

PETRA BERGERHOFF & PETER NOVAK

Coping als soziales Handeln Versuch einer soziologischen Ortsbestimmung

1. Chronische Krankheit und Bewältigung

Im folgenden wird der Versuch unternommen, den Bewältigungsprozeß chronischer Krankheit einer systematischen Betrachtung zu unterziehen, d. h. auf dem Hintergrund einer allgemeinen soziologischen Theorie Bedingungsfaktoren und Effekte dieses Prozesses zu bestimmen und zu begründen.

In den letzten Jahrzehnten ist eine Zunahme von Patienten mit chronischen Krankheiten, auch bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten. Damit einher gehen die Erweiterung der medizinischen Erforschung dieser Krankheiten, die Erweiterung von Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. Weniger Aufmerksamkeit wurde dabei bisher den psychosozialen Auswirkungen chronischer Krankheiten auf das Leben der Betroffenen gewidmet. Hauptsächlich interessierten bei der Erforschung dieses Aspektes chronischer Krankheit drei zentrale Fragestellungen (vgl. Friedrich, Kleinspehn, Ziegler 1980, 3f):

1. die Frage nach der psychosozialen Genese der Krankheit,
2. die Frage nach dem Arzt - Patient - Verhältnis und
3. die Frage nach dem Krankheitsprozeß vor Eintritt in das medizinische Handlungsfeld.

Als vierte Fragestellung ist in der letzten Zeit die nach der Krankheitsbewältigung bzw. -verarbeitung - insbesondere chronischer Krankheiten, bei denen keine "restitutio ad integrum" möglich ist - hinzugekommen, m. a. W.: Wie löst der (chronisch) Kranke die Aufgabe, die physischen, psychischen und sozialen Momente seiner Krankheit so zu verarbeiten, daß die Krankheit in seine innere und äußere Realität integriert wird (a. a. O., 7)?

Gerhardt (1986) unternimmt in ihrer Untersuchung eine Klärung des Verhältnisses von Krankheit und ihrer Bewältigung: Sie unterscheidet (1) Krankheit als "alternative" Reaktion auf eine Belastungssituation, nachdem alle Bewältigungs- oder Coping-Strategien gescheitert sind, (2) Krankheit und Coping als parallele, voneinander unabhängige "Größen", d. h. Krankheit entwickelt sich unabhängig von den Copingfähigkeiten einer Person, und (3) Krankheit und Coping im Verhältnis sequentieller Ergänzung, d. h. Krankheit als Auslöser einer Störung im Lebenszusammenhang und Coping als Reaktion auf diese Belastung (a. a. O., 30ff).

Im Rahmen des Ulmer Forschungsprojekts wird Coping im letztgenannten Sinne verstanden: Die Erkrankung an einer der verschiedenen Leukämieformen und an Panmyelopathie und die spezielle Behandlung durch Knochenmarktransplantation sind als die Auslöser einer erheblichen Störung im Lebenszusammenhang anzusehen, wobei die Lebensbedrohung durch Krankheit und Behandlung (zuerst einmal) im Mittelpunkt steht; es gibt aber außerdem Belastungen anderer Bereiche, die auch nach einer erfolgreichen Knochenmarktransplantation - zumindest eine Zeitlang - weiterbestehen, wie z. B. der Verlust bzw. die Unterbrechung von Berufstätigkeit oder Ausbildung, eingeschränkte soziale Kontakte zu bisherigen Bezugspersonen, Anpassungen an Veränderungen im Krankheitsverlauf (vgl. zu den vielfältigen durch Krankheit verursachten Problemen des täglichen Lebens Strauss 1975, 7f). Die Knochenmarktransplantation beseitigt - im geglückten Fall - das lebensbedrohende Moment dieser äußerst belastenden Situation, dennoch ist der betroffene Patient mit einer Reihe von z. T. dauerhaften Einschränkungen wie z. B. Sterilität, Infektanfälligkeit, geringe körperliche Belastbarkeit konfrontiert. Mit "Coping-Strategien" werden Reaktionsweisen bezeichnet, die der betroffene Kranke zur Bewältigung dieser verschiedenen bedrohlichen Aspekte der Situation einsetzt.

Zur Definition und Erforschung von Coping hat es in den letzten 10 Jahren eine Reihe von Ansätzen gegeben (vgl. Beutel 1985, 178f): Coping wurde als biologische Verhaltensanpassung, als Problemlösungsverhalten und Konflikt-Management konzeptualisiert; es wurde unterschieden zwischen "psychologischem" - wohl eher "psychischem" - und "sozialem Coping", wobei "psychisches Coping" den kognitiv-evaluativen Bewältigungsprozeß kennzeichnet und "soziales Coping" auf aktiv eingreifendes Handeln in der Umwelt abhebt (vgl. Gerhardt 1986, 34f). Weiterhin wurde unterschieden zwischen "privatem Coping" als Bewältigung des häuslichen oder geselligen Alltags und "soziallö-

konomischem Coping" als Verhaltensweisen zur Sicherung der wirtschaftlichen und sozialen Existenz (a. a. O., 35).

Mit der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Definition von Coping oder Klassifikation von Coping-Verhaltensweisen ist die Frage nach dem theoretischen Bezugsrahmen verbunden, der Definitionen, Klassifizierungen etc. begründet. Zudem stellen theoretische Ansätze die Struktur für die praktische Forschungsarbeit, d. h. für die Formulierung von Fragestellungen und für die Festlegung von Untersuchungsschwerpunkten.

Im folgenden soll daher ein allgemeines theoretisch-methodisches Konzept vorgestellt werden, das Ansatzpunkte zur Lösung der genannten Aufgaben und zur Integration verschiedener inhaltlicher Perspektiven bietet. Mit der Wahl eines allgemeinen theoretischen Ansatzes ist die Hoffnung verbunden, das Hauptproblem bereichsspezifischer Theorien zu lösen - nämlich auftretende Anomalien und Abweichungen vom Erklärungsansatz nur adhoc "erklären" zu können, den Ansatz lediglich fallweise erweitern zu können bzw. durch eine andere Bereichstheorie "total" ersetzen zu müssen.

2. Krankheitsbewältigung als soziales Handeln

Der vorgeschlagene Entwurf basiert auf einer allgemeinen Theorie sozialen Handelns, die sowohl "Mikroprozesse" als auch "Makrophänomene" zu erklären versucht. Methodologisch orientiert sich diese Theorie am Programm des methodologischen Individualismus, d. h. im Mittelpunkt der Theorie stehen Empfinden, interessegeleitetes Handeln und Lernen von Individuen; theoretische Basis ist eine "kognitive Theorie des Lernens und Handelns von Personen, die Lernen und Handeln von Personen auch als Bewußtseinsvorgänge erfaßt und dennoch prinzipiell an der Idee der Reaktionsverursachung festhält" (Esser 1980, 14; zu diesem theoretischen Ansatz vgl. auch Langenheder 1975; Oeter 1984; Franz 1986).

"Handeln" wird nach diesem Konzept definiert als "alle motorischen und nicht-motorischen Aktivitäten (kognitiver oder evaluativer Art) einer Person, die die faktischen oder vorgestellten Beziehungen zwischen der Person und ihrer Umwelt (irgendwie) verändern" (Esser 1980, 182). Eine entsprechende Definition für "Coping" könnte lauten: Unter "Coping" sind alle motorischen, kognitiven und evaluativen Aktivitäten einer (kranken) Person zu fassen, die die - faktisch vorhande-

nen oder vorgestellten - belastenden/bedrohlichen Beziehungen zwischen der Person und ihrer Umwelt (irgendwie) verändern. Inwieweit diese Veränderungen auf "Beseitigung" bzw. "Reduzierung der Bedrohung" festgelegt werden müssen, soll weiter unten behandelt werden (s. 2.2).

Nach dieser Definition kann man Coping auch als flexible Anpassung an gegebene Lebensumstände, als "Person-Environment-Fit", be-greifen (French, Rogers, Cobb 1974).

Die Determinanten des (Bewältigungs-) Handelns bestehen aus Fak-toren der Person des Handelnden, Faktoren der Krankheit und Be-handlung sowie der Umgebung des Handelnden (Familie, Freunde, Krankenhaus etc.). Solche Elemente der Person-Krankheit-Umge-bungs-Relation sind zum einen der faktische Krankheitszustand, der faktische Zustand der Umgebung und die faktische Position des Handelnden in ihr; zum anderen gehören die Vorstellungen, Bewertun-gen und Wahrnehmungen der Umgebung und der Krankheit durch den Handelnden dazu, und zwar einschließlich gedanklicher Vorwegnah-men zukünftiger Beziehungen zwischen Handelndem, Krankheit und Umgebung.

2.1 Person, Krankheit und Umgebung als Bedingungsfaktoren

2.1.1 Personale Bedingungen

Die Wahrscheinlichkeit, daß ein bestimmtes (Bewältigungs-) Handeln gezeigt wird, hängt auf der personalen Ebene von folgenden Variablen ab (vgl. Esser 1980, 182f):

- dem Anreizwert einer Zielsituation: *.i.Situation:Zielsituation; Motivation,*
- den subjektiven kognitiven Erwartungen über Handlungs-Situations-Verknüpfungen: *Kognition,*
- den subjektiv geschätzten "Kosten" der Handlung: *Widerstand.*

Motivation

Esser (a. a. O., 183) stellt zum Thema "Motivation" zwei Grundan-nahmen auf: Die erste besagt, daß Individuen eine Reihe von - kurz-

oder langfristig befriedigbaren - Bedürfnissen haben wie z. B. Hunger, Macht, materielle Sicherheit, sozialer Kontakt; die zweite Grundannahme geht davon aus, daß sich ein Handelnder in jeder Situation bestimmte Zielsituationen vorstellt. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden, womit nicht der Anspruch verbunden ist, die wichtigste Situation in der "Geschichte" eines Leukämie-Kranken zu thematisieren, sondern lediglich die Absicht, theoretische Überlegungen und Zusammenhänge zu illustrieren:

Ein an Leukämie Erkrankter beschäftigt sich ca. 5 Monate nach einer komplikationslosen Knochenmarktransplantation mit der Frage der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit und stellt sich diese (Ziel-) Situation vor. Die Zielsituation hat für den betreffenden Kranken eine bestimmte Valenz (Anreizwert). Die Größe oder Stärke der Valenz bestimmt sich folgendermaßen:

- Die Zielsituation wird vom Handelnden in einzelne Situationselemente zerlegt. Für den Leukämie-Kranken könnten diese Elemente so aussehen:

Element 1: "Ich sehe meine alten Arbeitskollegen wieder."

Element 2: "Ich kann etwas Sinnvolles tun und werde dafür bezahlt."

Aber auch:

Element 3: "Dann gibt es möglicherweise wieder Schwierigkeiten mit dem Kollegen XY."

- Diese Einzelelemente der Zielsituation werden vom Handelnden dahingehend bewertet, inwieweit sie zur Befriedigung seiner Bedürfnisse (z. B. sozialer Kontakt) beitragen. Die Bedürfnisse oder auch Motive haben eine bestimmte Intensität (Motiv-Intensität).

Nach diesen Ausführungen ist Handeln um so wahrscheinlicher, je stärker die Valenz ist, d. h. je intensiver die Bedürfnisse des Handelnden sind und je größer der subjektiv geschätzte Beitrag der Zielsituationselemente für die Befriedigung der Bedürfnisse ist.

Kognition

Die zweite personale Variable besteht aus Vermutungen des Handelnden "über die Übergangswahrscheinlichkeit von einer Situation in eine andere bzw. über den Übergang einer Handlung (als Situationsbestandteil) in eine andere Situation" (a. a. O., 183). Am Beispiel illustriert: Der Leukämie-Kranke kann in der Situation "weitgehende Genesung" vermuten, daß diese Situation mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit in die Zielsituation (Wiederaufnahme der Berufstätigkeit) übergeht. Diese Vermutung ist eine subjektive Einschätzung, die aufgrund bestimmter Erfahrungen oder Vertrauen bzw. Mißtrauen zustande kommt; sie kann von der Sicherheit bestimmt sein, daß die Situation "weitgehende Genesung" in die Zielsituation übergeht ("Mein Gesundheitszustand ist soweit wieder hergestellt, daß einer Berufstätigkeit nichts im Wege steht."); sie kann aber auch von der Sicherheit bestimmt sein, daß die Situation "weitgehende Genesung" nicht in die Zielsituation übergeht ("Meine Gesundheit ist zwar wieder weitgehend normal, aber meinen Arbeitsplatz bekomme ich nicht wieder; der ist mittlerweile von jemand anderem besetzt."); sie kann schließlich beinhalten, daß die Zielsituation durch die Situation "weitgehende Genesung" völlig indeterminiert ist ("Ob ich meinen Arbeitsplatz wiederbekomme, hängt von ganz anderen Dingen als meinem Gesundheitszustand ab").

Handeln ist um so wahrscheinlicher, je enger verbunden Handlung und Zielsituation subjektiv eingeschätzt werden.

Die zweite Kognitions-Variable ("Attribuierung"), die Esser (a. a. O., 183) auch den Kontroll- oder Attribuierungsaspekt der Handlung nennt, stellt eine Konkretisierung der ersten Kognitions-Variablen dar: Esser (a. a. O., 183) differenziert die kognitiven Erwartungen bzgl. der Übergangswahrscheinlichkeit einer Situation in eine Zielsituation nach folgenden zwei Aspekten:

- Der Handelnde nimmt an, daß das Eintreten der Zielsituation als Folge eigener Handlungsaufwendungen möglich ist ("Ich kann etwas unternehmen, um die Sicherung meines Arbeitsplatzes (oder den Krankheitsverlauf) zu beeinflussen."). Dieser Aspekt wird als subjektive Handlungswahrscheinlichkeit bezeichnet (a. a. O., 183).
- Der Handelnde nimmt an, daß die Zielsituation ohne eigenes Zutun eintritt bzw. unabhängig von Handlungsaufwendungen nicht eintritt ("Daß ich mich um (m)einen Arbeitsplatz kümmerge, lohnt sich nicht; da habe ich keine Chance." Oder: "Daß ich mich an die Anweisungen des Arztes halte, hat sowieso keinen Sinn, bei dieser Krankheit gibt es

kein Entrinnen."). Dieser Aspekt wird als subjektive Situationswahrscheinlichkeit bezeichnet (a. a. O., 183).

Handeln ist um so wahrscheinlicher, je größer die subjektive Handlungswahrscheinlichkeit und je geringer die subjektive Situationswahrscheinlichkeit ist. M.a.W.: Je mehr der Handelnde annimmt, sein eigenes Handeln trage zur Verwirklichung der Zielsituation bei, desto eher wird er auch handeln.

Widerstand

Die dritte Grundvariable - Widerstand - wird auch als Kostenspekt der Handlung bezeichnet (a. a. O., 184). Hier fließen ein:

- die Alternativsituationen, die mit der Zielsituation gleichzeitig nicht realisiert werden (z. B. wäre es dem Leukämie-Kranken nach Wieder-aufnahme der Berufstätigkeit nicht mehr möglich, den ganzen Tag mit seinen Kindern zu verbringen),
- der Aufwand der Handlung (z. B. die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz, wenn der alte nicht mehr verfügbar ist; der Gang zum Arbeitsamt; die Wiedereingewöhnung im Betrieb),
- der Anreizwert der Situationen, die mit dem Handeln und dem Erreichen der Zielsituation gleichzeitig realisiert werden (z. B. der Ärger mit dem Kollegen XY).

Diese Nebenfolgen sowie die Gesamtgröße aller Anreizwerte der Nebenfolgen (Widerstand) können sowohl positiv (negativer Widerstand: Es ist kein hemmender Widerstand vorhanden, die Handlungstendenz verstärkt sich) als auch negativ (großer Widerstand) sein.

Handeln ist um so wahrscheinlicher, je geringer der Widerstand ist.

Esser steht mit der Explikation relevanter personaler Bedingungsfaktoren des (sozialen) Handelns in der Tradition derjenigen Motivationstheoretiker, die Motivation zum Handeln durch Erwartung und Anreiz zu erklären suchen (vgl. z. B. Tolman 1926; Lewin 1942; Spence 1956; Mowrer 1960; Vroom 1964). Der zentrale Gedanke dabei ist, daß Individuen Voraussicht haben und sich in ihrem Verhalten von antizipierten Zielzuständen leiten lassen.

Heckhausen (1980, 619ff; Heckhausen, Rheinberg 1980) bietet nun ein Motivationsmodell an, das es erlaubt, personale Handlungs determinanten auf sinnvolle Art miteinander zu verknüpfen.

Diesem Motivationsmodell entsprechend schlägt er vor, die Abfolge einer Handlungsepisode in folgende Elemente zu untergliedern:

- Situation
- Handlung
- (Handlungs-) Ergebnis
- (Handlungsergebnis-) Folgen.

Diese einzelnen Stationen werden von Erwartungen überbrückt:

- *Situations-Ergebnis-Erwartungen*: Diese sind Vermutungen, "daß eine gegebene Situation von sich aus zu bestimmten Ergebnissen führt, wenn man den Ereignissen ihren Lauf läßt und nicht eingreift" (Heckhausen, Rheinberg 1980, 15). Diese Kategorie von Erwartungen korrespondiert mit Essers Begriff der subjektiven Situationswahrscheinlichkeit.

- *Handlungs-Ergebnis-Erwartungen*: Diese sind Annahmen darüber, inwieweit eigenes Handeln den Lauf der Dinge verändern und erwünschte Ergebnisse herbeiführen kann - bei Esser mit "subjektive Handlungswahrscheinlichkeit" bezeichnet.

- *Ergebnis-Folge-Erwartungen*: Diese sind Erwartungen, die die hoch oder niedrig - bewerteten Folgen des Ergebnisses betreffen. Hier gehen sowohl der bei Esser diskutierte Anreizwert der Zielsituation als auch die mit dieser Zielsituation verbundenen Nebenfolgen ein.

Eigenes Handeln wird erst dann eingesetzt, "wenn das Ergebnis des Handelns Folgen hat, die als positiv eingeschätzt werden, und wenn das dafür nötige Ergebnis durch eigenes Handeln erreichbar erscheint" (a. a. O., 16). Für die Analyse des Motivationszustandes von Individuen formulieren Heckhausen und Rheinberg (a. a. O., 19) eine aussagenlogische Sequenz von Fragen, Antworten und Handlungsentscheidungen (Abb. 1 siehe nächste Seite).

Auf das obige Beispiel des Leukämie-Kranken "übersetzt", könnte diese Sequenz von Fragen und möglichen Antworten sowie Handlungsentscheidungen folgendermaßen aussehen:

1. Frage: Erscheint dem Leukämie-Kranken durch die Situation (weitgehende Genesung) das Ergebnis (Wiederaufnahme der Arbeit) bereits festgelegt? Wenn z. B. durch den Arbeitgeber gesichert ist, daß der genesene Patient jederzeit seine Arbeit wiederaufnehmen kann, muß er (zuerst einmal) nichts unternehmen, um die Wiederaufnahme seiner Berufstätigkeit vorzubereiten.

Ist dies nicht der Fall, stellt sich die

2. Frage: Kann der Leukämie-Kranke das Ergebnis (die Wiederaufnahme der Arbeit) durch eigenes Handeln beeinflussen? Wenn z. B. sein Arbeitsplatz nicht gesichert war und seiner Ausbildung entsprechende Stellen auf dem Arbeitsmarkt nicht angeboten werden, kann er zu der Überzeugung gelangen, daß es nicht in seiner Macht steht, die Situation seiner Erwerbslosigkeit zu ändern. Glaubt er jedoch, durch Initiative und Suchaktivitäten eine Stelle finden zu können, gilt es, noch einen weiteren Sachverhalt abzuklären:

3. Frage: Sind dem Leukämie-Kranken die möglichen Folgen (z. B. neue Kontakte, Einkommen in einer bestimmten Höhe) des Ergebnisses (Wiederaufnahme der Berufstätigkeit) wichtig genug? Wenn der Leukämie-Kranke z. B. sein soziales Netzwerk für ausreichend groß und die Beziehungen für befriedigend hält oder die materielle Existenz durch die finanzielle Situation der Familie ausreichend abgesichert ist, so sind ihm die Folgen der Arbeits-Wiederaufnahme möglicherweise nicht attraktiv genug.

Sollte dies doch der Fall sein, so bleibt die letzte Frage:

4. Frage: Zieht das Ergebnis (Wiederaufnahme der Arbeit) auch tatsächlich - in seinen Augen - die erwünschten Folgen (neue Kontakte, bestimmtes Einkommen) nach sich?

Schätzt der Leukämie-Kranke die Arbeits-Wiederaufnahme so ein, daß er an seinem Arbeitsplatz relativ isoliert sein und das Gehalt unter den Erwartungen liegen wird, so wird seine Bereitschaft zu handeln gering bleiben. Glaubt er hingegen, daß der Wiedereintritt ins Arbeitsleben mit den erwünschten Folgen verbunden sein wird, wird seine Bereitschaft, in dieser Richtung aktiv zu werden, steigen.

Das Heckhausensche und das Essersche Modell bilden kognitive Prozesse eines "vernünftigen" Zweckhandelns nach, und es könnte der Eindruck entstehen, als liefen diese Prozesse immer in aller Ausführlichkeit und Bewußtheit beim Handelnden ab. Das bewußte Abwägen von Erwartungen, Folgen etc. ist jedoch keine Voraussetzung für die Brauchbarkeit dieser Modelle; so können z. B. und werden kognitive Prozesse in alltäglichen vertrauten Situationen durchaus ohne eine solche Bewußtheit und sehr schnell ablaufen. Andererseits können in Situationen, die den Handelnden emotional besonders stark berühren, Impulshandlungen zustande kommen, in denen Teilprozesse übersprungen und z. B. bestimmte Nebenfolgen nicht berücksichtigt werden. Außerdem bedeutet "vernünftig" immer "vernünftig aus Sicht des Handelnden" (vgl. auch Langenheder 1975, 40ff, der die meßtechnischen Schwierigkeiten bei der Erfassung intrapsychischer Prozesse thematisiert).

2.1.2. Krankheits- und Behandlungs-Bedingungen

Krankheit und Behandlung wurden eingangs als die Auslöser erheblicher Störungen im Lebenszusammenhang eines Menschen bestimmt: Von Bedeutung bei der Analyse des Bewältigungsprozesses ist die Berücksichtigung der Art der (chronischen) Krankheit, die ganz spezifische Möglichkeiten und Hindernisse für den Kranken impliziert. Chronische Krankheiten können unterschieden werden "nach der Art der Prognose, nach dem Grad der Behinderung, nach der sichtbaren oder nicht sichtbaren Schädigung, nach den Folgeproblemen und -notwendigkeiten und schließlich auch nach ihrer gesellschaftlichen Einschätzung und Beurteilung" (Friedrich, Kleinspehn, Ziegeler 1980, 8). Nach der Klassifizierung chronischer Krankheiten durch Friedrich, Kleinspehn und Ziegeler (a. a. O., 8f) steht bei dem Ulmer Forschungsprojekt eine "fatale Krankheit(en) mit einem progredienten Verlauf" im Mittelpunkt (a. a. O., 9), deren Fortschreiten jedoch nach der geglückten Behandlung "Knochenmarktransplantation" gestoppt werden kann.

Die Krankheit legt dem Patienten aber auch dann gesundheitliche Beschränkungen auf: Es kann zu Komplikationen, wie akuten und/oder chronischen Transplantat-gegen-Wirt-Reaktionen (graft versus host disease, GVHD) bzw. Transplantatabstoßungen kommen; ebenso besteht die Gefahr einer Wiederbesiedlung des Empfänger-Knochenmarks und der lymphopoetischen Organe (z. B. Lymphknoten, Milz) des Empfängers. Auch die Behandlung ist - neben dem lebensbedrohenden Aspekt - mit massiven körperlichen Beeinträchtigungen verbunden: Teil der

Vorbereitungen ist die sog. supraletale Konditionierung, die Ganzkörperbestrahlung und Zytostatikatherapie bei Leukämie; sofort einsetzende Reaktionen sind Mundtrockenheit, Parotitis, Erbrechen und Durchfall; nach ca. 5 Jahren tritt in etwa 25 % der Fälle eine Strahlenkatarakt auf. Die überlebenden Patienten müssen sich regelmäßig einer ambulanten Kontrolle unterziehen.

Diese wenigen Beispiele mögen verdeutlichen, daß die Patienten immer wieder mit - z. T. neuen - Situationen konfrontiert werden, die es zu bewältigen gilt und daß der faktische Krankheitsverlauf (Dauer der Grunderkrankung, Komplikationen während und nach der Behandlung), aber auch die subjektive Einschätzung durch die Patienten den Coping-Prozeß beeinflussen.

2.1.3. *Umgebungs-Bedingungen*

Neben den innerpsychischen Bedingungen und den Krankheits- und Behandlungs-Bedingungen, die das (Bewältigungs-) Handeln beeinflussen, ist ein dritter Aspekt in den Umfeldbedingungen - denjenigen Bedingungen, die die mittelbare und unmittelbare Umgebung des Handelnden charakterisieren - zu sehen. Diese Bedingungen können folgendermaßen beschrieben werden (vgl. Esser 1980, 179): Die Eigenschaften der Umwelt umfassen sowohl die (faktischen oder perzipierten) Möglichkeiten und Handlungsbarrieren "neuer" Umgebungssysteme oder Netzwerke, mit denen der (chronisch) Kranke aufgrund seiner (Kranken-) Situation (z. B. Krankenhaus, Ambulanz, Mitpatienten) bzw. aufgrund seiner Reintegrationsbemühungen ins "normale" Leben (z. B. Selbsthilfegruppen, Institutionen der Arbeitsvermittlung und -beratung) in Berührung kommt, als auch die unmittelbare (faktische oder perzipierte) Bezugsumgebung des Kranken, wie z. B. Familie, Freunde, Verwandte, (ehemalige) Arbeitskollegen.

Der handlungstheoretische Ansatz untergliedert die Umgebungs-Bedingungen in:

- Opportunitäten (1)
- Barrieren (2)
- Alternativen (3).

(1) Opportunitäten sind im Esserschen Sinne "Handlungsangebote", also Bedingungen, die ein (Bewältigungs-) Handeln unterstützen, erleichtern. Hierunter fallen z. B. Unterstützungsangebote durch die Familie und /oder andere Bezugspersonen, formale Hilfen zur Rehabilitation bzw. Reintegration.

(2) Handlungsbarrieren können sowohl materieller als auch sozialer Art sein. Materielle Barrieren sind z. B. die räumliche Distanz zu vorhandenen Arbeitsplatzangeboten, fehlende finanzielle Ressourcen, Barrieren sozialer Art z. B. soziale Isolation, Angst im Umgang mit Leukämie-Kranken seitens bestimmter Kontaktpersonen etc.

(3) Alternativen (nicht-reintegrativer, nicht-rehabilitativer Art) wären z. B. Angebote zum Festhalten an der Krankenrolle durch die Familie.

Da die Konstrukte "soziales Netzwerk" und "soziale Unterstützung" in der Diskussion über Krankheit und ihre Bewältigung eine zunehmend zentrale Rolle spielen, sollen im folgenden diese Konzepte etwas näher betrachtet werden - allerdings ohne den Anspruch, sämtliche damit verbundenen theoretisch-inhaltlichen und meßtheoretischen Probleme "auflösen" zu wollen.

Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung

Grundgedanke aller Überlegungen zu den Funktionen und Effekten sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung als einer speziellen Form sozialer Beziehungen ist die Annahme, daß der Wunsch nach sozialen Kontakten ein Grundbedürfnis des Menschen ist (vgl. Maslow 1954; Schachter 1959). Weiterhin wird - meist implizit - angenommen, daß Individuen in schwierigen Situationen (Krankheit, life events, Streß) dieser sozialen Kontakte besonders bedürfen und die Sozialbeziehungen -sofern sie vorhanden sind - hilfreich bei der Bewältigung der schwierigen Situation sind.

Eine Reihe sozialwissenschaftlicher Studien beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Streßreduzierung bzw. mit dem Beitrag sozialer Unterstützung zur Krankheitsbewältigung und zur Erhaltung der Gesundheit (vgl. auch die detaillierte Literaturübersicht von Leppin 1985, 97ff). Berkman und Syme (1979) z. B. wiesen in ihrer Follow-up-Studie über neun Jahre nach, daß Personen ohne Sozialkontakte und Beziehungen zur Gemeinde mit größerer Wahrscheinlichkeit sterben als jene mit ausgedehnteren Kontakten. Dieses Ergebnis zeigte sich unabhängig vom subjektiv eingeschätzten physischen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Ersterhebung (1965), dem sozioökonomischen Status, gesundheitsbeeinträchtigendem Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum und übermäßigem Eßverhal-

ten sowie vom Ausmaß sportlicher Aktivitäten und von der Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsdienste. Hammer (1983) untersuchte in ihrer Studie den Einfluß von Kern-Netzwerken und ausgedehnten sozialen Netzwerken auf Krankheit bzw. Gesundheit und kam zu dem Ergebnis, daß die Anfälligkeit eines Individuums für Krankheiten von der Struktur der beiden Netzwerktypen abhängt: Sind Kern-Netzwerk und ausgedehntes soziales Netzwerk so geschaffen, daß bei Verlust einer engen Bezugsperson kein adäquater Ersatz aus dem weiteren Netzwerk gestellt werden kann, so erhöht sich die Anfälligkeit für Krankheiten (vgl. auch Pilisuk, Froland 1978).

In diesem Zusammenhang wird also soziale Unterstützung und die Beschaffenheit von sozialen Netzwerken als Prävention vor Belastungssituationen bzw. als Entlastung in Belastungssituationen konzipiert; im letzteren Fall fungiert soziale Unterstützung als "Puffer". Wie Leppin (1985) zeigt, ruft eine kritische Durchsicht entsprechender Forschungsarbeiten Verwirrung hervor: soziale Unterstützung als intervenierende Variable, soziale Unterstützung als Hauptfaktor, soziale Unterstützung als beides, die Relevanz sozialer Unterstützung - verglichen mit Persönlichkeitsfaktoren - entkräftende Ergebnisse, soziale Unterstützung als Indikator psychischer und physischer Erregung etc. (a. a. O., 134). Als Ursache für diese Verwirrung müssen die unterschiedlichen Definitionen, Operationalisierungen und Konzeptualisierungen angesehen werden, die es erschweren bzw. unmöglich machen, die jeweiligen Ergebnisse miteinander zu vergleichen.

So definiert Cobb (1976) soziale Unterstützung als "information that leads a person to believe that he or she is cared for and loved, esteemed and part of a network of communication and mutual obligation" (a. a. O., 300), und hebt damit die subjektive Wahrnehmung einer Person von sich selbst als Empfänger positiver Affekte hervor. Gottlieb (1983) sieht soziale Unterstützung als "expression of the ongoing interdependence between people (which) consists of verbal and/or nonverbal information or advice, tangible aid or action and that is proffered by social intimates, inferred by their presence and has beneficial emotional or behavioral effects on the recipient" (a. a. O., 28f) und betont dabei den Interdependenz-Charakter dieser Sozialbeziehung. Es ließen sich noch eine Reihe von Definitionen anführen, die jeweils unterschiedliche Aspekte bzw. Dimensionen herausstellen. Diese Definitionen haben u. a. die Gemeinsamkeit, daß sie relativ vage sind und in ihrem Definiens weitere theoretische Konstrukte enthalten, bei denen nicht von einem definitorischen Konsens ausgegangen werden kann. Die "Vielfältigkeit" in der Begriffsbestimmung setzt sich - zwangsläufig - in den Operationalisierungsansätzen fort: Einmal wird

soziale Unterstützung über Charakteristika des sozialen Netzwerkes erfaßt, insbesondere über demographische Variablen, wie z. B. Familienstand (vgl. hierzu die kritischen Betrachtungen von Friedrichs und Kamp 1978; Hirsch 1981); ein anderes Mal wird der Schwerpunkt auf die Richtung der sozialen Unterstützung (gegebene vs. erhaltene Unterstützung) gelegt. Oder es werden verschiedene inhaltliche Aspekte operationalisiert (emotionale, instrumentelle Unterstützung, Unterstützung durch das Geben von Informationen oder Wertschätzung, subjektiv wahrgenommene vs. objektiv geleistete Unterstützung).

Thoits (1982) weist in diesem Zusammenhang auf ein weiteres Problem hin: Häufig werden konzeptionell und bei der Operationalisierung life events und Veränderungen in der (unterstützenden) Sozialbeziehung nicht auseinandergehalten; der Verlust des Partners z. B. läßt sich als life event, aber auch als Verlust einer unterstützenden Beziehung interpretieren. Es wird also notwendig, neben dem Effekt von life events auf Streß deren potentielle Auswirkungen auf die unterstützenden Sozialkontakte zu kontrollieren.

Um die sogenannte Puffer-Hypothese "soziale Unterstützung als Entlastung in Belastungssituationen" bestätigen oder falsifizieren zu können, müssen die hier skizzierten methodologischen Probleme gelöst werden.

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit dem Thema 'soziale Unterstützung' geklärt werden muß, ist die Bedeutung bzw. Verknüpfung von sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken. Soziale Netzwerke, also das Geflecht qualitativ unterschiedlicher Sozialbeziehungen, werden von vielen Autoren als Quelle sozialer Unterstützung angesehen. Dabei wird angenommen, daß das Vorhandensein bestimmter Netzwerk-Merkmale indikativ für ein Potential unterstützender Sozialkontakte ist (Eckenrode, Gore 1981). Folgerichtig bezieht sich die Operationalisierung auf eine Charakterisierung von Netzwerken nach strukturellen Merkmalen, wie z. B. Größe und Dichte des Netzwerkes, nach Art der Einzelbeziehungen (Intensität, Dauerhaftigkeit, Multidimensionalität, Kontakthäufigkeit, Homogenität etc.) und nach dem normativen Kontext der Beziehung (Verwandtschaft ersten und zweiten Grades, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen). Die entsprechenden Untersuchungen sind jedoch nur partiell erhellend für die Klärung des Zusammenhangs von sozialem Netzwerk und sozialer Unterstützung einerseits und der Bewältigung chronischer Krankheit andererseits. Morgan, Patrick und Charlton (1984) z. B. untersuchten den normativen Kontext sozialer Netzwerke bei Behinderten und fanden heraus, daß der dominante Netzwerktyp

bei dieser Population das Verwandtschafts-Netzwerk ist. Dieses Ergebnis bleibt jedoch auf der deskriptiven Ebene und läßt die Frage nach der Relevanz des Netzwerktyps für Art und Ausmaß sozialer Unterstützung sowie für die Bewältigung der Belastungssituation unbeantwortet. Zieht man das Untersuchungsergebnis Wellmanns (1979) hinzu - er konnte den Bedeutungsverlust der Gemeinde im sozialen Netzwerk der Bewohner von East York, einem Vorort von Toronto, aufzeigen: Verwandte und Nachbarn werden bei der Wahl intimer Bezugspersonen durch Freunde und Arbeitskollegen ersetzt -, so ließe sich - posthoc und spekulativ - die Vermutung aufstellen, daß Individuen in Belastungssituationen über ein eingeschränktes Netzwerk, nämlich ein Verwandten-Netzwerk, verfügen, während Individuen ohne erkennbare Belastung ein Freundes-Netzwerk haben. Abgesehen davon, daß diese Annahme nur empirisch zu überprüfen ist, bleibt die Frage nach der Konsequenz einer solchen "Konfiguration" auf die Bewältigung von Belastungssituationen.

Diese kurze Betrachtung zur Forschungssituation über soziale Netzwerke und soziale Unterstützung sollte deutlich machen, daß verschiedene konkurrierende Einzelhypothesen über den Zusammenhang von Sozialkontakten und der Bewältigung von Stress, Belastungssituationen und Krankheit existieren, daß aber in viel geringerem Ausmaß versucht wird, diese Phänomene mit Hilfe eines Hypothesensystems zu untersuchen: entweder indem "soziale Unterstützung" zum Gegenstand systematischer Erklärung gemacht wird (wobei auch hier ein handlungstheoretischer Ansatz denkbar und sinnvoll erschiene) oder indem "soziale Unterstützung" in ein umfassendes Explanans eingefügt wird.

Im Rahmen des hier vorgestellten handlungstheoretischen Ansatzes zur Erklärung von Bewältigung chronischer Krankheit stellt "soziale Unterstützung" ein Element des Explanans dar, ist also als ein Bedingungsfaktor gekennzeichnet. Die Anlage des Ulmer Forschungsprojektes als Langzeitstudie bietet die Möglichkeit, Veränderungen von Art und Ausmaß sozialer Unterstützung im Verlauf der Krankheit und Behandlung zu erfassen und zu kontrollieren. Dabei sollte die Fragestellung berücksichtigt werden, inwieweit sich Krankheit und Organisation der Sozialbeziehungen wechselseitig beeinflussen.

2.2 Coping-Prozess und Coping-Ergebnis

"Coping" ist eingangs als die Aufgabe des Kranken definiert worden, die physischen, psychischen und sozialen Momente seiner Krankheit so zu verarbeiten, daß die Krankheit in seine innere und äußere Realität integriert wird (s. 1.). Mit diesem Ansatz kann der Coping-Prozeß auch als ein Integrationsprozeß beschrieben werden, dessen Ergebnis eine vollständige oder partielle Integration darstellt.

In diesem Zusammenhang wird häufig ein Begriff angesprochen, der auf den Gedanken der Integration abzielt: der Begriff der "Rehabilitation". Damit ist aus soziologischer Sicht nicht nur ein Prozeß (bzw. Prozeßergebnis) gemeint, der sich ausschließlich auf eine Wiedereingliederung in das Berufsleben richtet, sondern breite Lebensbereiche der Person einschließt (vgl. Gerhardt 1986, 39ff): "Ausbildung und Umschulung, körperliche Funktionstüchtigkeit, psychische und soziale Anpassung, berufliche Fähigkeiten sowie Freizeittätigkeiten" sollen als Bestandteile des Rehabilitationsprozesses gelten (a. a. O., 39).

Der Ansatz der Handlungstheorie bietet eine Strukturierungshilfe für diese verschiedenen Rehabilitationsaspekte: Er unterscheidet Angleichungs- oder Anpassungszustände in folgenden Bereichen (vgl. Esser 1980, 221):

- *Kognitive Angleichung*: Dieser Aspekt bezieht sich auf personale Merkmale des Kranken, konkret: instrumentelle Fähigkeiten, wie z. B. Verhaltenssicherheiten, bestimmte Fertigkeiten des Alltagsmanagements, berufliche Fähigkeiten.

- *Identifikative Angleichung*: Auch dieser Aspekt beschreibt die Angleichung im Bereich personaler Merkmale und bezieht sich auf zentrale Wertungen des Individuums. Insbesondere von Bedeutung sind hier Selbstwertgefühl und Selbsteinschätzung (vgl. hierzu auch Dimatteo, Hays 1981; die beiden Autoren führen als Ergebnis-Variablen unter dem Rubrum "sozioemotionale Genesung" z. B. "eine größere Lebenszufriedenheit und Glücklichkeit", "erneuerte Selbstschätzung", "reduzierte Ängstlichkeit" an).

- *Soziale Angleichung*: Diese Dimension bezeichnet eine Angleichung an relationale Merkmale und kann z. B. durch die stabile Einbindung in "alte" und "neue" soziale Netzwerke, die (Wieder-) Aufnahme und Stabilisierung sozialer Kontakte spezifiziert werden.

- *Strukturelle Angleichung*: Dieser Aspekt beschreibt die Statusdimension der Angleichung; hier spielen z. B. die (Wieder-) Eingliederung

rung in das Berufsleben und die Teilhabe am institutionalisierten Leben eine Rolle.

Ein weiterer Bereich, der bei einer Differenzierung des Rehabilitations-Begriffs nicht fehlen darf, ist der körperliche Aspekt:

- *Körperliche Angleichung:* Hier interessiert, wieweit die physische Gesundheit des Kranken wiederhergestellt ist, körperliche Beeinträchtigungen reduziert bzw. beseitigt sind. Dimatteo und Hays (1981) nennen hier z. B. "größere physische Mobilität" und "geringer Bedarf an Medikamenten, insbesondere Schmerzmitteln".

Nun beschreiben diese Aspekte der Angleichung Zustände, die nicht zwangsläufig alle zur gleichen Zeit erreicht werden (können). Man kann annehmen, daß körperliche und kognitive Angleichung quasi eine Vorbedingung für strukturelle und soziale Angleichung (Sicherung der sozialökonomischen Existenz und der Sozialbeziehungen) bilden und die Anpassungsleistung auf der identifikativen Ebene quasi die "Endstufe" bildet.

Esser (1982, 282) unterscheidet im Zusammenhang mit Eingliederung - hier: Rehabilitation - eine weitere Dimension, nämlich den Grad der Spannungsfreiheit der Angleichung, für den er den Begriff "Integration" reserviert hat. Dabei werden folgende Differenzierungen vorgenommen:

- *Personale Integration:* Hier bezieht sich die Spannungsfreiheit, das Gleichgewicht, auf die Orientierungen des Individuums. Personale Integration existiert dann, wenn es zwischen den verschiedenen Orientierungen der Person (z. B. Selbstwertgefühl, Einschätzung der Leistungsfähigkeit und der körperlichen Belastbarkeit) keine Spannungen, Dissonanzen oder Widersprüche gibt.

- *Soziale Integration:* Sie liegt dann vor, wenn sich die sozialen Beziehungen der Person zu anderen Personen im Gleichgewicht befinden.

(Die dritte Differenzierung, die Esser macht, die "systemische Integration" - der Gleichgewichtszustand der Interdependenzverhältnisse verschiedener Gruppen -, kann in diesem Zusammenhang unberücksichtigt bleiben.)

3. Zusammenfassung

Coping bzw. Bewältigung chronischer Krankheit wird als ein Prozeß aus Handlungen beschrieben, die die faktischen oder vorgestellten belastenden Beziehungen zwischen dem Handelnden und seiner Umwelt verändern. Unter "Handeln" werden dabei nicht nur motorische, sondern auch nicht-motorische - kognitive und evaluative - Aktivitäten gefaßt. Diese Definitionen erlauben es, sowohl Aspekte psychischen und sozialen Copings als auch Aspekte privaten und sozialökonomischen Copings zu erfassen.

Rehabilitation als Ergebnis des Bewältigungsprozesses erstreckt sich auf weite Lebensbereiche des Individuums; es wird unterschieden zwischen körperlicher Angleichung (Gesundheitsstatus), kognitiver Angleichung (Fertigkeiten und Fähigkeiten), identikativer Angleichung (Selbstwertgefühl, zentrale Werte und Normen), sozialer Angleichung (Aufnahme und Stabilisierung sozialer Kontakte), und struktureller Angleichung (Wiedereingliederung in das Berufsleben, Teilhabe am institutionalisierten Leben).

Außerdem wird in diesem Zusammenhang der Aspekt der Spannungsfreiheit - Integration - berücksichtigt: Personale Integration existiert dann, wenn sich die verschiedenen Orientierungen des Individuums im Gleichgewicht befinden; soziale Integration liegt dann vor, wenn sich die sozialen Beziehungen der Person zu anderen Personen im Gleichgewicht befinden.

Den Coping-Prozeß determinierende Faktoren sind Spezifika der Krankheit und Behandlung, personale Merkmale des Individuums und Eigenschaften der mittelbaren und unmittelbaren Umgebung.

Mit diesem theoretischen Ansatz wird zum einen ein Rahmen für die Organisation der konkreten soziologischen Forschungsarbeit angeboten und zum anderen die Möglichkeit gegeben, verschiedene Konzepte, wie z. B. zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung sowie zum Selbstkonzept zu integrieren und deren Bedeutung für die Bewältigung chronischer Krankheiten zu überprüfen.

Einer der wichtigsten nächsten Schritte ist die Weiterentwicklung des hier skizzierten Modells mit dem Ziel, einzelne - durch den Krankheits- und Behandlungsverlauf bestimmte - Phasen des Coping- bzw. Rehabilitationsprozesses zu definieren und die für diese Stadien relevanten Prädiktor- und Kriteriums-Variablen zu operationalisieren.

