

Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung:

Die Berliner Social Support Skalen (BSSS)

Social Support in Coping with Illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS)

Ralf Schwarzer & Ute Schulz

Freie Universität Berlin

Kolumnentitel: Social Support

Anschrift des Erstautors:

Prof. Dr. Ralf Schwarzer
Gesundheitspsychologie
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
Fax: +49/30/838-55634
e-Mail: health@zedat.fu-berlin.de

Zusammenfassung

Die Berliner Social Support Skalen (BSSS; Schwarzer & Schulz, 2000) unterscheiden sich von anderen Fragebogenverfahren zur sozialen Unterstützung durch ihren mehrdimensionalen Ansatz: Sowohl kognitive als auch behaviorale Aspekte sozialer Unterstützung können mit den insgesamt 6 Skalen erhoben werden. Die vorliegende Untersuchung beruht auf einer Stichprobe von 457 Krebspatienten, die mehrmals vor und nach einer Operation befragt wurden. In dieser Studie erwiesen sich die Skalen als psychometrisch befriedigend. Zahlreiche Hinweise auf die Validität konnten ermittelt werden. Unter anderem war es möglich, auch die erhaltene Patientenunterstützung durch die Unterstützung seitens des Partners vorherzusagen. Das beschriebene Inventar steht unter <http://www.coping.de> zur Verfügung.

Schlüsselwörter: Bewältigung, soziale Unterstützung, Krebs, Operation

Abstract

The multidimensional approach of measuring social support is a unique feature that distinguishes the Berlin Social Support Scales (BSSS; Schwarzer & Schulz, 2000) from other questionnaires: The inventory comprises 6 measures of cognitive as well as behavioral aspects of social support. For the present study, a sample of 457 cancer patients was observed several times before and after tumor-related surgery. In this study, the psychometric properties of the inventory were satisfactory. Further, evidence for the scales' validity will be provided. For example, patients' received social support was predicted by partners' provision of social support. The complete inventory is available at: <http://www.coping.de>

Keywords: coping, social support, cancer, surgery

Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS)

Konstruktdifferenzierung

Soziale Unterstützung (Social Support) hat sich als ein bedeutsamer Faktor im Zusammenhang von Stress und Krankheitsbewältigung erwiesen (Klauer & Schwarzer, 2001; Schwarzer, Knoll & Rieckmann, im Druck; Wills & Fegan, 2001). Die Erforschung der Bedeutung von sozialer Unterstützung leidet unter anderem daran, dass die Konstrukte nicht immer einheitlich definiert sind, was sich auch in den Messvorschriften widerspiegelt. Es gibt unzählige Instrumente, die vorgeben, soziale Unterstützung zu messen (für einen Überblick: Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Laireiter & Baumann, 1992; Vaux, 1992). Oft sind dies leider Skalen, die sich auf nur eine einzige Komponente beschränken. Der vorliegende Artikel versteht sich als ein weiterführender Vorschlag, nicht nur eine multidimensionale Erfassung von sozialer Unterstützung zu leisten, sondern damit zugleich auch zum besseren Verständnis der zugrundeliegenden Konstruktdifferenzierung beizutragen.

Üblich ist die Unterscheidung zwischen sozialer Integration als dem quantitativ-strukturellen Aspekt und der sozialen Unterstützung als dem qualitativ-funktionalen Aspekt. Nur der letztere ist hier von Interesse. Weiter wird unterschieden zwischen wahrgenommener (oder erwarteter) Unterstützung (perceived available social support) und erhaltener Unterstützung (actually received social support). In beiden Fällen verwendet man Skalen zur subjektiven Perzeption, da es ja nicht um die objektiven

Verhältnisse geht, sondern um die Interpretation aus der Sicht von Betroffenen.

Weitergehende Differenzierungen richten sich auf die Art der hilfreichen Interaktion, indem beide Konstrukte noch einmal unterteilt werden in emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung.

Neben der wahrgenommenen und der erhaltenen Unterstützung gibt es noch einige verwandte Konstrukte, die in diesem Zusammenhang sehr wichtig sind, auch wenn sie nicht immer als integrale Bestandteile von sozialer Unterstützung aufgefasst werden. Es sind dies vor allem das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (need for support), die Suche nach sozialer Unterstützung (mobilization of support) sowie das protektive Abpuffern (protective buffering). Diese insgesamt fünf Dimensionen von Unterstützung sollen mit dem hier vorgestellten Instrumentarium erfasst werden. Eine sechste Dimension, das Angebot sozialer Unterstützung bzw. die tatsächlich geleistete Unterstützung (actually provided social support) durch den Angehörigen, soll an dieser Stelle nicht näher behandelt werden. Es handelt sich dabei um eine inhaltsparallel zur erhaltenen Unterstützung entwickelte Skala, die immer dann von Bedeutung ist, wenn in einem Forschungskontext auch Daten von Bezugspersonen erhoben werden sollen.

Untersuchungskontext

Am Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie der Freien Universität Berlin wurde in Zusammenarbeit mit vier Berliner Tumorzentren ein Forschungsprojekt zur Lebensqualität nach Tumoroperationen initiiert. Eine der Studien in diesem Projekt widmete sich dabei der Beziehung von Krebspatienten zu ihren nächsten Angehörigen im Anpassungsprozess

an die Erkrankung. Bei dieser Stichprobe handelt es sich vorwiegend um Patienten mit gastrointestinalen Krebserkrankungen. Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Dynamik von Unterstützungsleistung und Unterstützungserhalt in bezug auf die Bewältigung eines stressreichen Lebensereignisses. Um Aussagen über diese Dynamik machen zu können, wurden Skalen entwickelt, die sowohl den Erhalt von Unterstützung auf Seiten des Patienten als auch die vom Angehörigen geleistete Unterstützung in Beziehung setzen können.

Die Patienten wurden von trainierten Interviewern auf chirurgischen Stationen der Krankenhäuser aufgesucht und mittels eines Fragebogens zu verschiedenen Aspekten des Umgangs mit der Krankheit und der unmittelbar bevorstehenden Operation befragt. Des weiteren wurden sie gebeten, einen separaten Fragebogen an ihren nächsten Angehörigen weiterzugeben. In fast 80% aller Fälle war dies der Lebenspartner. Nicht alle Patienten stimmten dieser Partnerbefragung zu, da sie meist eine weitere Belastung des Partners befürchteten (s. u.). Alle vorgestellten Befunde zu den Partnerdaten beziehen sich, soweit nicht anders ausdrücklich durch den Begriff Angehörige gekennzeichnet, nur auf die Lebenspartner der Patienten.

Die Patienten wurden zu vier Messzeitpunkten befragt: ein bis drei Tage vor der Operation, eine Woche danach sowie einen Monat und ein halbes Jahr danach. Die Partner erhielten vor der Operation des Patienten und einen Monat danach einen Fragebogen. Die ersten zwei Befragungen fanden im Krankenhaus statt, während für den dritten und vierten Messzeitpunkt die Fragebogen mit adressierten und frankierten Rückumschlägen den Studienteilnehmern postalisch zugestellt wurden.

Personenstichprobe

Zum ersten Messzeitpunkt haben 457 Patienten im Alter zwischen 19 und 89 Jahren teilgenommen, davon 278 Männer im Alter von durchschnittlich 62,3 Jahren ($SD=11$ Jahre; Spannweite: 22-89 Jahre) und 179 Frauen im Alter von durchschnittlich 61,5 Jahren ($SD= 13.2$; Spannweite: 19-87 Jahre). Die häufigste Tumorlokalisation waren Rectum (27%), Darm (24%), Magen (13%), Leber oder Gallenblase (9%) sowie Bauchspeicheldrüse (8%).

Die psychometrischen Berechnungen beziehen sich auf diese Datenbasis, da zu späteren Messzeitpunkten einige Skalen nicht mehr eingesetzt worden sind. Dagegen beruhen die Berechnungen zur Validität teilweise auf kleineren Datensätzen zu den nachfolgenden Erhebungszeitpunkten.

Des weiteren werden Daten der Partnerstichprobe herangezogen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt kurz vor der Operation konnten wir insgesamt 170 Angehörige der Patienten für die Studie gewinnen. Die Partnergruppe setzt sich aus 52 männlichen Partnern mit einem Durchschnittsalter von 59,4 Jahren ($SD=11.4$; Spannweite: 31-83 Jahre) und mehr als doppelt so vielen weiblichen Angehörigen zusammen. Die 118 Frauen waren nur unwesentlich jünger ($M=59$ Jahre; $SD=10.5$; Spannweite: 25-81). Einen Monat später nahmen 168 Partner an der Untersuchung teil. Auch hier übertrifft der Anteil der pflegenden Frauen ($N=103$; Alter $M=59,7$ Jahre; $SD=11.5$) den der männlichen Angehörigen ($N=65$; Alter $M=61,7$ Jahre; $SD=9.9$). Die Partner(innen) sind

erwartungsgemäß mit durchschnittlich 60,5 Jahren ($SD=10.9$; Spannweite 26-83 Jahre) etwas jünger als die Patienten.

Das Untersuchungsinstrument BSSS

Ausgehend von früheren Überlegungen (Leppin & Schwarzer, 1997; Schwarzer & Leppin, 1991) zur mehrdimensionalen Erfassung sozialer Unterstützung, haben wir die Berliner Social Support Skalen (BSSS) entwickelt (Schwarzer & Schulz, 2000). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die fünf Dimensionen des BSSS. Das vierstufige Antwortformat reicht von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“. Das komplette Instrumentarium ist unter der Adresse <http://www.coping.de> erhältlich.

Tabelle 1

Die fünf Dimensionen sozialer Unterstützung aus der Perspektive von Patienten

Skala	Itemzahl	Beispiele	Cronbach's alpha
Wahrgenommene soziale Unterstützung	8	Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.	.85
Erhaltene soziale Unterstützung	11	Diese Bezugsperson hat mir das Gefühl gegeben, wertvoll und wichtig zu sein.	.83
Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	4	Wenn ich niedergeschlagen bin, dann brauche ich jemanden, der mich wieder aufbaut.	.63
Suche nach sozialer Unterstützung	4	Wenn es kritisch wird, hole ich mir gerne Rat von anderen.	.81
Protektives Abpuffern	6	Ich habe mir nicht anmerken lassen, wie verstimmt und niedergeschlagen ich war.	.82

Die wahrgenommene soziale Unterstützung (perceived available social support) wurde mit einer 8-Item-Skala gemessen, die sehr allgemein und zeitunabhängig konzipiert wurde. Sie bezieht sich auf das vom Patienten wahrgenommene Unterstützungspotential des sozialen Netzwerkes. Manche Autoren wie beispielsweise Sarason und Kollegen (Sarason, Sarason, & Pierce, 1992) fassen dieses Konstrukt als eine Persönlichkeitseigenschaft auf, die das Verhalten beeinflusst. Sie zeigten des weiteren eine Verbindung dieses Konstrukts mit dem Selbstkonzept auf und argumentieren, dass diese Komponente von Social Support ein Ergebnis der Bindungsstärke im Kindesalter darstellt.

Im Unterschied dazu ist die erhaltene soziale Unterstützung (actually received social support), die mit 11 Items erfasst wird, explizit als ein retrospektives Konstrukt mit großer Situationsnähe konzipiert. Wir geben den Patienten die Instruktion vor, sich an das Verhalten ihrer engsten Bezugsperson in der letzten Woche zu erinnern. Diese starke Abgrenzung der beiden Konstrukte ist erwünscht und schlägt sich dementsprechend auch in der diskriminanten Validität nieder. Inhaltsparallele Items erfassen auf Seiten des Partners die im vorgegebenen Zeitraum tatsächlich geleistete soziale Unterstützung (actually provided social support).

Das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (need for support) wird mit einer 4-Item-Skala erhoben. Dieses Konzept erscheint nützlich, weil es hier offenbar erhebliche interindividuelle Unterschiede gibt. Dabei beeinflussen nicht nur Situationscharakteristika das Bedürfnis nach Unterstützung in unterschiedlicher Weise, sondern auch situationsübergreifende persönliche Präferenzen. Die in den BSSS verwendete Operationalisierung des Konstrukts dient der Erfassung des letzteren Aspekts. Wer lieber

allein eine Krise bewältigen will, wird auch nicht nach Unterstützung suchen, und kann so vielleicht sein Autonomiegefühl stärken.

In der Literatur zur sozialen Unterstützung wird darauf hingewiesen, dass jedem Hilfsangebot eine – manchmal sublimale – Form von Unterstützungsmobilisierung vorausgeht (Eckenrode, 1983; Klauer & Schwarzer, 2001). Die Suche nach sozialer Unterstützung (mobilization of social support) gehört strenggenommen in die Kategorie Bewältigung (Coping), denn es handelt sich hier um ein aktives Bemühen, das soziale Netz mit dem Ziel der Stressbewältigung zu mobilisieren. Mit einer 4-Item-Skala wird dies erfasst. Die Aktivierung sozialer Netzwerke zur Unterstützungsleistung kann auf unterschiedliche Art erfolgen, sei es durch direkte verbale Aufforderungen oder aber indirektes nonverbales Verhalten, das eine Bedürftigkeit des Hilfesuchenden signalisiert (z. B. Schwarzer & Weiner, 1991). Analog zum Bedürfnis nach Unterstützung werden auch die Mobilisierungsbemühungen situationsunspezifisch erfragt.

Die fünfte Skala trägt den Namen protektives Abpuffern (protective buffering). Diese Skala wurde in Anlehnung an die Definition der beziehungsbezogenen Bewältigung von Coyne und Smith (1991) konzipiert. Sie ermittelt Verhaltensweisen wie das Zurückhalten von Kritik oder das Zeigen von Stärke in Gegenwart des anderen, die dazu dienen, den Partner nicht zu beunruhigen. Protektives Abpuffern kann als eine Form indirekter sozialer Unterstützung interpretiert werden, indem jeder versucht, den anderen vor zusätzlichen Belastungen zu schützen. Gleichsam könnte es eine Schutzfunktion vor der Erschöpfung der Unterstützungsquelle erfüllen. Das gilt insbesondere im hohen Alter vor dem Hintergrund reduzierter sozialer Ressourcen und erhöhter Beanspruchung des Partners.

Ein einzelnes Item erfasst im Zusammenhang mit der tatsächlich erhaltenen Unterstützung die Zufriedenheit mit dem Hilfsangebot der engsten Bezugsperson.

Neben der sozialen Unterstützung wurden auch Indikatoren der sozialen Integration wie Familienstand und Anzahl wichtiger Netzwerkpartner erhoben. Zwei weitere Fragen, die sowohl den Patienten als auch den Partnern gestellt wurden, erfassten die subjektive Belastung der Beziehung bzw. deren Stärkung als Folge der Erkrankung des Patienten.

Faktorenstruktur und Interkorrelation der Dimensionen

Die 34 Items wurden einer konfirmativen Faktorenanalyse unterzogen, um zu prüfen, ob sich die theoretisch konzipierten fünf Dimensionen empirisch bestätigen lassen. Dazu wurde das Programm AMOS 4 (Arbuckle & Wothke, 1999) verwendet. Es wurden 11 Indikatoren für erhaltene Unterstützung, 8 für wahrgenommene Unterstützung, 4 für Bedürfnis, 5 für Suche und 6 für Abpuffern spezifiziert. Die Parameterschätzung erfolgte nach der Maximum Likelihood Methode, wobei fehlende Werte nach dem FIML-Verfahren bestimmt worden sind ($N=457$). Das Modell fittete die Daten mit $Chi^2=1470$, $df=517$, $p < .001$, Normed fit index $NFI=.97$, Tucker-Lewis-Index $TL=.98$ und $RMSEA=.06$. Die Interkorrelation der Faktoren sind in Tabelle 2 wiedergeben. Die Tabelle enthält unterhalb der Diagonale die von AMOS geschätzten Zusammenhänge zwischen den fünf latenten Dimensionen, während – zur Kontrolle – oberhalb der Diagonalen die von SPSS berechneten Korrelationen zwischen den entsprechenden manifesten Variablen (Summenwerten) zu finden sind.

Die Dimensionen Suche nach Unterstützung und Bedürfnis nach Unterstützung diskriminieren hier nicht gut ($r=.91$ auf latenter bzw. $r=.66$ auf manifester Ebene). Der Zusammenhang sollte zwar sehr eng sein, denn nur wer Unterstützung braucht, wird sie suchen. Aber möglicherweise muss hier die Operationalisierung verbessert werden, sofern in weiteren Personenstichproben und Forschungskontexten ähnlich hohe Zusammenhänge resultieren.

Tabelle 2

Unterhalb der Diagonalen die Zusammenhänge zwischen den fünf latenten Dimensionen ($N=457$ nach Full Information Maximum Likelihood Schätzung) sowie zur Kontrolle oberhalb der Diagonalen die Korrelationen zwischen den entsprechenden manifesten Variablen (N von 415 bis 434)

	Wahrgenommen	Erhalten	Bedürfnis	Suche	Abpuffern
Wahrgenommen	1.00	.53	.43	.56	-.03
Erhalten	.66	1.00	.30	.36	.00
Bedürfnis	.56	.37	1.00	.66	-.16
Suche	.59	.35	.91	1.00	-.14
Abpuffern	-.02	-.01	-.15	-.15	1.00

Das protektive Abpuffern erweist sich als nicht oder negativ korreliert mit den vier anderen Dimensionen. Das steht im Einklang mit der Theorie, denn der Verzicht auf die

Kommunikation eigenen Leidens hat zum Ziel, sein Netzwerk zu schützen. Die Verschllossenheit (lack of self-disclosure) verhindert geradezu soziale Unterstützung. Die übrigen Faktoren stehen in plausiblen mittelhohen Beziehungen zueinander (siehe Tabelle 2).

Psychometrische Eigenschaften der Berliner Social Support Skalen

Wahrgenommene Unterstützung

437 Patienten beantworteten die 8 Items, mit denen die wahrgenommene Unterstützung zum ersten Messzeitpunkt erhoben wurde. Für die interne Konsistenz der Skala wurde ein Cronbach's alpha =.83 ermittelt.

Tabelle 3

Itemcharakteristika der Skala Wahrgenommene Unterstützung

Item	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe
1	3.10	1.00	.40
2	3.81	.49	.64
3	3.58	.73	.70
4	3.63	.64	.58
5	3.87	.37	.57
6	3.50	.75	.55
7	3.63	.71	.62
8	3.45	.78	.62

Erhaltene Unterstützung

Auskunft zur tatsächlich vom Partner erhaltenen Unterstützung gaben 420 Patienten. Auch diese Skala erwies sich mit Cronbach's alpha = .83 als hinreichend konsistent. Man könnte diese Dimension sparsamer mit weniger Items erfassen, aber wegen der manchmal erwünschten Differenzierung nach emotionaler, instrumenteller und informationeller Unterstützung (und somit wegen der Inhaltsvalidität) wird dies hier nicht empfohlen (siehe unten).

Tabelle 4

Itemcharakteristika der Skala Erhaltene Unterstützung

Item	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe
1	3.88	.35	.56
2	3.64	.75	.55
3	3.53	.90	.48
4	3.38	.89	.55
5	2.68	1.15	.41
6	3.91	.35	.59
7	3.67	.70	.63
8	3.82	.51	.65
9	3.75	.59	.49
10	3.89	.38	.60
11	3.68	.69	.59

Bedürfnis nach sozialer Unterstützung

Das Bedürfnis, soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, wurde nur vor der Operation untersucht. Vier Items, eines davon negativ formuliert und für die Bildung des

Skalenmittelwertes umgepolt, bilden die Skala, die sich mit einem Cronbach's alpha = .63 als noch ausreichend konsistent herausstellte.

Tabelle 5

Itemcharakteristika der Skala Bedürfnis nach Unterstützung

Item	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe
1	2.65	1.08	.54
2	2.45	1.11	.45
3	2.77	1.06	.26
4	2.87	1.04	.39

Suche nach sozialer Unterstützung (Mobilisierung)

Das aktive Bemühen des Patienten, Unterstützung aus seinem sozialen Netzwerk zu mobilisieren, wurde zum ersten Messzeitpunkt bei 435 Patienten erfasst. Die interne Konsistenz dieser 5-Item-Skala ist mit einem Cronbach's alpha = .81 zufriedenstellend.

Tabelle 6

Itemcharakteristika der Skala Suche nach Unterstützung (Mobilisierung)

Item	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe
1	3.11	.95	.55
2	2.77	1.09	.67
3	2.78	1.03	.72
4	3.02	.98	.59
5	2.29	1.03	.49

Protektivs Abpuffern

Zum protektiven Verhalten gegenüber der engsten Bezugsperson machten 421 Patienten Angaben. Cronbach's alpha liegt bei dieser 6-Item-Skala bei .81 und weist damit eine befriedigende interne Konsistenz aus.

Tabelle 7

Itemcharakteristika der Skala Protektivs Abpuffern

Item	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe
1	1.93	1.13	.55
2	2.43	1.17	.57
3	3.04	1.01	.52
4	2.67	1.07	.62
5	2.58	1.19	.55
6	2.46	1.21	.66

Wie bei Skalen zur sozialen Unterstützung kaum anders zu erwarten, zeigen sich auch in unserer Studie schiefe Verteilungen der Skalenmittelwerte (vgl. Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999). Sie weisen auf eine überwiegend sehr positive Unterstützungseinschätzung hin. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Skalenmittelwerte aller betrachteten Dimensionen.

Tabelle 8

Skalencharakteristika

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Schiefe	Exzess	<i>N</i>
Wahrgenommene soziale Unterstützung	3.57	.48	-1.46	1.96	437
Erhaltene soziale Unterstützung	3.62	.43	-1.90	4.65	420
Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	2.68	.74	-.21	-.52	433
Suche nach sozialer Unterstützung	2.79	.77	-.29	-.69	435
Protektives Abpuffern	2.52	.82	-.04	-.84	421

Anmerkungen. *M*=Mittelwert (möglicher Wertebereich 1-4); *SD*=Standardabweichung;

N=Stichprobengröße.

Weitergehende inhaltliche Differenzierungen

Es wird manchmal empfohlen, neben den bereits beschriebenen Unterscheidungen darüber hinaus auch zwischen emotionaler, instrumenteller und informationeller Unterstützung zu differenzieren. Von den 8 Items zur wahrgenommenen Unterstützung wurden je vier für die beiden erstgenannten konstruiert. Die psychometrische Analyse der wahrgenommenen emotionalen Unterstützung ergab Cronbach's alpha = .73, die der instrumentellen Cronbach's alpha = .69.

Aus den 11 Items zur erhaltenen Unterstützung, die im vorangehenden Abschnitt als Gesamtskala vorgestellt wurde, können weitere Differenzierungen in jeweils eine Skala zur erhaltenen emotionalen, instrumentellen und informationellen Unterstützung abgeleitet werden. Die Itemanzahl variiert zwischen 2 und 6 Items. Die psychometrische Analyse der erhaltenen emotionalen Unterstützung ($k=6$ Items) ergab ein Cronbach's alpha = .82, die der instrumentellen ($k=3$ Items) Cronbach's alpha = .66 und die der informationellen ($k=2$ Items) alpha = .57. Die erhaltene Unterstützung wurde auch zu den folgenden Messzeitpunkten erhoben. Die internen Konsistenzen sowohl der Gesamtskala als auch der daraus abgeleiteten Einzelskalen blieben konstant zufriedenstellend hoch.

Validität I: Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen

Wichtigste Bezugsperson

Zunächst wurde ermittelt, inwieweit wahrgenommene und erhaltene Unterstützung auf verschiedene Quellen bezogen waren, indem die vier wichtigsten Bezugspersonen (Partner, Kind, Freund, Professionelle) miteinander verglichen wurden. Von 282 Patienten gab es eine eindeutige Entscheidung für eine dieser Bezugspersonen („Wer ist für Sie im Moment die wichtigste Bezugsperson?“). Davon wurden 203mal der/die Partner(in), 44mal ein eigenes Kind, 21mal ein(e) Freund(in) und 14mal Professionelle (Ärzte, Pflegepersonal) genannt. Der subjektive Grad an wahrgenommener und erhaltener Unterstützung folgte der Rangordnung dieser vier Quellen, wie Abbildung 1 zeigt. Die Mittelwerte in wahrgenommener Unterstützung waren signifikant verschieden voneinander ($F(3, 276) = 11.88; p < .001$), und für erhaltene Unterstützung genauso ($F(3, 266) = 8.99; p < .001$).

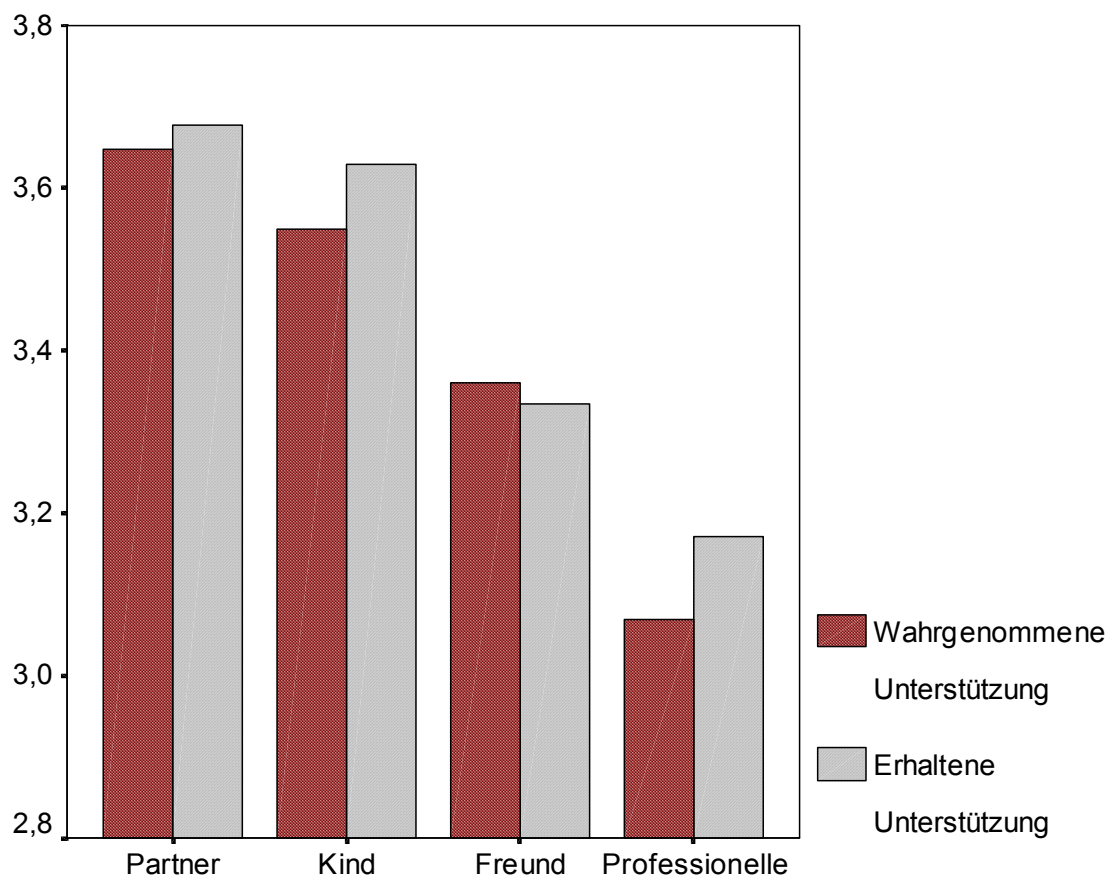


Abbildung 1. Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung zum ersten Messzeitpunkt vor der Operation im Vergleich unterschiedlicher Bezugspersonen.

Familienstand und Kinder

Patienten, die angaben, verheiratet zu sein oder in einer festen Partnerschaft zu leben, nahmen nicht nur mehr Unterstützung wahr ($F(1,426)=10.91; p<.001$), sondern erhielten auch mehr Unterstützung von den Angehörigen ($F(1,410)=4.21; p<.05$). Ebenso berichteten diejenigen, die Kinder haben, mehr wahrgenommene ($F(1,421)=8.47; p<.05$) und erhaltene Unterstützung ($F(1,405)=8.55; p<.05$) als Personen ohne Kinder (vgl. Abbildungen 2 und 3).

Ebenso finden wir ein signifikant größeres Bedürfnis nach sozialer Unterstützung bei den Patienten mit einem Partner und denen mit Kindern.

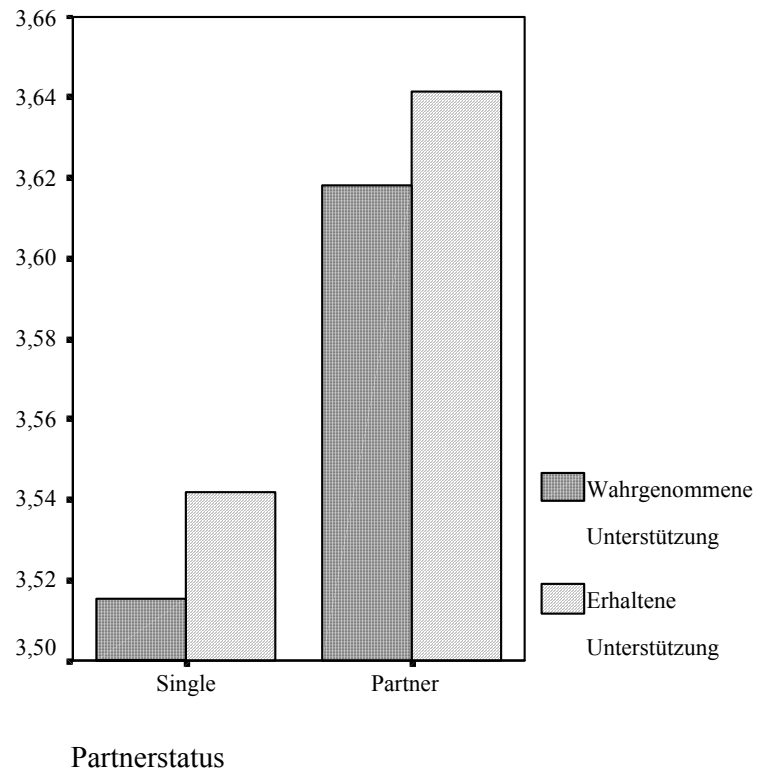


Abbildung 2. Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung zum ersten Messzeitpunkt vor der Operation: Vergleich von Patienten ohne und mit Partner.

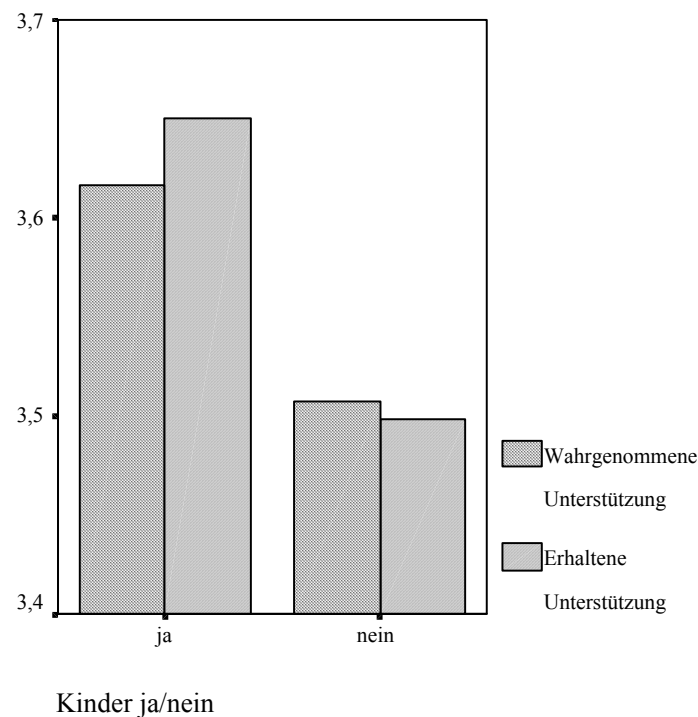


Abbildung 3. Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung zum ersten Messzeitpunkt vor der Operation: Vergleich von Patienten ohne und mit Kindern.

Bewältigungsstrategien

Im Zusammenhang mit diesem Forschungsvorhaben wurden auch Instrumente zur Erfassung von Coping zum Einsatz gebracht, darunter auch der Brief Cope (Carver, 1997, 1999). Die Copingstrategie, Unterstützung aus dem Netzwerk zu mobilisieren, wurde mit zwei Items „Aktive Informationssuche“ und „Emotionale Unterstützung suchen“ erfasst. Diese situationspezifisch erhobenen Verhaltensmerkmale korrelierten signifikant mit der Suche nach Unterstützung (Mobilisierung), und zwar aktive Informationssuche mit $r=.28$, und „emotionale Unterstützung suchen“ zu $r=.55$ (jeweils zum ersten Messzeitpunkt).

Soziale Beziehungsvariablen

Um weitere Informationen zur Validität der BSSS vorlegen zu können, analysierten wir den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen und der erhaltenen Unterstützung mit den Beziehungsvariablen, die nach der Stärkung bzw. Belastung der Beziehung zum Angehörigen durch die Krankheit fragen. Über alle Messzeitpunkte hinweg finden wir überwiegend hochsignifikante Korrelationen für die erhaltene Unterstützung und die Beziehungsstärkung („Durch meine Krankheit wird unsere Beziehung gestärkt.“, $r=.16$ bis $.65$). Die Frage nach der Belastung der Beziehung durch die Krankheit steht durchweg negativ mit der erhaltenen Unterstützung im Zusammenhang, auch wenn nicht alle Korrelationen das Signifikanzniveau erreichen ($r= -.02$ bis $-.35$).

Für die wahrgenommene Unterstützung ergeben sich moderate Korrelationen zwischen $r=.19$ bis $.32$ für die Beziehungsstärkung bzw. $r= -.01$ bis $-.19$ hinsichtlich der Beziehungsbelastung.

Mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung zum vierten Messzeitpunkt ein halbes Jahr nach der Operation korrelieren sowohl die wahrgenommene als auch die erhaltene Unterstützung signifikant positiv mit der Zufriedenheit, die der Patient in Hinblick auf das Unterstützungsangebot der engsten Bezugsperson äußert.

Validität II: Zusammenhänge mit Partnermerkmalen

Wie eingangs erwähnt, haben nicht alle Patienten einer Befragung ihrer engsten Bezugsperson zugestimmt. Um zu überprüfen, ob diese Haltung bereits ein Hinweis auf Unterschiede hinsichtlich der Unterstützung darstellt, haben wir die Stichprobe in zwei

Gruppen aufgeteilt: in einer Gruppe sind Patienten, deren Angehörige zum ersten Messzeitpunkt an der Befragung teilgenommen haben, und die zweite Gruppe wird gebildet aus den Patienten, deren Angehörige nicht befragt wurden.

Zunächst lassen sich die beiden Patientengruppen nicht hinsichtlich ihres Alters, Geschlechts oder Familienstands unterscheiden. Bezüglich der sozialen Unterstützung ergab sich jedoch, dass Patienten, deren Angehörige teilgenommen haben, mehr Unterstützung wahrnehmen ($F(1,473)=7,71; p<.01$). Für die erhaltene Unterstützung ließ sich dieser Unterschied nicht ermitteln. Weitere Untersuchungen ergaben außerdem ein signifikant höheres Bedürfnis nach Unterstützung sowie verstärkte Suche nach Unterstützung bei denen, deren Angehörige einen Fragebogen ausfüllten. Gleichzeitig zeigen diese Patienten auch weniger protektives Buffering gegenüber ihren Bezugspersonen. Dieser Befund ist jedoch nicht signifikant.

Ein ähnliches, sogar pointiertes Bild zeigt die gleiche Analyse, wenn wir verheiratete bzw. in Beziehung lebende Personen, deren Lebenspartner an der Befragung zum ersten Messzeitpunkt teilgenommen hat, mit denen vergleichen, von deren Partnern uns keine Daten vorliegen. Wie schon zuvor finden wir keine Unterschiede hinsichtlich der erhaltenen Unterstützung. Bezüglich der wahrgenommenen Hilfe durch den Partner zeigt sich ein klarer Befund zugunsten der Patienten, deren Partner in die Studie einbezogen war. Gleiches gilt auch für das Bedürfnis ($F(1,391)=12.82; p<.001$) und die Suche nach Unterstützung ($F(1,393)=7.28; p<.01$), die bei dieser Gruppe besonders ausgeprägt waren. Protektives Abpuffern hingegen wurde eher von denjenigen Patienten praktiziert, deren

Partner keinen Fragebogen ausgefüllt hatten ($F(1,379)=4.55; p<.05$). Offenbar zeigt sich in der Nichtteilnahme der Partner bereits der Erfolg dieser Strategie.

Validität III: Vorhersage von Patientenmerkmalen durch Partnerunterstützung

Führt ein Mehr an Unterstützung zu einem besseren Umgang mit der Krankheit? Wir haben Bewältigungsstrategien getestet, von denen angenommen wird, dass sie in dem hier betrachteten Zeitraum von sechs Monaten nach der Operation mit erfolgreicher Anpassung und erhöhtem Wohlbefinden assoziiert sind (z. B. Aymanns & Filipp, 1995). Beispiele dafür sind Sinnsuche, Kampfgeist, Akkommodation und Abwärtsvergleich.

Ausschlaggebend ist hierbei, dass die Wirkung partnerschaftlicher Unterstützung zeitverzögert eintritt (vgl. Abbildung 4). Wir haben die Partnerunterstützung einen Monat nach der Operation erfasst und sie in Beziehung gesetzt zu den Bewältigungsstrategien der Patienten ein halbes Jahr danach.

Mit Kampfgeist ist die Tendenz gemeint, gegen die Krankheit anzugehen und nicht in Resignation zu verfallen (z. B. „Ich versuchte, das Beste daraus zu machen“, oder "Ich versuchte, gegen die Krankheit anzukämpfen“). Mit Sinnfindung ist gemeint, dass Patienten sich bemühen, ihr Schicksal zu deuten, dem Ereignis auch Positives abzugewinnen und ihm Sinn zu verleihen (z. B. „Ich habe mich auf die Dinge des Lebens konzentriert, die wirklich zählen“) (Taubert & Förster, 2000). Akkommodation beschreibt die Bemühungen des Patienten, die Krankheit zu akzeptieren und anzunehmen. Die Formulierungen legen eher eine positive Akzentuierung als eine resignative Haltung nahe

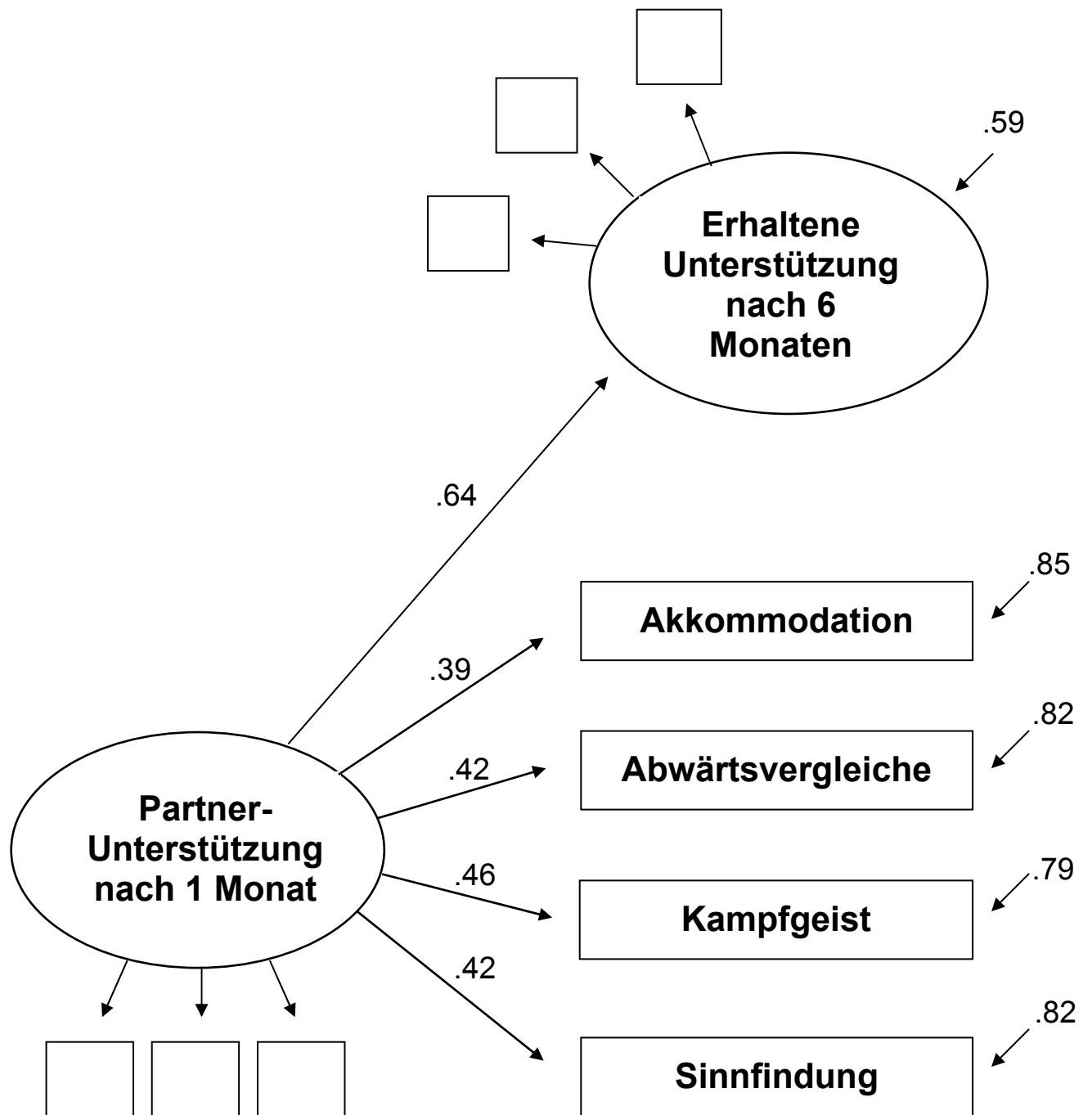


Abbildung 4. Unterstützung durch Partner einen Monat nach der Operation sagt

Bewältigungsstrategien von Tumorpatienten ein halbes Jahr nach der Operation voraus.

(„Ich habe gelernt, mit meiner Krankheit zu leben“). Sich mit anderen zu vergleichen, denen es noch schlechter geht, ist ebenfalls eine Strategie, mit der eigenen Situation besser fertig zu werden. Eine Beispielaussage für den Abwärtsvergleich ist „Ich dachte daran, dass es anderen Menschen noch schlechter geht als mir“.

Für diese Bewältigungsstrategien finden wir einen positiven Zusammenhang mit geleisteter emotionaler Unterstützung fünf Monate zuvor. Dieser Effekt bleibt auch dann bestehen, wenn andere Variablen wie die vom Patienten wahrgenommene und erhaltene Unterstützung kontrolliert werden. Emotionale Unterstützung des Partners spielt eine wichtige Rolle. Wenn die Partner berichten, den Patienten getröstet und ihm gezeigt zu haben, wie sehr sie ihn schätzen, sind die Patienten anscheinend eher in der Lage, ihre eigene Situation im Vergleich zu anderen positiv wahrzunehmen.

Diskussion

Der Beitrag sollte ein neues Instrument vorstellen und zugleich die Konstrukt differenzierung in der Erforschung der sozialen Unterstützung hervorheben. Auf der Grundlage einer großen Stichprobe von Tumoroperationspatienten konnte demonstriert werden, dass das Verfahren differenzierte Zugänge zu diesem Forschungsthema gestattet. Die postulierten fünf Dimensionen ließen sich mit Hilfe einer konfirmativen Faktorenanalyse beschreiben, und die psychometrischen Eigenschaften der Skalen erweisen sich als hinreichend. Darüber hinaus konnten eindrucksvolle erste Hinweise auf die Validität des Instruments gewonnen werden.

Ein generelles Problem bei der Erfassung von sozialer Unterstützung, unter dem auch diese Arbeit leidet, liegt in der Notwendigkeit der Kontextualisierung. Je nach Forschungskontext sollten andere Fragen gestellt werden. Die vorgestellten Daten beruhen allein auf Tumoroperationspatienten, und eine Generalisierung darüber hinaus muss zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch spekulativ bleiben. Wir vermuten, dass das Instrument generell bei der Erforschung der Krankheitsbewältigung oder auch der Stressbewältigung sinnvoll zum Einsatz gelangen könnte. Erste Hinweise darauf geben die Daten, die wir von den gesunden Partnern der Tumorpatienten ausgewertet haben. Auch sie sind von der Erkrankung betroffen, obgleich ihre Stressbelastung vor allem aus der Sorge um den Patienten und seine Pflege und die damit häufig verbundene Übernahme neuer Pflichten entsteht. Die Partner wurden ebenfalls mit Ausnahme der situationsspezifischen Skalen zur erhaltenen Unterstützung hinsichtlich aller anderen Aspekte sozialer Unterstützung befragt. Die guten psychometrischen Eigenschaften der Berliner Social Support Skalen, die hier nur für die Patientengruppe berichtet wurden, konnten mit den Partnerdaten repliziert werden. Dennoch sollte vor einer Verwendung der Skalen in einem anderen Kontext bedacht werden, dass die Zusammenhänge zwischen den Dimensionen unterschiedlich ausfallen können. Würde man das Instrument z. B. über einen längeren Zeitraum in Dyaden einsetzen, bei denen der Patient depressiv ist, so wäre mit einer Abnahme an Unterstützung zu rechnen, weil die Hilfemotivation gegenüber solchen Patienten nur schwer langfristig aufrechterhalten werden kann (caregiver burnout). Je nach Messzeitpunkt und Abstand zwischen erster und letzter Messung dürften Korrelationen und Mittelwerte variieren. Mit anderen Worten: Stabilität ist kein Qualitätsmerkmal für ein Instrument, welches Unterstützung messen soll. Kritische Lebensereignisse, Netzwerkveränderungen sowie Erfolge und Misserfolge bei der Stressbewältigung müssen unter anderem auch in den

subjektiven Interpretationen von Sozialbeziehungen zum Ausdruck gebracht werden können.

Eine weitere Schwierigkeit liegt in der zusätzlichen Differenzierung nach emotionaler, instrumenteller und informationeller Unterstützung. Es handelt sich hier manchmal nur um Nuancen in der sozialen Interaktion. Die Befragten nehmen oft eher eine Globaleinschätzung vor und können gar nicht differenzieren, welcher Aspekt dominanter war als der andere. Daher wird man sich bei vielen Forschungsfragen mit einem Gesamtwert begnügen. Dennoch mag es unter Umständen sinnvoll erscheinen, eine dieser Nuancen herauszugreifen, sofern sich damit engere Zusammenhänge zum Kriterium darstellen lassen. Das gilt bei der Krankheitsbewältigung vor allem für die emotionale Unterstützung. Man erwartet oft für diesen emotionalen Aspekt die größte Wirkung auf Wohlbefinden und Gesundheit. Das Emotionale besteht ja nicht nur aus tröstenden Worten und Umarmungen, sondern schließt auch die Selbstwertbestätigung mit ein (reassurance) und mag helfen, die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern (Bandura, 1997).

Des Weiteren verdient in diesem Zusammenhang die Zeitperspektive besondere Aufmerksamkeit. So fanden wir in unserer Patientengruppe eine Zunahme instrumenteller Unterstützung im Laufe eines halben Jahres. Dieser Befund ist nicht verwunderlich, da sich die Krebspatienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oftmals erst an körperliche Beeinträchtigungen als Folge der Operation gewöhnen müssen, die praktische Hilfe erforderlich macht. Weitere Analysen müssen aufklären, ob sich ein Mehr an instrumenteller Unterstützung tatsächlich positiv auf das Wohlbefinden der Patienten

auswirkt, oder aber, beispielsweise durch Überfürsorge, das Selbstvertrauen der Patienten beeinträchtigt.

Wir haben in der vorliegenden Darstellung den Schwerpunkt auf die Patientensicht gelegt und nur im Zusammenhang mit der Validierung auch die Einschätzung des Partners berücksichtigt. Daher soll betont werden, dass der Erforschung des Interaktionsverhaltens der Quelle (provider) sowie der Reziprozität große Bedeutung zukommt (Klauer & Schwarzer, 2001). Das hier beschriebene Verfahren enthält zusätzlich eine Skala zur geleisteten Unterstützung aus Partnersicht, welche strukturgleich über 11 parallele Items zu denen der erhaltenen Unterstützung verfügt. Hiermit eröffnen sich zahlreiche Möglichkeiten der weiterführenden Analyse von Dyaden (Schröder, Schwarzer & Endler, 1997; Schulz & Schwarzer, 2002a, 2002b).

References

- Arbuckle, J. L., & Wothke, W. (1999). Amos 4.0 user guide. Chicago: SmallWaters Corporation.
- Aymanns, P., & Filipp, S.-H. (1995). Bewältigungsprozesse bei Krebspatienten: Stabilisierende und moderierende Effekte familialer Unterstützung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 3(4), 268-283.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. International Journal of Behavioral Medicine, 4, 92-100.
- Carver, C. S. (1999). The Brief Cope. Available at:
<http://www.psy.miami.edu/faculty.ccarver/sclBrCope.html>
- Cohen, S., Underwood, S., & Gottlieb, B. (2000). Social support measures and intervention. New York: Oxford University Press.
- Coyne, J. C., & Smith, D. A. K. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. Journal of Personality and Social

Psychology, 61, 404-412.

Eckenrode, J. (1983). The mobilization of social support: Some individual constraints.

American Journal of Community Psychology, 11, 509-528.

Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe.

Diagnostica, 45(4), 212-216.

Klauer, T. & Schwarzer, R. (2001). Soziale Unterstützung und Depression.

Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Themenheft: Soziales Netz und psychische Störungen, 22, 333-352.

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). New York: Hemisphere.

Leppin, A., & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und

Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 349-373). Göttingen: Hogrefe.

Sarason, I.G., Sarason, B.R., & Pierce, G.R. (1992). Three contexts of social support. In

H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), The meaning and measuring of social support (pp. 143-154). New York: Hemisphere.

Schröder, K., Schwarzer, R., & Endler, N. S. (1997). Predicting cardiac patients' quality of

life from the characteristics of their spouses. Journal of Health Psychology, 2, 231-244.

Schulz, U., & Schwarzer, R. (2002a, submitted). Partnerschaftliche Bewältigung einer

Krebserkrankung. In C. Buchwald, S.E. Hobfoll, & C. Schwarzer (Eds.), Stress gemeinsam bewältigen. Göttingen: Hogrefe.

Schulz, U., Schwarzer, R. (2002b, submitted). Long-term effects of partner support on

patients' coping with tumor surgery.

Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (in press). Social support. In A. Kaptein & J.

Weinman (Eds.), Introduction to health psychology. Oxford, England: Blackwell.

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., & Schulz, U. (2000). Berlin Social Support Scales (BSSS). Available at:

<http://www.coping.de>

- Schwarzer, R., & Weiner, B. (1991). Stigma controllability and coping as predictors of emotions and social support. Journal of Personal and Social Relationships, 8, 133-140.
- Taubert, S., & Förster, C. (2000). Global Meaning. Unpublished psychometric scale. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), The meaning and measuring of social support (pp. 193-216). New York: Hemisphere.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), Handbook of health psychology (pp. 209-234). Mahwah: Erlbaum.

Autorenhinweis

Die Autoren danken Nina Knoll für ihre Kommentare zu früheren Entwürfen des Artikels. Wir danken außerdem den anderen Mitarbeitern des Berliner Forschungsprojekts zur Lebensqualität nach Tumoroperationen: Sonja Böhmer, Charis Förster, Nihal E. Mohamed, and Steffen Taubert, sowie den vier beteiligten Berliner Kliniken.