

**ZA2946-51**

**Psychosoziale Krisenbewältigung  
von Übersiedlern und Ostdeutschen**

**1. Welle 1989**

**2. Welle 1990**

**3. Welle 1991**

**- Methodik -**

**STRESS, SOZIALE UNTERSTÜTZUNG UND GESUNDHEIT NACH  
ARBEITSPLATZVERLUST:  
EINE LÄNGSSCHNITTSTUDIE ZUR WIEDEREINGLIEDERUNG VON  
DDR-ÜBERSIEDLERN IN DAS ARBEITSLEBEN<sup>1</sup>**

André Hahn & Ralf Schwarzer<sup>2</sup>

Freie Universität Berlin

Die politisch motivierten Wanderungsbewegungen während des Zusammenbruches des DDR-Staates waren mit einer Reihe von streßreichen Lebensumständen verbunden. Einer davon war der Arbeitsplatzverlust mit der Konsequenz, sich im Westen nach einem neuen Beschäftigungsverhältnis umsehen zu müssen. Diese Lebenskrise wird in dem folgenden Beitrag aus psychologischer Sicht untersucht.

Im Jahr 1989 verließen mehr als 300.000 Bürger der DDR ihre Heimat, um sich ein neues, besseres Leben in Westdeutschland aufzubauen. Im Rahmen dieses Exodus siedelten allein mehr als 50.000 Menschen nach West-Berlin über. Viele kamen auf Umwegen über die deut-

schen Botschaften in Prag, Warschau oder Budapest oder flohen mit oder ohne Familie, vorbereitet oder spontan, unter Aufgabe ihrer bisherigen Lebensexistenz und unter lebensgefährlichen Umständen. Wiederum viele Übersiedler kamen legal nach dem 9. November 1989, als die Mauer in Berlin geöffnet wurde. Schon vor diesem Datum hat sich unser Berliner Forschungsteam kurzfristig entschlossen, eine wissenschaftliche Begleituntersuchung zu dieser Fluchtbewegung ins Leben zu rufen. Das Ziel dieser Längsschnittstudie, die im Oktober 1989 begann, lag darin, den Bewältigungs- und Anpassungsprozeß an die neuen Lebensverhältnisse und die damit einhergehenden Veränderungen des psychischen und physischen Wohlbefindens zu untersuchen. Im vorliegenden Beitrag haben wir uns insbesondere mit der Frage nach den Ursachen und den möglichen Folgen gelungener und mißlungener Wiedereingliederung in das Arbeitsleben beschäftigt. Im Mittelpunkt des Interesses standen hierbei zwei gegenläufige, aber sich ergänzende Untersuchungsfragen: (a) Lassen sich individuelle Unterschiede in den gesundheitlichen Beschwerden ei-

---

<sup>1</sup> erscheint in: T. Kieselbach (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Neuere Ergebnisse der europäischen Arbeitslosenforschung* (Reihe 'Psychologie sozialer Ungleichheit', Bd. 7). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

<sup>2</sup> Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Ralf Schwarzer; Institut für Psychologie (WE 7); Freie Universität Berlin; Habelschwerdter Allee 45; 1000 Berlin 33

nerseits durch den Erfolg bzw. Mißerfolg bei der Arbeitssuche und andererseits durch das Ausmaß an sozialer Unterstützung vorhersagen? (b) Und umgekehrt: Wirken sich bestehende Beschwerden auf den Erfolg bei der Arbeitsplatzsuche aus? Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang die soziale Unterstützung und das Streßerleben, und welche Rolle spielen die Erwartungen, einen Arbeitsplatz zu finden?

Die Entscheidung der Übersiedler, ihre Heimat zu verlassen, bringt schwere und weitreichende Konsequenzen mit sich. Diese "Binnen"-Migration kann als ein "nicht-normatives kritisches Lebensereignis" betrachtet werden (vgl. L. Cohen, 1988; Filipp, Aymanns & Braukmann, 1986; Montada, Filipp & Lerner, 1992). So wie andere kritische Lebensereignisse auch (z.B. ein Autounfall, der Tod einer nahestehenden Person, eine Scheidung oder eine plötzliche schwere Erkrankung) beeinflussen sie die Persönlichkeitsentwicklung und die psychosoziale Befindlichkeit (Bonner & Rich, 1988; S. Cohen, 1992; Johnson, 1986; Millar, Tesser & Millar, 1988; Olinger, Kuiper & Shaw, 1987; Vossel, 1987). Notwendig ist nicht nur die Bewältigung der alltäglich wiederkehrenden Probleme, beispielsweise aufgrund der beengten provisorischen Wohnbedingungen in den Notunterkünften. Noch bedeutender ist die umgehende Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, um nicht von längerer Arbeitslosigkeit betroffen zu werden. Die Übersiedler sind jedoch nicht nur deshalb benachteiligt, weil sie sich nunmehr viel höheren Anforderungen gegenübersehen als früher, sondern sie sind von vornherein

weniger belastbar, da sie sich zusätzlich mit dem Verlust ihrer Heimat, ihres sicheren Arbeitsplatzes, ihrer Kollegen, Verwandten und Freunde auseinandersetzen müssen. Die erfolgreiche Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und die erfahrene soziale Unterstützung im neuen Land sind nach der transaktionalen Streßtheorie von Lazarus (1991) neben anderen Faktoren schützende *situative Ressourcen* gegenüber streßreichen Anforderungen.

Materielle, psychologische, soziale und gesundheitsbezogene Ressourcen beeinflussen die Streßwahrnehmung und den Bewältigungsprozeß. Das heißt, je mehr und je reicher solche Ressourcen vorhanden sind, desto weniger wahrscheinlich werden Ereignisse zu einer persönlichen Belastung und desto günstiger verläuft der Bewältigungsprozeß (Fuchs & Hahn, 1992; Hobfoll, 1988, 1989; Hobfoll, Lilly & Jackson, 1992; Jerusalem & Schwarzer, 1989, 1992).

### ***Arbeitslosigkeit***

Die Bedeutung der Ressourcenfaktoren Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung bedarf einer detaillierteren Erörterung. Ein Arbeitsplatz bildet die Grundlage für den Aufbau eines neuen unabhängigen Lebens und stellt zugleich innerhalb der durch materielle und ökonomische Werte gekennzeichneten westlichen Gesellschaft einen der wichtigsten Aspekte für die Anerkennung und Wertschätzung des einzelnen dar. Arbeitslosigkeit impliziert also weit mehr als nur direkte ökonomische Einbußen. Obwohl die Forschung zu den Folgen von Arbeitslosigkeit recht

inkonsistent ausfällt, kann dennoch resümiert werden, daß die psychische, physische und soziale Befindlichkeit für die Mehrzahl der Arbeitslosen beeinträchtigt ist (Dooley & Catalano, 1988; Feather, 1990; Frese & Mohr, 1987; Häfner, 1990; Kieselbach & Voigt, 1992; Mortimer, 1991; Schwefel, Svensson & Zöllner, 1987; Warr, 1987). Dies gilt insbesondere für die "vergessenen" Langzeitarbeitslosen (Kieselbach & Klink, 1991). Die durch Arbeitslosigkeit hervorgerufene Belastung wird auf eine Reihe von Faktoren zurückgeführt. Dazu gehören beispielsweise weniger Freiheitsgrade bei der Lebensgestaltung ("control possibilities") durch finanzielle Einbußen oder Verluste im sozialen Netzwerk, weniger Ziele und Anforderungen, ein nur wenig strukturierter und organisierter Tagesablauf bei gleichzeitig größerem Zeitbudget sowie geringere soziale Kontaktmöglichkeiten (vgl. Kieselbach, Lödige-Röhrs & Lünser, in diesem Band). Der Zustand längerer Arbeitslosigkeit erfordert kontinuierliche und anwachsende Anpassungsleistungen. Sowohl instrumentelle Handlungen, um den Zustand zu beenden, als auch emotionales Coping, um der Belastung standzuhalten, sind notwendig (Lazarus, 1991). Für die Übersiedler stellt sich Arbeitslosigkeit natürlich zunächst als universelles Problem dar, von dem alle Migranten gleichermaßen betroffen sind. Problemlösendes Verhalten wie zum Beispiel die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz oder die berufliche Umschulung und Weiterqualifikation wird daher sicherlich als zentral eingeschätzt, aber der Erfolg erscheint oft fraglich. Emotionale Bewältigungsstrategien dürften

daher sowohl kurz nach der Übersiedlung als auch bei Langzeitarbeitslosigkeit vermehrt zu beobachten sein. Langfristige psychologische Konsequenzen sind Gefühle der Entmutigung, Hoffnungslosigkeit und Nutzlosigkeit sowie Beeinträchtigungen des Selbstwerts und der Gesundheit. Nach Kelvin und Jarrett (1985) ist sogar davon auszugehen, daß solche Effekte durch die Umwelt als Folge sozialer Vergleichsprozesse und Stigmatisierung noch stabilisiert werden. Dies wäre dann der Fall, wenn Arbeitende die Langzeitarbeitslosen als negative Referenzgruppe wahrnehmen, deren Mitglieder ihr Leben nicht angemessen in den Griff bekommen. Hinzu kommt, daß die Berufstätigkeit als eine notwendige Bedingung für den Aufbau eines neuen individuellen Ressourcensystems angesehen werden kann (Hobfoll, 1989). Aus all diesen Gründen ist anzunehmen, daß einem neuen Beschäftigungsverhältnis nach der Migration eine zentrale Bedeutung für die psychosoziale Adaptation zukommt.

### ***Soziale Unterstützung***

Ein soziales Netzwerk bietet die strukturelle Voraussetzung, sich sozial integriert und emotional akzeptiert zu fühlen (Laireiter & Baumann, 1992; Thoits, 1992; Veiel & Baumann, 1992). *Soziale Integration* bezieht sich nur auf die Quantität existierender sozialer Beziehungen und wird durch Parameter wie Familienstand, Familien- oder Netzwerkgröße, die Anzahl von Bekannten und Freunden oder durch Kontakthäufigkeiten zu diesen Personen charakterisiert. Die Anzahl an sozialen

Kontakten bestimmt den Grad an Integration, deren negatives Extrem die soziale Isolation bildet. *Soziale Unterstützung* bezieht sich hingegen auf die Funktion und die Qualität der sozialen Beziehungen. Innerhalb der funktionalen Perspektive ist die Unterscheidung in wahrgenommene und tatsächlich erhaltene Unterstützung von Bedeutung. *Wahrgenommene (erwartete) Unterstützung* bezieht sich auf die Antizipation von Unterstützung, wenn diese einmal benötigt wird. *Erhaltene Unterstützung* verweist hingegen auf soziale Begegnungen, in denen jemand tatsächlich instrumentell, materiell oder emotional geholfen hat. Im Falle alltäglicher Probleme, die gewöhnlich auch allein zu bewältigen sind und nur begrenzt die Hilfe anderer erfordern, ist es meist wichtiger, was eine Person an sozialer Unterstützung für verfügbar hält. Das Bewußtsein, geschätzt, anerkannt und geliebt zu werden und sich auf die Hilfe anderer verlassen zu können, trägt zum physischen und psychischen Wohlbefinden bei. Die wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung reduziert darüber hinaus die Streßwahrnehmung zu Beginn kritischer Situationen, da das Verhältnis von Bedrohung und Bewältigungsmöglichkeiten günstiger erscheinen mag. Diskrepanzen zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung können erst dann auftreten, wenn Hilfe tatsächlich von Nöten ist, das heißt wenn entweder das Netzwerk nicht die benötigte Hilfe bereitstellt oder die Verfügbarkeit von Unterstützung überschätzt wurde.

Zwei Mechanismen dienen als Erklärung dafür, wie soziale Unterstützung die

Gesundheit beeinflusst. Zum einen wird angenommen, daß Social Support in der Normalpopulation einen direkten günstigen Effekt auf die Gesundheit ausüben kann, was statistisch in einem Haupteffekt zum Ausdruck kommt. Zum anderen wird davon ausgegangen, daß soziale Unterstützung gerade in Belastungssituationen die Streßwahrnehmung reduziert und die Konsequenzen der Belastung aufzufangen vermag. Im letzteren Fall dient sozialer Rückhalt als Puffer gegen Streß. Support ist hier Moderator der Streß-Gesundheits-Beziehung (S. Cohen, 1992). Cohen und Wills (1985) nehmen an, daß wahrgenommene Unterstützung eher direkte, erhaltene Unterstützung dagegen eher puffernde Wirkung ausübt. Dies erscheint plausibel, zumal unterstützende Handlungen (erhaltene Unterstützung) in den meisten Fällen auf eine vorauslaufende Bedarfssituation folgen. Soziale Unterstützung kann demnach als Moderator fungieren, welcher die Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen und gesundheitlichen Konsequenzen beeinflusst (Henderson, 1992; Iversen & Sabroe, in diesem Band; Monroe & Johnson, 1992; Schwarzer & Leppin, 1991, 1992a, 1992b; Veiel, 1992).

Die Übersiedler aus der DDR müssen sich um den Aufbau beider Ressourcenfaktoren bemühen. In der neuen Umgebung wird weder automatisch ein Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt, noch steht ein soziales Netz bereit. Vielmehr erweist sich der Aufbau dieser Ressourcen als das grundsätzliche Adaptationsproblem. Damit stellt sich nicht nur die Frage nach den gesundheitlichen Konsequenzen, wenn der Aufbau der Ressourcen mißlingen sollte.

Aufgrund der bisherigen Ausführungen ist zu erwarten, daß diejenigen, die Erfolg haben, durch die Lebensumstellung psychisch weniger belastet sind als diejenigen, deren Bemühungen ihr Ziel verfehlen. Gerade aus diesem Grund erscheint damit auch die Frage nach den determinierenden Faktoren, die den Erfolg des notwendigen Aufbaus neuer Ressourcen begünstigen oder erschweren, zentral. Interesse sollte daher nicht nur den Konsequenzen gelungener oder mißlungener Adaptation zukommen, sondern auch deren Ursachen.

In diesem Sinne wurde beim Studium der Effekte von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit die Vermutung geäußert, daß gesundheitliche Defizite selbst eine Ursache für den Arbeitsplatzverlust oder für den Mißerfolg bei der Arbeitssuche bilden könnten. Krankheit und Depression können die Motivation und das Verhalten des Arbeitssuchenden beeinträchtigen und negative Erwartungen auf Seiten potentieller Arbeitgeber hervorrufen. Letztlich ergibt sich ein Teufelskreis. Arbeitslosigkeit kann Streß und gesundheitliche Beschwerden verursachen, und letztere können selbst entscheidend für die weitere Beschäftigungslosigkeit sein. Ein streßgeplagter Übersiedler erscheint dem Arbeitgeber möglicherweise wenig attraktiv, und andererseits würde die Gewährung eines Arbeitsplatzes gerade diese benachteiligende Belastung reduzieren.

### ***Optimistische Erwartungen***

Obwohl Variablen wie Streß und Krankheit als Vulnerabilitätsfaktoren und

Ursachen und Folgen von Arbeitslosigkeit soziale Unterstützung als Ressourcenfaktor die Arbeitssuche mitbeeinflussen können, sind sie sicherlich nicht die maßgeblichen Prädiktoren für den Erfolg bei der Arbeitssuche. Der Erfolg hängt vielmehr von der Situation auf dem Arbeitsmarkt und von der individuellen Qualifikation ab. Diese objektiven Faktoren drücken sich subjektiv in den Erwartungen der Arbeitslosen aus, in naher oder ferner Zukunft Arbeit zu finden. Fragt man Arbeitslose, für wie wahrscheinlich sie es halten, zu einem bestimmten Zeitpunkt Arbeit zu finden, so werden sie bei dieser Einschätzung sowohl ihre eigenen Fähigkeiten als auch die Arbeitsmarktlage berücksichtigen. Solche Erwartungen können realistisch oder unrealistisch, pessimistisch oder optimistisch sein. Sie können eine situationsspezifische Hoffnung reflektieren ("Ich werde in ein paar Wochen einen Arbeitsplatz gefunden haben") oder Ausdruck einer generalisierten Persönlichkeitsdisposition sein ("Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft"; vgl. Scheier & Carver, 1987). Selbstbezogene Erwartungen, die sich auf die persönlichen Einflußmöglichkeiten beziehen, haben sich für die verschiedensten Lebensbereiche als prädiktiv erwiesen (vgl. Überblick in Schwarzer, 1992). Ob man daran glaubt, bald Arbeit zu finden, mag von der subjektiven Kompetenzerwartung ("perceived self-efficacy") abhängen, kann aber auch durch die Überzeugung bestimmt sein, daß sich ohnehin bald alles zum Guten wenden wird, ohne daß es eigenen Zutuns bedarf.

### ***Zwei Fragestellungen***

Die bisherigen Erörterungen haben deutlich gemacht, daß in der vorliegenden Untersuchung zwei sich ergänzende Fragestellungen Berücksichtigung finden sollen. Bei der ersten Frage, welche Faktoren für den *Erfolg bei der Arbeitsplatzsuche* verantwortlich sind, erwarten wir, daß der Gesundheitszustand der Übersiedler und ihre anfänglichen Erwartungen entscheidende Prädiktoren darstellen. Die meisten Übersiedler waren zum ersten Erhebungszeitpunkt kurz nach der Übersiedlung arbeitslos. Ihnen wurde die Frage gestellt, bis wann sie eine Beschäftigung zu finden glaubten. Wir nehmen an, daß diese anfänglichen Erwartungen tendenziell realistisch sind, der Gesundheitszustand jedoch und andere psychosoziale Variablen ebenfalls den Erfolg und Mißerfolg bei der Erlangung und Bewahrung eines Arbeitsplatzes vorhersagen. Die Beschäftigungsdauer zum dritten Meßzeitpunkt diene als abhängige Variable, um dem Umstand Rechnung zu tragen, daß viele Übersiedler mehrere zeitlich begrenzte Jobs annahmen, für die sie nicht ausgebildet waren. Konkret ergibt sich folgende Untersuchungsfrage: in welchem Ausmaß ist die Gesamtbeschäftigungsdauer zwei Jahre nach der Migration auf die ursprünglichen Erwartungen, auf die Gesundheit und indirekt auf die Belastungswahrnehmung ("stress appraisals") und die soziale Unterstützung zurückzuführen (Modell A)?

Die zweite hier gestellte Untersuchungsfrage beschäftigt sich mit den *gesundheitlichen Konsequenzen*, die sich aus

dem Erfolg oder Mißerfolg bei der Arbeitsplatzsuche ergeben könnten. Wir erwarten, daß Übersiedler, die Arbeit gefunden haben, im Vergleich zu denen, die ohne Beschäftigung geblieben sind, langfristig gesundheitlich bessergestellt sind. Die sozial Unterstützten sollten weniger über gesundheitliche Beschwerden berichten als diejenigen, die nur wenig Unterstützung erhielten. Letzteres sollte insbesondere bei längerer Arbeitslosigkeit der Fall sein (Modell B).

### **Methode**

Die vorliegende Studie begann bereits Anfang Oktober 1989, also schon vor der Öffnung der Berliner Mauer, und hatte zum Ziel, den Anpassungs- und Bewältigungsprozeß der Flüchtlinge und Migranten aus Ost-Deutschland zu untersuchen. Die Längsschnittstudie mit drei Meßzeitpunkten umfaßt die ersten zwei Jahre nach der Übersiedlung.

Die Übersiedler wurden zu Beginn der Erhebung individuell in den Auffanglagern und Übersiedlerheimen angesprochen und um Teilnahme an einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung zu ihrer Lebenssituation gebeten. Die Teilnahme war freiwillig, anonym und wurde nicht vergütet. Die Anonymität wurde mittels eines Codes gesichert, um die Daten zu den drei Meßzeitpunkten korrekt zuordnen zu können. Die erste Erhebungswelle fand im Herbst/Winter 1989/1990 ( $N = 1057$ ) statt, die zweite Welle wurde im Sommer 1990 ( $N = 403$ ) und die dritte Welle im Sommer 1991 ( $N = 235$ ) erhoben. Die Ausfallquote vom ersten zum dritten Meßzeitpunkt

beträgt damit 78 Prozent. Diese hohe Ausfallquote ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die Teilnehmer zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle in Übergangslagern, Turnhallen oder Messehallen untergebracht waren und es sehr schwer war, mit ihnen in Kontakt zu bleiben, nachdem die Lager in der ersten Jahreshälfte 1990 aufgelöst wurden. Statistische Vergleiche zwischen der Längsschnittstichprobe und der Dropout-Stichprobe erbrachten allerdings keine statistischen Unterschiede in Bezug auf die Untersuchungsvariablen Geschlecht ( $\chi^2=3.06$ ;  $p=0.08$ ), Erwerbstätigkeit ( $\chi^2=0.92$ ;  $p=0.62$ ), erhaltene soziale Unterstützung ( $t=0.75$ ;  $p=0.45$ ), erwartete soziale Unterstützung ( $t=0.68$ ;  $p=0.50$ ) und gesundheitliche Beschwerden ( $t=0.61$ ;  $p=0.54$ ).

### ***Untersuchungsteilnehmer***

Die nachfolgenden Analysen basieren auf jenen 235 Migranten, die an allen drei Erhebungszeitpunkten teilnahmen. 126 Männer im durchschnittlichen Alter von 32 Jahren ( $SD = 9.25$ ) und 109 Frauen im durchschnittlichen Alter von 31 Jahren ( $SD = 10.39$ ) kamen zwischen August 1989 und Februar 1990 in den damaligen Westteil Berlins. Zu Beginn waren 63 der Männer und 72 der Frauen verheiratet oder hatten einen festen Partner. Die Mehrzahl der Stichprobe bestand aus Flüchtlingen (62%), definiert als diejenigen, die vor der Öffnung der Mauer am 9. November 1989 nach Berlin kamen. Als legale Übersiedler kamen 38 Prozent nach diesem Datum. Da sich keine Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen ergaben, wurde auf eine

Ursachen und Folgen von Arbeitslosigkeit

Differenzierung in den statistischen Analysen verzichtet.

### ***Instrumentarium***

Alle Übersiedler füllten zu den drei Erhebungszeitpunkten einen Fragebogen aus, mit dem unter anderem der Erwerbsstatus, die Beschäftigungsdauer, die Erwartung einer Beschäftigungsaufnahme, der dispositionale Optimismus, Streßeinschätzungen, erhaltene und wahrgenommene (erwartete) Unterstützung sowie gesundheitliche Beschwerden erfaßt wurden. Im einzelnen wurden die Variablen wie folgt gemessen.

Der *Erwerbsstatus* wurde mit den zwei Kategorien "erwerbstätig versus erwerbslos" erfaßt. Für die längsschnittlichen Analysen in Bezug auf die zweite Untersuchungsfragestellung (Modell B) wurden die Migranten in drei Gruppen eingeteilt: (a) Migranten, die zu Beginn und zum Ende der Untersuchung ohne Arbeit waren ("Langzeiterwerbslose",  $n=50$  [15 Männer und 35 Frauen]), (b) Migranten, die zu Beginn ohne Arbeit waren, aber innerhalb des Untersuchungszeitraums von zwei Jahren Arbeit fanden ("Arbeitssuche erfolgreich",  $n=105$  [56 Männer und 49 Frauen]) und (c) Übersiedler, die bereits zu Beginn und über die gesamte Untersuchungsdauer hinweg erwerbstätig waren ("Erwerbstätige",  $n=54$  [38 Männer und 16 Frauen]). Sieben Männer hatten zu Beginn der Untersuchung einen Job, verloren ihn jedoch später. Diese Gruppe wurde von den weiteren Analysen aufgrund der geringen Zellfrequenz ausgeschlossen. Bei den verbleibenden 19 Personen fehlten zu mindestens einem Meßzeitpunkt die

entsprechenden Angaben. Die Zahlen verdeutlichen, daß mehr Frauen als Männer ohne Arbeit waren. Die *Beschäftigungsdauer* wurde durch folgendes Item erfaßt: "Seitdem ich hier im Westen bin, war ich insgesamt \_\_\_ Monate erwerbstätig". Dieses Item berücksichtigt, daß viele Übersiedler mehrere zeitlich befristete Stellen annahmen (für die sie häufig nicht ausgebildet waren). Die *Erwartung zukünftiger Erwerbstätigkeit* wurde durch folgende Frage erfaßt: "Wenn Sie arbeitslos sind, wie lange wird es wohl noch dauern, bis Sie eine Arbeit finden? \_\_\_ Monate".

*Dispositionaler Optimismus* wurde durch die acht Items der von Scheier und Carver (1987) entwickelten Skala erfaßt. Ein Beispiel aus der deutschen Adaptation dieses "Life Orientation Test" von Wieland-Eckelmann und Carver (1990) lautet: "Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft". Die Items, die mithilfe einer vierstufigen Likert-Skala zu beantworten waren, wiesen eine interne Konsistenz von  $\alpha = .67$  auf.

*Erhaltene soziale Unterstützung* wurde getrennt von *wahrgenommener sozialer Unterstützung* mit zwei Skalen erfaßt, die eigens für die vorliegende Studie konstruiert wurden. Erhaltene Unterstützung wurde durch acht Items erfaßt, die die Intensität des tatsächlich erhaltenen sozialen Rückhalts im Laufe der letzten sechs Monate (also retrospektiv) nach der Übersiedlung im Hinblick auf instrumentelle, aber auch emotionale Unterstützung thematisiert. Beispielimens sind: "Freunde und Verwandte haben mir bei der Woh-

nungssuche geholfen", "Wenn ich ein Problem hatte, gab es jemanden, mit dem ich mich aussprechen konnte". Wahrgenommene Unterstützung, die sich auf die antizipierte Verfügbarkeit von Hilfe im Bedarfsfall bezieht, wurde ebenfalls durch acht Items erfaßt. Auch diese Items beziehen sich auf die verschiedenen Funktionen sozialer Unterstützung (materielle, emotionale, instrumentelle, informationale Unterstützung). Beispielimens lauten: "Es gibt Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann, wenn ich einmal Hilfe benötige", "Ich habe Freunde und Verwandte, die mich finanziell unterstützen würden". Die interne Konsistenz der ersten Skala beträgt  $\alpha = .81$  und die der zweiten Skala  $\alpha = .87$ . Alle Items waren auf einer vierstufigen Likert-Skala zu beantworten. Die Summenwerte variieren von 8 bis 32.

Als Indikator für *gesundheitliche Beschwerden* wurden selbstberichtete körperliche Symptome auf der Basis des Gießener Beschwerdefragebogens von Brähler und Scheer (1983) erhoben. Dieser Fragebogen enthält 24 Items, von denen jeweils 6 Items insgesamt vier faktoriell bestätigte Symptombereiche ansprechen: (a) *Herzbeschwerden* ( $\alpha = .77$ ), (b) *Glieder- und Gelenkschmerzen* ( $\alpha = .82$ ), (c) *Magenbeschwerden* ( $\alpha = .79$ ) und (d) *Erschöpfungszustände* ( $\alpha = .87$ ). Alle Items sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten. Die vier Subskalen wurden zu einem Gesamtwert aggregiert ( $\alpha = .91$ ). Die Begriffe "physische Symptome", "Beschwerdedruck" und "gesundheitliche Beschwerden" werden hier synonym für diesen Gesamtwert, der

theoretisch zwischen 0 und 96 variiert, verwendet.

Die *Streßwahrnehmung* wurde durch zwei Skalen gemessen, die in Anlehnung an die Streßtheorie von Lazarus (1991) entwickelt worden sind. Lazarus unterscheidet zwischen Herausforderungs-, Gewinn-, Bedrohungs- und Verlusteinschätzungen. Für die vorliegenden Analysen wurden lediglich die Einschätzungen der Lebenssituation als Bedrohung und Verlust berücksichtigt. Die Subskala *Bedrohung* besteht aus vier Items wie "Ich mache mir Sorgen wegen der Schwierigkeiten, die sich vor mir auftun" ( $\alpha = .86$ ). Die Subskala *Verlust* besteht ebenfalls aus vier Items. Beispiel: "Aus heutiger Sicht hat mir die Übersiedlung eher Nachteile als Vorteile gebracht" ( $\alpha = .86$ ). Die Items waren wiederum mit Hilfe einer vierstufigen Skala zu beantworten. Die Korrelation dieser beiden Skalen, die nur zum zweiten und dritten Meßzeitpunkt eingesetzt wurden, betragen  $r = .73$ , beziehungsweise  $r = .75$ .

## Ergebnisse

### *Einflußgrößen für eine erfolgreiche Arbeitsplatzsuche*

*Exploratorische Analysen.* Über ein Viertel der Übersiedler hatte bereits zu Beginn der Studie einen Arbeitsplatz. Dies ist vor allem auf den Umstand zurückzuführen, daß sich ein Teil der Befragten schon seit einiger Zeit im Westen befand. Es wurden nicht nur Migranten befragt, die gerade erst eingetroffen waren, sondern auch Flüchtlinge, die die Grenze bereits Wochen oder Monate vor dem 9. November 1989 überwunden hatten. Eine

## Ursachen und Folgen von Arbeitslosigkeit

Reihe der Übersiedler, z.B. Studenten, Auszubildende und Hausfrauen, äußerten sich nicht zu ihren Erwartungen im Hinblick auf einen zukünftigen Arbeitsplatz. Lediglich 123 Übersiedler beantworteten das Erwartungsitem "Wenn Sie arbeitslos sind, wie lange wird es wohl noch dauern, bis Sie eine Arbeit finden?". Im Durchschnitt erwarteten sie, in vier Monaten Arbeit gefunden zu haben ( $SD = 5.22$ ). Die Prognosen variierten zwischen 0 und 23 Monaten. Die meisten Migranten (75%) erwarteten bereits innerhalb der nächsten drei Monate nach dem Erstinterview, einen Arbeitsplatz zu finden. Nur 12 Prozent glaubten, daß dies länger als ein halbes Jahr dauern würde. Wenn diese optimistischen Einschätzungen realistisch sind, dann sollten fast alle Migranten bereits zum zweiten Erhebungszeitpunkt einer Beschäftigung nachgehen. Tatsächlich haben aber nur 59 Prozent derjenigen, die eine solche Prognose wagten, wirklich einen Arbeitsplatz gefunden. Unterscheidet man "Optimisten", die erwarteten, bereits nach drei Monaten erfolgreich zu sein, von "Pessimisten", deren Erwartung sich auf einen Zeitraum von vier Monaten und länger richtete, ergibt sich ein interessanter Unterschied: nur 34 Prozent der Pessimisten, aber 68 Prozent der Optimisten haben nach einem Jahr einen Arbeitsplatz gefunden ( $\chi^2 = 10.89$ ;  $p < .01$ ;  $\phi = .30$ ). Bei Welle 3 verfügten bereits drei Viertel der 123 Befragten über einen Arbeitsplatz. Dennoch zeigte sich auch zu diesem Zeitpunkt noch der Unterschied zwischen den Optimisten und den Pessimisten. Von letzteren sind nunmehr 61 Prozent und von ersteren 81

Prozent erwerbstätig ( $\chi^2=4.33$ ;  $p=.04$ ;  $\phi=.19$ ).

Insgesamt betrachtet sind weniger Migranten erwerbstätig, als aufgrund ihrer eigenen Prognosen zu erwarten war. Genau genommen waren selbst die Pessimisten zu optimistisch. Ausgehend von den Prognosen hätten alle innerhalb von zwei Jahren einen Arbeitsplatz finden müssen, aber nur drei Viertel waren tatsächlich erfolgreich. Obwohl also insgesamt die Erwartungen zu optimistisch waren, gab es dennoch eine realistische Komponente: von denjenigen, die zu Welle 1 erwarteten, innerhalb von 3 Monaten wieder einer Beschäftigung nachzugehen, waren tatsächlich bei Welle 2 zwei Drittel beschäftigt, wohingegen von den Pessimisten nur ein Drittel erfolgreich war. In diesem Sinne schätzten letztere ihre Situation realistischer ein.

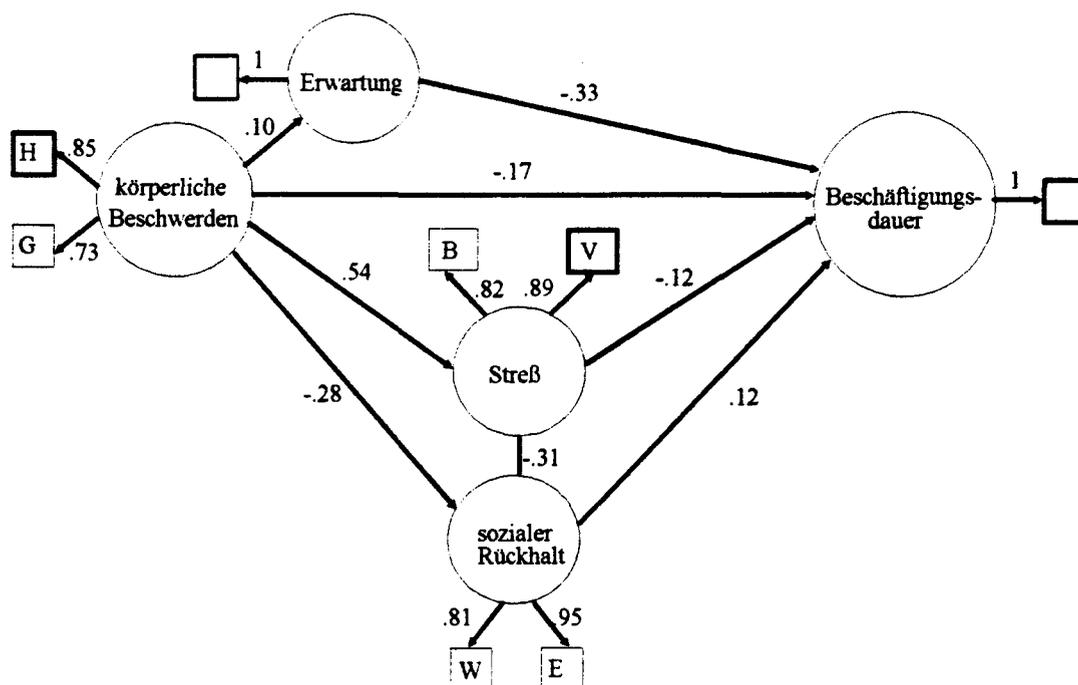
Es wurde darüber hinaus geprüft, ob diese zum Teil optimistischen Erwartungen auf generalisierte Überzeugungen, also auf *dispositionalen Optimismus*, zurückzuführen waren. Jedoch ergab sich hier kein signifikanter Zusammenhang ( $r=.11$ ). Optimismus korrelierte auch nicht mit dem Erwerbsstatus bei Welle 2 ( $r=.03$ ) und bei Welle 3 ( $r=0$ ). Dispositionaler Optimismus wurde daher für alle weiteren Analysen nicht mehr berücksichtigt.

Die arbeitsplatzbezogenen Erwartungen waren mit Ausnahme der gesundheitlichen Beschwerden (siehe unten) mit keiner anderen Variable korreliert. Daher ist anzunehmen, daß die ursprünglichen Erwartungen nicht auf den in dieser Studie gemessenen Persönlichkeitseigenschaften

basieren, sondern eher auf situativen Parametern. Möglicherweise basiert das Urteil der Migranten eher auf der wahrgenommenen Arbeitsmarktsituation, auf sozialen Vergleichen mit anderen Übersiedlern oder auf ihrer beruflichen Qualifikation.

*Kausalanalyse.* Um die direkten und indirekten Determinanten der Beschäftigungsdauer bei Welle 3 zu prüfen, wurde ein Kausalmodell spezifiziert. In diesem Modell dienten der Gesundheitszustand und die Erwartung eines Arbeitsplatzes bei Welle 1 als distale Prädiktoren und die Streßeinschätzung und soziale Unterstützung bei Welle 2 als proximale Prädiktoren. Die letzteren beiden Prädiktoren sind als wichtige vermittelnde Faktoren (Mediatoren) zwischen dem Gesundheitszustand und der Beschäftigungsdauer konzipiert. Der Gesundheitszustand, die Streßeinschätzung und die soziale Unterstützung wurden als latente Variablen mit jeweils zwei Indikatoren, die verbleibenden zwei Variablen mit Einzelindikatoren spezifiziert.

Die Analyse wurde mit dem Programm LISREL VII (Jöreskog & Sörbom, 1988) durchgeführt. Die freigesetzten Parameter wurden nach der Methode der ungewichteten kleinsten Quadrate ("unweighted least squares") geschätzt, da damit auf die Voraussetzung multivariater Normalverteilung verzichtet werden kann. Verschiedene Kennwerte der Modellanpassung verweisen auf eine sehr gute Repräsentation der empirischen Beziehungen: (a)  $\chi^2[df=14] = 23.3$



**Abbildung 1.** Körperliche Beschwerden, Arbeitsplatzwartung, Streßwahrnehmung und sozialer Rückhalt als Antezedenzen der Beschäftigungsdauer: ein Kausalmodell (Abkürzungen: körperliche Beschwerden: H = Herzbeschwerden, G = Gelenk- und Gliederschmerzen; Streßwahrnehmung: B = Bedrohung, V = Verlust; sozialer Rückhalt: W = wahrgenommener sozialer Rückhalt, E = erhaltener sozialer Rückhalt).

( $p=.056$ ), (b)  $\chi^2/df=1.66$ , (c)  $GFI=.99$ , (d)  $AGFI=.98$  und (e)  $RMSR=.037$ .

Abbildung 1 stellt das Ergebnis der Parameterschätzungen dar. Die Faktorladungen des Meßmodells für die latenten Variablen sind alle sehr hoch ( $\lambda=.73$  bis  $\lambda=.95$ ). Um das Modell nicht unnötig zu verkomplizieren, wurde darauf verzichtet, alle vier Indikatoren für die latente Variable Gesundheitszustand zu spezifizieren. Für die Streßwahrnehmung und soziale Unterstützung bei Welle 2 ergab sich eine inverse korrelative Beziehung ( $-.31$ ). Insgesamt konnten durch die vier Determinanten 29 Prozent der Varianz der Beschäftigungsdauer erklärt werden. Der stärkste Pfad ging von der Erwartungsvariable aus ( $-.33$ ). Je eher die Übersiedler erwarteten, einen Arbeitsplatz zu finden, desto länger waren sie nach zwei Jahren tatsächlich beschäftigt. Diejenigen, die der Überzeugung waren, daß ein neuer

Arbeitsplatz nicht in zeitlich greifbarer Nähe ist, waren letztlich weniger lange beschäftigt. Dieses Ergebnis spiegelt die realistische Komponente der Erwartungen wider.

Der Gesundheitszustand bei Welle 1 beeinflusst sowohl die Streßeinschätzung ( $.54$ ) als auch das Ausmaß an sozialer Unterstützung ( $-.28$ ) zum zweiten Meßzeitpunkt. Körperliche Symptome haben zu mehr Streß geführt und darüber hinaus möglicherweise dazu, daß Netzwerkmitglieder verloren gingen oder daß der Aufbau enger Beziehungen durch kränklische Selbstdarstellung gehemmt wurde. Streß und soziale Unterstützung haben selbst nur einen schwachen Einfluß auf die Beschäftigungsdauer, aber als Mediatoren erhöhen sie die Vorhersagestärke des Gesundheitszustands. Der direkte Effekt des Gesundheitszustands betrug nur  $-.17$ , aber der Gesamteffekt war

-31. Dies ist ein durchaus bemerkenswerter Befund, weil er sehr deutlich die Annahme unterstreicht, daß anfängliche gesundheitliche Beschwerden die spätere Beschäftigungsdauer innerhalb eines zweijährigen Zeitraums reduzieren. Die Analyse erbrachte übrigens eine geringfügige Beziehung zwischen den berichteten gesundheitlichen Beschwerden und den anfänglichen Erwartungen (.10), was die Möglichkeit eröffnet, daß die Übersiedler ihre Erwartungen bezüglich

eines zukünftigen Beschäftigungsverhältnisses zum Teil auf ihren subjektiven Gesundheitszustand gründen. Dies kann ihre Motivation und ihr Verhalten bei der Arbeitssuche beeinflussen. Obwohl dieser Pfad statistisch vernachlässigbar wäre, hätte seine Entfernung die Konsequenz, daß einer der drei indirekten Effekte gesundheitlicher Beschwerden auf die Beschäftigungsdauer unterdrückt würde, was aus theoretischer Perspektive nicht sinnvoll erscheint.

### **Gesundheitliche Konsequenzen von Arbeitslosigkeit**

**Varianzanalysen.** Die zweite Fragestellung (Modell B) wechselt die Perspektive, denn hier geht es darum, ob und inwieweit Langzeitarbeitslosigkeit den Gesundheitszustand beeinflusst. Hierzu wurde eine Varianzanalyse mit den drei Stufen des Gruppierungsfaktors Erwerbsstatus als unabhängige Variable und den zu den drei Meßzeitpunkten erhobenen gesundheitlichen Beschwerden als abhängige Variable berechnet. Die Analyse erbrachte einen Haupteffekt des Erwerbssta-

Körperliche Beschwerden

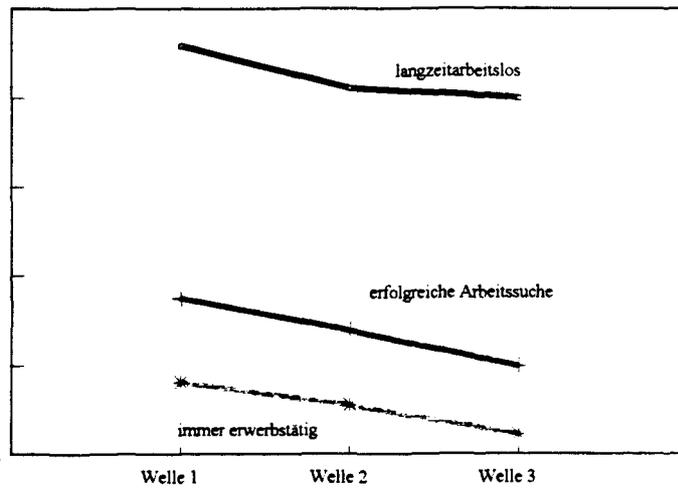


Abbildung 2. Veränderung körperlicher Beschwerden in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus.

tus ( $F[2,196]=12.67$ ;  $p<.001$ ) und einen tendenziellen Meßzeitpunkteffekt ( $F[2,392]=2.75$ ;  $p=.065$ ). Eine Interaktion ergab sich nicht.

In Abbildung 2 ist der Mittelwertverlauf der berichteten *körperlichen Symptome* über die drei Meßzeitpunkte hinweg getrennt für die drei Gruppen des Erwerbsstatus dargestellt. Migranten, die seit fast zwei Jahren arbeitslos sind (obere Linie,  $n=45$ ), weisen das höchste Niveau selbstberichteter körperlicher Symptome auf. Die mittlere Linie repräsentiert diejenigen, die innerhalb des zweijährigen Untersuchungszeitraums einen Arbeitsplatz fanden ( $n=105$ ). Die untere Linie schließlich stellt die Übersiedler dar, die zu jedem Zeitpunkt erwerbstätig waren ( $n=53$ ). Die letzte Gruppe besteht vor allem aus Personen, die einige Wochen nach ihrer Übersiedlung zum ersten Mal befragt wurden und bereits einen Arbeitsplatz gefunden hatten und diesen auch über den Untersuchungszeitraum behielten. Das körperliche Wohlbefinden erwies sich in dieser Gruppe als am besten. In allen drei Gruppen deutet sich ein Abwärtstrend an,

der jedoch nicht im statistischen Sinne signifikant wurde. Abbildung 2 macht deutlich, daß zwischen dem Erwerbsstatus und den berichteten körperlichen Beschwerden ein stabiler Zusammenhang besteht, der sich über die drei Meßzeitpunkte hinweg nicht unbedingt verändert.

Im nächsten Analyseschritt wurde die *soziale Unterstützung* als zweiter Gruppierungsfaktor hinzugezogen, um der Frage nachzugehen, ob sozialer Rückhalt den Effekt längerer Arbeitslosigkeit abzapfen vermag. Zu diesem Zweck wurden zwei Support-Gruppen gebildet. Hierzu wurde zunächst die Verteilung der Skala zur erhaltenen Unterstützung bei Welle 1 und bei Welle 3 dichotomisiert. Migranten mit einem stabil hohen Ausmaß an erhaltener Unterstützung mußten zu beiden Meßzeitpunkten Werte oberhalb des Medians aufweisen. Migranten hingegen, die zu beiden Meßzeitpunkten Skalenwerte unterhalb des Medians aufwiesen, galten als Gruppe mit stabil geringem Ausmaß an erhaltener Unterstützung. Alle anderen Personen wurden für die folgende Analyse eliminiert. Um zu geringe Zellfrequenzen zu vermeiden, wurden zwei der drei Stufen des Faktors Erwerbsstatus zu einer Stufe zusammengefaßt. Verglichen wurden daher jetzt diejenigen, die seit zwei Jahren ohne Beschäftigung sind ( $n=36$ ), mit jenen, die entweder von Anfang an erwerbstätig waren oder aber im Laufe der Untersuchung einen Arbeitsplatz fanden ( $n=111$ ). Für die Analyse ergaben sich auf diese Weise vier Gruppen: (a) Langzeiterwerbslose mit wenig Unterstützung durch andere ( $n=21$ ),

(b) Langzeiterwerbslose, die eher ein hohes Ausmaß an Unterstützung erhielten ( $n=15$ ), (c) Erwerbstätige mit wenig Unterstützung ( $n=54$ ) und (d) Erwerbstätige mit viel Unterstützung durch andere ( $n=57$ ). Berechnet wurde eine Meßwiederholungsvarianzanalyse mit dem Erwerbsstatus und erhaltener sozialer Unterstützung als Gruppierungsfaktoren und dem Meßzeitpunkt als Meßwiederholungsfaktor. Diese Analyse erbrachte einen Haupteffekt des Erwerbsstatus ( $F[1,143]=26.46$ ;  $p<.001$ ), einen Haupteffekt sozialer Unterstützung ( $F[1,143]=7.15$ ;  $p=.008$ ), eine Interaktion zwischen dem Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung ( $F[1,143]=8.06$ ;  $p=.005$ ) und eine tendenziell signifikante dreifache Interaktion zwischen dem Erwerbsstatus, sozialer Unterstützung und dem Meßzeitpunkt ( $F[2,286]=2.79$ ;  $p=.063$ ).

Abbildung 3 stellt das Ergebnis dieser Analyse dar. Die erwerbstätigen Migranten berichten, unabhängig davon, ob sie unterstützt wurden oder nicht, über das geringste Ausmaß körperlicher Beschwerden (vgl. die unteren beiden Linien der Abbildung 3). Für die Langzeiterwerbslosen spielt das Ausmaß an erhaltener Unterstützung hingegen eine entscheidende Rolle für ihr körperliches Wohlbefinden. Diejenigen, die gleichzeitig zwei Belastungen ausgesetzt waren, d.h. erwerbslos waren und nur in geringem Umfang Unterstützung erhielten, berichteten zu allen drei Meßzeitpunkten am meisten körperliche Symptome. Am interessantesten erscheint der Befund, daß sich der Gesundheitszustand der Langzeiterwerbslosen, die durch Freunde

Rückhalt erhielten, über die Zeit drastisch verbesserte. Dieser Befund stellt somit ein recht eindrucksvolles Beispiel für den häufig angenommenen Puffereffekt sozialer Unterstützung dar. Ein hinreichendes Ausmaß an Unterstützung scheint in der Lage zu sein, das Ausmaß körperlicher Beschwerden auf das Niveau derjenigen Übersiedler zu reduzieren, die erwerbstätig sind.

**Kausalanalyse.** Um weiteres Licht in die längsschnittlichen Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung und körperlichen Beschwerden zu bringen, wurde der Strukturgleichungsansatz gewählt. Der Erwerbsstatus wurde hier als exogener Faktor mit einem einzelnen Indikator spezifiziert. Soziale Unterstützung und körperliche Beschwerden wurden hingegen als latente endogene Variablen mit mehreren Indikatoren zu allen drei Meßzeitpunkten, ähnlich einem "Cross-lagged panel design", spezifiziert. Drei der vier Subskalen körperlicher Symptome dienten als Indikatoren der latenten Variable *körperliche Beschwerden*: Herzbeschwerden, Gelenk- und Gliederschmerzen und Erschöpfung. Die vierte Subskala "Magenbeschwerden" wurde nicht berücksichtigt, da keine Passung mit dem Meßmodell zu erreichen war. Die Skalen zur erhaltenen und erwarteten sozialen Unterstützung wurden als Indikatoren der latenten Variable *Unterstützung* gewählt.

Die Analyse wurde erneut mit dem Programm LISREL VII von Jöreskog und Sörbom (1988) durchgeführt und die Parameter nach der Methode ungewichteter

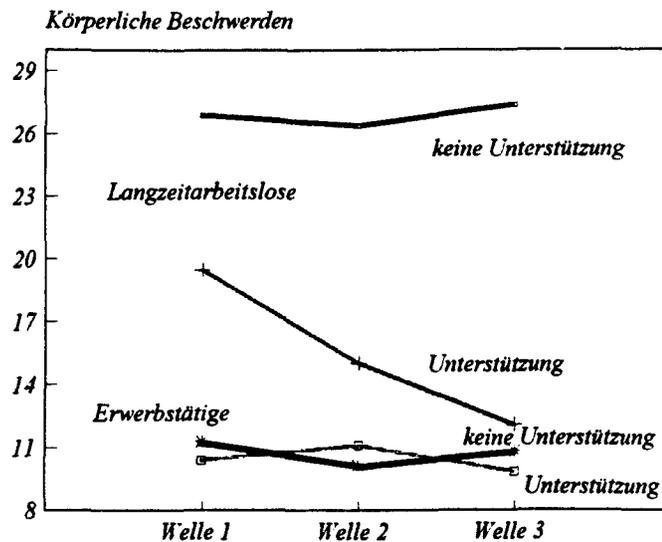
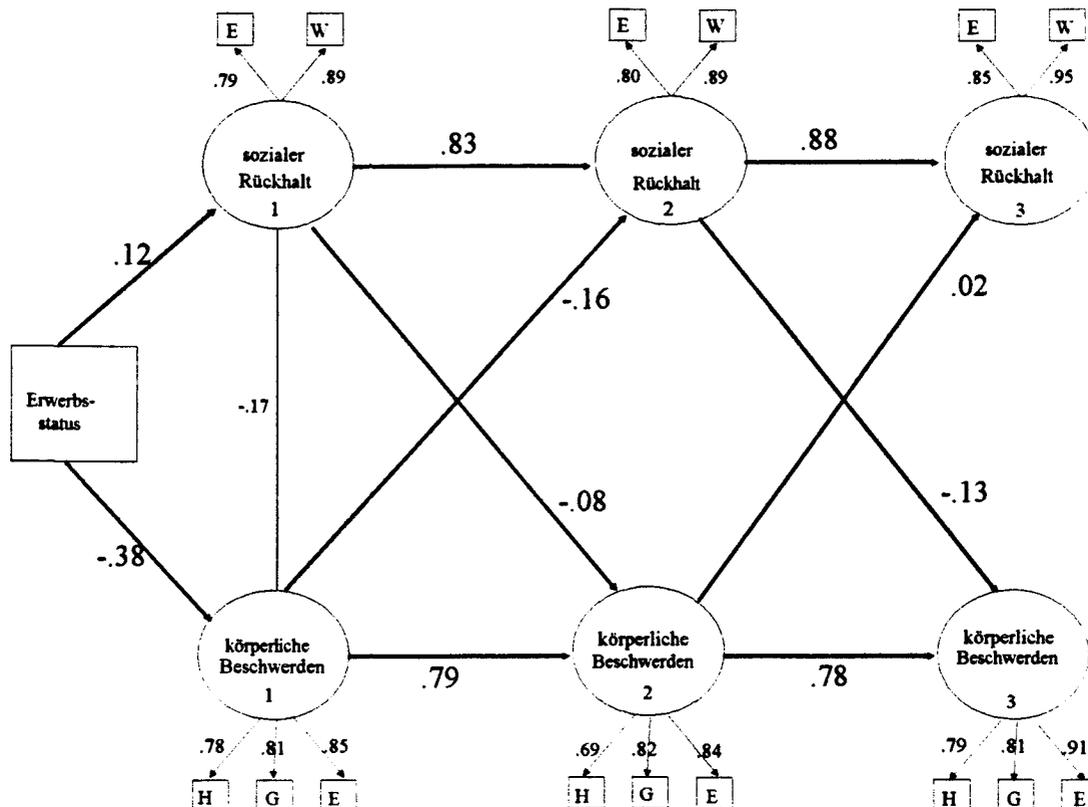


Abbildung 3. Veränderung körperlicher Beschwerden in Abhängigkeit vom Ausmaß erhaltener sozialer Unterstützung und vom Erwerbsstatus.

kleinster Quadrate geschätzt. Die Analyse erbrachte folgende Gütekriterien der Modellanpassung: (a)  $\chi^2[df=81] = 126.81$  (signifikant), (b)  $\chi^2/df = 1.57$ , (c) GFI = .99, (d) AGFI = .99 und (e) RMSR = .038. Trotz des signifikanten Chi-Quadrattests verweisen die anderen Fitindices auf eine gute Modellanpassung.

In Abbildung 4 ist das Ergebnis der Analyse dargestellt. Der direkte Effekt des Erwerbsstatus auf soziale Unterstützung bei Welle 1 ist .12, sein indirekter auf soziale Unterstützung bei Welle 2 beträgt .16 und sein indirekter auf soziale Unterstützung bei Welle 3 beläuft sich auf .14. Erwerbstätigkeit hängt also mit einem höheren Ausmaß an sozialer Unterstützung zusammen. Daß die indirekten Effekte etwas höher sind als der direkte Effekt, ist auf den zusätzlichen Einfluß des Erwerbsstatus, vermittelt über die körperlichen Beschwerden, zurückzuführen.



**Abbildung 4.** Erwerbsstatus als Antezedenz körperlicher Beschwerden und sozialen Rückhalts: ein quasi- "cross-lagged panel design" (Abkürzungen: sozialer Rückhalt: W = wahrgenommener sozialer Rückhalt, E = erhaltener sozialer Rückhalt; körperliche Beschwerden: H = Herzbeschwerden, G = Gelenk- und Gliederschmerzen, E = Erschöpfung).

Erwerbstätigkeit übt auch einen günstigen Einfluß auf die körperlichen Beschwerden aus. So beträgt bei Welle 1 der direkte Effekt des Erwerbsstatus auf die Beschwerden  $-.38$ , sein indirekter bei Welle 2 beträgt  $-.29$ , und der indirekte Effekt des Erwerbsstatus auf die körperlichen Beschwerden zum letzten Erhebungszeitpunkt beträgt  $-.22$ . Arbeitslosigkeit beeinflusst daher körperliche Beschwerden stärker, als soziale Unterstützung dies tut.

Sowohl soziale Unterstützung als auch körperliche Beschwerden erwiesen sich als recht stabile Konstrukte innerhalb des zweijährigen Zeitraums, wie die hohen Retest-Korrelationen verdeutlichen, die zwischen  $.78$  und  $.88$  liegen. Die Querschnittskorrelation bei Welle 1 zwischen den latenten Variablen soziale Un-

terstützung und Beschwerden beträgt  $-.17$ . Die zeitversetzten Pfade fallen hingegen etwas geringer aus. Signifikante Pfade ( $-.16$  bzw.  $-.13$ ) führen von den Beschwerden (Welle 1) zu sozialer Unterstützung (Welle 2) und von sozialer Unterstützung (Welle 2) zu Beschwerden (Welle 3). Es läßt sich also kein konsistenter unidirektionaler Einfluß einer latenten Variable auf die andere feststellen. Der Befund illustriert vielmehr eine reziproke Beziehung der beiden Konstrukte über die Zeit. Körperliche Beschwerden zu Beginn der Studie mögen dazu geführt haben, daß einige Netzwerkmitglieder verlorengingen oder sich die Qualität und Intensität der Unterstützung veränderte (was im übrigen nur den Befund des ersten Kausalmodells repliziert), und umgekehrt mögen Einbußen an sozialer Unterstützung zu einem späteren

Zeitpunkt dazu geführt haben, daß wieder vermehrt körperliche Beschwerden aufgetreten sind.

Aus Darstellungsgründen wurden die autokorrelierten Fehler der Indikatorvariablen ( $\theta$  epsilon) zwischen den Meßzeitpunkten in Abbildung 4 weggelassen. Eine solche Spezifikation berücksichtigt in längsschnittlichen Kausalmodellen test-spezifische Faktoren, die zu allen Meßzeitpunkten gleichermaßen Fehlervarianz verursachen (Jöreskog & Sörbom, 1988). Die erklärte Varianz der latenten Variable sozialer Rückhalt beträgt 1.5% bei Welle 1, 76% bei Welle 2 und 77% bei Welle 3. Die erklärte Varianz der latenten Variable körperliche Beschwerden beträgt 14% bei Welle 1, 66% bei Welle 2 und 69% bei Welle 3.

## Diskussion

Unseres Wissens ist die hier vorgestellte Untersuchung die einzige verfügbare Längsschnittstudie, die die psychosozialen Veränderungen ostdeutscher Übersiedler seit Oktober 1989 untersucht. Wichtigstes Merkmal ist sicherlich die Möglichkeit, auf der Grundlage längsschnittlicher Daten den Adaptationsprozeß an die neue Umwelt aus der Perspektive der Streß- und Bewältigungsforschung nachzuzeichnen. Aus der Fülle der Anforderungen, mit denen die Übersiedler konfrontiert sind, stellt die Erlangung und Erhaltung eines sicheren Arbeitsplatzes eine vordringliche Aufgabe für die wirtschaftliche und soziale Wiedereingliederung dar. Diese Anforderung haben wir in den Mittelpunkt dieser Arbeit gerückt. So wurde sowohl

versucht, Faktoren zu identifizieren, die eine Integration in die Arbeitswelt in Westdeutschland wahrscheinlicher gemacht haben (Modell A), als auch gleichzeitig versucht, die langfristigen Konsequenzen von Erfolg und Mißerfolg zu bestimmen (Modell B).

Im Rahmen psychologischer Forschung zur Problematik der Arbeitslosigkeit stellt die Frage nach den psychosozialen Antezedenzbedingungen späterer Erwerbstätigkeit oder andauernder Arbeitslosigkeit einen Perspektivwechsel dar. Anstatt ausschließlich das Augenmerk auf die sozialen, psychischen und physischen Konsequenzen der Arbeitslosigkeit zu lenken, verweist ein Blick auf die Determinanten der Arbeitslosigkeit auf den transaktionalen Charakter der relevanten Variablenbeziehungen. In diesem Sinn sind beispielsweise gesundheitliche Beschwerden nicht nur eine Folge von Arbeitslosigkeit, sondern können auch dessen Ursache sein. Obwohl diese Auffassung von vielen zumindest implizit geteilt wird (z.B. Feather, 1990; Kieselbach, 1992), sind Untersuchungen, die psychosozialen Ursachen der Arbeitslosigkeit nachgegangen sind, relativ selten.

Bei der Frage nach den Ursachen für einen Mißerfolg bei der Arbeitsplatzsuche der Übersiedler erschien es nicht sinnvoll, den Erwerbsstatus im Sinne einer dichotomen Variable vorherzusagen. Dieses dichotome Kriterium wäre dem Umstand nicht gerecht geworden, daß viele Übersiedler zumindest zeitweilig eine Beschäftigung fanden oder sogar mehrfach zeitlich befristete Positionen annahmen. Tatsächlich

gingen viele, die zu einem Meßzeitpunkt angaben, erwerbslos zu sein, innerhalb eines Erhebungsintervalls einer (offenbar) befristeten Beschäftigung nach. Die *Beschäftigungsdauer* erschien als das validere Kriterium, deren Maximalwert durch jene charakterisiert wird, die von Beginn an einen Arbeitsplatz innehatten, und deren Minimalwert durch jene charakterisiert wird, die in den zwei Jahren nie beschäftigt waren. Die Beschäftigungsdauer konnte durch Persönlichkeitseigenschaften, wie sie in dieser Untersuchung erhoben wurden, nicht vorhergesagt werden. Die ursprünglichen Erwartungen in Bezug auf den Erfolg bei der Arbeitssuche, als auch anfängliche gesundheitliche Beschwerden, erwiesen sich dagegen als Determinanten der Beschäftigungsdauer. Die Adaptationsaufgabe der Wiederbeschäftigung und der Bewahrung eines Arbeitsplatzes war umso schwieriger zu lösen, je schlechter der Gesundheitszustand direkt nach der Migration war. Streßtheoretisch hat also ein Mangel in der personalen Ressource Gesundheit verhindert, daß eine neue situative Ressource aufgebaut oder erhalten werden konnte. Die Kausalanalyse (vgl. Abbildung 1) erbrachte ergänzend, daß die Wahrnehmung der Lebenssituation als bedrohlich und verlustreich ("stress appraisals") als auch soziale Unterstützung den Effekt gesundheitlicher Beschwerden auf die Beschäftigungsdauer vermittelten und damit noch verstärkten. Mit anderen Worten: je mehr Streß durch die Beschwerden ausgelöst wurde und je weniger aus dem gleichen Grund soziale Un-

Ursachen und Folgen von Arbeitslosigkeit Unterstützung zu mobilisieren war, desto geringer war die spätere Beschäftigungsdauer.

Auch die *zeitlichen Erwartungen* im Hinblick auf einen Erfolg bei der Arbeitssuche sagten die Beschäftigungsdauer voraus. Je früher die Übersiedler einen Arbeitsplatz erwarteten, desto länger waren sie nach zwei Jahren tatsächlich beschäftigt. Obwohl sich die Erwartungen damit als recht realistisch erwiesen, kann der Effekt nur unzureichend erklärt werden, da letztlich unklar bleibt, worauf diese Erwartungen beruhen. Wahrscheinlich beruhen sie auf Faktoren, die in dieser Untersuchung nicht erfaßt wurden, nämlich vornehmlich Situationsmerkmalen. Dafür spricht, daß weder generalisierte Ergebniserwartungen ("dispositionaler Optimismus") noch Persönlichkeitseigenschaften eine Vorhersage gestatteten. Daher ist nicht davon auszugehen, daß diejenigen mit hohen spezifischen Ergebniserwartungen sich allgemein aktiver und problembezogener verhalten. Dennoch liegt es nahe, daß die *spezifischen* positiven Erwartungen dazu geführt haben, daß die Bemühungen um einen Arbeitsplatz intensiver und ausdauernder waren und damit auch eher zum Erfolg führten. Die Erwartungen der Übersiedler beruhen wahrscheinlich zum Teil auf der eingeschätzten Arbeitsmarktsituation und zum Teil auf der wahrgenommenen eigenen Qualifikation für verfügbare berufliche Positionen. Insgesamt betrachtet erwiesen sich die Karriereerwartungen der Übersiedler als überhöht. Dennoch fanden die "optimistischen" Migranten früher einen Arbeitsplatz als die realistischere "pessimistischen".

Welche Bedeutung dem Adaptationsproblem "Arbeitsplatz" zukommt, zeigen die Befunde des zweiten Teils dieser Untersuchung zu den *gesundheitlichen Konsequenzen* eines Mißerfolgs bei der Arbeitsplatzsuche. Das Ergebnis der ersten Analyse (vgl. Abbildung 2) dokumentierte einen stabilen Effekt der Arbeitslosigkeit auf die körperlichen Beschwerden. Gerade diejenigen, die während der zweijährigen Untersuchungsdauer arbeitslos blieben, zeigten kontinuierlich die meisten körperlichen Symptome. Obwohl dieses Ergebnis auf den ersten Blick plausibel erscheint, wirft dennoch die Tatsache, daß bereits zu Beginn ein hohes Niveau berichtet wurde, die Kausalitätsfrage auf. Insbesondere ist von Bedeutung, daß schon zum ersten Erhebungszeitpunkt ein Unterschied bestand zwischen den "Langzeitarbeitslosen" und denjenigen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt eine Arbeit fanden. Da zu diesem Zeitpunkt beide Gruppen arbeitslos waren, hätte hier kein Unterschied bestehen dürfen, wenn Arbeitslosigkeit für den Zustand ursächlich sein sollte. Im Anschluß an den Befund, daß bei den Langzeitarbeitslosen keine weitere Gesundheitsverschlechterung zu beobachten war, läßt sich vermuten, daß die zuvor bestehenden Beschwerden dazu beigetragen haben, daß sie arbeitslos geblieben sind. Diese unidirektionale Interpretation steht im Einklang mit dem Befund der voranstehenden Analyse, die gesundheitliche Beschwerden als Determinante für die Beschäftigungsdauer auswies. Dennoch bleibt der schlechtere Gesundheitszustand der Langzeitarbeitslosen zu Beginn der Studie erklärungsbe-

dürftig. Diese Gruppe muß sich durch eine Reihe weiterer Attribute, die nicht in den Untersuchungsdaten zur Verfügung stehen, von denjenigen Übersiedlern unterscheiden, die später einen Arbeitsplatz fanden. Es bleibt festzuhalten: Langzeitarbeitslosigkeit geht mit einem hohen Niveau an körperlichen Beschwerden einher. Unsere Daten sprechen eher dafür, daß die anfänglichen Beschwerden den Zustand der Arbeitslosigkeit begünstigt oder stabilisiert haben. Umgekehrt zieht Arbeitslosigkeit körperliche Beschwerden nach sich.

Eine gesundheitliche Verbesserung über die Zeit war erst unter Berücksichtigung der erhaltenen sozialen Unterstützung zu beobachten (vgl. Abbildung 3). Der Gesundheitszustand der Langzeitarbeitslosen, die dauerhaft menschliche Unterstützung erhielten, verbesserte sich bis hin zu dem Niveau der Erwerbstätigen. Dieser *längsschnittliche Puffereffekt* von sozialer Unterstützung ergänzt die häufig in der Literatur berichteten querschnittlichen Puffereffekte (S. Cohen & Wills, 1985; Veiel, 1992) um einen wichtigen Aspekt. Soziale Unterstützung gewinnt gerade im Falle chronischer Belastung zunehmend an Bedeutung. Unterstützung stabilisiert also gerade im Fall langwieriger Probleme das Wohlbefinden. Ein solcher longitudinaler Effekt spiegelt die Dynamik des Krisengeschehens wider und unterstreicht die Annahme, daß die Verfügbarkeit sozialer Ressourcen das Streßerleben verringern kann (Hobfoll, 1989; Lazarus, 1991).

Der longitudinale Puffereffekt stellt die Interpretation des abschließenden

Kausalmodells (vgl. Abbildung 4), bei dem nur Haupteffekte berücksichtigt wurden, in Frage. Der Vorteil eines solchen, mehrere Meßzeitpunkte umfassenden Längsschnittmodells mit latenten Variablen ist vor allem im Hinblick auf die Möglichkeit zu sehen, direkte und indirekte Effekte über die Zeit hinweg schätzen zu können. Es zeigt, daß soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden relativ stabile Konstrukte sind, die nur moderat miteinander in Beziehung stehen. Es ergab sich kein unidirektionaler kausaler Zusammenhang, sondern ein reziproker. Beschwerden führten zu weniger sozialer Unterstützung, und weniger Unterstützung führte im Gegenzug zu vermehrten Beschwerden. Obwohl dies durchaus plausibel erscheint, gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die ein umgekehrtes Befundmuster berichten, nämlich die Mobilisierung sozialer Unterstützung angesichts von Krankheit. Werden Menschen krank oder werden sie Opfer eines Unfalls, wird häufig das soziale Netz mobilisiert, und es steht mehr Unterstützung zur Verfügung als vorher (vgl. Schwarzer & Leppin, 1991, 1992a, 1992b). Weiter wurde gezeigt, daß gerade solche Menschen unterstützt werden, die selbst aktiv zur Bewältigung ihres kritischen Ereignisses beitragen (Schwarzer, Dunkel-Schetter, Weiner & Woo, 1992; Schwarzer & Weiner, 1991). Es ist anzunehmen, daß beide Effekte nur im Falle plötzlicher und spezifischer Krisen auftreten. Anderenfalls ist es wahrscheinlicher, daß häufige gesundheitliche Probleme die sozialen Interaktionspartner überstrapazieren und zumindest langfristig entmutigen. Diese

Annahme stünde im Einklang mit den Befunden.

Diese Untersuchung hat auf der Grundlage längsschnittlicher Daten einen ersten Einblick in Ursachen und Konsequenzen gelungener und mißlungener Wiedereingliederung in das Arbeitsleben von Migranten aus der ehemaligen DDR geben können. Dennoch unterliegen die berichteten Ergebnisse einigen Einschränkungen. Zum einen bestand unglücklicherweise nicht die Möglichkeit, objektive Daten über den Gesundheitszustand zu erheben. Dies hängt vor allem mit dem spontanen Charakter dieser Studie zusammen, die ohne detaillierte Vorbereitung im Herbst 1989, als Flüchtlinge in großen Zahlen nach Berlin strömten, begonnen werden mußte. Obwohl es sich bei dem Gießener Beschwerdefragebogen um ein reliables und valides Meßinstrument (vgl. Brähler & Scheer, 1983) handeln soll, wäre es von Vorteil gewesen, ihn noch einmal anhand medizinischer Parameter validieren zu können. Eine weitere Einschränkung betrifft die Generalisierbarkeit der Befunde, da die Stichprobe ausschließlich aus Migranten besteht. Arbeitslose Migranten können sicherlich nur sehr eingeschränkt mit "normalen" Langzeitarbeitslosen verglichen werden. Auf der anderen Seite läßt sich die Bedeutung von Ressourcenfaktoren gerade im Kontext extremer Belastungen am besten überprüfen (vgl. Hobfoll, et al., 1992).

Ein weiterer kritischer Punkt ergibt sich bei genauer Betrachtung der Definition des Erwerbsstatus. Da nicht zwischen Arbeits- und Erwerbslosigkeit unterschieden wurde,

haben wir implizit vorausgesetzt, daß alle Übersiedler auch arbeiten wollen. Dies muß jedoch nicht zwangsläufig der Fall sein. Mütter, beispielsweise, die sich aktiv um die Erziehung ihres Kindes kümmern wollen, haben vielleicht - zumindest momentan - kein Interesse an einem Arbeitsplatz. Dieser generelle Einwand scheint in der vorliegenden Studie allerdings nicht zuzutreffen, da es nur wenige Mütter in der Stichprobe gab und da die Migranten in hohem Maße bestrebt sein müssen, Geld zu verdienen, um sich eine neue Existenz aufzubauen. Viele Übersiedler besaßen keine Devisen und waren daher natürlich hochmotiviert, zunächst einmal jede Art von Arbeit anzunehmen. Ein ähnlicher Kritikpunkt ließe sich auch für jene Übersiedler anführen, die einen erwerbstätigen festen Partner haben. Sie mögen mit ihrem Leben als Hausfrau/Hausmann zufrieden sein. Dennoch ist auch hier zu erwarten, daß dies erst in der Zukunft an Bedeutung gewinnt, weil zu Beginn der Übersiedlung alltägliche finanzielle Probleme im Vordergrund standen. Leider standen keine Daten über den Erwerbsstatus der Partner zur Verfügung, der ja auch die wirtschaftliche Lage und das Wohlbefinden beeinflussen kann.

Die Untersuchung der Ursachen und Folgen von Arbeitslosigkeit sollte, wenn möglich, detaillierte Parameter zum Bewältigungsverhalten und Variablen im Hinblick auf die realen Möglichkeiten einer Wiederbeschäftigung erfassen. Es konnte an anderer Stelle gezeigt werden, daß Bewältigungsstile und positive Illusionen sowohl zum allgemeinen Wohlbefinden

beitragen als auch Intentionen und konkretes Verhalten bei der Arbeitsplatzsuche beeinflussen (Lerner & Somers, 1992). Dieser Einfluß hängt jedoch auch von den tatsächlichen Qualifikationen und von der Dynamik des Krisengeschehens ab. Einer unserer eigenen Befunde verweist beispielsweise auf die Möglichkeit, daß eine mäßige Dosis an "unrealistischem" Optimismus durchaus funktional gewesen sein kann, wenn es um die Motivation und das Verhalten bei der Suche nach einer neuen Beschäftigung ging. In unseren Analysen war es jedoch nicht möglich, zugleich weitere differenzierende Faktoren zu betrachten wie beispielsweise Geschlechtszugehörigkeit, Wohnbedingungen, Persönlichkeitseigenschaften oder Bewältigungsstile, da die Zellfrequenzen dies nicht zuließen. Hierzu werden zukünftig separate Analysen notwendig sein.

Unter Berücksichtigung einiger Einschränkungen gehören die vorgestellten Befunde zu den wenigen, die auf longitudinale Effekte von Langzeitarbeitslosigkeit und auf günstige, belastungsdämpfende Effekte sozialer Unterstützung auf die Gesundheit in einer Umbruchsituation hinweisen. Mittlerweile stellt sich die Situation jedoch nicht nur für die Übersiedler problematisch dar, sondern auch für jene, die sich aus privaten, politischen oder ökonomischen Gründen entschieden, in der ehemaligen DDR zu bleiben und dann arbeitslos geworden sind (vgl. Kieselbach & Voigt, 1992). Da wir erst Anfang 1990 damit begonnen haben, auch hier die Entwicklung aus der Perspektive der Bewältigungsforschung nachzuzeichnen,

steht noch aus, ob sich die befürchteten psychosozialen Folgen eingestellt haben. Welche Ressourcenfaktoren einen günstigen Einfluß auf die Auseinandersetzung mit kumulativem Streß hatten, wird sich bald ermitteln lassen. Unsere Daten derjenigen, die es vorgezogen haben, in Ostdeutschland zu bleiben, harren noch der Analyse.

### Literatur

- Bonner, R. L. & Rich, A. (1988). Negative life stress, social problem-solving self-appraisal, and hopelessness: Implications for suicide research. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 549-556.
- Brähler, E. & Scheer, J. (1983). *Gießener Beschwerdebogen (GGB)*. Bern: Huber.
- Cohen, L. H. (Ed.). (1988). *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 109-124). Washington, DC: Hemisphere.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Dooley, C.D. & Catalano, R.A. (1988). Recent research on the psychological effects of unemployment. *Journal of Social Issues*, 44 (4), 1-12.
- Feather, N.T. (1990). *The psychological impact of unemployment*. New York: Springer.
- Filipp, S.-H., Aymanns, P. & Braukmann, W. (1986). Coping with life events: When the self comes into play. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation* (pp. 87-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Frese, M. & Mohr, G. (1987). Prolonged unemployment and depression in older workers: A longitudinal study of
- Ursachen und Folgen von Arbeitslosigkeit intervening variables. *Social Science Medicine*, 25 (2), 173-178.
- Fuchs, R. & Hahn, A. (1992). Physical exercise and anxiety as moderators of the stress-illness relationship. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 5 (2), 139-149.
- Häfner, A. (1990). Arbeitslosigkeit - Ursache von Krankheit und Sterberisiken? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 1-17.
- Henderson, A. S. (1992). Social support and depression. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 85-92). Washington, DC: Hemisphere.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Washington, DC: Hemisphere.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.
- Hobfoll, S. E., Lilly, R. S. & Jackson, A. P. (1992). Conservation and social resources and the self. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 125-141). Washington, DC: Hemisphere.
- Iversen, L. & Sabroe, S. (1993). Arbeitslosigkeit, soziales Netzwerk, psychische und psychosomatische Symptome. In T. Kieselbach (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Neuere Ergebnisse der europäischen Arbeitslosenforschung* (Reihe 'Psychologie sozialer Ungleichheit' Band 7). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1989). Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping: A longitudinal study with German and Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10 (7), 785-792.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.
- Jöreskog, K. & Sörbom, D. (1988). *LISREL VII: A guide to the program and applications*. Mooresville, IN: Scientific Software.

- Johnson, J. H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Kelvin, P. & Jarrett, J.E. (1985). *Unemployment: Its social psychological effects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kieselbach, T. (1992). Massenarbeitslosigkeit und Gesundheit in der Ex-DDR: Soziale Konstruktion und individuelle Bewältigung. In T. Kieselbach & P. Voigt (Hrsg.), *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR* (S. 43-72). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Kieselbach, T. & Klink, F. (Hrsg.). (1991). *Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit: Werden Langzeitarbeitslose vergessen?* Bremen: Angestelltenkammer Bremen.
- Kieselbach, T. & Voigt, P. (Hrsg.). (1992). *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Kieselbach, T., Lödige-Röhrs, L. & Lünser, A. (1993). Die Kinder von Arbeitslosen - 'Opfer-durch-Nähe' in der Arbeitslosigkeit - Ergebnisse der psychologischen Arbeitslosenforschung zu den Auswirkungen auf die Familie. In T. Kieselbach (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Neuere Ergebnisse der europäischen Arbeitslosenforschung (Reihe 'Psychologie sozialer Ungleichheit' Band 7)*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Laireiter, A. & Baumann, U. (1992). Network structures and support functions: Theoretical and empirical analyses. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 33-55). Washington, DC: Hemisphere.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lerner, M. J. & Somers, D. G. (1992). Employees' reactions to an anticipated plant closure: The influence of positive illusions. In L. Montada, S.H. Filipp & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 229-253). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Millar, K. U., Tesser, A. & Millar, M. G. (1988). The effects of a threatening life event on behavior sequences and intrusive thought: A self-disruption explanation. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 441-457.
- Monroe, S. M. & Johnson, S. L. (1992). Social support, depression, and other mental disorders: In retrospect and toward future prospects. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 93-105). Washington, DC: Hemisphere.
- Montada, L., Filipp, S.-H. & Lerner, M. J. (Eds.). (1992). *Life crises and experiences of loss in adulthood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mortimer, J.T. (1991). Employment. In R.M. Lerner, A.C. Peterson, & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 311-318). New York: Garland Publishing.
- Olinger, L. J., Kuiper, N. A. & Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 25-40.
- 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.
- Schwarzer, R. (Ed.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R., Dunkel-Schetter, C., Weiner, B. & Woo, G. (1992). Expectancies as mediators of the relationship between recipient characteristics and the intent to provide social support. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 65-87). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992a). Social support and mental health: A conceptual and empirical overview. In L. Montada, S.H. Filipp & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and experi-*

- ences of loss in adulthood* (pp. 435-458). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992b). Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 65-83). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. & Weiner, B. (1991). Stigma controllability and coping as predictors of emotions and social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 133-140.
- Schwefel, D., Svensson, P.G. & Zöllner, H. (Eds.). (1987). *Unemployment, social vulnerability, and health in Europe*. Berlin: Springer.
- Thoits, P. A. (1992). Social support functions and network structures: A supplemental view. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 57-62). Washington, DC: Hemisphere.
- Veiel, H. O. F. (1992). Some cautionary notes on buffer effects. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 273-289). Washington, DC: Hemisphere.
- Veiel, H. O. F. & Baumann, U. (1992). The many meanings of social support. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 1-9). Washington, DC: Hemisphere.
- Vossel, G. (1987). Stress conceptions in life event research: Towards a person-centered perspective. *European Journal of Personality*, 1, 123-140.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Clarendon.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C. S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2, 163-184.