

Zwischen Lebensqualität zu T1 und Anzahl der Kausalattributionen zu T3 und T4 traten signifikante Beziehungen im längsschnittlichen Verlauf auf. Bedeutsame Zusammenhänge fanden sich für die Lebensqualität zu T1 und Anzahl der Kausalattributionen zu T3 und T4 (T3: $r = -.21$; $p < .01$; T4: $r = -.25$; $p < .01$) auf. Eine große Anzahl an Kausalattributionen war mit negativer Lebensqualität assoziiert (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37

Korrelationen zwischen Anzahl der Kausalattributionen und Depressivität sowie globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität zu T1, T3 und T4

	Anzahl der Kausal- attributionen T1	Anzahl der Kausal- attributionen T3	Anzahl der Kausal- attributionen T4
Depressivität T1	.06	.14 ⁺	.21**
Depressivität T3	.12	.21*	.17*
Depressivität T4	.11	.23**	.33***
GGLQ T1	-.09	-.21**	-.25**
GGLQ T3	.04	-.01	-.08
GGLQ T4	-.09	-.02	-.10

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$, GGLQ = Globale gesundheitspezifische Lebensqualität.

4.5 Mediatormodell: Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien (T1), Bewältigung (T3) und Depressivität bzw. Lebensqualität (T4)

Zwei Ansätze zur Testung von Mediatormodellen werden beschrieben sowie deren Relevanz für die Überprüfung des Common Sense Model of Illness Representation herausgestellt. Anschließend wird das Modell überprüft. Dazu werden Korrelationen, Regressionen und Strukturgleichungsmodelle berechnet. Prädiktorvariablen sind die drei Dimensionen subjektiver Krankheitstheorien (Kausalattributionen, Kontrolle, Dauer) zu T1. Als Mediatoren werden die fünf Strategien zur Krankheitsverarbeitung (aktive Krankheitsverarbeitung, positive Umdeutung, Sinnfindung, vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut sowie Selbstanklage) zu T3 geprüft. Als Kriteriumsvariablen werden Depressivität und Lebensqualität zu T4 ausgewählt.

4.5.1 Klassischer Ansatz zur Testung eines Mediatormodells nach Baron und Kenny (1986)

Das klassische Vorgehen zur Überprüfung eines Mediatormodells wird von Baron und Kenny (1986) beschrieben. In der wissenschaftlichen Forschung wird dieser Ansatz häufig verwendet und gilt bis heute als sehr einflussreich. Baron und Kenny treffen folgende Annahmen:

1. Ausgangs- und Kriteriumsvariablen stehen zueinander in Beziehung. Dies wird durch lineare Regression überprüft.
2. Ebenso wird der Zusammenhang zwischen Ausgangsvariable und Mediator festgestellt.
3. Multiple Regressionen werden berechnet, um den Einfluss des Mediators auf die Kriteriumsvariable zu bestimmen, dabei müssen die Ausgangsvariable konstant gehalten werden.
4. Das Mediatormodell wird mittels multipler Regression überprüft. Ein Zusammenhang wird vollständig mediiert, wenn der Effekt der Ausgangs- auf die Kriteriumsvariable Null wird.

Dieses Vorgehen wird von MacKinnon (2000) sowie Shrout und Bolger (2002) kritisiert. Sie schlagen folgendes alternatives Vorgehen vor:

4.5.2 Alternativer Ansatz von MacKinnon (2000) und Shrout & Bolger (2002)

MacKinnon und Kollegen (MacKinnon, 2000; MacKinnon, Krull & Lockwood, 2000; MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West & Sheets, 2002; Shrout und Bolger (2002) sowie Collins, Graham und Flaherty (1998) weisen in ihren Arbeiten auf einige Schwierigkeiten hin, die mit dem Ansatz von Baron und Kenny (1986) verbunden sind. Kritisiert wird vor allem der erste Schritt der Analysen: Der Zusammenhang zwischen Ausgangsvariable und Kriteriumsvariable, der durch lineare Regressionsanalysen nachgewiesen werden muss. Collins, Graham und Flaherty (1998) verweisen darauf, dass die Zusammenhänge zwischen Ausgangsvariablen, Mediatoren und Kriteriumsvariablen in vielen Fällen durch dieses Vorgehen nicht ausreichend erfasst werden können. Sie plädieren dafür, dass der erste Schritt im klassischen Vorgehen von Baron und Kenny (1986) entfällt. Collins, Graham und Flaherty (1998) sowie MacKinnon und Kollegen (MacKinnon, 2000; MacKinnon, Krull & Lockwood, 2000; MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West & Sheets,

2002) begründen dies damit, dass Suppressoreffekte vorhanden sein könnten, die durch die einfachen Analysen zwischen Ausgangs- und Kriteriumsvariablen unerkannt bleiben. Im Extremfall könnten distale und proximale Effekte unterschiedliche Vorzeichen haben und sich gegenseitig aufheben. Shrout und Bolger (2002) weisen darauf hin, dass proximale Effekte zwischen der Ausgangsvariable und dem Mediator bzw. dem Mediator und der Kriteriumsvariable stärker ausgeprägt sein können als der distale Effekt zwischen Ausgangs- und Kriteriumsvariable. Wird der standardisierte Effekt zwischen Ausgangsvariable und Mediator größer als .7, dann wirkt sich die Kollinearität negativ auf den mediierten Pfad aus, d. h. dieser hat eine geringere Teststärke.

Shrout und Bolger (2002) schlagen alternativ zum klassischen Vorgehen vor,

1. die Beziehungen zwischen Ausgangsvariable und Mediator mit einer Regressionsanalyse zu überprüfen sowie
2. die Beziehungen zwischen Mediator und Kriteriumsvariable ebenso festzustellen, wenn Suppressoreffekte angenommen werden können.

In der aktuellen Arbeit werden die Ansätze von Baron und Kenny (1986) sowie Shrout und Bolger (2002) integriert. Da auch unmedierte Einflüsse subjektiver Krankheitstheorien auf die Lebensqualität und Depressivität angenommen werden, wird folgende Vorgehensweise favorisiert:

1. Die Beziehungen zwischen den Mediatoren und Kriteriumsvariablen werden mit Regressionsanalysen überprüft.
2. Die Zusammenhänge zwischen den Ausgangsvariablen und den Mediatoren werden ebenso bestimmt.
3. Hierarchische Regressionen für die Kriteriumsvariablen werden mit den Ausgangsvariablen und den Mediatoren berechnet.

4.5.3 Auswahl der Variablen und Messzeitpunkte zur Testung des Common Sense Model of Illness Representation (Mediatormodell)

Um die Mediatorfunktion des Bewältigungsverhaltens zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität bzw. Depressivität im Common Sense Model of Illness Representation zu überprüfen, sind in nichtexperimentellen Studien längsschnittliche Daten zwingend notwendig (Shrout & Bolger, 2002). In das Modell

Tabelle 38

Korrelationen: Subjektive Krankheitstheorien (T1), Bewältigungsverhalten (T3) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (T4)

	u1	u2	u3	u4	u5	u6	u7	Anzahl	kD	ID	Kh	Se
Ursachen T1												
u1 Vererbung	1	.14 ⁺	.12	.05	.20**	-.04	-.06	.44 ***	-.02	.04	-.07	.23 *
u2 Stress		1	.18 *	.29***	.22**	-.06	.05	.53 ***	-.08	.00	-.09	.09
u3 Verhalten			1	.31***	.23**	-.15 ⁺	.05	.46 ***	.00	.04	-.08	-.12
u4 Umweltverschmutzung				1	.32***	-.15 ⁺	.04	.50 ***	.14	-.06	-.01	.12
u5 Charakter					1	.01	.08	.50 ***	.08	-.03	.02	.19*
u6 Schicksal						1	.16*	.22 ***	-.03	-.02	-.02	.03
u7 Gottes Wille							1	.35 ***	-.01	-.08	.04	.13
Anzahl der Kausalattributionen								1	-.04	-.05	-.09	.14
Dauer T1												
kD kurz									1	-.57***	-.17 ⁺	-.03
ID lang										1	.24**	.13
Kh Krankenhausentlassung											1	.13
Se Selbständigkeit												1
Kontrolle T1												
iK Internale Kontrolle												
Zufriedenheit (Bewältigung, OP, Genesungsfortschritt, Angehörige)												

	iK	ak	sf	pu	vw	sa	depres	qol1	qol2	qol3	qol4	qol5
Ursachen T1												
u1 Vererbung	.03	-.04	.02	-.08	.15 ⁺	.15 ⁺	.06	-.03	-.08	.04	.07	.02
u2 Stress	-.11	.04	.01	-.11	.23**	.03	.15 ⁺	-.12	-.15 ⁺	.12	.19*	.06
u3 Verhalten	-.02	-.09	-.09	-.02	-.08	.29***	.08	-.02	-.03	.10	.06	.07
u4 Umweltverschmutzung	.03	.08	.03	.04	.08	.15 ⁺	.22**	.00	-.03	.07	.17*	.09
u5 Charakter	.11	-.11	-.02	-.08	.02	.21**	.08	-.05	-.08	.08	.06	.08
u6 Schicksal	-.04	.06	.01	-.01	-.02	-.08	-.13	.13 ⁺	.12	-.05	-.07	-.04

	iK	ak	sf	pu	vw	sa	depres	qol1	qol2	qol3	qol4	qol5
u7 Gottes Wille	.14 ⁺	-.04	.11	.04	.06	-.03	-.09	.11	.06	-.14 ⁺	.06	-.05
Anzahl der Kausalattributionen	-.01	-.04	-.01	-.12	.13	.16*	.11	-.06	-.11	.08	.18*	.09
Dauer T1												
kD kurz	.25**	.13	.15 ⁺	.25**	-.02	.09	-.20*	.29***	.27**	-.16*	-.18*	-.28**
ID lang	-.08 ⁺	-.15 ⁺	-.10	-.20*	.04	-.12	.03	-.10	-.09	.11	-.04	.10
Kh Krankenhauserlassung	.15	.05	.26**	.08	.13	.00	-.03	-.08	-.10	.09	.05	.09
Se Selbständigkeit	.02	.13	.23*	.02	.12	.10	.02	-.05	-.16	.09	.18 ⁺	.21*
Kontrolle T1												
iK Internale Kontrolle	1	.38***	.44***	.34***	.01	.04	-.14	.15 ⁺	.15 ⁺	-.01	-.11	-.09
Krankheitsverarbeitung T3												
ak aktive Krankheitsverarbeitung		1	.52***	.52***	.01	.04	-.13	.12	.05	.13	-.02	.05
sf Sinnfindung			1	.58***	.14 ⁺	.06	-.13	.19*	.17*	-.01	-.03	-.11
pu Positive Umdeutung				1	-.13	.00	-.27**	.22**	.23**	.05	-.10	-.16 ⁺
vw Vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut					1	.28***	.45***	-.21**	-.20**	.26***	.23**	.33***
sa Selbstanklage						1	.27**	-.09	-.09	.22**	.14 ⁺	.17*
Wohlbefinden/ Lebensqualität T4												
depress Depressivität							1	-.60***	-.56***	.48***	.50***	.54***
qol1 Gesundheitszustand								1	.88***	-.58***	-.68***	-.72***
qol2 Lebensqualität									1	-.50***	-.63***	-.73***
qol3 Schmerzen										1	.55***	.51***
qol4 Fatigue											1	.71***
qol5 Beeinträchtigung												1

Anmerkungen. ⁺ p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

wurden subjektive Krankheitstheorien zu T1, Bewältigungsverhalten zu T3 und Lebensqualität bzw. Depressivität zu T4 einbezogen.

In Tabelle 38 sind alle quer- und längsschnittlichen Korrelationen der eingeschlossenen Variablen und Skalen zusammengefasst. In die Analysen werden die fünf Skalen für Bewältigungsverhalten (T3: aktive Krankheitsverarbeitung, positive Umdeutung, Sinnfindung, vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut, Selbstanklage) und Skalen bzw. Indikatoren für Lebensqualität und Depressivität (T4) berücksichtigt.

Anhand der beschriebenen Kriterien werden zunächst folgende Variablen und Skalen für das Ausgangsmodell ausgewählt (siehe Tabelle 38):

Subjektive Krankheitstheorien	Bewältigungsverhalten	Lebensqualität und emotionales Wohlbefinden
<i>Kausalattribution</i>	<i>Aktive</i>	<i>Globale</i>
Stress und seelische Belastungen	<i>Krankheitsverarbeitung</i> (Handlung, Kampfgeist, Informationssuche, Instrumentelle Hilfe einfordern, Planen)	<i>gesundheitsbezogene Lebensqualität</i>
Verhalten	<i>Positive Umdeutung</i>	Wahrgenommener Gesundheitszustand
Umweltverschmutzung	(positive Umdeutung, Humor, Akkommodation, optimistischer sozialer Vergleich, Abwärtsvergleich)	Subjektive Lebensqualität
Charakter	<i>Sinnfindung</i>	<i>Spezifische Indikatoren für Lebensqualität</i>
Anzahl	<i>Vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut</i> (Verleugnung, Rumination, Ärger)	Schmerzen
<i>Wahrgenommene Kontrolle</i>	<i>Selbstanklage</i>	Fatigue
internal		Beeinträchtigung
<i>Erwartete Dauer</i>		<i>Emotionales Wohlbefinden</i>
kurz		Depressivität
lang		
Krankenhausaufenthalt		
Selbständigkeit		

Um den möglichen Mediatorstatus von Bewältigungsverhalten (T3) zwischen subjektiven Krankheitstheorien (T1) und Lebensqualität bzw. Depressivität (T4) zu überprüfen, wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Es wurden diejenigen Bewältigungsstrategien zu T3 für die Regressionsanalysen ausgewählt, die signifikant mit Depressivität oder Lebensqualität zu T4 korrelierten. Für subjektive Krankheitstheorien (T1) wurden diejenigen Items in die Berechnungen einbezogen, die mit mindestens einer dieser Bewältigungsskalen (T3) oder mit Lebensqualität bzw. Depressivität (T4) statistisch bedeutsam korrelierten. Mit hierarchischen Regressionsanalysen wurden fünf Modelle überprüft, die sich hinsichtlich der Kriteriumsvariablen unterschieden. Die ersten beiden Modelle überprüften den Einfluss auf die globale gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Depressivität (T4). Weitere drei Modelle untersuchten den Einfluss von subjektiven Krankheitstheorien (T1) und Bewältigungsverhalten (T3) auf Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung (T4). Multikollinearität der Prädiktoren wurde mit dem Varianz-Inflations-Faktor überprüft. Sie trat bei den folgenden Regressionen nicht auf.

4.5.4 Schritt 1: Vorhersage von Depressivität und Lebensqualität durch Bewältigung

Für die Regressionsanalyse mit Depressivität bzw. Lebensqualität zu T4 als Kriteriumsvariablen wurden die fünf Bewältigungsstrategien zu T3 als Prädiktoren verwendet. Depressivität (T4) wurde durch die Skalen Selbstanklage sowie vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (T3) bedeutsam vorhergesagt. Die beiden Bewältigungsstrategien klärten 27% der Varianz von Depressivität auf (Tabelle 39).

Subjektive Lebensqualität und wahrgenommene Gesundheit (T4) wurden durch die Skalen positive Umdeutung sowie vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (T3) bedeutsam vorhergesagt ($p < .10$). Zehn Prozent der Varianz wurde jeweils aufgeklärt (Tabelle 40 und Tabelle 41).

Tabelle 39

Vorhersage von Depressivität zu T4 durch Bewältigung zu T3 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
aktive KV	.00	.64	.00
positive Umdeutung	-.99	.70	-.15
Sinnfindung	-.53	.58	-.09
vermeidende KV und Wut	2.18	.45	.39 ***
Selbstanklage	1.21	.51	.18 *

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabelle 40

Vorhersage von subjektiver Lebensqualität zu T4 durch Bewältigung zu T3 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
aktive KV	-.24	.21	-.12
positive Umdeutung	.35	.23	.17 ⁺
Sinnfindung	.28	.19	.16
vermeidende KV und Wut	-.31	.15	-.19 *
Selbstanklage	-.09	.16	-.05

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabelle 41

Vorhersage von wahrgenommener Gesundheit zu T4 durch Bewältigung zu T3 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
aktive KV	-.04	.20	-.02
positive Umdeutung	.20	.22	.10
Sinnfindung	.29	.18	.17
vermeidende KV und Wut	-.33	.14	-.20 *
Selbstanklage	-.08	.16	-.04

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

4.5.5 Schritt 2: Vorhersage von Bewältigungsverhalten durch subjektive Krankheitstheorien

Weitere Regressionsanalysen wurden für die als bedeutsam ermittelten Skalen zur Bewältigung (T3: positive Umdeutung, Selbstanklage sowie vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut) mit denjenigen Items für subjektive Krankheitstheorien zu T1 berechnet, die bedeutsam mit den Mediatoren korrelierten (Tabelle 38). Für *positive Umdeutung* (T3) wurde der Einfluss von *antizipierter langer Krankheitsdauer* und *interner Kontrolle* bedeutsam, wodurch 18% der Varianz sich aufklärte (Tabelle 42).

Für die Skala *Vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut* (T3) wurde die Kausalattribution *Stress und seelische Belastungen* in die Regression eingeführt. Der statistisch bedeutsame Einfluss klärte 5% der Varianz auf (siehe Tabelle 43).

Tabelle 42

Vorhersage von positiver Umdeutung zu T3 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
erwartete kurze Dauer	.04	.06	.07
erwartete lange Dauer	-.09	.05	-.18 ⁺
internale Kontrolle	.17	.04	.33 ***

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabelle 43

Vorhersage von vermeidender Krankheitsverarbeitung und Wut zu T3 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
Stress und seelische Belastungen	.16	.06	.23 **

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Die Regressionsanalysen für *Selbstanklage* (T3) wurden mit den Kausalattributionen *Verhalten*, *Charakter* sowie *Anzahl der Kausalattributionen* (T1) durchgeführt. Beide

Ursachenzuschreibungen (T1) sagten Selbstanklage (T3) bedeutsam voraus, 11% der Varianz wurde dadurch erklärt. Die Anzahl der Kausalattributionen (T1) leistete keinen Beitrag bei der Vorhersage von Selbstanklage zu T3 (Tabelle 44).

Tabelle 44

Vorhersage von Selbstanklage zu T3 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
eigenes Verhalten	.20	.06	.27 **
eigener Charakter	.15	.08	.17 +
Anzahl der Kausalattributionen	-.02	.04	-.05

Anmerkungen. + $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

4.5.6 Schritt 3: Hierarchische Regressionsanalysen zur Vorhersage von Depressivität und Lebensqualität zu T4

Um die Mediatorhypothese vollständig zu testen, wurden hierarchische Regressionsanalysen im ersten Schritt mit den Skalen und Items für subjektive Krankheitstheorien zu T1 berechnet, die die bedeutsamen Bewältigungsstrategien zu T3 vorhersagten (siehe Abschnitt 4.5.5) oder mit den Kriteriumsvariablen zu T4 korrelierten (Tabelle 38). Im zweiten Schritt wurden die bedeutsamen Bewältigungsstrategien hinzugefügt (siehe Abschnitt 0). Im dritten Schritt wurde zusätzlich das Ausgangsniveau (T1) der Kriteriumsvariablen kontrolliert.

4.5.6.1 Lebensqualität

Im ersten Schritt wurden internale Kontrolle, erwartete kurze und lange Krankheitsdauer und die Kausalattributionen Stress (T1) in die Regression eingeführt. Im zweiten Schritt wurden vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut sowie positive Umdeutung (T3) in das Modell aufgenommen, im letzten Schritt wurde für das Ausgangsniveau von globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität (T1) kontrolliert.

Tabelle 45

Vorhersage von globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigungsverhalten zu T3 (hierarchische Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R²</i>	<i>DR²</i>
1. Schritt					
internale Kontrolle	1.60	1.71	.09		
kurze Dauer	5.17	2.11	.27 *		
lange Dauer	.68	2.00	.04		
Stress	-1.40	1.75	-.07	.06	.10 *
2. Schritt					
internale Kontrolle	.49	1.78	.03		
kurze Dauer	5.09	2.07	.27 *		
lange Dauer	1.32	1.98	.07		
Stress	-.50	1.75	-.03		
positive Umdeutung	5.20	3.35	.15		
vermeidende KV und Wut	-4.74	2.42	-.17 *	10.	.05 ⁺
3. Schritt					
internale Kontrolle	.45	1.78	.02		
kurze Dauer	4.51	2.17	.24 *		
lange Dauer	1.26	1.98	.07		
Stress	-.28	1.76	-.02		
positive Umdeutung	4.99	3.36	.14		
vermeidende KV und Wut	-4.35	2.46	-.16 ⁺		
globale gesundheitsbezogene Lebensqualität (T1)	.08	.09	.09	.10	.01

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Die antizipierte kurze Dauer der Erkrankung (drittes Modell: $b = .24$; $p < .05$) blieb bei der Vorhersage der Lebensqualität signifikant und war der einzige bedeutsame Prädiktor, wenn Lebensqualität zum ersten Messzeitpunkt in die Regression aufgenommen wurde (dritter Schritt). Das Ausgangsmodell klärte 10% der Varianz auf, der Zuwachs an Varianzaufklärung im zweiten und dritten Modell war 5% bzw. 1%. Tabelle 45 fasst die Ergebnisse zusammen.

4.5.6.2 *Depressivität*

Im ersten Schritt der Modellüberprüfung zur Vorhersage von Depressivität wurden zunächst *internale Kontrolle*, *erwartete kurze Krankheitsdauer* und die Kausalattributionen *Stress*, *Verhalten*, *Charakter* und *Umweltverschmutzung* (T1) getestet. Im zweiten Schritt wurden *Selbstanklage* sowie *vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut* (T3) in die Analysen aufgenommen. Das dritte Modell kontrollierte zusätzlich das Ausgangsniveau (T1) von Depressivität. Der erste Schritt der Modellprüfung brachte eine Varianzaufklärung von 11%, die weiteren Schritte erklärten weitere 13% bzw. 5% der Varianz. Der bedeutsame Einfluss der Kausalattribution *Umweltverschmutzung* blieb in allen drei Modellen erhalten (drittes Modell: $b = .21$; $p < .03$). Zudem waren *vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut* zu T3 (drittes Modell: $b = .25$; $p = .01$) und *Depressivität* zu T1 (drittes Modell: $b = .26$; $p < .01$) entscheidende Prädiktoren für *Depressivität* zu T4 (Tabelle 46).

Tabelle 46

Vorhersage von Depressivität zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigungsverhalten zu T3 (hierarchische Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R²</i>	<i>DR²</i>
1. Schritt					
internale Kontrolle	.01	.34	.00		
kurze Dauer	-.58	.36	-.16		
Stress	.22	.38	.06		
Verhalten	-.60	.43	-.14		
Charakter	.21	.53	.04		
Umweltverschmutzung	1.15	.42	.28 **	.06	.11 +
2. Schritt					
internale Kontrolle	.01	.32	.02		
kurze Dauer	-.65	.34	-.18 +		
Stress	.04	.37	.01		
Verhalten	-.53	.42	-.12		
Charakter	.40	.50	.08		
Umweltverschmutzung	.95	.40	.23 *		
vermeidende KV					
und Wut	1.73	.50	.33 ***		
Selbstanklage	.85	.65	.13	.18	.13 ***

(Fortsetzung nächste Seite)

(Fortsetzung)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R</i> ²	<i>DR</i> ²
3. Schritt					
internale Kontrolle	.24	.32	.07		
kurze Dauer	-.55	.33	-.15 ⁺		
Stress	-.07	.36	-.02		
Verhalten	-.55	.41	-.13		
Charakter	.41	.49	.08		
Umweltverschmutzung	.87	.39	.21 [*]		
vermeidende KV					
und Wut	1.32	.51	.25 ^{**}		
Selbstanklage	1.00	.63	.15		
Depressivität (T1)	.22	.08	.26 ^{**}	.23	.05 ^{**}

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

4.5.7 Vorhersage von Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung durch Bewältigungsverhalten und subjektive Krankheitstheorien

Schmerzen zu T4 wurden durch aktive Krankheitsverarbeitung, Sinnfindung, Selbstanklage sowie vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (T3) vorhergesagt. Die aufgeklärte Varianz betrug 13%. Vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut zu T3 prädizierte Fatigue zu T4, wodurch 7% der Varianz aufgeklärt wurde. Aktive Krankheitsverarbeitung, Sinnfindung sowie vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (T3) sagten Beeinträchtigung zu T4 ($p < .10$) vorher, die Varianzaufklärung betrug 17% (Tabelle 47 bis Tabelle 49).

Tabelle 47

Vorhersage von Schmerzen zu T4 durch Bewältigungsverhalten zu T3 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
aktive KV	7.00	3.86	.17 ⁺
positive Umdeutung	4.77	4.08	.12
Sinnfindung	-7.08	3.38	-.22 [*]
vermeidende KV und Wut	8.16	2.65	.26 ^{**}
Selbstanklage	5.76	2.94	.16 [*]

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabelle 48
Vorhersage von *Fatigue* zu T4 durch Bewältigungsverhalten zu T3 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
aktive KV	.89	3.98	.02
positive Umdeutung	-2.36	4.21	-.06
Sinnfindung	-1.33	3.48	-.04
vermeidende KV und Wut	6.38	2.74	.20 *
Selbstanklage	3.07	3.04	.08

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabelle 49
Vorhersage von *Beeinträchtigung* zu T4 durch Bewältigungsverhalten zu T3 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
aktive KV	9.70	4.50	.20 *
positive Umdeutung	-5.01	4.79	-.11
Sinnfindung	-7.91	3.97	-.20 *
vermeidende KV und Wut	12.16	3.12	.32 ***
Selbstanklage	3.78	3.45	.09

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabelle 50
Vorhersage von *aktiver Krankheitsverarbeitung* zu T3 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
internale Kontrolle	.20	.04	.38 ***

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Der Einfluss subjektiver Krankheitstheorien zu T1 auf aktive Krankheitsverarbeitung und Sinnfindung zu T3 wurde mit Regressionsanalysen überprüft. Dafür wurden diejenigen Skalen und Items für subjektive Krankheitstheorien ausgewählt, die bedeutsam mit den beiden Bewältigungsstrategien korrelierten (Tabelle 38).

Internale Kontrolle zu T1 sagte aktive Krankheitsverarbeitung zu T3 vorher. Die aufgeklärte Varianz betrug 14%. Internale Kontrolle und die spezifischen Erwartungen zur Krankheitsdauer (T1) prädizierten Sinnfindung zu T3. Dadurch wurde 16% der Varianz erklärt. Besonders eng waren die positiven Beziehungen zwischen den beiden Bewältigungsstrategien zu T3 und internaler Kontrolle zu T1 (aktive Krankheitsverarbeitung: $b = .38; p < .001$; Sinnfindung: $b = .34; p < .001$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 50 und Tabelle 51 zusammengefasst.

Tabelle 51

Vorhersage von Sinnfindung zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 (Lineare Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>
internale Kontrolle	.20	.06	.34 ***
erwartete Krankenhausverweildauer	.06	.06	.10
erwartete Zeit bis zur eigenen Selbständigkeit	.00	.00	.18 ⁺

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

4.5.8 Hierarchische Regressionsanalysen für Schmerzen, Fatigue und Beeinträchtigung

Die Mediatorhypothese wurde mit hierarchischen Regressionsanalysen geprüft. Alle Items und Skalen von subjektiven Krankheitstheorien zu T1, die bedeutsam mit den Kriteriumsvariablen korrelierten (Tabelle 38) oder die die relevanten Bewältigungsstrategien (siehe Abschnitt 4.5.7) prädizierten, wurden als erstes in die Regressionsanalysen eingeführt. Im zweiten Modell wurden zusätzlich die Bewältigungsstrategien zu T3 hinzugefügt, die mit Schmerzen, Fatigue bzw. Beeinträchtigung zu T4 assoziiert waren. Schließlich wurde im dritten Modell das Ausgangsniveau (T1) der Kriteriumsvariablen kontrolliert.

4.5.8.1 Schmerzen

Für die Vorhersage von Schmerzen wurden die Prädiktoren *erwartete Krankenhausverweildauer* und *Zeitraum bis zur eigenen Selbständigkeit*, *antizipierte kurze Krankheitsdauer*, *internale Kontrolle* sowie die Kausalattributionen *Stress*, *Verhalten* und *Charakter* (T1) im ersten Schritt getestet. Keiner dieser Prädiktoren eignete sich zur Vorhersage von Schmerzen zu T4.

Tabelle 52

Vorhersage von Schmerzen zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigungsverhalten zu T3 (hierarchische Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R²</i>	<i>DR²</i>
1. Schritt					
internale Kontrolle	.81	2.18	.04		
kurze Dauer	.36	2.48	.02		
Krankenhausaufenthalt	.59	.38	.16		
Selbständigkeit	.02	.05	.05		
Stress	2.54	2.51	.11		
Verhalten	1.39	2.75	.06		
Charakter	2.49	3.50	.08	.00	.07
2. Schritt					
internale Kontrolle	.11	2.41	.01		
kurze Dauer	-.26	2.47	-.01		
Krankenhausaufenthalt	.56	.40	.16		
Selbständigkeit	.01	.03	.04		
Stress	1.55	2.52	.07		
Verhalten	1.57	2.81	.06		
Charakter	2.16	3.60	.07		
aktive KV	12.29	5.35	.29 *		
Sinnfindung	-6.74	4.33	-.20		
vermeidende KV und Wut	3.15	3.66	.10		
Selbstanklage	5.96	4.43	.16	.06	.10 *
3. Schritt					
internale Kontrolle	.11	2.31	.01		
kurze Dauer	1.04	2.40	.05		
Krankenhausaufenthalt	.34	.39	.10		
Selbständigkeit	.01	.03	.02		
Stress	1.93	2.41	.09		
Verhalten	3.00	2.73	.12		
Charakter	1.11	3.46	.04		

(Fortsetzung nächste Seite)

(Fortsetzung)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R²</i>	<i>DR²</i>
aktive KV	11.60	5.12	.27 *		
Sinnfindung	-6.11	4.15	-.18		
vermeidende KV und Wut	3.74	3.51	.12		
Selbstanklage	3.94	4.29	.11		
Schmerzen (T1)	.40	.14	.31 **	.14	.08 **

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Der zweite und dritte Schritt klärten 10% bzw. 8% Varianz auf, wobei aktive Krankheitsverarbeitung zu T3 (drittes Modell: $b = .27$; $p < .03$) und das Ausgangsniveau von Schmerzen zu T1 (drittes Modell: $b = .31$; $p < .01$) wichtige Prädiktoren waren (siehe Tabelle 52). Je mehr eine Person aktive Krankheitsverarbeitung zu T3 anwendete, desto stärkere Schmerzen berichtete sie zu T4 (Tabelle 52).

4.5.8.2 *Fatigue*

Für die Vorhersage von *Fatigue* zu T4 wurden die *antizipierte kurze Krankheitsdauer*, *internale Kontrolle*, die *Anzahl der Kausalattributionen* und die Ursachen *Stress* und *Umweltverschmutzung* (T1) im ersten Schritt geprüft. Nacheinander wurden *vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut* (T3) sowie *Fatigue* zu T1 in das Modell eingeführt (zweiter und dritter Schritt).

Tabelle 53

Vorhersage von Fatigue zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigungsverhalten zu T3 (hierarchische Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R²</i>	<i>DR²</i>
1. Schritt					
internale Kontrolle	-.24	1.85	-.01		
kurze Dauer	-3.36	1.97	-.15 ⁺		
Stress	2.27	2.24	.10		
Umweltverschmutzung	4.38	2.45	.18 ⁺		
Anzahl d. Ursachen	.40	1.47	.03	.04	.08 ⁺

(Fortsetzung nächste Seite)

(Fortsetzung)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R²</i>	<i>DR²</i>	
2. Schritt						
internale Kontrolle	-.30	1.83	-.01			
kurze Dauer	-3.36	1.95	-.15 ⁺			
Stress	1.46	2.25	.07			
Umweltverschmutzung	4.37	2.42	.18 ⁺			
Anzahl d. Ursachen	.34	1.44	.03			
vermeidende KV und Wut	5.32	2.70	.17 ⁺	.06	.03	*
3. Schritt						
internale Kontrolle	.02	1.76	.00			
kurze Dauer	-1.33	1.96	-.06			
Stress	-.60	2.24	-.03			
Umweltverschmutzung	2.88	2.36	.12			
Anzahl d. Ursachen	.77	1.39	.06			
vermeidende KV und Wut	3.59	2.64	.12			
Fatigue (T1)	.30	.09	.32 ^{***}	.14	.08	***

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Während das Ausgangsmodell 4% der Varianz aufklärte, brachten die beiden anderen Modelle 6% bzw. 14% Zuwachs. Der Einfluss der Kausalattribution Umweltverschmutzung (T1; zweites Modell: $b = .18$; $p = .07$), der erwarteten kurzen Erkrankungsdauer (T1; zweites Modell: $b = -.15$; $p < .09$) und vermeidender Krankheitsverarbeitung und Wut (T3; zweites Modell: $b = .17$; $p = .05$) ging verloren, wenn für das Ausgangsniveau von Fatigue (T1) kontrolliert wurde. Das Ausgangsniveau erwies sich als einziger bedeutender Prädiktor für Fatigue zu T4 ($b = .32$; $p = .001$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 53 zusammengefasst.

4.5.8.3 Beeinträchtigung

Im ersten Schritt zur Vorhersage von Beeinträchtigung wurden zunächst *internale Kontrolle*, *erwartete Krankenhausverweildauer* und Zeitraum bis zur eigenen *Selbständigkeit*, *antizipierte kurze Krankheitsdauer* und die Kausalattribution *Stress* (T1) getestet. Im zweiten Schritt wurden zudem *Sinnfindung*, *aktive Krankheitsverarbeitung* sowie *vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut* (T3) in die Analysen aufgenommen. Im dritten Modell wurde für das Ausgangsniveau von Beeinträchtigung (T1) kontrolliert. Das Ausgangsmodellklärte 14% der Varianz auf, der Zuwachs an Varianzaufklärung im zweiten und dritten Schritt

betrug 13% bzw. 5%. Die erwartete Dauer bis zur eigenen Selbständigkeit (drittes Modell: $b = .24$; $p = .01$) und die Bewältigungsstrategien aktive Krankheitsverarbeitung (drittes Modell: $b = .31$; $p < .01$), Sinnfindung (drittes Modell: $b = -.28$; $p < .02$) sowie vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (drittes Modell: $b = .21$; $p < .04$) blieben auch dann noch bedeutsame Prädiktoren für Beeinträchtigung zu T4, wenn für das Ausgangsniveau der Kriteriumsvariable kontrolliert wurde (drittes Modell: $b = .24$; $p < .02$). Tabelle 54 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 54

Vorhersage von Beeinträchtigung zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigungsverhalten zu T3 (hierarchische Regressionsanalyse)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>b</i>	<i>adj. R²</i>	<i>DR²</i>	
1. Schritt						
internale Kontrolle	-1.27	2.35	-.05			
kurze Dauer	-5.11	2.68	-.20 ⁺			
Krankenhausaufenthalt	.60	.42	.15			
Selbständigkeit	.08	.04	.21 [*]			
Stress	1.67	2.51	.07	.09	.14	[*]
2. Schritt						
internale Kontrolle	-1.49	2.46	-.06			
kurze Dauer	-5.55	2.57	-.21 [*]			
Krankenhausaufenthalt	.48	.42	.12			
Selbständigkeit	.07	.04	.20 [*]			
Stress	.06	2.41	.00			
aktive KV	14.30	5.32	.30 ^{**}			
Sinnfindung	-10.08	4.56	-.25 [*]			
vermeidende KV und Wut	10.05	3.60	.28 ^{**}	.20	.13	^{**}
3. Schritt						
internale Kontrolle	-1.53	2.39	-.07			
kurze Dauer	-3.77	2.61	-.14			
Krankenhausaufenthalt	.43	.41	.11			
Selbständigkeit	.09	.04	.24 [*]			
Stress	-.22	2.35	-.01			
aktive KV	15.13	5.19	.31 ^{**}			
Sinnfindung	-11.02	4.45	-.28 ^{**}			
vermeidende KV und Wut	7.72	3.64	.21 [*]			
Beeinträchtigung (T1)	.20	.08	.24 [*]	.24	.05	[*]

Anmerkungen. ⁺ $p < .10$; ^{*} $p < .05$; ^{**} $p < .01$; ^{***} $p < .001$.

4.6 Strukturgleichungsmodell zum Zusammenhang von subjektiven Krankheitstheorien (T1), Bewältigung (T3) und Lebensqualität bzw. Depressivität (T4)

Anhand der hierarchischen Regressionen zu Depressivität und Lebensqualität zu T4 und einiger Zusatzannahmen wurde ein Strukturgleichungsmodell zur Überprüfung der kausalen Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien (T1), Bewältigung (T3) und Depressivität sowie Lebensqualität (T4) aufgestellt.

4.6.1 Vollständig mediertes Ausgangsmodell

Die Beziehungen zwischen den Skalen Selbstanklage und vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (T3), internale Kontrolle und erwartete kurze Krankheitsdauer und Lebensqualität und Depressivität (T4) erhielten aufgrund der hohen Interkorrelationen jeweils einen ungerichteten Pfad. Zudem wurden alle Pfade zwischen den drei Skalen zum Bewältigungsverhalten (T3) und der Lebensqualität bzw. Depressivität (T4) im Ausgangsmodell gesetzt (siehe Abbildung 32). Dieses Vorgehen wird von Collins, Graham und Flaherty (1998), Shrout und Bolger (2002) und MacKinnon, Warsi & Dwyer (1995) beschrieben und favorisiert. Getestet wurde zunächst das vollständige Mediatormodell, d. h. direkte Pfade zwischen subjektiven Krankheitstheorien (T1) und Lebensqualität bzw. Depressivität (T4) wurden nicht gesetzt. Das Ausgangsmodell ist in Abbildung 32 dargestellt. Das finale Modell mit allen signifikante Pfaden ($p < .10$) ist in Abbildung 33 dargestellt.

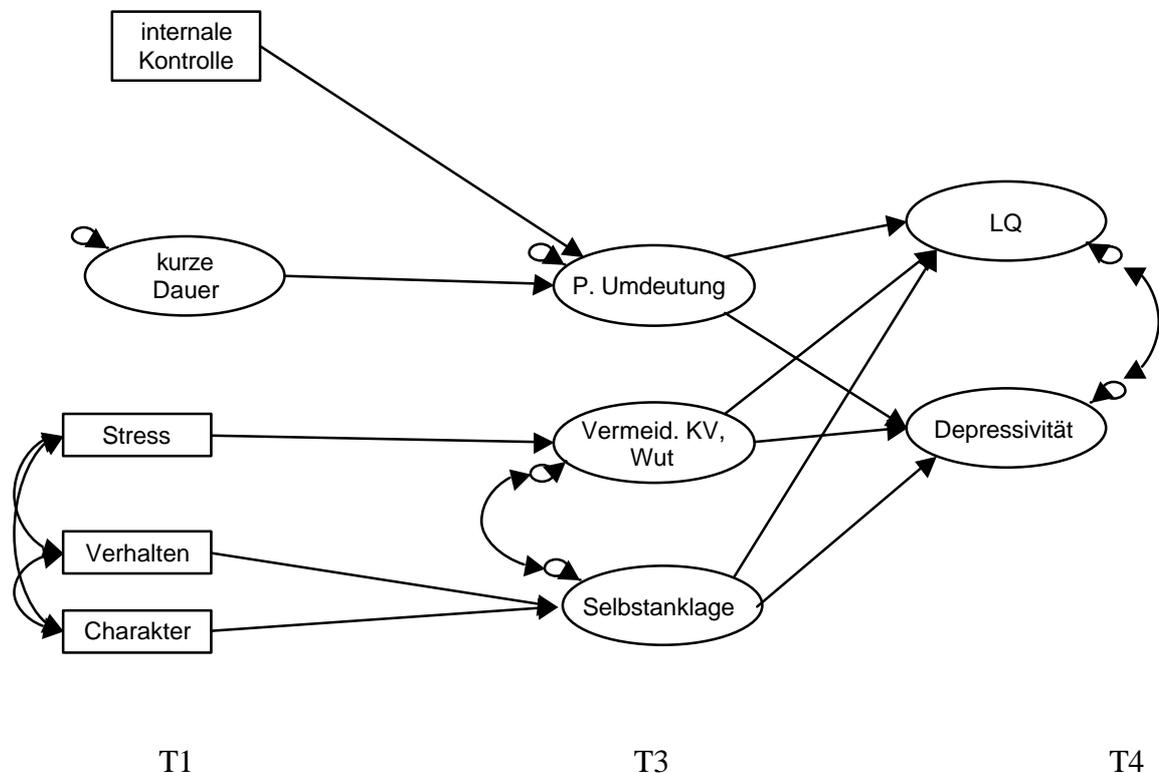


Abbildung 32. Vollständig mediiertes Ausgangsmodell zur Vorhersage von Depressivität und globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigung zu T3.

Anmerkungen. P. Umdeutung = positive Umdeutung, KV = Krankheitsverarbeitung, LQ = Lebensqualität

Der Zusammenhang zwischen interner Kontrolle (T1) und positiver Umdeutung (T3) war stark ausgeprägt ($.35; p < .001$). Positive Umdeutung sagte Lebensqualität ($.25; p < .01$) positiv und Depressivität ($-.24; p < .01$) negativ vorher. Die erwartete kurze Erkrankungsdauer (T1) wirkte sich, ebenfalls vermittelt durch positive Umdeutung, günstig auf die Lebensqualität und Depressivität aus. Die Kausalattribution Stress (T1) hatte, mediiert durch vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut (T3), einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität und einen positiven auf die Depressivität (T4). Die Attributionen auf das

eigene Verhalten und den eigenen Charakter zu T1 sagten, vermittelt durch Selbstanklage zu T3, Depressivität zu T4 vorher. Der Modellfit war gut (Tabelle 55).

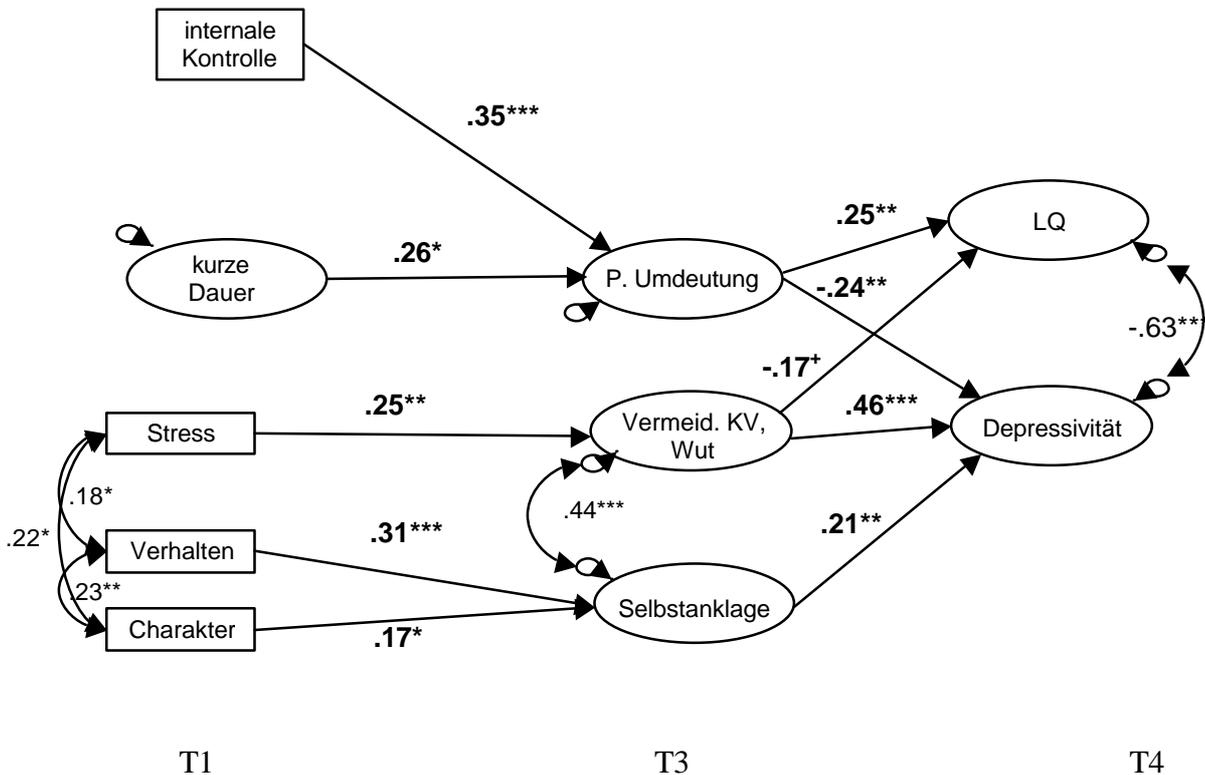


Abbildung 33. Vollständig mediertes Strukturgleichungsmodell zur Vorhersage von Depressivität und globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigung zu T3 (vollständig mediiert).

Anmerkungen. $^+ < .10$; $* p < .05$; $** p < .01$; $*** p < .00$, P. Umdeutung = positive Umdeutung, vermeid. KV Wut = vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut, LQ = Lebensqualität.

Tabelle 55

Modellfit für Strukturgleichungsmodell in Abbildung 33

n	χ^2 (df)	p	NFI	$RMSEA$	p_{close}
156	104 (93)	.21	.98	.03	.93

In einem zweiten Schritt wurden die Ausgangswerte für Depressivität und Lebensqualität (T1) in das Modell einbezogen (Abbildung 34). Während das Ausgangsniveau von Depressivität ein wichtiger Prädiktor zur Vorhersage zu T4 war ($b = .28$; $p < .01$), leistete Lebensqualität zu T1 keinen Beitrag zur Vorhersage zu T4. Alle Pfade blieben bestehen, das Modell zeigte jedoch einen ungünstigeren Fitindex.

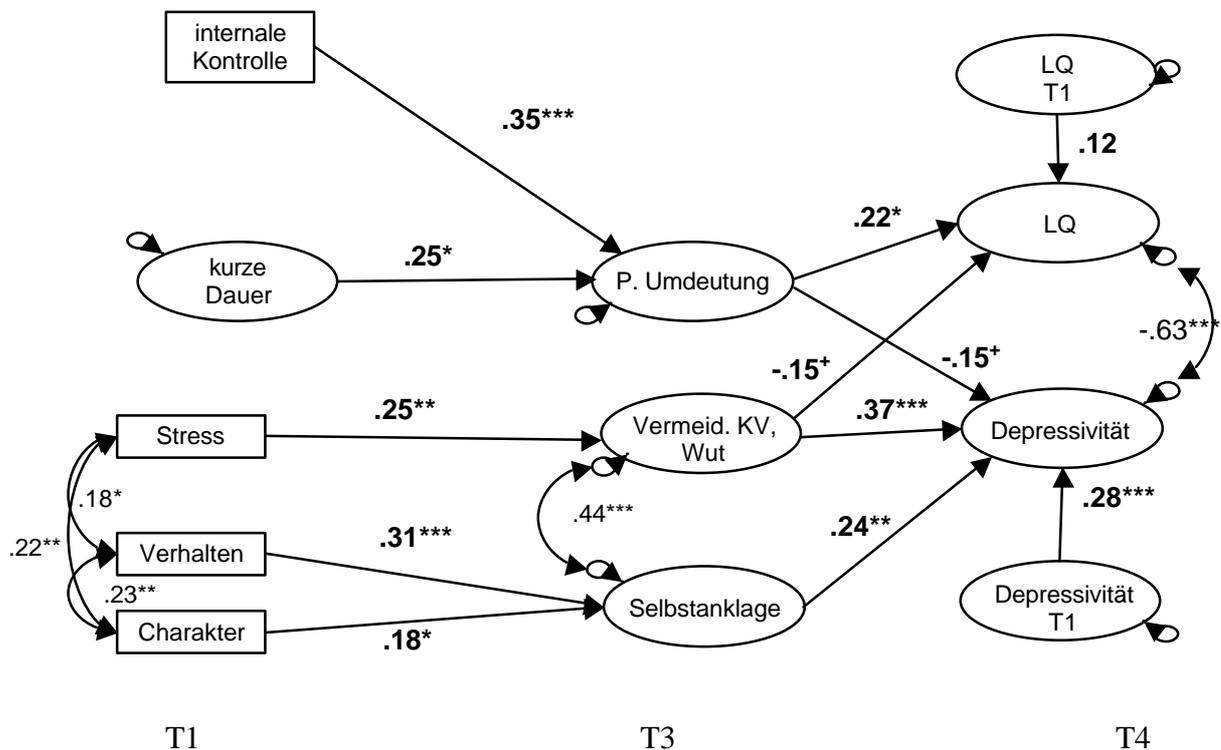


Abbildung 34. Vollständig mediertes Strukturgleichungsmodell zur Vorhersage von Depressivität und globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigung zu T3 unter Berücksichtigung der Ausgangswerte der Kriteriumsvariablen (vollständig mediert).

Anmerkungen. $^+ < .10$; $* p < .05$; $** p < .01$; $*** p < .00$, P. Umdeutung = positive Umdeutung, vermeid. KV Wut = vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut, LQ = Lebensqualität.

Tabelle 56

Modellfit für Strukturgleichungsmodell in Abbildung 34

<i>n</i>	χ^2 (df)	<i>p</i>	<i>NFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>p_{close}</i>
156	272 (157)	.00	.97	.07	.02

4.6.2 Unvollständig mediertes Alternativmodell

In das alternative Modell wurde neben den bisherigen Items zu den subjektiven Krankheitstheorien (T1) und der Bewältigung (T3) zusätzlich die Kausalattribution Umweltverschmutzung als Prädiktor eingeführt, da sie signifikant mit Depressivität zu T4 korrelierte, aber mit keiner der fünf Bewältigungsstrategien. Zudem wurden die direkten Pfade zwischen interner Kontrolle und erwarteter kurzer Dauer (T1) zu Lebensqualität bzw. Depressivität (T4) zugelassen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 35 dargestellt.

Während interne Kontrolle zu T1 sich nicht direkt auf Lebensqualität und Depressivität zu T4 auswirkte, zeigten sich für die erwartete kurze Erkrankungsdauer zu T1 stärkere direkte Pfade zur Lebensqualität (.22; $p < .01$), und Depressivität (-.15; $p < .05$) zu T4. Die medierte Beziehung über die positive Umdeutung (.18; $p < .05$) wurde schwächer und für den Einfluss auf die Depressivität und Lebensqualität noch marginal signifikant. Der Modelfit war noch akzeptabel: Die Relation zwischen dem χ^2 und der Anzahl der Freiheitsgrade betrug 1.73.

Die Ergebnisse der Analysen bestätigten das vollständig medierte Common Sense Model of Illness Representation nur partiell. Es konnte nachgewiesen werden, dass subjektive Krankheitstheorien sich sowohl unmediert als auch mediert durch das Bewältigungsverhalten auf die Lebensqualität und Depressivität auswirkten.

Tabelle 57
Modellfit für Strukturgleichungsmodell in Abbildung 35

<i>n</i>	χ^2 (df)	<i>p</i>	<i>NFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>p_{close}</i>
156	296 (171)	.00	.96	.07	.01

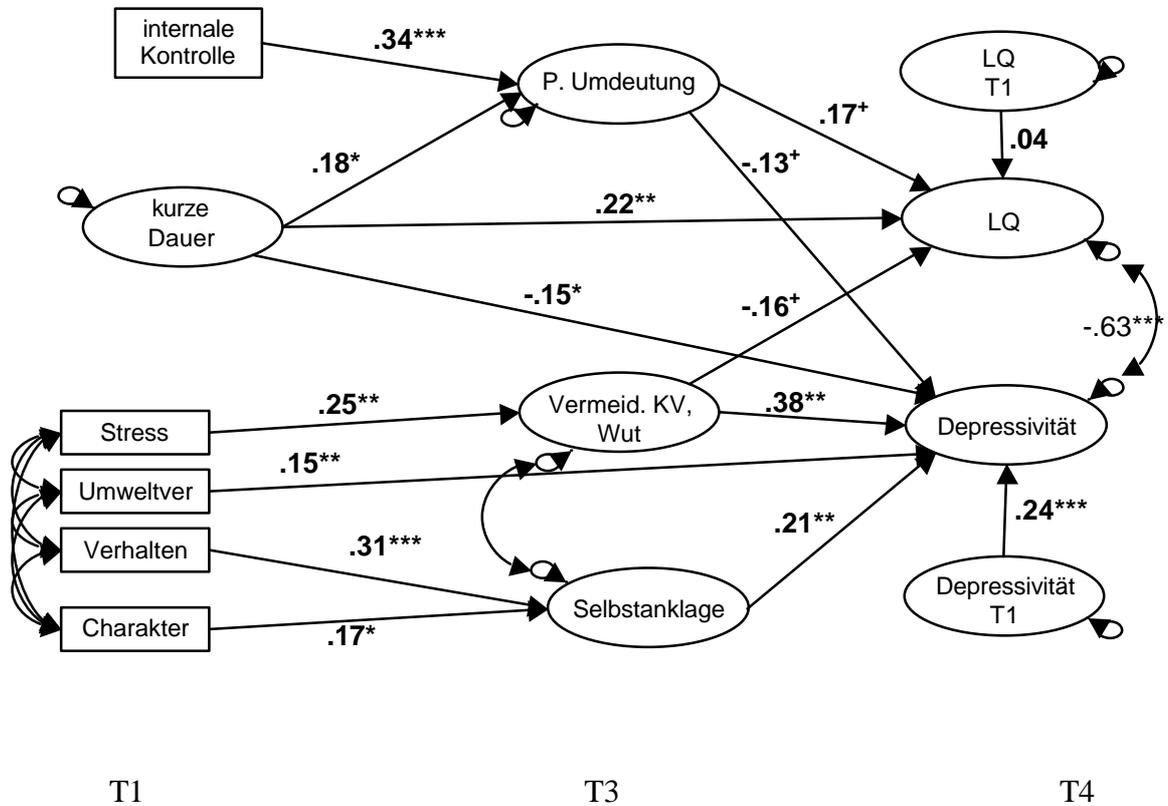


Abbildung 35. Unvollständig mediiertes Alternativmodell zur Vorhersage von Depressivität und globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität zu T4 durch subjektive Krankheitstheorien zu T1 und Bewältigung zu T3.

Anmerkungen. $^+ < .10$; $^* p < .05$; $^{**} p < .01$; $^{***} p < .00$, Umweltver = Umweltverschmutzung, P. Umdeutung = positive Umdeutung, vermeid. KV Wut = vermeidende Krankheitsverarbeitung und Wut, LQ = Lebensqualität.

