

Soziale Integration, Gesundheit und Lebenserwartung

Ralf Schwarzer, Steffen Taubert & Ute Schulz

Freie Universität Berlin

In der Betriebsamkeit des Alltags merken wir oft gar nicht, wie sehr wir auf andere Menschen angewiesen sind. Der Mensch ist ein soziales Wesen. Das wird einem plötzlich bewusst, wenn der Alltag aus dem Tritt gerät, wenn Krisen das reibungslose Funktionieren unterbrechen oder wir Anforderungen gegenüberstehen, die uns übermächtig erscheinen. Dann schiebt sich unser soziales Netz in den Vordergrund der Aufmerksamkeit. Wir mobilisieren es, indem wir offen oder verdeckt Hilfsbedürftigkeit signalisieren, und wir nehmen die erwünschte Hilfe und manchmal auch die unerwünschte entgegen.

Für primäre Bezugspersonen, wie z. B. Ehepartner, ist die gegenseitige Unterstützung in allen Lebenslagen ein nicht weiter hinterfragter Bestandteil der gewählten Lebensform. Was aber, wenn die Krise direkt ins soziale Netz einschlägt? Wenn Scheidung, Trennung, Verwitwung oder andere soziale Verluste eintreten? Die primäre Bezugsperson, die wie selbstverständlich einen Teil des Alltagsstress abgepuffert hat, ist dann aus dem eigenen Leben ersatzlos verschwunden. Kann die Lücke, die hier gerissen wurde, durch andere Mitglieder des sozialen Netzes geschlossen werden? Kann eine solche Teilkompensation geschehen, bevor die krisenhaft entstandene soziale Isolation zu nachhaltigen psychischen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt?

Die folgenden Ausführungen sollen deutlich machen, welche Rolle soziale Integration für die Gesundheit und Lebenserwartung spielt. Dazu werden wir auf Befunde aus der internationalen Forschung (im Überblick: Hemingway & Marmot, 1999; Wills & Fegan, 2001) sowie auf unsere eigenen Arbeiten zur Bewältigung von Herz- und Krebsoperationen eingehen (im Überblick: Knoll & Schwarzer, 2002; Schwarzer & Rieckmann, 2002).

1. Sozial Integrierte haben eine höhere Lebenserwartung als sozial Isolierte

Wie werden die verschiedenen Aspekte des sozialen Rückhalts begrifflich gefasst? Unter *sozialer Integration* versteht man die Quantität und Struktur von Sozialbeziehungen, also die Zahl der Kinder, Freunde und Verwandten sowie vor allem den Familienstand und die Häufigkeit der Kontakte mit diesen Netzwerkmitgliedern. Über die Qualität und Funktion dieser Beziehungen ist damit allerdings noch nichts gesagt. Eine einzelne Bezugsperson kann ebenso wie eine große Familie als ständige Quelle von Stress empfunden werden. Wie lässt sich nun die Quantität des Sozialen in die Qualität des Sozialen überführen? Um eine wohltuende Wirkung entfalten zu können, muss eine Sozialbeziehung durch unterstützende Austauschprozesse charakterisiert sein. Dann sprechen wir von *sozialer Unterstützung*. Hier ist weiter zu unterscheiden zwischen subjektiv erlebter Unterstützung, tatsächlich erhaltener sowie geleisteter Unterstützung. Weiterhin lässt sich zwischen den emotionalen, instrumentellen und informationellen Aspekten solcher Unterstützung unterscheiden (Leppin & Schwarzer, 1997; Schwarzer & Leppin, 1989, 1992).

Die psychologische Forschung zur sozialen Integration hat wiederholt gezeigt, dass Verheiratete im Durchschnitt glücklicher und gesünder sind als Ledige, Verwitwete und Geschiedene (Burman & Margolin, 1992; Verbrugge, 1979). Die Ehe stellt einen Schutz gegen Depression und andere seelische Störungen dar. Dies scheint bis zu einem gewissen Grad auch dann zu gelten, wenn die Beziehung eher gespannt oder unbefriedigend verläuft. Wenn der Schutz zusammenbricht, entsteht eine psychosoziale Risikosituation, die mitunter fatale Ausmaße erreichen kann. Im Jahr nach dem Tod eines Ehepartners steigt die Sterbewahrscheinlichkeit für die hinterbliebene Person an (Berkman & Syme, 1979; Ferraro, 1989; Shye, Mullooly, Freeborn & Pope, 1995; Stroebe, Stroebe & Hansson, 2000). Die Sterberaten von Witwern liegen im Jahr nach dem kritischen Ereignis deutlich höher – ungefähr das Anderthalbfache – als die Sterberaten von gleichaltrigen verheirateten Männern, die von einem solchen Schicksalsschlag noch nicht getroffen wurden. Dies gilt mehr für Männer im mittleren Alter als für die Betagten. Bei Witwen ist die Befundlage weniger eindeutig (Tucker, Schwartz, Clark & Friedman, 1999).

Für diesen Unterschied zwischen den Geschlechtern haben Psychologen verschiedene Erklärungen angeboten. Männer haben häufig nur eine einzige enge Bezugsperson,

nämlich ihre Partnerin, der sie persönliche Dinge anvertrauen und die auf die Regulation subjektiven Wohlbefindens Einfluss nimmt. Frauen dagegen haben darüber hinaus ein größeres soziales Netzwerk, vor allem von Freundinnen, welches intimer ist, weil Frauen untereinander mehr persönliche Gedanken und Gefühle austauschen, als Männer dies untereinander tun. Das größere und zugleich engere Netzwerk von Frauen leistet somit offenbar einen stärkeren Schutz gegen die Wirkung von Partnerverlusten und wohl auch gegen stressreiche Anforderungen ganz allgemein. Für Frauen ist der protektive Effekt der Ehe daher weniger stark ausgeprägt als für Männer. Frauen scheinen dagegen eher von ihren Kindern und von ihrer Einbettung in Organisationen zu profitieren, vor allem wenn sie älter sind (vgl. Abb. 1 und 2).

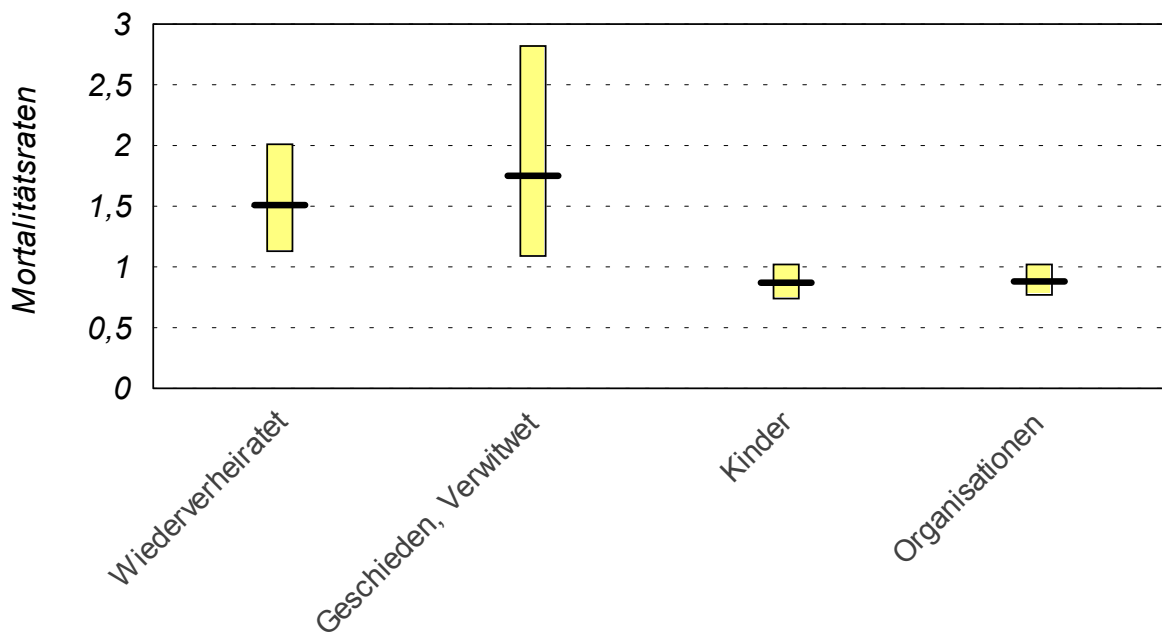


Abbildung 1

Sterberaten von Männern mit unterschiedlicher sozialer Integration (nach Tucker et al., 1999). Als Maßstab dienen die Sterberaten der dauerhaft Verheirateten, welche auf 1 gesetzt sind.

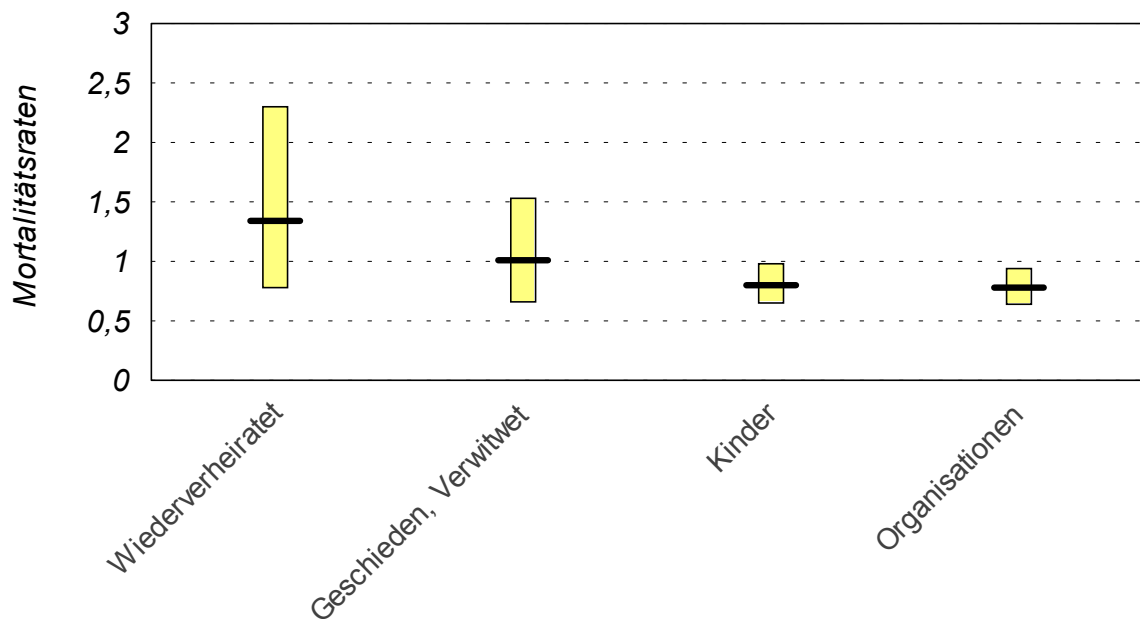


Abbildung 2

Sterberaten von Frauen mit unterschiedlicher sozialer Integration (nach Tucker et al., 1999). Als Maßstab dienen die Sterberaten der dauerhaft Verheirateten, welche auf 1 gesetzt sind.

Kann man Partnerverluste durch eine neue Beziehung kompensieren? Wenn die Ehe einen Schutzfaktor darstellt, liegt der Gedanke nahe, diesen protektiven Zustand schnell wiederherzustellen, nachdem ein Verlust eingetreten ist. Kann die Wiederheirat nach Verwitwung oder Scheidung das erhöhte Sterberisiko ausgleichen? Dies ist kaum der Fall. Bei Männern, die noch einmal heiraten, zeigt sich nur eine minimale Verminderung des zuvor erhöhten Sterberisikos. Gegenüber dauerhaft verheirateten Männern liegt ihr Risiko immer noch ungefähr doppelt so hoch (vgl. Abb. 1). Bei Frauen zeigt sich sogar der gegenteilige Trend. Wenn sie nach einem Verlust ein zweites Mal heiraten, erhöht sich ihr Risiko etwas, was jedoch nicht statistisch signifikant ist (vgl. Abb. 2).

Die beiden ersten Abbildungen sind folgendermaßen zu verstehen. Der Wahrscheinlichkeitswert 1 ist definiert für diejenigen Personen, die auf Dauer verheiratet gewesen sind. Die schwarz markierten Querbalken geben die davon abweichende Sterbewahrscheinlichkeit für bestimmte Untergruppen an, so z. B. 1,7 für geschiedene und verwitwete Männer sowie 1,5 für wiederverheiratete Männer. Die grauen, vertikalen Balken stellen das statistische Vertrauensintervall dar. Wenn dieses sich nicht mit dem

Wert 1 überlappt, dann sprechen wir von einem signifikanten Unterschied. In diesem Sinne finden wir also bei den geschiedenen und verwitweten, aber auch bei den wiederverheirateten Männern eine signifikant höhere Sterbewahrscheinlichkeit als bei den dauerhaft verheirateten Männern. Bei den Frauen sind die entsprechenden Werte statistisch nicht bedeutsam, so dass – zumindest in dieser Studie – keine Nachteile von unverheirateten Frauen im Hinblick auf ihre Sterbewahrscheinlichkeit demonstriert werden können. Offenbar steht bei der Vorhersage des Sterberisikos nicht die schützende soziale Integration im Vordergrund, sondern die stressreiche Erfahrung von Verwitwung oder Trennung. Das Ausmaß von sozialem Stress nimmt hier wohl mehr Einfluss auf das Sterberisiko als es das Ausmaß von sozialer Integration tut.

Wie kann man sich nun den Mechanismus vorstellen, der von der Verwitwung zum vorzeitigen Tod führt? Eine Möglichkeit liegt in biopsychologischen Veränderungen, die zu körperlichen Schäden führen. Durch Trauer und Depression wird das Immunsystem geschwächt, und der Organismus, der vielleicht vorgeschädigt ist, wird verwundbarer gegenüber Infektionen und bösartigem Zellwachstum, was schließlich zu Krankheit und Tod führen kann. Eine andere Möglichkeit liegt in einer stressbedingten Veränderung im Gesundheits- und Risikoverhalten. Die Hinterbliebenen rauchen oder trinken mehr, nehmen Drogen oder zu viel oder zu wenig Medikamente, sind weniger körperlich aktiv und versäumen Vorsorgeuntersuchungen, so dass die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Probleme ansteigt, die wiederum die Sterberate beeinflussen können. Schließlich ist noch an die Möglichkeit zu denken, dass Hinterbliebene sich selbst aufgeben oder sogar aktiv ihrem Leben ein Ende bereiten.

2. Soziale Integration, Krankheit und Genesung

In welchem Maße hängt nun der Erhalt von sozialer Unterstützung von der sozialen Integration ab, oder einfacher gefragt, erhalten z. B. Menschen mit Partner mehr Unterstützung als solche ohne Partner? Generell ist dies der Fall, aber man muss dabei noch einige andere Merkmale berücksichtigen. Wir haben dazu vor allem Erkenntnisse bei Patientinnen und Patienten vor und nach Operationen gewinnen können. Teilt man Tumorpatienten nach Altersgruppen auf, so zeigt sich, dass bei denen unter 67 Jahren ein großer Unterschied zwischen sozial integrierten und nicht integrierten besteht (vgl. Abb.

3). Wenn jüngere Patienten alleinstehend sind, erhalten sie im Vergleich zu den Verheirateten nur relativ wenig Unterstützung. Bei älteren Patienten macht es dagegen keinen so großen Unterschied in der Unterstützung, ob sie alleinstehend oder gebunden sind. Ältere Alleinstehende verfügen vielleicht in Erwartung von alterstypischen Lebenskrisen über ein besseres kompensatorisches Netzwerk und erhalten die passende Unterstützung eher aus ihrem Freundeskreis.

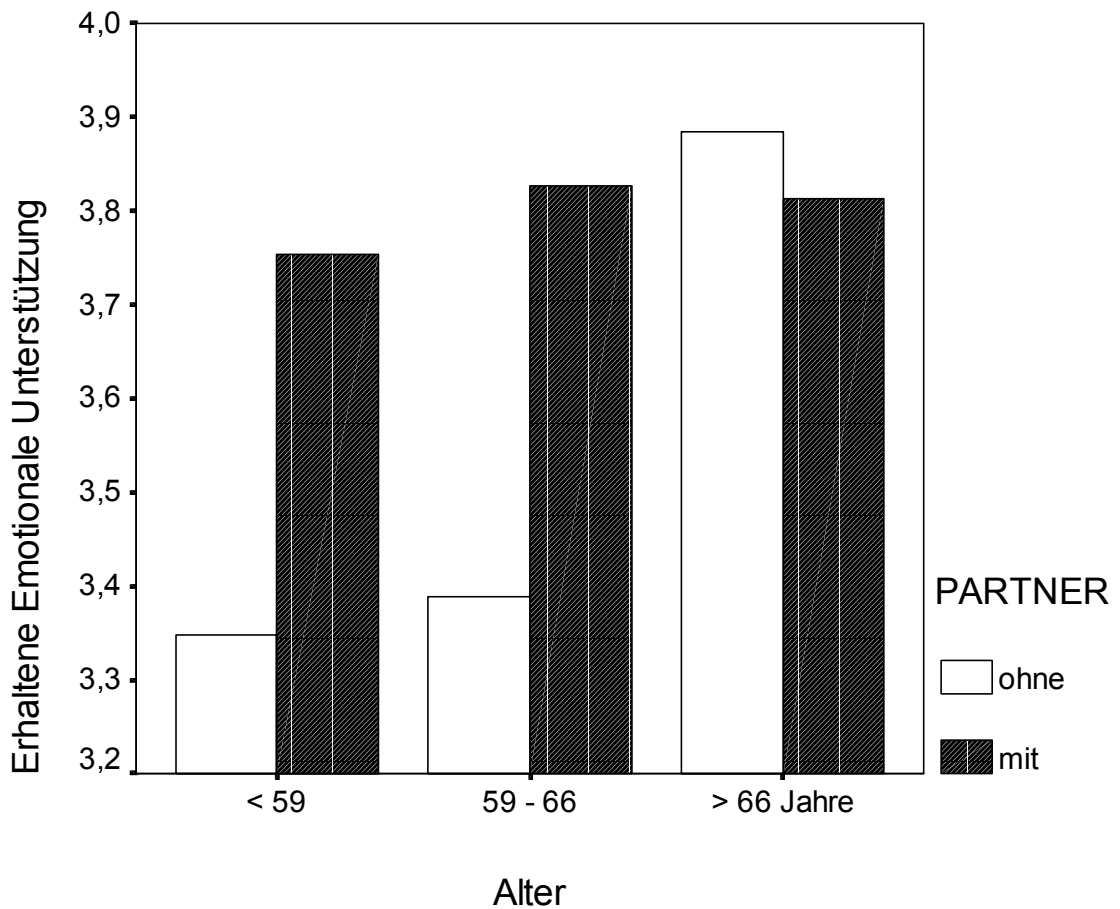


Abbildung 3

Erhaltene emotionale Unterstützung bei Tumorpatienten innerhalb der Woche nach der Operation, wobei Unterschiede aufgrund des Alters der Patienten und ihres Partnerstatus zutage treten (eigene Daten).

Die Abbildung 3 bringt zum Ausdruck, wieviel emotionale Unterstützung innerhalb der letzten Woche nach einer Tumoroperation erhalten worden ist. Dabei zeigen sich

Unterschiede im *Alter* der Patienten sowie ihrer sozialen Integration. Generell profitieren Tumorpatienten dann mehr, wenn sie über einen Partner bzw. eine Partnerin verfügen. Es gibt jedoch auch eine statistische Wechselwirkung mit dem Alter. In der Untergruppe von Patienten über 66 Jahre ist es nach dieser Studie offenbar egal, ob sie einen festen Intimpartner haben oder nicht, denn sie erhalten in jedem Falle viel emotionale Unterstützung, aus welcher Quelle auch immer. Dagegen liegt der Fall anders bei den beiden jüngeren Altersgruppen. Hier gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Partner im Erhalt von emotionaler Unterstützung.

Betrachtet man den Unterschied zwischen den *Geschlechtern*, dann erkennt man, dass es vor allem die alleinstehenden Männer sind, die relativ wenig Unterstützung erhalten. Frauen, die keinen Partner haben, verfügen offenbar über alternative Unterstützungsquellen, mit deren Hilfe sie ihre Lebenskrisen meistern können.

Die Abbildung 4 bringt zum Ausdruck, dass männliche und weibliche Patienten angeben, gleichermaßen viel Unterstützung zu erhalten, sofern sie über einen Intimpartner verfügen. In der Gruppe der weniger sozial Integrierten, also der Patienten ohne Partner, gibt es jedoch einen markanten Unterschied. Frauen ohne Partner erhalten viel Unterstützung, Männer ohne Partnerin dagegen wenig.

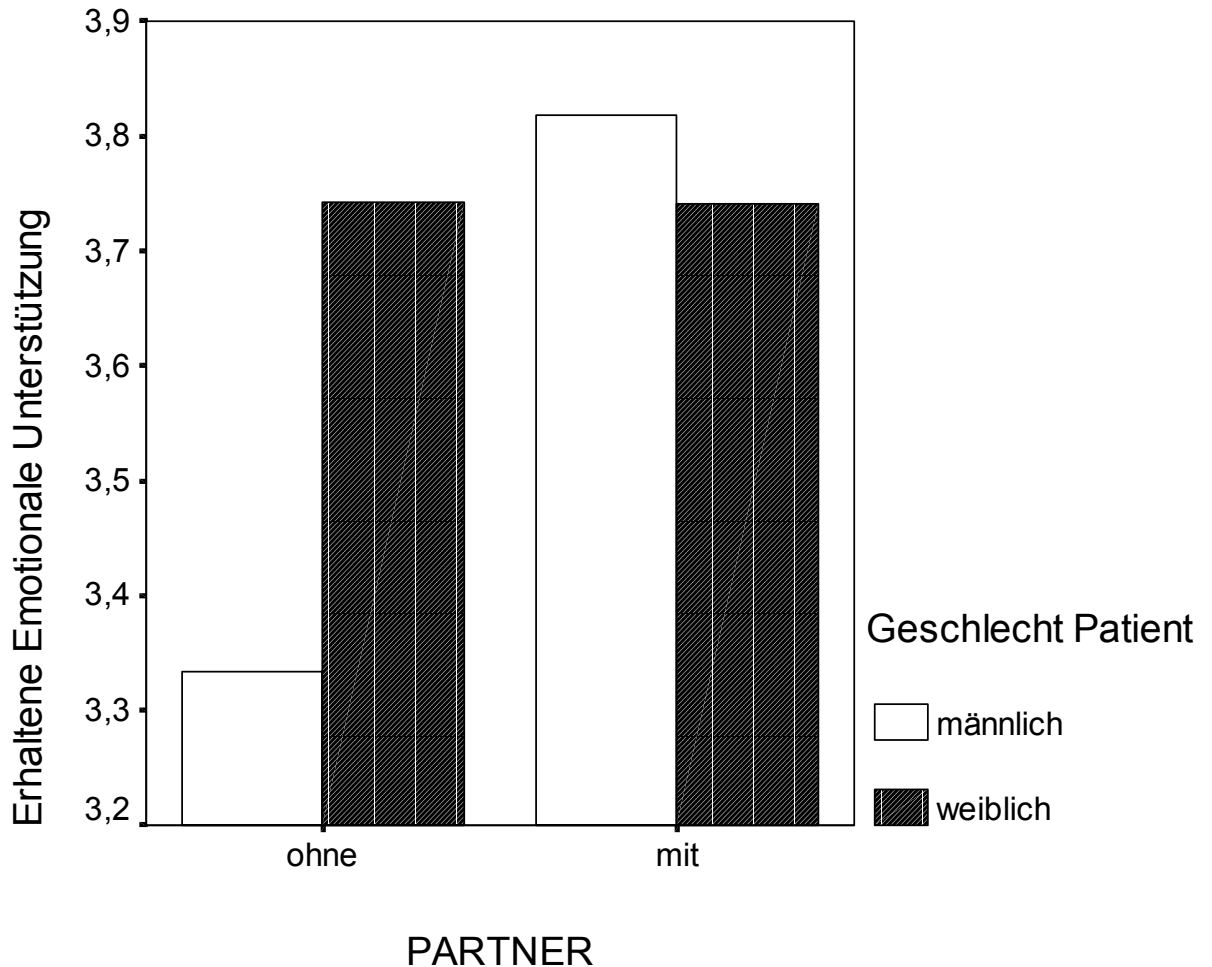


Abbildung 4

Erhaltene emotionale Unterstützung bei Tumorpatienten innerhalb der Woche nach der Operation, wobei Unterschiede aufgrund des Geschlechts der Patienten und ihres Partnerstatus zutage treten (eigene Daten).

Das Ausmaß der in einer Krise erhaltenen emotionalen Unterstützung hängt demnach von einer ganzen Reihe von Faktoren ab. Dazu zählen unter anderem die soziale Integration, das Alter und die Geschlechtszugehörigkeit. Daneben spielt es eine Rolle, was die Betroffenen aktiv tun, um die erhoffte Zuwendung zu gewinnen. Strategien der *Mobilisierung* und Unterstützungssuche werden zum Einsatz gebracht („Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum“). Dazu gehören Hilferufe, indem z. B. telefonisch Kontakt zu Netzwerkmitgliedern aufgenommen wird, sowie Selbstdarstellungen, die die Bedürftigkeit unterstreichen, oder auch der resignierte Rückzug, aber dennoch demonstrativ genug, dass andere darauf aufmerksam werden (Klauer & Schwarzer, 2002).

An wen richten sich solche Mobilisierungsstrategien? Wir haben dies bei Patientinnen und Patienten untersucht, die wegen des Grauen Stars am Auge operiert wurden. Der Zusammenhang zwischen Mobilisierung und dem Partnerstatus (Familienstand) war gleich null. Der Zusammenhang zu Freunden und Nachbarn als Unterstützungsquelle war dagegen bedeutsam. Freunde und Nachbarn werden offenbar durch Mobilisierungsstrategien zur Unterstützung veranlasst, nicht jedoch Partner, was damit zusammenhängen könnte, dass diese sowieso hilfreich sind, ohne dass es einer ausdrücklichen Aufforderung bedarf. Die Krankheit selbst, die Operation, der Krankenhausaufenthalt stellen schon für sich genommen kräftige Mobilisierungssignale dar. Der stressreiche Kontext sorgt also schon dafür, dass die Angehörigen auf den Plan gerufen werden und sich für Betroffene verantwortlich fühlen. Darüber hinausgehende Aktivierung ist innerhalb der engsten Bezugsgruppe meist gar nicht nötig.

3. Sozial Integrierte genesen schneller nach Herzoperationen

Um zu prüfen, wie soziale Beziehungen wirken, haben wir den Genesungsverlauf nach Operationen untersucht. Bei Herzpatienten konnten wir zeigen, dass sie ein halbes Jahr nach dem Eingriff über mehr Lebensqualität berichten, wenn sie in einer Partnerschaft lebten und wenn sie sich direkt vor der Operation als gut unterstützt gefühlt haben (Schröder, Schwarzer & Konertz, 1998; Schröder, Schwarzer & Endler, 1997).

In unserer Herzpatientenstudie wollten wir herausfinden, wie schnell sich die Patienten nach der Operation wieder erholen, und haben zu diesem Zweck in den ersten Tagen nach der Operation diverse Aktivitäten erfragt, wie z. B. aufstehen, sich waschen, herumlaufen, zur Toilette gehen, lesen, telefonieren usw. Als Beispiel für einen Aktivitätsindikator wird in Abbildung 5 das Lesen, genauer: das erstmalige Lesen nach der Operation, dargestellt. Am Tag null, also am Tag der Operation, wird natürlich nicht gelesen, aber schon am ersten Tag danach lesen 15 % der sozial Integrierten, und am zweiten Tag lesen zusätzliche 30 % der sozial Integrierten wieder. Sieht man sich dagegen die Personen ohne Partner an, dann liegen die entsprechenden Anteile niedriger. Mit anderen Worten: Allein der Partnerstatus hat etwas zu tun mit der Wiederaufnahme von Aktivitäten nach der Operation. Dies wurde auch für andere Aktivitätsindikatoren gezeigt.

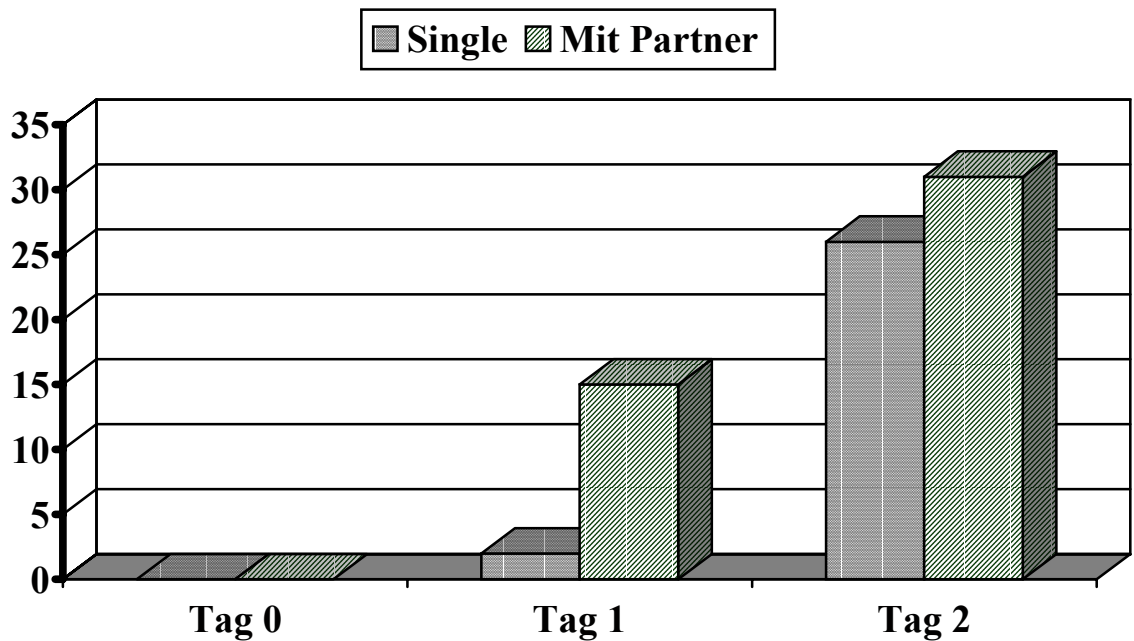


Abbildung 5

Herzpatienten mit Partner beginnen nach der Operation früher mit dem Lesen als solche ohne Partner (Schröder, Schwarzer & Endler, 1997).

Diese Ergebnisse liegen in Übereinstimmung mit vielen anderen Befunden aus der Literatur zur sozialen Unterstützung (social support). Diese Forschungstradition ist nun schon ein Vierteljahrhundert alt. Eine theoretische Annahme liegt darin, dass Menschen in einer Stressepisode von ihren Ressourcen profitieren, die es ihnen erlauben, die Anforderungen besser zu bewältigen. Unklar bleibt, in welchem Maße die sozialen Ressourcen unabhängig von den personalen Ressourcen, wie z. B. Optimismus oder Selbstwirksamkeit, effektiv sind. Soziale Unterstützung wird häufig als eine Art Persönlichkeitseigenschaft verstanden, dann nämlich wenn von der subjektiven Verfügbarkeit von Hilfe in zukünftigen Krisen die Rede ist („Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, wird jemand für mich da sein“). Diese überdauernde Erwartung von sozialer Unterstützung enthält schon an sich eine optimistische Komponente, was die Abgrenzung zu personalen Ressourcen erschwert. Anders ist es bei der in der Vergangenheit tatsächlich erhaltenen Unterstützung („Sie hat mich getröstet, als es mir schlecht ging“). Hier ist man näher am aktuellen Stressgeschehen, aber der Zusammenhang zum Genesungserfolg bzw. zur Lebensqualität fällt meist etwas geringer aus. Offenbar ist

soziale Unterstützung ein vielschichtiges Phänomen, welches einer sehr differenzierten Erfassung durch verschiedene Messinstrumente zu verschiedenen Messzeitpunkten bedarf (ein solches Inventar findet man unter www.coping.de). Dabei ist auch eine Abgrenzung zu anderen Bewältigungsressourcen wie z. B. Optimismus erforderlich. Der statistische Zusammenhang zwischen den verschiedenen Komponenten von sozialer Unterstützung ist manchmal nur gering.

Eine weiterführende Frage richtet sich darauf, ob die Patienten sich überhaupt bewusst sind, dass sie unterstützt werden. Ebenso kann man fragen, ob die Partner das Ausmaß ihrer Hilfeleistung akkurat einschätzen können. Wie hoch also fällt der Zusammenhang zwischen der geleisteten und der subjektiv erhaltenen Unterstützung aus? Wenn wir Partner fragen, wieviel Hilfe sie geben, und dann die Patienten fragen, wieviel Hilfe sie erhalten, ergibt sich keineswegs eine gute Übereinstimmung. Die subjektive Wahrnehmung bei den Unterstützungsquellen (Partnern) ist deutlich verschieden von der subjektiven Wahrnehmung auf der Empfängerseite (Patienten), selbst wenn es um die Beurteilung eines kurzen Zeitraums von z. B. nur einer Woche geht. Das, was Patienten zu erhalten glauben, ist enger assoziiert mit dem, was sie selbst erwartet haben, als mit dem, was die Geber glauben, beigesteuert zu haben. Eine objektive Realität ist bei dieser Forschungsfrage allerdings nicht fassbar, da wir es auf beiden Seiten nur mit subjektiven Einschätzungen zu tun haben.

4. Dyadische Stressbewältigung: Zu zweit die Krise meistern

Die kalifornischen Psychologen James Kulik und Heike Mahler (Kulik & Mahler, 1989) haben herausgefunden, dass männliche Bypass-Patienten dann früher die Intensivstation verlassen dürfen, wenn sie häufig von ihren Ehefrauen Besuch erhielten. Eigentlich sagt die Besuchshäufigkeit zunächst noch nichts über die Qualität der Beziehung aus, aber in einer späteren Untersuchung derselben Autoren wurde nachgewiesen, dass bei solchen Besuchen auch mehr emotionale Unterstützung verwirklicht wurde (Kulik & Mahler, 1993).

Welche Merkmale und Verhaltensweisen der Partnerinnen sind es, die zu einem guten Genesungserfolg führen? Bei den Frauen von Herzpatienten haben wir gefunden, dass ihre

eigenen Ressourcen einen Einfluss darauf nehmen, wie gut es ihren Männern ging. Frauen, die optimistisch waren und sich selbst gut unterstützt fühlten, hatten Männer, deren Genesung ein halbes Jahr nach der Operation besser ausfiel als bei den Männern, die weniger ressourcenreiche Frauen hatten. Wenn Partnerinnen sich selbst schwach und hilfsbedürftig fühlen, sind sie für ihre kranken Männer keine gute Stütze (Schröder et al., 1997, 1998).

Diese Frage führt uns auch zu einem Gedanken, der in der Stressbewältigungsforschung noch sehr jung ist. Wenn ein Mensch in einer Krise steckt, dann ist er meist nicht allein betroffen, sondern auch das soziale Netz wird mit hineingezogen. Wenn der Mann im Krankenhaus operiert wird, ist seine Frau nicht nur besorgt, sondern muss auch selbst viel tun, um die Situation zu bewältigen. Sie wird ihn besuchen, ermutigen und trösten, aber auch sich selbst Mut machen und eine möglichst konstruktive Einstellung zu der Lebenskrise finden. Sie muss darüber hinaus auch Dinge erledigen, die bisher ihr Mann gemacht hat, und andere Alltagsprobleme allein bewältigen. Mit anderen Worten kann man sagen, dass die schwere Erkrankung nicht nur das Individuum, sondern das Paar trifft und somit nach einer gemeinsamen Bewältigung verlangt (dyadic coping). Der Psychologe James Coyne aus Pennsylvania hat Herzpatienten und ihre Ehefrauen untersucht und unter anderem festgestellt, dass die Überbehütung durch die Frauen dazu führt, dass sich ihre Männer beim Fitnesstraining nicht genug zutrauen und daher nur sehr zaghaft trainieren (Coyne & Smith, 1991). Der Schweizer Psychologe Guy Bodenmann (Bodenmann, 1997) verwendet einen ähnlichen Ansatz der dyadischen Bewältigung (coping), um Ehe Krisen zu erforschen.

Wir haben dieses dyadische Coping unter anderem bei ca. 300 Tumorpatienten, die im Durchschnitt 61 Jahre alt waren, im Längsschnitt erforscht. Zu vier Messzeitpunkten vor und nach der Operation haben wir untersucht, wieviel emotionale Unterstützung sie empfinden und wie sie ihre derzeitige Lebenssituation bewältigen. Analog dazu haben wir bei ihren Angehörigen einmal vor dem Operationstermin und einmal danach erfasst, wieviel Unterstützung sie glauben, geleistet zu haben, und wie sie sich selbst gefühlt haben.

Zwei Merkmale der Partner haben sich als wichtig erwiesen: emotionale Unterstützung („Sie machte mir Mut, mich nicht aufzugeben“) und Abpuffern („Ich habe alles vermieden,

was ihn aufregen könnte“). Mit dem Abpuffern meinen wir das Bemühen, den Patienten nicht spüren zu lassen, wie sehr man selbst im Stress ist. Man hält schlechte Nachrichten vom Patienten fern, vermeidet Konflikte und unnötige Belastungen. Die Frage war nun, ob sich ein solches Partnerverhalten in der Krankheitsbewältigung irgendwie widerspiegelt, wobei es ausschlaggebend ist, dass diese Wirkung zeitverzögert auftritt. Führt also Unterstützung dazu, dass Patienten anschließend besser bewältigen? Wir haben fünf Bewältigungsstrategien von Patienten untersucht: Planung, Sinngebung, Kampfgeist, Abwärtsvergleiche und Humor. Planung in Krisensituationen wird im Allgemeinen als konstruktiv bewertet. Eine Beispielaussage wäre „Ich habe mir genau überlegt, wie es weitergehen soll“. Zu Beginn der Stressepisode gibt es keinerlei Zusammenhang zwischen Partner- und Patientenmerkmalen. Erst wenn die Partner einen Monat nach der Operation beide Arten der Unterstützung realisieren, zeigt sich eine positive Wirkung auf das Planungsverhalten im Halbjahr nach der Operation. Bei Kampfgeist („Ich versuchte, die Krankheit zu bekämpfen“) und Abwärtsvergleichen („Ich dachte daran, dass es anderen Menschen noch schlechter geht als mir“) ist dies genauso. Sinngebung („Es ist mir klar geworden, was im Leben wirklich von Bedeutung ist“) wird ebenfalls durch soziale Unterstützung gefördert, aber hier setzt die Wirkung schon früher ein, nämlich eine Woche nach der Operation.

Bei der Bewältigung durch Humor („Ich versuchte, meinen Humor zu behalten“) ergibt sich zusätzlich noch eine weitere Wirkung. Wenn Angehörige schon vor der Operation emotionale Unterstützung zu geben glauben, dann spiegelt sich das in höherer Bewältigung durch Humor ein halbes Jahr später. Wir haben übrigens lange gezögert, derartige Aussagen in die Befragung aufzunehmen. Was hat Humor hier verloren angesichts dieses schweren Schicksals? Die Fachliteratur berichtet jedoch darüber, und es zeigte sich tatsächlich, dass gar nicht so wenige Krebspatienten es zumindest versuchen, ihre Erkrankung auf die leichte Schulter zu nehmen. Zusammenfassend lässt sich also die Annahme bestätigen, dass es eine zeitverzögerte Wirkung von Partnerunterstützung auf die Selbsteinschätzung der Krankheitsbewältigung gibt. Andererseits muss man zugestehen, dass diese Effekte relativ gering ausfallen. Zwischen dem, was sich in den Köpfen der beiden Interaktionspartner abspielt, können Welten liegen.

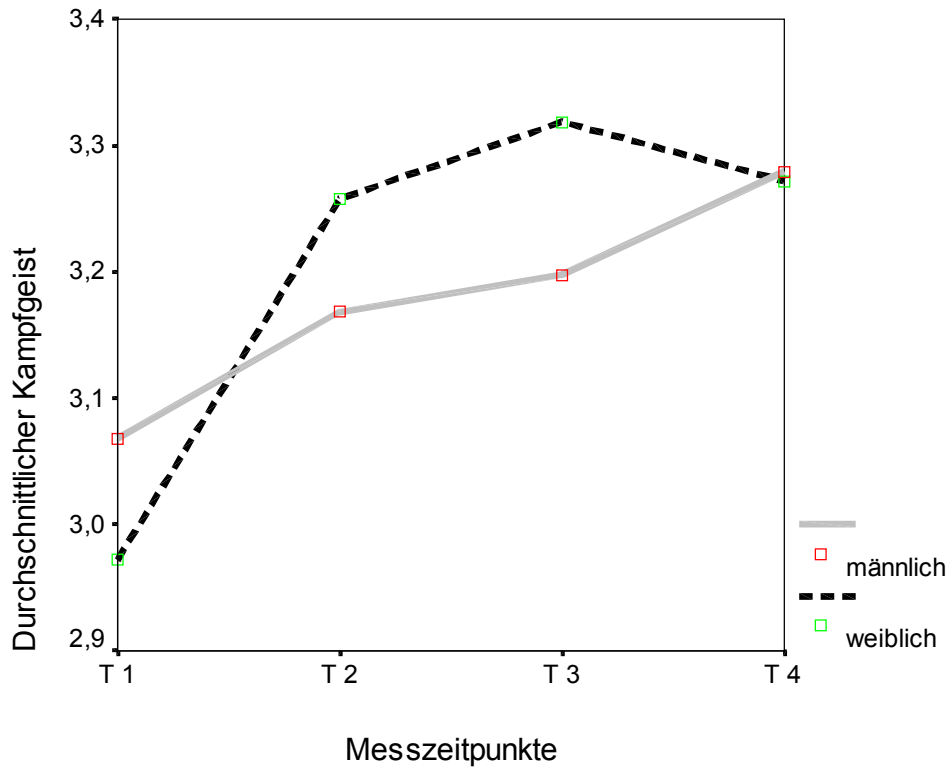


Abbildung 6

Anstieg des Bewältigungsmerkmals „Kampfgeist“ bei Tumorpatienten vom Zeitpunkt T1 (vor der Operation) bis zum Zeitpunkt T4 (sechs Monate nach der Operation). Der Unterschied zwischen Frauen und Männern ist statistisch nicht bedeutsam.

Die Abbildung 6 zeigt den Verlauf der Mittelwerte im Kampfgeist von Tumorpatienten vor und nach der Operation. Der erste Messzeitpunkt (T 1) liegt in den Tagen vor der Operation, der zweite (T 2) eine Woche danach, der dritte (T 3) einen Monat danach und der vierte (T 4) ein halbes Jahr danach. Wie man unschwer erkennen kann, steigen die Kampfgeistwerte über die Zeit hinweg an. Offenbar stellt Kampfgeist eine postoperative Copingstrategie dar. Sie ist bei Männern und Frauen gleichermaßen ausgeprägt.

Nun stellt sich die weiterführende Frage, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Verhalten der Angehörigen und dem Kampfgeist der Patienten. Tatsächlich zeigt sich eine Beziehung zwischen der emotionalen Unterstützung seitens der Partner und dem späteren Kampfgeist der Patienten. Abbildung 7 zeigt die beiden signifikanten Beziehungen, die innerhalb der Patient-Partner-Dyade zu diesen beiden Merkmalen beobachtet wurden. Zum dritten Messzeitpunkt, also einen Monat nach der Operation, steht die emotionale Unterstützung der Partner in Beziehung zum Kampfgeist der Patienten ($r = .22$). Wichtiger

jedoch ist die zeitverzögerte Wirkung der emotionalen Unterstützung auf die Patienten ein halbes Jahr nach der Operation ($r = .33$). Offenbar gibt es eine Dynamik, die in der Dyade angestiftet wird und sich erst mit einer gewissen Verzögerung beim Empfänger manifestiert. Man spricht hier von einem sogenannten Sleeper-Effekt. Der dahinter liegende Mechanismus bedarf jedoch noch der näheren Erforschung.

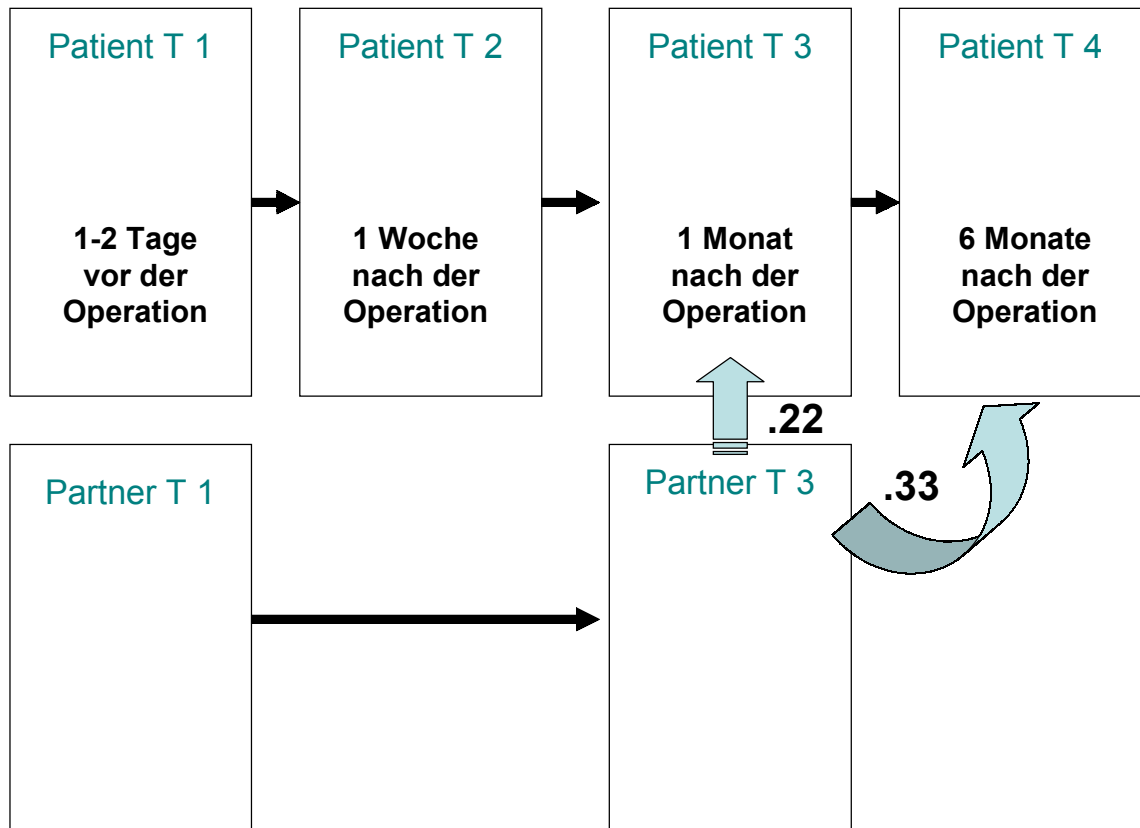


Abbildung 7

Zeitverzögerte Wirkung von emotionaler Partnerunterstützung auf den Kampfgeist von Tumorpatienten (eigene Daten).

Zum dyadischen Coping gehört aber auch die andere Wirkrichtung. Lassen sich Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen von Angehörigen damit erklären, dass sich die Patienten in einer bestimmten Weise verhalten? Dazu liegen uns nicht viele Daten vor, allerdings mit einer Ausnahme: die wahrgenommene emotionale Unterstützung der Partner

einen Monat nach dem kritischen Ereignis hängt damit zusammen, wieviel Kampfgeist und Humor die Patienten vor der Operation aufbringen. Offenbar gibt es eine Wechselbeziehung zwischen Merkmalen von Patienten und Angehörigen im Laufe einer Stressepisode.

5. Mobilisierende Merkmale des Empfängers von sozialer Unterstützung

Unter welchen Bedingungen wird am ehesten geholfen? Wenn jemand krank, behindert oder aus anderen Gründen hilfsbedürftig ist, dann bedarf es normalerweise einer entsprechenden Kommunikation, bevor andere zur Hilfe eilen. Der Leidende kann z. B. um Hilfe bitten oder er kann Krankheitssymptome „zur Schau stellen“ und Schmerzen nicht unterdrücken. Patienten beginnen häufig erst dann zu klagen, wenn jemand anwesend ist, weil sonst niemand die Botschaft vernehmen kann. Das Äußern von Beschwerden als Teil der Krankenrolle enthält also eine kommunikative Funktion und dient dazu, Mitgefühl zu erwecken und Unterstützung zu mobilisieren. Offenes Hilfeersuchen und Symptomdarstellung sind zwei Mittel, die oft zu Erfolg führen, aber diesen keineswegs garantieren.

Ein Aspekt liegt im eigenen Verschulden des Schicksals. Infiziert sich jemand offensichtlich durch grobe Fahrlässigkeit beim Intimverkehr und erkrankt an AIDS, so wird die soziale Unterstützung vielleicht geringer ausfallen als bei einer Infektion durch eine Bluttransfusion, die der Patient nicht zu verantworten hat. Bricht sich jemand bei einem Autorennen oder beim Drachenfliegen die Knochen, so ist vielleicht weniger Hilfe zu erwarten, als wenn jemand unverschuldet einem Verkehrsunfall zum Opfer gefallen ist. Wenn jemand sich selbst durch grobe Fahrlässigkeit in eine schwierige Situation bringt, dann dürfte dies weniger zur Hilfe motivieren, als wenn jemand durch widrige Umstände dahin gerät. Ist ein Schicksal von der Person nicht kontrollierbar, dann erzeugt dies mehr Mitleid und Hilfsbereitschaft.

Daneben ist das Krankheitsverhalten zu berücksichtigen, also die aktiven Bemühungen des Patienten, mit seiner Lage irgendwie fertig zu werden. Man könnte sich vorstellen, dass gleichgültige oder missmutig klagende Patienten ihr soziales Netz weniger zur

Hilfeleistung motivieren können als konstruktiv an ihrer Genesung mitwirkende Patienten. Man stelle sich einen Depressiven vor, der passiv und missmutig vor sich hin lebt, sich ständig beklagt und von anderen Hilfe erwartet, ohne sich dafür dankbar zu erweisen. Auf Dauer wird er es schwerhaben, sein soziales Netz zu erhalten. Gerade im Umgang mit Depressiven wird deutlich, wieviel Überwindung und Opferbereitschaft es kostet, unermüdlich Hilfe zu leisten. Zu einer beständigen sozialen Interaktion gehört es, dass ein gewisses Maß an Gegenseitigkeit gewährt wird und dass soziale Attraktivität gegeben ist. Passive, undankbare und schwermütige Menschen sind dagegen nicht attraktiv und werden auf Dauer weniger unterstützt.

Die Forschungsfrage richtet sich also auf die hilfemotivierenden Merkmale auf der Seite eines Kranken oder sonstwie Hilfsbedürftigen, der durch ein Stigma gekennzeichnet ist. Mit einem sozialen Stigma ist eine Eigenschaft gemeint, die eine Person als abweichend, auffällig, beeinträchtigt, deformiert oder marginal erscheinen lässt. Dazu gehören körperliche Makel, schwere Krankheiten und Verhaltensprobleme wie z. B. Drogenabhängigkeit. Ein Beobachter, der mit einer stigmatisierten Person zu tun hat, sucht typischerweise nach den Gründen für die Entstehung solcher Stigmata, denn was von der Norm abweicht, erscheint erklärungsbedürftig. Je nach Informationsstand über die stigmatisierte Person ergeben sich unterschiedliche Ursachenzuschreibungen (Kausalattributionen) über die vermeintliche Herkunft des Stigmas. Eine grundlegende Dimension von wahrgenommenen Ursachen liegt in deren *Kontrollierbarkeit*. Als kontrollierbar gelten solche Ursachen, die der Handelnde willentlich herbeiführen kann bzw. für die er selbst verantwortlich zu machen ist; unkontrollierbare Ursachen dagegen entziehen sich dem persönlichen Einfluss des Handelnden. Wenn jemand zum Beispiel aus Neugier psychotrope Drogen ausprobiert und dadurch abhängig wird, so wird dieses Stigma als kontrollierbar aufgefasst, während in einem anderen Falle, in dem jemand mit solchen Drogen über längere Zeit medizinisch behandelt werden musste und deswegen abhängig wurde, eher Unkontrollierbarkeit angenommen wird. In entsprechender Weise würde man die Entstehung eines Herzinfarkts als kontrollierbar ansehen, wenn der Patient sich über Jahrzehnte hinweg riskant verhalten hat, zum Beispiel indem er rauchte, übermäßig tierische Fette verzehrte, körperlich inaktiv war und keine Vorsorgeuntersuchungen durchführen ließ; dagegen wäre Unkontrollierbarkeit anzunehmen, wenn bei einer Person erbliche Faktoren für diese Krankheit ausschlaggebend gewesen wären.

Es hat sich gezeigt, dass die Wahrnehmung von sozialen Stigmata als entweder kontrollierbar oder unkontrollierbar einen Einfluss darauf ausübt, welche Gefühle und Verhaltensweisen man den Stigmatisierten entgegenbringt. Unkontrollierbare Stigmata scheinen Mitleid beim Beobachter hervorzurufen und Hilfeintentionen zu begünstigen, während kontrollierbare Stigmata eher Ärger entstehen lassen und weniger Bereitschaft, Unterstützung zu gewähren. Eine riskante Lebensführung als die wahrgenommene Ursache eines Leidens erzeugt demnach Unmut, wenig Mitleid und wenig Hilfsbereitschaft, während man als mutmaßliches Opfer äußerer Umstände eher Mitleid und Hilfe und weniger Ärger erwarten kann.

Die bisher genannten Überlegungen und Forschungsarbeiten haben die Analyse zusätzlicher Merkmale der Zielperson, z. B. ihr gegenwärtiges *Bewältigungsverhalten*, nicht einbezogen. Das aktuelle Bewältigungsverhalten mag den Beobachter stärker beeindrucken als die Kontrollierbarkeit der Stigma-Ursache.

Wir haben einen Vergleich zwischen der Wirkung wahrgenommener Ursachen und der Wirkung wahrgenommener Bewältigung auf die Emotionen und die Hilfsbereitschaft bei Beobachtern untersucht (Schwarzer & Weiner, 1990). Die Ausgangsfrage richtete sich also darauf zu bestimmen, welche Eigenschaften des Patienten primär dazu beitragen, auf der Seite des potentiellen Helfers positive Emotionen sowie die Bereitschaft zu sozialer Unterstützung zu beeinflussen: die Kontrollierbarkeit der Stigma-Ursache oder das aktuelle Bewältigungsverhalten.

Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse eines Simulationsexperimentes. Wird die vermeintliche Krankheitsursache als kontrollierbar (selbstverschuldet) wahrgenommen, resultiert etwas weniger Unterstützungsbereitschaft als wenn die Krankheitsursache als unkontrollierbar (angeborener Defekt) wahrgenommen wird. Zielpersonen, für deren Leiden eine unkontrollierbare Ursache vorgegeben war, bewirkten signifikant mehr Mitleid und Hilfsbereitschaft bei den Beobachtern als Zielpersonen, die an ihrem Geschick offensichtlich selbst schuld sind. Wichtiger ist jedoch das andere Empfängermerkmal, nämlich die aktive Bemühung, etwas zur Genesung beizutragen (Coping). Die Interpretation lautet: Je mehr der Patient sich bemüht, desto mehr Hilfe bekommt er (mehr dazu bei Klauer & Schwarzer, 2002; Schwarzer & Weiner, 1990).

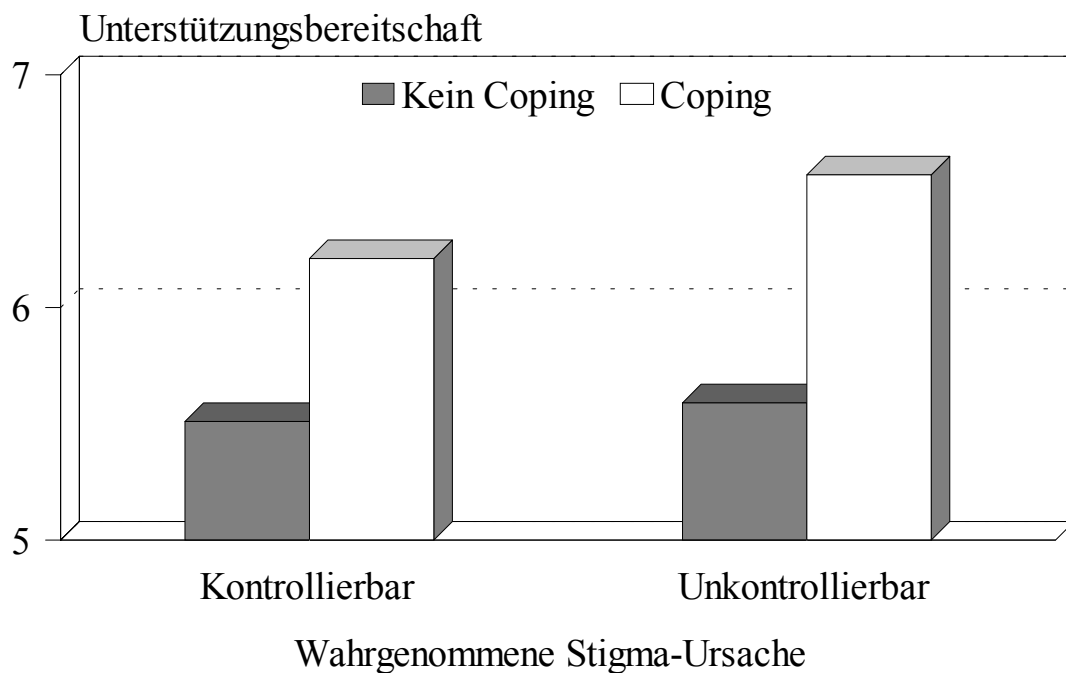


Abbildung 8

Aktives Bemühen (Coping) von Patienten fördert die Unterstützungsbereitschaft des sozialen Netzwerkes (Schwarzer & Weiner, 1990).

6. Offene Fragen

Das Studium des dyadischen Copings lässt viele Fragen offen. Die Unterstützungsforschung war bisher immer einseitig gerichtet. Man betrachtete ein Opfer und erfasste dann das Ausmaß an vermeintlicher Hilfe. Der Psychologe Stevan Hobfoll aus Ohio hat diese Sichtweise schon seit langem kritisiert (Hobfoll, 1998). Seiner Meinung nach gibt es ganz selten Situationen, in denen wirklich nur einer leidet. Normalerweise wird von einem Schicksalsschlag das soziale Netz mitgetroffen, und darum ist die Bewältigung als ein gemeinschaftlicher Prozess zu verstehen (communal coping). Allerdings bedeutet dies nicht, dass jede Person in diesem Netzwerk ein gleichartiges Muster von Bewältigungsstrategien verwendet. Bei den Krebspatienten in unserer Studie fanden wir keine Kongruenz von Patientenbewältigung und Partnerbewältigung. Es gab lediglich eine leichte Tendenz dahingehend, dass Patienten, die Abwärtsvergleiche und

Sinngebung bevorzugten, über Angehörige verfügten, die ebenfalls nach diesem Muster bewältigten.

Unklar bleibt auch, aufgrund welcher Motivlage unterstützt wird und wie wirksam welche Art von Unterstützung ist. Die eher klinisch orientierte Supportforschung und die Erforschung des Hilfehandelns innerhalb der Sozialpsychologie stellen zwei unterschiedliche Traditionen dar, die leider zu wenig miteinander kommuniziert haben. Erst die neue Bewegung des dyadischen Coping verspricht weitere Aufschlüsse über die hier aufgeworfenen Fragen.

Literatur

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, *109*, 186-204.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping – a systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, *47*, 137-140.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationship and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, *112*, 113-117.
- 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.
- Ferraro, K. F. (1989). Widowhood and health. In K. S. Markides & C. L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health* (pp. 69-90). New York: Wiley.
- Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, *318*, 1460-1467.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community. The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Klauer, T. & Schwarzer, R. (2002). Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Themenheft: Soziales Netz und psychische Störungen*, *22*, 333-352.

- Kulik, J. A., & Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology, 8*, 221-238.
- Kulik, J. A., & Mahler, H. I. M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 45-63.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2002). Gender and age differences in social support: A study on East German refugees. In G. Weidner, M. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and behavioural sciences, Vol. 327*. Amsterdam, The Netherlands: IOS Press.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2nd ed., pp. 349-373). Göttingen: Hogrefe.
- Schröder, K. E. E., Schwarzer, R., & Endler, N. S. (1997). Predicting cardiac patients' quality of life from the characteristics of their spouses. *Journal of Health Psychology, 2*(2), 231-244.
- Schröder, K. E. E., Schwarzer, R., & Konertz, W. (1998). Coping as a mediator in recovery from cardiac surgery. *Psychology and Health, 13*, 83-97.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1992). The possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. In H. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 65-83). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R., & Rieckmann, N. (2002). Social support, cardiovascular disease, and mortality. In M. Kopp, G. Weidner, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender*. Amsterdam: IOS Press.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2000). *Berlin Social Support Scales (BSSS)*. Available at www.coping.de
- Schwarzer, R. & Weiner, B. (1990). Die Wirkung von Kontrollierbarkeit und Bewältigungsverhalten auf Emotionen und soziale Unterstützung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 113-117*.
- Shye, D., Mullooly, J. P., Freeborn, D. K., & Pope, C. R. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: A longitudinal study of an elderly cohort. *Social Science and Medicine, 41*, 935-947.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Hansson, R. O. (Eds.). (2000). *Handbook of bereavement: Consequences, coping, and care*. New York: Cambridge University Press.

- Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Clark, K. M., & Friedman, H. S. (1999). Age-related changes in the associations of social network ties with mortality risk. *Psychology and Aging, 14*, 564-571.
- Verbrugge, L. M. (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and the Family, 41*, 267-285.
- Wills, A. W., & 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, NJ: Erlbaum.

Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin,
Psychologie,
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany,
FAX +49(30)838-55634
E-mail: health@zedat.fu-berlin.de
Personal Website: <http://www.RalfSchwarzer.de/>