
Ralf Schwarzer & André Hahn

Gesundheitsbeschwerden

Wie Streß und Ressourcen die Symptombelastung verändern

Wie eine kritische Lebenssituation auf uns wirkt, können wir unter anderem daran erkennen, daß körperliche Symptome uns zu schaffen machen. Kopfschmerzen, Erschöpfungszustände, Verdauungsschwierigkeiten usw. können als Indikatoren für gesundheitliche Belastungen dienen. In diesem Kapitel wollen wir der Frage nachgehen, in welchem Maße gesundheitliche Beschwerden von den Übersiedlern und den im Osten Gebliebenen berichtet werden. Dabei geht es nicht um eine epidemiologische Beschreibung der Häufigkeit und Intensität von allen möglichen Beschwerden, als vielmehr um die spezifischen Bedingungen, unter denen allgemeine Gesundheitsbeschwerden geäußert werden. Beginnen wollen wir mit einer theoretischen Erörterung der Beziehungen zwischen Gesundheit, Streß und protektiven Ressourcen.

Die körperliche und seelische Gesundheit hängt bekanntlich von vielen Faktoren ab, schädigenden und schützenden. Auch Streß ist dafür verantwortlich gemacht worden, wobei die wissenschaftliche Analyse dieser Vermutung dadurch erschwert wird, daß oft ungeklärt ist, was man unter Streß verstehen soll. So wird z. B. angenommen, daß Stressoren, nämlich kritische Ereignisse oder Umwelтанforderungen, dem Organismus und der Psyche Schaden zufügen (vgl. Dohrenwend & Dohrenwend, 1981). Dem wird von anderen entgegeng gehalten, daß es mehr darauf ankäme, wie man solche Ereignisse subjektiv interpretiere und wie man dann mit dieser Person-Situations-Begegnung umginge (vgl. Lazarus, 1991). Darüber hinaus wird argumentiert, daß sich Streß durch protektive Faktoren "abpuffern" ließe wie z. B. durch soziale Unterstützung (vgl. Veiel & Baumann, 1992). Wer gut sozial eingebunden ist und enge mitmenschliche Beziehungen pflegt, kann demnach kritischen Anforderungen besser widerstehen und ist weniger vulnerabel. Widerstand kann man auch dann leisten, wenn man über persönliche Ressourcen verfügt wie z. B. Intelligenz oder Selbstsicherheit, die es einem leichter machen, mit Streß konstruktiv umzugehen (vgl. Hobfoll, 1989). Damit wird die Persönlichkeit selbst zu einer Einflußgröße, die über Gesundheit und Krankheit mitbestimmt (vgl. Friedman, 1990).

Streßreiche Erfahrungen und protektive Bedingungen können auf unterschiedlichen Wegen mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen. Ein Weg führt über psychophysiologische Veränderungen (z. B. Immunschwächung), ein anderer über riskante Verhaltensänderungen, indem man zum Beispiel mehr raucht oder trinkt. Streßbewältigungsversuche schließen beide

Wege ein. Angesichts einer streßreichen Lage kann man entweder mehr instrumentell handelnd oder mehr emotionsregulierend Einfluß nehmen. Man kann aktiv eingreifen, zögernd abwarten, sich ablenken, die Situation umdeuten usw. Streßbewältigung wird somit zu einer Einflußgröße gegenüber Gesundheit und Krankheit, aber sie ist ihrerseits abhängig von den subjektiven Streßeinschätzungen und den Ressourcen einer Person. Nach der Theorie von Lazarus (1991) läßt sich Streß als ein mehrstufiger Prozeß begreifen, an dessen Beginn die wahrgenommenen Situationsanforderungen und die wahrgenommenen Ressourcen stehen. Diese entscheiden darüber, welche Streßeinschätzungen man vornimmt, nämlich Herausforderung, Bedrohung, Schaden/Verlust oder Wohltat. Darauf folgen Bewältigungsversuche, die von Emotionen begleitet werden (vgl. Laux & Weber, 1993; Weber, 1990). Die Ergebnisse dieser Bewältigung spiegeln sich im sozialen, kognitiven, emotionalen und gesundheitlichen Bereich, wobei man wiederum zwischen proximalen und distalen Ergebnissen unterscheiden kann (vgl. auch Lazarus & Folkman, 1987). Die Rolle der Ressourcen und der Streßbewältigung soll nun etwas näher betrachtet werden.

Ressourcen wirken auf Streßbewältigung und Gesundheit

Soziale Integration, erwartete Unterstützung und erhaltene Unterstützung

Zunächst einmal ist der Begriff der sozialen Unterstützung abzugrenzen von dem der *sozialen Integration* (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989). Damit ist die Einbettung in ein soziales Netzwerk gemeint; der Gegenpol dazu liegt in der sozialen Isolation. Verschiedene Indikatoren können hierfür herangezogen werden: der Familienstand (ledig versus verheiratet), Zahl der Verwandten, Freunde und Bekannten, die Häufigkeit von Kontakten mit diesen Menschen oder mit anderen Menschen überhaupt, und schließlich gibt es komplexe Netzwerkmaße, die die Dichte, Dauer, Reziprozität und Homogenität der sozialen Einbettung abzuschätzen erlauben (vgl. Laireiter & Baumann, 1992). Bei der sozialen Integration geht es also um quantitative und strukturelle Aspekte von Sozialbeziehungen. Ein soziales Netz läßt sich als ein Potential für sowohl positive als auch negative Interaktionen auffassen. Wer enge Sozialbeziehungen pflegt, wird davon oft profitieren, aber wird auch Konflikte und Spannungen ertragen müssen. Soziale Integration ist also im Prinzip weder gut noch schlecht, doch stellt sie eine wichtige Voraussetzung für soziale Unterstützung dar: wer niemanden kennt, wird sich allein durchschlagen müssen und wenig Chancen auf eine helfende Hand bei der Bewältigung von Lebensstreß haben. *Soziale Unterstützung* (social support) auf der anderen Seite umfaßt die Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid erzeugt, zu verändern oder zumindest das Ertragen dieses Zustands zu erleichtern, wenn sich objektiv nichts ändern läßt. Es geht bei der sozialen Unterstützung also um den mehr qualitativen oder funktionalen Aspekt von Sozialbeziehungen.

Drei Konzepte des sozialen Rückhalts sind zu unterscheiden, nämlich soziale Integration, erwartete Unterstützung und erhaltene Unterstützung. Darüber herrscht heute allgemein Konsens (vgl. Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; House, Umberson & Landis, 1988; Schwarzer & Leppin, 1991; Vaux, 1988; Veiel & Baumann, 1992). Zwei Arten von Social Support sollen nun näher erläutert werden: erwartete und tatsächlich erhaltene Unterstützung. Beide hängen offenbar nur geringfügig miteinander zusammen. Dunkel-Schetter und Bennett (1990) haben die Studien zusammengestellt, in denen Maße sowohl für "kognitive" als auch für "verhaltensbezogene" Unterstützung erhoben worden sind, und haben herausgefunden, daß beide kaum miteinander korreliert sind. Vor dem Hintergrund der Existenz eines sozialen Netzwerks und dessen Struktur laufen psychosoziale Prozesse ab, die für die beiden unabhängigen Dimensionen — erwartete und erhaltene Unterstützung — unterschiedlich ausfallen können.

In diesem Zusammenhang muß man eine grundsätzliche Frage anschneiden: Ist Social Support eine Umweltvariable, wie sie z. B. in der Definition von Cohen und Syme (1985) zum Ausdruck kommt, die einfach von "resources provided by others" sprechen? Oder ist Social Support eine Persönlichkeitsvariable, wie zum Beispiel Sarason, Pierce und Sarason (1990) behaupten? Letztere haben herausgefunden, daß alle Maße erwarteter Unterstützung hoch untereinander und mit Persönlichkeitsmerkmalen korrelieren. Sie vertreten die Auffassung, daß erwartete Unterstützung vor allem auf der Überzeugung beruht, akzeptiert zu werden, und zwar nicht wegen irgendwelcher Eigenschaften oder Leistungen, sondern vielmehr als Person an sich — unabhängig von Bedingungen. Ein grundlegendes Vertrauen in Anerkennung (sense of acceptance) kann als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal aufgefaßt werden, das wesentlich zur Wahrnehmung von Unterstützung beiträgt, unabhängig davon, was die soziale Umwelt tatsächlich an Unterstützung leistet. Offensichtlich ist das Gefühl, anerkannt und geliebt zu werden und sozial gut eingebettet zu sein, eher eine Disposition, während der Erhalt einer Geldsumme oder eines warmen Händedrucks eher eine Situation darstellt. Beides ist richtig, und man muß nur unterscheiden, was in welchem Zusammenhang genau gemeint ist, und muß daher erwartete und erhaltene Unterstützung sauberlich voneinander trennen.

Bis heute gibt es wohl keine überzeugende Methode, alle Aspekte von sozialer Unterstützung zuverlässig, gültig und sparsam zu erfassen (vgl. Kessler, 1992; Turner, 1992; Vaux, 1992). Einige diagnostische Verfahren sind beschrieben in Schwarzer und Leppin (1989). Weitere sollen hier genannt werden. In den meisten Arbeiten geht es um erwartete Unterstützung (perceived support), indem Social Support bei der Versuchsperson antizipatorisch erfragt wird. Typische Fragebogenitems wären: "Wenn du in finanziellen Schwierigkeiten wärst, wer würde dir dann am ehesten helfen?" oder "Wenn du ein Problem hast, mit wievielen nahestehenden Personen könntest du darüber vertraulich reden?" Eine Unterkategorie wäre die subjektive Bewertung der Unterstützungsqualität, also die Zufriedenheit mit dieser Art von Unterstützung, z. B. "Wenn meine (Mutter, Freundin...) mir in dieser Situation die Hand halten würde, dann wäre das für mich (*sehr, etwas, kaum...*) hilfreich". Dies wirft die Frage auf, inwieweit diese Operationalisierungen eine gültige

Einschätzung von sozialem Rückhalt liefern können. Es gibt Versuche, solche Skalen an dem Außenkriterium der sozialen Kontakthäufigkeit zu validieren, und Cutrona (1986) kam dabei zu dem Schluß, daß Selbsteinschätzungen ein durchaus zutreffendes Bild liefern.

Relativ wenige Studien haben sich mit erhaltener Unterstützung auseinandergesetzt — wobei auch diese jedoch oft auf dem Weg über die subjektive Wahrnehmung gemessen wird, d. h. Personen werden gefragt, wieviel Unterstützung sie in einer konkreten Situation tatsächlich erfahren haben. Die Ergebnisse dieser Studien waren ambivalent (Aneshensel & Frerichs, 1982; Barrera, 1981; Carveth & Gottlieb, 1979; Sandler & Lakey, 1982). Wethington und Kessler (1986) haben die Effekte erwarteter und tatsächlich erhaltener Unterstützung miteinander verglichen und eine positive Wirkung des wahrgenommenen, nicht aber des tatsächlich erhaltenen Supports gefunden. Für das vorliegende Forschungsprojekt haben wir folgende Skala zur erhaltenen Unterstützung entwickelt (s. Kasten 1). Sie hat sich dabei als zuverlässig und gültig erwiesen.

Skala zur erhaltenen Unterstützung

Die Items waren unter Berücksichtigung der folgenden Instruktion zu beantworten:

Denken Sie jetzt bitte an das letzte halbe Jahr hier im Westen.

1. Ich verstehe mich gut mit den Leuten, mit denen ich zusammenlebe.
2. Freunde oder Verwandte haben mir bei der Arbeitssuche geholfen.
3. Freunde oder Verwandte haben mir bei der Wohnungssuche geholfen.
4. Wenn ich mich gereizt oder verstimmt gefühlt habe, gab es jemanden, der mich beruhigt hat.
5. Meine Beziehungen zu Angehörigen haben sich verbessert.
6. Wenn ich ein Problem hatte, gab es jemanden, bei dem ich mich aussprechen konnte.
7. Wenn ich niedergeschlagen war, gab es Menschen, die mich getröstet oder aufgemuntert haben.
8. Mit der Unterstützung durch Freunde und Verwandte bin ich zufrieden.
9. Freunde und Verwandte haben mir beim Umgang mit Behörden geholfen.
10. Ich hatte jemanden, mit dem ich abends oder am Wochenende etwas unternehmen konnte.

Kasten 1

Persönliche Ressourcen: Optimistische Kompetenzerwartung

Auch persönliche Ressourcen können dazu beitragen, Umwelтанforderungen von vornherein als weniger gravierend einzuschätzen und adaptive Bewältigungsoptionen auszuwählen. *Optimismus* ist in diesem Zusammenhang als ein heuristisch wertvolles Konstrukt in die Debatte gebracht worden. Darunter verstehen Scheier und Carver (1992) "generalisierte Ergebniserwartungen", die die subjektive Annahme widerspiegeln, daß schon alles gut ausgehen werde.

Diese Ressource erwies sich in mehreren Studien als prädiktiv für einen günstigen Genesungsverlauf. So haben die Autoren z. B. herzkrankte Männer untersucht, die sich einer Bypass-Operation unterzogen haben. Die Optimisten unter ihnen erholten sich schneller, waren zufriedener und berichteten noch fünf Jahre nach der Operation über eine höhere Lebensqualität als die Pessimisten (Scheier et al., 1989).

Eine wichtige personale Ressource ist die Überzeugung eigener Wirksamkeit oder *Kompetenzerwartung* (perceived self-efficacy). Je mehr man daran glaubt, über adaptive Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, um ein Problem instrumentell lösen zu können, desto mehr wird man motiviert sein, diese Überzeugungen in aktives Handeln umzusetzen (vgl. Bandura, 1992). Kompetenzerwartung ist im Streßgeschehen eine Antezedenzvariable, die darüber mitbestimmt, welche Bewältigungshandlung man auswählt, wieviel Anstrengung man investiert und wie lange man auf einer Strategie beharrt, bevor man aufgibt (Jerusalem & Schwarzer, 1992). Kompetenzerwartung wirkt sich darauf aus, wie Menschen fühlen, denken und handeln. In emotionaler Hinsicht ist geringe Kompetenzerwartung verbunden mit Depressivität, Ängstlichkeit und geringem Selbstwertgefühl (vgl. Bandura, 1991; Kavanagh, 1992). In kognitiver Hinsicht ist geringe Kompetenzerwartung mit einer pessimistischen Einstellung gegenüber der eigenen Leistung und mit einer Unterschätzung von Fähigkeiten verbunden. Hohe Kompetenzerwartung dagegen veranlaßt zu optimistischen Einstellungen und zur Interpretation schwieriger Aufgaben als Herausforderungen. Es hat sich empirisch wiederholt gezeigt, daß die Kompetenzerwartung bei der Bewältigung von Streß, dem Ertragen von Schmerzen, dem Umgang mit chronischen Leiden, der Entwöhnung von Abhängigkeit und dem Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen eine zentrale Rolle spielt (Schwarzer, 1993a, 1993b). Wir haben die generalisierte Kompetenzerwartung (Jerusalem & Schwarzer, 1993) mit einer Skala gemessen, die sich schon in vielen anderen Forschungsprojekten sehr bewährt hat (s. Kasten 2).

Streßbewältigung wirkt auf Gesundheit

Die Möglichkeiten, auf kognitive und verhaltensmäßige Weise streßreichen Anforderungen zu begegnen, erscheint unbegrenzt, weil dies auch vom Kontext abhängig ist, aber es gibt ordnungsstiftende Klassifikationsversuche. So wird z. B. in der Ways of Coping-Skala von Folkman und Lazarus (1988) zwischen acht Dimensionen unterschieden, nämlich der konfrontierenden Bewältigung, dem Distanzieren, der Selbstkontrolle, der Suche nach sozialer Unterstützung, der Übernahme von Verantwortung, der Vermeidung, der geplanten Problemlösung und der positiven Streßeinschätzung. Nach Ansicht der Autoren liegen jedem Bewältigungsversuch eine von zwei Funktionen zugrunde, problemzentrierte Bewältigung und emotionszentrierte Bewältigung. Zur letzteren zählen auch die *sozialen Bewältigungsversuche*, d. h. wenn Menschen Unterstützung suchen und sich an andere anlehnen möchten. Für diese Bewältigungsart haben wir eine kurze Skala entwickelt und zu den drei Meßzeitpunkten eingesetzt (s. Kasten 3).

Skala zur generalisierten Kompetenzerwartung

1. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
2. Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut damit zurechtkommen werde.
5. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
6. Für jedes Problem habe ich eine Lösung.
7. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.
8. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde.
9. Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
10. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.

Kasten 2

Skala zu sozialen Bewältigungsversuchen

Um mit meiner derzeitigen Lebenssituation fertig zu werden, ...

1. ... spreche ich mit anderen darüber.
2. ...suche ich Trost und Zuwendung bei anderen.
3. ...versuche ich, meine Schwierigkeiten mit anderen gemeinsam anzugehen.
4. ...bitte ich andere um Rat.

Kasten 3

Vielen Theorien und Meßinstrumenten sind zwei Arten von Strategien gemeinsam, die mehr vermeidenden auf der einen Seite und die mehr konfrontativ handelnden oder Aufmerksamkeit steuernden auf der anderen Seite. Beide können unter gegebenen Umständen mehr oder weniger adaptiv ausfallen, aber die Wirkung scheint zeitabhängig zu sein. In einer Meta-Analyse haben Suls und Fletcher (1985) eine Vielzahl von Befunden überprüft und dabei festgestellt, daß Vermeidungsstrategien eher kurzfristig vorteilhaft waren, während die aufmerksam-konfrontierenden Strategien sich eher als langfristig günstig erwiesen haben, wenn es um die psychosoziale Adaptation und Gesundheit ging. Es ist anzunehmen, daß die aktiv-aufmerksamen Bewältigungsstrategien eng mit den problemzentrierten im Sinne von Lazarus (1991) verwandt sind, die vermeidenden entsprechend mit den emotionszentrierten. Wenn es lange Zeit nicht gelingt, ein Problem unter Kontrolle zu bringen, bleibt der Organismus der Belastung auf Dauer ausgesetzt und wird geschädigt. Gelingt die Wiederanpassung, dann geschieht dies mit einem hohen Aufwand. Bewälti-

gung, ob erfolgreich oder nicht, ist mit Kosten verbunden, mit Anstrengungen, die den Organismus überfordern oder schwächen können und somit weiter verletzbar machen. Auch die positive Bewältigung kann demnach gesundheitliche Spuren hinterlassen. Zu diesen Kosten gehören auch Risikoverhaltensweisen sowie die Unterlassung von Gesundheitsverhaltensweisen. Es wird angenommen, daß individuelle Unterschiede in persönlichen und sozialen Ressourcen gegeben sind, die sich darauf auswirken, in welchem Maße problemzentrierte und emotionszentrierte Bewältigungsformen bevorzugt werden. Diese können ihrerseits gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Wir wollen nun in dieser Forschungsarbeit weitere Erkenntnisse darüber gewinnen, in welchem Maße und unter welchen Bedingungen sich gesundheitliche Beschwerden im Laufe des Zweijahreszeitraums vor dem Hintergrund eines makrosozialen Wandels verändern. Angesichts eines Krisengeschehens, das durch Arbeitssuche, Wohnungssuche, Wiederaufbau eines sozialen Netzes, wirtschaftliche und private Unsicherheit charakterisiert ist, spielen sich Bewältigungsprozesse ab, die von Ressourcen abhängig sein können. Wie verändern sich die Symptombelastung und Bewältigung bei Übersiedlern und Daheimgebliebenen? Gibt es dabei Geschlechtsunterschiede? Und wird die gesundheitliche Veränderung durch Ressourcen persönlicher oder sozialer Art beeinflusst?

Nicht um die Analyse einzelner Symptome soll es hier gehen, sondern um die subjektive Gesamtbelastung. Zu diesem Zweck wurden 24 Symptome aus dem Gießener Beschwerdebogen von Brähler und Scheer (1983) ausgewählt und zu den drei Meßzeitpunkten im Laufe der zwei Jahre schriftlich vorgegeben. Die Ausgangsfrage lautete "Zur Zeit habe ich folgende Beschwerden...". Dann wurden Symptome angekreuzt, die sich faktorenanalytisch in vier Gruppen einteilen ließen. Die Items der Skala *Erschöpfungszustände* bezogen sich auf Schwächegefühl, übermäßiges Schlafbedürfnis, rasche Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Gefühl der Benommenheit und Mattigkeit. Die Items der Skala *Magenbeschwerden* bezogen sich auf Druck- und Völlegefühl im Leib, Erbrechen, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen und Magenschmerzen. Die Items der Skala *Glieder- und Gelenkschmerzen* lauteten: Gelenk- oder Gliederschmerzen, Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, Kopfschmerzen, Schweregefühl oder Müdigkeit sowie Druckgefühl im Kopf. Die Items der Skala *Herzbeschwerden* umfaßten Herzklopfen, Herzjagen, Schwindelgefühle, Kloßgefühl, Enge und Würgen, Stiche in der Brust, Anfälle von Atemnot und anfallsweise Herzbeschwerden. Das Antwortformat war fünfstufig (0 = nicht, 1 = kaum, 2 = einigermaßen, 3 = erheblich, 4 = stark), womit eine Meßwertstreuung von 0 bis 96 Punkten möglich war. Man könnte diese vier Unterskalen, die jeweils für sich genommen zuverlässig messen, auch getrennt voneinander auswerten, aber dies erwies sich für das vorliegende Buchkapitel als zu unanschaulich und vielleicht sogar verwirrend, so daß wir hier lieber den Gesamtwert der 24 Symptome als Ausdruck körperlicher Beschwerden darstellen wollen.

Bei Übersiedlerinnen wird die Symptombelastung im Laufe der Zeit geringer

Im ersten Schritt unserer Auswertung wollen wir die Entwicklung von Gesundheitsbeschwerden bei Frauen und Männern betrachten und dabei zwischen den Übersiedlern und den Daheimgebliebenen unterscheiden.

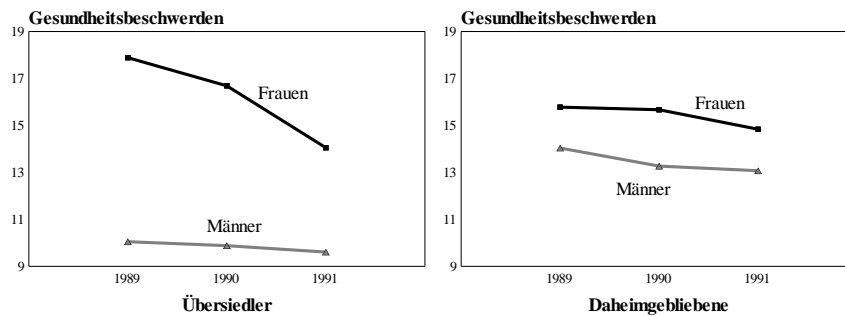


Abbildung 1 Gesundheitsbeschwerden im Laufe von zwei Jahren in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit und Migrationsstatus.

Auf beiden Seiten der Abbildung 1 ist unschwer zu erkennen, daß bei den Frauen die Symptombelastung höher liegt als bei den Männern. Dieser Geschlechtsunterschied ist übrigens erwartungskonform, denn Frauen neigen grundsätzlich dazu, mehr Symptome zu berichten als Männer (vgl. Taylor, 1991). Zu beachten ist hier aber, daß sich die von uns befragten Personen im Durchschnitt gesund fühlen, denn die Skala der 24 Symptome hat eine Spannweite von 0 bis 96 Punkten, und die empirischen Mittelwerte liegen nur bei 9 bis 19 Punkten. Weiterhin ist erkennbar, daß die Übersiedler im Durchschnitt weniger Symptome berichten als die Daheimgebliebenen. Dies liegt aber nur daran, daß die männlichen Übersiedler praktisch symptomfrei sind, während die Übersiedlerinnen zu Beginn eher mehr Beschwerden angeben als die Daheimgebliebenen. Es handelt sich hier um eine statistische Wechselwirkung zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und dem Migrationsstatus. Interessant ist daran, daß offenbar vor allem gesunde Männer und "gestreßte" Frauen den Schritt in den Westen gewagt haben. Das kann eine ganze Reihe von Gründen haben, die sich mit unseren Daten nicht genau überprüfen lassen. Aus den persönlichen Begegnungen mit ihnen anlässlich mündlicher Interviews haben wir den Eindruck gewonnen, daß viele junge Männer dabei waren, für die die Flucht in den Westen ein großes Abenteuer war. Diese vitalen Heranwachsenden brachten manchmal Partnerinnen mit, denen es an Enthusiasmus für eine radikale Lebensveränderung fehlte und die sich zum Teil genötigt sahen, gegen ihren Willen die Heimat zu verlassen, um den Partner nicht zu verlieren. In dieses Bild paßt der Entwicklungsverlauf ihrer Gesundheitsbeschwerden. Während sich bei den Männern nichts verändert, kommt es bei den Frauen zu einer spürbaren Verbesserung. Man gewinnt den Eindruck, als werde im Laufe der zwei Jahre der Streß der Übersiedlung allmählich überwunden, so daß sich

diese Frauen am Ende deutlich wohler fühlen und fast so symptomfrei werden wie die Männer.

Übersiedler entwickeln mehr Selbständigkeit bei ihrer Lebensbewältigung

Wie bewältigen die Menschen die makrosozialen Veränderungen? Suchen sie mehr Halt bei anderen Menschen? Im zweiten Auswertungsschritt betrachten wir die Veränderungen in der Skala "soziale Bewältigungsversuche" nach demselben Muster wie vorher.

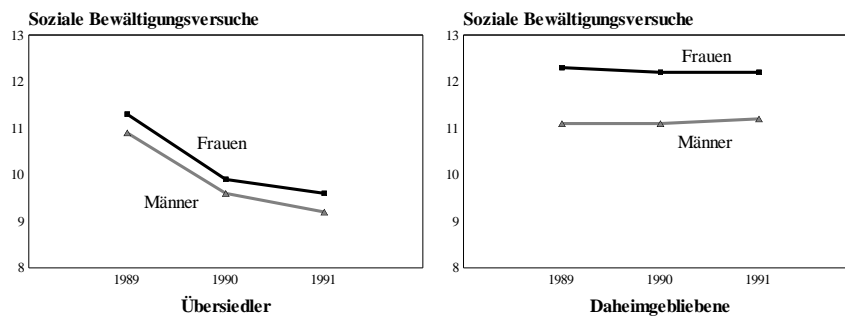


Abbildung 2 Soziale Bewältigungsversuche im Laufe von zwei Jahren in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit und vom Migrationsstatus.

Auch hier neigen die Frauen dazu, sich mehr an andere Menschen anzulehnen, wenn sie in Schwierigkeiten sind. Dies ist nicht verwunderlich, sind doch Frauen mehr als Männer "soziale Wesen" (Bell, 1981; Thoits, 1992). Aber es gibt darüber hinaus einen bedeutsamen Unterschied zwischen Übersiedlern und Daheimgebliebenen, indem die letzteren sich in höherem Maße durch Kontakt mit anderen über die Runden helfen. Dies kann einen ganz einfachen Grund haben. Die Übersiedler haben in vielen Fällen ihre Familie und ihr sonstiges soziales Netz hinter sich gelassen, so daß sie dadurch mehr auf sich selbst angewiesen sind. Andererseits erscheinen sie von vornherein als mehr autonom handelnde Menschen, weil sie den riskanten Weg in den Westen auf sich genommen haben. Wäre allein die Verfügbarkeit eines sozialen Netzes das Kriterium für soziale Bewältigungsversuche, dann müßten diese umso häufiger werden, je enger das Netz geknüpft wird. Genau das Gegenteil ist aber der Fall. Das Freundschaftsnetz wird reicher und enger (vgl. das Kapitel von Auhagen und Schwarzer), aber in Abbildung 2 sehen wir gleichzeitig ein Abnehmen von sozialen Bewältigungsversuchen. Es handelt sich hier um eine statistische Wechselwirkung zwischen der Zeit und dem Migrationsstatus. Die Übersiedler werden offenbar selbständiger; sie schaffen sich auf autonome Weise Mittel und Wege, um sich in ihrer neuen Welt zurechtzufinden.

Optimistische Kompetenzerwartung mindert Gesundheitsbeschwerden

Die ersten beiden Ergebnisse zeigten interessante Unterschiede zwischen Übersiedlern und Daheimgebliebenen. Im folgenden soll darauf nicht weiter eingegangen werden. Vielmehr werden nun andere Bedingungen für die Symptombelastung untersucht. Welche Rolle spielen die Ressourcen in diesem Zusammenhang? Gibt es Faktoren in der Persönlichkeit oder in den Sozialbeziehungen, die das Auftreten von Symptomen weniger wahrscheinlich machen?

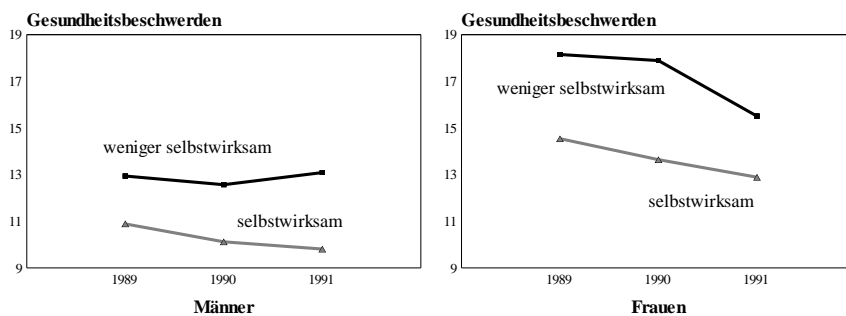


Abbildung 3 Gesundheitsbeschwerden im Laufe von zwei Jahren in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit und der optimistischen Kompetenzerwartung.

Zunächst wird die optimistische Kompetenzerwartung betrachtet. Die Abbildung 3 zeigt auf der linken Seite die Männer und auf der rechten die Frauen. Daß sich die Gesundheitsbeschwerden über die Zeit verändern und daß sie bei Frauen höher liegen als bei Männern, wissen wir bereits. Hinzu tritt nun (im additiven Sinne) die Persönlichkeit. Menschen, die der Überzeugung sind, daß sie über die nötigen Fähigkeiten verfügen, um ihr Leben meistern zu können, zeigen weniger Symptome. Dies gilt generell, also in Ost und West bei Mann und Frau zu jedem Meßzeitpunkt. Damit bestätigt sich die Auffassung von der Kompetenzerwartung als einer stabilen personalen Ressource. Allerdings erlauben diese Daten keine kausalen Schlußfolgerungen. Es ist auch denkbar, daß Menschen deswegen optimistisch und selbstwirksam sind, weil sie sich einer guten Gesundheit erfreuen.

Soziale Integration mindert Gesundheitsbeschwerden

Aus der Social Support-Forschung wissen wir, daß ein soziales Netz vor Krankheit schützen kann: Verheiratete leben im Durchschnitt länger und sind weniger krank als Ledige (Schwarzer & Leppin, 1989, 1992). Zeigt sich diese soziale Ressource nun auch in dem vorliegenden Datensatz? Berichten Alleinstehende über mehr Krankheitssymptome?

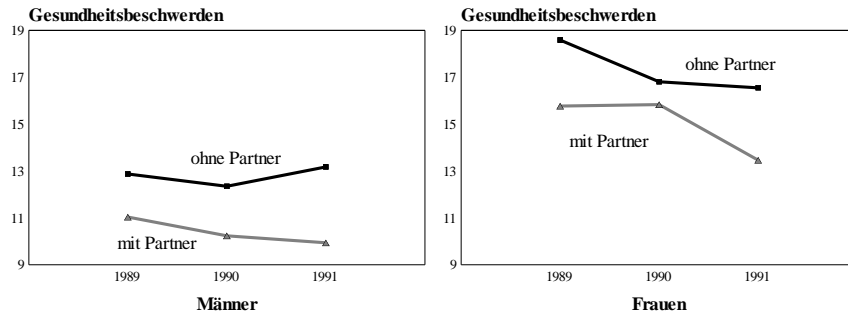


Abbildung 4 Gesundheitsbeschwerden im Laufe von zwei Jahren in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit und der sozialen Integration.

Wir haben die Stichprobe nach solchen Personen aufgeteilt, die angeben, einen Partner zu haben, und solchen, die angeben, allein zu sein. Einen Partner zu haben, kann bedeuten, verheiratet zu sein, mit jemandem zusammenzuleben oder eine Intimbeziehung zu unterhalten. Über die Qualität dieser Beziehung ist damit jedoch noch nichts ausgesagt. In Abbildung 4 wiederholt sich die Befundlage, daß Frauen mehr Symptome berichten als Männer. Darüber hinaus zeigt sich, daß alleinstehende Frauen und Männer erwartungsgemäß unter mehr Gesundheitsbeschwerden leiden als Gebundene. Offensichtlich kann die soziale Integration tatsächlich eine Ressource darstellen, die sich protektiv gegenüber dem Auftreten gesundheitlicher Belastungen auswirkt. Aber auch hier läßt sich die angenommene Kausalrichtung nicht beweisen: es könnte ja auch sein, daß gesunde Menschen von vornherein sozial attraktiver sind, beziehungsweise daß gesunde Menschen öfter eine Partnerbeziehung eingehen (Selektionshypothese).

Auch die soziale Unterstützung mindert Gesundheitsbeschwerden

Schließlich soll eine letzte mögliche Ressource ins Visier genommen werden, die *erhaltene* Unterstützung in einer kritischen Lebenslage. Wenn Menschen Hilfe erhalten haben, fühlen sie sich dann gesünder?

Dies scheint in der Tat so zu sein. Abbildung 5 enthält eine Unterteilung der Stichprobe in solche, die überdurchschnittlich viel soziale Unterstützung erhalten haben, und solche, denen weniger Hilfe zuteil geworden ist. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zeigen sich gesundheitliche Nachteile für die wenig Unterstützten. Besonders kraß ist dieser Unterschied innerhalb der Gruppe der Frauen. Wenn man als Frau die Erfahrung gemacht hat, daß man ohne Hilfe eine schwierige Lebenssituation meistern muß, dann scheint sich die Belastung in Krankheitssymptomen auszudrücken. Hier spiegelt sich wider, was in der Forschung schon oft gefunden worden ist: für Frauen sind Sozialbeziehungen besonders wichtig, und Frauen nehmen und geben mehr Unterstützung als Männer (Bell, 1981; Thoits, 1992).

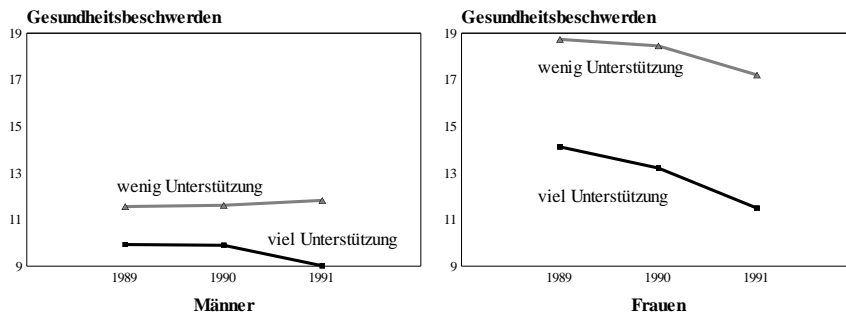


Abbildung 5 Gesundheitsbeschwerden im Laufe von zwei Jahren in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit und der sozialen Unterstützung.

Was wir aus den Daten lernen können

Übersiedler und Daheimgebliebene lassen sich in ihrer gesundheitlichen Belastung und in ihrem Streßbewältigungsverhalten unterscheiden. Als wir mit der Untersuchung begannen, hatten wir geglaubt, daß die Übersiedler eine Risikopopulation darstellen würden. Es war zu befürchten, daß sie dem Streß der Fluchtumstände und des Netzwerkzusammenbruchs nicht gewachsen waren und in der Folge unter psychosozialen Schwierigkeiten und gesundheitlichen Störungen zu leiden hatten. Wir hatten gar Sorge, daß hier eine "psychosoziale Zeitbombe tickt" (Schwarzer & Jerusalem, 1990). Statt dessen erwies sich die Übersiedlerstichprobe als selektiv in dem Sinne, daß in der Mehrzahl psychisch und körperlich gesunde junge Menschen einer Herausforderung entgegneten, indem sie aktiv ihr Leben änderten, um sich eine neue Existenz im Westen aufzubauen. Diese Uminterpretation haben wir vorgenommen, nachdem die Datenlage dafür die Indikatoren geliefert hat. Die männlichen Übersiedler sind schon von Beginn an gesünder als die Daheimgebliebenen, und die Übersiedlerinnen berichten im Laufe des zweijährigen Untersuchungszeitraums immer weniger Symptome. Gleichzeitig geht das Bedürfnis zurück, sich angesichts von Schwierigkeiten an andere Menschen anzulehnen. Wir werden hier offenbar Zeugen eines erfolgreichen Wiederanpassungsprozesses. Gestützt wird dieser Vorgang durch eine Reihe von günstigen Widerstandsfaktoren.

Diese Ressourceneffekte traten nicht nur bei den Übersiedlern auf, sondern bei allen untersuchten Personengruppen. Optimistische Kompetenzerwartung, soziale Integration und soziale Unterstützung waren generell mit geringeren Gesundheitsbeschwerden verbunden. Streng genommen läßt sich hier keine Kausalrichtung nachweisen, aber es herrscht Einstimmigkeit in der Literatur darüber, daß solche Merkmale als Schutzfaktoren wirksam sind (vgl. Bandura, 1992; Hobfoll, 1989; Jerusalem, 1990; Lazarus, 1991; Scheier & Carver, 1992; Schwarzer, Hahn & Schröder, 1993; Taylor, 1991).

Ein theoretisch wichtiger Zwischenschritt wurde in dieser Analyse allerdings nicht demonstriert. Es wird allgemein angenommen, daß die Streßbewältigung eine Mediatorrolle einnimmt, also zwischen den Ressourcen und den gesundheitlichen Folgen vermittelnd auftritt. Dies wurde für die Übersiedler in einer

separaten, komplizierteren Analyse gezeigt (Schwarzer, Hahn & Fuchs, in Druck). Ein weiterer Zugang zum Problem der Symptombelastung und Erkrankung müßte darin liegen, ärztliche Diagnosen nachzuprüfen und das tatsächliche Krankheitsverhalten zu studieren, z. B. die Art und Zahl der wirklich eingenommenen Medikamente sowie die Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Leider mußte sich die vorliegende Längsschnittstudie auf überwiegend subjektive Befragungsdaten beschränken. Dennoch wurden Befunde ermittelt, die zumindest eine Reihe alternativer Möglichkeiten ausschließen können. Wir wissen nun zum Beispiel, daß die Übersiedler im Durchschnitt keine hilflosen Opfer einer über sie hereinbrechenden Lebenskrise geworden sind, sondern eher aktive Gestalter ihres Schicksals. Die Befindlichkeit, die ohnehin zu Beginn dieses kritischen Lebensabschnitts unbeeinträchtigt war, verbesserte sich darüber hinaus zunehmend im Laufe der zweijährigen Anpassungsphase.

Literatur

- Aneshensel, C.S. & Frerichs, R.R. (1982). Stress, support, and depression: A longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology*, *10*, 363-374.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of anxiety. In R. Schwarzer & R.A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89-110). Chur: Harwood.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. In D. Gottlieb (Ed.), *Social support networks* (pp. 69-96). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bell, R.R. (1981). *Worlds of friendship*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Brähler, E. & Scheer, J. (1983). *Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Bern: Huber.
- Carveth, W.B. & Gottlieb, B.H. (1979). The measurement of social support and its relation to stress. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *11*, 179-187.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cutrona, C.E. (1986). Objective determinants of perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 349-355.
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds.). (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist.
- 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.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Friedman, H. (Ed.). (1990). *Personality and disease*. New York: Wiley.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44* (3), 513-524.
- 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.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.

- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1993). Generalisierte Kompetenzerwartung. In R. Schwarzer (Ed.), *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research* (p. 15). Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.
- Kavanagh, D. (1992). Self-efficacy and depression. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 177-193). Washington, DC: Hemisphere.
- Kessler, R.C. (1992). Perceived support and adjustment to stress: Methodological considerations. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 259-271). Washington, DC: Hemisphere.
- Laireiter, A. & Baumann, U. (1992). Network structures and support functions: Theoretical and empirical analyses. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 33-55). Washington, DC: Hemisphere.
- Laux, L. & Weber, H. (1993). *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.
- Sandler, I.N. & Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10, 65-79.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. & Sarason, I.G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 97-128). New York: Wiley.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J., Magovern, G.J. Sr., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A. & Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Schwarzer, R. (1993a). Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1(1), 7-31.
- Schwarzer, R. (1993b). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.
- Schwarzer, R., Hahn, A. & Fuchs, R. (in Druck). Unemployment, social resources, and mental and physical health: A three-wave study on men and women in a stressful life transition. In N.N. (Ed.), *Job stress 2,000: Emerging issues*. Washington, DC: APA.
- Schwarzer, R., Hahn, A. & Schröder, H. (1993). *Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany*. (Manuskript eingereicht).
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1990). Psychische und körperliche Gesundheit von Übersiedlern aus der DDR. *psychomed*, 2, 108-110.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.

- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 65-83). Washington, DC: Hemisphere.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4*, 249-288.
- Taylor, S.E. (1991). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Thoits, P.A. (1992). Social support functions and network structures: A supplemental view. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 57-62). Washington, DC: Hemisphere.
- Turner, R.J. (1992). Measuring social support: Issues of concept and method. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 217-233). Washington, DC: Hemisphere.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. New York: Praeger.
- Vaux, L. (1992). Assessment of social support. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 193-216). Washington, DC: Hemisphere.
- Veiel, H.O.F. & Baumann, U. (1992). The many meanings of social support. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 1-9). Washington, DC: Hemisphere.
- Weber, H. (1990). Emotionsbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 279-294). Göttingen: Hogrefe.
- Wethington, E. & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 78-89.