

# Wie wirkt soziale Unterstützung bei chronischen Arbeitsbelastungen?

Positive und negative Gesundheitseffekte in verschiedenen Statusgruppen

von Heiner Brücker

## **Zusammenfassung**

*Ziel der Studie ist die empirische Analyse der Frage, wie sich verschiedene Typen sozialer Unterstützung bei chronischen Arbeitsbelastungen auf das Wohlbefinden von Erwachsenen auswirken und ob diese Prozesse der sozialen Stressverarbeitung in unterschiedlichen Statusgruppen in gleicher Weise ablaufen. Unterstützung wird hier als mögliche soziale Folge von individuellem Stress aufgefaßt (Mobilisierungshypothese), die sowohl das subjektive Wohlbefinden direkt fördern (Haupteffekt-Hypothese) als auch die gesundheitlich negativen Auswirkungen chronischer Arbeitsbelastungen reduzieren kann (Puffereffekt-Hypothese). Die empirische Überprüfung dieses Modells sozialer Unterstützung erbringt u.a. folgende Resultate: (1) Chronischer Arbeitsstress stellt ein ernstzunehmendes Risiko für die Gesundheit von Erwachsenen dar und führt in den meisten Statusgruppen zu einer Mobilisierung sozialer Unterstützung. (2) Die verschiedenen Typen von stressinduziertem Support haben je nach Statusgruppe sehr unterschiedliche Effekte für die Gesundheit (positiv, negativ, gemischt oder keine). (3) Wenn sich soziale Unterstützung tatsächlich positiv auf die (somatische) Gesundheit auswirkt, dann hauptsächlich auf indirekte Weise durch Abschwächung der dysfunktionalen Arbeitsbelastungen. (4) Soziale Unterstützung führt aber bei Stress in vielen Statusgruppen zumindest zu einer kurzfristigen Verschlechterung des (psychischen) Wohlbefindens. Die Untersuchung kommt zu dem Schluß, daß die gesundheitliche Wirkung sozialer Unterstützung nicht nur vom Typ der Belastung und der Form der Hilfeleistung, sondern auch von sozialstrukturellen Merkmalen der Adressaten abhängt.*

## **Abstract**

*The study offers an empirical analysis of how various types of social support influence the well-being of adults who were exposed to chronic working stress and whether these processes of social coping with stress take the same form in different status groups. Support was defined here as a possible social consequence of individual stress (mobilization hypothesis), that may not only promote subjective well-being directly (main-effect hypothesis) but also reduce the negative health effects of chronic working stress (buffering hypothesis). Some results of the empirical test of this model are: (1) Chronic working stress represents a severe risk to adults' health and leads to a mobilization of social support in most status groups. (2) The effects on health of various types of stress-in-*

*duced support (positive, negative, mixed, or none) differ greatly according to status group. (3) When social support actually has a positive effect on (physical) health, then it mostly occurs indirectly by reducing dysfunctional work stressors. (4) In many status groups, social support during stress leads to a short-term decline in (mental) well-being. It is concluded that the impact of social support on health depends not only on the type of stress and the form of support but also on sociostructural characteristics of the recipients.*

## 1. Theoretischer Hintergrund der Untersuchung

Im Gegensatz zum theoretisch äußerst heterogenen Bereich der Kriminologie haben sich in der sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheitsforschung in den letzten Jahren immer mehr die Konturen eines einheitlichen theoretischen Bezugsrahmens herausgebildet, den man zusammenfassend als "Stress- und Copingparadigma" bezeichnen kann (Pearlin 1989; Badura/Pfaff 1989). Innerhalb dieses disziplinübergreifenden Ansatzes wird die Entstehung gesundheitlicher Störungen ganz allgemein als Resultat der gefährdeten oder fehlenden Balance zwischen Stressoren und Ressourcen gesehen. Das gesundheitliche Wohlbefinden ist dieser Argumentation zufolge immer dann gefährdet, wenn belastende Stressoreinflüsse durch entlastende Ressourcen nicht hinreichend neutralisiert bzw. kompensiert werden können (Kessler/Wortman 1989). Nach allen bisher vorliegenden Befunden ist ein hohes Maß an sozialer Unterstützung neben bestimmten Formen des individuellen Copingverhaltens und einigen zentralen Persönlichkeitsfaktoren die wichtigste Ressource zum Schutz der Gesundheit.

Mit diesem Konzept des "social support", dessen Funktion und Wirkungsweise im Stressverarbeitungsprozeß in der vorliegenden empirischen Studie näher untersucht werden soll, wird in der aktuellen Gesundheitsforschung eine theoretische Idee aufgenommen, die bereits Durkheim in seiner klassischen Studie zum "Selbstmord" auf folgenden Begriff gebracht hatte: Wenn Menschen Mitglieder sozialer Kollektive sind, die einen starken inneren Zusammenhalt und ein hohes Maß an gegenseitiger affektiver Verbundenheit aufweisen, sinkt die Wahrscheinlichkeit der sozialen Isolierung und damit die Gefahr des Suizids.

Analog dazu wird in der Supportforschung argumentiert, das Eingebundensein in sozial integrierende Netzwerke bzw. die Verfügbarkeit sozial unterstützender Maßnahmen durch relevante Interaktionspartner sei schon per se gut für die Gesundheit, führe zusätzlich aber oft auch zu einer Abschwächung der gesundheitlich dysfunktionalen Stressoreinflüsse. Diese beiden Hypothesen zum sog. "Haupt-" und "Puffereffekt" hoher sozialer Integration sind im letzten Jahrzehnt ausgiebig untersucht und - wie eine Reihe von bilanzierenden Metaanalysen zeigt - in einer Vielzahl von Studien tatsächlich empirisch belegt worden (z.B. Cohen/Wills 1985; Schwarzer/Leppin 1989a; Schwarzer/Leppin 1989b).

Obwohl es natürlich auch Untersuchungen gibt, die diese Hypothesen nicht bestätigen oder gar widerlegen, kann man gegenwärtig durchaus von einer relativ klaren Befundlage sprechen und somit insgesamt zu dem Schluß kommen, daß weitere Untersuchungen kaum noch neue Erkenntnisse über das Thema produzieren können. Allerdings mehren sich in jüngster Zeit die Stimmen, die grundlegende Aspekte der bisherigen Forschungspraxis vehement kritisieren und damit die vermeintliche Eindeutigkeit der Resultate wieder in Frage stellen (z.B. Coyne/Bolger 1990). Neben den üblichen methodischen Einwänden (z.B. O'Reilly 1988) und der oft beklagten Theorielosigkeit der Studien (z.B. Sarason et al. 1990) wird vor allem das Argument vorgebracht, die Forschung habe die wahre Komplexität des Stressprozesses bisher unterschätzt und speziell die Rolle von sozialer Unterstützung bei der Verarbeitung belastender Lebenserfahrungen zu undifferenziert betrachtet. Dieser Vorwurf mangelnder Differenzierung (schon Thoits 1982) läßt sich in 5 Teilargumenten näher spezifizieren:

Erstens ist das zentrale theoretische Konzept der sozialen Unterstützung in weiten Bereichen der bisherigen Forschungspraxis allzu umfassend, äußerst unkonventionell und oftmals rein pragmatisch verwendet worden: Explizite Versuche zur begrifflichen Präzisierung des Konzepts sind selten, ein definitorischer Konsens unter den beteiligten Forschern schon gar nicht absehbar (Barrera 1986, Lin 1986a). Angesichts dieser konzeptionellen Defizite ist in den einzelnen Studien oft nur schwer feststellbar, ob der untersuchte Sachverhalt der sozialen Unterstützung (a) sich auf strukturelle Parameter wie Größe, Dichte und Kontaktintensität sozialer Netzwerke bezieht; (b) als spezielle Leistung unterschiedlicher Gruppen potentieller Interaktionspartner aus Partnerschaft, Familie, Freizeit oder Beruf konzeptualisiert wird; (c) verschiedene "funktionale" Formen oder Typen der Hilfe (wie z.B. Information, Trost, Tatkraft, Geld oder Kontaktpflege) umfaßt; (d) in bezug auf Quantität und Qualität aus der Sicht des Gebers, Nehmers oder neutralen Support-Beobachters erfaßt wird; (e) als allgemeine Lebens-Ressource oder nur als stress- und krisenbezogenes Phänomen gilt; und (f) gemäß der positiven Begriffs-Konnotation per definitionem nur *positive* Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Adressaten hat oder auch gesundheitlich dysfunktional sein kann.

Diese weitgehende begriffliche Indifferenz hat zur Folge, daß sich die vorliegenden Support-Studien auf zum Teil sehr heterogene Phänomene beziehen und somit die Befunde strenggenommen allenfalls partiell miteinander vergleichbar sind. Neben dieser zentralen Validitätsproblematik macht es auch die implizite Tautologie-Gefahr notwendig, in künftigen Untersuchungen einen genauer definierten und stärker differenzierten Begriff für die sozialen Ressourcen im Stressprozeß zu verwenden (vgl. House et al. 1988; Schwarzer/Leppin 1991).

Zweitens: Die repräsentativen Befunde der bisherigen Forschung beziehen sich fast ausschließlich auf die Support-Effekte bei der sozialen Verarbeitung von "Kritischen Lebensereignissen" mit negativer Valenz wie z.B. dem Tod nahestehender Personen, der Auflösung von längerfristigen Partnerschaftsbeziehungen oder dem plötzlichen Verlust des Arbeitsplatzes (Thoits 1983). Diese Konzentration auf einen ganz speziellen Stresstyp, der in normalen Biographien nur selten

vorkommt, die Betroffenen meist in extremer Weise unter Anpassungsdruck setzt und in der Regel eine besonders hohe Aufmerksamkeit im näheren sozialen Umfeld erzeugt, hat weitgehend den Blick für die Tatsache verstellt, daß es neben diesen akuten Stressoren auch eine Reihe von chronischen Belastungen im Leben von Normalbürgern gibt, die potentiell ebenfalls durch soziale Unterstützung kompensiert werden können.

Dazu gehören bei Erwachsenen in erster Linie die alltäglich auftretenden Stressoren im Bereich der Berufs-, Partnerschafts- und Elternrollen. Dauerhafter role strain erzeugt zwar in der Regel nicht eine derartig hohe soziale Signifikanz wie punktuelle life events, ist aber in der Bevölkerung viel weiter verbreitet und kann ähnlich gravierende Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben (z.B. Pearlin 1983). Deshalb muß sich für künftige Untersuchungen die bisher unbeantwortete Frage stellen, ob soziale Unterstützung auch bei chronischen Rollenbelastungen die gleichen gesundheitsförderlichen Effekte wie bei akuten Lebensereignissen hervorruft oder ob die bisher dominierenden Hypothesen zum Haupt- und Puffereffekt eine stressorspezifische Erkenntnis sind (vgl. Avison/Turner 1988).

Drittens: In der Support-Forschung ist bisher nur selten versucht worden, die verschiedenen Kausalmodelle über alle theoretisch denkbaren Einflußbeziehungen zwischen Stress, Support und Gesundheitsstörungen (Wheaton 1985, Lin 1986b, Cohen 1988) systematisch einer empirischen Überprüfung zu unterziehen. Da soziale Unterstützung in den verfügbaren Studien fast immer nur als zeitgleich auftretende Kovariate und Moderator sozialer Stressoren fungiert, gibt es derzeit kaum Befunde zu der Frage, ob Support nicht auch Determinante bzw. Folge von Lebensbelastungen oder sogar ein Resultat des stressbedingten Auftretens gesundheitlicher Beschwerden sein kann. Eine dritte notwendige Differenzierung der gegenwärtigen Forschungspraxis würde folglich darin bestehen, die relative Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung als unabhängige, intervenierende, moderierende oder abhängige Variable des Stressprozesses näher zu bestimmen (vgl. Lin/Ensel 1989, Ensel/Lin 1991).

Viertens: In weiten Bereichen der sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheitsforschung herrscht - von Ausnahmen abgesehen (z.B. Mirowsky/Ross 1989) - ein erstaunlich hohes Maß an Indifferenz bezüglich der intensionalen und extensionalen Bedeutung des zu erklärenden Phänomens der Störungen des gesundheitlichen Wohlbefindens. Nur ein kleiner Teil der vorliegenden Stress- und Supportuntersuchungen bezieht sich auf klinisch genau abgrenzbare und biomedizinisch diagnostizierbare Krankheitsbilder. Der große Rest der Studien verwendet bei der Beschreibung ihrer abhängigen Variablen relativ unpräzise Begriffe wie "psychological distress", "mental health", "psychological disorder" oder "depressive symptomatology", die oft nur operational durch Verweis auf die verwendeten Skalen definiert sind. Da viele dieser Erhebungsinstrumente zudem Probleme bei der Bestimmung ihres inhaltlichen Validitätsbereichs aufweisen, ist oftmals gar nicht klar, auf welche konkreten Aspekte des gesundheitlichen Wohlbefindens sich Stress und soziale Unterstützung eigentlich auswirken. Ein Erkenntnisfortschritt ist in Support-Studien folglich dadurch zu erreichen, daß das jewei-

lige Explanandum begrifflich näher bestimmt und das bisher so unspezifisch gebrachte Konzept der gesundheitlichen Störung theoretisch weiter ausdifferenziert wird (vgl. Aneshensel et al. 1991).

Fünftens: Obwohl eine Vielzahl von epidemiologischen Befunden zu geschlechts-, alters- und schichtspezifischen Differenzen im gesundheitlichen Wohlbefinden von nicht-klinischen Populationen vorliegt (vgl. Verbrugge 1985 und 1986, Mirowsky/Ross 1986, Cockerham 1992), ist in der bisherigen Forschung nur selten die Frage untersucht worden, ob die konkreten Verläufe der Stressverarbeitung und damit die gesundheitlichen Effekte von sozialer Unterstützung in den einzelnen Statusgruppen unterschiedlich ausfallen. Stattdessen erwecken viele einschlägige Studien - vielleicht ungewollt - den Eindruck, daß die erhobenen Befunde positionsunabhängig sind und deshalb auf sämtliche Bevölkerungsgruppen verallgemeinert werden können. Mit Pearlin (1989) muß man aber realistischerweise davon ausgehen, daß Personen mit gleichen Sozialmerkmalen in ähnliche Rollenstrukturen und vergleichbare sozio-ökonomische Lebensbedingungen eingebunden sind, die sich vermutlich in jeweils typischen Mustern der Verarbeitung von Belastungen bemerkbar machen. Gerade aus soziologischer Sicht muß deshalb ein zentrales Interesse daran bestehen, jeden einzelnen Schritt des Stressprozesses und damit auch die gesundheitliche Bedeutung von sozialer Unterstützung nach Maßgabe verschiedener Aspekte der Sozialstruktur differenziert zu betrachten.

Die vorliegende Studie nimmt diese allgemeinen Forderungen nach einer differenzierteren Analyse des Zusammenspiels von Stressoren und Ressourcen auf und untersucht deren Berechtigung anhand der folgenden konkreten Fragestellung: In welcher Weise wirken sich unterschiedliche Typen sozialer Unterstützung auf das gesundheitliche Wohlbefinden von Erwachsenen aus, die in mehr oder weniger starkem Maße von chronischen Belastungen in Arbeit und Beruf betroffen sind und deshalb mit einer erhöhten Hilfsbereitschaft ihrer signifikanten Bezugspersonen rechnen können? Haben solche problembezogenen Supportleistungen je nach sozialstruktureller Verortung der Adressaten unterschiedliche Effekte auf verschiedene Komponenten ihres Gesundheitszustands?

Bei dieser Analyse differentieller Stressverarbeitungsprozesse haben die relevanten theoretischen Konzepte folgende Bedeutung: Unter "Störungen des gesundheitlichen Wohlbefindens" - der abhängigen Variable dieser Untersuchung - werden all die größeren und kleineren Alltagsbeschwerden verstanden, die das gesundheitliche Wohlbefinden des einzelnen zwar signifikant beeinträchtigen, aber nicht unbedingt auf das Vorliegen einer ernsthaften Erkrankung schließen lassen. Auf der einen Seite handelt es sich dabei also noch nicht um biomedizinisch definierbare oder klinisch bedeutsame Erkrankungen im engeren Sinne, die zu ihrer Überwindung normalerweise eine gezielte medizinische Intervention notwendig machen. Gesundheitliche Störungen können zwar auf das Vorliegen einer ernsthaften, behandlungsbedürftigen Krankheit hinweisen, müssen aber nicht. Auf der anderen Seite haben diese Störungen für den einzelnen aber auch einen so großen persönlichen Stellenwert, daß nicht mehr von einer vollkommen uneingeschränkten Gesundheit gesprochen werden kann. Die Betroffenen erleben

die akut oder chronisch auftretenden Beschwerden immerhin als so große Beeinträchtigung ihres subjektiven Wohlbefindens, daß in diesen Fällen sehr oft die Konsultierung geschulten Fachpersonals oder der Einsatz medikamentöser Hilfsmittel in Betracht gezogen wird.

Diese als unangenehm erlebten Störungssymptome im Grenzbereich zwischen uneingeschränkter Gesundheit und ernsthafter Krankheit können sich primär auf zwei Ebenen manifestieren (Mirowsky/Ross 1989): Als wichtiger Indikator für das Vorliegen von psychischen Beschwerden gilt neben der Existenz manifester Ängste in erster Linie ein hohes Maß an Depression, die vor allem an Symptomen wie seelischer Niedergeschlagenheit, tiefer Traurigkeit und ausgeprägter Furcht vor dem Versagen erkennbar ist. Somatische Beschwerden äußern sich dagegen mehr in objektiv meßbaren Störungen zentraler körperlicher Funktionsbereiche wie z.B. starkem Herzklopfen, Verdauungsproblemen oder einem hohen Maß an somatischer Erschöpfung. Verschiedene Studien zeigen, daß beide Arten von subjektiven Beschwerden trotz ihrer unterschiedlichen Manifestationsformen häufig in einem sehr engen Zusammenhang stehen: Psychische Depressionen treten oft gleichzeitig mit verschiedenen somatischen Beschwerden auf (vgl. Aneshensel et al. 1984).

Das Konzept der "chronischen Arbeitsbelastungen" fungiert als unabhängige Variable der Untersuchung und bezeichnet alle Stressoren, die in dem zentralen Rollenbereich Arbeit und Beruf auftreten, über eine gewisse Dauer latent oder manifest vorhanden sind und von den Betroffenen in einem individuellen "Appraisal"-Prozeß als negativ-valent interpretiert und damit als subjektive Stressfaktoren bewertet werden. Eine Reihe von Studien hat übereinstimmend gezeigt, daß es insbesondere Stressoren wie konfligierende Rollenerwartungen, geringe Entscheidungsbefugnisse oder monotone Arbeitsvollzüge sind, die unabhängig von der Art der beruflichen Tätigkeit immer wieder als adaptationsbedürftige Belastungen perzipiert werden (Kahn et al. 1964, House 1974, Cooper/Marshall 1976, Beehr/Newman 1978, Caplan et al. 1983).

Die besondere Bedeutsamkeit von chronischem Stress am Arbeitsplatz für das gesundheitliche Wohlbefinden ergibt sich u.a. aus der Tatsache, daß die Berufstätigkeit auch heute noch einen großen Teil der verfügbaren Zeit beansprucht, durch ein hohes Maß an normativer Regulierung bzw. sozialer Kontrolle eigener Interessen gekennzeichnet ist und für die meisten Menschen nach wie vor ein identitätsrelevanter Lebensbereich ist. Aufgrund dieser Zusammenhänge ist zu vermuten, daß Stressoren des beruflichen Alltags in umso stärkerem Maße als chronische Belastungen aufgefaßt werden, je größer die jeweiligen Loyalitätsverpflichtungen und je subjektiv bedeutsamer der Bereich der Arbeit für die einzelne Person ist.

"Soziale Unterstützung" wird in dieser Studie als interaktional gewährte Hilfeleistung in Problemsituationen aufgefaßt, die vor allem von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten in verschiedenen Formen wie z.B. emotionaler Zuwendung, informationeller Deutungshilfe oder Gewährung von Rollenprivilegien erbracht wird, aus der bewertenden Perspektive der Support-Adressaten zu erfassen ist und deshalb potentiell auch negative Folgen für den Gesundheitszustand haben

kann (vgl. House 1981). Dabei umfaßt emotionale Zuwendung konkrete Verhaltensweisen wie aufmerksames Zuhören, das Spenden von Trost oder die bloße Signalisierung von Anteilnahme; solche Sympathiebekundungen sind primär darauf gerichtet, ein Gefühl des Geliebtwerdens zu vermitteln und auf diese Weise eine erste emotionale Stabilisierung der stressgeplagten Person zu erreichen.

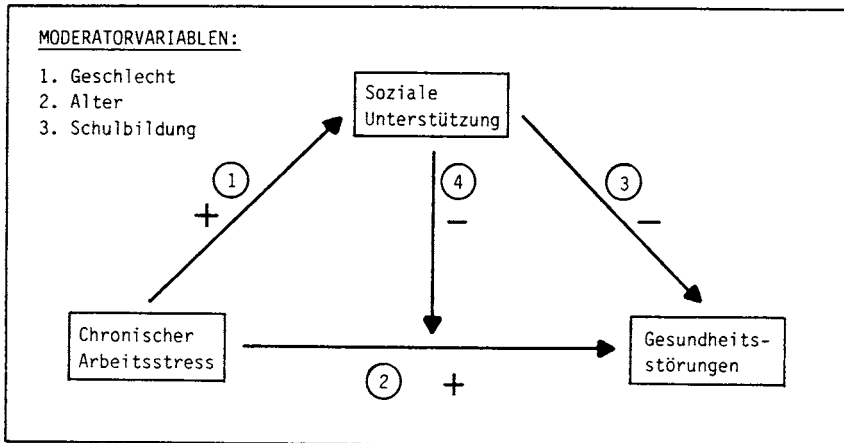
Demgegenüber sind informationelle Deutungshilfen sehr viel stärker auf die belastenden Probleme selbst ausgerichtet. Familienmitglieder, Freunde oder Bekannte können beispielsweise über ihre eigenen Erfahrungen in ähnlichen Situationen berichten, ihre private Interpretation der Belastungsursachen zur Diskussion stellen oder Möglichkeiten zu ihrer Überwindung aufzeigen. Diese und ähnliche Maßnahmen zielen also in erster Linie darauf, durch Präsentation von zusätzlichen Informationen zu einer differenzierteren Deutung des Geschehens zu kommen und damit die Wahl geeigneter Interventionsmöglichkeiten zu erleichtern.

Die letzte hier relevante Support-Form - "Gewährung von Privilegien" - ist bisher in der Literatur fast völlig vernachlässigt worden und bezieht sich auf den Sachverhalt, daß es in Stresssituationen für die Betroffenen eine echte Verbesserung der persönlichen Lage bedeuten kann, wenn sie ausnahmsweise einmal nicht ihren normalen Alltags-Pflichten in verschiedenen Lebensbereichen nachkommen müssen. Eine solche Nicht-Erfüllung von Rollenerwartungen ist aber in der Regel nur dann uneingeschränkt möglich, wenn sie sich auf die faktische oder potentielle Zustimmung der relevanten sozialen Umwelt berufen kann. Eine dritte Form sozialer Unterstützung kann folglich darin bestehen, daß signifikante Interaktionspartner die problembelasteten Mitglieder ihrer Familie oder ihres Bekanntenkreises für eine gewisse Zeit von solchen Aufgaben entbinden, die von gemeinsamer privater Bedeutung sind.

Das entscheidende Merkmal aller drei Unterstützungsformen besteht also darin, daß Support in jedem Fall als interaktional gewährte Hilfe in Problemlagen aufgefaßt wird, d.h. es werden darunter nur solche Aktivitäten verstanden, mit denen die Mitglieder signifikanter Bezugsgruppen auf die Tatsache reagieren, daß eine ihnen nahestehende Person mit belastenden Problemen konfrontiert ist. Im Gegensatz zur großen Mehrzahl der bisherigen Studien wird soziale Unterstützung hier also sehr viel enger als relativ kurzfristige Folge von sozialen Belastungen konzeptualisiert, die dann mittelfristig selbst Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben kann.

Dieser primäre Status des Support-Konzepts als sog. intervenierende bzw. "Mediator-Variable" der Untersuchung (vgl. Baron/Kenny 1986) wird auch deutlich in Abb. 1, in der das zu überprüfende Bedingungsmodell der sozialen Stressverarbeitung bzw. die konkreten Hypothesen über Art und Richtung der einzelnen Zusammenhänge zwischen den drei relevanten Faktoren insgesamt dargestellt sind.<sup>1</sup>

Abb. 1: Variablen, Bedingungsmodell und Hypothesen der Untersuchung



Aufgrund der bereits vorliegenden Forschungsergebnisse bzw. auf der Basis theoretischer Plausibilitätsüberlegungen ist grundsätzlich zu vermuten, daß es zum einen direkte Effekte von Arbeitsstress auf soziale Unterstützung (Cutrona 1986, Schulz/Tompkins 1990; dagegen Dignam/West 1988) bzw. von Arbeitsstress auf Gesundheitsstörungen (House et al. 1979, 1986) gibt, die in der Sprache der Korrelationsrechnung jeweils als positive Zusammenhänge zu bezeichnen sind: Chronische Belastungen in Arbeit und Beruf führen tendenziell zu einer Zunahme von psychischen und somatischen Beschwerden, bewirken andererseits aber auch eine deutliche Zunahme der Hilfsbereitschaft im sozialen Umfeld der betroffenen Person. Zum zweiten müßte der korrelative Zusammenhang zwischen Support und der abhängigen Variable insgesamt negativ sein, da die Ressource "soziale Unterstützung" das Risiko gesundheitlicher Beschwerden nach den vorliegenden Erkenntnissen in zweifacher Hinsicht zu reduzieren vermag: entweder in Form einer direkten Beeinflussung des Gesundheitszustands (z.B. Marshall/Barnett 1992) und/oder in Form einer indirekten (stressreduzierenden) Moderatorwirkung (z.B. LaRocco et al. 1980).

Gemäß der Pearlin'schen Gruppenspezifitätsthese muß aber in dieser Untersuchung zugleich davon ausgegangen werden, daß alle Schritte der Stressverarbeitung und damit auch die Prozesse der Support-Mobilisierung je nach sozialstruktureller Verortung der Betroffenen mehr oder weniger unterschiedlich verlaufen. Da sozio-ökonomische Lebenslagen in besonders gravierender Weise von der Tatsache beeinflusst werden, ob jemand männlich oder weiblich, jung oder alt bzw. wenig oder hoch gebildet ist, erscheint es somit nur folgerichtig, die Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand als zentrale "Moderatoren" des Stress-



prozesses aufzufassen. Allerdings erweist sich hierbei die Formulierung konkreter Hypothesen als ausgesprochen schwierig, da es bisher kaum Versuche zur empirischen Überprüfung solcher Moderatoreffekte gibt und die wenigen vorliegenden Befunde zudem sehr inkonsistent sind. Immerhin läßt sich daraus aber in bezug auf den Moderator "Geschlecht" die relativ eindeutige Vermutung ableiten, daß Frauen im Vergleich zu Männern bei Stress quantitativ mehr soziale Unterstützung mobilisieren können (Krause/Keith 1989, Fusilier et al. 1986) und davon in der Regel auch in höherem Maße gesundheitlich profitieren (Caldwell et al. 1987, Flaherty/Richman 1989, Loscocco/Spitze 1990). Dagegen gibt die einschlägige Literatur keine konsistenten Hinweise darauf, daß chronischer Arbeitsstress sich bei Frauen möglicherweise erheblich ungünstiger als bei Männern auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirkt (Martocchio/O'Leary 1989, Lennon 1987, Sorensen et al. 1985, Lowe/Northcott 1988). Zum Alter als potentiellen Moderator des Stressprozesses ist aufgrund der äußerst dürftigen Befundlage nur zu vermuten, daß es tendenziell eher die jüngeren Personen sind, denen bei Stress einerseits besonders viel soziale Unterstützung zuteil wird und die andererseits durch chronische Arbeitsbelastungen erheblich mehr als Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter gesundheitlich gefährdet sind (Shanahan et al. 1991). In bezug auf den dritten sozialstrukturell relevanten Faktor liegen m.W. überhaupt keine einschlägigen Resultate vor. Die Forschung hat im Zusammenhang mit Arbeitsstress bisher nur die Moderatorwirkung verwandter Faktoren wie "occupational level" nachweisen können (Marcelissen et al. 1988); konkrete Vorhersagen über die Art der indirekten Einflüsse des Bildungsstands auf den Stressverarbeitungsprozeß sind von daher kaum möglich. Angesichts dieser defizitären Befundlage wird bei der folgenden Zusammenfassung der Untersuchungshypothesen nur dann ein Moderatoreffekt der Sozialstrukturvariablen postuliert, wenn in der Literatur Hinweise auf Art und Ausprägung dieses Effekts vorhanden sind; in allen anderen Fällen geht die Untersuchung zunächst einmal von der Gültigkeit der jeweiligen Nullhypothese aus:

*Hypothese 1.1* (Arbeitsstress und soziale Unterstützung): Je stärker eine Person von chronischen Arbeitsbelastungen betroffen ist, desto mehr soziale Unterstützung wird tendenziell von ihren signifikanten Interaktionspartnern mobilisiert.

*Hypothese 1.2:* Die Stärke dieses generell positiven Zusammenhangs zwischen Arbeitsstress und Support wird zumindest in den verschiedenen Geschlechter- und Altersgruppen unterschiedlich ausfallen. Konkret ist zu erwarten, daß mit zunehmenden Belastungen vor allem Frauen und jüngere Erwachsene deutlich mehr soziale Unterstützung bei ihren relevanten Bezugspersonen mobilisieren können.

*Hypothese 2.1* (Arbeitsstress und Gesundheitsstörungen): Je stärker eine Person von chronischen Arbeitsbelastungen betroffen ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit von Störungen ihres gesundheitlichen Wohlbefindens.

*Hypothese 2.2:* Die Stärke dieses generell positiven Zusammenhangs zwischen Arbeitsstress und Gesundheitsstörungen wird zumindest in verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich ausfallen. Konkret ist zu erwarten, daß junge Erwachsene in erheblich stärkerem Maße als ältere Personen von gesundheitlich negativen Auswirkungen chronischer Arbeitsbelastungen betroffen sind.

*Hypothese 3.1* (Soziale Unterstützung und Gesundheitsstörungen): Je größer die soziale Unterstützung durch signifikante Interaktionspartner, desto geringer sind tendenziell die Gefahren für das gesundheitliche Wohlbefinden.

*Hypothese 3.2:* Die Stärke dieses generell negativen Zusammenhangs zwischen Support und Gesundheitsstörungen wird zumindest in den verschiedenen Geschlechtergruppen unterschiedlich ausfallen. Konkret ist zu erwarten, daß Frauen in gesundheitlicher Hinsicht erheblich mehr von sozialer Unterstützung profitieren als Männer.

*Hypothese 4.1* (Puffereffekt sozialer Unterstützung): Je größer die soziale Unterstützung durch relevante Bezugspersonen, desto weniger führt chronischer Arbeitsstress zu einer Zunahme von gesundheitlichen Störungen.

*Hypothese 4.2:* Die Stärke dieses indirekt-gesundheitsförderlichen Puffereffekts sozialer Unterstützung dürfte zumindest in den verschiedenen Geschlechtergruppen unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Konkret ist zu erwarten, daß es in erster Linie Frauen sind, bei denen ein hohes Maß an sozialer Unterstützung die potentiell gesundheitsschädigenden Folgen hoher subjektiver Arbeitsbelastungen deutlich abschwächt.

*Hypothese 5.1* (Angemessenheit des Kausalmodells): Die Zusammenhänge zwischen Arbeitsstress, Support und Störungen des gesundheitlichen Wohlbefindens lassen sich durch ein kombiniertes Mediator-Moderator-Modell sozialer Unterstützung angemessen darstellen.

*Hypothese 5.2:* Es gibt keine grundsätzlichen Unterschiede in der gesundheitlichen Wirkungsweise von sozialer Unterstützung als Mediator und Moderator chronischer Arbeitsbelastungen zwischen den verschiedenen Statusgruppen.

## 2. Methoden der Untersuchung

Die empirische Überprüfung dieser Hypothesen erfolgt im folgenden auf der Basis von Daten einer umfangreichen Querschnittstudie, die in Form einer schriftlichen Befragung bei 272 Frauen und Männern im erwerbsfähigen Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt wurde (vgl. Brücker 1993).

### 2.1 Operationalisierung der Variablen

Als Instrument für die Erhebung der Daten diente ein zuvor eingehend erprobter "Fragebogen zur gesundheitlichen Lage von Erwachsenen", der neben den hier verwendeten Items und Skalen eine Reihe von weiteren Indikatoren enthielt, die sich auf die Erhebung von Variablen des sog. "Transaktionalen Stress- und Coping-Modells" (Lazarus/Folkman 1984) beziehen. Da dieser Ansatz durch eine konstruktivistische Grundorientierung gekennzeichnet ist, wurde der Fragebogen - erstens - als Self-Report-Instrument konzipiert, das bewußt die subjektiven Einschätzungen der Befragten zu den individuellen Arbeitsbelastungen, zum Ausmaß der erhaltenen sozialen Unterstützung sowie zur Güte des individuellen Wohlbe-

findens erheben sollte; vermeintlich "objektive" Daten zu den gleichen Sachverhalten aus dritter Hand stehen demgemäß für unsere Analysen nicht zur Verfügung. Zweitens ist der Fragebogen von den Probanden nach einer eingehenden schriftlichen und mündlichen Instruktion völlig selbständig bearbeitet worden; ergebnisverfälschende Einflüsse der studentischen Kontaktpersonen, die beim schriftlichen Ausfüllen der Fragebögen nicht anwesend waren, können mit großer Sicherheit ausgeschlossen werden. Drittens schließlich zeichnet sich der Fragebogen durch ein hohes Maß an Standardisierung der Antwortmöglichkeiten und durch die Verwendung von jeweils multiplen Operationalisierungen der theoretisch bedeutsamen Variablen aus. Diese und die zuvor genannten Prinzipien der Fragebogen-Konstruktion zielen somit in erster Linie darauf ab, die methodenbedingten Fehlervarianzanteile in den Untersuchungsergebnissen so gering wie möglich zu halten und damit die besonders wichtige Forderung nach einer akzeptablen Reliabilität der Meßinstrumente zu erfüllen.

#### *Unabhängige Variablen: Chronischer Arbeitsstress*

Die unabhängige Variable "Chronischer Arbeitsstress" wurde durch einen aus 8 Items bestehenden Index erhoben, bei denen die Befragten jeweils auf einer 4-Punkte-Skala von 1 bis 4 angeben sollten, in welchem Maße sie "im vergangenen Jahr" unter verschiedenen Aspekten ihrer Arbeitssituation zu leiden hatten (überhaupt nicht, etwas, stark, sehr stark). Es wurden vor allem solche objektiven Berufsstressoren zur subjektiven Stressbeurteilung vorgelegt, die sich einerseits in der bisherigen Forschung als besonders erklärungskräftig für gesundheitliche Störungen erwiesen haben und andererseits für eine große Vielzahl sehr unterschiedlicher Arbeitsplätze gleichermaßen virulent sind: konfligierende Rollenerwartungen, Rollenambiguitäten, 'role overload', geringe Einflußmöglichkeiten, ungerechte Bezahlung, hoher Zeitdruck, Monotonie der Arbeitsvollzüge sowie menschliche Probleme mit den Kollegen (Caplan et al. 1983). Sämtliche Ergebnisse der item- und faktorenanalytischen Überprüfung (u.a. ALPHA = .83) machen deutlich, daß es sich bei dem 8-Item-Index um ein zuverlässiges und aus sehr homogenen Elementen bestehendes Meßinstrument handelt, das chronische Belastungen am Arbeitsplatz hinreichend valide erfaßt ( $M = 13.45$ ;  $SD = 4.75$ ).

#### *Intervenierende Variablen: Typen sozialer Unterstützung*

Die Operationalisierung der drei Typen sozialer Unterstützung orientiert sich zu wesentlichen Teilen an Itemvorbildern aus dem "Inventory of Socially Supportive Behavior" (Barrera & Ainley 1983) und ist in folgenden drei Schritten vorgenommen worden: Zunächst sollten die Befragten auf einer 4-stufigen Antwortskala von 1 bis 4 bei jeweils drei Items die Häufigkeit angeben, mit der im vergangenen Jahr die Personen aus ihrem Familien-, Freundes-, Bekannten- oder Kollegenkreis auf ihre Lebensprobleme mit emotionaler Zuwendung (EMO), Deutungshilfe (DEUT) oder der Gewährung von Privilegien (PRIV) "reagiert" haben (nie, manchmal, oft, sehr oft). Um die subjektive Bedeutsamkeit der verschiedenen Unterstützungsleistungen angemessen zu berücksichtigen (vgl.

Tripathi et al. 1986), sind die Items sodann mit den Werten einer gesondert erhobenen Wichtigkeitseinschätzung (von 1 bis 4) für die einzelnen Support-Komponenten multipliziert und im dritten Schritt schließlich subskalenspezifisch aufsummiert worden. Bei Betrachtung der Kennwerte für die drei neugebildeten Indizes, die somit also jeweils einen Wertebereich von 3 bis 48 haben, wird zum einen deutlich, daß die Befragten unserer Stichprobe bei belastenden Lebensproblemen im Durchschnitt am ehesten mit sozialer Unterstützung in Form von emotionaler Zuwendung ( $M = 24.44$ ;  $SD = 10.67$ ) und informationellen Deutungshilfen ( $M = 20.31$ ;  $8.74$ ) rechnen können, während rollenentlastende Privilegien bei gleicher Gelegenheit nur in relativ geringem Maße gewährt werden ( $M = 12.16$ ;  $SD = 6.44$ ). Zum zweiten weisen die Subskalen trotz der geringen Zahl an Items beachtlich hohe interne Konsistenzen auf; die reliabilitäts-indizierenden ALPHA-Werte betragen .83 (für EMO), .75 (für DEUT) und .71 (für PRIV).

*Abhängige Variablen: Psychische Depression und Somatische Beschwerden*

Zur Messung der ersten abhängigen Variablen "Psychische Depression" diente eine gekürzte und hinsichtlich der Antwortvorgaben leicht modifizierte deutsche Version der "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale" (CES-D-Scale), die in amerikanischen Gesundheitsstudien inzwischen so etwas wie den Rang eines Standardinstruments zur Erfassung von Depression erlangt hat (Radloff 1977; Ensel 1986). Die Befragten sollten für jedes der 12 Items angeben, "an wieviel Tagen der vergangenen Woche" psychische Symptome (wie Niedergeschlagenheit, Versagensgefühle oder Traurigkeit) bei ihnen aufgetreten seien.<sup>2</sup> Durch Aufsummierung der Einzelantworten wurde ein Index "Psychische Depression" gebildet, der einen theoretischen Wertebereich von 0 bis 84 aufweist; der durchschnittliche Depressionswert lag für die befragte Stichprobe bei  $M = 12.96$  ( $SD = 12.60$ ).

Die zweite abhängige Variable "Somatische Beschwerden" wurde schließlich ebenfalls durch Aufsummierung der wöchentlichen Auftretenshäufigkeiten von 12 körperlichen Beschwerdesymptomen nach dem Vorbild der Langner-Skala bzw. der Hopkins-Symptom-Checklist gebildet (Derogatis et al. 1974;  $M = 9.63$ ;  $SD = 10.38$ ). Es sind dabei gezielt nur solche Symptome (wie körperliche Unruhe, starkes Herzklopfen oder Sehstörungen) in die Liste aufgenommen worden, bei denen ein eindeutiger Bezug zu somatisch-physiologischen Prozessen vorhanden ist. Items mit Bezug auf psychisch-mentale Prozesse wurden dagegen von vornherein eliminiert, um Konfundierungen mit der Depressionsskala zu vermeiden.

Beide Skalen zur Erfassung von Störungen des gesundheitlichen Wohlbefindens weisen mit ALPHA-Werten von .89 bzw. .86 hohe interne Konsistenzen und damit gute Reliabilitäts-Eigenschaften auf. Trotz der Eliminierung redundanter Symptombeschreibungen korrelieren beide Skalen hoch miteinander ( $r = .65$ ), was für ein beachtliches Maß an konvergenter Validität der beiden Instrumente spricht.

Bei Querschnittuntersuchungen stellt sich natürlich immer das Problem, wie man bei *gleichzeitiger* Erfassung der Daten für die unabhängigen und abhängigen

Variablen trotzdem hinreichend sicherstellen kann, daß die für Bedingungsanalysen konstitutiven Vorher-Nachher-Relationen zwischen den sozialen "Ursachen" und ihren vermuteten "Wirkungen" auch tatsächlich erfaßt werden. Eine durchaus praktikabele, wenn auch nicht vollkommen zufriedenstellende Lösung des Problems besteht darin, den kausalanalytischen Stellenwert der jeweiligen Indikatoren von vornherein schon im Erhebungsinstrument festzuschreiben. Wie die o.a. Operationalisierungen deutlich machen, ist dieses Verfahren im vorliegenden Fragebogen durch die explizite Aufforderung an die Probanden realisiert worden, sich bei der Beantwortung der Fragen auf die jeweilige Situation in bestimmten festgelegten Zeiträumen zu beziehen: Die Angaben zum Gesundheitszustand (AV) sollten in bezug auf die gerade "vergangene Woche", die Angaben zu den chronischen Arbeitsbelastungen (UV) aber in bezug auf die Zeit des "vergangenen Jahres" gemacht werden. Die Items zur Erfassung der sozialen Unterstützung (IV) wurden schließlich ausdrücklich als Indikatoren für die "Reaktion" der sozialen Umwelt auf die erlittenen Belastungen gekennzeichnet und somit für die Situation im dazwischenliegenden Zeitraum beantwortet.

Diese offene Prädeterminierung des methodologischen Status der einschlägigen Variablen wird zum zweiten durch eine konsequent biographische Strukturierung des verwendeten Erhebungsinstruments insofern weiter erhärtet, als die Reihenfolge der zu beantwortenden Fragen exakt der theoretisch postulierten Kausalstruktur des Stressprozesses entspricht. Beide methodischen Vorkehrungen tragen somit entscheidend dazu bei, daß denkbare alternative Kausalmodelle über den Zusammenhang der drei Konzepte - vor allem Arbeitsstress bzw. Support als Folge von Gesundheitsstörungen - in dieser Studie von vornherein logisch und empirisch ausgeschlossen sind.

## 2.2 *Untersuchte Stichprobe*

Nach Maßgabe eines vorher ausgearbeiteten Quoten-Plans sind insgesamt 284 erwachsene Personen von fortgeschrittenen Soziologie-Studenten beiderlei Geschlechts für eine Teilnahme an der Untersuchung rekrutiert worden. Nach eingehender Prüfung wurden 12 Fragebögen eliminiert, die von den Probanden ganz offensichtlich nicht mit der gebotenen Sorgfalt ausgefüllt worden waren (v.a. wegen eines unakzeptablen Maßes an unbeantworteten Fragen und systematischer Antworttendenzen). Es bleibt eine uneingeschränkt auswertbare Stichprobe von 272 Erwachsenen, die den angestrebten Quotierungszielen im Hinblick auf eine etwa gleichmäßige Berücksichtigung beider Geschlechter, aller Altersklassen zwischen 18 und 65 sowie der hauptsächlichsten Schulbildungsabschlüsse ziemlich genau entspricht. Es haben insgesamt 139 Männer (51%) und 133 Frauen (49%) an der Untersuchung teilgenommen. Auf die Frage nach dem letzten Schulabschluß gaben jeweils etwa ein Drittel aller Befragten an, einen Volks- bzw. Hauptschulabschluß ( $N = 87$ ; 32%), einen Real- bzw. Fachoberschulabschluß ( $N = 99$ ; 36%) oder mit dem Abitur einen gymnasialen Abschluß ( $N = 86$ ; 32%) erreicht zu haben. Diese annähernde Gleichverteilung der Befragten auf einen relativ niedrigen, mittleren und hohen Bildungsstand gilt im großen und ganzen auch für

beide Geschlechter, wenn auch die befragten Frauen durchschnittlich ein leicht geringeres schulisches Ausbildungsniveau aufzuweisen haben. Im bezug auf das dritte Auswahlkriterium "Alter" haben sich dagegen die Quotierungsziele nicht vollständig realisieren lassen. Es handelt sich insgesamt um eine relativ "junge" Stichprobe, in der Personen über 40 Jahren nicht in exakt gleichem Maße wie die jüngeren Altersklassen vertreten sind. Allerdings gibt es in dieser allgemein schiefen Altersverteilung kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen; das Durchschnittsalter ist zudem für beide Gruppen mit 34 Jahren identisch. Insgesamt 94 Personen (35%) gehören der Gruppe der 18 - 29jährigen an, 90 Probanden (33%) sind zwischen 30 und 44 Jahre alt und 88 der befragten Erwachsenen (32%) zählen zur Altersklasse der 45 - 65jährigen. Wie Tab. 1 darüber hinaus ausweist, gibt es erwartungsgemäß einen starken negativen Zusammenhang zwischen Alter und Schulbildung ( $r = -.42$ ): Je älter die Probanden sind, desto geringer ist tendenziell deren Schulbildung. Im Hinblick auf den sozio-ökonomischen Status handelt es sich um eine typische Mittelschichtauswahl von insgesamt relativ jungen Erwachsenen, die zum überwiegenden Teil nach dem Zweiten Weltkrieg in Arbeiter- und Angestelltenfamilien unter Bedingungen ausreichender materieller Sicherheit aufgewachsen sind. Auch die heutige ökonomisch-finanzielle Lebenssituation ist beim weitaus größten Teil des Samples als zufriedenstellend zu bezeichnen. Die Hälfte der Befragten hat eine Berufsausbildung mit Lehrabschluß absolviert, ein weiteres Viertel ist Akademiker. Beruflich sind die Probanden hauptsächlich in Angestelltenpositionen tätig; Arbeiter, Beamte, Selbständige und Nicht-Berufstätige sind im Vergleich zur erstgenannten Gruppe deutlich unterrepräsentiert.

### 3. Resultate der Untersuchung

#### 3.0 *Linearität und gruppenspezifische Unterschiede in den Variablen*

Die Hypothesen der Untersuchung werden im folgenden unter Anwendung verschiedener Verfahren der Korrelations- bzw. Regressionsrechnung empirisch überprüft. Die sinnvolle Anwendung dieser Verfahren setzt bekanntlich neben der Quasi-Intervallskalierung der verwendeten Variablen vor allem die annähernde Linearität der vermuteten Zusammenhänge voraus. Die empirische Überprüfung dieser methodischen Anwendungsvoraussetzung, die hier u.a. durch sog. Trendtests mittels Polynomregression (Cohen/Cohen 1983) auf der Basis der Gesamtstichprobe vorgenommen wurde, erbringt ein Ergebnis, das auch unter theoretischen Gesichtspunkten von großer Bedeutung ist (vgl. Tab. 1): Die Beziehungen zwischen den Variablen der Untersuchung sind bis auf zwei Ausnahmen eindeutig linearer Natur, lassen sich also am besten durch eine Gerade abbilden und damit adäquat durch die üblichen Verfahren der multiplen Regression statistisch analysieren. Die beiden Ausnahmen beziehen sich auf die Zusammenhänge zwischen Alter bzw. Schulbildung und der dritten Form sozialer Unterstützung (VAR 7).

Tab. 1: Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten der Untersuchungsvariablen  
- bezogen auf die Gesamtstichprobe aller Befragten (N = 272)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Geschlecht (1)	1								
Alter (2)	0	1							
Schulbildung (3)	-11*	-42	1						
Chronischer Arbeitsstress (4)	-12	-23	01	1					
Emotionale Unterstützung (5)	34	-30	17	12	1				
Deutungshilfe (6)	16	-36	16	20	57	1			
Gewährung von Privilegien (7)	15	-07	01	19	34	36	1		
Psychische Depression (8)	19	-14	-08	25	16	16	22	1	
Somatische Beschwerden (9)	09	03	-16	26	-04	04	17	65	1

\* Die Dezimalpunkte wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit weggelassen

Beide Beziehungen sind kurvilinear von Natur und lassen sich demgemäß jeweils am besten durch eine umgekehrt U-förmige Normalparabel beschreiben, die inhaltlich folgendermaßen interpretierbar ist: Die höchste Rollenentlastung bekommen in unserer Stichprobe tendenziell Personen im mittleren Erwachsenenalter bzw. solche mit einem mittleren Schulbildungsniveau. Demgegenüber werden die übrigen Gruppen - also die jungen und älteren Erwachsenen bzw. die Personen mit eher niedrigen oder sehr hohen Bildungsabschlüssen - durchschnittlich in erheblich geringerem Maße von ihrer sozialen Umwelt durch Gewährung von Privilegien sozial unterstützt. In allen anderen Fällen aber stellen relativ einfache Linearitätsvorstellungen das eindeutig am besten geeignete Basismodell zur Analyse der Beziehungen zwischen Arbeitsstress, sozialer Unterstützung und gesundheitlichen Störungen dar.

Wie aus Tab. 1 weiterhin hervorgeht, unterscheiden sich die verschiedenen Probandengruppen zum Teil erheblich im Ausmaß der erlittenen Arbeitsbelastungen, der mobilisierten sozialen Unterstützung sowie der psychischen und somatischen Gesundheitsstörungen. Die Frauen unserer Stichprobe (kodierte mit dem Wert 1) berichten im Vergleich zu den Männern (kodierte mit dem Wert 0) durchschnittlich in signifikant geringerem Maße über Stress am Arbeitsplatz ( $r = -.12$ ), bekommen vor allem erheblich mehr soziale Unterstützung in Form emotionaler Zuwendung (.34) und haben insgesamt deutlich schlechtere Gesundheitswerte (v.a. depressive Verstimmungen; .19). In bezug auf das Alter der Befragten gelten folgende Zusammenhänge: Je jünger die Probanden sind, desto stärker leiden sie unter chronischen Arbeitsbelastungen, desto mehr emotionale Zuwendung bzw. informationelle Deutungshilfe wird ihnen in ihrem sozialen Umfeld

zuteil und desto stärker sind auch die Tendenzen zu depressiven Verstimmungen; das durchschnittliche Ausmaß der somatischen Beschwerden ist dagegen für alle Altersgruppen ziemlich ähnlich. In bezug auf die Schulbildung der Befragten finden sich keine Zusammenhänge zu den Arbeitsbelastungen, positive Korrelationen mit zwei Support-Variablen und negative Beziehungen zu den Gesundheitsindikatoren. Demnach unterscheiden sich die Personen unseres Samples mit niedriger, mittlerer und hoher Schulbildung im Hinblick auf das Ausmaß der erlittenen Arbeitsbelastungen zwar nicht; in bezug auf die mobilisierte emotionale und informationelle Unterstützung sowie in bezug auf die Güte des gesundheitlichen Wohlbefindens sind aber die Befragten mit niedrigerer Bildung deutlich gegenüber den Personen mit höheren Abschlüssen benachteiligt.

### 3.1 Zusammenhang von Arbeitsstress und sozialer Unterstützung

Die Korrelationen zwischen Arbeitsstress und den verschiedenen Formen sozialer Unterstützung machen für das Gesamtsample deutlich (Tab. 2), daß sich die Hypothese 1.1 in dieser Studie voll bestätigt hat: Je größer die chronischen Arbeitsbelastungen erwachsener Personen sind, desto eher reagieren die relevanten Mitglieder des außerberuflichen Umfeldes dieser Personen vor allem mit Deutungshilfen (.20) und einer spürbaren Entlastung von alltäglichen Rollenverpflichtungen (.19), aber auch mit einem gehäuften Maß an emotionaler Zuwendung (.12).

Tab. 2: Korrelationen zwischen Arbeitsstress (AS) und verschiedenen Formen sozialer Unterstützung - getrennt nach einzelnen Geschlechts-, Alters- und Bildungsgruppen.  
Separate Erklärungskraft der multiplikativen Moderator-effekte von GES, ALT und BIL mit AS für das Auftreten von sozialer Unterstützung (in Prozent)

	Emotionale Zuwendung (EMO)			Deutungshilfe (DEUT)			Gewähr. Privilegien (PRIV)					
	Korr. *		% R <sup>2</sup>	Korr.		% R <sup>2</sup>	Korr.		% R <sup>2</sup>			
Gesamtsample (ALLE)	12			20			19					
Geschlecht (GES)	0	34	2.5	09	35	1.5	20	21	< 1			
Alter (ALT)	13	11	-04	< 1	21	17	11	< 1	18	27	13	< 1
Schulbildung (BIL)	-04	19	23	2.0	16	22	23	< 1	29	11	14	< 1

\* Die Korrelationen zu den einzelnen Formen soz. Unterstützung sind in der Reihenfolge von links nach rechts folgenden Ausprägungen der jeweiligen Moderatorvariablen zuzuordnen: GES (männl., weibl.); ALT (18-29 J., 30-44 J., 45-65 J.); BIL (niedrig, mittel, hoch)



Chronischer Stress am Arbeitsplatz scheint somit ein Umstand zu sein, der sehr verschiedene Formen sozialer Unterstützungsbereitschaft in gleicher Weise zu mobilisieren vermag. Allerdings ist die Stärke dieser Zusammenhänge je nach untersuchter Geschlechts- und Bildungsgruppe sowie dem Support-Typ zum Teil signifikant unterschiedlich. Anders ausgedrückt: Es hängt im Sinne der Hypothese 1.2 zumindest teilweise von sozialen Statusmerkmalen ab, in welchem Maße bestimmte Formen sozialer Unterstützung bei chronischem Arbeitsstress gewährt werden. Stärke und Richtung der drei nachweisbaren Moderatoreffekte ergeben sich aus den Ergebnissen der durchgeführten Hierarchischen Regressionsanalysen<sup>3</sup> (Cohen/Cohen 1983, Jaccard et al. 1990) in Kombination mit den gruppenspezifischen Korrelationskoeffizienten in Tab. 2.

Zum ersten läßt sich dazu in Übereinstimmung mit Hypothese 1.2 feststellen, daß die Aussage, wonach chronischer Arbeitsstress zu einer Intensivierung emotionaler und informationeller Hilfen durch die privaten Interaktionspartner führt, in erster Linie für Frauen, aber kaum für Männer gilt. Der allein durch den Moderatoreffekt des Geschlechts erklärte Varianzanteil liegt in diesen beiden Fällen weit über der kritischen Grenze von 1 Prozent und ist mit 2.5 bzw. 1.5 Prozent sogar statistisch signifikant. Zweitens können - ebenso hypothesenkonform - vor allem Personen mit mittleren und höheren Bildungsabschlüssen auf größere emotionale Zuwendung hoffen, wenn sie von stärker werdenden Arbeitsbelastungen betroffen sind; für Probanden mit niedrigem Bildungsstand trifft die EMO-Support-Mobilisierungshypothese nicht zu. Da sich drittens die Korrelationen in den einzelnen Altersgruppen nur zufällig voneinander unterscheiden, hat das Alter der befragten Personen - hypothesenwidrig - keinen moderierenden Einfluß auf die Beziehung zwischen Arbeitsstress und sozialer Unterstützung. Ebenso hypothesenwidrig ist schließlich viertens das Resultat, daß bei der Gewährung von Privilegien angesichts belastender Arbeitsbedingungen für die potentiellen Support-Geber offenbar das Geschlecht, das Alter und der Bildungsstand der Betroffenen keine Rolle spielen.

### *3.2 Zusammenhang von Arbeitsstress und gesundheitlichen Störungen*

Die Hypothese 2.1, wonach chronische Arbeitsstressoren wie z.B. Rollenkonflikte, monotone Arbeitsvollzüge oder hoher Zeitdruck das gesundheitliche Wohlbefinden von Erwachsenen erheblich beeinträchtigen können, läßt sich auf der Basis unserer Daten für die Gesamtstichprobe eindeutig belegen (Tab. 3). Berufliche Belastungen fördern nach diesen Resultaten direkt oder indirekt sowohl die depressiven Verstimmungen (.25) als auch die somatischen Beschwerden von erwerbstätigen Personen (.26) in ähnlich starkem Maße. Dieser generelle Zusammenhang zwischen Stress am Arbeitsplatz und Gesundheitsstörungen gilt darüber hinaus unterschiedslos auch in allen untersuchten Probandengruppen. Es lassen sich dabei keine moderierenden Effekte des Geschlechts, des Alters oder der Schulbildung nachweisen; die gruppenspezifischen Korrelationen unterscheiden sich nur zufällig voneinander. Hypothese 2.2 muß demzufolge eindeutig zurückgewiesen werden.

Tab. 3: Korrelationen zwischen Arbeitsstress und verschiedenen Formen soz. Unterstützung mit einzelnen Indikatoren gesundheitlicher Störungen - getrennt nach Geschlechts-, Alters- und Bildungsgruppen. Separate Erklärungskraft der multiplikativen Moderatortreffekte von Geschlecht, Alter und Schulbildung mit AS, EMO, DEUT und PRIV für das Auftreten gesundheitlicher Störungen (in Prozent)

		PSYCHISCHE DEPRESSION				SOMATISCHE BESCHWERDEN			
		Korr.		% R <sup>2</sup>		Korr.		% R <sup>2</sup>	
CHRONISCHER ARBEITSSTRESS (AS)	ALLE	25				26			
	GES	29	29	< 1		25	30	< 1	
	ALT	33	16	20	< 1	40	24	19	< 1
	BIL	25	26	25	< 1	24	32	24	< 1
EMOTIONALE ZUWENDUNG (EMO)	ALLE	16				-04			
	GES	0	22	1.4		-22	07	1.9	
	ALT	16	14	11	< 1	-14	04	01	< 1
	BIL	21	07	28	< 1	01	-09	07	< 1
DEUTUNGSHILFE (DEUT)	ALLE	16				04			
	GES	13	13	< 1		0	05	< 1	
	ALT	12	07	23	< 1	03	02	08	< 1
	BIL	27	05	26	< 1	06	09	09	< 1
GEWÄHRUNG VON PRIVILEGIEN (PRIV)	ALLE	22				17			
	GES	10	30	1.0		05	26	1.3	
	ALT	12	29	29	< 1	08	32	17	< 1
	BIL	34	16	19	< 1	20	12	25	< 1

### 3.3 Zusammenhang von sozialer Unterstützung und gesundheitlichen Störungen

Die empirische Analyse der Frage, wie sich verschiedene Formen sozialer Unterstützung insgesamt auf den psychischen und somatischen Gesundheitszustand von Erwachsenen auswirken, erbringt Resultate, die der Hypothese 3.1 und damit dem Gros der bisher vorliegenden Forschungsergebnisse eindeutig widersprechen (Tab. 3). Die korrelativen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Support-Formen und den Indikatoren für gesundheitliche Störungen sind auf der Ebene der Gesamtstichprobe entweder praktisch gleich Null oder aber überraschenderweise positiv. Ein höheres Maß an sozialer Unterstützung in Problemsituationen geht somit entgegen den Erwartungen alles in allem eher mit einer *Verschlechterung* als mit einer Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Befragten einher. Dieser Schluß gilt vor allem für den Zusammenhang der drei Support-Formen mit Psychischer Depression. Der dritte Typ sozialer Unterstützung weist sogar mit beiden Gesundheitsindikatoren signifikant-positive Zusammenhänge auf: Je mehr die soziale Umwelt gestresste Personen von ihren normalen Alltags-

verpflichtungen suspendiert, desto größer sind tendenziell die gesundheitlichen Probleme. Diese eher gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung der verschiedenen Support-Typen trifft darüber hinaus sowohl für alle untersuchten Altersgruppen als auch für Personen aus allen drei Bildungsstufen gleichermaßen zu. Im Gegensatz zu Alter und Schulbildung hat dagegen das Geschlecht einen moderierenden Einfluß auf die Beziehung zwischen zwei der drei Support-Formen und den Indikatoren für das gesundheitliche Wohlbefinden. Allgemein gilt, daß der gesundheitsschädliche Einfluß von emotionaler Unterstützung und vor allem Privilegien-gewährung in erster Linie für die Gruppe der befragten Frauen nachweisbar ist, weniger oder gar nicht aber für die Gruppe der Männer. Die Hypothese 3.2 muß deshalb vollständig zurückgewiesen werden: Zwar ist die gesundheitliche Wirkung bestimmter Formen sozialer Unterstützung bei beiden Geschlechtern unterschiedlich; im Gegensatz zu den Erwartungen sind es aber eher die Frauen, die von dieser gesundheitlich eher dysfunktionalen Art der sozialen Reaktion besonders negativ betroffen sind.

### *3.4 Einfluß verschiedener Typen sozialer Unterstützung auf den Zusammenhang von Arbeitsstress und gesundheitlichen Störungen*

Nach diesen unerwarteten Ergebnissen für den Gesamtzusammenhang zwischen Support und Gesundheitsstörungen ist es natürlich etwas überraschend, daß sich der in Hypothese 4.1 behauptete Puffereffekt sozialer Unterstützung dagegen in immerhin 2 von 6 Fällen für die Gesamtgruppe aller Befragten empirisch eindeutig nachweisen läßt. Wie Tab. 4 zeigt, erklärt die multiplikative Wechselwirkung der Variablen AS und DEUT bzw. AS und EMO jeweils über 1 Prozent der Varianz in den beiden Indikatoren für das gesundheitliche Wohlbefinden. Je mehr informationelle Deutungshilfe also erwachsenen Personen zur Verfügung steht, desto weniger führt chronischer Arbeitsstress zur Entstehung depressiver Verstimmungen. Auch emotionale Unterstützung kann den potentiell gesundheits-schädigenden Einfluß von großen beruflichen Belastungen deutlich abschwächen; Arbeitsstress führt in den meisten Fällen zu einem deutlich geringeren Anstieg somatischer Beschwerden, wenn die davon betroffenen Personen in ein Netz von Sozialkontakten eingebunden sind, das im Krisenfall mit einem erhöhten Maß an Trost, Zuspruch oder Aufmunterung reagiert.

Auch für die - zumindest partielle - Gültigkeit der Hypothese 4.2, wonach die Pufferwirkung sozialer Unterstützung je nach Geschlecht, Alter und Bildung der Befragten unterschiedlich stark ausgeprägt ist, finden sich in den Daten eine Vielzahl von empirischen Belegen. Dieser gruppenspezifische Stress-Abschwächungseffekt ist zudem sowohl bei beiden Gesundheits-Indikatoren als auch für alle drei Support-Typen nachweisbar. In bezug auf die psychische Komponente des gesundheitlichen Wohlbefindens ergeben sich konkret folgende Resultate (Tab. 4): In besonders starkem Maße können Deutungshilfen das bei zunehmendem Arbeitsstress allgemein größer werdende Depressionsrisiko senken. Dieser Puffereffekt gilt in der Tendenz für fast alle Statusgruppen mit Ausnahme von Personen mit eher geringer bzw. sehr hoher Schulbildung. Es sind allerdings in

Tab. 4: Gruppenspezifische Überprüfung der Pufferhypothese: Separate Erklärungskraft der multiplikativen Moderatoreffekte von Arbeitsstress (AS) mit EMO, DEUT und PRIV für das Auftreten gesundheitlicher Störungen (in Prozent)

	PSYCHISCHE DEPRESSION			SOMATISCHE BESCHWERDEN		
	EMO	DEUT	PRIV	EMO	DEUT	PRIV
Gesamtsample	< 1	1.1	< 1	1.1	< 1	< 1
Männer	< 1	4.2	< 1	1.6	< 1	< 1
Frauen	< 1	1.0	< 1	4.1	1.9	< 1
18 - 29 Jahre	< 1	3.1	< 1	< 1	< 1	1.7
30 - 44 Jahre	< 1	1.4	< 1	< 1	1.6	< 1
45 - 65 Jahre	2.4	1.6	< 1	2.9	1.3	1.1
Schulbildung niedrig	< 1	< 1	< 1	3.2	1.5	1.5
Schulbildung mittel	2.7	7.6	< 1	2.7	< 1	4.6
Schulbildung hoch	4.5	< 1	< 1	2.4	< 1	< 1

erster Linie Männer (4.2 Prozent Varianzaufklärung), junge Erwachsene (3.1%) und vor allem Personen mit mittlerer Schulbildung (7.6%), die von sozialer Unterstützung bei der Analyse und Interpretation belastender Alltagserfahrungen psychisch profitieren; bei Frauen (1%) und bei Personen über 30 Jahre (1.4% bzw. 1.6%) ist die stressabschwächende Wirkung informationeller Deutungshilfen erheblich geringer ausgeprägt. Im Gegensatz dazu sind depressionsreduzierende Puffereffekte bei den beiden anderen Support-Typen kaum nachweisbar. Verstärkte emotionale Zuwendung angesichts chronischer Arbeitsbelastungen wirkt sich lediglich bei den über 45-jährigen und bei Personen mit mittlerem Schulabschluß stressmindernd und damit günstig auf das psychische Wohlbefinden aus. Die Entlastung von alltäglichen Rollenverpflichtungen hat sogar in keiner einzigen Gruppe einen indirekt-gesundheitsförderlichen Effekt.

In bezug auf die somatische Komponente des gesundheitlichen Wohlbefindens hat die Untersuchung folgende Ergebnisse erbracht: Die potentiell negativen Auswirkungen von Arbeitsstress auf den somatischen Beschwerdezustand werden vor allem durch Intensivierung der emotionalen Zuwendung seitens der signifikanten Interaktionspartner gemindert, wovon in erster Linie Frauen und Personen mit niedriger Schulbildung, in geringerem Maße aber auch die Gruppe der Männer, die über 45-jährigen sowie Probanden mit einem mittleren Bildungsniveau

gesundheitlich profitieren. Nur für Personen unter 45 Jahren und solche mit hoher Schulbildung ist dieser Abschwächungseffekt auf der Basis unserer Ergebnisse nicht belegbar. Eine indirekt-gesundheitsförderliche Pufferwirkung von Deutungshilfen läßt sich dagegen lediglich in 4 Gruppen nachweisen: Das Risiko der arbeitsbedingten Entstehung somatischer Beschwerden ist bei Frauen, bei Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter sowie bei Probanden mit niedriger Schulbildung deutlich verringert, wenn sie im Bedarfsfall auf informationelle Ressourcen in ihrer näheren sozialen Umwelt zurückgreifen können. Die Gewährung von Privilegien trägt schließlich nur bei sehr jungen und älteren Erwachsenen sowie bei Personen mit niedriger und mittlerer Schulbildung tendenziell dazu bei, daß das arbeitsbedingte Risiko somatischer Beschwerden etwas abgemildert wird.

Während alle bisher besprochenen Moderatoreffekte im Sinne der Pufferhypothese zu interpretieren sind, stehen die beiden (markierten) Moderatoreffekte für die Personengruppe der Abiturienten in auffälligem Gegensatz zur Hypothese 4.2. In diesen Fällen trägt ein hohes Maß an emotionaler Unterstützung entgegen den Erwartungen eher zu einer gravierenden Verschärfung der potentiell gesundheitsschädlichen Wirkungen chronischer Arbeitsbelastungen bei. Bei Personen mit hoher Schulbildung erhöht sich also das Risiko depressiver Verstimmungen und somatischer Beschwerden ganz erheblich (4.5% bzw. 2.4% Varianzaufklärung), wenn ihre relevanten Interaktionspartner bei dauerhaften Problemen am Arbeitsplatz mit einem erhöhten Maß an Trost, Aufmunterung oder Zuspruch helfen wollen. Diese meist gutgemeinte Art sozialer "Unterstützung" schlägt bei hochgebildeten Erwachsenen somit in ihr Gegenteil um und wird unter diesen Bedingungen selbst zu einem beachtlichen Gefährdungsfaktor für das gesundheitliche Wohlbefinden.

Zusammengefaßt zeigt sich also, daß in den meisten der untersuchten Statusgruppen das durch hohe Belastungen am Arbeitsplatz erzeugte Risiko depressiver Verstimmungen am besten durch informationelle Deutungshilfen, das Risiko somatischer Beschwerden am ehesten durch ein hohes Maß an emotionaler Zuwendung reduziert wird. Nur bei der Gruppe der über 45-jährigen und bei den Personen mit niedriger Schulbildung wirken alle drei Typen sozialer Unterstützung als gesundheitsförderlicher Puffer gegen das Auftreten somatischer Beschwerden. Soziale Unterstützung kann aber auch indirekt-kontraproduktive Wirkungen haben: Bei Personen mit hoher Schulbildung verstärkt emotionaler Support die gesundheitlich dysfunktionalen Wirkungen chronischer Arbeitsbelastungen in gravierender Weise.

### *3.5 Wie wirkt soziale Unterstützung? - Zur Angemessenheit der Kausalmodelle*

Angesichts dieser überraschenden Ergebnisse zu den gesundheitlichen Folgen sozialer Unterstützung - einerseits erwartete Puffereffekte, andererseits unerwartete positive Korrelationen zu Gesundheitsstörungen - stellt sich nun die Frage nach der konkreten Wirkungsweise solcher sozialen Hilfeleistungen natürlich mit besonderer Dringlichkeit: Sind die gefundenen Zusammenhänge zwischen den un-

abhängigen, intervenierenden und abhängigen Variablen der Untersuchung in den einzelnen Gruppen tatsächlich im Sinne eines kombinierten Mediator-Moderator-modells sozialer Unterstützung interpretierbar? Zur Beantwortung dieser Frage wurden für alle Befragten zusammen und für jede Statusgruppe einzeln jeweils sechs Regressions- bzw. Pfadanalysen durchgeführt, um die differentielle Wirkungsweise der drei Support-Typen bei chronischem Arbeitsstress für psychische Depression und somatische Beschwerden jeweils getrennt einschätzen zu können.<sup>4</sup>

Wie die gruppenspezifischen Pfadmodelle in den Abb. 2, 3 und 4 zeigen, läßt sich das postulierte vollständige Kausalmodell in keinem einzigen Fall nachweisen. Nach unseren Daten gibt es weder für die Gesamtgruppe noch für die einzelnen Statusgruppen eine Konstellation, in der sich irgendein Support-Typ sowohl als Stress-Mediator als auch als Stress-Moderator positiv auf den Gesundheitszustand der Befragten auswirkt. Es gibt allerdings einige Konstellationen, in denen zumindest Teile des vollständigen Kausalmodells belegbar sind. Dabei handelt es sich zum ersten um Modelle mit indirekt gesundheitsförderlichen Puffereffekten sozialer Unterstützung, wobei deren Auftreten zusätzlich im Sinne der Mobilisierungshypothese als Folge von chronischen Belastungen im Beruf gedeutet werden kann.

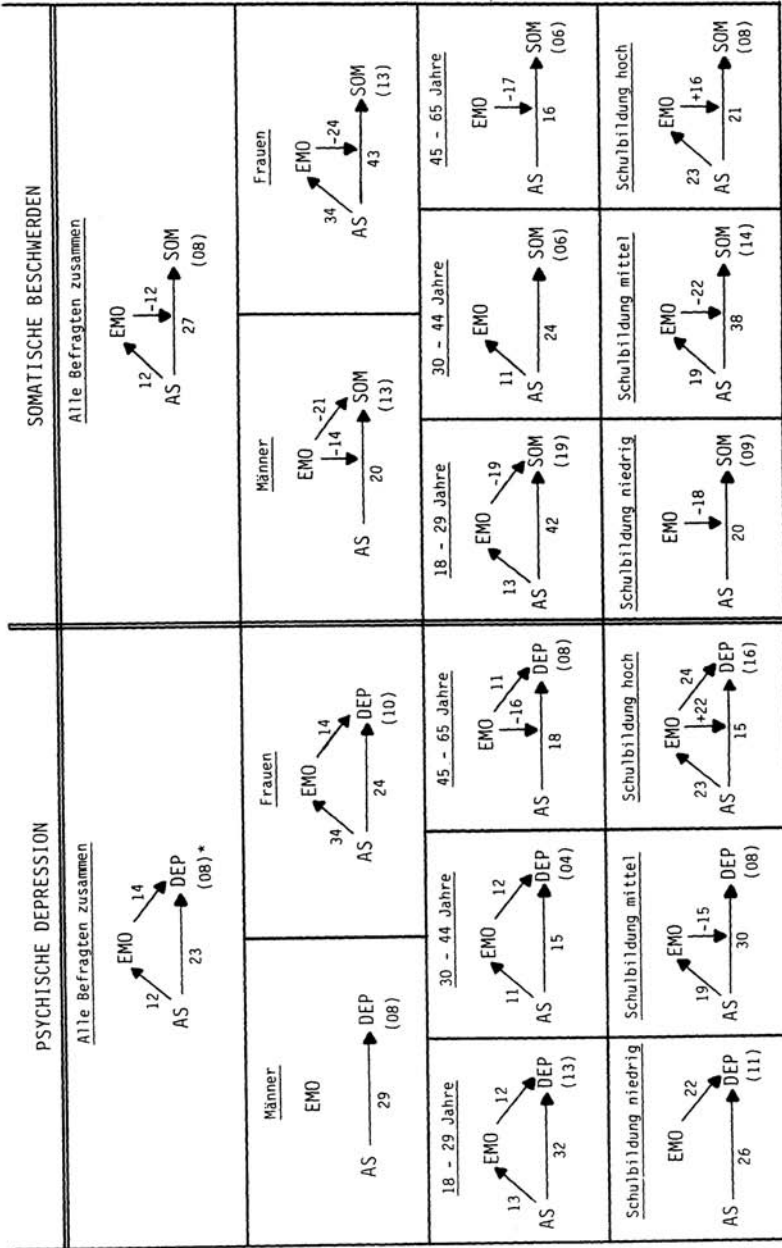
Nach unseren Ergebnissen bekommen beispielsweise Frauen bei zunehmenden beruflichen Belastungen ein besonders hohes Maß an emotionaler Zuwendung und Deutungshilfe durch ihre soziale Umwelt ( $BETA = .34$  bzw.  $.35$  für den Mobilisierungseffekt), was dann wiederum dazu führt, daß der stark negative Einfluß der Arbeitsbedingungen auf den somatischen Beschwerdezustand deutlich abgeschwächt wird ( $BETA = -.24$  bzw.  $-.14$  für den Puffereffekt).

Zum zweiten gibt es eine Reihe von Kausalmodellen, bei denen das Auftreten der stressreduzierenden sozialen Unterstützung selbst nicht auf Arbeitsplatzprobleme zurückführbar ist. Ein solches reines Moderatormodell ohne nachweisbaren Mobilisierungseffekt gilt aber nur für den somatisch bedeutsamen Support-Typ "Emotionale Unterstützung" in der Gruppe der über 45jährigen und bei den Befragten mit niedriger Schulbildung.

Drittens finden sich in einem einzigen Fall Belege für ein reines Mediatormodell ohne nachweisbaren Puffereffekt: Bei den jungen Erwachsenen unter 30 Jahren kommt es infolge länger andauernder Belastungen am Arbeitsplatz häufig zu einer deutlichen Aktivierung emotionaler Unterstützung durch die jeweiligen Bezugspersonen, was sich dann seinerseits oft direkt und positiv auf das somatische Befinden der Adressaten auswirkt.

Viertens schließlich gibt es noch eine Konstellation, in der soziale Unterstützung zwar den erwarteten doppelt-positiven Effekt auf die Gesundheit hat, selbst aber nicht als Stressfolge erklärbar ist: Ein hohes Maß an generell vorhandenem emotionalen Rückhalt schwächt bei den befragten Männern zum einen die gesundheitlich ungünstige Wirkung beruflicher Belastungen deutlich ab (Interaktionseffekt von  $BETA = -.14$ ) und stärkt zum anderen direkt deren somatisches Wohlbefinden (Haupteffekt von  $BETA = -.21$ ).

Abb. 2: Gruppenspezifische Pfadmodelle für den Zusammenhang von chronischem Arbeitsstress (AS), emotionaler Zuwendung (EMO) und verschiedenen Formen gesundheitlicher Störungen (DEP, SOM)



\* In allen Pfadmodellen bezeichnen die Werte an den Pfeilen die jeweils dazugehörigen Pfadkoeffizienten (standardisierte BETAS), die Werte in Klammern die Determinationskoeffizienten (R<sup>2</sup>) der einzelnen Kausamodelle

Abb. 3: Gruppenspezifische Pfadmodelle für den Zusammenhang von chronischem Arbeitsstress (AS), Deutungshilfe (DEUT) und verschiedenen Formen gesundheitlicher Störungen (DEP, SOM)

PSYCHISCHE DEPRESSION		SOMATISCHE BESCHWERDEN	
<u>Alle Befragten zusammen</u>			
<p><u>Männer</u></p> <p>AS → DEP (27) AS → DEUT (20) DEUT → DEP (-21)</p>		<p><u>Frauen</u></p> <p>AS → DEP (32) AS → DEUT (20) DEUT → DEP (-10)</p>	
<p><u>Männer</u></p> <p>AS → DEP (13) AS → DEUT (16) DEUT → DEP (-21)</p>		<p><u>Männer</u></p> <p>AS → SOM (25) AS → DEUT (17) DEUT → SOM (-13)</p>	
<p><u>Frauen</u></p> <p>AS → DEP (09) AS → DEUT (13) DEUT → DEP (-10)</p>		<p><u>Frauen</u></p> <p>AS → SOM (11) AS → DEUT (11) DEUT → SOM (-14)</p>	
<p><u>18 - 29 Jahre</u></p> <p>AS → DEP (41) AS → DEUT (21) DEUT → DEP (-22)</p>		<p><u>18 - 29 Jahre</u></p> <p>AS → SOM (16) AS → DEUT (21) DEUT → SOM (40)</p>	
<p><u>30 - 44 Jahre</u></p> <p>AS → DEP (16) AS → DEUT (17) DEUT → DEP (-12)</p>		<p><u>30 - 44 Jahre</u></p> <p>AS → SOM (25) AS → DEUT (17) DEUT → SOM (-13)</p>	
<p><u>45 - 65 Jahre</u></p> <p>AS → DEP (16) AS → DEUT (11) DEUT → DEP (-13)</p>		<p><u>45 - 65 Jahre</u></p> <p>AS → SOM (17) AS → DEUT (11) DEUT → SOM (-11)</p>	
<p><u>Schulbildung niedrig</u></p> <p>AS → DEP (21) AS → DEUT (16) DEUT → DEP (-24)</p>		<p><u>Schulbildung niedrig</u></p> <p>AS → SOM (23) AS → DEUT (16) DEUT → SOM (-12)</p>	
<p><u>Schulbildung mittel</u></p> <p>AS → DEP (34) AS → DEUT (22) DEUT → DEP (-28)</p>		<p><u>Schulbildung mittel</u></p> <p>AS → SOM (32) AS → DEUT (22) DEUT → SOM (32)</p>	
<p><u>Schulbildung hoch</u></p> <p>AS → DEP (21) AS → DEUT (23) DEUT → DEP (-21)</p>		<p><u>Schulbildung hoch</u></p> <p>AS → SOM (24) AS → DEUT (23) DEUT → SOM (24)</p>	



Abb. 4: Gruppenspezifische Pfadmodelle für den Zusammenhang von chronischem Arbeitsstress (AS), Gewährung von Privilegien (PRIV) und verschiedenen Formen gesundheitlicher Störungen (DEP, SOM)

PSYCHISCHE DEPRESSION		SOMATISCHE BESCHWERDEN	
<u>Alle Befragten zusammen</u>			
<p><u>Männer</u></p> <p>AS → DEP (08) PRIV → AS (20)</p>		<p><u>Frauen</u></p> <p>AS → DEP (14) PRIV → AS (21)</p>	
<u>18 - 29 Jahre</u>		<u>30 - 44 Jahre</u>	
<p>AS → DEP (11) PRIV → AS (18)</p>	<p>AS → DEP (09) PRIV → AS (27)</p>	<p>AS → DEP (17) PRIV → AS (18)</p>	<p>AS → DEP (11) PRIV → AS (27)</p>
<u>Schulbildung niedrig</u>		<u>Schulbildung mittel</u>	
<p>AS → DEP (16) PRIV → AS (29)</p>	<p>AS → DEP (24) PRIV → AS (11)</p>	<p>AS → DEP (09) PRIV → AS (14)</p>	<p>AS → DEP (15) PRIV → AS (11)</p>
<u>18 - 29 Jahre</u>		<u>30 - 44 Jahre</u>	
<p>AS → DEP (33) PRIV → AS (18)</p>	<p>AS → DEP (09) PRIV → AS (26)</p>	<p>AS → DEP (17) PRIV → AS (13)</p>	<p>AS → DEP (13) PRIV → AS (27)</p>
<u>Schulbildung niedrig</u>		<u>Schulbildung hoch</u>	
<p>AS → DEP (14) PRIV → AS (29)</p>	<p>AS → DEP (40) PRIV → AS (11)</p>	<p>AS → DEP (25) PRIV → AS (14)</p>	<p>AS → DEP (21) PRIV → AS (14)</p>
<u>Alle Befragten zusammen</u>			
<p>AS → SOM (06) PRIV → AS (20)</p>		<p>AS → SOM (13) PRIV → AS (21)</p>	
<u>18 - 29 Jahre</u>		<u>30 - 44 Jahre</u>	
<p>AS → SOM (17) PRIV → AS (18)</p>	<p>AS → SOM (13) PRIV → AS (27)</p>	<p>AS → SOM (21) PRIV → AS (13)</p>	<p>AS → SOM (07) PRIV → AS (11)</p>
<u>Schulbildung niedrig</u>		<u>Schulbildung mittel</u>	
<p>AS → SOM (16) PRIV → AS (29)</p>	<p>AS → SOM (40) PRIV → AS (11)</p>	<p>AS → SOM (09) PRIV → AS (14)</p>	<p>AS → SOM (15) PRIV → AS (11)</p>
<u>18 - 29 Jahre</u>		<u>30 - 44 Jahre</u>	
<p>AS → SOM (33) PRIV → AS (18)</p>	<p>AS → SOM (09) PRIV → AS (26)</p>	<p>AS → SOM (21) PRIV → AS (13)</p>	<p>AS → SOM (10) PRIV → AS (14)</p>

Insgesamt gesehen muß also die Hypothese 5.1 praktisch vollständig zurückgewiesen werden: In nur 17 der insgesamt 54 überprüften Konstellationen hat soziale Unterstützung überhaupt einen nachweisbaren gesundheitsförderlichen Effekt. Dieser ist fast immer im Sinne der Pufferhypothese zu interpretieren; lediglich in zwei Fällen erbringt die Untersuchung Belege für die in der Literatur so dominierende Haupteffekt-Hypothese. Wenn soziale Unterstützung das psychische oder somatische Wohlbefinden von berufstätigen Personen also uneingeschränkt positiv beeinflusst, läßt sich die kausale Wirkungsweise in fast allen Fällen durch ein Moderatormodell mit nachweisbarem Mobilisierungseffekt adäquat beschreiben.

Die anderen Pfaddiagramme machen aber deutlich, daß es daneben noch drei weitere Gruppen von datenadäquaten Kausalmodellen gibt, die jeweils auf eine andere Funktionsweise sozialer Hilfen verweisen. Die verschiedenen Support-Typen haben in insgesamt 20 Konstellationen eine uneingeschränkt negative, in 7 Fällen gemischt positive und negative sowie in 10 Fällen keinerlei Auswirkungen auf den psychischen bzw. somatischen Gesundheitszustand der Befragten.

Die unerwarteten negativen Effekte zeigen sich vor allem bei den Support-Typen EMO und PRIV in bezug auf die abhängige Variable "Depression". Zum einen trägt EMO in fast allen Fällen (außer bei Männern und Personen mit mittlerer Schulbildung) nicht zur Verbesserung, sondern im Gegenteil zur Verschlechterung des psychischen Befindens bei. Dieser depressionsfördernde Effekt hoher emotionaler Zuwendung bei chronischen Arbeitsbelastungen gilt vor allem für Frauen, für Personen mit niedriger Schulbildung und in besonders eklatantem Maße für die Befragten mit hohem Bildungsabschluß (16 % erklärte Varianz). Zum anderen erweist sich auch die meist gutgemeinte Zuweisung von privilegierenden Sonderrollen oft als ausgesprochen dysfunktional für die seelische Stabilität der Adressaten. Wie die Pfad- und Determinationskoeffizienten in Abb. 4 zeigen, führt eine solche stressinduzierte Entlastung von alltäglichen Aufgaben und Pflichten vor allem bei Frauen, bei Personen im mittleren Erwachsenenalter und bei den Befragten mit niedriger Schulbildung zu einer erheblichen Zunahme depressiver Verstimmungen; nur für die Gruppe der untersuchten Männer sowie für junge Erwachsene ist dieser unintendierte Support-Effekt nicht nachweisbar.

Daß ein und dieselbe Form sozialer Unterstützung sowohl positive als gleichzeitig auch negative Folgen für den Gesundheitszustand der Adressaten haben kann, ergibt sich besonders deutlich aus den regressionsanalytischen Ergebnissen für die Männer, die jungen Erwachsenen sowie die über 45jährigen in Abb. 3. Einerseits trägt ein hohes Maß an informationellem Support in diesen Gruppen ganz offensichtlich dazu bei, daß die negativen Einflüsse chronischer Arbeitsbelastungen auf das psychische Wohlbefinden deutlich abgemildert werden. Andererseits haben dieselben Hilfsbemühungen signifikanter Bezugspersonen, die ja primär auf die Analyse, Deutung und das gemeinsame Verstehen eines problematischen Sachverhalts zielen, oft selbst eine zumindest temporäre Verstärkung der depressiven Symptomatik zur Folge. In den verschiedenen Altersgruppen zeigt sich deutlich, daß diese gemischte bzw. ambivalente Gesamtwirkung sozialer Unterstützung mit jeweils unterschiedlicher Gewichtung der beiden Komponenten

vorkommen kann. Bei den Befragten unter 30 Jahren ist der positive Puffereffekt von interpersonalen Deutungshilfen auf Depression ( $BETA = -.22$ ) erheblich stärker als der dazugehörige negative Haupteffekt (.12). Bei den älteren Befragten über 45 Jahren ist es dagegen genau umgekehrt: Hier dominiert eindeutig die direkt depressionsfördernde (.22) über die indirekt depressionslindernde Wirkung (-.13).

Drittens schließlich zeigen die durchgeführten Regressionsanalysen, daß selbst die intensivste soziale Unterstützung unter bestimmten Bedingungen auch gesundheitlich folgenlos bleiben kann. Das gleichzeitige Fehlen von direkten und indirekten Support-Einflüssen ist in 2 Konstellationen besonders deutlich: Zum einen haben Deutungshilfen offenbar in vielen Statusgruppen weder positive noch negative Folgen auf den somatischen Beschwerdezustand der Befragten. Zum anderen ist auffällig, daß speziell bei den untersuchten Männern oft keinerlei Zusammenhänge zwischen den relevanten Variablen feststellbar sind; bei ihnen wirkt sich EMO nicht auf psychische Depression, DEUT nicht auf somatische Beschwerden und PRIV auf keine der beiden Gesundheitsaspekte aus.

Wenn man nun die vier gefundenen Wirkungsmuster der einzelnen Support-Typen zu den beiden Indikatoren für das gesundheitliche Wohlbefinden und zu den verschiedenen Statusgruppen in Beziehung setzt, ergeben sich zusammenfassend folgende Befunde: Bei chronischen Arbeitsbelastungen führt emotionale Unterstützung zwar in den meisten Fällen zu einer Verschlechterung des psychischen Befindens, hat aber in bezug auf die körperliche Symptomatik tendenziell eher positive Effekte. Die psychische Wirkung von Deutungshilfen ist insgesamt sehr ambivalent, während in somatischer Hinsicht entweder überhaupt keine Einflüsse oder aber positive Puffereffekte nachweisbar sind. Die Gewährung von Privilegien wirkt sich dagegen sowohl psychisch als auch somatisch fast immer ungünstig aus.

Nach den Ergebnissen der Untersuchung ist die abhängige Variable "psychische Depression" also vor allem durch Kausalmodelle erklärbar, die einen direkt und/oder indirekt gesundheitsschädlichen Effekt sozialer Unterstützung belegen: Vor allem die Gewährung von rollenentlastenden Privilegien und zum Teil auch die emotionale Zuwendung seitens naher Interaktionspartner erhöhen angesichts von Dauerstress am Arbeitsplatz in sehr vielen Fällen das Risiko depressiver Verstimmungen. Das gleiche gilt zwar tendenziell auch für Deutungshilfen; gleichzeitig tragen diese aber auch zur Stärkung der seelischen Stabilität indirekt bei, indem sie die destabilisierenden Effekte der Arbeitsbelastungen erheblich abmildern. Für die abhängige Variable "somatische Beschwerden" weisen dagegen in den meisten Fällen solche Kausalmodelle den besten Fit auf, die eine indirekt gesundheitsförderliche Wirkung sozialer Unterstützung belegen: Ein somatisch bedeutsamer Puffereffekt ist dabei vor allem von emotionalen und informationellen Hilfeleistungen zu erwarten.

Beim Vergleich der Kausalmodelle für die beiden Geschlechter zeigt sich zum einen, daß für Frauen der Mobilisierungseffekt über alle Support-Typen nachweisbar ist, daß Deutungshilfen eine bedeutsame Pufferfunktion gegen gesundheitsgefährdende Stresseinflüsse haben, daß die Gewährung von Rollenentlastung

dagegen äußerst negative Folgen für beide Gesundheitsaspekte haben kann und daß emotionale Zuwendung in dieser Gruppe ambivalent wirkt, weil sie einerseits psychisch destabilisiert und andererseits die somatische Komponente positiv beeinflusst. Die Gruppe der befragten Männer zeichnet sich demgegenüber vor allem dadurch aus, daß sie bei chronischen Arbeitsbelastungen kaum zusätzliche emotionale und informationelle Unterstützung mobilisieren können, daß sie gleichwohl vom ohnehin vorhandenen emotionalen Rückhalt somatisch profitieren und daß sich andere Supportformen kaum auf ihren Gesundheitszustand auswirken; selbst die für Frauen besonders problematische Entlastung von alltäglichen Rollenpflichtungen bleibt für einen Großteil der Männer gesundheitlich folgenlos.

In den verschiedenen Altersgruppen sind die gefundenen Kausalmodelle sehr heterogen, ein typisches Muster ist dabei nicht zu erkennen. Für die Befragten unter 30 Jahren ist immerhin bemerkenswert, daß chronischer Stress am Arbeitsplatz eine besonders große Gefahr für die somatische Stabilität darstellt, die hier vor allem durch ein hohes Maß an emotionaler Zuwendung, aber überraschenderweise auch durch Entlastung von anderen Rollenverpflichtungen deutlich gemindert werden kann. Die mittlere Altersgruppe profitiert gesundheitlich in erster Linie von informationellen Deutungshilfen, während sich bei den meisten von ihnen die Gewährung von Privilegien sowohl psychisch als auch somatisch äußerst ungünstig auswirkt. Die älteren Befragten über 45 Jahre scheinen den größten Nutzen aus der inhaltlichen Variabilität sozialer Unterstützung ziehen zu können, da bei ihnen jeder Support-Typ auch gesundheitlich bedeutsame Puffereffekte gegen den negativen Einfluß von Dauerstress am Arbeitsplatz entfalten kann.

Demgegenüber weisen die Pfadmodelle in den verschiedenen Bildungsgruppen eine erstaunliche Konsistenz auf: Bei Personen mit niedriger Schulbildung wirken sich alle Typen sozialer Unterstützung ausgesprochen negativ auf die psychische Verfassung und durchweg positiv auf das somatische Wohlbefinden aus. Die Befragten mit mittlerer Schulbildung profitieren gesundheitlich in jeder Hinsicht vor allem von emotionaler Zuwendung; außerdem tragen hier Deutungshilfen in besonders starkem Maße dazu bei, die signifikanten Gefahren depressiver Verstimmungen infolge beruflicher Belastungen zu reduzieren. Für die Personen mit hoher Schulbildung haben unter den gegebenen Rahmenbedingungen praktisch alle Formen sozialer Unterstützung in der Regel nur negative Folgen für die Gesundheit.

Zusammenfassend betrachtet machen diese gruppenspezifischen Kausalmodelle deutlich, daß auch die Hypothese 5.2 durch die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht bestätigt werden kann. Die formale Richtung und inhaltliche Qualität der Einflüsse verschiedener Support-Typen auf das gesundheitliche Wohlbefinden von Erwachsenen unterscheiden sich je nach Geschlecht, Alter und Bildung der Befragten zum Teil ganz erheblich voneinander. Die gefundenen Kausalmodelle für das Gesamtsample der Untersuchung repräsentieren somit in vielen Fällen nicht die Ergebnisse für die einzelnen Statusgruppen; es sind Durchschnitts-Modelle, die den kontext- bzw. gruppenspezifischen Effekten sozialer Unterstützung kaum gerecht werden.

#### 4. Interpretation und Schlußfolgerungen

Aufgrund dieser empirischen Resultate zu den gesundheitlichen Folgen verschiedener Typen sozialer Unterstützung angesichts von dauerhaften Belastungen im Beruf lassen sich insgesamt folgende Schlußfolgerungen ziehen:

Erstens: Chronischer Stress am Arbeitsplatz ist bei einem großen Teil der erwachsenen Männer und Frauen aus der Mittelschicht mit beträchtlichen Risiken für das gesundheitliche Wohlbefinden verbunden. Das Ausmaß dieses berufsbedingten Gefährdungspotentials ist darüber hinaus in den einzelnen Alters- und Bildungsgruppen praktisch gleich groß. Neben den meist akut auftretenden Lebensereignissen mit negativer Valenz können also auch "gewohnte" Alltagsstressoren, die sich in erster Linie aus den sozialen Beziehungen in dem weitgehend normativ regulierten Lebensbereich "Arbeit und Beruf" ergeben, beträchtliche Gesundheitsstörungen verursachen. Man kann also keineswegs - wie die bisherige Forschung suggerieren könnte - davon ausgehen, daß nur "große" persönliche Lebenskrisen, die meist einen gravierenden Einschnitt in die bisherigen Lebensgewohnheiten bedeuten und beträchtliche Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln erforderlich machen, die psychische und somatische Stabilität der Betroffenen bedrohen. Das gleiche gilt tendenziell auch für eine Reihe von strukturellen Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit, die zumindest für eine gewisse Zeit manifest oder latent vorhanden sind und zugleich von den Betroffenen negativ erlebt werden.

Nach den Ergebnissen der Untersuchung gibt es außerdem keine nennenswerten stressorspezifischen Unterschiede im Ausmaß der Gesundheitsgefährdung. Demnach können Rollenkonflikte, unklare Verhaltenserwartungen und Arbeitsüberlastung in ähnlich starkem Maße wie Macht- und Einflußdefizite, ungerechte Bezahlung, hoher Zeitdruck, Arbeitsmonotonie sowie menschliche Probleme mit den Kollegen ungünstige Folgen für das Wohlbefinden der Betroffenen haben. Angesichts der relativen Seltenheit kritischer Lebensereignisse und der starken Strukturierung von individuellen Lebensstilen durch positionsspezifische Rollen sollten sich künftige Forschungsbemühungen verstärkt darauf richten, nicht nur den relativen Anteil weiterer Arbeitsstressoren an der Entstehung gesundheitlicher Störungen, sondern auch die Strukturen sozialer Belastungen in anderen zentralen Rollenbereichen (wie z.B. Partnerschaftsbeziehungen und Elternrolle) näher zu untersuchen.

Zweitens: Es hat sich in der Untersuchung als sinnvoll erwiesen, das in der bisherigen Forschung so unspezifisch gebrauchte Social-Support-Konzept begrifflich sehr viel enger als interaktional gewährte Hilfeleistung für Menschen in belastenden Problemsituationen zu fassen und dabei zusätzlich verschiedene Funktionstypen zu unterscheiden. Wie die Befunde deutlich machen, stimuliert Dauerstress am Arbeitsplatz vielfach die Bereitschaft relevanter Interaktionspartner, den betroffenen Personen durch emotionale Zuwendung, informationelle Deutung und Gewährung von Privilegien helfend zur Seite zu stehen. Soziale Unterstützung ist also im Sinne der Mobilisierungshypothese auch als eine *Folge* von Stress interpretierbar und somit ein Phänomen, dessen Zustandekommen

selbst einer sehr viel differenzierteren Erklärung bedarf. Allerdings haben zumindest einige dieser stressbezogenen Hilfeleistungen *unintendierte Negativeffekte* auf die Gesundheit der Adressaten. Vor allem die Entlastung von alltäglichen Rollenverpflichtungen erweist sich in den allermeisten Fällen als ausgesprochen dysfunktionale Supportstrategie. Dieser Befund steht eindeutig im Widerspruch zur bisherigen Forschung und verweist unter anderem auf die in der Kriminologie längst bekannte Tatsache, daß sozial unterstützende Interaktionsmuster gleichzeitig fast immer auch ein hohes Maß an interner Sozialkontrolle implizieren, die unter bestimmten Umständen durchaus devianzförderlich sein kann. Wenn sich allerdings soziale Unterstützung tatsächlich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt, dann hauptsächlich auf *indirekte* Weise durch Abschwächung ungünstiger Stressoreinflüsse. Diese eindeutige Dominanz der *Pufferhypothese* und das fast vollständige Fehlen von Belegen für die bisher vorherrschende *Haupteffekthypothese* dürfte nicht nur darauf zurückzuführen sein, daß in dieser Untersuchung ein anderer Supportbegriff zugrundegelegt wurde.

Dabei spielt wohl auch ein methodischer Grund eine Rolle: Zumindest viele ältere Untersuchungen mit Belegen für die Haupteffekthypothese sind nämlich durch das ernste Operationalisierungsproblem gekennzeichnet, daß die verwendeten Meßinstrumente für Stress und Support in hohem Maße konfundiert zu sein scheinen. Der belastende Verlust von nahestehenden Personen durch Tod, Scheidung oder Umzug bedeutet beispielsweise für die Betroffenen fast immer auch eine größenmäßige Reduzierung ihrer sozial unterstützenden Netzwerke (vgl. Rook 1990). So gemessen ist dann umgekehrt ein hohes Maß an sozialer Unterstützung automatisch gleichbedeutend mit dem weitgehenden Fehlen von sozialen Belastungen. Wenn also Stress und Support nicht unabhängig voneinander sind, sondern durch die Art der Operationalisierung gewissermaßen zu zwei Seiten der gleichen Medaille werden, sinkt natürlich die Wahrscheinlichkeit, mit statistischen Mitteln einen interaktiven Puffereffekt zu finden.

Um solche und andere Probleme lösen zu können, müßten sich zukünftige Forschungsbemühungen in erster Linie an drei Zielsetzungen orientieren: Zum einen ist das bisher so unbestimmte Konzept der sozialen Unterstützung begrifflich näher zu präzisieren und zu differenzieren, um auch meßtechnisch eine genaue Unterscheidung vom Konzept des sozialen Stresses zu ermöglichen. Darüber hinaus sollte das Augenmerk stärker auf die Tatsache gelenkt werden, daß soziale Unterstützung auch negative Folgen haben kann und den situativen Rahmenbedingungen angepaßt sein muß, um tatsächlich hilfreich zu sein; die positive Konnotation des Support-Begriffs hat offenbar maßgeblich dazu beigetragen, daß solche unintendierten Nebeneffekte (vgl. Coyne et al. 1988, 1990) und die genannte Problematik eines adäquaten "Fits" von Stress und Support (vgl. Cutrona 1990) bisher kaum untersucht worden sind. Schließlich sollten sich künftige Studien verstärkt um eine Analyse des wechselseitigen Beeinflussungsverhältnisses von Stress und Support bemühen. Bisher wurde soziale Unterstützung fast immer nur als indirekt korrelierter Effekt sozialer Belastungen und damit als reine Kovariate konzeptualisiert. Die vorliegende Untersuchung zeigt dagegen auf, daß Support eine Folge von sozialen Belastungen sein kann. Zu klären wäre darüber hinaus

aber auch, ob und in welcher Weise soziale Unterstützung als ein determinierender Faktor für die Entstehung sozialer Belastungen fungiert.

Drittens: Die Wirkungsweise verschiedener Typen sozialer Unterstützung ist bei chronischen Arbeitsbelastungen in verschiedenen Statusgruppen teilweise sehr unterschiedlich. Die Ergebnisse zeigen deutlich, daß die Art der Support-Effekte in erster Linie vom Bildungsgrad, aber auch vom Geschlecht und Alter der Adressaten abhängig ist. Während vor allem Erwachsene mit mittlerer Schulbildung in besonders starkem Maße von der Hilfsbereitschaft ihrer Interaktionspartner gesundheitlich profitieren, ist bei Personen mit hoher Schulbildung eher das Gegenteil der Fall. Selbst bei einer relativ homogen besetzten Mittelschichtstichprobe kann man also nicht davon ausgehen, daß soziale Unterstützung bei allen Personengruppen gleich wirkt. Diese Ergebnisse stellen die bisher gängige Forschungspraxis nachdrücklich in Frage, die Support-Effekte nur auf der Basis der jeweiligen Gesamtstichprobe zu untersuchen. Die gesundheitliche Wirkung sozialer Unterstützung hängt nicht nur von der Art der Belastung und dem Typ der Hilfeleistung, sondern auch von *sozialstrukturellen Merkmalen* der Adressaten ab. Die vorliegende Untersuchung geht allerdings bei dem Versuch einer positionsspezifischen Differenzierung der Supportmechanismen nicht weit genug, da die mindestens ebenso interessanten Wechselwirkungseffekte zweiter und dritter Ordnung zwischen Geschlecht, Alter und Bildungsstand wegen der dann zu geringen Fallzahlen nicht adäquat analysiert werden konnten. Es ist aber zu vermuten, daß ein empirischer Vergleich der sozialen Stressbewältigungsmuster z.B. von hochgebildeten älteren Frauen mit denen von jungen Männern geringer Bildung noch sehr viel klarere Ergebnisse über die gruppenspezifische Wirkungsweise sozialer Unterstützung erbringen würde. Darüber hinaus sind die Resultate der Studie natürlich nicht umstandslos auf andere Populationen als die hier untersuchten Mittelschichtangehörigen übertragbar; erst ein Vergleich mit den in anderen Bevölkerungsgruppen vorherrschenden Support-Mechanismen könnte Klarheit in der Frage nach der Schichtspezifität bzw. Generalisierbarkeit der Befunde schaffen. Alles in allem könnte die Zusammensetzung des Samples einer der Gründe dafür sein, warum sich hier so viele Annahmen der bisherigen Support-Forschung nicht oder nur teilweise bestätigt haben: Jüngere Personen mit relativ hoher Bildung und gesicherter materieller Existenz tendieren möglicherweise in einer individualistischen Gesellschaft stärker zu nicht-sozialen Bewältigungsformen arbeitsbezogener Belastungen.

Viertens: Die stressinduzierten Support-Effekte unterscheiden sich insbesondere auch danach, welcher Gesundheitsindikator jeweils als abhängige Variable gewählt wird. Soziale Unterstützung ist vielen Fällen - von Deutungshilfen einmal abgesehen - sehr ungünstig für das psychische Befinden, hat aber tendenziell eher positive Auswirkungen auf den somatischen Beschwerdezustand. Dieser Befund verweist auf die zentrale Problematik der gängigen Forschungspraxis, das erklärungsbedürftige Phänomen "Gesundheit" bzw. "Krankheit" selbst bisher kaum einer genaueren definitorischen Präzisierung unterzogen zu haben. Sie orientiert sich bei der Operationalisierung ihrer abhängigen Variablen zu sehr an der Verfügbarkeit vorhandener Skalen und zu wenig an inhaltlichen Validitätsüberle-

gungen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen ist eine sozialwissenschaftliche Analyse des Verhältnisses der verwendeten psychischen und somatischen Gesundheitsindikatoren und der Beziehung solcher allgemeinen Beschwerdesymptome zu klinisch bedeutsamen Krankheitsbildern bisher weitgehend ausgeblieben. Natürlich kann auch die vorliegende Untersuchung auf solche Fragen keine befriedigenden Antworten geben; immerhin ist aber deutlich geworden, daß sich soziale Unterstützungsleistungen angesichts chronischer Arbeitsbelastungen unterschiedlich auf Psyche und Soma auswirken können und daß offenbar relativ *kurzfristige emotionale* Reaktionen genau von *längerfristigen somatischen* Adaptationsfolgen getrennt werden müssen.

Fünftens: Die Untersuchung wirft eine Reihe von Fragen nach passenden theoretischen Erklärungen für die empirisch gefundenen Zusammenhänge zwischen den Variablen auf: Warum wirkt sich beispielsweise soziale Unterstützung bei Personen mit hoher Bildung so ungünstig auf deren Wohlbefinden aus? Wieso hat die Entlastung von alltäglichen Rollenverpflichtungen in fast allen Gruppen nur negative Effekte auf die Gesundheit? Warum führt emotionale Zuwendung oftmals zu einer Intensivierung von depressiven Verstimmungen, gleichzeitig aber auch zu einer Reduzierung körperlicher Symptome? Solche und ähnliche Warum-Fragen sind in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung mit ihrer primär deskriptiven Orientierung bisher kaum systematisch behandelt und schon gar nicht empirisch beantwortet worden (vgl. Steward 1988).

Immerhin gibt es aber zumindest zwei theoretisch plausible Argumentationslinien, die zur Erklärung der differentiellen Support-Effekte herangezogen werden könnten. Aus einer stresstheoretischen Perspektive wird gelegentlich darauf aufmerksam gemacht, daß soziale Unterstützung und individuelles Copingverhalten als Ressourcen im Prozeß der Anpassung an belastende Stresssituationen anzusehen sind, die in einem speziellen Bedingungsverhältnis zueinander stehen: Die unterstützend gemeinten Reaktionen signifikanter Interaktionspartner beeinflussen in erheblichen Maße die Art und Weise, in der die Adressaten ihre Belastungen individuell bewältigen. Diese These von "Social Support as Coping Assistance" (Thoits 1986) würde in bezug auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie also den Schluß nahelegen, daß bestimmte Typen sozialer Unterstützung deshalb positive oder negative Effekte auf das Wohlbefinden haben, weil sie problemadäquate und damit gesundheitsförderliche Muster des individuellen Copingverhaltens entweder fördern oder hemmen. Aus einer interaktionstheoretischen Perspektive könnte man dagegen argumentieren, daß interpersonelle Unterstützungsleistungen wie jede andere Art von sozialer Interaktion signifikante Auswirkungen auf Rollen-Identität und situationsübergreifende Selbstkonzepte der Adressaten haben können, deren Beschaffenheit dann von ausschlaggebender Bedeutung für das gesundheitliche Wohlbefinden ist (Thoits 1992). Zum Beispiel sind viele der negativen Effekte des dritten Supporttyps möglicherweise mit dem Argument erklärbar, daß die Entlastung von Rollenverpflichtungen den subjektiven Eindruck der eigenen Hilfsbedürftigkeit verstärkt und allmählich zu einer grundlegenden Erosion der persönlichen Kontrollüberzeugungen und des individuellen Selbstwertgefühls führt, was bekanntermaßen einer der größten Risikofaktoren für



das gesundheitliche Wohlbefinden ist (vgl. Mirowsky/Ross 1989). Künftige Untersuchungen müßten solche und andere Erklärungsmuster von vornherein stärker in Betracht ziehen, um der auch praktisch fundamental wichtigen Tatsache stärker gerecht zu werden, daß social support je nach situativen Rahmenbedingungen höchst unterschiedliche Effekte auf die Gesundheit haben kann. Die Forschung zur Rolle der sozialen Unterstützung im Stressprozeß steht somit keineswegs am Endpunkt ihrer Entwicklung; sie hat im Gegenteil - vor allem im Hinblick auf ihr gravierendes Theoriedefizit und die notwendige Kontextualisierung ihrer Befunde - gerade erst begonnen.

## Anmerkungen

- 1 Obwohl eine Differenzierung zwischen verschiedenen Komponenten der intervenierenden und abhängigen Variable theoretisch geboten ist, lassen sich angesichts der defizitären Befundlage derzeit kaum konkrete Prognosen über die differentiellen Effekte der Support-Typen bzw. über unterschiedliche gesundheitliche Folgen von speziellen Verläufen der sozialen Stressverarbeitung aufstellen. Die nachfolgenden Hypothesen der Untersuchung beziehen sich deshalb nur auf die globalen Konzepte "Support" und "Gesundheitsstörungen".
- 2 Die Originalversion der CES-D-Skala enthält bekanntlich insgesamt 20 Statements, von denen aber 8 Items für unsere Zwecke aus zwei Gründen nicht brauchbar sind. Zum einen wurden die vier Items eliminiert, die in der ursprünglichen Fassung der Skala als einzige positiv formuliert waren und offenbar aufgrund dieser Tatsache kaum mit den eigentlich depressionstypischen Statements korrelierten. Zum anderen enthält die CES-D-Skala vier Items, die sich eindeutig auf Sachverhalte beziehen, die eigentlich konstitutiv für verschiedene Aspekte der Variable "Soziale Unterstützung" sind (z.B. "I felt that people dislike me"). Durch Eliminierung dieser Statements ist die Gefahr einer Konfundierung und damit einer künstlichen Inflationierung der korrelativen Beziehungen zwischen intervenierender und abhängiger Variable in dieser Studie ausgeschlossen. Im übrigen könnte die Verwendung redundanter Items in den gängigen Meßinstrumenten erheblich dazu beigetragen haben, daß die bisherige Forschung so einhellig Belege für die These gefunden hat, soziale Unterstützung sei ein wichtiger Schutzfaktor für das gesundheitliche Wohlbefinden.
- 3 Die inhaltlich äußerst bedeutsame Frage, ob die Beziehung zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variable (in diesem Falle z.B. zwischen Arbeitsstress und Support) hinsichtlich ihrer Stärke und Richtung von den Ausprägungen einer dritten, einer Moderatorvariablen (wie z.B. dem Geschlecht, dem Alter oder der Schulbildung der Befragten) abhängig ist, läßt sich in nicht-experimentellen Feldstudien am besten durch das Verfahren der sog. "Hierarchischen" oder "Modierten Regression" beantworten. Die empirische Bewertung solcher Moderatoreffekte macht in statistischer Hinsicht eine Untersuchung der Frage erforderlich, ob die Interaktion bzw. Wechselwirkung zwischen der unabhängigen Variablen  $x_1$  (z.B. Arbeitsstress) und der Moderatorvariablen  $x_2$  (z.B. Schulbildung) einen bedeutsamen eigenständigen Anteil an der Varianz der Kriteriumsvariablen  $y$  (z.B. emotionale Zuwendung) erklären kann. Dazu wird in einem ersten Schritt zunächst der Determinationskoeffizient für eine "normale" Regressionsgleichung bestimmt, in der  $x_1$  und  $x_2$  als eigenständige Prädiktoren fungieren. Um den speziellen Varianzerklärungsanteil der Wechselwirkung (z.B. zwischen Arbeitsstress und Schulbildung) quantifizieren zu können, wird in einem zweiten Schritt zunächst durch Multiplikation der Befragtenwerte für  $x_1$  und  $x_2$  eine Produktvariable gebildet. Diese Produktvariable ( $x_1$  mal  $x_2$ ) - gewissermaßen also die mathematische Repräsentation einer

Wechselwirkung - wird sodann zusätzlich zu  $x_1$  und  $x_2$  in die Regressionsgleichung aufgenommen. Die entscheidende Frage ist nun, ob durch diese "hierarchische" Hinzufügung des Interaktionsterms eine statistisch bedeutsame Steigerung des erklärten Varianzanteils der abhängigen Variablen gegenüber der ersten Regressionsgleichung erreicht worden ist. In der einschlägigen Literatur wird meistens davon ausgegangen, daß der Erklärungszuwachs mindestens 1% betragen muß, um von einem nachweisbaren Moderatoreffekt (hier der Schulbildung) sprechen zu können. Oftmals wird für einen wissenschaftlichen Nachweis aber zusätzlich gefordert, daß sich der Zuwachs im Determinationskoeffizienten auf dem 5%-Signifikanzniveau statistisch absichern läßt. Da es in dieser Arbeit nicht in erster Linie um eine Verallgemeinerung der Ergebnisse geht, werden wir im folgenden bei der Bewertung möglicher Moderatoreffekte lediglich das erste Entscheidungskriterium zugrundelegen.

- 4 Bei der Pfadanalyse (vgl. Loehlin 1992) werden bekanntlich die relevanten Korrelationen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen einer Untersuchung in 4 Teile zerlegt: Erstens in einen direkt-kausalen Effekt des jeweiligen Prädiktors - hier von Arbeitsstress (AS) auf die verschiedenen Supportformen (SUPP) bzw. AS und SUPP auf die beiden Indikatoren des gesundheitlichen Wohlbefindens (GH); zweitens in einen indirekt-kausalen Effekt - in unserem Fall von AS auf GH über SUPP; drittens in einen indirekt-korrelierten Effekt - hier der Wechselwirkung von AS und SUPP auf GH; und viertens in einen Gesamteffekt von Drittvariablen bzw. Meßfehlerinflüssen, die in dem theoretischen Modell nicht näher spezifiziert sind. Ein empirisches Kausalmodell weist in unserem Falle dann einen akzeptablen Fit auf, wenn sich auch noch nach Eliminierung aller irrelevanten Pfade (die dem Betrag nach kleiner als 0.1 sind) die Werte der ursprünglichen Korrelationen unter Anwendung des Grundtheorems der Pfadanalyse ziemlich exakt (d.h. mit einer tolerierbaren Abweichung von 0.1) aus den verbliebenen kausalen und nicht-kausalen Effekten reproduzieren lassen.

## Literatur

- ANESHENSEL, C.S./FRERICHS, R.R./HUBA, G.J.: Depression and physical illness: A multiwave, nonrecursive causal model, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1984, Vol. 25, S. 350-371.
- ANESHENSEL, C.S./RUTTER, C.M./LACHENBRUCH, P.A.: Social structure, stress, and mental health: Competing conceptual and analytic models, in: *American Sociological Review* 1991, Vol. 56, S. 166-178.
- AVISON, W.R./TURNER, R.J.: Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1988, Vol. 29, S. 253-264.
- BADURA, B./PFAFF, H.: Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 1989, Vol. 41, S. 644-668.
- BARON, R.M./KENNY, D.A.: The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 1986, Vol. 51, S. 1173-1182.
- BARRERA, M./AINLAY, S.L.: The structure of social support: A conceptual and empirical analysis, in: *Journal of Community Psychology* 1983, Vol. 11, S. 133-143.

- BARRERA, M.: Distinctions between social support concepts, measures, and models, in: *American Journal of Community Psychology* 1986, Vol. 14, S. 413-445.
- BEEHR, T.A./NEWMAN, J.E.: Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review, in: *Personnel Psychology* 1978, Vol. 31, S. 665-699.
- BRÜCKER, H.: *Sozialer Stress, defensives Coping und Erosion der Kontrollüberzeugung. Eine empirische Studie zu Störfaktoren des gesundheitlichen Wohlbefindens von Erwachsenen.* Münster 1993.
- CALDWELL, R.A./PEARSON, J.L./CHIN, R.J.: Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control, in: *Personality and Social Psychology Bulletin* 1987, Vol. 13, S. 5-17.
- CAPLAN, R.D./COBB, S./FRENCH, J./HARRISON, R./PINNEAU, S.: *Arbeit und Gesundheit. Stress und seine Auswirkungen bei verschiedenen Berufen.* Bern 1983 (zuerst 1975).
- COCKERHAM, W.C.: *Medical sociology.* 5th ed. Englewood Cliffs, N.J. 1992.
- COHEN, J./COHEN, P.: *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ 1983.
- COHEN, S.: Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease, in: *Health Psychology* 1988, Vol. 7, S. 269-297.
- COHEN, S./WILLS, T.A.: Stress, social support, and the buffering hypothesis, in: *Psychological Bulletin* 1985, Vol. 98, S. 310-357.
- COOPER, C.L./MARSHALL, J.: Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health, in: *Journal of Occupational Psychology* 1976, Vol. 49, S. 11-28.
- COYNE, J.C./BOLGER, N.: Doing without social support as an explanatory concept, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 1990, Vol. 9, S. 148-158.
- COYNE, J.C./ELLARD, J.H./SMITH, D.A.: Social support, interdependence, and the dilemmas of helping, in: SARASON, B.R./SARASON, I.G./PIERCE, G.R. (eds.): *Social support: An interactional view.* New York 1990, S. 129-149.
- COYNE, J.C./WORTMAN, C.B./LEHMAN, D.R.: The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping, in: GOTTLIEB, B.H. (ed.): *Marshaling support: Formats, processes, and effects.* Beverly Hills 1988, S. 305-330.
- CUTRONA, C.E.: Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigation, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 1986, Vol. 51, S. 201-208.
- CUTRONA, C.E.: Stress and social support - In search of optimal matching, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 1990, Vol. 9, S. 3-14.
- DEROGATIS, L.R./LIPMAN, R.S./RICKELS, K./UHLENHUTH, E.H./COVI, L.: The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory, in: *Behavioral Science* 1974, Vol. 19, S. 1-15.
- DIGNAM, J.T./WEST, S.G.: Social support in the workplace: Test of six theoretical models, in: *American Journal of Community Psychology* 1988, Vol. 16, S. 701-724.

- ENSEL, W.M.: Measuring depression: The CES-D Scale, in: LIN, N./DEAN, A./ENSEL, W.M. (ed.): Social support, life events, and depression. Orlando, FL 1986, S. 51-70.
- ENSEL, W.M./LIN, N.: The life stress paradigm and psychological distress, in: Journal of Health and Social Behavior 1991, Vol. 32, S. 321-341.
- FLAHERTY, J./RICHMAN, J.: Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test, in: Social Science and Medicine 1989, Vol. 28, S. 1221-1228.
- FUSILIER, M.R./GANSTER, D.C./MAYES, B.T.: The social support and health relationship: Is there a gender difference?, in: Journal of Occupational Psychology 1986, Vol. 59, S. 145-153.
- HOUSE, J.S.: Occupational stress and coronary heart disease: A review and theoretical integration, in: Journal of Health and Social Behavior 1974, Vol. 15, S. 12-27.
- HOUSE, J.S.: Work stress and social support. Reading, MA 1981.
- HOUSE, J.S./MCMICHAEL, A.J./WELLS, J.A./KAPLAN, B.H./LANDERMAN, L.R.: Occupational stress and health among factory workers, in: Journal of Health and Social Behavior 1979, Vol. 20, S. 139-160.
- HOUSE, J.S./STRECHER, V./METZNER, H.L./ROBBINS, C.A.: Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study, in: Journal of Health and Social Behavior 1986, Vol. 27, S. 62-77.
- HOUSE, J.S./UMBERSON, D./LANDIS, K.R.: Structures and processes of social support, in: Annual Review of Sociology 1988, Vol. 14, S. 293-318.
- JACCARD, J./TURRISI, R./WAN, C.K.: Interaction effects in multiple regression. Newbury Park 1990.
- KAHN, R.L./WOLFE, D./QUINN, R./SNOECK, J./ROSENTHAL, R.: Organizational stress: Studies in the role conflict and ambiguities. New York 1964.
- KESSLER, R.C./WORTMAN, C.B.: Social and psychological factors in health and illness, in: FREEMAN, H.E./LEVINE, S. (eds.): Handbook of medical sociology. 4th ed. Englewood Cliffs, N.J. 1989, S. 69-86.
- KRAUSE, N./KEITH, V.: Gender differences in social support among older adults, in: Sex Roles 1989, Vol. 21, S. 609-628.
- LAROCCO, J.M./HOUSE, J.S./FRENCH, J.R.P.: Social support, occupational stress, and health, in: Journal of Health and Social Behavior 1980, Vol. 21, S. 202-218.
- LAZARUS, R.S./FOLKMAN, S.: Stress, appraisal and coping. New York 1984.
- LENNON, M.C.: Sex differences in distress: The impact of gender and work roles, in: Journal of Health and Social Behavior 1987, Vol. 28, S. 290-305.
- LIN, N.: Conceptualizing social support, in: LIN, N./DEAN, A./ENSEL, W.M. (ed.): Social support, life events, and depression. Orlando, FL 1986a, S. 17-30.
- LIN, N.: Modeling the effects of social support, in: LIN, N./DEAN, A./ENSEL, W.M. (ed.): Social support, life events, and depression. Orlando, FL 1986b, S. 173-209.
- LIN, N./ENSEL, W.M.: Life stress and health: Stressors and resources, in: American Sociological Review 1989, Vol. 54, S. 382-399.

- LOEHLIN, J.C.: *Latent variable models. An introduction to factor, path, and structural analysis.* 2nd ed. Hillsdale, NJ 1992.
- LOSCOCO, K.A./SPITZE, G.: Working conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1990, Vol. 31, S. 313-327.
- LOWE, G.S./NORTHCOTT, H.C.: The impact of working conditions, social roles, and personal characteristics on gender differences in distress, in: *Work and Occupations* 1988, Vol. 15, S. 55-77.
- MARCELISSEN, F.H.G./WINNUST, J.A.M./BUUNK, B./De WOLFF, C.J.: Social support and occupational stress: A causal analysis, in: *Social Science and Medicine* 1988, Vol. 26, S. 365-373.
- MARSHALL, N.L./BARNETT, R.C.: Work-related support among women in caregiving occupations, in: *Journal of Community Psychology* 1992, Vol. 20, S. 36-42.
- MARTOCCHIO, J.J./O'LEARY, A.N.: Sex differences in occupational stress: A meta-analytic review, in: *Journal of Applied Psychology* 1989, Vol. 74, S. 495-501.
- MIROWSKY, J./ROSS, C.E.: Social patterns of distress, in: *Annual Review of Sociology* 1986, Vol. 12, S. 23-45.
- MIROWSKY, J./ROSS, C.E.: *Social causes of psychological distress.* New York 1989.
- O'REILLY, P.: Methodological issues in social support and social network research, in: *Social Science and Medicine* 1988, Vol. 26, S. 863-873.
- PEARLIN, L.I.: Role strains and personal stress, in: KAPLAN, H.B. (ed.): *Psychosocial stress. Trends in theory and research.* New York 1983, S. 3-32.
- PEARLIN, L.I.: The sociological study of stress, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1989, Vol. 30, S. 241-256.
- RADLOFF, L.S.: The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population, in: *Applied Psychological Measurement* 1977, Vol. 1, S. 385-401.
- ROOK, K.S.: Parallels in the study of social support and social strain, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 1990, Vol. 9, S. 118-132.
- SARASON, I.G./SARASON, B.R./PIERCE, G.R.: Social support: The search for theory, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 1990, Vol. 9, S. 133-147.
- SCHULZ, R./TOMPKINS, C.A.: Life events and changes in social relationships: Examples, mechanisms, and measurement, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 1990, Vol. 9, S. 69-77.
- SCHWARZER, R./LEPPIN, A.: *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse,* Göttingen 1989a.
- SCHWARZER, R./LEPPIN, A.: Social support and health: A meta-analysis, in: *Psychology and Health* 1989b, Vol. 3, S. 1-15.
- SCHWARZER, R./LEPPIN, A.: Social support and health: A theoretical and empirical overview, in: *Journal of Social and Personal Relationships* 1991, Vol. 8, S. 99-127.
- SHANAHAN, M.J./FINCH, M./MORTIMER, J.T./RYU, S.: Adolescent work experience and depressive affect, in: *Social Psychology Quarterly* 1991, Vol. 54, S. 299-317.

- SORENSEN, G./PIRIE, P./FOLSOM, A./LUEPKER, R./JACOBS, D./GILLUM, R.: Sex differences in the relationship between work and health: The Minnesota Heart Survey, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1985, Vol. 26, S. 379-394.
- STEWART, M.J.: Social support: Diverse theoretical perspectives, in: *Social Science and Medicine* 1989, Vol. 28, S. 1275-1282.
- THOITS, P.A.: Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1982, Vol. 23, S. 145-159.
- THOITS, P.A.: Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature, in: KAPLAN, H.B. (ed.): *Psychosocial stress. Trends in theory and research*. New York 1983, S. 33-103.
- THOITS, P.A.: Social support as coping assistance, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986, Vol. 54, S. 416-423.
- THOITS, P.A.: On merging identity theory and stress research, in: *Social Psychology Quarterly* 1991, Vol. 54, S. 101-112.
- TRIPATHI, R.C./CAPLAN, R.D./NAIDU, R.K.: Accepting advice: A modifier of social support's effect on well-being, in: *Journal of Social and Personal Relationships* 1986, Vol. 3, S. 213-228.
- VERBRUGGE, L.M.: Gender and health: An update on hypotheses and evidence, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1985, Vol. 26, S. 156-182.
- VERBRUGGE, L.M.: From sneezes to adieux: Stages of health for American men and women, in: *Social Science and Medicine* 1986, Vol. 22, S. 1195-1212.
- WHEATON, B.: Models for the stress-buffering functions of coping resources, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1985, Vol. 26, S. 352-364.