

Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten

Anja Leppin und Ralf Schwarzer

Die Forschung zum Thema sozialer Rückhalt beschäftigt sich mit der Frage, in welchem Maß die Einbettung in Netzwerke sozialer Beziehungen und die Zuwendung durch nahestehende Personen eine protektive Wirkung auf Gesundheit und Befindlichkeit haben. Untersucht werden dabei sowohl *strukturelle* als auch *funktionale* Aspekte. House, Umberson und Landis (1988) haben aus soziologischer Perspektive eine Aufteilung von Sozialbeziehungen nach drei Gesichtspunkten vorgenommen: a) Soziale Integration, b) Struktur von sozialen Netzwerken und c) Beziehungsinhalt. Mit *sozialer Integration* ist die Existenz oder Quantität von Sozialbeziehungen gemeint, also die Größe eines Netzwerks oder die Häufigkeit der Kontakte mit einzelnen Netzwerkmitgliedern. Die Zahl der aktiven Bindungen, die jemand aufrechterhält, gilt als Indikator für den Grad der sozialen Integration bzw. der sozialen Isolation. Man kann auch die Zahl der sozialen Rollen, deren Träger man ist, als Indikator verwenden wie z. B. Ehefrau, Mutter, Vorgesetzte oder Freundin (Thoits, 1983). Mit der Struktur des sozialen Netzwerks sind z. B. die Dichte, Zusammensetzung, Dauer, Gegenseitigkeit und Homogenität des Netzwerks gemeint. Ein Netzwerk kann eine Quelle von sozialem Streß oder eine Quelle mitmenschlicher Unterstützung darstellen. Partner, Kinder, Verwandte und Freunde bieten Bestätigung, angenehmes Zusammensein und Hilfe, stellen aber auch Anforderungen, üben Kontrolle aus, verlangen nach Anpassungs- und Betreuungsleistungen, haben selbst schwierige Probleme oder erzeugen gerade dadurch welche, daß sie aus dem Netzwerk einer Person ausscheiden: durch Tod, Scheidung, Umzug, Zerschneiden einer Freundschaft oder andere Trennungseignisse. Soziale Netzwerke an sich bergen also sowohl ein negatives wie ein positives Potential. Die quantitativ-strukturelle Seite von sozialem Rückhalt erscheint von nur begrenztem Wert für die Forschung, so daß es geboten ist, auch die Qualität von Beziehungen zu untersuchen.

Bei House et al. (1988) wird *diese inhaltlich-funktionale* Seite wiederum unterteilt in drei Arten von sozialen Prozessen: a) soziale Unterstützung, b) soziale Regulation und Kontrolle und c) soziale Anforderungen und Konflikte. Diese Einteilung definiert soziale Unterstützung von vorneherein als ein positives Konzept und somit als eine soziale Interaktion, die der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich sein soll. Negative Beziehungsqualität dagegen bleibt den sozialen Anforderungen und den Konflikten vorbehalten. Neutral im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden ist die soziale Regulation und Kontrolle, denn hier sind unterschiedliche Wirkungen denkbar.

Für den Begriff der sozialen Unterstützung hat es eine Vielzahl unterschiedlichster Definitionsversuche gegeben. Dies reicht von so allgemeinen Charakterisierungen wie „Ressourcen, die von anderen Personen zur Verfügung gestellt werden“ (Cohen &

Syme, 1985, S. 4) bis zu sehr elaborierten Ausführungen einzelner Funktionsweisen wie z. B.: „diejenigen sozialen Interaktionen oder Beziehungen, die jemanden mit tatsächlicher Unterstützung versehen oder die jemanden in einen sozialen Zusammenhang einbetten, von dem angenommen wird, er schaffe Liebe, Fürsorge oder ein Gefühl von Zuwendung gegenüber einer geachteten sozialen Gruppe oder Dyade“ (Hobfoll, 1989, S. 121). Auf den ersten Blick scheint es plausibel, daß es einen engen Zusammenhang gibt zwischen der Größe eines Netzwerks und der Menge an Unterstützung, die man von diesem Netzwerk erhält. Lin und Westcott (1991) haben z. B. argumentiert, daß die Netzwerkstruktur besonders für den Zugang zu verschiedenen Arten funktionaler Hilfeleistungen entscheidend ist. Zum Teil konnten solche Zusammenhänge auch gezeigt werden (Barrera, 1986; Wehman & Wortley, 1990). In anderen Untersuchungen wurden jedoch eher geringe Korrelationen zwischen strukturellen (Netzwerk-)Maßen und funktionellen (Unterstützungs-)Maßen gefunden (siehe z. B. Pierce, Sarason & Sarason, 1996). Eine Ursache für solche unterschiedlichen Befunde mag darin zu suchen sein, daß es sich auch bei funktionalem Rückhalt nicht um ein homogenes Konzept handelt, sondern daß funktionaler sozialer Rückhalt sich eindeutig als mehrdimensionales Konstrukt erwiesen hat.

So unterscheidet man nicht nur zwischen verschiedenen Inhalten sozialen Rückhalts (z. B. emotional, materiell, informationell, instrumentell), sondern vor allem zwischen der *Wahrnehmung* und dem *Erhalt von Unterstützung*. Im Fall der wahrgenommenen Unterstützung geht es um das, was ein Individuum grundsätzlich an potentieller Unterstützung und Hilfe durch sein Netzwerk für verfügbar hält (z. B. „Wenn Sie ein persönliches Problem hätten, mit wievielen Personen könnten Sie vertrauensvoll darüber reden?“). Bei der erhaltenen Unterstützung ist dagegen das entscheidend, was dieses Individuum im Laufe eines bestimmten retrospektiv beurteilten Zeitraums tatsächlich an Unterstützung und Hilfe erhalten hat (z. B.: „Folgende Personen haben mir in den letzten vier Wochen Geld geliehen...“) (siehe Barrera, 1986; Leppin & Schwarzer, 1990; Schwarzer & Leppin, 1989a, 1989b). Beide Dimensionen lassen sich wiederum in einen quantitativen (Menge an Unterstützung) und einen qualitativen (Zufriedenheit mit der Unterstützung) Aspekt unterscheiden. Wahrgenommene Unterstützung kann nur über die subjektive Einschätzung des betroffenen Individuums erfaßt werden. Tatsächlich erhaltene Unterstützung läßt sich dagegen sowohl über die Wahrnehmung des Empfängers wie die des Gebers oder auch über die Beobachtung von außenstehenden Dritten erheben. Bisher wurde auch der Erhalt von Unterstützung jedoch meist über die Wahrnehmung des Empfängers gemessen.

Während der (tatsächliche) Erhalt von Unterstützung den Umweltvariablen zugeordnet werden kann, ist dies bei der subjektiven Wahrnehmung weniger eindeutig. Insofern sie eine Reflexion vorhergehender Erfahrungen mit Anerkennung, Zuwendung oder Hilfe durch die Umwelt darstellt, ist sie, auch als kognitives Konzept, eher umweltbezogen. Insofern sie jedoch ein stabiles, generalisiertes Gefühl der Akzeptanz durch andere („sense of acceptance“) repräsentiert, kommt sie einer dispositionellen Variable näher als einer behavioralen Interaktion zwischen Personen. Sehr explizit ist dieses Dispositionskonzept von Sarason, Sarason und Shearin (1986) vertreten worden (siehe auch Sarason et al., 1991). Annahmen über konkrete Unterstützungs-

leistungen, die einem im Bedarfsfall zur Verfügung stehen würden, sind hiernach nur sekundär und abgeleitet aus der übergreifenden Überzeugung, von nahestehenden anderen voll und ganz akzeptiert zu werden - eine Überzeugung, die im übrigen eng mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Selbstwertgefühl und Kontrollerleben zusammenhängt.

Während eine Reihe von Versuchen, die Wahrnehmung von Unterstützung an Außenkriterien wie der tatsächlichen Kontaktfrequenz oder der Einschätzung Dritter zu validieren, recht erfolgreich waren (Cohen, 1989; Cutrona, 1986; Vinokur, Schul & Caplan, 1987), hat sich andererseits immer wieder herausgestellt, daß die Operationalisierungen von sozialem Rückhalt als erhaltene und als wahrgenommene Unterstützung wenig bis gar nicht zusammenhängen, so daß sich die Frage stellt, inwieweit man hier überhaupt noch sinnvoll vom gleichen Konstrukt sprechen kann (siehe Leppin, 1994).

Warum ist dieser Zusammenhang so gering? Dunkel-Sehetter und Bennett (1990) haben hierzu eine Reihe von Überlegungen angestellt. Zunächst kann es daran liegen, daß zu wenig oder zu viel Unterstützung berichtet wird, weil die Leute sich einfach nicht richtig erinnern oder von vorneherein die Hilfe nicht als solche aufgefaßt haben. Zum anderen können -je nach Situation und beteiligten Personen - Erwartungen und tatsächliches Angebot an Unterstützung auseinanderklaffen. Denkbar sind sowohl positive wie negative Überraschungen. Eine Untersuchung von Peters-Golden (1982) geht in diese Richtung. Die Autorin hat Brustkrebspatientinnen nach dem Grad der erhaltenen Unterstützung gefragt und dabei erfahren, daß die meisten Frauen enttäuscht waren über die geringe oder unangemessene Unterstützung, die sie von ihren Netzwerkmitgliedern - insbesondere den Ehemännern - wirklich erhalten haben. Im Vergleich dazu wurden gesunde Frauen befragt, wieviel Rückhalt sie erwarten würden für den Fall, daß bei ihnen eines Tages Brustkrebs diagnostiziert werden sollte. Diese Frauen hatten im Vergleich zu den Patientinnen deutlich höhere Werte. Offenbar gibt es eine Art optimistischen Fehlschluß bei noch unbelasteten Menschen, der dann bei Eintritt einer Lebenskrise zur Enttäuschung führt. Weitere Bedingungen für das Auseinanderfallen von erwarteter und erhaltener Unterstützung liegen auf der Seite des Netzwerkmitglieds. Es hat sich gezeigt, daß potentielle Helfer dann eher nicht aktiv werden, wenn sie sich selbst von der Krankheit oder Krise bedroht fühlen und nicht wissen, wie man am besten hilft, wenn sie falsche Vorstellungen vom Bewältigungsprozeß haben oder wenn sie das Opfer für sein Schicksal selbst verantwortlich machen (Wortman & Dunkel-Sehetter, 1987; Wortman & Lehart, 1985). Umgekehrt kann - vor allem bei Auftritt eines positiven Lebensereignisses wie z. B. Geburt eines Kindes - natürlich auch überraschend viel Unterstützung angeboten werden.

Schließlich ist zu bedenken, daß sich Unterstützungsprozesse, wenn sie über einen langen Zeitraum anhalten, verändern können. So kann es z. B. vorkommen, daß anfänglich hilfsbereite Personen die Last der Fürsorge allmählich nicht mehr tragen können oder wollen, weil der Empfänger sich nicht dankbar zeigt, sein Zustand sich nicht verbessert und/oder die eigene Kraft nicht mehr ausreicht.

Was den differentiellen Zusammenhang zu Maßen der sozialen Integration angeht, so deutet sich an, daß der quantitative Erhalt von konkreten Unterstützungsleistungen

tatsächlich mit Netzwerkindikatoren wie Größe, Dichte, Art der Bindungen (eng vs. locker) etc. zusammenhängt (Barrera, 1986; Wehman & Wortley, 1990), während die Wahrnehmung von sozialem Rückhalt hiervon eher unbeeinflusst bleibt (Pierce, Sarason & Sarason, 1996; Schwarzer, Hahn & Schröder, 1994). Hier scheint es stattdessen fast so, als ob eine enge, vertrauensvolle Beziehung ausreicht, um sich (ausreichend) unterstützt zu fühlen (siehe auch Stroebe & Stroebe, 1995; Thoits, 1996).

Zuletzt soll an dieser Stelle noch kurz auf die grundlegende begriffliche Problematik der „sozialen Unterstützung“ eingegangen werden. Insofern hier eben nicht von interpersonellen Transaktionen oder der Wahrnehmung von Ressourcen gesprochen wird, sondern der positive Ausgang des Prozesses durch den Begriff der „Unterstützung“ bereits vorweggenommen wird, begibt sich das Konzept in einen begrifflichen Zirkel. Besonders problematisch ist dies dort, wo es um den tatsächlichen Erhalt von Unterstützung geht. Die drei theoretisch möglichen Erhebungsmethoden (Empfänger, Geber, unbeteiligte Dritte) weisen darauf hin, daß hier theoretisch auch drei verschiedene Ergebnisse möglich sind. Was ist in diesem Fall entscheidend: daß der Empfänger sich subjektiv unterstützt fühlt, auch wenn dem „Geber“ der helfende Akt vielleicht nicht einmal bewußt war? Oder daß der Geber die Intention hatte zu helfen, auch wenn der Empfänger sich durch die Hilfe beleidigt oder zusätzlich belastet fühlt? Die Forschung zur sozialen Unterstützung hat sich bis heute fast ausschließlich auf die Empfängerperspektive gestützt, während die experimentelle Hilfeforschung sich mehr auf die Sicht des aktiv Handelnden konzentriert hat. Da eine Entscheidung für eine dieser Perspektiven wenig sinnvoll erscheint, wäre eine Betrachtungsweise weg von der Analyse einer kurzfristigen Handlung hin zu der von langfristigen sozialen Transaktionen dringend geboten.

Wirkungsweisen sozialer Unterstützung

Sozial gut eingebettet zu sein, sich geliebt und akzeptiert zu fühlen und mit der Hilfe anderer rechnen zu können, übt - so die grundlegende Annahme der Forschung zum sozialen Rückhalt - eine wohltuende Wirkung auf die Befindlichkeit aus. Dies wird als „Haupteffektmodell“ bezeichnet im Gegensatz zum „Puffermodell“, das annimmt, soziale Unterstützung werde erst im Fall einer Krise wirksam, indem sie mögliche schädliche Auswirkungen dieser Krise dampft oder gleich zum Verschwinden bringt. Personen mit starkem Streßerleben und einem hohen Maß an sozialem Rückhalt sollte es demnach besser gehen als Personen mit ebenfalls starkem Streß, aber einem geringen Maß an sozialer Unterstützung. Inzwischen herrscht weitgehend Einigkeit, daß beide Modelle ihre Berechtigung haben, daß ihre Geltung aber von der Art des Rückhalts, der untersucht wird, sowie von bestimmten situativen und personellen Randbedingungen abhängt. Diese Geltungsbereiche sind von einer Reihe theoretischer und empirischer Arbeiten ausgeleuchtet worden (vgl. Cohen & McKay, 1984; Cohen & Wills, 1985; Turner, 1983). Dabei wird meist die Auffassung vertreten, Haupteffekte träten vor allem im Zusammenhang mit Maßen der sozialen Integration auf,

insofern das Vorhandensein sozialer Beziehungen - unabhängig von konkreten situativen Bedingungen - Stabilität in das Leben eines Individuums bringt. Maße der erhaltenen Unterstützung, so wird dagegen angenommen, stehen besonders mit Puffereffekten in Verbindung, da der Erhalt von Unterstützung voraussetzt, daß eine Bedarfssituation, das heißt eine Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Zustand vorliegt. Maße der wahrgenommenen Unterstützung lassen sich, verglichen hiermit, weniger eindeutig einem bestimmten Effekttyp zuordnen. In welche Richtung der Effekt geht, scheint unter anderem davon abzuhängen, um welche inhaltliche Unterstützungsdimension es geht (emotional vs. instrumentell) und wie problemangepaßt diese jeweilige Dimension ist. Bei hoher Spezifität der Unterstützung ist z. B. eher ein Puffer- als ein Haupteffekt wahrscheinlich. Allerdings konnten dort, wo Puffereffekte gefunden wurden, die statistischen Interaktionsterme meist nur einen sehr geringen Anteil der Kriteriumsvarianz erklären. So haben z. B. Cohen, Sherrod und Clark (1986) in einer vielzitierten Untersuchung die Wirkungen von sozialem Rückhalt auf Depressionen bestimmt und dabei die erwarteten Puffereffekte gefunden; aber die Varianzaufklärungen lagen meist unter einem Prozent.

Cohen (1988, 1989) hat die Einflüsse von sozialer Unterstützung auf die Entstehung von Krankheiten modellhaft dargestellt. Er unterscheidet hauptsächlich zwischen den (a) einfachen (generischen) Modellen, (b) den streßbezogenen Modellen und (c) den psychosozialen Prozeßmodellen. Im einfachen Fall übt sozialer Rückhalt eine präventive Wirkung gegenüber Erkrankungen aus, indem er z. B. protektive Gesundheitsverhaltensweisen begünstigt. Nahestehende Personen zeigen ein positives Modellverhalten oder geben gesundheitsförderliche Instruktionen, Ratschläge und Hinweisreize. Problematisch ist hier einmal mehr das Kriterium für die Definition von sozialer Unterstützung. Zahlt auch nicht-intentionales Modellverhalten, reicht die positive Intention des Gebers oder muß der Empfänger die Einflußnahme nicht nur als solche wahrnehmen, sondern auch als „hilfreich“ identifizieren? Wie oft wird z. B. besorgte Einflußnahme auf Alkohol- oder Tabakkonsum oder das Eßverhalten seitens des Ehepartners vom Rezipienten eher als „Nörgeln“ und somit als soziale Kontrolle verstanden?

Eine weitere Möglichkeit direkter Einwirkung ist die Beeinflussung psychischer Zustände (Freude, Traurigkeit etc.) bzw. generalisierter Annahmen über das Selbst wie Selbstwertgefühl oder Kontrollerleben. Von diesen affektiven Zuständen wird wiederum angenommen, daß sie entweder gesundheitsprotektive Verhaltensweisen hervorrufen und/oder einen direkten Einfluß auf neuroendokrine Prozesse haben. Diese gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bzw. die neuroendokrinen Prozesse haben ihrerseits einen Einfluß auf weitere gesundheitsrelevante Regulationssysteme wie das Immunsystem oder die kardiovaskuläre Regulation. Es bleibt zu prüfen, inwieweit dieses Modell wirklich biologisch plausibel ist. Demnach müßte soziale Unterstützung in der Lage sein, vermittelt über affektive Zustände und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, neuroendokrine und hämodynamische Prozesse zu unterdrücken, während die Immunkompetenz gefördert wird. Zumindest im Humanbereich sind empirische Befunde auf diesem Gebiet jedoch noch selten und beziehen sich meist eher auf soziales Streß- bzw. Einsamkeitserleben statt auf soziale Unterstützung im engeren Sinne (Glaser et al., 1992; Kennedy, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Eine

neuere Studie von Esterling, Kiecolt-Glaser, Bodnar und Glaser (1995) konnte allerdings auch einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und dem Immunstatus bei älteren Erwachsenen nachweisen.

Beim streßbezogenen Modell nimmt Cohen die bekannte Unterscheidung zwischen Haupteffekten und Puffereffekten wieder auf und verweist auf Bedingungen, unter denen diese auftreten können. Puffereffekte sind demnach an zwei Stellen des pathogenen Prozesses von Bedeutung: zunächst bei der kognitiven Einschätzung von streßreichen Ereignissen (appraisal support) und/oder später bei der Minderung gesundheitsschädlicher physiologischer Vorgänge (z. B. neuroendokrine Reaktion) und Coping-Mechanismen. Diese beiden grundlegenden Modelle hat Cohen (1988) in weiteren *psychosozialen Prozeßmodellen* inhaltlich spezifiziert, das heißt er hat Haupteffekt- und Streßmodell nach verschiedenen psychosozialen Vermittlungsmechanismen (Selbstwertgefühl, sozialer Einfluß, materiell-instrumentelle Ressourcen etc.) untergliedert.

Eine Alternative zu dieser Perspektive stellen die pfadanalytischen Kausalmodelle dar, die von Barrera (1986), Newcomb (1990) und Schwarzer und Leppin (1989a, S. 40-48) entwickelt worden sind. Ihnen liegt die Annahme zugrunde, daß man multivariable Prozesse längsschnittlich untersuchen und dabei zwischen distalen und proximalen Einflußgrößen unterscheiden sollte. Nicht so sehr Moderatorwirkungen (Puffer), sondern eher Mediatorwirkungen werden postuliert - nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, daß es bisher nicht gelungen ist, varianzstarke Interaktionen zu identifizieren.

Soziale Integration läßt sich als distale Einflußgröße spezifizieren, die sich direkt auf die Wahrnehmung von Unterstützung sowie auf das Bewältigungsverhalten, jedoch nur indirekt auf die Streßeinschätzung, auf den Erhalt von Unterstützung und die pathogenen Prozesse auswirkt. Direkt beeinflußt werden das Bewältigungsverhalten und die wahrgenommene Unterstützung auch durch überdauernde Merkmale der Persönlichkeit. Entsprechende Zusammenhänge wurden z. B. von Sarason, Sarason und Shearin (1986) dokumentiert. Als Beispiele für den Einfluß von Persönlichkeitsmerkmalen seien hier nur zwei genannt: schwache soziale Kompetenz und ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl verringern die Wahrscheinlichkeit, auf geschickte und assertive Weise ein soziales Netz zu mobilisieren; ein unrealistisch hohes Selbstwertgefühl führt dagegen zu einer Überschätzung der Verfügbarkeit von Hilfeleistungen im Krisenfall.

Kognitive Streßeinschätzungen gelten als Ausgangspunkt für Emotionen, Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit und schließlich Gesundheit. Nach der Theorie von Lazarus (1991, 1993) handelt es sich bei sozialem Rückhalt um eine Ressource der sozialen Umwelt, die den streßreichen Anforderungen gegenübergestellt wird. Danach ist das tatsächliche soziale Netz eine antezedente Variable, während die wahrgenommene Unterstützung eine Transaktionsvariable („coping option“) darstellt. Soziale, personale, materielle und gesundheitliche Ressourcen einer Person bilden bei der entsprechenden Streßeinschätzung („secondary appraisal“) das Gegengewicht zur Einschätzung der Belastungsfaktoren („primary appraisal“), bei der ermittelt wird, was und wieviel für jemanden auf dem Spiel steht („stakes“). Die Nichtverfügbarkeit einer solchen Ressource kann - z. B. beim Verlust eines Angehörigen, wo der Belastungs-

faktor und die Nicht(mehr)verfügbarkeit der Ressource auch noch zusammenfallen - eine schwerwiegende Beeinträchtigung schon in der Streßeinschätzungsphase ausmachen und sich dann verheerend auf die nachfolgenden Streßverarbeitungsphasen auswirken (vgl. auch die Ressourcentheorie von Hobfoll, 1988, 1989).

Streßeinschätzungen beeinflussen pathogene Prozesse nicht nur auf direktem Weg, sondern auch indirekt, indem zunächst ein bestimmtes Bewältigungsverhalten hervorgerufen wird, welches dann wiederum den Gesundheitszustand beeinflusst. In diesem Kontext kann soziale Unterstützung erneut eine Rolle spielen. So kommt, in der Theorie von Lazarus, der sozialen Unterstützung auch innerhalb des Bewältigungsprozesses Bedeutung zu: Jemanden um Hilfe zu bitten, gilt als eine der hauptsächlichsten Coping-Strategien. Dabei können sowohl problem-orientierte als auch emotions-orientierte Bewältigungsformen soziale Unterstützungsvorgänge einschließen. Man kann sich Rat und Geld besorgen, Dienstleistungen in Anspruch nehmen oder sich emotional anlehnen und sich durch andere von den eigenen Problemen ablenken lassen. Konsequenterweise bildet daher die aktive Mobilisierung von Unterstützung eine der acht Unterskalen des „Ways of Coping“-Fragebogens von Folkman und Lazarus (1989). Die zur Zeit dominante Streßerlebens- und Streßbewältigungstheorie von Lazarus (1991) stimmt also sehr gut mit der hier vorgenommenen Unterscheidung von wahrgenommener und erhaltener Unterstützung als zeitlich und psychologisch distinkter Vorgänge überein. Den Zusammenhang zwischen Bewältigung und Unterstützung kann man übrigens auch aus der Perspektive der „Unterstützer“ betrachten. Zum einen führt der soziale Rückhalt zu besseren Bewältigungsstrategien: z. B. helfen Nahestehende bei der Lösung akuter Probleme, stärken Selbstvertrauen, geben wertvolle Hinweise und motivieren zum Durchhalten; andererseits sind die Helfer aber vor allem dann zur Unterstützung motiviert, wenn der potentielle Empfänger sich selbst aktiv um eine Problemlösung bemüht, Anstrengung investiert und sich sozial attraktiv darstellt. Aymanns, Filipp und Klauer (1995) berichten z. B. aus einer Studie mit Krebspatienten, daß diejenigen, die ein hohes Maß an Bedrohungsreduktion als Coping-Strategie anwandten, deutlich mehr emotionale Unterstützung durch ihre Familie wahrnahmen und auch zufriedener mit dieser Unterstützung waren als diejenigen, die viel über ihre Krankheit grübelten (siehe auch Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987; Schwarzer & Weiner, 1990, 1991). So scheint es für die soziale Umwelt besonders schwer, Depressiven dauerhaft hilfreich zur Seite zu stehen, wenn diese - wie durch die Krankheitsdiagnose definiert - passiv, zurückgezogen und hilflos-gleichgültig reagieren oder sich gar undankbar, unfreundlich oder sozial destruktiv verhalten. Insofern ist zu berücksichtigen, daß es auch zu sozialen Selektionsprozessen kommen kann. Das soziale Netzwerk schützt - bis zu einem gewissen Grad - vor destruktiven Gesundheitsverhaltensweisen, vor der Wahrnehmung von Streß und vor ungünstiger Problembewältigung. Umgekehrt kann jedoch auch destruktives Copingverhalten (z. B. übermäßiger Alkoholkonsum, Gewalttätigkeit) oder dauerhafte Überlastung durch Streßerleben zur Reduktion des Netzwerkes und zur Erschöpfung der Unterstützungsressourcen führen (siehe hierzu auch Dunkel-Schetter & Skokan, 1990; Silver, Wortman & Crofton, 1990). Coping und sozialer Rückhalt sind also nicht eindeutig als abhängige oder unabhängige Variablen aufzufassen, sondern je nach Situation können sie mal die eine, mal die

andere Funktion haben und können daher sinnvoll auch nur im Kontext eines Prozeßmodells verstanden werden. Bis heute sind die hier postulierten Vermittlungsmechanismen jedoch kaum empirisch überprüft (siehe Thoits, 1996).

Soziale Integration, soziale Unterstützung und Krankheit

Eingebettet zu sein in ein Netzwerk von Familie und Freunden stellt ein Potential dar, das man als eine Streßressource bezeichnen kann, auch dann, wenn es gar nicht zu objektiv hilfreichen Interaktionen kommt. Allein das Gefühl der Zugehörigkeit und die Option, im Krisenfall das Netz mobilisieren zu können, zeigen eine protektive Wirkung. Mit Beginn der Alameda County Study (Berkman & Syme, 1979) lassen sich acht gemeindeorientierte prospektive epidemiologische Studien identifizieren, die eine Verbindung zwischen Mangel an sozialer Integration auf der einen Seite und Morbidität und Mortalität auf der anderen Seite dokumentiert haben (Berkman, 1995). Diejenigen Personen, die am meisten sozial isoliert waren, hatten das höchste Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen und Sterbeursachen. Man muß dabei aber bedenken, daß die entsprechenden Effekte nur sehr gering ausfallen, wie sich in einer Meta-Analyse herausstellte (Schwarzer & Leppin, 1989a, 1989b). Das Forschungsinteresse hat sich allerdings, ausgehend von der Frage nach der Existenz von Beziehungen, nun mehr darauf verlagert herauszufinden, welches die kausalen Einflußwege sind, die das soziale Netz gesundheitsförderlich machen. Dazu ist es nötig, danach zu differenzieren, ob die Effekte schon früh im Zuge der Pathogenese auftreten, erst während der akuten Entwicklung von Krankheiten und deren Verlauf oder besonders in der abschließenden Phase der Genesung oder bei der Herauszögerung des Todes. Es bedarf der Klärung, unter welchen besonderen Bedingungen das Vorhandensein eines potentiell hilfreichen Netzes die deutlichsten Wirkungen zeitigt.

Einige Studien haben herausgefunden, daß die Überlebensraten von Herzinfarktpatienten bei denen höher liegen, die gut sozial eingebettet sind. Ruberman et al. (1984) untersuchten 2.320 männliche Überlebende eines akuten Myokardinfarkts und fanden, daß die sozial Isolierten unter ihnen ein doppelt so hohes Risiko hatten, während der folgenden drei Jahre zu sterben, als die sozial Integrierten. In einer schwedischen Studie an 150 Herzpatienten lag die entsprechende Quote bei dem Dreifachen, gemessen über einen Zeitraum von zehn Jahren (Orth-Gomer, Unden & Edwards, 1988). Die Diagnose von koronaren Herzkrankheiten erwies sich als korreliert mit dem Familienstand bei 1.368 Patienten, von denen die meisten Männer waren (Williams et al., 1992). Die Unverheirateten hatten eine mehr als dreimal so hohe Mortalitätsrate innerhalb von fünf Jahren als die Verheirateten oder an eine Partnerin Gebundenen. Der Familienstand war in einer Studie von Case et al. (1992) auch mit wiederkehrenden koronaren Krankheitszeichen assoziiert, wobei die Alleinlebenden ein höheres Risiko hatten, Herzinfarkte zu erleiden sowie daran zu sterben.

In einer anderen prospektiven Studie wurden 100 Männer und 94 Frauen, die wegen eines Herzinfarkts im Krankenhaus lagen, danach gefragt, über wieviele Quellen von emotionaler Unterstützung sie verfügten, nämlich keine, eine, zwei oder mehr als zwei (Berkman, Leo-Summers & Horwitz, 1992). Diese Anzahl erwies sich als prädiktiv für die Mortalitätsrate in den nächsten sechs Monaten, auch nachdem andere Faktoren wie Alter, Geschlecht, andere Erkrankungen sowie Schweregrad des Herzinfarkts statistisch kontrolliert worden waren.

Diese fünf Studien richteten sich in erster Linie auf die Überlebensrate nach einem kritischen Ereignis. Offensichtlich kann der Genesungsprozeß davon beeinflusst werden, daß ein soziales Netzwerk zur Verfügung steht. Ein Gefühl von Zugehörigkeit und Intimität spielt eine Rolle bei der Bewältigung von schweren Erkrankungen. Bei der Frage nach den kausalen Einflüßwegen für diese Wirkung werden physiologische und verhaltensbezogene Pfade diskutiert. Zu den physiologischen Einflüssen zählen immunologische und neuroendokrine Veränderungen (Ader, Fehen & Cohen, 1991). Es ist bekannt, daß Verluste und Trauer zu einer Verschlechterung der Immunparameter führen können, insbesondere beeinträchtigen sie die Aktivität der natürlichen Killerzellen sowie die zelluläre Immunität. Die somit verminderte Widerstandskraft des Organismus macht diesen empfänglich für eine Vielzahl von Erkrankungen, darunter auch Infektionen und Tumorzellwachstum. Die Qualität von Sozialbeziehungen, z. B. von Ehen, hat sich daher auch als Prädiktor des Immunstatus erwiesen (Kiecolt-Glaser et al., 1987, 1992). Sozialer Streß gilt ganz allgemein als schädlich für das Immunsystem (Cohen et al., 1995; Cohen & Williamson, 1991; Herbert et al., 1994). Das neuroendokrine System, auf der anderen Seite, ist enger mit der kardiovaskulären Reaktivität und physiologischer Erregung verbunden, was für die Entstehung von koronaren Herzerkrankungen von Bedeutung ist. In einer Studie von Seeman et al. (1994) war die emotionale Unterstützung mit neuroendokrinen Parametern korreliert wie z. B. Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol im Urin älterer Menschen. Soziale Integration stand in schwächerem Zusammenhang damit als emotionale Unterstützung.

Der verhaltensbezogene Pfad der Beeinflussung von Gesundheit und Krankheit ist in Studien hervorgetreten, die den Zusammenhang zwischen sozialer Integration und spezifischen Gesundheitsverhaltensweisen erforschten, die ihrerseits im Sinne eines Mediators die Entstehung oder Prävention von Krankheiten sowie die Genesung beeinflussten (Cohen, 1988). Weiter unten gehen wir noch einmal auf den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheitsverhalten ein.

In einer Meta-Analyse haben wir 80 Studien mit 60.936 Personen ausgewertet, wobei sich 110 unabhängige Zusammenhänge zwischen sozialem Rückhalt und Morbidität bzw. Mortalität ermitteln ließen (Schwarzer & Leppin, 1989a, 1989b). Bildete man einen globalen Mittelwert aller 110 Korrelationskoeffizienten - gewichtet mit den jeweiligen Stichprobengrößen -, so erhielt man eine Beziehung von nur $r = -.07$. Wichtiger ist dagegen, für theoretisch relevante Teildatensätze die mittleren Effektgrößen zu bestimmen. Verglich man z. B. den Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Krankheit ($r = -.06$) mit dem Zusammenhang zwischen Unterstützungszufriedenheit und Krankheit ($r = -.25$), so ergab sich ein bedeutsamer Unterschied. Die evaluative Komponente hing also viel enger mit dem Kriterium

zusammen als der strukturelle Aspekt sozialer Einbettung. Dies entspricht dem Wirkungsmodell, denn soziale Integration ist hiernach nur ein distaler Prädiktor, der vielleicht eng mit Bewältigungsverhalten und wahrgenommener Unterstützung in Beziehung steht, nicht aber mit Gesundheit. Proximale Indikatoren, also die inhaltlich-funktionalen Maße, standen erwartungsgemäß den Gesundheitsbeschwerden naher ($r = -.11$ und $r = -.18$). Ein interessanter Unterschied zeigte sich bei der Trennung zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung (Leppin & Schwarzer, 1990). Wahrgenommene Unterstützung korrelierte mit Gesundheitsbeschwerden zu $r = -.11$ ($k = 31$; $N = 14.893$), während erhaltene Unterstützung zu $r = +.12$ korrelierte ($k = 7$; $N = 451$). Nur hier trat der Fall ein, daß ein Mehr an Unterstützung mit einem Mehr an gesundheitlichen Beschwerden assoziiert war. Dieser „kontraproduktive“ Effekt mag primär in der oft zeitgleichen Erhebung von erhaltener Unterstützung und dem jeweiligen Kriterium begründet sein. Wenn hier positive Beziehungen auftreten, muß dies nicht unbedingt auf eine schädigende Wirkung erhaltener Unterstützung hindeuten. Ein Mehr an erhaltener Unterstützung in der Vergangenheit kann auch auf einen erhöhten Bedarf an Hilfe aufgrund einer akuten Problemsituation hinweisen. Tritt ein Problem auf, mobilisiert die betroffene Person ihr Netzwerk, hat also, wenn diese Mobilisierung erfolgreich ist, neben dem Problem auch mehr Unterstützung. Deren positive Auswirkungen waren dann jedoch erst längerfristig festzustellen („Mobilisierungsmodell“). Denkbar ist jedoch auch, daß erhaltene Hilfe unter Umständen tatsächlich ambivalentere Effekte erzeugt als die reine Erwartung, Hilfe erhalten zu können, oder die Einschätzung, geliebt und akzeptiert zu werden. Diese Form der Unterstützung ist nicht selten mit Auflagen des Gebers verknüpft oder geht mit Gefühlen von Unterlegenheit oder Abhängigkeit auf seiten des Empfängers einher. In diesem Fall kann sie durchaus auch negative Emotionen und Befindlichkeiten auslösen. Coyne und Bolger (1990) haben diesen Blickwinkel noch erweitert und darauf hingewiesen, daß solche Streß-induzierten hilfreichen Transaktionen grundsätzlich auf einen Zusammenbruch gemeinsamer Routinen und habitueller Definitionen von Beziehungen hinweisen. „Explizite hilfreiche Transaktionen treten auf, wenn diese Definitionen und Routinen sich als inadäquat erwiesen haben und nachgebessert werden müssen. So suchen z. B. Menschen unter Streß nach Anzeichen emotionaler Bestätigung, wenn ihr Selbstbild oder ihre Position in einer Beziehung ins Wanken gerät“ (S. 150). Demnach wäre gerade die Abwesenheit expliziter hilfreicher Transaktionen effektiver und würde mehr über die Stärke der Beziehung aussagen als deren Auftreten. Diese Aussage läßt sich sicherlich nicht generalisieren, trifft aber gleichwohl einen in der Support-Forschung bisher vernachlässigten Aspekt sozialer Interaktionen. Vermutlich kommt es hier wesentlich darauf an, situative Kontexte zu spezifizieren, unter denen solche expliziten Unterstützungshandlungen mehr oder eher weniger hilfreich sind.

Die Tatsache, daß die mittleren Korrelationen über die vielen Studien hinweg eher gering ausfielen, liegt zum einen in der Natur von Meta-Analysen begründet, die ja auch die nicht-signifikanten Ergebnisse einbeziehen und somit die vielzitierten „Renommierbefunde“ relativierten, und zum anderen auch darin, daß ohnehin die Korrelationskoeffizienten weniger spektakulär sind als epidemiologische Maße wie z. B. das relative Risiko. So haben Berkman und Syme (1979) anhand von Extrem-

gruppen ausgerechnet, daß das Mortalitätsrisiko für sozial schwach integrierte Frauen 2,8mal so hoch ist wie das für sozial gut integrierte. Dieser Sterberate entsprach nach der Reanalyse der Daten aller Frauen (nicht nur der Extremgruppen) einer Effektgröße von nur $r = -.07$ (Schwarzer & Leppin, 1989a, S. 209-213). Man sieht daran, daß Ergebnisse manchmal weniger spektakulär ausfallen, wenn man eine andere Auswertungsstrategie wählt.

Nachdem die Befundlage quantitativ charakterisiert wurde, soll die nun folgende Beschreibung einiger neuerer Untersuchungen die aktuelle Forschungslage illustrieren, wobei hier besonders auf Studien eingegangen werden soll, die die Komplexität und potentielle Ambivalenz sozialer Einflußprozesse verdeutlichen.

Pakenham, Dadds und Terry (1994) haben Prozesse sozialer Unterstützung und individuellen Copings bei 96 HIV-infizierten Männern untersucht und dabei gefunden, daß emotionale Unterstützung mit der psychischen Befindlichkeit, aber auch mit dem Immunstatus und dem Erleben physischer Beschwerden einherging, wobei die körperlichen Beschwerden jedoch nur bei den Personen beeinflußt wurden, die sich in einem frühen, asymptomatischen Stadium der Krankheit befanden. Gleichzeitig stellte sich jedoch auch heraus, daß diejenigen, die einen festen Partner hatten, mehr physische Symptome und eine schlechtere psychische Befindlichkeit aufwiesen. Da es sich hier um einen Querschnitt handelte, ist denkbar, daß diejenigen, denen es schlechter ging, auch eher geneigt waren, bei einem festen Partner zu bleiben, statt häufiger die Beziehung zu wechseln. Die Autoren vermuten jedoch, daß die feste Beziehung nicht selten mit einer Art „overprotectiveness“ einherging. Solche übermäßige Vorsicht und Betreuung seitens des Partners wurde von den Betroffenen am häufigsten genannt, wenn die Frage nach nicht hilfreichen Unterstützungsversuchen gestellt wurde. Ein auf den ersten Blick paradoxer Effekt ergab sich auch in Hinblick auf die Netzwerkgröße und die Anzahl der engen Freunde. Beide Indikatoren wiesen ein signifikant negatives Verhältnis zum Immunstatus auf, das heißt Männer mit größeren Netzwerken und mehr engen Freunden hatten schlechtere Immunparameter als Männer mit einem kleineren sozialen Umfeld und weniger engen Freunden. Da es keine Interaktion zwischen dem Stadium der Krankheit und den Netzwerkindikatoren gab, ist unwahrscheinlich, daß kränkere Männer - aufgrund ihrer Krankheit - mehr Kontakt/Zuwendung erhielten. Es scheint stattdessen eher so zu sein, daß größere Netzwerke mit einem höheren Grad an Aufwand und Anstrengung einhergehen und deshalb den Immunstatus beeinträchtigen (vgl. auch Schwarzer, Dunkel-Schetter & Kemeny, 1994).

Wenn man also nur die gesundheitsförderlichen Aspekte von Sozialbeziehungen betrachtet, blendet man wichtige Informationen aus, die bei der Analyse des Einflusses sozialer Faktoren insgesamt von Bedeutung wären. House et al. (1988) haben den Inhalt sozialer Beziehungen ja nach *Unterstützung*, *Regulation* und *Konflikten* unterteilt (siehe oben), und es wäre in diesem Forschungszweig wünschenswert, die relative Bedeutung des Unterstützungsaspekts, gemessen an den abträglichen Interaktionen, zu bestimmen. Ein solches Ziel lag der Studie von Manne und Zautra (1989) zugrunde. Sie haben 103 Frauen mit rheumatischer Arthritis sowie deren Männer untersucht. Die erhaltene Partner-Unterstützung wurde mit einer 10-Item-Skala erfaßt, die sich auf instrumentelle und Bewertungsunterstützung bezog. Der negative

Beziehungsaspekt wurde in Interviews mit den Männern erhoben, wobei ausgezählt wurde, wie oft die Männer kritische Anmerkungen über ihre Frau und über das Zusammenleben mit der Patientin in das Interview einfließen ließen. Die beiden Aspekte sozialen Rückhalts sowie die Negativinteraktionen wurden mit der Krankheitsbewältigung seitens der Frauen sowie mit der seelischen Gesundheit („psychological adjustment“) in Beziehung gesetzt. In einer Pfadanalyse zeigte sich modellgemäß, daß die beiden sozialen Variablen das Coping beeinflussten und dieses wiederum die seelische Gesundheit. Positive Bewältigung, nämlich Suchen nach Informationen und kognitives Umstrukturieren, ließen sich durch die erhaltene Partnerunterstützung vorhersagen ($r = .43$), während ineffektive Bewältigung, nämlich unrealistisches Grübeln (Wunschdenken) durch die Partnerkritik vorhergesagt wurde ($r = .24$). Seelische Gesundheit resultierte aus positiver Bewältigung ($r = .29$) und Unterlassung von Wunschdenken ($r = -.55$). Daneben zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der funktionalen Beeinträchtigung (Grad an Bewegungsunfähigkeit) der Patientin und der Partnerkritik ($r = .34$). Dies läßt entweder darauf schließen, daß Kritik - vermutlich vermittelt über Streßerleben - den funktionalen Zustand beeinträchtigt hat oder daß sich die Ehemänner von den funktionalen Schwierigkeiten ihrer Partnerinnen im Lebensalltag ihrerseits gehandicapt fühlten. Da es sich hier um ein Querschnittsdesign handelte, sind eindeutige Kausalaussagen nicht möglich; andererseits ist auch plausibel, daß es sich hier um ein sehr komplexes Wechselgefüge gegenseitiger Beeinflussung handelt. Lanza, Cameron und Revenson (1995) haben im Rahmen von zwei Studien an Patienten mit rheumatischer Arthritis explizit nach hilfreichen und weniger hilfreichen Unterstützungshandlungen gefragt und fanden dabei, daß die Ehepartner zwar am ehesten von allen potentiell unterstützenden Personen hilfreiche emotionale Unterstützung boten, daß sie aber gleichzeitig auch diejenigen waren, die am ehesten als nicht hilfreich in emotionaler Hinsicht wahrgenommen wurden, wobei ein wichtiger Punkt hier die Ignorierung oder Trivialisierung der durch die Arthritis verursachten Schmerzen war. Bewältigungsstrategien, die nahe Bezugspersonen also vermutlich nicht zuletzt zur eigenen Entlastung als Unterstützung anbieten, werden von den Empfängern nicht immer als Unterstützung erlebt (Kraaimaat, van Dam-Baggen & Bijlsma, 1995). Wichtig ist also, daß a) negative Beziehungsaspekte (z. B. auch Mangel an erwarteter Unterstützung) bei der Vorhersage von Krankheit und Befindlichkeit starker erforscht werden sollten und b) soziale Faktoren wohl meist indirekte Effekte auf Gesundheitsbeschwerden ausüben, indem sie zunächst die Bewältigungsprozesse beeinflussen, die dann ihrerseits den Gesundheitszustand mitbestimmen. Wie schon oben erwähnt, ist das Zusammenspiel zwischen Coping und Unterstützung nicht hinreichend geklärt, und beide Wirkungsrichtungen bleiben daher - bis auf weiteres - möglich.

Wie schwer es ist, positive und negative Interaktionen voneinander abzugrenzen und somit auch zu bestimmen, was sozialen Rückhalt ausmacht, zeigt eine weitere Studie, ebenfalls an Arthritispatienten, von Melamed und Brenner (1990). Hier wurden 35 ältere Ehepaare untersucht, von denen ein Partner seit jeweils mindestens 14 Jahren arthrose-krank war. Die Paare wurden aufgefordert, eine Alltagssituation zu nennen, in der der Patient/die Patientin Schmerzen oder Schwierigkeiten bei der Bewältigung einer motorischen Anforderung hatte. Danach wurden beide - getrennt

voneinander - nach Reaktionen des Partners/der Partnerin gefragt. Klassifiziert wurden diese Handlungen dann in drei Gruppen: Bemühungen/instrumentelle Hilfe (z. B. Schmerzmedikamente reichen, etwas zum Essen besorgen etc.), Ablenkungen (etwas vorlesen, erzählen etc.) und Strafen (Ignorieren, Arger bekunden etc.). Die Patienten wurden nun gebeten, die einzelnen Aktionen danach zu beurteilen, ob sie hilfreich, neutral oder nicht hilfreich/schädlich gewesen seien. Hier zeigte sich überraschenderweise, daß ein beträchtlicher Teil der Patienten Strafen, nicht aber Bemühungen/Hilfen als hilfreich einschätzte. Außerdem zeigte sich, daß pro einzuschätzender Handlung etwa nur jeweils die Hälfte aller Paare sich einig darüber war, welche Handlungen hilfreich oder nicht hilfreich waren. Angesichts solcher Befunde scheinen sowohl rein verhaltensbezogene wie auch rein subjektiv-empfängerbezogene Definitionen und Operationalisierungen sozialen Rückhalts problematisch bzw. zu kurz gegriffen.

Eine weitere ungeklärte Frage in der Support-Krankheitsbeziehung liegt im zeitlichen Einflußmuster, denn chronische Krankheiten wie Krebs oder degenerative Herzerkrankungen entwickeln sich nur langsam über die Lebensspanne hinweg, können demnach nicht nur von gelegentlicher Hilfeleistung oder von emotionaler Zuwendung in einer einmaligen Streßsituation abhängen. Cohen (1989) hält nur die soziale Integration für ein hinreichend stabiles Merkmal und dieses somit auch für die wichtigste Einflußgröße für die Genese chronischer Erkrankungen, während er soziale Unterstützung als kurzfristige Erscheinung interpretiert, die nur mit akuten Symptomen oder Störungen in Verbindung zu bringen ist. Cohen, Kaplan und Manuck (1989) haben die Literatur zum Zusammenhang zwischen koronaren Herzerkrankungen und sozialen Faktoren gesichtet und sind dabei zu folgenden - spekulativen - Annahmen gekommen: Soziale Integration als stabiles Merkmal könnte sich auf Arteriosklerose auswirken, während die - eher instabile - wahrgenommene Unterstützung als Prädiktor für Arrhythmie und plötzlichen Herztod, also kurzzeitige Krankheiten, infrage käme. Von erhaltener Unterstützung ist hier übrigens nicht die Rede. Diese Hypothese korrespondiert mit früheren Annahmen (Cohen & Wills, 1985), nach denen wahrgenommene Unterstützung eher als Streßpuffer wirkt, soziale Integration dagegen eher Haupteffekte hervorruft. Diese Spekulationen sind vielleicht etwas voreilig, wenn man bedenkt, daß wahrgenommene Unterstützung im Sinne eines „sense of acceptance“ durchaus ein stabiles (Persönlichkeits-)Merkmal sein kann (Sarason et al., 1986; Sarason et al., 1991). Wichtiger als die Stabilität erscheint uns der kausale Status der unterschiedlichen Variablen des sozialen Rückhalts und die Rolle der Mediatoren.

Es ist anzunehmen, daß die bivariaten Beziehungen zwischen sozialem Rückhalt und irgendwelchen Gesundheitsvariablen generell unterschätzt werden. Indirekte Effekte, die durch Mediatoren hindurchwirken, können höher ausfallen als die normalerweise untersuchten direkten Effekte, so daß nur die totalen Effekte (direkte plus indirekte) zu einer realistischen Einschätzung des fraglichen Zusammenhangs führen. Cohen (1988) hat darauf hingewiesen, daß gerade bei epidemiologischen Arbeiten alle möglichen Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität usw. aus den Regressionsgleichungen entfernt wurden, um die „reine“ Beziehung zwischen sozialen Variablen und Morbidität bzw. Mortalität zu bestimmen.

Sozialer Rückhalt kann aber gerade auf dasjenige Verhalten einen förderlichen Einfluß ausüben, das für weniger Morbidität verantwortlich ist.

Die Vernachlässigung solcher indirekten Effekte über Verhaltensmediatoren führt demnach zu einer Unterschätzung oder zumindest Fehleinschätzung der Bedeutung sozialen Rückhalts. Im folgenden soll daher genauer auf den Zusammenhang zwischen Unterstützung und Gesundheitsverhalten eingegangen werden.

Soziale Unterstützung und Gesundheitsverhalten

Bezugsgruppen und signifikante Andere vermitteln Normen und Hinweise darüber, wie man sich in gesundheitlicher Hinsicht verhalten sollte. Wie oft man sich die Zähne putzt, ob man im Auto den Sicherheitsgurt anlegt, Zigaretten raucht, regelmäßige Sport treibt, sich fettreich oder fettarm ernährt - dies ist alles wesentlich vom Verhalten und den Einstellungen des engeren sozialen Umfeldes abhängig. Je nachdem wie dieses zusammengesetzt ist, können die Effekte also positiv oder negativ ausfallen. Die bisherigen Studien zeigen jedoch für soziale Integration insgesamt einen positiven „Nettoeffekt“, der auch nach Abzug möglicher Kosten durch negative Einflüsse eine gewisse protektive Wirkung zu garantieren scheint. Berkman und Syme (1979) berichteten so z. B. aus der Alameda County Studie von einem förderlichen Einfluß sozialer Integration auf behaviorale Gesundheitsrisiken wie Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht und das Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen. Blazer (1982) konnte in einer Zufallsstichprobe älterer Menschen ebenfalls positive Zusammenhänge zwischen Netzwerkindikatoren und gesundheitsförderlicher Lebensweise aufzeigen, und auch Umberson (1987) wies nach, daß Verheiratete und Personen mit Kindern weniger Risikoverhaltensweisen an den Tag legten als Ledige/ Geschiedene und Personen ohne Kinder. Hanson, Isacsson, Janzon und Lindell (1990) fanden in einer Langzeitstudie an schwedischen Männern signifikante Zusammenhänge zwischen der Aufgabe des Rauchens und verschiedenen Indikatoren sozialer Einbettung.

Es scheint, als ob soziale Integration insgesamt *also* eher *risikohemmend* wirkt. Ob es sich bei den durch das Netzwerk vermittelten Funktionen allerdings um sozialen Rückhalt oder um soziale Kontrolle handelt, ist wiederum eine andere Frage, die auf der Basis von Netzwerkmaßen allein nicht geklärt werden kann. Neben Modellverhalten und direkter Einflußnahme dürfte auch die Tatsache der Einbettung eine protektive Rolle spielen. Die Einbettung in ein soziales Netzwerk gegenseitiger Verantwortung und Verpflichtung dürfte viele Menschen dazu bringen, besser für sich selbst zu sorgen und starker auf die eigene Gesundheit zu achten. Darüber hinaus wird auch das Fehlen sozialer Bindungen mit Einsamkeitserleben einhergehen, welches (als Stressor) wiederum gesundheitsschädigendes Verhalten hervorrufen kann (z. B. vermehrten Alkoholkonsum).

Die Annahme jedoch, daß über ein gewisses protektives Minimum hinaus ein höheres Maß an sozialer Integration in linearer Weise mit einem besseren Gesundheitsverhalten einhergeht, ist fragwürdig, da es hier wohl eher auf die differenziert-

konkrete Ausgestaltung des jeweiligen normativen Bezugssystems ankommt. Viele Studien konnten so z. B. zeigen, daß es auch zu einer sozialen Homogenisierung im Sinne schädigenden Verhaltens kommen kann, so z. B. in Hinblick auf schlechtes Ernährungsverhalten (z. B. Venters, Jacobs, Liepker, Maiman & Gillum, 1984; Sallis, Grossmann, Pinski, Patterson & Nader, 1987). Ähnliche Befunde gibt es auch für den Bereich der physischen (In)aktivität (z. B. Gottlieb & Chen, 1985; Sallis et al., 1987; Venters et al., 1984) und des Rauchens (Chassin, Presson & Sherman, 1984; Kandel, 1980; Leventhal & Cleary, 1980). Denkbar ist hierbei natürlich auch, daß bestimmte Indikatoren sozialer Integration sich starker negativ auswirken als andere. Ein solcher Indikator könnte z. B. die Kontaktfrequenz sein. Viele potentiell gesundheitsschädliche Verhaltensweisen gelten als „social facilitators“, die die Kommunikation erleichtern oder traditionell zur Kommunikation „dazugehören“. Man trifft sich „auf ein Bier“ oder „einen Wein“, man „raucht zusammen eine Zigarette“ in der Arbeitspause und „in Gemeinschaft schmeckt’s halt besser“. Tatsächlich geht das reine Ausmaß an sozialer Aktivität meist mit einem vermehrten Substanzgebrauch einher (Fondacaro & Heller, 1983; Wills, 1985). Indikatoren wie „Anzahl der Freunde“ oder Familienstatus „verheiratet/nicht verheiratet“ bzw. „Partner/kein Partner“ und „Kinder vs. kinderlos“ dürften dagegen potentiell eher restriktive Effekte haben. Auch hier bedarf es jedoch einer differenzierten Betrachtungsweise. Kaplan und Hartwell (1987) fanden z. B. in einer Studie an Diabetespatienten, daß Frauen im Gegensatz zu Männern dann deutlich mehr Compliance-Probleme hatten, wenn sie über ein großes Netzwerk verfügten. Die Autoren interpretierten ihren Befund als Indikator dafür, daß große Netzwerke gerade für Frauen auch viele Verpflichtungen mit sich bringen. Veränderungen im Lebensstil aufgrund einer Krankheit - dies beinhaltete im konkreten Fall z. B. auch das regelmäßige Einhalten von Klinikterminen - können hiermit leicht in Konflikt geraten.

Schutz vor Risikoverhaltensweisen wird in noch stärkerem Maß als von sozialer Integration vom Vorhandensein funktionalen Rückhalts erwartet. Ambivalent kann die Wirkungsrichtung auch hier sein - zumindest dann, wenn nur allgemein nach erwarteter oder erhaltener Unterstützung gefragt wird. Wenn dagegen explizit solches Verhalten gemessen wird, das sich konkret auf die jeweilige gesundheitsrelevante Zielvariable bezieht (z.B. ob der Partner, den Entschluß nicht mehr zu rauchen, gelobt hat, oder ob die Freundin es vermieden hat, einem Süßigkeiten „vorzuessen“, wenn man gerade abnehmen will), ist die soziale Norm bereits impliziert, und die Wahrscheinlichkeit müßte demnach höher sein, daß es zu protektiven Effekten kommt. Erklären lassen sich solche (potentiell) protektiven Effekte - wie im Fall der sozialen Integration auch - auf mehreren Wegen (siehe hierzu auch Leppin, 1994). Denkbar ist z. B., daß emotionale und Selbstwertunterstützung dazu führen, daß jemand eher motiviert ist, auf die eigene Gesundheit zu achten. Dann wird eventuell durch die Wahrnehmung potentieller Verfügbarkeit und den konkreten Erhalt sozialer Unterstützung in Krisensituationen das Auftreten dysfunktionaler Coping-Strategien wie Alkohol- oder Drogenkonsum oder emotionsinduziertes Essen unterbunden (Puffer-Effekt). Dort, wo es um den Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen (wie z. B. Rauchen) geht, können andere durch Lob, Aufmunterung etc. das Durchhaltevermögen stärken. Zusätzlich können sie hier durch behaviorale Strategien wie

eigene Verhaltensänderungen, Entfernen von Hinweisreizen etc. unterstützend tätig werden.

Die explizite Veränderung von Risikoverhaltensweisen, vor allem des Rauchens, ist ein Gebiet gewesen, auf dem bis heute ein Schwerpunkt der Forschung zum Zusammenhang von sozialem Rückhalt und Gesundheitsverhaltensweisen gelegen hat (siehe z. B. Cohen et al., 1988; Hanson et al., 1990; Kavanagh, Pierce, Lo & Shelley, 1993; Lichtenstein, Glasgow & Abrams, 1986; Marlatt & Gordon, 1985; Mermelstein, Cohen, Lichtenstein, Baer & Kamarck, 1986). Cohen et al. (1988) unterscheiden vier Stadien in der Veränderung des Rauchverhaltens: die Entscheidung zur Veränderung, die Entwöhnung, die frühe Abstinenz und die späte Abstinenz. Ihre Annahme ist weiterhin, daß in diesen verschiedenen Stadien auch unterschiedliche Arten von sozialem Rückhalt von Vorteil sind. Im ersten Stadium wird vor allem motivationale Unterstützung notwendig sein. Hierzu gehören würden z. B. negative Äußerungen anderer über die abzustellende Verhaltensweise, affirmative Äußerungen hinsichtlich der geplanten Verhaltensänderung und über die Kompetenz der betreffenden Person, das Verhalten einstellen zu können. Im letzten Stadium, in dem es darum geht, die Verhaltensänderung langfristig durchzuhalten, sagt das Modell, daß es von besonderer Bedeutung sei, daß sich wenig Raucher im unmittelbaren sozialen Netzwerk befinden. In den beiden dazwischenliegenden Phasen sind dagegen alle Arten von Rückhalt förderlich.

In den bisherigen empirischen Befunden haben sich Effekte für alle Arten sozialer Einbettung gefunden, sowohl für soziale Integration, gemessen als (Nicht)Raucher-Status der Freunde (Chassin et al., 1984; Eiser & van der Pligt, 1984; West, Graham, Swanson & Wilkinson, 1977), für allgemeine wahrgenommene Unterstützung (Chassin et al., 1984; Coppotelli & Orleans, 1985; Maton & Zimmerman, 1992; Wills & Vaughan, 1989) und konkrete erhaltene Unterstützung wie z. B. explizite Eingriffe und Verstärkungen zugunsten des Handelnden (Lichtenstein et al., 1986; West et al., 1977). Dabei konnte zumindest partiell auch die von Cohen et al. (1988) postulierte Phasenspezifität der einzelnen Arten sozialer Einbettung bestätigt werden (Coppotelli & Orleans, 1985; Mermelstein, McIntyre & Lichtenstein, 1983; Mermelstein et al., 1986; West et al., 1977). Cohen et al. (1988) haben allerdings auch selbst auf die Tatsache hingewiesen, daß die Effektgrößen, trotz aller signifikanten Ergebnisse, oft nur klein bis mittelgroß ausgeprägt waren. Darüber hinaus fand sich auch hier eine Reihe von Studien, die keine signifikanten Zusammenhänge aufzeigen konnten. So berichten z. B. Hanson et al. (1990) zwar Effekte für soziale Integration, nicht jedoch für allgemeinen sozialen Rückhalt. In der Studie von Kavanagh et al. (1993) erwies sich verhaltensspezifische soziale Unterstützung weder unmittelbar nach einem Modifikationsprogramm noch drei bzw. zehn Monate später als hilfreich.

Eher wenig erfolgreich waren bisher auch die Versuche, Anti-Rauch-Programme durch Unterstützungsinterventionen in ihrer Effektivität zu verbessern (siehe hierzu auch Cohen et al., 1988). Grundsätzlich unterschieden werden hier übrigens folgende Interventionen: a) die Bildung eines neuen sozialen Netzwerkes, wie z. B. einer problemspezifischen Selbsthilfegruppe, b) das Training von Netzwerkmitgliedern in der Fähigkeit, sich unterstützend zu verhalten und c) das Training von Betroffenen in sozialen Techniken und Fertigkeiten, mit denen man sein soziales Netz in richtiger

Weise nutzt und sich dabei angemessen durchsetzt, um seine Interessen zu wahren (siehe Gottlieb, 1985, 1988). Die bisher wenig erfolgreichen Versuche, im Rahmen von Rauchentwöhnungsprogrammen Rückhalt zu induzieren, basierten meist auf der zweiten Methode, das heißt der Schulung von Netzwerkmitgliedern. Cohen et al. (1988) vermuten, daß zum einen Interaktionsmuster deutlich stabiler sein könnten als manchmal angenommen, daß sie zumindest kurzfristigen Interventionen wenig zugänglich sind. Zum anderen sei der eher „artifizielle“ Charakter der durch die Programme geschaffenen Hilfe eventuell geeignet, ungünstige Attributionsmuster hinsichtlich der Motivation des „helfenden“ Partners zu schaffen und somit einen möglichen positiven Effekt aufzuheben.

Für Alkoholkonsum und -mißbrauch sind bisher vorwiegend Studien über „natürlichen“ sozialen Rückhalt durchgeführt worden. Protektive Effekte gegenüber Rückfall bei Alkoholikern zeigten sich z. B. in den Studien von Billings und Moos (1981) und Rosenberg (1983). Auch in „Normalpopulationen“ - meist Jugendliche - wurde in vielen Fällen ein protektiver Effekt sozialen Rückhalts gefunden, wobei hier in der Regel allgemeine, substanzunspezifische Unterstützung untersucht wurde (Barrera, Chassin & Rogosch, 1993; Barries, Farrel & Banerjee, 1994; Fondacaro & Heller, 1983; Maton & Zimmerman, 1992; Stice, Barrera & Chassin, 1993; Wills & Vaughan, 1989). Allerdings wurde hier in vielen Fällen auch deutlich, daß nicht jede Form von Unterstützung aus jeder Quelle positiv wirken muß, sondern daß es auch hier zu Nullbefunden und - entscheidender - auch zu signifikanten positiven Beziehungen zu *gesundheitsschädlichem* Verhalten kommen kann. So fanden z. B. sowohl Barrera et al. (1993) als auch Maton und Zimmerman (1992) signifikante protektive Effekte auf Alkoholkonsum nur für Unterstützung durch die Eltern, nicht für Rückhalt von gleichaltrigen Freunden. In den Studien von Wills (1990) und Wills und Vaughan (1989) fielen die Befunde für Eltern- und Peer-Rückhalt noch unterschiedlicher aus: Während Rückhalt durch die Eltern bei Jugendlichen mit weniger Alkohol- und Tabakkonsum einherging, war ein hoher Rückhalt durch die Peers eher dazu geeignet, diesen Konsum noch zu steigern. Offensichtlich werden mit den positiven Unterstützungsleistungen einer Subgruppe auch deren Normen und Verhaltensgewohnheiten übernommen. Dies wird auch aus den Befunden einer Studie von Burda und Vaux (1987) deutlich. Bei männlichen College-Studenten ergab sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen wahrgenommener Unterstützung durch andere Männer und Alkoholkonsum, während Unterstützung durch Frauen nicht mit der konsumierten Alkoholmenge einherging.

Ähnliches deutet sich auch in einer Reihe von Studien zum Sexualverhalten von homosexuellen Männern an. So zeigte sich z. B. in einer Studie von Vincke, Mak, Bolton und Jurica (1993), daß diejenigen Männer, die sich sozial isoliert fühlten, eher ihr Verhalten hin zu „safer sex“ änderten als diejenigen, die sich gut unterstützt fühlten. Da es sich um eine Querschnittstudie handelt, ist hier natürlich auch die umgekehrte Interpretation denkbar. Wer sein Verhalten änderte, fühlte sich isolierter. Vergleichbare Befunde berichteten jedoch auch Davidson et al. (1992), in deren Studie wahrgenommener Rückhalt durch die Familie mit riskanterem Verhalten einherging, sowie O'Brien, Wortman, Kessler und Joseph (1993), die in ihrer Längsschnittstudie an 637 Männern fanden, daß diejenigen mit einem hohen Grad an

Selbstwertbestätigung durch ihr Netzwerk ihr Verhalten am wenigsten änderten. Eine protektive Wirkung (hin zu verstärkter Benutzung von Kondomen) zeigte sich dagegen in der Studie von Catania et al. (1991). Allerdings war hier im Gegensatz zu den anderen Studien nicht generelle, sondern verhaltensspezifische Unterstützung untersucht worden. Es wurde gefragt, inwieweit die Männer sich von ihrem Netzwerk in puncto „safer sex“ unterstützt fühlten. Die soziale Norm war hier also in der Unterstützung enthalten.

An diesen Befunden wird nicht nur deutlich, daß sozialer Rückhalt in Abhängigkeit von der Quelle dieser Unterstützung, der Art der Unterstützung und dem Empfänger manchmal auch negative Effekte haben kann, sondern daß die Wirkungsrichtung auch davon abhängt, *welches Kriterium* gewählt wird. Es ist z. B. anzunehmen, daß sozialer Rückhalt durch Freunde und Peers bei Jugendlichen auf die psychische Befindlichkeit der Betroffenen durchaus positiv wirkt und daß auch die befragten Männer in den Studien zum Sexualverhalten in Hinblick auf ihre psychische Befindlichkeit von der Unterstützung profitierten. Daß dies so ist, zeigt z. B. die Studie von O'Brien et al. (1993). Die Männer, die einen hohen Grad an Selbstwertunterstützung hatten, waren nicht nur diejenigen, die am wenigsten an ihrem Risikoverhalten geändert hatten, sondern auch diejenigen mit den niedrigsten Depressionswerten. Gesundheit ist kein eindimensionales Phänomen, und insofern müssen auch die Effekte sozialen Rückhalts sehr differenziert untersucht und beurteilt werden (siehe hierzu auch Leppin, 1994).

Erstaunlich ist, daß trotz der Relevanz, die das Konzept des sozialen Rückhalts inzwischen gewonnen hat, nur wenige Modelle zur Erklärung von gesundheitsrelevantem Verhalten dieses Element als Determinante explizit aufgenommen haben. Im *Health Belief Modell* (Becker, 1974; Rosenstock, 1966) spielen soziale Einflüsse nur die Rolle von sekundären Faktoren, die lediglich über ihren (eventuellen) Einfluß auf die Primärdeterminanten „Vulnerabilität“, „Schweregrad“, „Barrieren“ und „Ergebniserwartungen“ (Kosten - Nutzen) eine Rolle als Gewichtungsfaktoren spielen können. In der *Protection Motivation Theory* (Rogers, 1983, 1985) kommt sozialer Rückhalt - zumindest explizit - nicht vor. In der *Theory of Reasoned Action* (Fishbein & Ajzen, 1975) und der *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1988) spielen soziale Komponenten dagegen eine bedeutsame Rolle. Normative Überzeugungen, also die subjektiven Annahmen darüber, was andere von einem im Hinblick auf ein bestimmtes Verhalten wie Rauchen/Nichtrauchen oder Sport treiben erwarten, und die entsprechende Motivation, diesen Erwartungen Rechnung zu tragen, sind hier neben den subjektiven Überzeugungen entscheidende Prädiktoren. Allerdings geht es vor allem um soziale Regulation und Einflußnahme im weiteren Sinn, nicht um sozialen Rückhalt und Unterstützung als solche. Explizit genannt, wenn auch als sekundärer Einflußfaktor, wird der soziale Rückhalt im *Sozial-kognitiven Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns* (Schwarzer, 1996). Zusammen mit anderen situativen Ressourcen und Barrieren beeinflusst sozialer Rückhalt die Handlungsplanung und die Durchführung der Handlung im Rahmen des Volitionsprozesses. So kann sozialer Rückhalt hiernach bestimmte Gelegenheiten für die Ausführung von Handlungen schaffen oder - im negativen Fall - Barrieren aufrichten. Wenn jemand mit Übergewicht z. B. versucht, eine Diät durchzuhalten, und die ganze Familie beteiligt sich

hieran, wird das Festhalten am Handlungsplan (die Diät zu machen) vermutlich erleichtert. Wenn sich andererseits jemand vorgenommen hat, bei einem Restaurantbesuch keinen Alkohol zu trinken, die Freunde in seiner Gegenwart aber eine Runde Schnaps nach der anderen bestellen, könnte dies die guten Vorsätze schnell aufweichen (Schwarzer, 1996). Soziale Regulation im Sinne von Normsetzung oder expliziten Modifikationsversuchen tritt dagegen auch in der Phase der Intentionbildung auf.

Ausblick

Für die Zukunft wird es wichtig sein, sozialen Rückhalt und seine Wirkung verstärkt im Rahmen komplexer Kausalmodelle zu betrachten. Dies bedeutet zum einen, sozialen Rückhalt verstärkt im Kontext der gesamten sozialen Interaktion zu betrachten, das heißt also vor allem auch negative sowie „neutrale“, handlungsregulierende Prozesse in die Betrachtung einzubeziehen. Darüber hinaus muß es jedoch auch darum gehen, sozialen Rückhalt als einen Bestandteil des alltäglichen Bewältigungsprozesses zu sehen, der seine Rolle in Interaktion mit, zum Teil auch in Konkurrenz zu anderen Faktoren oder erst vermittelt über diese, spielt. Wie diese Prozesse verlaufen, ist bis heute nur wenig bekannt. Ausdifferenziert werden müssen solche Modelle auch nach den verschiedenen Arten sozialen Rückhalts, nach seinen Quellen, den Bedingungen, unter denen er eingesetzt wird und - nicht zuletzt - den Kriterien, auf die er ausgerichtet ist. Je nachdem, wie diese einzelnen Modelle spezifiziert werden, mag sozialer Rückhalt keine, eine positive oder gar eine negative Wirkung haben.

Literatur

- Ader, R., Felten, D. L. & Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. San Diego, CA: Academic Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Aymanns, P., Filipp, S.-H. & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates. *British Journal of Social Psychology*, **34**, 107-124.
- Badura, B., Kauthold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M. (1987). *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin: Springer.
- Barnes, G. M., Farrell, M. P. & Banerjee, S. (1994). Family influences on alcohol abuse and other problem behaviors among Black and White adolescents in a general population sample. *Journal of Research on Adolescence*, **4**, 183-201.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, **14**, 413-445.
- Barrera, M. Jr., Chassin, L. & Rogosch, F. (1993). Effects of social support and conflict on adolescent children of alcoholic and nonalcoholic fathers. *Journal of Personality and Social Psychology*, **64**, 602-612.

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, **2**, 324-508.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health Promotion. *Psychosomatic Medicine*, **57**, 245-254.
- Berkman, L. F., Leo-Summers, L. & Herwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival following myocardial infarction: A prospective population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, **117**, 1003-1009.
- 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.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, **4**, 139-157.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, **115**, 684-694.
- Burda, P. C. & Vaux, A. C. (1987). The social support process in men: Overcoming sex-role obstacles. *Human Relations*, **40**, 31-44.
- Case, R. B., Moss, A. J., Case, N., et al. (1992). Living alone after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, **267**, 515-519.
- Catania, J. A., Coates, T. J., Stall, R., Bye, L., Kegeles, S. M., Capell, F., Henne, J., McKusick, L., Morin, S., Turner, H. & Pollack, L. (1991). Changes in condom use among homosexual men in San Francisco. *Health Psychology*, **10**, 190-199.
- Chassin, L., Presson, C. C. & Sherman, S. J. (1984). Cognitive and social influence factors in adolescent smoking cessation. *Addictive Behaviors*, **9**, 383-390.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, **7** (3) 269-297.
- Cohen, S. (1989). Social support and physical health: Symptoms, health behaviors and infectious disease. In M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspective on stress and coping* (pp. 123-144). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P. et al. (1995). State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, **68**, 159-169.
- Cohen, S., Kaplan, J. R., & Manuck, S. B. (1989). Social support and coronary heart disease: Underlying psychologic and biologic mechanisms. In S. A. Shumaker & S. M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (pp. 98-110). New York: Plenum.
- Cohen, S., Lichtenstein, E., Mermelstein, R., Kingsolver, K., Baer, J. S. & Kamarck, T. W. (1988). Social support interventions for smoking cessation. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Marshaling social support. Formats, processes, and effects* (pp. 211-240). Beverly Hills, CA: Sage.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 253-267). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., Sherrod, D. R. & Clark, M. S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50** (5) 963-973.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, **109**, 5-24.

- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, **98**, 310-357.
- Coppotelli, H. C. & Orleans, C. T. (1985). Partner support and other determinants of smoking cessation maintenance among women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **53**, 455-460.
- Coyne, J. C. & Bolger, N. (1990). Doing without social support as an explanatory concept. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **9**, 148-158.
- Cutrona, C. E. (1986). Objective determinants of perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 349-355.
- Davidson, S., Dew, M. A., Penkower, L., Becker, J. T., Kingsley, L. & Sullivan, P. F. (1992). Substance use and sexual behavior among homosexual men at risk for HIV-infection: Psychosocial moderators. *Psychology and Health*, **7**, 259-272.
- Dehnen, D., Fydrich, T. & Sommer, G. (1987). Soziale Unterstützung und soziale Belastung bei Patienten mit Herzinfarkt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **16**, 414-419.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, **40**, 77-98.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In I. G. Sarason, B. R. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: Wiley.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, **53**, 71-80.
- Dunkel-Schetter, C. & Skokan, L. A. (1990). Determinants of social support provision in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, **7**, 437-450.
- Eiser, J. R. & Pligt, J., van der (1984). Attitudinal and social factors in adolescent smoking: In search of peer group influence. *Journal of Applied Social Psychology*, **14**, 348-363.
- Esterling, B. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Bodnar, J. C. & Glaser, R. (1995). Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. *Health Psychology*, **13**, 291-298.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1987). Die Bedeutung sozialer und persönlicher Ressourcen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **16**, 383-396.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1989). *The Ways of Coping Scales*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Fondacaro, M. R. & Heller, K. (1983). Social support factors and drinking among college Student males. *Journal of Youth and Adolescence*, **12**, 285-299.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L., & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal model. *Health Psychology*, **8**, 175-193.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Bonneau, R. H., Malarkey, W., Kennedy, S. & Hughes, J. (1992). Stress-induced modulation of the immune response to recombinant hepatitis B vaccine. *Psychosomatic Medicine*, **54**, 147-156.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social support and community mental health. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 303-326). New York: Academic Press.
- Gottlieb, B. H. (1988). *Marshaling social support. Formats, processes, and effects*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gottlieb, B. H. & Chen, M. S. (1985). Sociocultural correlates of childhood sporting activities: Their implications for heart health. *Social Science and Medicine*, **21**, 533-539.

- Hanson, B. S., Isacson, S.-O., Janzon, L. & Lindell, S.-E. (1990). Social support and quitting smoking for good. Is there an association? Results from the population study „Men born in 1914“, Malmö, Sweden. *Addictive Behaviors*, **15**, 221-233.
- Herbert, T. B., Cohen, S. Marsland, A. L. et al. (1994). Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosomatic Medicine*, **56**, 337-344.
- 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.
- House, J. S., Robbins, C. & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, **116**, 123-140.
- House, J. S., Umberson, D. & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. In W. R. Scott & J. Blake (Eds.), *Annual Review of Sociology* (Vol. 14, pp. 293-318). Palo Alto, CA: Annual Reviews Inc.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, **6**, 235-285.
- Kaplan, R. M. & Hartwell, S. L. (1987). Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type II diabetes mellitus. *Health Psychology*, **6**, 387-398.
- Kavanagh, D. J., Pierce, J., Lo, S. K. & Shelley, J. (1993). Self-efficacy and social support as predictors of Smoking after a quit attempt. *Psychology and Health*, **8**, 231-242.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Immunological consequences of acute and chronic stressors: Mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medical Psychology*, **61**, 77-85.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Cacioppo, I. T., Malarkey, W. B. et al. (1992). Acute psychological stressors and short-term immunity changes: Why, for whom and to what extent? *Psychosomatic Medicine*, **54**, 680-685.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Shuttlesworth, E. C., Dyer, C. S., Ogrocki, P. & Speicher, C. E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine*, **49**, 523-535.
- Kraaimaat, F. W., van Dam-Baggen, C. M. J. & Bijlsma, J. W. J. (1995). Depression, anxiety and social support in rheumatoid arthritic women without and with a spouse. *Psychology and Health*, **10**, 387-396.
- Lanza, A. F., Cameron, A. E. & Revenson, T. A. (1995). Perceptions of helpful and unhelpful support among married individuals with rheumatic diseases. *Psychology and Health*, **10**, 449-462.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, **55**, 234-247.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1990). Social support and physical health: An updated meta-analysis. In L. R. Schmidt, P. Schwenkmezger, J. Weinman & S. Maes (Eds.), *Health Psychology: Theoretical and applied aspects* (pp. 185-202). London: Harwood.
- Leventhal, H. & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, **88**, 370-405.
- Lichtenstein, E., Glasgow, R. E. & Abrams, D. B. (1986). Social support in smoking cessation: In search of effective interventions. *Behavior Therapy*, **17**, 607-619.

- Lin, N. & Westcott, J. (1991). Marital engagement/disengagement, social networks and mental health. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 213-237). New York: Plenum.
- Manne, S. L. & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality & Social Psychology*, **56**, 608-617.
- Marlatt, A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford
- Maton, K. I. & Zimmerman, M. A. (1992). *Psychosocial predictors of substance use among urban Black male adolescents*.
- Melamed, B. G. & Brenner, G. F. (1990). Social support and chronic medical stress: An interaction-based approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **9**, 104-117.
- Mermelstein, R. J., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J. S., & Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54** (4), 447-453.
- Mermelstein, R., McIntyre, K. & Lichtenstein, E. (1983). Partner support and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 465-466.
- Namir, S., Alumbaugh, M. J., Fawzy, F. I., & Wolcott, D. L. (1989). The relationship of social support to physical and psychological aspects of AIDS. *Psychology and Health*, **3**, 77-86.
- Newcomb, M. D. (1990). What structural equation modeling can tell us about social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 26-63). New York: Wiley.
- O'Brien, K., Wortman, C. B., Kessler, R. C. & Joseph, J. G. (1993). Social relationships of men at risk for AIDS. *Social Science and Medicine*, **36**, 1161-1167.
- Orth-Gomer, K., Uden, A. L. & Edwards, M. E. (1988). Social isolation and mortality in ischemic heart disease. *Acta Medica Scandinavia*, **224**, 205-215.
- Pakenham, K. I., Dadds, M. R. & Terry, D. J. (1994). Relationships between adjustment to HIV and both social support and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **62**, 1194-1203.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, **16**, 483-491.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping - Theory, research, applications* (pp. 434-451). New York: Wiley.
- Reed, D., McGee, D., Yano, K., & Feinleib, M. (1983). Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *American Journal of Epidemiology*, **117**, 384-396.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in attitude Change. *The Journal of Psychology*, **91**, 93-114.
- Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, **56**, 179-182.
- Rosenberg, H. (1983). Relapsed versus non-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events and social support. *Addictive Behaviors*, **8**, 183-186.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, **44**, 94-127.

- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D., & Chaudhary, B. S. (1984). Psychological influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, **311**, 552-559.
- Sallis, J. F., Grossman, R. M., Pinski, R. B., Patterson, T. L. & Nader, P. R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive Medicine*, **16**, 825-836.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G., Waltz, J. A. & Poppe, L. (1991). Perceived social support and *working* models of *self* and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, **60**, 273-287.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personal & Social Psychology*, **50**, 845-855.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy and health behaviors. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-244). New York: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Dunkel-Schetter, C. & Kemeny, M. (1994). The multidimensional nature of received social support in gay men at risk of HIV infection and AIDS. *American Journal of Community Psychology*, **22**, 319-339.
- Schwarzer, R., Hahn, A. & Schröder, H. (1994). Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*, **22**, 685-706.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989a). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989b). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health: An International Journal*, **3**, 1-15.
- Schwarzer, R. & Weiner, B. (1990). Die Wirkung von Kontrollierbarkeit und Bewältigungsverhalten auf Emotionen und soziale Unterstützung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 113-117.
- 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.
- Seeman, T. E., Berkman, L. F., Blazer, D. et al. (1994). Social ties and support and neuroendocrine function: The MacArthur studies of successful aging. *Annals of Behavioral Medicine*, **16**, 95-106.
- Shye, D., Mullooly, J. P., Freebom, 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.
- Siegrist, K. (1986). *Sozialer Rückhalt und kardiovaskuläres Risiko*. München: Minerva.
- Silver, R. C., Wortman, C. B. & Crofton, C. (1990). The role of coping in support provision: The self-presentational dilemma of victims of life crises. In I. G. Sarason, B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 397-426). New York: Wiley.
- Stice, E., Barrera, M. Jr. & Chassin, L. (1993). Relation of parental support and control to adolescents' externalizing symptomatology and substance use: A longitudinal examination of curvilinear effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **21**, 609-629.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Suarez, L., Lloyd, L., Weiss, N. et al. (1994). Effect of social networks on cancer-screening behavior of older Mexican American women. *Journal of the National Cancer Institute*, **86**, 775-779.

- Thoits, P. A. (1983). Dimension of life events as influences upon the genesis of psychological distress and associated conditions: An evaluation and synthesis. In H. B. Kaplan (Ed.), ***Psychosocial stress: Trends in theory and research*** (pp. 33-103). New York: Academic Press.
- Thoits, P. A. (1996). Stress, coping, and social support processes. Where are we? What next? ***Journal of Health and Social Behaviour, 35 (extra issue), 53-79.***
- Turner, R. J. (1983). Direct, indirect, and moderating effects of social support upon psychological distress and associated conditions. In B. H. Kaplan (Ed.), ***Psychosocial stress: Trends in theory and research*** (pp. 105-155). New York: Academic Press.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. ***Journal of Health and Social Behavior, 28 (3) 306-319.***
- Venters, M. H., Jacobs, D. R., Luepker, R. V., Maiman, L. A. & Gillum, R. F. (1984). Spouse concordance of smoking patterns: The Minnesota Heart Survey. ***American Journal of Epidemiology, 120, 608-616.***
- Vincke, J., Mak, R., Bolton, R. & Jurica, P. (1993). Factors affecting AIDS-related sexual behavior among Flemish gay men. ***Human Organization, 52, 260-268.***
- Vinokur, A., Schul, Y. & Caplan, R. D. (1987). Determinants of perceived social support: Interpersonal transactions, personal Outlook, and transient affective states. ***Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1137-1145.***
- Wellman, B. & Wortley, S. (1990). Different strokes form different folks: Community ties and social support. ***American Journal of Sociology, 96, 558-588.***
- West, D. W., Graham, S., Swanson, M. & Wilkinson, G. (1977). Five-year follow-up of a Smoking withdrawal clinic population. ***American Journal of Public Health, 67, 536-544.***
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M. et al. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. ***Journal of the American Medical Association, 267, 520-524.***
- Wills, T. A. (1985). Stress, coping, and tobacco and alcohol use in early adolescence. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), ***Coping and substance use*** (pp. 67-93). New York: Academic Press.
- Wills, T. A. (1990). Multiple networks and substance use. ***Journal of Social and Clinical Psychology, 9, 78-90.***
- Wills, T. A. & Vaughan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. ***Journal of Behavioral Medicine, 12, 321-339.***
- Wortman, C. B. & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. E. Singer (Eds.), ***Handbook of psychology and health. Vol. 5: Stress*** (pp. 63-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wortman, C. B. & Lehman, D. R. (1985). Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), ***Social support: Theory, research and applications*** (pp. 463-489). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.