspannungstest kann als kostengünstige Methode präventiv zur Diagnostik pathologischer Prozesse auch von niedergelassenen Ärzten angewendet werden. Der Patient bekommt so das Gefühl, daß seine Beschwerden, die im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit meist zu den somatoformen Störungen zählen und somit selten ein morphologisches Korrelat haben, ernst genommen werden. Dem Trend, daß Arbeitslose häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, doppelt so oft ins Krankenhaus eingewiesen werden und Präventionsangebote seltener nutzen (Ness 1998), kann somit eventuell entgegengesteuert werden.

Der Kernpunkt dieser Studie liegt darin, die angewendeten Strategien der Krankheitsbewältigung von arbeitslosen und berufstätigen Patienten miteinander zu vergleichen. Bei der Auswertung der Daten kristallisierte sich ein signifikanter Unterschied im Gebrauch der Copingstile heraus. Patienten ohne Arbeit versuchten im Gegensatz zu den Patienten mit Arbeit, ihre Krankheit verstärkt durch Gefühlskontrolle und Sozialen Rückzug zu verarbeiten. Sie wollten ihre Kognitionen in Bezug auf die Krankheit mit sich selbst abmachen, mochten möglichst niemanden sehen und zogen sich von Freunden und Bekannten zurück. Das soziale Umfeld erlebten sie vermutlich als Quelle mehr oder weniger schwerer Belastungen, die von ihnen noch zusätzlich zur Krankheit zu tragen und zu verarbeiten waren und sich negativ auf die Krankheitsbewältigung auswirkten. Der Krankheitsbewältigungsstil Gefühlskontrolle und Sozialer Rückzug muß auf Grund theoretischer Annahmen als dysfunktional eingestuft werden, da mit ihm Rückzug, Passivität und eine übermäßige Kontrolle von Emotionen verbunden sind.

Ausgangspunkt der empirischen Bewertung ist die Prämisse, daß keine Bewältigungsform von vornherein als effektiv vorzuziehen oder als ineffektiv abzulehnen ist, sondern daß dieses Urteil kontextbezogen gefällt werden sollte. Nach der Prüfung der Effektivitätskriterien kann die a-priori Einschätzung des Copingstils durch die empirisch gewonnenen Ergebnisse bestätigt werden. Das Gelingen der Krankheitsbewältigung ist vorwiegend von den Ressourcen, die dem Kranken zur Verfügung stehen, abhängig. Es wurde gezeigt, daß die Arbeitslosigkeit auf die Selbstkonzepte, das soziale Kontaktverhalten, die finanziellen Mittel, das Gesundheitsverhalten (Rauchen) und den Umgang mit Streß einen negativen Einfluß ausübt und somit wichtige Ressourcen, die zur Bewältigung der Krankheit benötigt werden, verbraucht. Über die genannten Faktoren wirkt die Arbeitslosigkeit auf die Krankheitsbewältigung ein und führte bei den arbeitslosen Patienten zu einer unreiferen, dysfunktionaleren und damit uneffektiveren Verarbeitung ihrer Krankheit.

Die stärkere Verwendung des Copingstils Gefühlskontrolle und Sozialer Rückzug, die bei den arbeitslosen Patienten gefunden wurde, muß für die Krankheitsbewältigung als ungeeignet eingestuft werden. Diese Einschätzung beruht zum einen auf den theoretischen Überlegungen, nach denen dieser Bewältigungsstil dysfunktional ist, da er mit vermeidendem, emotional unangepaßtem und realitätsfliehendem Verhalten assoziiert ist. Zum anderen wird das Urteil über den Copingstil im Kontext dieser speziellen Untersuchung unter Einbeziehung der empirisch gewonnenen Daten gefällt und als uneffektiv bewertet.

In der Bewältigung von Krankheit konnte ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied gefunden werden. Frauen wiesen beim Copingstil Regressive Tendenz schlechtere Mittelwerte auf als die Männer. Als mögliche Ursachen wurden die unterschiedliche Einbindung von Männern und Frauen in den Arbeitsmarkt und die geschlechtsspezifische Rollenverteilung betrachtet. Frauen benutzen häufiger das Lösungsmuster der Internalisierung, um belastende Situationen zu bewältigen. Männer hingegen wählten eher externale Bewältigungsstile.

Auch das Alter der Patienten spielte bei der Benutzung bestimmter Krankheitsbewältigungsstile eine Rolle. Es konnte über alle Altersgruppen hinweg ein fast identischer Gebrauch der Copingstile festgestellt werden. Nur beim Krankheitsbewältigungsstil Compliancestrategien u. Arztvertrauen fand sich ein statistisch signifikanter Unterschied. In der Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen fiel ein Rückgang der Compliance und des Arztvertrauens auf. Die Gründe für ein solches Verhalten wurden sowohl beim Patienten als auch beim Arzt gesucht. Eine Intensivierung der Arzt-Patient-Beziehung und die Einigung auf einen gemeinsam getragenen Konsens bei der Behandlung könnten zu einer Verbesserung der Compliance und des Vertrauens zum Arzt führen.

Die Konsequenzen aus den Ergebnissen dieser Arbeit sind weitreichend und verlangen eine grundlegende Veränderung im Umgang mit Arbeitslosen in unserer Gesellschaft. Die von Arbeitslosigkeit Betroffenen zeigten Einschränkungen in allen untersuchten Bereichen. Ziel der Betreuung von Arbeitslosen sollte es sein, ihnen durch geschultes Fachpersonal (dies können und sollten auch weitergebildete Ärzte sein) einen Einblick in psychische Prozesse, soziale Wechselwirkungen und physische Folgeerscheinungen von Arbeitslosigkeit zu geben. Es darf selbstverständlich nicht nur bei der Aufklärung von Sachverhalten bleiben, sondern es müssen auch Bewältigungstechniken vermittelt werden, wie z.B. autogenes Training. Die Entwicklung, Stärkung und Erhaltung des Selbstbewußtseins muß einen wesentlichen Stellenwert bei der Betreuung arbeitsloser Patienten einnehmen. Eine große Berücksichtigung sollte zudem die Vermittlung von Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Kontrolle und Übernahme eigener Verantwortlichkeit für zentrale Bereiche des Lebens finden.

Von der Gesellschaft muß ein klares Bekenntnis zur Arbeitslosigkeit gefordert werden. Es darf keine weitere Delegitimation von Arbeitslosen mehr stattfinden. Erst dann wird es Erwerbslosen wieder

möglich sein, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Von Staat und Gesellschaft wird gefordert, neue Arbeitsplätze zu schaffen und wenn dies nicht möglich ist, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen nicht auslaufen zu lassen.

Von den Hausärzten wird die Bereitschaft eingefordert, stärker als bisher medizinpsychologische Aspekte in ihre Therapie und Diagnostik einfließen zu lassen. Sie haben die Möglichkeit, psychische Auffälligkeiten, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen und soziales Fehlverhalten als erste zu entdecken. Natürlich muß das Gesundheitssystem den Ärzten in dieser Beziehung entgegenkommen und z.B. alternative diagnostische Maßnahmen (z.B. Streß-Entspannungstest) bei der Behandlung arbeitsloser Patienten zulassen. Ein gute Prävention wird sich auch bei der Verhinderung der Folgen von Arbeitslosigkeit für die Krankenkassen auszahlen. Bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen hat sich dieses Prinzip seit Jahren erfolgreich durchgesetzt.

Nach Aufdeckung der Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und sozialem Umfeld gegenüber dem Arbeitslosen sollte dieser angeleitet werden, vorhandene passive und isolierende Bewältigungsstrategien aufzugeben. Mögliche Beschäftigungsfelder außerhalb der Erwerbsarbeit liegen in der ehrenamtlichen Tätigkeit, wie z.B. in Vereinen, Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden. Das Ehrenamt kann eine Erwerbsarbeit zwar nicht kompensieren, dennoch trägt es zu einer Rhythmisierung der Tagesstruktur bei, führt zu Abwechslung, ermöglicht Kommunikation, fordert eine geistige Auseinandersetzung mit der Tätigkeit und kann eventuell das Sprungbrett in eine neue Karriere sein.

Arbeitslosen Patienten muß vor allem auch die Abhängigkeit der Krankheitsbewältigung von sozialen, psychischen und physischen Rahmenbedingungen bewußt gemacht werden. Ärzte sollten ganz deutlich aufzeigen, welche Strategien der Bewältigung zuträglich sind und welche nicht. Diese Forderung ist in der Praxis jedoch schwer zu erfüllen.

Die Ergebnisse dieser Studie können nicht als repräsentativ angesehen werden, dennoch ist es möglich, Tendenzen und Anhaltspunkte für neue Forschungsansätze aus dieser Arbeit abzuleiten. Diese Untersuchung ist Teil eines Projektes, das sich mit Arbeitslosigkeit und Gesundheit beschäftigt. Die Erkenntnisse fließen in ein Manual ein, das die Gefahren, die mit der Arbeitslosigkeit verbunden sind, für Patienten, Ärzte, Betreuer und alle von Arbeitslosigkeit direkt und indirekt Betroffenen transparent machen soll. Nach seiner Fertigstellung wird es allen Interessierten zur Verfügung gestellt.

Auf Grund der Komplexität der Thematik Arbeitslosigkeit müssen noch weitere Untersuchungen folgen. Besonderheiten der Krankheitsbewältigung in Bezug auf die Dauer der Arbeitslosigkeit und Schwere der Erkrankung werden in der Literatur noch sehr kontrovers diskutiert. Über die Effizienz von Bewältigungsstilen im Sinne kostengünstiger Wirksamkeit ist zur Zeit so gut wie nichts bekannt.

Man kann feststellen, daß fast 70 Jahre nach der Marienthalstudie von Marie Jahoda die Arbeitslosenforschung brisant bleibt und von ihrer Notwendigkeit nichts eingebüßt hat.



## 7. Literaturverzeichnis

- 1.)Abele A, Becker P (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie- Empirie- Diagnostik. Juventa, Weinheim, 1991
- 2.)Andress HJ, Lipsmeier G, Salentin K: Soziale Isolation und mangelnde soziale Unterstützung im unteren Einkommensbereich. Vergleichende Analysen mit Umfragedaten. Zeitschrift für Soziologie 24 (1995) 300-315
- 3.)Arnetz BB, Wassermann J, Petrini B, Brenner SO, Levi L, Eneroth P, Salovaara L, Theorell T, Petterson IL: Immune function in unemployed women. Psychosom Med 49 (1987) 3-12
- 4.)Baltes MM: Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. Psychologische Rundschau 46 (1995) 159-170
- 5.)Bartley M: Unemployment and ill health: understanding the relationship. J Epidemiol Community Health 48(4) (1994) 333-337
- 6.)Beale N, Nethercott S: The nature of unemployment morbidity. J R Coll Gen Pract 38(310) (1988) 197-202
- 7.)Beutel M: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition Medizin, Weinheim, 1988
- 8.)Bilden H: Arbeitslose weibliche Jugendliche: Soziales Netzwerk und Partnerbeziehungen. Sexualpädagogik und Familienplanung 12(5) (1984) 4-6
- 9.)Binsaca J, Ellis J, Martin D, Petitti D: Factors associated with low birthweight in an inner-city population: The role of financial problems. Am J Public Health 77(4) (1987) 505-506
- 10.)Bleich C, Witte EH: Zu Veränderungen in der Paarbeziehung bei Erwerbslosigkeit des Mannes. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 44(4) (1992) 731-746
- 11.)Braun A: Frauenerwerbslosigkeit - Crash-Kurs zur zuverdienenden Hausfrau. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg.): Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Band 4- Psychologie sozialer Ungleichheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993, S. 317-331
- 12.)Brenner MH: Estimating the social cost of national economic policy: Implications for mental and physical health, and criminal aggression. Joint Economic Committee, Washington D.C., 1976
- 13.)Brinkmann C: Die individuellen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 17(4) (1984) 454-473
- 14.)Bullinger M, Ludwig M, Steinbüchel N von (Hrsg.): Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Hogrefe, Göttingen, 1991
- 15.)Bullinger M, Pöppel E: Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz. Dtsch Ärztebl 85 (1988) 504-505

- 16.) Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Arbeitsmarktbericht/Presseinformation. Ende Oktober 1999. Heft Nr.: 51/99 (1999) 2-13
- 17.) Bundesanstalt für Arbeit: Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit. <http://www.arbeitsamt.de/hst/information/statistik/zeitauswahl.html> (1999)
- 18.) Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK: Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 56 (1989) 267-283
- 19.) Catalano RA: Gesundheitseffekte wirtschaftlicher Unsicherheit. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg.): Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Band 4- Psychologie sozialer Ungleichheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993, S. 84-94
- 20.) Catalano RA, Dooley CD: The health effects of the economic stability: A test of the economic stress hypothesis. *J Health Soc Behav* 24 (1983) 46-60
- 21.) Catalano RA, Rook K, Dooley CD: Labor markets and help-seeking: A test of the employment security hypothesis. *J Health Soc Behav* 27 (1986) 277-287
- 22.) Chang N, Kawai S, Okada R: Autopsy statistics on the relative frequency of acute myocardial infarction in the Japanese mental workers and the unemployment during the two oil-crises periods. *Sangyo Ika Daigaku Zasshi* 11 (1989) 106-119
- 23.) Cobb S: Physiological changes in men whose jobs were abolished. *J Psychosom Res* 18(4) (1974) 245-258
- 24.) Cobb S: Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 38 (1976) 300-314
- 25.) Council of Europe: The effects of longterm unemployment on health. Report of a group of consultant experts for the 18<sup>th</sup> Meeting of the European Health Committee. Strasbourg, 1986, S. 33
- 26.) D'Arcy C, Siddique CM: Unemployment and health: an analysis of „Canada Health Survey“ data. *Int J Health Serv* 15(4) (1985) 609-635
- 27.) Dauer S: Medizinpsychologische Untersuchungen zur Arbeitslosigkeit unter besonderer Berücksichtigung tiefenpsychologischer Aspekte. Diss. Halle, Martin-Luther-Universität, 1992
- 28.) Dauer S: Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Dauer S, Hennig H (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Beiträge zur Medizinischen Psychologie und zu Grenzgebieten, Band 1. Mitteldeutscher, Halle/S., 1999, S. 12-23
- 29.) Dauer S, Wagner G, Hennig H, Morgenstern J: Arbeitslosigkeit und Gesundheit - erste Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg.): Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Band 4- Psychologie sozialer Ungleichheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993, S. 248-267
- 30.) Deusinger MI: Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Manual. Hogrefe, Göttingen, 1986
- 31.) Diestler G: Die zukunftsbezogene Zeitperspektive von männlichen arbeitslosen Jugendlichen im Vergleich zu Lehrlingen. Eine Studie zu den Folgen von Jugendarbeitslosigkeit unter der besonderen

- Berücksichtigung des Zeiterlebens und der Zukunftsorientierung. Universität, Naturwissenschaftliche Fakultät, Graz, 1992
- 32.)Dieth M: Erwerbslosigkeit, Lebensstil und sozialandragogische Intervention. Eine Evaluationsstudie an erwerbslosen Akademikern und Führungskräften. Universität, Philosophische Fakultät I, Zürich, 1994
- 33.)Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R (Hrsg.): Mental illness in the United States. Epidemiological estimates. Praeger, New York, 1980
- 34.)Dooley CD, Catalano RA: Why the economy predicts help seeking: a test of competing explanations. *J Health Soc Behav* 25(2) (1984) 160-175
- 35.)Dreßler T, Huhn B, Stück M: Untersuchung zum Streßerleben von Patienten mit dem Streß-Entspannungstest (SET). In: Dauer S, Hennig H (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Beiträge zur Medizinischen Psychologie und zu Grenzgebieten, Band 1. Mitteldeutscher, Halle/S., 1999, S. 175-193
- 36.)Ehle G: Zur Auseinandersetzung mit chronischer Erkrankung und ihren Folgen. *Berichte der Humboldtuniversität zu Berlin* 8(23) (1988) 4-15
- 37.)Elkeles T: Gesundheitliche Belastungen und Arbeitslosigkeit - Ursache oder Folge. In: Holthaus E, Berndt H, Elkeles T, Frank M, Zillich N (Hrsg.): Soziale Arbeit und Soziale Medizin. FHSS-Texte, Nr. 1, Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin, 1992, S. 132-142
- 38.)Elkeles T, Seifert W: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio-Ökonomischen Panel. *Soziale Welt* 43 (1992) 278-300
- 39.)Filipp SH, Klauer T: Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung. In: Kächele H, Steffens W (Hrsg.): Bewältigung und Abwehr - Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Springer, Berlin, 1988, S. 51-68
- 40.)Flick U, Kardorff E von, Keupp H, Rosenstiel L von, Wolff S: *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen.* Psychologie Verlags Union, München, 1990
- 41.)Frese M: Zur Verlaufsstruktur der psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Kieselbach T, Wacker A (Hrsg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. *Psychologische Theorie und Praxis.* Beltz, Weinheim, 1985, S. 225-241
- 42.)Frese M, Mohr G: Prolonged unemployment and depression in older workers: A longitudinal study of intervening variables social science. *Medicine* 25(2) (1987) 173-178
- 43.)Grimm F: Konstruktive Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen mit Arbeitslosen. Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, Hamburg, 1990
- 44.)Grossi SG: Coping and emotional distress in a sample of Swedish unemployed. *Scand J Psychol* 40(3) (1999) 157-165

- 45.)Guggemos P: Bewältigung der Arbeitslosigkeit. Eine qualitative Studie in Liverpool und Augsburg. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, 1989, 243 S.
- 46.)Haan N: Coping and defending: Processes of self-environment organization. Academic Press, New York, 1977
- 47.)Haubl R: Zur Rationalität non-complianter Krankheitsbewältigung. In: Heim E, Perrez M (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto (usw.), 1994, S. 97-113
- 48.)Haynes RB: Einleitung. In: Haynes RB, Taylor DV, Sackett DL (Hrsg.): Compliance Handbuch. Oldenbourg, München, 1982, S.11-19
- 49.)Hecht K, Balzer HU: Psychobiologisch-Regulatorische Aspekte der Streßdiagnostik als Evaluierungsmethodik wissenschaftlicher Arbeitslosenprojekte - eine Quasimodelluntersuchung. In: Dauer S, Hennig H (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Beiträge zur Medizinischen Psychologie und zu Grenzgebieten, Band 1. Mitteldeutscher, Halle/S., 1999, S. 194-216
- 50.)Heim E: Coping und Adaptivität. Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping. Psychother. Med. Psychol. 28 (1988) 8-18
- 51.)Heim E: Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung. In: Heim E, Willi J: Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in biopsychosozialer Sicht. Band 2, Klinik und Praxis. Springer, Berlin, 1986a, S. 343-390
- 52.)Heim E: Medizinpsychologische Aspekte der Krankheit. In: Heim E, Willi J: Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in biopsychosozialer Sicht. Band 2, Klinik und Praxis. Springer, Berlin, 1986b, S. 278-342
- 53.)Heim E, Augustiny K, Blaser A, Schaffner L: Berner Bewältigungsformen. BEFO. Handbuch. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, 1991
- 54.)Hess RS, Handel G: Family worlds: A psychosocial approach to family life. University of Chicago Press, Chicago, 1959
- 55.)Hilpert HR: Psychische und psychosomatische Beschwerdebilder bei Arbeitslosen. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 27(4) (1982) 151-159
- 56.)Jahoda M: The impact of unemployment in the 1930s and the 1970s. Bulletin of the British Psychological Society 32 (1979) 309-314
- 57.)Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel W: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Suhrkamp, Frankfurt/M., 1975
- 58.)Kähler WM: Einführung in die statistische Datenanalyse. Grundlegende Verfahren und deren EDV-gestützter Einsatz. Vieweg, Braunschweig, Wiesbaden, 1995, S. 192-199
- 59.)Kantor D, Lehr W: Inside the family. Jossey Bass, New York, 1975

- 60.)Kasek L: Arbeitslosigkeit und Lebensorientierungen. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg.): Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Band 4- Psychologie sozialer Ungleichheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993, S. 393-403
- 61.)Kasten E, Graf Schimmelmann B, Sabel BA: GK1. Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie. Chapman & Hall, Weinheim, 1996, S. 339
- 62.)Kessler RC, House JS und Turner JB: Effects of unemployment on health in a community survey: Main, modifying, and mediating effects. J of Social Issues 44(4) (1988) 69-86
- 63.)Kieselbach T: Arbeitslosigkeit und Entfremdung. Journal für Psychologie 6(1) (1998) 38-52
- 64.)Kieselbach T: Gesellschaftliche Rezeption von Arbeitslosigkeit und Arbeitslosenforschung. Politikberatung im Bereich Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Lösel H, Skowronek H (Hrsg.): Beiträge der Psychologie zu politischen Planungs- und Entscheidungsprozessen. Band 7- Fortschritte der Politischen Psychologie. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1988, S. 123-140
- 65.)Kieselbach T: Gesellschaftliche und individuelle Bewältigung von Arbeitslosigkeit. In: Moser H (Hrsg.): Bedrohung oder Beschwichtigung. Die politische und seelische Gestalt technischer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Gefährdungen. Reihe Fortschritte der Politischen Psychologie, Sonderband 1. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1987, S. 28-55
- 66.)Kieselbach T: Langzeitarbeitslosigkeit als Gesundheitsrisiko. Wie geht unsere Gesellschaft mit Arbeitslosigkeit um. In: Kieselbach T, Klink F (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit. Werden Langzeitarbeitslose vergessen. Schriftenreihe der Angestelltenkammer Bremen. Angestelltenkammer, Bremen, 1991, S. 29-43
- 67.)Kieselbach T: Massenarbeitslosigkeit und Gesundheit in der Ex-DDR: Soziale Konstruktion und individuelle Bewältigung. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg.): Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Band 4- Psychologie sozialer Ungleichheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993, S. 43-72
- 68.)Kirchler E, Kirchler E: Individuelle Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 33(N.F.7)(4) (1989) 168-177
- 69.)Krämer M: Problembewältigung und Kontrollüberzeugungen. Bereichsübergreifende und bereichsspezifische Analysen unter Berücksichtigung der Themen Energie und Umwelt, Frieden und Rüstung sowie Arbeitslosigkeit. Series: Theorie und Forschung, Band 142. Roderer, Regensburg, 1991
- 70.)Küttler T: Pharmakologie und Toxikologie. Fischer, Stuttgart, 1996
- 71.)Lablanche J, Pontalis JB: Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M., 1972
- 72.)Lahelma E, Kangas R: Unemployment, re-employment, and psychic well-being in Finland. In: Starrin B, Svensson PG, Wintersberger H (Eds.): Unemployment, poverty and quality of working life - Some European experiences. Edition Sigma, Berlin, 1989, p. 135-154

- 73.)Laubach W, Mundt A, Braehler E: Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellung nach Verlust der Arbeit - ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. In: Hessel A, Geyer M, Brähler E: Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht. Westdeutscher, Opladen, 1999, S. 75-92
- 74.)Lazarus RS, Folkman S: Stress appraisal and coping. Springer, New York, 1984
- 75.)Liljeberg H: Bericht über eine repräsentative Umfrage unter Ost- Berliner Arbeitslosen. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg.): Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Band 4- Psychologie sozialer Ungleichheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993, S. 268-284
- 76.)Luhmann N: Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Enke, Stuttgart, 1968
- 77.)Mannila S, Lahelma E: Das problematische Verhältnis von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Kieselbach T, Wacker A (Hrsg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Psychologische Theorie und Praxis. Beltz, Weinheim, 1985, S. 152-166
- 78.)McCrae RR, Costa RT: Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. J Pers 54 (1986) 385-405
- 79.)McKee L: Arbeitslosenhaushalte - Der Einfallreichtum von Arbeitslosenfamilien. In: Schindler H, Wacker A, Wetzels P (Hrsg.): Familienleben in der Arbeitslosigkeit. Ergebnisse neuerer europäischer Studien. Asanger, Heidelberg, 1990, S. 99-124
- 80.)Meischner-Al-Mousawi M, Dauer S, Hennig H: Projekt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Projektabschlussbericht. Institut für Medizinische Psychologie der Martin-Luther-Universität, Halle, 1999
- 81.)Menaghan EG: Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. In: Kaplan HB (Ed.): Psychosocial stress. Academic Press, New York, 1983, p. 157-191
- 82.)Mentzos S: Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt/M., 1991
- 83.)Mitteldeutsche Zeitung: Im Osten geht die Angst weit mehr um. Panorama (27.August 1998) PA
- 84.)Muthny FA: Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal - Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. Zeitschrift für klinische Psychologie 17 (1988) 319-333
- 85.)Muthny FA: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual. Beltz Test, Weinheim, 1989
- 86.)Narr H: Arzt, Patient, Krankenhaus. Dtv, München, 1987
- 87.)Nat. Academic of Sciences: Inst. of Med. - Report. Nat.Ak. Press, Washington D.C., 1981

- 88.)Ness K: Der Verlust von sozialen Bindungen macht Arbeitslose krank. *Ärzte Zeitung*, 06.11.1998
- 89.)Norbeck J, Tilden V: Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. *J Health Soc Behav* 24 (1983) 30-46
- 90.)Oakes TW, Ward JR, Gray RM, Klauber MR, Moody PM: Family expectations and arthritis patient compliance to a hand resisting splint regimen. *J Chronic Dis* 22 (1970) 757-764
- 91.)Parsons T: Definitionen von Gesundheit und Krankheit im Lichte der amerikanischen Werte. In: Parsons T (Hrsg.): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. EVA, Frankfurt/M., 1968, S. 321-342
- 92.)Platt SD: Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry* 149 (1986) 401-405
- 93.)Platt SD: Suicidal behaviour and unemployment: A literature review. In: Westcott G, Svensson PG, Zöllner HFK (Eds.): *Health policy implications of unemployment*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985, p. 87-132
- 94.)Preiser S: Ängste und Hoffnungen in der Berufsperspektive von Lehrerstudenten. Veränderungen während des Schulpraktikums. In: Moser H, Preiser S (Hrsg.): *Umweltprobleme und Arbeitslosigkeit. Gesellschaftliche Herausforderungen an die Politische Psychologie*. Series: Fortschritte der Politischen Psychologie, Band 4. Beltz, Weinheim, 1984, S. 191-194
- 95.)Prystav G: Psychologische Copingforschung: Konzeptbildungen, Operationalisierungen und Meßinstrumente. *Diagnostika* 27 (1981) 189-214
- 96.)Radebold H: *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Springer, Berlin, 1992
- 97.)Resch F: Beiträge der klinischen Entwicklungspsychologie zu einem neuen Verständnis von Normalität und Pathologie. In: Oertner R, Hagen C von, Röper G, Noam G (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Beltz, Weinheim, 1999, S. 606-622
- 98.)Ritz B, Hullmann B: Wie Büroarbeiterinnen mit Streß umgehen. In: Kaplun AR, Wenzel ER, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro f E (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt*. Springer, Berlin, 1989, S. 103-107
- 99.)Ronayne T, Ryan GM, Cullen JH: Health effects of work and exclusion from work - Approaches to understanding, monitoring and intervening. In: Starrin B, Svensson PG, Wintersberger H (Eds.): *Unemployment, poverty and quality of working life - Some European experiences*. Edition Sigma, Berlin, 1989, p. 197-234
- 100.)Rüger U, Blomert AF, Förster W: *Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1990
- 101.)Schätz C: *Krankheitsbewältigung bei Patienten mit Leberzirrhose unterschiedlicher Ätiologie - eine vergleichende Studie mit Verlaufsbeobachtung*. Diss. Halle, Martin-Luther-Universität, 1992
- 102.)Schenk S: Zwischen Erwerbsneigung und Beschäftigungsrisiko - Frauen auf dem Ostberliner Arbeitsmarkt. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg.): *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle*

Bewältigung in der Ex-DDR. Band 4- Psychologie sozialer Ungleichheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1993, S. 295-316

103.)Schneewind KA: Familienentwicklung. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1995, S. 128-166

104.)Schneewind KA, Schmidt M: Familiendiagnostik im Kontext der Klinischen Entwicklungspsychologie. In: Oerter R, Hagen C von, Röper G, Noam G (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Beltz, Weinheim, 1999, S. 270-298

105.)Schönpflug W: Behavior economics as approach to stress theory. In: Appley MH, Trumbull R (Eds.): Dynamics of stress. Plenum, New York, 1986, p. 81-98

106.)Schröer S: Das Anregen der Selbstregulation komplexer Systeme: Ressourcenstärkung bei jugendlicher Suizidalität. In: Oerter R, Hagen C von, Röper G, Noam G (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Beltz, Weinheim, 1999, S. 437-458

107.)Schulze D: Medizinpsychologische Untersuchungen zur Krankheitsverarbeitung arbeitsloser Patienten. Diss. Halle, Martin-Luther-Universität, 1998

108.)Schüßler G: Fremd- und Selbstbeurteilung der Krankheitsbewältigung. In: Heim E, Perrez M (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto (usw.), 1994, S. 30-32

109.)Seligman ME: Helplessness: On depression, development and death. Freeman & Co., San Francisco, 1975

110.)Silbereisen RK: Risikoverhalten im Jugendalter. Entwicklungsprozesse und Präventionsdesign. Technische Universität, Institut für Psychologie, Berlin, 1988, 14 S.

111.)Silbereisen RK, Noack P, Reitzle M: Die Bedeutung problematischen Verhaltens in der Adoleszenz: Feldbeobachtungen und Längsschnitterhebungen. Technische Universität, Institut für Psychologie, Berlin, 1986, 72 S.

112.)Stadt Chemnitz, Bürgermeisteramt, Gesundheitsamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht 1996: Bürgerbefragung in Chemnitz. Stadt Chemnitz, Chemnitz, 1997

113.)Stone GC: Patient compliance and the role of the expert. J of Social Issues 35 (1978) 34-59

114.)Strehmel P, Degenhardt B: Arbeitslosigkeit und soziales Netzwerk. In: Keupp H, Röhrle B (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Campus, Frankfurt, 1987, S. 139-155

115.)Stück M: Entspannungstrainings mit Yogaelementen in der Schule. Wie man Belastungen abbauen kann. Auer, Donauwörth, 1998

116.)Theorell T: Life events before and after the onset of premature myocardial infarction. In: Dorenwend B, Dorenwend B, Dorenwend BP (Eds.): Stressful life events: Their nature and effects. Willey, New York, 1974, p. 101-117

117.)Theorell T, Lind E, Floderus B: The relationship of disturbing life changes and emotions to the



- early development of myocardial infarctions and other serious illnesses. *Int J Epidemiol* 4 (1975) 281-293
- 118.)Thomae H: Reaktionen auf gesundheitliche Belastungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter. *Z. Gerontol.* 17(4) (1984) 186-197
- 119.)Thomann KD: Die gesundheitlichen Auswirkungen. In: Wacker A (Hrsg.): *Vom Schock zum Fatalismus*. Campus, Frankfurt/M., 1978
- 120.)Tunks E, Bellissimo A: Coping with the coping concept: A brief comment. *Pain* 34 (1988) 171-174
- 121.)Virchow R: Die Verbindung der Naturwissenschaften mit der Medizin. In: Sudhoff K (Hrsg.). *Rudolf Virchow und die Deutschen Naturforscherversammlungen*. Akademische Verlagsgesellschaft, Leipzig, 1922, S.261
- 122.)Wacker A: Differentielle Verarbeitungsformen von Arbeitslosigkeit. Anmerkungen zu aktuellen Diskussionen in der Arbeitslosenforschung. *Probleme des Klassenkampfes* 13(4) (1983) 77-88
- 123.)Walk C: Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzkrisen und psychischem Befinden untersucht am Beispiel von Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit. Schreibmaschinenfassung, Universitätsbibliothek Wien, 1990
- 124.)Warburton DM, Wesnes K: Nikotin als Reinforcer beim Rauchen. In: Brengelmann JC (Hrsg.): *Determinanten des Rauchverhaltens. Ein Kongressbericht*. Lang, Frankfurt, 1987, S. 1-14
- 125.)Warr PB: *Work, unemployment, and mental health*. Oxford University Press, London, 1987
- 126.)Weber H: Effektivität von Bewältigung: Kriterien Methoden, Urteile. In: Heim E, Perrez M (Hrsg.): *Krankheitsverarbeitung*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto (usw.), 1994, S. 51-54
- 127.)Weber H, Laux L: Bewältigung und Wohlbefinden. In: Abele A, Becker P (Hrsg.): *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. Juventa, Weinheim, 1991, S. 139-154
- 128.)Winter G: Kognitive und emotionale Aspekte von Arbeit und Arbeitslosigkeit im Selbstkonzept Jugendlicher. In: Preiser S (Hrsg.): *Kognitive und emotionale Aspekte politischen Engagements*. Series: Fortschritte der Politischen Psychologie, Band 2. Beltz, Weinheim, 1982, S. 67-84
- 129.)World Health Organization [WHO]: *Unemployment and methodology and theories for research: International comparisons. Report on a study group*. WHO-Euro (EUR/ICP/HSR 822), Copenhagen, 1989
- 130.)Wortmann C: Coping with victimization: Conclusions and implications for future research. *J of Social Issues* 39 (1983) 195-221
- 131.)Wuggenig U: Psychische Belastung und Krankheit als Bedingungen, Folgen und Antizipationseffekte von Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen und Jungerwachsenen. *Angewandte Sozialforschung* 7(3-4) (1979) 183-223
- 132.)Zempel J, Frese M: Arbeitslose: Selbstverantwortung überwindet die Lethargie. *Psychologie heute* 24(6) (1997) 36-41

## 8. Anhang

### Fragebogen - Allgemeine Fragen

1. Wie schätzen Sie allgemein Ihre persönliche **Zukunft** ein ?

- 1 = optimistisch  
 2 = eher optimistisch  
 3 = eher pessimistisch  
 4 = pessimistisch

2. Welche der nachfolgenden Aussagen über **Beziehungen zu Familienangehörigen, Freunden und Bekannten** trifft auf Sie zu ?

voll und ganz  
 teilweise  
 kaum  
 überhaupt nicht

1. Ich habe immer jemanden in erreichbarer Nähe, zu dem ich mit alltäglichen Problemen kommen kann. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Ich vermisse einen häufigen Kontakt mit meinen Familienangehörigen und Verwandten. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Es gibt ausreichend viele Menschen, auf die ich zählen kann, wenn ich Schwierigkeiten habe. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Mir fehlt ein wirklich guter Freund/ eine wirklich gute Freundin. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Es gibt viele Personen, denen ich voll vertrauen kann. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Ich vermisse die Geselligkeit mit anderen Menschen. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Ich habe genügend viele Personen, denen ich mich sehr verbunden fühle. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Ich glaube, der Kreis meiner Freunde und Bekanntschaften ist zu klein. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Wenn ich meine Freunde brauche, kann ich jederzeit auf Sie zählen. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Manchmal habe ich das Gefühl, daß mich eine große Leere erfaßt. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Oft fühle ich mich im Stich gelassen. .... 

1	2	3	4
---	---	---	---

## 9. Thesen zur Dissertation

1. Gut ein Jahrzehnt nach der politischen Wiedervereinigung Deutschlands und der Abschaffung der sozialistischen Planwirtschaft im Oktober 1990 löst immer noch ein Thema sowohl bei Ostdeutschen als auch bei Westdeutschen Ängste und Sorgen aus - die Arbeitslosigkeit. Regierungen werden daran gemessen, wie stark sie die Arbeitslosenzahlen senken und neue Arbeitsplätze schaffen.
2. Es besteht kein Zweifel daran, daß die erzwungene Ausgrenzung aus regelmäßiger und entlohnter Arbeitstätigkeit für einen großen Teil der Arbeitslosen zu einer Verschlechterung der psychosozialen Gesundheit führt. Unter Arbeitslosenforschern gibt es eine weitgehende Übereinstimmung darüber, daß Langzeitarbeitslose generell eine soziale Gruppe mit einem hohen Risiko für gesundheitliche Schädigungen als Folge von Arbeitslosigkeit sind.
3. Bisherige Untersuchungen auf dem Gebiet der Arbeitslosenforschung im Zusammenhang mit Gesundheit haben gezeigt, daß die Situation Arbeitslosigkeit einen erheblichen Einfluß auf die Krankheitsbewältigung des arbeitslosen Patienten nimmt. Wie groß dieser Einfluß ist und welche psychophysischen und psychosozialen Veränderungen damit einhergehen, versucht diese Studie zu quantifizieren.
4. Diese Untersuchung beschäftigt sich mit dem unterschiedlichen Krankheitsbewältigungsverhalten von arbeitslosen und berufstätigen Patienten und der Effektivität ihrer Verarbeitungsmuster. Es werden die Strategien der Krankheitsbewältigung von Patienten mit und ohne Arbeit gegenübergestellt und nach Unterschieden gesucht.
5. In der Literatur finden sich zwei unterschiedliche Zugangswege zur Effektivitätsbestimmung. Zum einen gibt es eine a-priori Bewertung, d.h. bezogen auf eine theoretische Position werden bestimmte Formen der Bewältigung als (dys)funktional eingestuft. Dem steht die empirische Position gegenüber, derzufolge Effektivität, da möglicherweise kontextabhängig, entsprechend fallbezogen, d.h. empirisch zu ermitteln ist.
6. Theoretisch gilt das realitätsbezogene, situationsflexible Herangehen an Probleme mit einer der Probleminangriffnahme dienlichen Emotionskontrolle als funktional. Passiv-resignatives, der Realität entfliehendes, evasives oder defensives und emotionsbetontes Verhalten wird dagegen als dysfunktional gewertet. Ausgangspunkt der empirischen Bewertung ist die Prämisse, daß keine Bewältigungsform von vornherein als effektiv vorzuziehen oder als ineffektiv abzulehnen ist, sondern daß dieses Urteil

kontextbezogen gefällt werden sollte. In ihrer Effektivität relativ konstant gegenüber Situationseinflüssen sind das problemzentrierte Handeln und das positive Umdeuten. Als ineffektiv erwiesen sich in vielen Fällen realitätsfliehende Wunschphantasien, passiv-resignatives Verhalten und vor allem Selbstvorwürfe.

7. Als Effektivitätskriterien werden die Folgen von Bewältigung für drei Bereiche diskutiert: das subjektive Wohlbefinden, die somatische Gesundheit und die soziale Funktionstüchtigkeit. Mit dem subjektiven, physischen und sozialen Befinden sind damit die drei Aspekte beschrieben, die das umfassende Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden ausmachen. In dieser Untersuchung werden die durch die Arbeitslosigkeit hervorgerufenen Veränderungen in den drei beschriebenen Bereichen durch geeignete Instrumente sichtbar gemacht und die bevorzugten Krankheitsbewältigungsstile in diesem Zusammenhang bewertet.

8. Die Daten wurden mit standardisierten Selbstbeantwortungsfragebögen und einem relativ neuen Verfahren zur Darstellung der psychophysischen Reaktionen im Umgang mit Streß (Streß-Entspannungstest) erhoben und unter Zuhilfenahme statistischer Testmethoden ausgewertet. An der Untersuchung nahmen 219 Patienten einer allgemeinmedizinischen Arztpraxis in Halle/ Lettin teil.

9. Es konnte gezeigt werden, daß die arbeitslosen Patienten in den Selbstkonzepten Allgemeine Leistungsfähigkeit, Problembewältigung, Verhaltens- u. Entscheidungssicherheit, Selbstwertschätzung, Soziale Kontakt- u. Umgangsfähigkeit, Irritierbarkeit durch andere und Gefühle und Beziehungen zu anderen signifikant schlechtere Werte aufwiesen als die berufstätigen Patienten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß Arbeitslosigkeit zu einer Schwächung der Ich-Stärke und einer Verschlechterung des Selbstbildes bei Arbeitslosen führt, welches hier als Indikator für psychische Gesundheit dient.

10. Die in dieser Studie befragten arbeitslosen Patienten hatten ein deutlich geringeres Nettohaushaltseinkommen zur Verfügung als die berufstätigen Patienten. Theoretische Überlegungen lassen vermuten, daß in vielen Familien arbeitsloser Patienten beide Partner ohne Arbeit waren.

11. Bei der Untersuchung der Zukunftsaussichten der Patienten konnten keine statistisch beweisenden Unterschiede aufgezeigt werden. Dennoch sahen arbeitslose Patienten ihre Zukunft pessimistischer.

12. Bei den arbeitslosen Patienten fanden sich Hinweise auf eine Reduktion der sozialen Beziehungen und Anzeichen einer qualitativen Veränderung im Kontaktverhalten. Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und sozialem Netzwerk konnte zwar statistisch nicht bewiesen werden, dennoch

unterstreichen die Ergebnisse der Krankheitsverarbeitung und der Selbstkonzeptskalen die mögliche Kausalität.

13. Die ambivalenten Gefühle arbeitsloser Patienten werden darin deutlich, daß bei einem objektiv vollzogenen sozialen Rückzug ein drängendes Bedürfnis nach sozialen Beziehungen steht. Die selbst vorgenommene soziale Isolation ist verbunden mit Scham, tief verwurzelten Minderwertigkeitsgefühlen und Gefühlen der Einsamkeit. Der Grund für die Aufgabe sozialer Kompetenzen wird in der gesellschaftlichen Delegitimation von Arbeitslosen gesehen.

14. Die untersuchten arbeitslosen Patienten zeigten eine Beeinträchtigung ihres Gesundheitsverhaltens. Es stellte sich heraus, daß die Anzahl der Raucher unter den Patienten ohne Arbeit fast dreimal so hoch war wie unter den Patienten mit Arbeit. Unter den Berufstätigen befanden sich auch deutlich mehr Probanden, die das Rauchen schon aufgegeben hatten und nicht weiter ihre Gesundheit schädigten. Die Gründe für den unterschiedlichen Tabakkonsum werden in der höheren Streßbelastung arbeitsloser Patienten vermutet, die mit Nikotin zu mildern versucht wird.

15. Die beim Rauchverhalten vermutete erhöhte Streßbelastung arbeitsloser Patienten konnte mit Hilfe des Streß-Entspannungstestes bestätigt werden. Arbeitslose Patienten waren deutlich schlechter in der Lage, mit dem angebotenen Stressor umzugehen als berufstätige Patienten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß Patienten ohne Arbeit eine erhöhte emotionale Belastung aufweisen, die mit einer schlechteren Fähigkeit zur Entspannung einhergeht.

16. Die statistische Auswertung der Krankheitsbewältigungsskalen ergab einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Arbeit beim Copingstil Gefühlskontrolle und Sozialer Rückzug. Arbeitslose Patienten zeichneten sich durch stärkere Gefühlskontrolle und vermehrten Rückzug aus sozialen Beziehungen aus. Auf Grund theoretischer Annahmen muß diese Strategie der Krankheitsverarbeitung als dysfunktional eingestuft werden.

17. Nach der Prüfung der Effektivitätskriterien kann die a-priori Einschätzung des Copingstils durch die empirisch gewonnenen Ergebnisse bestätigt werden. Das Gelingen der Krankheitsbewältigung ist vorwiegend von den Ressourcen, die dem Kranken zur Verfügung stehen, abhängig. Es wurde gezeigt, daß die Arbeitslosigkeit auf die Selbstkonzepte, das soziale Kontaktverhalten, die finanziellen Mittel, das Gesundheitsverhalten (Rauchen) und den Umgang mit Streß einen negativen Einfluß ausübt und somit wichtige Ressourcen, die zur Bewältigung der Krankheit benötigt werden, verbraucht. Über die

genannten Faktoren wirkt die Arbeitslosigkeit auf die Krankheitsbewältigung ein und führte bei den arbeitslosen Patienten zu einer uneffektiveren Verarbeitung ihrer Krankheit.

18. In der Bewältigung von Krankheit konnte ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied gefunden werden. Frauen wiesen beim Copingstil Regressive Tendenz schlechtere Mittelwerte auf als die Männer. Als mögliche Ursachen wurden die unterschiedliche Einbindung von Männern und Frauen in den Arbeitsmarkt und die geschlechtsspezifische Rollenverteilung betrachtet.

19. Das Alter der Patienten spielte bei der Benutzung bestimmter Krankheitsbewältigungsstile eine Rolle. In der Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen fiel ein Rückgang der Compliance und des Arztvertrauens auf. Die Gründe für ein solches Verhalten wurden sowohl beim Patienten als auch beim Arzt gesucht. Eine Intensivierung der Arzt-Patient-Beziehung und die Einigung auf einen gemeinsam getragenen Konsens bei der Behandlung könnten zu einer Verbesserung der Compliance und des Vertrauens zum Arzt führen.

20. Die arbeitslosen Patienten zeigten Einschränkungen in allen untersuchten Bereichen. Die Konsequenzen aus den Ergebnissen dieser Arbeit sind weitreichend und verlangen eine grundlegende Veränderung im Umgang mit Arbeitslosen in unserer Gesellschaft.

21. Besonders von Hausärzten wird die Bereitschaft eingefordert, stärker als bisher medizinpsychologische Aspekte in ihre Therapie und Diagnostik einfließen zu lassen. Sie haben die Möglichkeit, psychische Auffälligkeiten, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen und soziales Fehlverhalten als erste zu entdecken.

22. Arbeitslose müssen angeleitet werden, selber aktiv bei der Entwicklung, Stärkung und Erhaltung ihres Selbstbewußtseins und ihrer Kompetenzen mitzuarbeiten. Sie sollten vorhandene resignative Einstellungen aufgeben und wieder Verantwortung im gesellschaftlichen Leben übernehmen.

23. Von Staat und Politik wird gefordert, neue Arbeitsplätze zu schaffen und wenn dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich ist, Weichen für eine Prävention der Folgen von Arbeitslosigkeit zu stellen. Ein solcher Schritt könnte in der Zulassung alternativer diagnostischer Verfahren (z.B. Streß-Entspannungstest) bei der Behandlung arbeitsloser Patienten bestehen. Von der Gesellschaft muß ein klares Bekenntnis zur Arbeitslosigkeit gefordert werden. Es darf keine weitere Delegation von Arbeitslosen mehr stattfinden.

# Lebenslauf

## Persönliche Daten:

Name : Bastian Huhn  
Geburtsdatum : 24. Juli 1975  
Geburtsort : Wolfen  
Familienstand : ledig

## Schulbildung :

1982-1984 Allgemeinbildende Polytechnische Oberschule in Dessau  
1984-1991 Oberschule mit erweitertem Russischunterricht in Dessau  
1991-1994 Gymnasium „Philanthropinum“ in Dessau

## Zivildienst :

09/1994-11/1995 Zivildienst beim Deutschen Roten Kreuz Kreisverband Dessau e.V.,  
Ausbildung zum Rettungssanitäter

## Hochschulausbildung:

10/1995 Studium der Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-  
Wittenberg  
1997 Physikum  
1998 1. Staatsexamen

## **Selbständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, daß ich die Dissertation mit dem Titel

**„Untersuchung zu medizinpsychologischen Aspekten bei arbeitslosen Patienten“**

in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. H. Hennig selbst angefertigt habe und keine anderen als die darin angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Die aus anderen Quellen übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bastian Huhn



## **Hinweis auf Publikationen von Ergebnissen dieser Arbeit**

1.)Huhn B, Stück M: Medizinpsychologische Untersuchung zu Bewältigungsbesonderheiten bei arbeitslosen Patienten. In: Dauer S, Hennig H (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Beiträge zur Medizinischen Psychologie und zu Grenzgebieten, Band 1. Mitteldeutscher, Halle/S., 1999, S. 161-174

2.)Dreßler T, Huhn B, Stück M: Untersuchung zum Streßerleben von Patienten mit dem Streß-Entspannungstest (SET). In: Dauer S, Hennig H (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Beiträge zur Medizinischen Psychologie und zu Grenzgebieten, Band 1. Mitteldeutscher, Halle/S., 1999, S. 175-193

## **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Hiermit erkläre ich, daß nur dieser Antrag auf Eröffnung eines Promotionsverfahrens von mir eingereicht wurde und auch keine anderen Promotionsversuche zu einem früheren Zeitpunkt an dieser oder einer anderen Universität erfolgt sind.

Bastian Huhn

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. phil. habil. H. Hennig für die freundliche Überlassung des Themas bedanken.

Ein großer Dank gilt den wissenschaftlichen Mitarbeitern Herrn Dr. Dauer und Frau Meischner-Al-Mousawi, die mir durch viele Hinweise, Anregungen und Geduld beim Verfassen der Arbeit hilfreich zur Seite standen. Sie haben sich immer Zeit genommen, selbst wenn diese knapp war.

Ein herzliches Dankeschön richtet sich auch an das Team der Allgemeinarztpraxis Frau Dr. med. Hartung/ Frau Dr. med. Poskowski in Halle/ Lettin. Sowohl Ärztinnen als auch Schwestern waren sofort bereit, an der Studie teilzunehmen und unterstützten diese Arbeit in jeder Beziehung.

An dieser Stelle möchte ich auch meinen Eltern danken, die es mir ermöglichten, das Medizinstudium aufzunehmen und diese Untersuchung frei von finanziellen Sorgen durchzuführen.

Besonderer Dank gilt meiner Verlobten und zukünftigen Ehefrau Severine Völkner. Ihre Geduld, Unterstützung und Liebe in den letzten Jahren gaben mir Kraft und Rückhalt.