

Diagnostik von Ressourcen im Alter

Assessment of Resources in the Elderly

Simon Forstmeier¹, Harald Uhlendorff² und Andreas Maercker¹

¹Universität Zürich, Fachrichtung Psychopathologie, ²Universität Potsdam

Zusammenfassung: Als Ergänzung zur psychopathologisch orientierten Diagnostik zieht seit einiger Zeit die Beschäftigung mit Stärken, Kompetenzen und Ressourcen einer Person Aufmerksamkeit auf sich, zuletzt unter den Bemühungen der Positiven Psychologie. Gerade die Alterspsychotherapie kann von einer Ressourcenorientierung profitieren. Dieser Artikel verfolgt zum einen das Ziel, Instrumente zur Diagnostik verschiedener Ressourcen darzustellen, zum anderen Befunde zu positiven Konsequenzen dieser Ressourcen im Alter zusammenzufassen. Berücksichtigt werden emotionale Ressourcen (positiver Affekt, Lebenszufriedenheit, Selbstwertschätzung), motivationale Ressourcen (Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, dispositionaler Optimismus, optimistischer Attributionsstil, Hoffnung, intrinsische Lebensziele), volitionale Ressourcen (Handlungsorientierung, Selbstregulation und Selbstkontrolle, Aufmerksamkeitsregulation, Emotionsregulation), interpersonale Ressourcen (Bindung, Altruismus, soziale Verantwortung, Vergebung, Humor) und soziale Ressourcen (soziales Netzwerk, soziale Unterstützung, Partnerbeziehung). Diskutiert wird die Notwendigkeit einer Diagnostik der Ressourcen in der Psychotherapie, vorgeschlagene Änderungen am DSM-IV und Schlussfolgerungen für geplante Forschungsprojekte.

Schlüsselbegriffe: Ressourcen, Alter, protektive Faktoren, Stärken, Diagnostik

Abstract: The assessment and utilization of strengths, competences and resources of a person draws more and more attention to itself, supplementing the psychopathological oriented assessment in psychotherapy. This development has recently been pushed through the endeavour of the Positive Psychology. Geropsychotherapy, in particular, can profit from a resource orientation. This article pursues two aims: First, diagnostic instruments measuring various resources are described. Second, empirical findings of positive consequences of these resources in older age are summarized. Considered are emotional resources (positive affect, life satisfaction, self-esteem), motivational resources (locus of control, self-efficacy, dispositional optimism, optimistic attributional style, hope, intrinsic life goals), volitional resources (action orientation, self-regulation and self-control, attention regulation, emotion regulation), interpersonal resources (attachment, altruism, social responsibility, forgiveness, humour) and social resources (social network, social support, partner relationship). The need of assessment of resources in psychotherapy is discussed, several changes on the DSM-IV are proposed, and conclusions for planned research are drawn.

Keywords: resources, elderly, protective factors, strengths, diagnostics

Einleitung

Psychologie und Psychotherapie haben sich lange Zeit hauptsächlich mit der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen und Probleme beschäftigt. Stärken und Ressourcen hatten in der klassischen psychopathologisch orientierten Psychologie eher wenig Platz. Die «Internationale Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen, Beeinträchtigungen» (ICF; WHO, 2001) stellt insofern eine Ergänzung zu den klassischen Klassifikationssystemen ICD und DSM dar, als sie auch «Kontextfaktoren» erhebt. Damit sind sowohl positive als auch negative Aspekte von Umwelt- und Personen-Faktoren gemeint, die förderliche oder schädigende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Auch in der Psychologie haben Ansätze, die menschliche Stärken und Kompetenzen in den Mittelpunkt stellen, eine lange Tradition. Ressourcenaktivierung wird als ein zentraler Wirkmechanismus jeder Psychotherapie angesehen (Grawe, 1998). Untersucht werden Konstrukte wie intrinsische Motivation und Selbstbestimmung (Deci & Ryan, 1985), Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977), Selbstaktualisierung (Maslow, 1954), Optimismus (Scheier & Carver, 1985), Altruismus (Bierhoff & Montada, 1988), Wohlbefinden (Diener, 1984), Coping (Lazarus & Folkman, 1984) oder lösungsorientierte Therapieansätze (de Shazer, 1985). Seit den 1990er Jahren wird die Forschung zu menschlichen Stärken und Ressourcen unter dem Mantel der Positiven Psychologie zusammengefasst (Lopez & Snyder, 2003; Peterson & Seligman, 2004; Snyder & Lopez, 2002).

In der Alterspsychologie werden Ressourcen u. a. unter dem Stichwort «erfolgreiches Altern» (Baltes & Baltes, 1990; Klein & Bloom, 1997) thematisiert. Erfolgreiches Altern umfasst in dieser Perspektive mindestens ein geringes Ausmaß an Krankheit und Behinderung, hohe kognitive und körperliche Fähigkeiten und ein aktives Lebensengagement. Viel beachtet wurden bisher kognitive Ressourcen wie Intelligenz, Weisheit und Kreativität (Ball et al., 2002; Baltes, 1993) sowie Alltagskompetenzen (Baltes & Lang, 1997; Baltes, Mayr, Borchelt, Maas & Wilms, 1993). Daher werden diese im vorliegenden Artikel ausgeklammert, und es werden emotionale, motivationale, volitionale, interpersonale und soziale Ressourcen behandelt.

Dieser Artikel verfolgt zwei Ziele. Erstens sollen Instrumente zur Diagnostik verschiedener Ressourcen dargestellt werden. Dabei wurden solche Instrumente bevorzugt ausgewählt, die international Verwendung finden. Zweitens werden Befunde zu diesen Ressourcenmaßen zusammengefasst. Besonderes Interesse erhalten Ergebnisse, die positive Konsequenzen der jeweiligen Ressource demonstrieren.

Die Anzahl der behandelten Stärken und Ressourcen musste begrenzt werden. Es wurden solche ausgewählt, zu denen es bereits eine relevante Menge an Forschung gibt, oder die für die Alterspsychologie besonders bedeutsam sind. Es handelt sich um emotionale Ressourcen (positiver Affekt, Lebenszufriedenheit, Selbstwerterleben), motivationale Ressourcen (Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, dispositionaler Optimismus, optimistischer Attributionsstil, Hoffnung, intrinsische Lebensziele), volitionale Ressourcen (Handlungsorientierung, Selbstregulation und Selbstkontrolle, Aufmerksamkeitsregulation, Emotionsregulation), interpersonale Ressourcen (Bindung, Altruismus, soziale Verantwortung, Vergebung, Humor) und soziale Ressourcen (soziales Netzwerk, soziale Unterstützung, Partnerbeziehung). Zu weiteren Stärken und Ressourcen sei auf einschlägige Handbücher verwiesen (Lopez & Snyder, 2003; Peterson & Seligman, 2004; Snyder & Lopez, 2002). Volitionale Ressourcen wurden in der Alterspsychologie bisher wenig erforscht. Da sie jedoch wichtig erscheinen, werden sie in diesem Rahmen beschrieben.

Diese Einteilung der Ressourcen in diese Kategorien ist durch den Schwerpunkt der jeweiligen Konstrukte begründet, ist aber trotzdem provisorisch, da viele Konstrukte mehrere Aspekte beinhalten, z. B. emotionale, kognitive und soziale. Andere Klassifikationen sind möglich (z. B. Peterson & Seligman, 2004).

Emotionale Ressourcen

Drei wichtige emotionale Ressourcen sollen diskutiert werden: positiver Affekt, Lebenszufriedenheit und Selbstwerterleben. Diese Konstrukte werden häufig zur Messung der positiven Auswirkung anderer Ressourcen herangezogen, stellen aber selbst auch Ressourcen dar.

Positiver Affekt

In der Theorie des Subjektiven Wohlbefindens (Diener, 2000) ist positiver Affekt die emotionale Komponente des subjektiven Wohlbefindens und Lebenszufriedenheit ihre kognitiv-evaluative Komponente. Zur Messung positiven Affekts stehen viele Instrumente zur Verfügung, von denen die vier am häufigsten verwendeten beschrieben werden sollen. Die Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) von Watson, Clark und Tellegen (1988), deutsch von Krohne, Egloff, Kohlmann und Tausch (1996) (20 Items), beruht auf dem zweifaktoriellen Affektmodell von Watson und Tellegen (1985). Es nimmt an, dass alle Emotionen auf zwei unabhängige Dimensionen reduziert werden können: negativer und positiver Affekt. Positiver Affekt bezieht sich auf das Ausmaß an Energie, Konzentration und freudiger Erregtheit, mit Lethargie und Traurigkeit als Gegenpol. Negativer Affekt bezieht sich auf das Ausmaß an Anspannung, Gereiztheit und Angst, mit Ruhe und Ausgeglichenheit als Gegenpol. Auch die Activation-Deactivation Adjective Checklist (AD-ACL) von Thayer (1967), deutsch von Imhof (1998) (20 Items), misst diese zwei Dimensionen, die Energie-Müdigkeit und Spannung-Ruhe genannt werden. Die Affect Balance Scale (ABS) von Bradburn (1969), deutsch von Badura et al. (1987) (9 Items), erfasst die zwei unabhängigen Dimensionen «negatives emotionales Befinden» und «positives emotionales Befinden». Schließlich ist das Profile of Mood States (POMS) von McNair, Lorr und Droppelmann (1971), deutsch in Albani et al. (2005) zu nennen. Es besteht aus 65 Adjektiven, die sechs verschiedenen Emotionen zugeordnet sind.

Wie im mittleren Lebensalter, so korreliert im höheren Lebensalter positiver Affekt mit Wohlbefinden und Glück, während negativer Affekt mit schlechterer psychischer Gesundheit und Rollenverlusten korreliert (Moriwaki, 1974). Positiver Affekt ist auch direkt assoziiert mit gesundheitsrelevanten biologischen Prozessen, nämlich reduzierter neuroendokriner, inflammatorischer und kardiovaskulärer Aktivität (Steptoe, Wardle & Marmot, 2005). Hoher positiver Affekt reduziert das Risiko der Altersschwachheit (frailty) (Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004). Sich jünger zu fühlen als ein älterer Mensch eigentlich ist, ist assoziiert mit mehr positivem Affekt und weniger negativem Affekt (Westerhof & Barrett, 2005).

Während einige Studien zeigen, dass sowohl positive als auch negative Emotionen in Intensität und Häufigkeit mit dem Alter abnehmen (Diener, Sandvik & Larsen, 1985; Lawton, Kleban, Rajagopal & Dean, 1992), weisen die meisten darauf hin, dass nur negative Affektivität geringer wird, positive dagegen relativ stabil bleibt (Barrick, Hutchinson & Deckers, 1989; Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselroade, 2000; Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Gross et al., 1997). Auch der emotionale Ausdruck negativer Gefühle wird mit dem Alter seltener, der Ausdruck positiver Gefühle dagegen nicht (Carstensen, Gottman & Levenson, 1995). Die emotionsspezifische Aktivität des autonomen Nervensystems wird mit dem Alter etwas schwächer (Levenson, Carstensen, Friesen & Ekman, 1991). Das Erleben von sehr positiven Emotionen dauert bei älteren Menschen länger an als bei jüngeren, das Erleben von sehr negativen Emotionen ist weniger stabil (Carstensen et al., 2000).

Lebenszufriedenheit

Es wird zwischen der globalen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit unterschieden. Das am häufigsten verwendete Instrument zur Erhebung der globalen Lebenszufriedenheit ist die Satisfaction With Life Scale (SWLS) von Diener, Emmons, Larsen und Griffin (1985), deutsch von Schumacher (2003). Sie besteht aus 5 Items und kann gut bei älteren Menschen angewendet werden. Die Mood Level Scale (MLS) von Underwood und Froming (1980), deutsch von Dalbert (1992) (13 Items), besteht aus zwei Skalen: Die eine misst die allgemeine Lebenszufriedenheit, die andere die emotionale Dimension des subjektiven Wohlbefindens («Stimmungsniveau»). Zur Erhebung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit liegt der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brähler (2000) vor. Mit 70 Items wird die Lebenszufriedenheit in zehn Bereichen erhoben: Gesundheit; Arbeit und Beruf; finanzielle Lage; Freizeit; Ehe und Partnerschaft; Beziehung zu den eigenen Kindern; eigene Person; Sexualität; Freunde, Bekannte und Verwandte; Wohnung. Speziell zur Erfassung der Lebenszufriedenheit im Alter sind zwei Instrumente zu nennen. Die revidierte Philadelphia Geriatric Center Morale Scale

(PGCMS) von Lawton (1975), deutsch von Closs und Kempe (1986) (22 Items), erfasst Aspekte der Anpassung des älteren Menschen an seine veränderten Lebensumstände und seine Umgebung, insbesondere bezüglich Integration und Einsamkeit, Zufriedenheit mit der Lebenssituation im Alter und Gelassenheit bzw. Verunsicherung. Der Life Satisfaction Index A (LSI) von Neugarten, Havighurst und Tobin (1961), deutsch von Wiendieck (1970) (19 Items), erfasst die subjektive Bewertung des eigenen bisherigen Lebens, aber auch Aspekte der Integration vs. Einsamkeit und der Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation.

Die Beziehung zwischen Lebenszufriedenheit und Alter ist nicht so klar wie beim negativen und positiven Affekt. Einige Studien fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Alter (Diener, 1984; Herzog & Rodgers, 1981; Prenda & Lachman, 2001), andere fanden keinen Zusammenhang (Hamarat, Thompson, Steele, Matheny & Simons, 2002; Herzog & Rodgers, 1981; Larson, 1978; Wallace, Bisconti & Bergeman, 2001), wenige fanden einen negativen Zusammenhang (Chen, 2001; Freund & Baltes, 1998). Aktuelle Untersuchungen weisen darauf hin, dass es eine kurvilineare Beziehung zwischen Lebenszufriedenheit und Alter gibt. In einer Studie war die Lebenszufriedenheit am größten unter den 24–65-Jährigen und niedriger bei den Jüngeren und Älteren (Lang & Heckhausen, 2001). In einer anderen Untersuchung stieg die Lebenszufriedenheit bis etwa 65–70 Jahre an und fiel dann wieder ab (Mroczek & Spiro, 2005). Wie im mittleren Erwachsenenalter wird die Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter beeinflusst durch das Erleben von Stress (Martin, Grunendahl & Martin, 2001). Sich jünger zu fühlen als ein älterer Mensch eigentlich ist, ist assoziiert mit mehr Lebenszufriedenheit (Westerhof & Barrett, 2005).

Selbstwerterleben

Es können Skalen zur Erfassung des globalen Selbstwerterlebens unterschieden werden von mehrdimensionalen Skalen zur Erfassung verschiedener Facetten des Selbstwerterlebens. Der am meisten verwendete Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung des globalen Selbstwerterlebens ist die Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) von Rosenberg (1965), deutsch von Ferring und Filipp

(1996) bzw. revidiert von Collani und Herzberg (2003a). Er besteht aus zehn Items, die ursprünglich eindimensional als «globales Selbstwertgefühl» interpretiert wurden. In letzter Zeit wurde jedoch vermehrt eine zweidimensionale Interpretation mit den Komponenten «Selbstabwertung» und «Selbstakzeptanz» vorgeschlagen (Collani & Herzberg, 2003b). Eine weitere Skala, die das globale Selbstwerterleben misst, ist das Self-Esteem Inventory (SEI) von Coopersmith (1975), das jedoch nicht auf deutsch vorliegt. Zur mehrdimensionalen Erfassung des Selbstwerterlebens dient die Janis-Field Feelings of Inadequacy Scale (FIS) von Janis und Field (1959), deutsch von Grabitz-Gniech (1971) (23 Items). Sie besteht aus den Skalen Selbstbewusstsein (persönlicher Selbstwert), akademische Fähigkeiten, soziale Sicherheit sowie Aussehen. Diesem Instrument vorzuziehen ist allerdings eine revidierte Version dieser Skala, die Revised Janis-Field Feelings of Inadequacy Scale (RJFS; Fleming & Courtney, 1984), die im Deutschen als Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS) von Schütz und Sellin (2005) veröffentlicht wurde. Mit 32 Items werden die emotionale Selbstwertschätzung, die soziale Selbstwertschätzung (Sicherheit im Kontakt und Umgang mit Kritik), die leistungsbezogene Selbstwertschätzung sowie die Selbstwertschätzung im Hinblick auf die physische Attraktivität und Sportlichkeit erfasst.

Hohes Selbstwerterleben ist bei älteren Menschen assoziiert mit weniger Depressivität, Angst und somatischen Symptomen (Hunter, Linn & Harris, 1981). Aufgrund von Befunden, die zeigen, dass Selbstwerterleben mit der Kortisolreaktion auf Stress und dem hippokampalen Volumen korreliert, wird Selbstwerterleben auch als protektiver Faktor gegen die altersbezogene hippokampale Atrophie und kognitiven Verluste diskutiert (Pruessner et al., 2005). Im Alter sind neben dem Selbstbewusstsein auch die wahrgenommene Kompetenz und das Gefühl, von anderen gebraucht zu werden, wichtige Aspekte des Selbstwerterlebens (Ranzijn, Keeves, Luszcz & Feather, 1998). Wie bei der Lebenszufriedenheit gibt es Befunde, die für einen positiven Zusammenhang zwischen Selbstwerterleben und Alter sprechen (Dietz, 1996), und solche, die für einen negativen Zusammenhang sprechen (McMullin & Cairney, 2004). Es scheint jedoch, dass das Selbstwerterleben in einem kurvilinearen Zusammenhang mit dem Alter steht (Robins, Trzesniewski, Tracy,

Gosling & Potter, 2002), d. h. es steigt zunächst mit dem Alter an, um im hohen Alter wieder etwas abzusinken.

Motivationale Ressourcen

Als motivationale Ressourcen sollen diejenigen psychischen Prozesse bezeichnet werden, die primär die Motivation zur Handlung bestimmen. Schwarzer (1998, 2001) hält beispielsweise Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus als wichtige Einflussfaktoren in der motivationalen Handlungsphase.

Kontrollüberzeugung

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung bezieht sich auf die generalisierte Erwartung, mehr oder weniger stark Kontrolle auf Ereignisse ausüben zu können. Zunächst war dieses Konstrukt eindimensional konzipiert mit den Polen Internalität (Ereignisse werden als kontingent auf das Verhalten und Eigenschaften der eigenen Person interpretiert) und Externalität (Ereignisse werden auf «mächtige andere», Glück oder Schicksal zurückgeführt) (Rotter, 1966). Die Internal-External Locus of Control Scale (I-E Scale) von Rotter (1966), deutsch von Piontkowski, Ruppelt und Sandmann (1981) (29 Items) ist das am meisten verwendete Instrument zur Messung dieser eindimensionalen Kontrollüberzeugung. Nachdem faktorenanalytische Untersuchungen eine Mehrdimensionalität des Konstruktes nahe gelegt hatten, schlug Levenson (1974) ein dreidimensionales Modell vor mit den Dimensionen Internalität, sozial bedingte Externalität (Kontrolle durch «mächtige andere») und fatalistische Externalität (Kontrolle durch Schicksal, Glück, Zufall). Gemessen werden die so definierten Kontrollüberzeugungen mit der Internality, Powerful Others, and Chance Scale (IPC) von Levenson (1974), deutsch von Krampen (1981) (24 Items). Der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991) (32 Items) stellt eine Erweiterung der IPC um eine vierte Skala dar, die das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten erfasst.

Querschnittsbefunde zeigen, dass internale Kontrollüberzeugungen bis ins Alter relativ stabil

bleiben, während externale zunehmen (Lachman, 1986; Staudinger, Freund, Linden & Maas, 1996). Wichtige Prädiktoren für den Anstieg der externen Kontrollüberzeugung sind Abbauprozesse (Sehschärfe, Gehör, Mobilität) und Verlusterfahrungen (Staudinger et al., 1996). Werden verschiedene Lebensbereiche unterschieden, zeigen ältere Menschen niedrigere Kontrollüberzeugungen als jüngere in den Bereichen Gesundheit und kognitives Altern, keine Altersunterschiede finden sich in interpersonalen und politischen Bereichen (Lachman, 1991). Hohe internale bzw. niedrige externale Kontrollüberzeugungen hängen mit subjektivem Wohlbefinden (Brandstädter, Krampen & Baltes-Götz, 1989; Thomae, 1992), besserer Gesundheit (Hunter, Linn, Harris & Pratt, 1980), besserem Gesundheitsverhalten (Rauckhorst, 1987) und größerer sozialer Aktivität sowie verstärktem Gefühl des Gebrauchtwerdens im Alter zusammen (Thomae, 1992). Internale Kontrollüberzeugungen und Empfinden von Kontrolle über die eigene kognitive Fähigkeit sind auch mit einer besseren kognitiven Leistung assoziiert, und dies bei alten Menschen im größeren Ausmaß als bei jüngeren (Lachman, Steinberg & Trotter, 1987). Das Lesen schwieriger Texte gelingt älteren Personen mit hoher Kontrollüberzeugung besser (Miller & Gagne, 2005). Wie Selbstwerterleben korreliert auch die internale Kontrollüberzeugung mit der Kortisolreaktion auf Stress und dem hippokampalen Volumen und wird als protektiver Faktor gegen die altersbezogene hippokampale Atrophie und kognitiven Verluste diskutiert (Pruessner et al., 2005).

Selbstwirksamkeitserwartung

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung (oder Kompetenzerwartung) spezifiziert die internale Kontrollüberzeugung weiter und meint die Überzeugung, schwierige Anforderungssituationen aufgrund der eigenen Kompetenz meistern zu können (Schwarzer, 1994). Bandura (1977) führte dieses Konstrukt als *situationspezifische* Selbstwirksamkeitserwartung ein, eine bestimmte Herausforderung (z. B. Gewichtskontrolle) bewältigen zu können (für eine Liste von Studien hierzu siehe Schwarzer, 1992, 1994). Später wurde aber auch eine *generalisierte* Selbstwirksamkeitserwartung konzeptionalisiert, im allgemeinen schwierige Situationen meistern zu können. Das

am meisten verwendete Messverfahren ist die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer (1994), die auch auf englisch vorliegt (Scholz, Gutierrez Dona, Sud & Schwarzer, 2002; 10 Items).

Selbstwirksamkeitserwartung ist assoziiert mit besserer Krankheitsbewältigung (Altmaier, Russell, Kao, Lehmann & Weinstein, 1993; Schröder, Schwarzer & Konertz, 1998), gesundheitsförderlichem Verhalten (Luszczynska & Schwarzer, 2003) und einem geringeren Ausmaß an Depressivität und Angst (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005). Im Alter korreliert Selbstwirksamkeitserwartung auch mit körperlicher Aktivität, Ernährungsverhalten und Stressbewältigungsverhalten (Conn, 1998; Resnick, 2001). Selbstwirksame ältere Menschen, die optimistisch an ihre kognitiven Fähigkeiten glauben, zeigen eine bessere Erinnerungsleistung (Berry, 1987). Bei Älteren ist die Selbstwirksamkeitserwartung speziell in sozialen Situationen größer, wenn andere Personen als sehr unterstützend und verfügbar wahrgenommen werden (Lang, Featherman & Nesselrode, 1997). Angesichts des Leistungsabbaus im Alter und der Veränderung sozialer Rollen ist eine optimistische Selbstwirksamkeitserwartung allerdings bedroht. Sich im Leistungsbereich nicht mit jüngeren Menschen, sondern eher mit Personen im selben Alter zu vergleichen, ist eine wirksame Strategie, optimistische Selbstwirksamkeitserwartungen zu erhalten (Frey & Ruble, 1990).

Dispositionaler Optimismus

Während die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung einen funktionalen Optimismus darstellt, aufgrund der eigenen Kompetenzen schwierige Situationen zu meistern (Schwarzer, 1994), bezieht sich das Konstrukt des dispositionalen Optimismus auf die generalisierte Ergebniserwartung, dass «schon alles gut gehen wird», ungeachtet der Gründe dieses positiven Verlaufes (Scheier & Carver, 1985, 1987, 1992). Zur Messung des dispositionalen Optimismus wird der Life Orientation Test (LOT) verwendet (Scheier & Carver, 1985), deutsch von Wieland-Eckelmann und Carver (1990) (12 Items). Problemen mit dem LOT, unter anderem aufgrund der Tatsache, dass sich einige Items nicht explizit auf die Zukunft beziehen, wur-

de in einer revidierten Version begegnet (LOT-R, Scheier, Carver & Bridges, 1994), für deren Nützlichkeit weitere, neue empirische Belege vorliegen (Scheier & Carver, 2003).

Eine Meta-Analyse von Studien zur Beziehung von dispositionalem Optimismus demonstrierte, dass diese motivationale Variable hoch signifikant assoziiert ist mit Coping, niedrigen Symptombeschwerden (z. B. Depressivität) sowie negativem Affekt (Andersson, 1996). Auch im Alter steht hoher Optimismus bzw. niedriger Pessimismus im Zusammenhang mit niedriger Depressivität, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (Chang & Sanna, 2001; Mroczek, Spiro, Aldwin, Ozer & Bosse, 1993), körperlicher Gesundheit (Robinson-Whelen, Kim, MacCallum & Kiecolt-Glaser, 1997) und mit einer besseren langfristigen Bewältigung einer Herzoperation hinsichtlich Affekt, Schmerzen und funktionellem Status (Mahler & Kulik, 2000). In einer Längsschnittstudie erwies sich Pessimismus als ein wichtiger Prädiktor für die Entwicklung von Depressivität im Alter (Bromberger & Matthews, 1996). Stressoren im Alter können Pessimismus verstärken (Robinson-Whelen et al., 1997). Ein interessanter Befund ist, dass im Alter die zwei Faktoren Optimismus und Pessimismus des LOT nur gering miteinander korrelieren, während sich im Jugend- und Erwachsenenalter höhere Zusammenhänge ergeben (Mahler & Kulik, 2000; Mroczek et al., 1993). Eine mögliche Interpretation ist, dass mit zunehmendem Alter Menschen leichter die Möglichkeit unangenehmer Lebensereignisse akzeptieren, während sie gleichzeitig ihren grundlegenden Optimismus beibehalten (Benyamini, 2005).

Optimistischer Attributionsstil

Ein anderer Ansatz zum Verständnis und Messen von Optimismus nimmt an, dass Erwartungen für die Zukunft auf Attributionen von vergangenen Ereignissen beruhen (Peterson & Seligman, 1984). Als günstig wird angesehen, Erfolge auf internale, stabile und globale Ursachen zu attribuieren, und Misserfolge auf externale, variable und spezifische Ursachen. Gemessen wird der optimistische Attributionsstil mit dem Attributional Style Questionnaire (ASQ) von Peterson et al. (1982), deutsch von Stiensmeier, Kammer, Pelster und Niketta (1985). Hierbei werden zu 16 Erfolgs-

oder Misserfolgs-Situationen fünf Fragen gestellt, die neben einem Gesamtwert auch hinsichtlich der drei Kausaldimensionen Internalität, Stabilität und Globalität ausgewertet werden können.

Es gibt eine Fülle von Belegen, dass ein optimistischer Attributionsstil mit verschiedenen Maßen der Gesundheit assoziiert ist (Peterson & Bossio, 1991). Optimistische Ältere weisen ein widerstandsfähigeres Immunsystem auf (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991). In einer Längsschnittstudie konnte gezeigt werden, dass ein pessimistischer Attributionsstil im jungen Erwachsenenalter ein wichtiger Risikofaktor für körperliche Beschwerden im Alter ist (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988). Dabei scheint es eine Interaktion zwischen Optimismus und Lebensereignissen zu geben: Wenn wenige negative Lebensereignisse erfahren wurden, entwickeln Optimisten weniger depressive Symptome als Pessimisten; bei vielen negativen Erlebnissen zeigen Optimisten dagegen ein größeres Risiko für Depressivität (Isaacowitz & Seligman, 2001). Vielleicht gehen Optimisten ungeschützter oder naiver in schwierige Erfahrungen hinein und können sie schlechter bewältigen. Personen mit einem optimistischen Attributionsstil nach erfolgreicher kognitiver Leistung fallen weniger schnell in ihrer Leistung ab (Lachman et al., 1987). Der Attributionsstil scheint über die Lebensspanne bis ins Alter relativ stabil zu bleiben (Burns & Seligman, 1989). Werden bereichsspezifische Attributionsstile unterschieden, zeigen sich Ältere optimistischer als Jüngere im Bereich sozialer Anschluss, jedoch pessimistischer im Bereich Krankheit (Isaacowitz, 2005). Das etwas pessimistischere Denken im gesundheitlichen Bereich scheint angesichts der sozialen Verluste und gesundheitlichen Beeinträchtigungen realistischer zu sein (Lachman, 1990).

Hoffnung

Das Konstrukt der Hoffnung, wie es Snyder (1994, 2002) formuliert hat, beinhaltet Aspekte des Optimismus und der Selbstwirksamkeit. Dabei werden zwei Komponenten von Hoffnung unterschieden: zum einen die Motivation, ein Ziel erreichen zu können (agency), zum anderen die Überzeugung, erfolgreiche Pläne zu entwickeln, um dieses Ziel zu erreichen (pathways). Es gibt zwei Fragebogen-Instrumente, die dieses zweifaktorielle Modell der Hoffnung bei Erwachsenen messen: Die Adult

Dispositional Hope Scale (ADHS; Snyder et al., 1991), deutsch von Reschke, Reschke und Krause (2005) (12 Items) misst agency- und pathway-Überzeugungen auf einer situationsübergreifenden dispositionellen Ebene. Die Adult State Hope Scale (ASHS; Snyder et al., 1996) misst zielgerichtetes Denken in einem bestimmten Moment.

Hoffnung ist verbunden mit einem besseren psychischen Wohlbefinden (Kwon, 2002), weniger Depressivität (Kwon, 2000), mehr positiven und weniger negativen Gedanken sowie positivem und weniger negativem Affekt (Snyder et al., 1996). Hoffnungsvolle Menschen berichten mehr Energie, sind aktiver und fühlen sich mehr herausgefordert durch ihre Lebensziele (Snyder et al., 1991). Sie finden eher Vorteile in der Bewältigung von Stressoren (Affleck & Tennen, 1996). Hoffnung ist auch assoziiert mit einer besseren Bewältigung von Krankheiten oder Behinderungen (Elliott, Witty, Herrick & Hoffman, 1991; Jackson, Taylor, Palmatier, Elliott & Elliott, 1998; Stanton et al., 2000) und einer höheren Schmerztoleranz (Snyder et al., 2005). In einer Therapiestudie mit älteren, depressiven Patienten erzielte die Gruppentherapie mit zusätzlichen Interventionen zur Förderung von Hoffnung den größten Therapieeffekt (Klausner, Snyder & Cheavens, 2000).

Intrinsische Lebensziele

Persönliche Ziele bilden eine wichtige motivationale Ressource, da sie beeinflussen, welche Anliegen und Projekte eine Person im Alltag zu erreichen, erhalten oder vermeiden sucht (Brunstein & Maier, 1996). Lebensziele sind abstraktere Ziele oder Oberziele (Pöhlmann & Brunstein, 1997), auch Aspirations genannt (Kasser & Ryan, 1996), die langfristig ausgerichtet sind und Orientierungspunkte für den individuellen Lebensweg bilden. Lebensziele können zum einen frei generiert und hinsichtlich verschiedener Kriterien beurteilt werden (Brunstein & Maier, 1996). Zum andern gibt es standardisierte Fragebogen, die eine Liste von Zielen vorlegen, die eingeschätzt werden sollen. Der Aspirations Index von Kasser und Ryan (1996), deutsch von Klusmann, Trautwein und Lüdtke (2005), erfasst 35 Lebensziele aus den sieben Bereichen persönliches Wachstum, Beziehungen, Gesellschaft, Gesundheit, Wohlstand, Ruhm sowie Attraktivität. Die ersten vier Zielgruppen

werden intrinsisch genannt, da sie die Grundbedürfnisse nach Nähe und Autonomie befriedigen, die letzten drei extrinsisch, da sie inkongruent mit diesen Grundbedürfnissen sind. Alle Ziele werden nach der subjektiven Wichtigkeit und der Erwartungshaltung gegenüber der Zielerreichung eingeschätzt. Einen ähnlichen Fragebogen stellt der GOALS dar (Pöhlmann & Brunstein, 1997), der 24 Lebensziele aus den sechs Bereichen Intimität, Affiliation, Altruismus, Macht, Leistung sowie Abwechslung erfasst.

Intrinsische Lebensziele sind im Gegensatz zu extrinsischen verbunden mit besserer psychischer Gesundheit (weniger Depressivität und Angst) sowie Wohlbefinden (mehr Vitalität und Selbstwert erleben) (Kasser & Ryan, 1993, 1996; Ryan et al., 1999; Schmuck, Kasser & Ryan, 2000; Sheldon & Kasser, 1995). Gesundheitliches Risikoverhalten wie Konsum von Tabak, Alkohol und Marihuana wird durch extrinsische Lebensziele vorhergesagt (Williams, Cox, Hedberg & Deci, 2000). Soziales Interesse und Hilfeverhalten hängt eher mit intrinsischen Zielen zusammen (McHoskey, 1999). Auch in einer prospektiven Studie hängen intrinsische Ziele mit besserem Wohlbefinden zusammen (Sheldon, Ryan, Deci & Kasser, 2004). Speziell bei älteren Menschen konnte Brunstein (1999) zeigen, dass Einschätzungen der Realisierbarkeit von persönlichen Zielen mit subjektivem Wohlbefinden assoziiert sind. Dies gilt besonders ausgeprägt bei Personen, die fest entschlossen sind, ihre Ziele zu verwirklichen. Wenn jedoch eine ältere Person sehr entschlossen ist, aber die Bedingungen zur Umsetzung ihrer Ziele als ungünstig bewertet, resultiert vermindertes Wohlbefinden.

Volitionale Ressourcen

Motivationale und volitionale Prozesse sind zu unterscheiden (Forstmeier, 2005). Motivation bezieht sich auf die Ursachen von Handlungsintentionen, die z. B. in Motiven der Person und Anreizen des Handlungsergebnisses zu suchen sind (Heckhausen, 1989). Volition dagegen bezieht sich auf die Umsetzung der Intentionen und die Selbststeuerung psychischer Funktionen zur Handlungsausführung (Kuhl, 1983, 1996, 2001). In verschiedenen Volitionstheorien werden dabei

unterschiedliche volitionale Prozesse hervorgehoben. Obwohl es bisher wenige Ergebnisse zum Altersbereich gibt, scheinen volitionale Ressourcen eine wichtige Kategorie protektiver Faktoren zu sein.

Handlungsorientierung

In der Theorie der Handlungs- und Lageorientierung bezeichnet Kuhl (1983) mit Handlungskontrolle die Steuerung derjenigen Prozesse, die zur Umsetzung einer Intention in die Realität notwendig sind und die insbesondere zur Abschirmung aktueller Handlungsabsichten gegenüber konkurrierenden Motivationstendenzen dienen. Wie effizient das volitionale System ist, das für die Handlungskontrolle zuständig ist, hängt vom Vorherrschen des jeweiligen Handlungskontrollmodus ab, nämlich der Handlungs- oder der Lageorientierung (Kuhl, 1994b). Handlungsorientierung ist durch drei Prozesse gekennzeichnet: (1) nach Misserfolg durch Loslösung von intentionsinkompatiblen Grübeln, (2) bei der Handlungsplanung durch Initiative, (3) bei der Tätigkeitsausführung durch Persistenz. Gemessen wird das Konstrukt der Handlungs- vs. Lageorientierung mit dem Fragebogen HAKEMP-90 (Kuhl, 1990), der auch in einer englischen Version vorliegt (Kuhl, 1994a; 36 Items). Entsprechend der drei Aspekte enthält der HAKEMP-90 drei Skalen, die Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM), bei der Handlungsplanung (HOP) sowie bei der Tätigkeitsausführung (HOT) messen.

Lageorientierung ist mit einer Reihe von psychischen und psychosomatischen Störungen assoziiert (Hautzinger, 1994), und wird als Vulnerabilitätsfaktor insbesondere für Angst (Hartung & Schulte, 1991) und Depression (Rholes, Michas & Shroff, 1989) diskutiert. Auch in einer Stichprobe älterer Menschen erwies sich Lageorientierung als Prädiktor für erhöhte Depressivität (Krampe, Hautzinger, Ehrenreich & Kröner-Herwig, 2003). In der Gegenwart von Stressoren hängt Lageorientierung mit nachteiligem Stressmanagement und damit einem größeren Ausmaß an subjektiver Belastung, Unzufriedenheit und Depression zusammen (Bossong, 1998). Handlungsorientierung dagegen erleichtert die Bewältigung von Stress (Beckmann & Kellmann, 2004). Im Verlauf einer verhaltenstherapeutischen Behandlung nimmt der

Grad der Handlungsorientierung zu (de Jong-Meyer et al., 1999; Hartung & Schulte, 1991). Der Therapieerfolg ist umso größer, je mehr die Handlungsorientierung zunimmt (Kosfelder, Schulte, Lutz & Hartung, 2003)

Selbstregulation und Selbstkontrolle

Die Begriffe Selbstregulation und Selbstkontrolle werden auf der Grundlage verschiedener theoretischer Ansätze recht unterschiedlich verwendet. Immer geht es jedoch um die Selbststeuerung von Handlung. Im folgenden werden vier Ansätze mit ihren jeweiligen diagnostischen Verfahren dargestellt. Aufmerksamkeits- und Emotionsregulation sind spezielle Aspekte der Selbstregulation, die in getrennten Abschnitten behandelt werden.

Selbstregulation und Selbstkontrolle nach Kuhl

Die Theorie der Selbstregulation von Kuhl (1992, 1996, 2001) spezifiziert die verschiedenen volitionalen Kompetenzen, die bei Handlungsorientierung zum Tragen kommen können und mittels derer eine Person selbststeuernd auf verschiedene andere psychische Subsysteme (z. B. Emotion, Motivation, Aufmerksamkeit) einwirken kann. Die volitionalen Kompetenzen werden dabei zwei grundlegenden Volitionsformen zugeordnet, nämlich Selbstregulation und Selbstkontrolle. Selbstkontrolle ist die selbst-disziplinierende Volitionsform. Es werden diejenigen psychischen Subsysteme (z. B. Emotionen, Bedürfnisse, körperliche Empfindungen) gehemmt, die der Intention zuwider laufen. Zu den Selbstkontroll-Kompetenzen gehören Intentionkontrolle (Zielvergegenwärtigung und Vergesslichkeitsvorbeugung), Planungsfertigkeit, Impulskontrolle sowie Initiierungskontrolle (Initiative ergreifen bei einer Gelegenheit zur Ausführung der Handlung).

Selbstregulation ist dagegen die selbst-integrierende Volitionsform. Es werden viele psychische Subsysteme an der Planung und Durchführung einer Intention beteiligt. Die genannten Subsysteme interagieren miteinander und modifizieren die Intentionen, aber auch die Inhalte der Subsysteme (z. B. widerstrebende Bedürfnisse, Gefühle) derart, dass möglichst viele hinter einer gemeinsamen Intention vereinigt sind. Zu den Selbstregulations-

Kompetenzen gehören Aufmerksamkeitsregulation, Motivationsregulation, Emotionsregulation, Aktivierungsregulation, Selbstbestimmung (selbstkongruente Ziele setzen), Entscheidungsregulation (selbstkongruente Entscheidungen treffen) sowie Misserfolgsbewältigung.

Diese volitionalen Kompetenzen können mit 14 Skalen (70 Items) des Selbststeuerungs-Inventars (SSI; Kuhl & Fuhrmann, 1998, 2000) erfasst werden. Dieser misst in noch weiteren 120 Items folgende volitionalen Aspekte: Lageorientierung (Willenshemmung und Selbsthemmung), d. h. «Symptome» des reduzierten Zugriffs auf die volitionalen Kompetenzen unter frustrierenden oder stressreichen Bedingungen; das Zutrauen in die eigene volitionale Kompetenz sowie die allgemeine Selbstwirksamkeit; schließlich Symptome spontaner Kontrolle ohne volitionale Aktivitäten (Volitionsvermeidung).

Bisher liegen unseres Wissens keine Befunde zur volitionalen Kompetenz, gemessen mit dem SSI, im Alter vor. Für Personen des mittleren Lebensalters zeigte sich, dass Selbstregulations-Kompetenzen die Erholung von Stress erleichtern (Beckmann & Kellmann, 2004). Bei einer Reihe von psychischen Störungen sind verschiedene volitionale Kompetenzen, besonders Selbstregulations-Kompetenzen defizitär ausgebildet (Kuhl, 2001; Kuhl & Fuhrmann, 1998). Je volitional kompetenter ein Patient ist, desto erfolgreicher schließt er eine psychosomatische Rehabilitation ab (Forstmeier, 2005; Forstmeier & Rüddel, 2004). Durch eine Verhaltenstherapie lassen sich die meisten volitionalen Kompetenzen fördern (Kuhl, 2001). Die Effektstärken einer Psychotherapie verbessern sich jedoch deutlich, wenn spezielle Interventionen zur Volitionsförderung eingefügt werden (Forstmeier, 2005; Forstmeier & Rüddel, in Druck). Selbstregulations-Kompetenzen erwiesen sich in mehrfacher Hinsicht als überlegen gegenüber Selbstkontroll-Kompetenzen (Forstmeier, 2005; Forstmeier & Rüddel, 2005): Selbstregulierende Personen können ihre Gefühle besser wahrnehmen, weisen mehr positive und weniger negative Emotionen auf, sind weniger depressiv, symptombelastet, körperlich erschöpft, haben weniger körperliche Beschwerden und erleben einen besseren Therapieerfolg hinsichtlich Depressivität und körperlichem Beschwerdedruck. Selbstregulierende Personen können ihre selbstgesetzten Ziele auch besser erinnern (Kehr, Bles & von Rosenstiel, 1999).

Selbstregulation nach Kruglanski

In der Regulatory Mode Theory von Kruglanski und Higgins (Kruglanski et al., 2000) wird Selbstregulation als ein Prozess konzipiert, in denen zwei unabhängige volitionale Kompetenzen eine Rolle spielen können, nämlich Abwägen (assessment) und auf das Ziel Hinbewegen (locomotion). Assessment ist der evaluative Aspekt der Selbstregulation, es beinhaltet das Suchen nach Diskrepanzen zwischen Ist- und Ziel-Zustand sowie das Bewerten dieses Unterschieds. Das Motto dieser Fertigkeit ist «do the right thing». Locomotion dagegen ist der exekutive Aspekt der Selbstregulation, es beinhaltet die zügige Auswahl des End-Zustandes, das Hinbewegen auf dieses und das notwendige Zurückweisen anderer Ziele. Das Motto dieser Fertigkeit ist «just do it». Ähnlichkeiten zum Konstrukt der Handlungs- vs. Lageorientierung (Kuhl, 1983, 1994b) sind offensichtlich, wobei der wichtigste Unterschied ist, dass Locomotion und Assessment zwei unabhängige und funktionale Komponenten der Selbstregulation sind, während Handlungs- vs. Lageorientierung zwei Pole auf einer Dimension darstellen mit Handlungsorientierung als dem funktionalen Pol. Als Messinstrument liegt der Locomotion and Assessment Questionnaire (LAQ) vor (Kruglanski et al., 2000), deutsch von Sellin, Schütz, Kruglanski und Higgins (2003) (22 Items).

Auch hier fehlen bisher Befunde zu Älteren. Es zeigte sich jedoch, dass Locomotion hoch mit einer Tendenz zu Aktivität, Entscheidungsfreude, Selbstwerterleben und positiver Befindlichkeit korreliert (Kruglanski et al., 2000; Sellin et al., 2003). Assessment dagegen korreliert hoch mit negativen Gefühlen (Angst, Depressivität) und geringem Selbstwertgefühl (Kruglanski et al., 2000; Sellin et al., 2003). Menschen mit hohen Werten in beiden Dimensionen sind besonders leistungsfähig, da sie schnell (ein Hinweis auf funktionierende Locomotion) und mit wenigen Fehlern (Assessment) arbeiten (Kruglanski et al., 2000).

Selbstregulation nach Tangney und Baumeister

In Anlehnung an das Feedback-Schleifen Modell von Carver und Scheier (1982) beschreiben Baumeister und Kollegen drei Bestandteile von

Selbstregulation: Ziel-Zustände (standards), Vergleich von Ist- mit Ziel-Zustand (monitoring) und Veränderung des Ist- zum Ziel-Zustand (operate) (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994). Sie beschränken sich in ihrer Analyse von Selbstregulations-Fehlern auf die Veränderungs-Phase und definieren Selbstregulation als Prozess und Fähigkeit, seine inneren Reaktionen zu übergehen und zu verändern sowie unerwünschte Verhaltenstendenzen zu unterbrechen und das Ausleben dieser zu unterdrücken. Selbstregulation kann sich dabei auf vier verschiedene Bereiche beziehen: Gedankenkontrolle, Emotionskontrolle, Impulskontrolle und Performanzkontrolle (z. B. beharrlich bleiben). Zur Messung dieses Selbstregulations-Konzeptes wurde die Self-Control Scale (SCS) entwickelt (Tangney, Baumeister & Boone, 2004), deutsch von Schütz (1998). Die SCS enthält Items zu den eben genannten vier Selbstkontroll-Bereichen, nach faktorenanalytischer Untersuchung werden aber folgende fünf Skalen unterschieden: Allgemeine Selbstdisziplin, Nicht-Impulsivität, kontrolliertes Gesundheitsverhalten, kontrollierter Arbeitsstil sowie Zuverlässigkeit (insgesamt 36 Items). Eine Kurzversion mit 13 Items ohne Faktorenunterscheidung liegt ebenfalls vor. Da in bisherigen Studien die fünf Skalen in ähnlicher Weise mit Outcome-Maßen korrelieren, wird zumeist der Gesamtwert der Langform oder die Kurzform angewendet.

Selbstregulation, gemessen mit der SCS, korreliert mit höherer Schulleistung, weniger psychischen Symptomen (Depressivität, Angst, Zwang, Ärger, Somatisierung), höherem Selbstwerterleben, weniger Essattacken und Alkoholmissbrauch, besseren Beziehungen und interpersonellen Kompetenzen, sichereren Bindungen, weniger Konflikten und hilfreicherer emotionalen Reaktionen (Tangney et al., 2004). Personen mit guter Selbstregulation kommen besser mit Partnern aus und berichten befriedigendere Beziehungen (Finkel & Campbell, 2000). Ein interessanter Befund ist, dass ältere Menschen bessere selbstregulatorische Fähigkeiten als jüngere haben (Isaacowitz, Vaillant & Seligman, 2003). In dieser Studie wurde allerdings nicht die SCS verwendet, sondern die Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) (Peterson & Seligman, 2004, Kap. 28), die fünf Items zu Selbstregulation beinhaltet, welche große Ähnlichkeiten mit der SCS aufweisen.

Selbstregulation bei Brandtstädter

Im Modell assimilativer und akkommodativer Bewältigungsprozesse beschreibt Brandtstädter (1989; Brandtstädter & Greve, 1994; Brandtstädter & Renner, 1990) zwei gegenläufige selbstregulative Kompetenzen, nämlich assimilative, hartnäckige Zielverfolgung und akkommodative, flexible Zielanpassung. Wenn eine Ist-Soll-Diskrepanz vorliegt, kann diese entweder durch die Veränderung des Ist-Zustandes bewältigt werden, indem die Situation verändert wird oder andere Handlungsstrategien angewendet werden, um dennoch das Ziel zu erreichen (Assimilation). Oder es kann durch die Veränderung des Soll-Zustandes geschehen, indem die Person sich von blockierten Zielen ablöst und Prioritäten umordnet (Akkommodation). Eine adaptive Anwendung beider selbstregulativer Kompetenzen wäre optimal. Dispositionelle Unterschiede in assimilativen und akkommodativen Tendenzen werden durch die Skalen «Hartnäckige Zielverfolgung» (HZ) und «Flexible Zielanpassung» (FZ) erfasst, die auf deutsch und englisch vorliegen (Brandtstädter & Renner, 1990; 30 Items).

Die Skalen HZ und FZ wurden besonders in Stichproben älterer Menschen eingesetzt. Entsprechend den theoretischen Vorhersagen fand sich, dass im Zusammenhang mit zunehmenden Verlusten und abnehmenden Handlungsmöglichkeiten im Alter akkommodative Tendenzen zunehmen und assimilative abnehmen (Brandtstädter, Wentura & Greve, 1993; Heckhausen, 1997). Sowohl assimilative Hartnäckigkeit als auch akkommodative Flexibilität korrelieren negativ mit Depressivität im Alter, dagegen positiv mit Lebenszufriedenheit (Brandtstädter & Renner, 1990). Wegen der zunehmenden Bedeutung akkommodativer Flexibilität im Alter hängt besonders diese selbstregulative Strategie mit positiven Folgen zusammen. Akkommodative Flexibilität lindert negative Auswirkungen von Schmerzen und Behinderung auf Stimmung und Zufriedenheit (Brandtstädter et al., 1993; Schmitz, Saile & Nilges, 1996). Für hoch flexible Personen stellt die kürzer werdende Restlebenszeit einen geringeren Stressor dar als für weniger flexible (Brandtstädter, Wentura & Schmitz, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 1998). Ältere Menschen, die mehr akkommodative Gedanken äußern, sind zufriedener mit ihrem Älterwerden, haben eine positivere Sicht ihrer

Biographie und finden mehr Kontinuität und Sinn in ihrem Leben (Brandtstädter, Rothermund & Schmitz, 1997).

Aufmerksamkeitsregulation

In Weiterentwicklung der volitionalen Theorie der Handlungsphasen von Heckhausen (1989) formulierte Schwarzer (1998, 2001) für den Bereich des Gesundheitsverhaltens den Health Action Process Approach (HAPA). Die Umsetzung von Gesundheitsverhalten wird als Prozess mit einer motivationalen und einer volitionalen Phase gesehen. In der motivationalen Phase formuliert die Person eine Intention, auf die unter anderem die Selbstwirksamkeitserwartung Einfluss nimmt. In der volitionalen Phase setzt die Person die Intention zunächst in einen detaillierten Plan um und führt ihn dann in einer Handlungsphase aus. In dieser Handlungsphase wird Selbstregulation eingesetzt, um die Motivation vor konkurrierenden Intentionen zu schützen, die Aufmerksamkeit auf relevante Reize zu richten und negative Emotionen zu regulieren. Die Selbstregulations-Skala (SRS) wurde entwickelt, um eine dispositionelle Fähigkeit zur Selbstregulation zu messen (Schwarzer, 1999). Sie liegt auch in englischer Sprache vor (Luszczynska, Diehl, Gutiérrez Doña, Kuusinen & Schwarzer, 2004). Diese 10-Item Skala misst hauptsächlich Aufmerksamkeitsregulation, beinhaltet aber auch wenige Items zur Emotionsregulation.

Bisher gibt es nur wenige Befunde, die mit der SRS herausgearbeitet wurden. Luszczynska, Diehl et al. (2004) zeigten, dass Aufmerksamkeitsregulation positiv mit allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung und hilfreichen Copingverhalten korreliert. Zusätzlich gehen niedrige Depressivität und geringer negativer Affekt mit erhöhter Aufmerksamkeitsregulation einher.

Emotionsregulation und -kontrolle

Emotionsregulation und -kontrolle wird neben Aufmerksamkeits- und Motivationsregulation als eine der zentralen volitionalen Kompetenzen angesehen (Tice & Bratslavsky, 2000). Emotionsregulation kann definiert werden als die Fähigkeit einer Person zu beeinflussen, welche Emotion sie erlebt sowie wann und wie sie sie erlebt oder ausdrückt

(Gross, 1998). Sowohl die *emotionale Färbung* kann reguliert werden (d. h. die spezifische Emotion wie Ärger, Traurigkeit) als auch die *emotionale Dynamik* (d. h. Intensität, Labilität, Latenz, Entstehungszeit, Erholungszeit, Persistenz) (Thompson, 1990). Kompetenzen der Emotionsregulation werden in der Literatur auch unter den Bezeichnungen Affektregulation (Taylor, Bagby, Parker & Grotstein, 1999; Westen, 1994), Stimmungsregulation (Morris & Reilly, 1987; Parkinson, Totterdell, Briner & Reynolds, 2000; Thayer, 1996), emotionale Intelligenz (Salovey & Mayer, 1990), Emotionskontrolle (Roger & Najarian, 1989; Watson & Greer, 1983) und Coping (Lazarus & Folkman, 1984) besprochen. Hier werden nur diejenigen Ansätze näher aufgegriffen, aus denen diagnostische Instrumente hervorgegangen sind.

Gross (1998) ordnet verschiedene Strategien und Persönlichkeitskonstrukte der Emotionsregulation nach den fünf Phasen seines «Prozess-Modells der Emotionsregulation»: (1) Situations-Auswahl, z. B. angenehme Aktivitäten durchführen, Stimuluskontrolle und Reizexposition zur Angstreduzierung; (2) Situations-Modifikation, z. B. Problemlösung, um Ärger zu verringern; (3) Aufmerksamkeitslenkung, z. B. positive Erinnerungen, Imagination einer emotionalen Situation; (4) Kognitive Veränderung, z. B. Umbewertung; (5) Reaktionsmodulation, z. B. Hemmung des Gesichtsausdrucks, Entspannungsverfahren, körperliche Bewegung. Gross und John (2003) wählten zur Konstruktion des Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), der demnächst auch als deutsche Version vorliegen wird (persönliche Mitteilung von J. Gross), zwei dieser Strategien aus: kognitive Umbewertung und Unterdrückung des Emotionsausdrucks (10 Items). Während Umbewertung ein Beispiel für emotionale Selbstregulation im Sinne Kuhls (1992, 1996, 2001) ist, gehört Unterdrückung zur Selbstkontrolle (genauer: Impulskontrolle).

Modelle der emotionalen Intelligenz sehen Emotionsregulation als einen von drei Aspekten emotionaler Intelligenz (Salovey & Mayer, 1990): die Bewertung und der Ausdruck von Emotionen (eigene und anderer), die Regulation von Emotionen (eigene und anderer) sowie die Nutzbarmachung von Emotionen (beim flexiblen Planen, kreativen Denken, Umlenken der Aufmerksamkeit und Motivation). Verschiedene diagnostische Instrumente wurden bisher entwickelt. Die Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer,

Goldman, Turvey & Palfai, 1995; deutsch: Otto, Döring-Seipel, Grebe & Lantermann, 2001; 30 Items), misst drei Dimensionen von Meta-Mood-Erfahrungen auf dispositioneller Ebene, nämlich Aufmerksamkeit für Emotionen, Klarheit der Emotionswahrnehmung und die Regulation von negativen Emotionen. Die Emotional Intelligence Scale (EIS) von Schutte et al. (1998; 33 Items) misst die Bewertung und Ausdruck von Emotionen, Regulation von Emotionen sowie Nutzbarmachung von Emotionen. Neben der von den Autoren vorgeschlagenen eindimensionalen Auswertung werden von Petrides und Furnham (2000) nach faktorenanalytischer Untersuchung vier Subskalen vorgeschlagen: Emotionswahrnehmung, Management eigener Emotionen, Management der Emotionen anderer sowie Nutzbarmachung von Emotionen. Der Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey & Caruso, 2002) ist ein Leistungstest, der die verschiedenen Komponenten der emotionalen Intelligenz über Verhaltenstests misst.

Bei zwei Fragebögen, die zur Messung der Emotionskontrolle entwickelt wurden, geht es nicht um die Selbstregulation von Emotionen im Sinne einer Modifikation, sondern um die Neigung, Emotionen entweder auszudrücken oder zurück zu halten. Der Emotional Control Questionnaire (ECQ2; Roger & Najarian, 1989), deutsch von Tausch (1996; 35 Items) erfasst die Skalen gedankliche Weiterbeschäftigung, Gefühlshemmung vs. Gefühlsausdruck, Impulsivität, Aggressionskontrolle vs. Ärgerausdruck. Die Courtauld Emotional Control Scale (CEC; Watson & Greer, 1983) misst das Ausmaß, wie Personen Ärger, Angst und Depressivität kontrollieren. Schließlich ist die Negative Mood Regulation Scale (NMRS; Catanzaro & Mearns, 1990) zu nennen, die die generalisierte Erwartung erhebt, negative Stimmungen beenden zu können (30 Items).

Gute Kompetenzen in Emotionsregulation erwiesen sich als wichtige Prädiktoren psychischer Gesundheit (Gross & Munoz, 1995), positiver Stimmung, Lebenszufriedenheit und Selbstwerterleben (Austin, Saklofske & Egan, 2005; Furnham & Petrides, 2003; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley & Hollander, 2002), der Größe des sozialen Netzwerkes (Austin et al., 2005), Stressbewältigung sowie interpersonale Kompetenz (Austin, Saklofske, Huang & McKenney, 2004). Die generalisierte Erwartung, negative Stimmungen beenden zu können

(NMRS), sagt depressive und somatische Symptome voraus (Catanzaro & Greenwood, 1994). Dabei ist es allerdings wichtig, verschiedene Emotionsregulations-Strategien zu unterscheiden. Gross und John (2003; John & Gross, 2004) zeigten, dass kognitive Umbewertung positive Auswirkungen hat, während Unterdrückung des Emotionsausdrucks langfristig negative Konsequenzen. Personen, die eher kognitive Umbewertung zur Emotionsregulation benutzen, erleben und zeigen mehr positive und weniger negative Emotionen, bei Personen, die eher Unterdrückung anwenden, ist dies gegenteilig. Unterdrückung verbraucht im Unterschied zu Umbewertung kognitive Ressourcen, die die Erinnerungsleistung beeinträchtigen. Umbewertung geht auch einher mit dem Erleben von befriedigenden Beziehungen und engen Partnerschaften, während emotionsunterdrückende Personen eher Nähe vermeiden und geringere soziale Unterstützung erleben. Schließlich korreliert Umbewertung signifikant positiv und Unterdrückung negativ mit Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Optimismus, Selbstwertleben und geringer Depressivität.

Emotionskontrolle im Sinne einer Gefühlshemmung (ECQ2) geht ebenfalls mit mehr psychischen und körperlichen Symptomen einher (Tausch, 1996). Auch bei älteren, depressiven Menschen trägt die Hemmung des Gefühlsausdrucks zum Auftreten suizidaler Gedanken bei (Lynch, Cheavens, Morse & Rosenthal, 2004). Funktionale Emotionsregulation dagegen ist auch bei älteren Menschen assoziiert mit weniger negativem Affekt und Wohlbefinden (Eisenberg & Okun, 1996). Im Altersvergleich zeigt sich, dass ältere Menschen ihre Emotionen besser kontrollieren können als jüngere (Gross et al., 1997; Lawton et al., 1992). Dies mag an der Zunahme der gesünderen Strategie der kognitiven Umbewertung und der Abnahme des ungesünderen Unterdrückens des Emotionsausdrucks im Alter liegen (John & Gross, 2004). Carstensen et al. (2003) argumentieren, dass diese Veränderungen im Alter zurückzuführen sind auf eine gesteigerte Motivation, emotionale Bedeutung im Leben zu finden, und eine sinkende Motivation, neue Lebenserfahrungen zu machen. Es gibt Hinweise, dass der Emotionsausdruck dementer Patienten dem Emotionsregulationsstil im Erwachsenenalter vor der Erkrankung ähnelt (Magai, Cohen, Culver, Gomberg & Malatesta, 1997). Eine funktionale Emotionsregulation, die erfolgreich Stress bewältigt, scheint auch ein

protektiver Faktor in der Entstehung von Depression und Demenz im Alter zu sein (Lupien et al., 1999), vermutlich weil ein hohes Niveau an Stresshormonen mit Gedächtnisdefiziten und hippocampaler Atrophie zusammenhängt (Lupien et al., 2005).

Interpersonale Ressourcen

Diese Kategorie könnte auch als interne soziale Ressourcen bezeichnet werden. Gemeint sind Konstrukte, die einerseits Prozesse innerhalb der Person bezeichnen, andererseits nur zwischen Personen wirksam werden.

Bindung

Unterschieden werden können Interview- und Fragebogenverfahren zur Messung der Bindungssicherheit im Erwachsenenalter. Ein oft benutztes halbstrukturiertes Interviewverfahren ist das Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan & Main, 1985), das auch auf deutsch vorliegt (George, Kaplan & Main, 2001; Gloger-Tippelt, 1997). Mittels 18 Fragen zur kindlichen Beziehung zu den Eltern und bindungsrelevanten Erfahrungen werden vier Bindungsstile unterschieden: sicher-autonom, unsicher-distanziert, unsicher-verwickelt und unverarbeitet. Das Adult Attachment Projective (AAP; George & West, 2001), deutsch von Buchheim, George und West (2003), ist ein projektives Verfahren. Es besteht aus einem Set von acht Bildern, einem neutralen und sieben bindungsrelevanten, zu denen die Probanden Geschichten erzählen sollen. Die Einordnung der Probanden erfolgt in die o. g. vier üblichen Bindungskategorien. Die Adult Attachment Scale (AAS; Collins & Read, 1990), deutsch von Schmidt, Strauss, Höger und Brähler (2004), stellt ein Selbstbeschreibungsverfahren dar, das sich auf bindungsbezogene Einstellungen bezieht. Die Skalen erfassen die Offenheit für Nähe in Beziehungen, das Vertrauen in andere sowie die Angst vor dem Verlassenwerden. Die Measure of Attachment Qualities (MAQ; Carver, 1997), deutsch von Stöber (1997), ist ein Fragebogen, das mit 14 Items den präferierten Bindungsstil Erwachsener erfasst: Sicherheit, Vermeidung, Ambivalenz-Be-

sorgnis und Ambivalenz-Fusion. Ein weiteres Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung des Bindungsverhaltens ist der Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), deutsch von Hexel (2004). Auch der Relationship Styles Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994), deutsch von Steffanowski et al. (2001), misst mit 30 Items die vier Bindungsstile (Angst vor Trennung, Angst vor Nähe, fehlendes Vertrauen, Wunsch nach Unabhängigkeit).

Bindung ist ein Thema, das gerade unter älteren Menschen eine besondere Bedeutung haben dürfte, da die Wahrscheinlichkeit von Trennungs- und Verlust-Erlebnissen (z. B. Krankheit, Tod) mit dem Alter zunimmt (Bradley & Cafferty, 2001). Wright et al. (1995) nehmen an, dass der kranke Alte – wie ein Kind – abhängig vom Versorger ist, was mit Trennungsangst und Angst vor Ablehnung verbunden ist. Dieses Bindungsverhalten sehen die Autoren z. B. beim Demenz-Patienten in seinem fordernden und nächsuchenden Verhalten. Miesen (1993) zeigte empirisch, dass Patienten in einer frühen Phase der Demenzerkrankung häufig ein deutliches Bindungsverhalten zeigen, dass aber mit zunehmender Schwere der Demenz das Bindungsverhalten abnimmt. Statt dessen zeigen die Patienten vermehrt eine «Eltern-Fixierung», d. h. sie verhalten sich so, als seien die Eltern noch am Leben. Der prämorbid Bindungsstil scheint Muster des Emotionsausdrucks und sogar bestimmter Symptome der Demenz vorherzusagen, wobei ein sicherer Bindungsstil die günstigste Prognose bietet (Magai & Cohen, 1998). Ein sicherer Bindungsstil ist auch verbunden mit geringerer Beeinträchtigung bei einem älteren Menschen nach dem Tod des Partners, während eine abhängige Beziehung zum Partner größere Depressivität nach dessen Tod nach sich zieht (Sable, 1989). Ältere Personen mit sicheren Bindungsrepräsentationen sind sozial besser integriert, haben eine höhere Lebenszufriedenheit und körperliche Gesundheit (Webster, 1997; Wensauer & Grossmann, 1995) und blicken positiver in die Zukunft als unsicher gebundene (Wensauer & Grossmann, 1998).

Altruismus

Die Self-Report Altruism Scale (SRA; Rushton, Chrisjohn & Fekken, 1981) ist ein Selbstbeurteilungsbogen, der mit 20 Items erfragt, wie häufig der

Proband verschiedene altruistische Verhaltensweisen ausführt. Eine deutsche Übersetzung liegt allerdings nicht vor. Zwei deutsche Instrumente sind die Altruismusskalen (Henning & Six, 1980) und die Prosozialitätsskalen (Bilsky, 1981). Die 44-Item-Altruismusskala enthält zwei Skalen, die sozial erwünschtes sowie egozentrisches (Non-Altruismus) Verhalten messen. Die Prosozialitätsskalen bestehen aus 50 Items, die Toleranz gegenüber anderen und die Kompetenz, Hilfe zu leisten, erfassen. Neben diesen Instrumenten kann die Facette «Altruismus» der Verträglichkeits-Skala des NEO-PI-R (Ostendorf & Angleitner, 2004) verwendet werden. Speziell zur Erfassung prosozialen Arbeitsverhaltens wurde der Organizational Citizenship Behavior Questionnaire (OCBQ; Smith, Organ & Near, 1983), deutsch von Bierhoff, Müller und Küpper (2000) entwickelt. Er enthält auch eine Skala zur allgemeine Altruismusneigung, die als Eigenschaftsmerkmal interpretiert werden kann. Alternativ zu diesen Selbstbeurteilungsverfahren kann erhoben werden, inwiefern und wie häufig eine Person ein bestimmtes Hilfeverhalten zeigt. Hier wurde häufig freiwilliges Helfen («volunteering») untersucht.

Altruistisches Verhalten nimmt mit dem Alter zu, während antisoziale Tendenzen abnehmen (Rushton, Fulker, Neale, Nias & Eysenck, 1989). Eine Reihe von Studien zeigt auf, dass besonders im Alter freiwilliges Helfen mit psychischer und körperlicher Gesundheit assoziiert ist (Wheeler, Gorey & Greenblatt, 1998). Ältere freiwillige Helfer erleben einen größeren Zuwachs an Lebenszufriedenheit über die Zeit und größere positive Veränderungen in der wahrgenommenen Gesundheit als jüngere Helfer (Van Willigen, 2000). Freiwilliges Helfen ist mit positivem Affekt assoziiert (Greenfield & Marks, 2004), senkt Depressivität im Alter (Musick & Wilson, 2003) und reduziert die Mortalität (Musick, Herzog & House, 1999; Oman, Thoresen & McMahon, 1999), auch nachdem die Rolle der sozialen Unterstützung, religiöser Aktivitäten und Gesundheitsverhalten kontrolliert wurde (Oman et al., 1999).

Soziale Verantwortung

Die Social Responsibility Scale (SRS; Berkowitz & Daniels, 1964), deutsch von Bierhoff (2000; 8 Items) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur

Messung der sozialen Verantwortung. Es gibt zwei Teilskalen, nämlich Erfüllung der berechtigten Erwartungen anderer und Befolgung der sozialen Spielregeln. Um die soziale Verantwortung zu messen, die sich auf Länder und Nationen bezieht, entwickelte Starrett (1996) die Global Social Responsibility Scale (16 Items), die allerdings noch nicht auf deutsch vorliegt. Ein weiteres Instrument, das insbesondere zur Anwendung bei älteren Menschen sinnvoll ist, ist die Loyola Generativity Scale (LGS; McAdams & de St. Aubin, 1992; 20 Items). Sie erfasst das Ausmaß in der Neigung, Fertigkeiten und Wissen an andere, gerade Jüngere weiterzugeben und zur Verbesserung der Gesellschaft beizutragen (generatives Interesse).

Soziale Verantwortung hängt positiv mit Hilfeleistung, Empathie, interner Kontrollüberzeugung und negativ mit Unsicherheit zusammen (Bierhoff, 1994, 2000). Mit dem Alter scheint soziale Verantwortung zunächst zuzunehmen und im hohen Lebensalter wieder abzunehmen (Chebat, 1986). Generatives Interesse ist mit größerer Lebenszufriedenheit assoziiert (McAdams, de St. Aubin & Logan, 1993). Es steigt mit dem Alter an und sinkt im hohen Lebensalter wieder ab (McAdams et al., 1993). In einer Studie mit Personen, die Krebs überlebten, war das Ausmaß generativen Interesses über verschiedene Altersgruppen hinweg gleich, jüngere übten jedoch mehr generative Aktivitäten aus als ältere Menschen (Bellizzi, 2004). Generatives Interesse hing in dieser Studie mit posttraumatischer Reifung zusammen.

Vergebung

Zu unterscheiden sind Instrumente, die das Ausmaß von Vergebung für spezifische Vergehen messen, von solchen, die Vergebungsbereitschaft als dispositionelle Persönlichkeitseigenschaft messen. Das Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory (TRIM; McCullough et al., 1998), deutsch von Werner und Appel (2003), ist ein Selbstbeurteilungsbogen, das zwei Komponenten der Motivation, ein bestimmtes Vergehen zu vergeben, misst: Vermeidung und Rache. In der Forgiveness Likelihood Scale (Rye et al., 2001) versetzt sich der Proband in zehn Szenarien hinein, die ein Vergehen schildern, und schätzt ein, wie wahrscheinlich er vergeben würde. Zu den Instrumenten der Vergebungsbereitschaft zählt die For-

giveness of Others Scale (FOO; Mauger et al., 1992). Personen beurteilen sich auf 15 Items, wie sehr sie sich als vergebungsbereit (vs. rachsüchtig) einschätzen. Ein weiteres Instrument ist der Forgiveness Questionnaire (Mullet, Houdbine, Laumonier & Girard, 1998), der vier Faktoren der Vergebungsbereitschaft erhebt: Vergebung vs. Rache, persönliche und soziale Umstände, Blockierung im Vergeben, Schwierigkeiten zu vergeben. Schließlich ist der Transgression Narrative Test of Forgiveness (TNTF; Berry, Worthington, Parrott, O'Connor & Wade, 2001) zu nennen, in der die Vergebungsbereitschaft in fünf hypothetischen Situationen eingeschätzt wird.

Vergebung korreliert positiv mit Wohlbefinden und Hoffnung sowie negativ mit Ärger (Rye et al., 2001) und Depression (Rye, Folck, Heim, Olszewski & Traina, 2004), sowie positiv mit Empathie und Nähe in der Beziehung (McCullough et al., 1998; McCullough, Worthington & Rachal, 1997). Eine höhere Vergebungsbereitschaft korreliert mit höherem Selbstwerterleben und weniger Depressivität und Angst (Berry et al., 2001; Maltby, Macaskill & Day, 2001; Mauger et al., 1992), sowie mit psychischer und körperlicher Gesundheit und Kortisol-Reaktivität bei Stress (Berry & Worthington, 2001). Die Vergebungsbereitschaft scheint bei älteren Menschen größer zu sein als bei jüngeren (Mullet, Barros, Frongia, Usai & Shafiqhi, 2003).

Humor

Der State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI), der im Deutschen entwickelt wurde (Ruch, Köhler & van Thriel, 1997a) und auch auf englisch vorliegt (Ruch, Köhler & van Thriel, 1996, 1997b), ist ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen und misst drei Facetten des Humors, nämlich Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und schlechte Stimmung (30 Items). Beim 3 Witz-Dimensionen Test (3WD) von Ruch (1983; englisch: Ruch, 1992), werden 50 Witze in Wort oder Bild vorgelegt, die drei faktorenanalytisch gewonnenen Inhaltsdimensionen zugeordnet werden: Inkongruenz-Lösungs-Witze, Nonsense-Witze, Sex-Witze. Der Proband schätzt die Witzigkeit und seine Ablehnung der Witze ein. Die Coping Humor Scale (CHS; Martin & Lefcourt, 1983) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, mit dem der Proband einschätzt, wie sehr er Humor zur

Stressbewältigung einsetzt (7 Items). Der Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ; Martin & Lefcourt, 1984) misst, wie häufig und intensiv eine Person lächelt und lacht in einer Reihe von Lebenssituationen (21 Items). In einem neueren Selbstbeurteilungsverfahren, dem Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003), werden zwei Funktionen von Humor unterschieden, nämlich ob Humor benutzt wird, um das Selbst vs. die Beziehung zu einer Person zu bestärken, und ob der Humor relativ gutartig vs. destruktiv ist (32 Items). Es resultieren aus diesen zwei Dimensionen vier Stile: selbst-bestätigend, aggressiv, affiliativ, selbst-abwertend. Schließlich ist der Sense of Humor Questionnaire (SHQ; Svebak, 1996), ein weiterer Selbstbeurteilungsbogen, zu erwähnen.

Die Häufigkeit des Lächelns oder Lachens (SHRQ) korreliert positiv mit Selbstwerterleben, Intimität und Extraversion und negativ mit dysfunktionalen Einstellungen und sozialer Isolation (Martin, 1996). Wird Humor zur Stressbewältigung eingesetzt (CHS), hat dies eine moderate Auswirkung auf kognitive Bewältigung und Selbstwerterleben (Martin, 1996). Der selbstbestätigende und affiliative Humorstil korreliert positiv mit Wohlbefinden, Selbstwerterleben und sozialer Intimität und negativ mit Depressivität und Angst, während der aggressive und selbst-abwertende Stil positiv mit Feindseligkeit und negativ mit Wohlbefinden und sozialer Unterstützung korreliert (Martin et al., 2003). Die Beziehung zwischen Humor und körperlicher Gesundheit ist komplex und bisher nicht eindeutig geklärt. Wie Martin (2001) zusammenfasst, fanden einige Studien negative Korrelationen zwischen Humor und körperlichen Beschwerden sowie Schmerz, andere keinen Zusammenhang. Mit steigendem Alter ändert sich die Wahrnehmung von Witzen und auch die Äußerung von Humor. Die wahrgenommene Witzigkeit von Inkongruenz-Lösungs-Witzen (3WD) steigt mit dem Alter, die von Nonsense-Humor sinkt (Ruch, McGhee & Hehl, 1990). Die Ablehnung dieser beiden Witzarten nimmt mit dem Alter ab (Ruch et al., 1990). Die Altersdifferenzen in der Humorwertschätzung korrelieren dabei mit Altersdifferenzen in Konservatismus. Ernsthaftigkeit als eine Komponente des Humors (STCI) steigt ab dem 40. Lebensjahr an (Ruch et al., 1996). Die Sensibilität für Humor und Lachen als Ausdruck nimmt mit dem Alter ab (Svebak, Martin & Holmen, 2004).

Soziale Ressourcen

Im Unterschied zu allen anderen Ressourcen bezieht sich diese letzte Kategorie auf außerhalb der Person liegende Quellen hilfreicher und gesundheitsrelevanter Ressourcen. Es sollen das soziale Netzwerk, soziale Unterstützung sowie die Partnerbeziehung als die im Alter besonders wichtige soziale Beziehung besprochen werden.

Soziales Netzwerk

Der Begriff «soziales Netzwerk» bezieht sich auf das Muster der Beziehungen zu den Personen, die mit einer bestimmten Person in Verbindung stehen (Laireiter, Baumann & Stieglitz, 2001). Verfahren zur Erhebung des sozialen Netzwerkes verwenden üblicherweise Selbstaussagen mittels Interview oder Fragebogen. Für den deutschen Sprachraum ist das Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET; Baumann, Laireiter, Pflingstmann & Schwarzenbacher, 1987) ein etabliertes Verfahren. Es beinhaltet Fragebogen- und Interview-Anteile, mit denen das Beziehungsnetzwerk und die darin wahrgenommene bzw. daraus erhaltene soziale Unterstützung und soziale Belastung differenziert erhoben wird. Zusätzlich werden die einzelnen Beziehungen hinsichtlich Dauer, Kontaktfrequenz, geographischer Entfernung und Zufriedenheit eingestuft. Ein deutsches Verfahren, in dem Bezugspersonen aufgrund ihrer sozialen Rollen erfasst werden, sind die Egozentrierten Netzwerkkarten (EGONET; Strauss & Höfer, 1998). Ein entsprechendes englischsprachiges Instrument ist die Social Network Map (Tracy & Whittaker, 1990). Daneben gibt es mehrere (englischsprachige) Verfahren, die die Bezugspersonen aufgrund ihrer emotionalen Nähe und interpersonellen Bindung zum Individuum erfassen. Eines dieser Verfahren, das sowohl Fremd- als auch Selbstbeurteilung integriert, ist das Interview Measure of Social Relationships (IMSR; Brugha et al., 1987). Für weitere Instrumente sei auf den Überblick von Laireiter et al. (2001) verwiesen. Neben Interview- und Fragebogen-Verfahren gibt es Tagebuch-Verfahren, mit denen aktuelle Kontakte erfasst werden können. Hierzu zählen das Intervalltagebuch SONET-T (Laireiter, Baumann, Reizenzein & Untner, 1997) und der Rochester In-

teraction Record (RIR; Wheeler & Nezlek, 1977), deutsch von Schumacher (1991).

Die Gesamtgröße des sozialen Netzwerkes nimmt zwar im höheren Lebensalter ab (Morgan, 1988), aber ältere Menschen sind zufrieden mit diesem verkleinerten Netzwerk (Lansford, Sherman & Antonucci, 1998), und sie behalten enge und befriedigende Beziehungen mit Verwandten oder Freunden bis ins hohe Alter (Field & Minkler, 1988). Diese selektive Reduktion in sozialen Interaktionen beginnt bereits im frühen Erwachsenenalter (Carstensen, 1992): Die Interaktionshäufigkeit mit Freunden und Bekannten nimmt immer mehr ab, während die mit Ehepartnern und Geschwistern zunimmt. Die emotionale Nähe mit Verwandten und engen Freunden nimmt bis ins hohe Alter ebenfalls zu. Da im Alter der Anteil Verwandter nachfolgender Generationen im Netzwerk zunimmt, wird die Altershomogenität der Netzwerke geringer (Wagner & Wolf, 2001). Das soziale Netzwerk ist umso größer, je besser die ältere Person mit Ressourcen wie Schulbildung, Gesundheit oder Prestige ausgestattet ist, und je früher sie eine Familie gegründet hat (Wagner & Wolf, 2001). Bewohner von Altenheimen haben zwar ein reduziertes soziales Netzwerk, dieses befriedigt aber wichtige Bedürfnisse; jedoch gerade Beziehungen, die durch häufigeren und regelmäßigen Kontakt geprägt sind, leiden im Altenheim (Enzberger et al., 1992). Die Netzwerkgröße hat gesundheitliche Auswirkungen: Eine geringe Anzahl von sozialen Beziehungen ist assoziiert mit einem erhöhten Sterberisiko (House, Landis & Umberson, 1988). Je größer das soziale Netzwerk ist, desto langsamer verschlechtert sich die kognitive Leistung im Alter (Holtzman et al., 2004).

Soziale Unterstützung

Mit sozialer Unterstützung werden Personen, Interaktionen und Erlebnisse umschrieben, die einer bestimmten Person das Gefühl geben, geliebt, geachtet, umsorgt und in zuverlässigen Beziehungen stehend zu sein (Laireiter et al., 2001). Einige Netzwerkverfahren beinhalten Teile, die soziale Unterstützung messen (siehe oben), und es gibt weitere Instrumente, die eigens dafür entwickelt wurden. Am meisten elaboriert ist der Social Support Questionnaire (SSQ; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983), zu dem auch verschiedene

deutsche Kurzversionen vorliegen (in Westhoff, 1993). Es wird die Anzahl der Personen erhoben, die verschiedene Arten von Unterstützung geben würden, sowie die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung. Das Inventory of Socially Supportive Behavior (ISSB; Barrera, 1981), deutsch von Laireiter (1996), ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, mit dem das Ausmaß der in den letzten 4 Wochen erhaltenen Unterstützung zur Alltagsbewältigung erhoben wird. Skalen zur wahrgenommenen Unterstützung erfassen die subjektive Erfahrung der sozialen Unterstützung. Am verbreitetsten im deutschen Sprachraum sind drei Verfahren: der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU; Sommer & Fydrich, 1989), der auch in einer Kurzversion (SOZU-K-22) vorliegt (Fydrich, Sommer, Menzel & Höll, 1987); die Interpersonal Support Evaluation List (ISEL; Cohen & Hoberman, 1983), deutsch von Laireiter (1996); und die Social Support Appraisal Scale (Vaux et al., 1986), deutsch von Laireiter (1996). Schließlich sind die Berliner Social Support Skalen (BSSS; Schulz & Schwarzer, 2000) zu nennen, die die Unterstützung speziell bei der Krankheitsbewältigung auf sechs Skalen erheben (wahrgenommene, erhaltene, geleistete Unterstützung, Bedürfnis und Suche nach Unterstützung, protektives Abfedern). Für weitere Instrumente sei wieder auf Laireiter et al. (2001) verwiesen.

Soziale Unterstützung ist ein wichtiger protektiver Faktor in der Erhaltung von Gesundheit und zur Bewältigung psychischer und körperlicher Probleme (Schwarzer & Leppin, 1989). Wird die Beziehung von sehr alten Menschen zu ihren Kindern als eng und emotional positiv geprägt beschrieben, erleben sich Senioren als weniger einsam (Long & Martin, 2000). Soziale Isolation stellt einen wichtigen Risikofaktor für Mortalität verschiedener Ursachen dar (House et al., 1988). Fehlt positive soziale Unterstützung und erlebt eine ältere Person statt dessen negative soziale Interaktionen, reduziert dies das psychische Wohlbefinden (Rook, 1984). Soziale Unterstützung hat z. B. einen protektiven Effekt gegen Depressivität im Alter (Jang, Haley, Small & Mortimer, 2002; Krampe et al., 2003). Sie reduziert auch den schädigenden Effekt von Stress auf affektive Störungen, indem sie das Selbstwerterleben älterer Menschen stärkt (Krause, 1987). Soziale Unterstützung reduziert auch den körperlichen Funktionsabfall älterer Menschen, dies gilt besonders für Männer und weniger beeinträchtigte Personen (Un-

ger, McAvay, Bruce, Berkman & Seeman, 1999). Die kleineren sozialen Netzwerke älterer Menschen, die – verglichen mit jüngeren – relativ mehr emotional enge Beziehungen beinhalten (siehe oben), sind mit starken Gefühlen des sozialen Eingebundenseins assoziiert (Lang & Carstensen, 1994). Ist eine ältere Person mit gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert, dann erlebt sie eine größere soziale Unterstützung, wenn sie bisher sozial aktiv und integriert gewesen ist (Lang & Tesch-Römer, 1993). Je besser die soziale Unterstützung ist, desto langsamer verschlechtert sich die kognitive Leistung im Alter (Holtzman et al., 2004).

Partnerbeziehung

Da die Partnerbeziehung im Alter von zunehmender Bedeutung ist, sollen zwei der wichtigsten diagnostischen Verfahren hierzu dargestellt werden. Die Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD; Hahlweg, 1996) sind eine Batterie von drei Instrumenten: Der Partnerschaftsfragebogen (PFB) misst die partnerschaftliche Qualität mit den Skalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation sowie einem Item zur globalen Glückseinschätzung der Partnerschaft. Die Problemliste (PL) erhebt paarbezogener Konflikte und Probleme. Der Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft (FLP) ist ein halbstrukturierter Anamnesebogen zur Erfassung lebensgeschichtlicher Daten und erster Informationen über die Partnerschaft. Der FPD erlaubt allerdings keine Einschätzung wechselseitiger Kommunikationsprozesse in der Partnerschaft. Deshalb ist der Communication Patterns Questionnaire (CPQ; Christensen, 1988), deutsch Fragebogen zur Erfassung partnerschaftlicher Kommunikationsmuster (FPK; Kröger et al., 2000), eine wichtige Ergänzung. Der FPK ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das dyadische Kommunikation unter Berücksichtigung des Verhaltens beider Partner erfassen soll, und besteht aus den Skalen Konstruktive Kommunikation, Konfliktvermeidung und weiblichem bzw. männlichem Forderungs-/Rückzugsmuster. Weitere verbreitete Verfahren zur Erfassung der Partnerschaftsqualität sind der Marital Adjustment Test (MAT; Locke & Wallace, 1959), deutsch von Scholz (1978), die Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976), deutsch in Hank, Hahlweg

und Klann (1990), und das Marital Satisfaction Inventory (MSI; Snyder, 1981), deutsch von Klann, Hahlweg und Hank (1992).

Partnerschaftliche Kommunikations- und Bewältigungskompetenzen sind nicht nur wichtige Prädiktoren für die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen, sondern auch für die psychische und körperliche Gesundheit (Bodenmann, 1997). In Partnerschaften älterer Menschen läuft die Lösung von Konflikten weniger emotional negativ ab als bei jüngeren Paaren (Carstensen et al., 1995). Ehefrauen zeigten sich in dieser Studie als emotional negativer als ihre Männer, während die Ehemänner sich defensiver verhielten. Partnerschaften zwischen Alten sind dann glücklicher, wenn weniger negativer Affekt ausgedrückt wird (Carstensen et al., 1995). Eheliche Interaktion ist bei älteren Paaren auch mit einer niedrigeren physiologischen Erregung assoziiert (Levenson, Carstensen & Gottman, 1994). Im Vergleich zu jüngeren Paaren zeigen ältere Paare ein geringeres Risiko für Konflikte und mehr Freude in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Kinder) (Levenson, Carstensen & Gottman, 1993).

Diskussion

Dieser Überblick über emotionale, motivationale, volitionale, interpersonale und soziale Ressourcen macht deutlich, dass in den menschlichen Stärken ein enormes Potenzial für die Gesundheit von Senioren und ihr erfolgreiches Altern liegt. Welche Schlussfolgerungen können daraus gezogen werden?

Als Ergänzung zur Diagnostik der Psychopathologie sollte eine Diagnostik der Ressourcen durchgeführt werden. Welche der verschiedenen Ressourcen bei einem bestimmten Patienten näher betrachtet werden, mag vom Einzelfall abhängen und den Informationen, die sich bei der Erstuntersuchung ergeben. Es ist sinnvoll, vier Bereiche zu berücksichtigen, welche von Wright und Snyder (2002) «vier Fronten» der Diagnostik genannt werden (s. Abb. 1). Sie unterscheiden zwei Dimensionen mit jeweils zwei Stufen: die Dimension «Inhalt» mit den Stufen Schwächen und Stärken, die Dimension «Ort» mit den Stufen Person und Umwelt. Die Schwächen einer Person zu diagnostizieren beinhaltet affektive Störungen wie Angst und Depressivität,

Abbildung 1. Die «vier Fronten» der Diagnostik von Wright und Snyder (2002) (nach Snyder et al., 2003, S. 31).

		Ort	
		Person	Umwelt
Inhalt	Schwächen	z. B. Angst, Depressivität, körperliche Symptome	z. B. soziale Belastungen
	Stärken	z. B. Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeitserwartung, volitionale Kompetenzen	z. B. soziales Netzwerk, soziale Unterstützung

dysfunktionale Kognitionen, körperliche Symptome und Schwierigkeiten in Interaktionen. Die Diagnostik der Stärken einer Person beinhaltet die in diesem Artikel behandelten Konstrukte wie Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeitserwartung, volitionale Kompetenzen, Vergebungsbereitschaft u. v. m. Schließlich sollten Umweltfaktoren wie soziale Ressourcen (Netzwerk, Unterstützung) als Stärken und soziale Belastungen als Schwächen erhoben werden.

Im Anschluss an Snyder et al. (2003) schlagen wir zur stärkeren Berücksichtigung von Stärken und Ressourcen drei Änderungen am DSM-IV vor. Auf Achse IV werden bisher psychosoziale und Umwelt-Stressoren erhoben, die die Diagnose, Prognose und Behandlung der Störung beeinflussen können. Dies kann ergänzt werden mit der Erhebung von personalen und sozialen Ressourcen, da diese, wie in diesem Artikel dargestellt, ebenfalls die Gesundheit und Behandlung von Störungen beeinflussen. Zweitens könnte die Skala des Global Assessment of Functioning (GAF) auf Achse V so verändert werden, dass eine Abwesenheit von Symptomen nicht mehr durch einen GAF von 100 sondern 50 reflektiert wird, und 51 bis 100 zunehmend optimales Funktionieren darstellt. Drittens könnte eine neue Achse VI hinzugefügt werden, die konkrete Stärken und Ressourcen misst, und zu deren Messung einige der in diesem Artikel genannten Verfahren angewendet werden. Ein Versuch, die menschlichen Stärken systematisch zu klassifizieren, bietet das Handbuch von Peterson und Seligman (2004) und damit zusammenhängende Forschungsaktivitäten der Positiven Psychologie (Isaacowitz et al., 2003).

In der Theorie der Selektiven Optimierung und Kompensation (SOC; Baltes, 1997) spielen Ressourcen bei den drei Elementen der Theorie eine

wichtige Rolle. Die Selektion bestimmter Ziele ist dann ressourcenorientiert, wenn Ziele gewählt werden, die mit vorhandenen Stärken und Kompetenzen erreicht werden können. Optimierung bezieht sich auf das Investieren von Ressourcen in die Verbesserung der Mittel, um die gewählten Ziele zu erreichen. Kompensation beinhaltet, Ressourcen in Mittel zu investieren, die das Funktionieren aufrechterhalten, obwohl zielrelevante Fähigkeiten verloren gegangen sind. Die SOC-Theorie bietet daher ein Rahmenmodell für den Einsatz von Ressourcen beim erfolgreichen Altern.

Die Förderung von Ressourcen in der Psychotherapie mit alten Menschen ist naheliegend. Bei Grawe (1998) ist Ressourcenaktivierung ein zentraler Wirkmechanismus jeder Psychotherapie. Selbst bei demenziellen Erkrankungen, deren Pathogenese auf degenerative Veränderungen in der Hirnrinde zurückgeführt werden kann, können Auftreten und Schwere der Symptomatik durch emotionale, motivationale, volitionale, interpersonale und soziale Faktoren moduliert werden (Bauer, Stadtmüller, Qualmann & Bauer, 1995; Fratiglioni, Paillard-Borg & Winblad, 2004; Jorm, 2001; Kropiunigg, Sebek, Leonhardsberger, Schemper & Dal-Bianco, 1999).

Unsere bisherige Forschung mit Personen im mittleren Erwachsenenalter zeigte, dass insbesondere volitionale Kompetenzen wichtige Prädiktoren des Therapieerfolges sind, gut in einer Psychotherapie durch spezifische Interventionen gestärkt werden können, und dadurch der Therapieerfolg erhöht werden kann (Forstmeier, 2005; Forstmeier & Rüdell, 2004, 2005, im Druck). In geplanten Projekten werden von uns motivationale und volitionale Ressourcen in der Demenzforschung angewendet. Das Konstrukt der kognitiven Reservekapazität hat sich als fruchtbar erwiesen, um den geringen Zusammenhang zwischen der Hirn-Pathologie und der klinischen Symptomatik der Alzheimer-Demenz zu erklären. Kognitive Reservekapazität ist die Fähigkeit des Individuums, die Pathologie zu bewältigen oder zu kompensieren, indem ein neuronales Netzwerk effizienter verwendet wird oder zu anderen Netzwerken zu wechseln. Wir gehen davon aus, dass neben der kognitiven eine «motivationale Reservekapazität» angenommen werden kann, die ebenso ein Schutz gegenüber den hirn-pathologischen Veränderungen bei Demenz darstellt. Zur Untersuchung der motivationalen Reservekapazität wurde eine Batterie von motivationalen und volitio-

nalen Messinstrumenten zusammen gestellt, die sich in der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie bewährt haben zur Vorhersage von Gesundheit (Forstmeier & Maercker, 2005). Im Anschluss wird die motivationale Reservekapazität als protektiver Faktor von Alzheimer-Demenz untersucht (Forstmeier & Maercker, 2006).

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass sowohl Forschung als auch therapeutische Praxis vermehrt Ressourcen in ihre Modelle und das etablierte Vorgehen integrieren sollten.

Literatur

- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 899–922.
- Albani, E., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E., Bailer, H. & Grulke, N. (2005). Überprüfung der Gütekriterien der deutschen Kurzform des Fragebogens «Profile of Mood States» (POMS) in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 55*, 324–330.
- Altmaier, E. M., Russell, D. W., Kao, C. F., Lehmann, T. R. & Weinstein, J. M. (1993). Role of self-efficacy in rehabilitation outcome among chronic low back pain patients. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 335–339.
- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the life orientation test. *Personality and Individual Differences, 21*, 719–725.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H. & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 38*, 547–558.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H. & McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: Testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. *Personality and Individual Differences, 36*, 555–562.
- Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M. (1987). *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*. Berlin: Springer.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Smith, D. M., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W., Willis, S. L. & ACTIVE. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 288*, 2271–2281.
- Baltes, M. M. & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging, 12*, 433–443.
- Baltes, M. M., Mayr, U., Borchelt, M., Maas, I. & Wilms, H.-U. (1993). Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society, 13*, 657–680.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist, 33*, 580–594.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of development theory. *American Psychologist, 52*, 366–380.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Eds.). (1990). *Successful aging*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 84*, 191–215.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 69–96). Beverly Hills, CA: Sage.
- Barrick, A. L., Hutchinson, R. L. & Deckers, L. H. (1989). Age effects on positive and negative emotions. *Journal of Social Behavior and Personality, 4*, 421–429.
- Bauer, J., Stadtmüller, G., Qualmann, J. & Bauer, H. (1995). Prämorbid psychologische Prozesse bei Alzheimer-Patienten und bei Patienten mit vaskulären Demenzprozessen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28*, 179–189.
- Baumann, U., Laireiter, A.-R., Pfingstmann, G. & Schwarzenbacher, G. (1987). Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET), Kurzbericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 16*, 429–431.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F. & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Beckmann, J. & Kellmann, M. (2004). Self-regulation and recovery: Approaching an understanding of the process of recovery from stress. *Psychological Reports, 95*, 1135–1153.
- Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development, 58*, 267–287.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences, 38*, 1463–1473.
- Berkowitz, L. & Daniels, L. R. (1964). Affecting the salience of the social responsibility norm: Effects of past help on the response to dependency relationships. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 68*, 275–281.
- Berry, J. M. (1987). Memory complaint and performance in older women: A self-efficacy and causal attribution

- model. *Dissertation Abstracts International*, 47(10-B), 4320.
- Berry, J. W. & Worthington, E. L. (2001). Forgivingness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 447–455.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Parrott, L., O'Connor, L. E. & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277–1290.
- Bierhoff, H. W. (1994). Verantwortung und altruistische Persönlichkeit. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 217–226.
- Bierhoff, H. W. (2000). Skala der sozialen Verantwortung nach Berkowitz und Daniels: Entwicklung und Validierung. *Diagnostica*, 46, 18–28.
- Bierhoff, H. W. & Montada, L. (Hrsg.). (1988). *Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft*. Göttingen: Hogrefe.
- Bierhoff, H. W., Müller, G. F. & Küpper, B. (2000). Prosoziales Arbeitsverhalten: Entwicklung und Überprüfung eines Messinstruments zur Erfassung des freiwilligen Arbeitsengagements. *Gruppendynamik*, 31, 141–153.
- Bilsky, W. (1981). Prosozialität – Zwei Skalen zur Beschreibung eines provisorischen Konzepts. *Diagnostica*, 27, 66–77.
- Bodenmann, G. (1997). Kompetenzen und Gesundheit in Partnerschaften. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 170–187.
- Bossong, B. (1998). Die Rolle des Willens bei der Stressbewältigung. In O. L. Braun (Hrsg.), *Ziele und Wille in der Psychologie: Grundlage und Anwendungen* (S. 85–98). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradley, J. M. & Cafferty, T. P. (2001). Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment and Human Development*, 3, 200–221.
- Brandtstädter, J. (1989). Personal self-regulation of development: Cross-sequential analysis of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology*, 25, 96–108.
- Brandtstädter, J. & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52–80.
- Brandtstädter, J., Krampen, G. & Baltes-Götz, B. (1989). Kontrollüberzeugungen im Kontext persönlicher Entwicklungen. In G. Krampen (Ed.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (pp. 155–171). Göttingen: Hogrefe.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K. & Schmitz, U. (1997). Coping resources in later life. *European Journal of Applied Psychology*, 47, 107–114.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 223–249.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. & Schmitz, U. (1997). Veränderungen der Zeit- und Zukunftsperspektiven im Übergang zum höheren Alter: quer- und längsschnittliche Befunde. *Zeitschrift für Psychologie*, 205, 377–395.
- Bromberger, J. T. & Matthews, K. A. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychology and Aging*, 11, 207–213.
- Brugha, T. S., Sturt, E., MacCarthy, B., Potter, J., Wykes, T. & Bebbington, P. E. (1987). The Interview Measure of Social Relationships IMSR: The description and evaluation of a survey instrument for assessing personal social resources. *Social Psychiatry*, 22, 123–128.
- Brunstein, J. C. (1999). Persönliche Ziele und subjektives Wohlbefinden bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 58–71.
- Brunstein, J. C. & Maier, G. W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 146–160.
- Buchheim, A., George, C. & West, M. (2003). Das Adult Attachment Projective (AAP) – Gütekriterien und neue Forschungsergebnisse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 419–427.
- Burns, M. O. & Seligman, M. E. (1989). Explanatory style across the life span: Evidence for stability over 52 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 471–477.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331–338.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H. & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and emotion regulation in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103–123.
- Carstensen, L. L., Gottman, J. M. & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10, 140–149.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. (2000). Emotion experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644–655.
- Carver, C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 865–883.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality – social,

- clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111–135.
- Catanzaro, S. J. & Greenwood, G. (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 34–44.
- Catanzaro, S. J. & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546–563.
- Chang, E. C. & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 76, 524–531.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136–151.
- Chebat, J. C. (1986). Social responsibility, locus of control, and social class. *Journal of Social Psychology*, 126, 559–561.
- Chen, C. (2001). Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research*, 54, 57–79.
- Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. In P. Noller & M. A. Fitzpatrick (Eds.), *Perspectives on marital interaction* (pp. 31–52). Philadelphia: Multilingual Matters.
- Closs, C. & Kempe, P. (1986). Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstruktes Lebenszufriedenheit. Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimensionen dieses Konstruktes. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 47–55.
- Cohen, S. & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99–125.
- Collani, G. v. & Herzberg, P. Y. (2003a). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 3–7.
- Collani, G. v. & Herzberg, P. Y. (2003b). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 9–22.
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663.
- Conn, V. S. (1998). Older women: Social cognitive theory correlates of health behavior. *Women and Health*, 26, 71–85.
- Coopersmith, S. (1975). *Coopersmith Self-Esteem Inventory, technical manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 13, 207–220.
- de Jong-Meyer, R., Schmitz, S., Ehlker, M., Greis, S., Hinskens, U., Sonnen, B. & Dickhöver, N. (1999). Handlungsorientierte Interaktionsbeiträge in verschiedenen Therapien: Prozesssteuerung und Erfolgsrelevanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 172–190.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34–43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Diener, E., Sandvik, E. & Larsen, G. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21, 542–546.
- Dietz, B. E. (1996). The relationship of aging to self-esteem: The relative effects of maturation and role accumulation. *International Journal of Aging and Human Development*, 43, 249–266.
- Eisenberg, N. & Okun, M. A. (1996). The relations of dispositional regulation and emotionality to elders' empathy-related responding and affect while volunteering. *Journal of Personality*, 64, 157–183.
- Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S. & Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 608–613.
- Enzberger, A., Laireiter, A.-R., Baumann, U., Feichtinger, L., Lettner, K. & Untner, A. (1992). Soziale Netzwerke und Unterstützungsressourcen bei Bewohnern von Altenheimen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, 71–85.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Feeney, J. A., Noller, P. & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults* (pp. 128–152). New York: Guilford.
- Ferring, D. & Philipp, S.-H. (1996). Kurzbericht. Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284–292.
- Field, D. & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 43, 100–106.
- Finkel, E. J. & Campbell, W. K. (2000). Self-control and

- accommodation in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 263–277.
- Fleming, J. S. & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404–421.
- Forstmeier, S. (2005). *Willenstraining. Förderung volitionaler Kompetenzen in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation*. Berlin: WiKu-Verlag.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2005a). *Motivationale Reservekapazität als protektiver Faktor bei dementiellen Erkrankungen*. Universität Zürich: Psychologisches Institut, Fachrichtung Psychopathologie.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2005). Motivationale Reservekapazität bei dementiellen Erkrankungen: Entwicklung eines Messkonzeptes. *Nervenarzt*, 76(Suppl. 1), S100–S101.
- Forstmeier, S. & Rüdell, H. (2004). Volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von Psychotherapien und psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 67, 206–215.
- Forstmeier, S. & Rüdell, H. (in Druck). Improving volitional competence is crucial for the efficacy of psychosomatic therapy: A controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Forstmeier, S. & Rüdell, H. (2005). Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation. *Verhaltenstherapie*, 15, 158–166.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S. & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343–353.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531–543.
- Frey, K. S. & Ruble, D. N. (1990). Strategies for comparative evaluation: Maintaining a sense of competence across the life span. In R. J. Sternberg & J. J. Kolligian (Eds.), *Competence considered* (pp. 167–189). New Haven, CT: Yale University Press.
- Furnham, A. & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality*, 31, 815–824.
- Fydrich, T., Sommer, G., Menzel, U. & Höll, B. (1987). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 434–436.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript (3rd ed. 1996). Berkeley: University, Department of Psychology.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (2001). Adult Attachment Interview. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (pp. 364–387). Bern: Huber.
- George, C. & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development*, 3, 30–61.
- Gloger-Tippelt, G. (1997). Das Adult-Attachment-Interview: Eine neue Methode in der Bindungsforschung. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 17, 324–329.
- Grabitz-Gniech, G. (1971). *Bericht über eine Analyse von sieben Persönlichkeitsfragebogen*. Universität Mannheim, Sonderforschungsbereich 24 (Sozial- und Wirtschaftspsychologische Entscheidungsforschung).
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenfield, E. A. & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 258–264.
- Griffin, D. W. & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. P. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Attachment processes in adult relationships* (Vol. 5, pp. 17–52). London: Jessica Kingsley.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J., Carstensen, L. C., Pasupathi, M., Tsai, J., Gottestam, K. & Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12, 590–599.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Gross, J. J. & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschafts-Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Hamarat, E., Thompson, D., Steele, D., Matheny, K. & Simons, C. (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *Journal of Genetic Psychology*, 163, 360–367.
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (1990). *Diagnostische Verfahren für Berater*. Weinheim: Beltz.
- Hartung, J. & Schulte, D. (1991). Anregung eines handlungsorientierten Kontrollmodus im Therapieprozess. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 107–131). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1994). Action control in the context of psychopathological disorders. In J. Kuhl & J. Beck-

- mann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (S. 209–215). Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2nd ed.). Berlin: Springer.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control on age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33, 176–187.
- Henning, H.J. & Six, B. (1980). Konventionelle Merkmalserschfassung versus Differentielle Skalierung. Teil II: Differentielle Skalierung und ihre Anwendung auf die Erfassung altruistischer Einstellungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2, 149–168.
- Herzog, A.R. & Rodgers, W.L. (1981). Age and satisfaction: Data from several large surveys. *Research on Aging*, 3, 142–165.
- Hexel, M. (2004). Validierung der deutschen Version des Attachment Style Questionnaire (ASQ) bei Personen mit und ohne psychiatrische Diagnosen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 79–90.
- Holtzman, R.E., Rebok, G.W., Saczynski, J.S., Kouzis, A.C., Wilcox Doyle, K. & Eaton, W.W. (2004). Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 278–284.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Hunter, K.I., Linn, M.W. & Harris, R. (1981). Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 14, 117–126.
- Hunter, K.I., Linn, M.W., Harris, R. & Pratt, T.C. (1980). Discriminators of internal and external locus of control orientation in the elderly. *Research on Aging*, 2, 49–60.
- Imhof, M. (1998). Erprobung der deutschen Version der Adjektiv-Checkliste nach Thayer (1989) zur Erfassung der aktuellen Aktiviertheit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19, 179–186.
- Isaacowitz, D.M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimismisms. *Journal of Research in Personality*, 39, 224–244.
- Isaacowitz, D.M. & Seligman, M.E.P. (2001). Is pessimistic explanatory style a risk factor for depressive mood among community-dwelling older adults? *Behaviour Research and Therapy*, 39, 255–272.
- Isaacowitz, D.M., Vaillant, G.E. & Seligman, M.E.P. (2003). Strengths and satisfaction across the adult lifespan. *International Journal of Aging and Human Development*, 57, 181–201.
- Jackson, W.T., Taylor, R.E., Palmatier, A.D., Elliott, T.R. & Elliott, J.L. (1998). Negotiating the reality of visual impairment: Hope, coping, and functional ability. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5, 173–185.
- Jang, Y., Haley, W.E., Small, B.J. & Mortimer, J.A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *Gerontologist*, 42, 807–813.
- Janis, I.L. & Field, P.B. (1959). Sex differences and personality factors related to persuasibility. In C.I. Hovland & I.L. Janis (Eds.), *Personality and persuasibility* (pp. 55–68, 300–302). New Haven: Yale University Press.
- John, O.P. & Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72, 1301–1334.
- Jorm, A.F. (2001). History of depression as a risk factor for dementia: An updated review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 776–781.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E. & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10, 229–235.
- Kasser, T. & Ryan, R.M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410–422.
- Kasser, T. & Ryan, R.M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280–287.
- Kehr, H.M., Bles, P. & von Rosenstiel, L. (1999). Self-regulation, self-control, and management training transfer. *International Journal of Educational Research*, 31, 487–498.
- Klann, N., Hahlweg, K. & Hank, G. (1992). Deutsche Validierung des «Marital Satisfaction Inventory» MSI von Snyder. *System Familie*, 5, 10–21.
- Klausner, E.J., Snyder, C.R. & Cheavens, J. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. In D.R. Shaffer & G.M. Williamson (Eds.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice* (pp. 295–310). Dordrecht, Netherlands: Kluwer.
- Klein, W. & Bloom, M. (1997). *Successful aging: Strategies for healthy living*. New York: Plenum.
- Klusmann, U., Trautwein, U. & Lüdtke, O. (2005). Intrinsische und extrinsische Lebensziele. Reliabilität und Validität einer deutschen Fassung des Aspiration Index. *Diagnostica*, 51, 40–51.
- Kosfelder, J., Schulte, D., Lutz, W. & Hartung, J. (2003). Die volitionale Ebene der Angst: Die Bedeutung von Handlungs- und Lageorientierung in der Therapie von Angststörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 176–183.
- Krampe, H., Hautzinger, M., Ehrenreich, H. & Kröner-Herwig, B. (2003). Depressivität bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenwohnheimen: Untersuchung eines multifaktoriellen Depressionsmodells. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 117–128.

- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen («Locus of Control»)*. Deutsche Bearbeitung der IPC-Scales von Hanna Levenson. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krause, N. (1987). Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*, 2, 349–356.
- Kröger, C., Hahlweg, K., Braukhaus, C., Fehm-Wolfsdorf, G., Groth, T. & Christensen, A. (2000). Fragebogen zur Erfassung partnerschaftlicher Kommunikationsmuster (FPK): Reliabilität und Validität. *Diagnostica*, 46, 189–198.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der «Positive and Negative Affect Schedule» (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139–156.
- Kropiunigg, U., Sebek, K., Leonhardsberger, A., Schemper, M. & Dal-Bianco, P. (1999). Psychosocial risk factors for Alzheimer's disease. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 49, 153–159.
- Kruglanski, A. W., Thompson, E. P., Higgins, E. T., Atash, M. N., Pierro, A., Shah, J. Y. & Spiegel, S. (2000). To «do the right thing» or to «just do it»: Locomotion and assessment as distinct self-regulatory imperatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 793–815.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Heidelberg: Springer.
- Kuhl, J. (1990). *Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle: HAKEMP-90*. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (1992). A theory of self-regulation: Action versus state orientation, self-discrimination, and some applications. *Applied Psychology: An International Review*, 41, 97–129.
- Kuhl, J. (1994a). Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action-Control-Scale (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (Vol. 47–56). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (1994b). A theory of action and state orientations. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (1996). Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung. Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Serie 4* (Band 4, S. 665–765). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktion psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). Decomposing self-regulation and self-control: The Volitional Components Inventory. In J. Heckhausen & C. S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 15–49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (2000). *Volitional Components Questionnaire 3 (VCQ-3, SSI): Fragebogen, Auswertungsschlüssel und T-Werte*. Universität Osnabrück.
- Kwon, P. (2000). Hope and dysphoria: The moderating role of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 68, 199–233.
- Kwon, P. (2002). Hope, defense mechanisms, and adjustment: Implications for false hope and defensive hopelessness. *Journal of Personality*, 70, 207–231.
- Lachman, M. E. (1986). Personal control in later life: Stability, change, and cognitive correlates. In M. M. Baltes & P. B. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 207–236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lachman, M. E. (1990). When bad things happen to older people: Age differences in attributional style. *Psychology and Aging*, 5, 607–609.
- Lachman, M. E. (1991). Perceived control over memory aging: Developmental and intervention perspectives. *Journal of Social Issues*, 47, 159–175.
- Lachman, M. E., Steinberg, E. S. & Trotter, S. D. (1987). Effects of control beliefs and attributions on memory self-assessments and performance. *Psychology and Aging*, 2, 266–271.
- Laireiter, A.-R. (1996). *Skalen Soziale Unterstützung SSU. Testmanual*. Mödling: Dr. Schuhfried.
- Laireiter, A.-R., Baumann, U., Reizenzein, E. & Untner, A. (1997). A diary method for the assessment of interactive social networks: The interval-contingent diary SONET-T. *Swiss Journal of Psychology*, 56, 217–238.
- Laireiter, A.-R., Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (2001). Soziodiagnostik: Soziales Netzwerk, Soziale Unterstützung und Soziale Anpassung. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Eds.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 210–228). Stuttgart: Thieme.
- Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9, 315–324.
- Lang, F. R., Featherman, D. L. & Nesselrode, J. R. (1997). Social self-efficacy and short-term variability in social relationships: The MacArthur Successful Aging Studies. *Psychology and Aging*, 12, 657–666.
- Lang, F. R. & Heckhausen, J. (2001). Perceived control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 509–523.
- Lang, F. R. & Tesch-Römer, C. (1993). Erfolgreiches Altern und soziale Beziehungen: Selektion und Kompensation im Sozialen Kontaktverhalten. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26, 321–329.
- Lansford, J. E., Sherman, A. M. & Antonucci, T. C. (1998). Satisfaction with social networks: An examination of socio-emotional selectivity theory across cohorts. *Psychology and Aging*, 13, 544–552.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subject

- tive well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109–125.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85–89.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D. & Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7, 171–184.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping, and appraisal*. New York: Springer.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377–383.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., Friesen, W. V. & Ekman, P. (1991). Emotion, physiology and expression in old age. *Psychology and Aging*, 6, 28–35.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L. & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301–313.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L. & Gottman, J. M. (1994). The influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 56–68.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short-term marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251–255.
- Long, M. V. & Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B, 311–319.
- Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.). (2003). *Positive psychological assessment. A handbook of models and measures*. Washington, DC: APA.
- Lupien, S. J., Fiocco, A., Wan, N., Maheu, F., Lord, C., Schramek, T. & Tu, M. T. (2005). Stress hormones and human memory function across the lifespan. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 225–242.
- Lupien, S. J., Nair, N. P., Briere, S., Maheu, F., Tu, M. T., Lemay, M., McEwen, B. S. & Meaney, M. J. (1999). Increased cortisol levels and impaired cognition in human aging: Implication for depression and dementia in later life. *Reviews in the Neurosciences*, 10, 117–139.
- Luszczynska, A., Diehl, M., Gutiérrez Doña, B., Kuusinen, P. & Schwarzer, R. (2004). Measuring one component of dispositional self-regulation: Attention control in goal pursuit. *Personality and Individual Differences*, 37, 555–566.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 80–89.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology & Health*, 18, 93–198.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Morse, J. Q. & Rosenthal, M. Z. (2004). A model predicting suicidal ideation and hopelessness in depressed older adults: The impact of emotion inhibition and affect intensity. *Aging and Mental Health*, 8, 486–497.
- Magai, C. & Cohen, C. (1998). Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B, 147–154.
- Magai, C., Cohen, C. I., Culver, C., Gomberg, D. & Malatesta, C. (1997). Relation between premorbid personality and patterns of emotion expression in mid- to late-stage dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1092–1099.
- Mahler, H. I. M. & Kulik, J. A. (2000). Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: prediction of affect, pain and functional status. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 347–358.
- Maltby, J., Macaskill, A. & Day, L. (2001). Failure to forgive self and others: A replication and extension of the relationship between forgiveness, personality, social desirability and general health. *Personality and Individual Differences*, 30, 881–885.
- Martin, M., Grunendahl, M. & Martin, P. (2001). Age differences in stress, social resources, and well-being in middle and older age. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B, 214–222.
- Martin, R. A. (1996). The Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) and Coping Humor Scale (CHS): A decade of research findings. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 251–272.
- Martin, R. A. (2001). Humor, laughter, and physical health: methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504–519.
- Martin, R. A. & Lefcourt, H. M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1313–1324.
- Martin, R. A. & Lefcourt, H. M. (1984). Situational Humor Response Questionnaire: Quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 145–155.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48–75.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Mauger, P. A., Perry, J. E., Freeman, T., Grove, D. C., McBride, A. G. & McKinney, K. E. (1992). The measurement of forgiveness: Preliminary research. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 170–180.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) users manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

- McAdams, D. P. & de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 1003–1015.
- McAdams, D. P., de St. Aubin, E. & Logan, R. L. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, *8*, 221–230.
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L., Brown, S. W. & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1586–1603.
- McCullough, M. E., Worthington, E. L. & Rachal, C. K. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 321–336.
- McHoskey, J. W. (1999). Machiavellianism, intrinsic versus extrinsic goals, and social interest: A self-determination theory analysis. *Motivation and Emotion*, *23*, 267–283.
- McMullin, J. A. & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, *18*, 75–90.
- McNair, D. M., Lorr, M. & Droppelman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Miesen, B. M. L. (1993). Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation, and Bowlby's attachment theory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *8*, 147–153.
- Miller, L. M. & Gagne, D. D. (2005). Effects of age and control beliefs on resource allocation during reading. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, *12*, 129–148.
- Morgan, D. L. (1988). Age differences in social network participation. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *43*, 129–137.
- Moriwaki, S. Y. (1974). The Affect Balance Scale: A validity study with aged samples. *Journal of Gerontology*, *29*, 73–78.
- Morris, W. N. & Reilly, N. P. (1987). Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and Emotion*, *11*, 215–249.
- Mroczek, D. K. & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, 189–202.
- Mroczek, D. K., Spiro, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J. & Bosse, R. (1993). Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology*, *12*, 406–409.
- Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V. & Shafiqhi, S. R. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality*, *71*, 1–19.
- Mullet, E., Houdbine, A., Laumonier, S. & Girard, M. (1998). «Forgivingness»: Factor structure in a sample of young, middle-aged, and elderly adults. *European Psychologist*, *3*, 289–297.
- Musick, M. A., Herzog, A. R. & House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *54B*, 173–180.
- Musick, M. A. & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science and Medicine*, *56*, 259–269.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, *16*, 135–143.
- Oman, D., Thoresen, C. E. & McMahon, K. (1999). Volunteering and mortality among the community-dwelling elderly. *Journal of Health Psychology*, *4*, 301–316.
- Ostendorf, F. & Angleitner, A. (2004). *NEO-PI-R. NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae. Revidierte Fassung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J. & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, *19*, 402–408.
- Otto, J. H., Döring-Seipel, E., Grebe, M. & Lantermann, E.-D. (2001). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der wahrgenommenen emotionalen Intelligenz. Aufmerksamkeit auf, Klarheit und Beeinflussbarkeit von Emotionen. *Diagnostica*, *47*, 178–187.
- Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R. B. & Reynolds, S. (2000). *Stimmungen: Struktur, Dynamik und Beeinflussungsmöglichkeiten eines psychologischen Phänomens*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peterson, C. & Bossio, L. M. (1991). *Health and optimism: New research on the relationship between positive thinking and well-being*. New York: The Free Press.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, C., Seligman, M. E. & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 23–27.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, *91*, 347–374.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Seligman, M. E. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*, 287–300.
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *29*, 313–320.
- Piontkowski, U., Ruppelt, M. & Sandmann, M. (1981). Eine Normierung von Rotters I-E-Skala. *Diagnostica*, *4*, 313–323.
- Pöhlmann, K. & Brunstein, J. C. (1997). GOALS: Ein Fra-

- gebogen zur Messung von Lebenszielen. *Diagnostica*, 43, 63–79.
- Prenda, K. M. & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16, 206–216.
- Pruessner, J. C., Baldwin, M. W., Dedovic, K., Renwick, R., Mahani, N. K., Lord, C., Meaney, M. & Lupien, S. (2005). Self-esteem, locus of control, hippocampal volume, and cortisol regulation in young and old adulthood. *Neuroimage*, 28, 815–826.
- Ranzijn, R., Keeves, J., Luszcz, M. & Feather, N. T. (1998). The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53, 96–104.
- Rauchhorst, L. M. (1987). Health habits of elderly widows. *Journal of Gerontological Nursing*, 13, 19–22.
- Reschke, F. S., Reschke, K. & Krause, S. (2005). *Kurzbericht zur deutschen Version der Adult Dispositional Hope Scale (Snyder et al., 1991)*. Universität Leipzig, Institut für Angewandte Psychologie.
- Resnick, B. (2001). Testing a model of exercise behavior in older adults. *Research in Nursing and Health*, 24, 83–92.
- Rholes, W. S., Michas, L. & Shroff, J. (1989). Action control as a vulnerability factor in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 263–274.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D. & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423–434.
- Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R. C. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1345–1353.
- Roger, D. & Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10, 845–853.
- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097–1108.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rothermund, K. & Brandtstädter, J. (1998). Auswirkungen von Belastungen und Verlusten auf die Lebensqualität: Alters- und lebenszeitgebundene Moderationseffekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 86–92.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1–28.
- Ruch, W. (1983). *3 Witz-Dimensionen 3WD*. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Abt. Physiologische Psychologie.
- Ruch, W. (1992). Assessment of appreciation of humor: Studies with the 3 WD Humor Test. In C. D. Spielberger & J. N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 9, pp. 27–75). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ruch, W., Köhler, G. & van Thriel, C. (1996). Assessing the «humorous temperament»: Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory – STCI. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 303–339.
- Ruch, W., Köhler, G. & van Thriel, C. (1997a). *State-Trait-Heiterkeits-Inventar STHI*. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Abt. Physiologische Psychologie.
- Ruch, W., Köhler, G. & van Thriel, C. (1997b). To be in good or bad humour: Construction of the state form of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory-STCI. *Personality and Individual Differences*, 22, 477–491.
- Ruch, W., McGhee, P. E. & Hehl, F.-J. (1990). Age differences in the enjoyment of incongruity-resolution and nonsense humor during adulthood. *Psychology and Aging*, 5, 348–355.
- Rushton, J. P., Chrisjohn, R. D. & Fekken, G. C. (1981). The altruistic personality and the Self-Report Altruism Scale. *Personality and Individual Differences*, 2, 293–302.
- Rushton, J. P., Fulker, D. W., Neale, M. C., Nias, D. & Eysenck, H. J. (1989). Ageing and the relation of aggression, altruism and assertiveness scales to the Eysenck Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 10, 261–263.
- Ryan, R. M., Chirkov, V. I., Little, T. D., Sheldon, K. M., Timoshina, E. & Deci, E. L. (1999). The American Dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1509–1524.
- Rye, M. S., Folck, C. D., Heim, T. A., Olszewski, B. T. & Traina, E. (2004). Forgiveness of an ex-spouse: How does it relate to mental health following a divorce? *Journal of Divorce and Remarriage*, 41, 31–51.
- Rye, M. S., Loiacono, D. M., Folck, C. D., Olszewski, B. T., Heim, T. A. & Madia, B. P. (2001). Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 20, 260–277.
- Sable, P. (1989). Attachment, anxiety, and loss of a husband. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 550–556.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185–211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 135–154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Sup-

- port Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127–139.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169–210.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201–228.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 17–41). New York: Routledge.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.
- Schmidt, S., Strauss, B., Höger, D. & Brähler, E. (2004). Die Adult Attachment Scale (AAS) – Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie und Psychologische Medizin*, 54, 375–382.
- Schmitz, U., Saile, H. & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: Flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67, 41–51.
- Schmuck, P., Kasser, T. & Ryan, R. M. (2000). Intrinsic and extrinsic goals: Their structure and relationship to well-being in German and U. S. college students. *Social Indicators Research*, 50, 225–241.
- Scholz, O. B. (1978). *Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Scholz, U., Gutierrez Dona, B., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 242–251.
- Schröder, K., Schwarzer, R. & Konertz, W. (1998). Coping as a mediator in recovery from cardiac surgery. *Psychology and Health*, 13, 83–97.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2000). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social-Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73–82.
- Schumacher, A. (1991). *Ein Tagebuchverfahren zur Erfassung sozialer Interaktionen (Mainzer Berichte zur Persönlichkeitsforschung, Nr. 38)*. Universität Mainz, Institut für Psychologie.
- Schumacher, J. (2003). SWLS – Satisfaction with Life Scale. In J. Schumacher & A. Kläiber & E. Brähler (Eds.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Diagnostik für Klinik und Praxis)* (Band 2, pp. 305–309). Göttingen: Hogrefe.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167–177.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J. & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769–785.
- Schütz, A. (1998). *Selbstwertdynamik und Selbstwertregulation: Varianten positiver Selbsteinschätzung zwischen Selbstakzeptanz und Arroganz*. Unpublished Habilitationsschrift, Universität Bamberg.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2005). *Die multidimensionale Selbstwertskala (MSWS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105–123.
- Schwarzer, R. (1998). Optimism, goals, and threats: How to conceptualize self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Psychology and Health*, 13, 759–766.
- Schwarzer, R. (1999). Selbstregulation (REG). In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs selbstwirksame Schulen* (S. 87–89). Berlin: Freie Universität, Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47–51.
- Schwarzer, R. (Ed.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Co.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Sellin, I., Schütz, A., Kruglanski, A. W. & Higgins, E. T. (2003). *Erfassung von Dimensionen der Selbstregulation: Der Locomotion-Assessment-Fragebogen (LAF)*. Chemnitz: Technische Universität Chemnitz.
- Sheldon, K. M. & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531–543.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Deci, E. L. & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 475–486.
- Smith, C. A., Organ, D. W. & Near, J. P. (1983). Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents. *Journal of Applied Psychology*, 68, 653–663.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.

- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry, 13*, 249–275.
- Snyder, C. R., Berg, C., Woodward, J. T., Gum, A., Rand, K. L., Wroblewski, K. K., Brown, J. & Hackman, A. (2005). Hope against the cold: Individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the cold pressor task. *Journal of Personality, 73*, 287–312.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M. & Sigmon, D. R. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 570–585.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.). (2002). *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Edwards, L. M., Pedrotti, J. T., Prosser, E. C., Walton, S. L., Spalitto, S. V. & Ulven, J. C. (2003). Measuring and labeling the positive and the negative. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment. A handbook of models and measures*. Washington, DC: APA.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A. & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 321–335.
- Snyder, D. K. (1981). *Marital Satisfaction Inventory (MSI). Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU (DGVT-Materialie Nr. 22)*. Tübingen: dgvt.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C. A. & Kirk, S. B. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 875–882.
- Starrett, R. H. (1996). Assessment of global social responsibility. *Psychological Reports, 78*, 535–554.
- Staudinger, U. M., Freund, A. M., Linden, M. & Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 321–350). Berlin: Akademie.
- Steffanowski, A., Oppl, M., Meyerberg, J., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2001). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Questionnaire (RSQ). In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 320–342). Gießen: Psychosozial.
- Steptoe, A., Wardle, J. & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America, 102*, 6508–6512.
- Stiensmeier, J., Kammer, D., Pelster, A. & Niketta, R. (1985). Attributionsstil und Bewertung als Risikofaktoren der Depressiven Reaktion. *Diagnostica, 31*, 300–311.
- Stöber, J. (1997). *Measure of Attachment Qualities – Deutsch (MAQ-D)*. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, Department of Psychology.
- Strauss, F. & Höfer, B. (1998). Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In B. Röhrle & G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkintervention. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung* (Bd. 2, S. 77–95). Tübingen: dgvt.
- Svebak, S. (1996). The development of the Sense of Humor Questionnaire: From SHQ to SHQ-6. *Humor: International Journal of Humor Research, 9*, 341–361.
- Svebak, S., Martin, R. A. & Holmen, J. (2004). The prevalence of sense of humor in a large, unselected county population in Norway: Relations with age, sex, and some health indicators. *Humor: International Journal of Humor Research, 17*, 121–134.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*, 271–322.
- Tausch, A. (1996). Der «Fragebogen zur Emotionskontrolle» (ECQ2-D): Untersuchungen mit einer deutschen Fassung des Emotional Control Questionnaire. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 17*, 84–95.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Grotstein, J. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Thayer, R. E. (1967). Measurement of activation through self-report. *Psychological Reports, 20*, 663–678.
- Thayer, R. E. (1996). *The origin of everyday moods: Managing energy, tension, and stress*. New York: Oxford University Press.
- Thomae, H. (1992). Contributions of longitudinal research to a cognitive theory of adjustment to aging. *European Journal of Personality, 6*, 157–175.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), *Socio-emotional development. Vol 36: Nebraska symposium on motivation* (pp. 367–467). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tice, D. M. & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry, 11*, 149–159.
- Tracy, E. M. & Whittaker, J. K. (1990). The social network map: Assessing social support in clinical practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 71*, 461–470.
- Underwood, B. & Froming, W. J. (1980). The mood survey: A personality measure of happy and sad moods. *Journal of Personality Assessment, 44*, 404–414.
- Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L. &

- Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, 245–251.
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B, 308–318.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thompson, B., Williams, D. A. & Stewart, D. G. (1986). The Social Support Appraisal (SS-A) Scale: Studies on reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195–219.
- Wagner, M. & Wolf, C. (2001). Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4, 529–554.
- Wallace, K. A., Bisconti, T. L. & Bergeman, S. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 267–279.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219–235.
- Watson, M. & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299–305.
- Webster, J. D. (1997). Attachment style and well-being in elderly adults: A preliminary investigation. *Canadian Journal on Aging*, 16, 101–111.
- Wensauer, M. & Grossmann, K. E. (1995). Qualität der Bindungsrepräsentation, soziale Integration und Umgang mit Netzwerkressourcen im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 444–456.
- Wensauer, M. & Grossmann, K. E. (1998). Bindungstheoretische Grundlagen subjektiver Lebenszufriedenheit und individueller Zukunftsorientierung im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 362–370.
- Werner, R. & Appel, C. (2003). *Fragebogen zur Vergebung von McCullough et al. (1998) – deutsche Version*. Leipzig: Universität, Institut für Allgemeine Psychologie.
- Westen, D. (1994). Toward an integrative model of affect regulation: Applications to social-psychological research. *Journal of Personality*, 62, 641–667.
- Westerhof, G. J. & Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 129–136.
- Westhoff, G. (1993). *Handbuch psychosozialer Messinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Wheeler, J. A., Gorey, K. M. & Greenblatt, B. (1998). The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 47, 69–79.
- Wheeler, L. & Nezlek, J. B. (1977). Sex differences in social participation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 742–754.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C. S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 11, 167–184.
- Wiendieck, G. (1970). Entwicklung einer Skala zur Messung der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 3, 215–224.
- Williams, G. C., Cox, E. M., Hedberg, V. A. & Deci, E. L. (2000). Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1756–1771.
- Wright, B. A. & Lopez, S. J. (2002). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 26–44). New York: Oxford University Press.
- Wright, L. K., Hickey, J. V., Buckwalter, K. C. & Clipp, E. C. (1995). Human development in the context of aging and chronic illness: The role of attachment in Alzheimer's disease and stroke. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 133–150.

Dr. Simon Forstmeier
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Psychologisches Institut
Fachrichtung Psychopathologie
Universität Zürich
CH-8006 Zürich
Tel. +41 44 634 5222
Fax +41 44 634 5229
E-Mail s.forstmeier@psychologie.unizh.ch
maercker@psychologie.unizh.ch

Apl. Prof. Dr. Harald Uhlendorff

Institut für Erziehungswissenschaft
Universität Potsdam
Postfach 60 15 53
D-14415 Potsdam
Tel. +49 331 977-2137
Fax +49 331 977-2067
E-Mail uhlend@rz.uni-potsdam.de