

Krisenerfahrungen und Bewältigungsstrategien: soziale Einflüsse auf das Depressionserleben und die Bedeutung sozialer Unterstützungsnetzwerke

Karl-Heinz Reuband

1. Einleitung

Menschliches Verhalten verläuft weitgehend routinehaft und in geordneten Bahnen. Der einzelne hat Mechanismen entwickelt, um wiederkehrende und neue Probleme zu bewältigen. Er greift auf ein Verhaltensrepertoire zurück, das es ihm erlaubt, kritische, belastende Erlebnisse zu verarbeiten und zu lösen. Doch nicht immer gelingt dies. Neue Probleme können nicht immer mit bereits bestehenden und ausgebildeten Bewältigungsstrategien angegangen werden; bereits vertraute Probleme gewinnen eine mitunter unerwartete und eigenständige Dynamik, die den einzelnen in einen Zustand der Hilflosigkeit und Frustration versetzt.

Wie häufig derartige Situationen auftreten und welche Strategien Menschen entwickeln, um mit ihnen umzugehen, ist für die Bundesrepublik weitgehend unerforscht. Zwar gibt es verschiedene Studien, die auf klinisch behandelte Personen - sei es in stationärer oder ambulanter Therapie, meist in der Psychiatrie - zurückgreifen. Doch die Generalisierbarkeit ihrer Befunde auf das Erleben von Hilflosigkeit und Frustration ist begrenzt: durch die Art des Zugangs bedingt werden die schwereren Formen der Beeinträchtigung erfaßt, zusätzlich beschränkt auf den institutionell erfaßten Teil der Betroffenen. Und diese mögen für die Personen mit entsprechenden Problemen nicht repräsentativ sein; das Dunkelfeld psychischer Beeinträchtigungen *ohne* institutionelle Hilfe bleibt ausgeblendet. Nur repräsentativ angelegte Umfragen in der Gesamtbevölkerung können hier

weiterhelfen. Diese gibt es als national repräsentativ angelegte Studien - im Gegensatz zu den USA - für die Bundesrepublik bislang kaum.¹

Im folgenden soll über erste Befunde berichtet werden, die geeignet sind, die bestehenden Lücken in gewissem Umfang zu reduzieren. Als Basis dient eine Befragung, die im Rahmen des International Social Survey Program (ISSP) in mehreren Ländern durchgeführt wurde und die Thematik sozialer Unterstützungsnetzwerke zum Gegenstand hat - den Kreis der Personen, welche Hilfe und Stützung im Alltag bieten können. Der deutsche Teil des ISSP war Bestandteil des ALLBUS 1986 in Form eines schriftlichen, vom Befragten selbst auszufüllenden Teils. Zu den Ländern, in denen der weitgehend identische Fragebogen eingesetzt wurde, zählen neben der Bundesrepublik die USA, Australien, Großbritannien, Österreich, Italien und Ungarn. Bei den Stichproben handelt es sich um solche auf der Basis einer Randomauswahl und mit einer Befragtenzahl zwischen rund 1000 bis fast 3000 Personen. Die Stichprobe für die Bundesrepublik ist mit N=2809 die größte.

2. Methodisches Vorgehen

Im folgenden interessiert uns aus der ISSP-Studie der Teil, welcher sich auf das Vorkommen depressiver Episoden bezieht. Als depressive Episode soll hier eine Situation verstanden werden, in der sich der einzelne für kürzere oder längere Zeit niedergeschlagen und depressiv gestimmt fühlt. Das Erlebnis bedeutet eine Art Krise - eine Durchbrechung alltäglicher Normalität und der Möglichkeiten, mit ihr umzugehen. Ergänzend ziehen wir die Frage nach den Personen heran, an die sich der einzelne in einem solchen Fall wenden würde. Während die Frage nach dem Vorkommen depressiver Erlebnisse lediglich in der Bundesrepublik und Österreich vorgelegt wurde, wurde die Frage zum Unterstützungsnetzwerk in allen Ländern eingesetzt, die an der ISSP-Umfrage 1986 beteiligt waren. Damit können wir für diese Frage einen internationalen Vergleich anstellen: wie sehr ähnelt das Muster in der Bundesrepublik dem Muster in anderen Ländern?

Die Frage zum Vorkommen depressiver Episoden richtet sich auf den Zeitpunkt des letzten Erlebens dieser Art: "Wann haben Sie sich zuletzt niedergeschlagen oder depressiv gefühlt?" Als Antwortkategorien standen zur Verfügung: im letzten Monat - im letzten halben Jahr - im letzten Jahr - früher - noch nie. Mit der Kategorisierung des Erlebens als "niedergeschlagen und depressiv" ist eine relativ "weiche" Formulierung gewählt, welche leichtere Formen der Beeinträchtigung miteinbezieht. Sie ist nicht mit einer Erfassung von Depressionserfahrungen als stabiles, klinisch-pathologisches

Muster gleichzusetzen, schließt diese Form jedoch mit ein². Die Frage zum Unterstützungsnetzwerk lautete: "Angenommen, Sie fühlten sich niedergeschlagen oder depressiv und wollten mit jemandem reden. Mit wem würden Sie zuerst darüber reden? Mit wem würden Sie als zweites darüber reden?" Die auf einer Liste aufgeführten Personen reichen vom Ehepartner/Partner über Freunde bis hin zu "professionellen" Helfern wie "Psychologe, Psychiater, Beratungsstelle"³. Gefragt ist also nicht, ob man sich bei derartigen Problemen an jemanden wenden würde. Gefragt ist lediglich, an wen man sich wenden würde, *wenn* das Bedürfnis nach Rat und Unterstützung bestände.

3. Vorkommen depressiven Erlebens

Gefühle des Niedergedrücktseins und depressive Verstimmungen scheinen nach den Daten des ISSP für die Bundesbürger nicht die Regel, aber auch keine Ausnahme zu sein (vgl. Tabelle 1). 58% der Befragten geben an, schon einmal derartige Erfahrungen gemacht zu haben. Die tatsächliche Zahl liegt vermutlich höher. Manche Befragte werden im Lauf der Zeit vergessen haben, daß sie jemals in derartigen Situationen waren. Andere mögen sie

Tabelle 1: Vorkommen depressiver Erfahrungen nach Geschlecht
- ISSP 1986 -

	Männer %	Frauen %	Insgesamt %
Im letzten Monat	8	16	12
Im letzten halben Jahr	10	15	12
Im letzten Jahr	11	13	12
Früher	22	23	22
Noch nie	50	34	42
N=100 %	1287	1484	2771

verdrängt haben, weil sie für sie zu unangenehm waren. Und wieder andere werden schlichtweg nicht bereit sein, das Vorkommen solcher Erlebnisse im Interview einzugestehen. Schließlich gelten depressive Erlebnisse bei vielen Menschen als unerwünschter und gesellschaftlich wenig akzeptierter Gefühlszustand. Entsprechend werden sie bemüht sein, gegenüber dem

Interviewer die depressiven Krisen zu verschweigen. Angesichts der Tatsache, daß die Daten im Rahmen eines schriftlich auszufüllenden Befragungsteils erhoben wurden, bei dem derartige Erwünschtheitseffekte reduziert werden, halten wir die letztere Version im vorliegenden Fall freilich für die weniger bedeutsame. Vergessen und selektive Konstruktion der eigenen Biographie wiegen hier wohl schwerer.

Bezieht man sich auf *aktuellere* Erfahrungen - gemessen an derartigen Erlebnissen innerhalb des letzten *halben* Jahres - so müßten die Werte realistischere Schätzungen sowohl der subjektiven Befindlichkeitslage als auch ihrer Determinanten erlauben: Der erfaßte Zeitraum ist nicht derart lang, daß man in nennenswertem Maße ein Vergessen der Erfahrungen erwarten könnte. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, daß sich innerhalb des letzten Jahres rund ein Viertel aller Befragten in einer Stimmung befanden, die sie als eine depressive bezeichneten. Innerhalb des letzten Monats waren 12% depressiv. Diese Quote liegt in etwa auf dem gleichen Niveau wie die Zahl derer, die sich in Umfragen nicht als glücklich bezeichnen (dazu siehe Noelle-Neumann 1977: 210, Noelle-Neumann/Piel 1983: 7). Dies spricht dafür, die Anzahl der Bundesbürger mit einer aktuellen Beeinträchtigung des subjektiven Lebensgefühls auf rund ein Zehntel zu beziffern.

Nun ist nicht überall die Wahrscheinlichkeit, depressive Erfahrungen zu machen, die gleiche. Die Sozialisations- und Lebensbedingungen unterscheiden sich und begünstigen in unterschiedlichem Maße das Auftreten von Situationen, die der Problembewältigung bedürfen. Die Kompetenzen und Ressourcen, mit den Problemen umzugehen, variieren, so daß Problemlagen *und* Problemkompetenz zusammen eine unterschiedliche Anfälligkeit für Situationen schaffen, die der einzelne nicht zu bewältigen weiß. Im folgenden soll uns vor allem der Einfluß der Merkmale Geschlecht und Alter auf das Depressionserleben interessieren. Beide Merkmalsdimensionen stehen sowohl für spezifische Lebensbedingungen wie auch für unterschiedliche Rollenerwartungen und Selbstbilder. Beide prägen menschliches Handeln und Denken in maßgeblicher Weise.

3.1. Der Einfluß des Geschlechts auf das Depressionserleben

Es zählt zu den in der Literatur mit am besten dokumentierten Befunden der Umfrageforschung, daß sich Frauen häufiger unglücklich fühlen und auch häufiger an Depressionen leiden als Männer (vgl. u.a. Beckmann/Richter 1972: 28, Warheit et al. 1973, Radloff/Rae 1979, Noelle-Neumann 1981: 42, Cleary/Mechanic 1983, Noelle-Neumann/Piel 1983: 7). Mehrere und z.T. miteinander konkurrierende Erklärungsansätze sind für dieses Phänomen

vorgebracht worden: beschränkt man sich auf diejenigen, welche die Unterschiede für substantielle und nicht für methodisch bedingte Differenzen halten⁴, so stehen im wesentlichen zwei Ansätze im Vordergrund der Diskussion: (1) nach dem einen Erklärungsansatz werden Frauen traditionell in eine Rolle sozialisiert, in der das Ausagieren von Aggressionen als unweiblich verdammt wird. Es ist danach den Männern vorbehalten, Aggressionen nach außen hin zu zeigen und sich gegen widrige Umstände aufzulehnen. Die Frauen sind in einem Zustand erlernter Hilflosigkeit (vgl. auch Tueting et al. 1983). Ihnen bleibt unter diesen Umständen oft nur eine Verzweiflung, die in depressive Stimmungen mündet. Die Tatsache, daß Frauen im Bereich der Gewaltkriminalität in hohem Maße unterrepräsentiert (siehe etwa Bundeskriminalamt 1987: 109ff.) und unter den Depressiven überrepräsentiert sind, könnte man als zwei Kehrseiten der Medaille ansehen. (2) Die zweite Möglichkeit setzt an den von den Frauen ausgeübten Rollen an. Danach sind Frauen im Schnitt stärker als Männer belastet, weil viele unter ihnen Haushalts- und berufliche Tätigkeit miteinander verbinden müssen. Diese Doppelbelastung muß sie solange beeinträchtigen, wie nicht ihre bisherigen Tätigkeiten partiell vom Ehemann mit übernommen werden (siehe etwa die Verweise in Verbrugge 1983: 17, Kandel et al. 1985: 64).⁵

Beide Erklärungsansätze sind bislang erst in Ansätzen überprüft. Mehrere Arbeiten aus den USA weisen darauf hin, daß der Geschlechtsunterschied selbst dann bestehen bleibt, wenn Variablen wie Bildung und Erwerbstätigkeit kontrolliert werden (vgl. u.a. Comstock/ Helsing 1976, Cleary/Mechanic 1983). Weitere Studien belegen, daß sich die Unterschiede im Depressionserleben offenbar im Alter von etwa 13-15 Jahren herausbilden (Kandel/Davies 1982: 1208) - dem gleichen Alter übrigens, in dem sich andere geschlechtsspezifische Verhaltensmuster entwickeln. Dies könnte für eine Interpretation sprechen, nach der das Vorkommen depressiven Erlebens eng mit der Übernahme der geschlechtsspezifischen Rolle verbunden ist⁶. Ob die Befunde für die USA jedoch ebenso für die Bundesrepublik gelten, ist weitgehend ungeklärt und kann aufgrund bestehender sozialer und kultureller Unterschiede nicht von vornherein gesagt werden.

Was sind nun die Ergebnisse der hier herangezogenen Befragung? Im Einklang mit den Befunden anderer in- und ausländischer Arbeiten sind Frauen häufiger als Männer durch depressive Erfahrungen gekennzeichnet (vgl. Tabelle 1). Sie geben nicht nur eher an, jemals in einer derartigen Situation gewesen zu sein, sie haben sie auch häufiger innerhalb der letzten Zeit erlebt: im letzten halben Jahr waren es 31% der Frauen, aber nur 18% der Männer. Um festzustellen, ob diese Unterschiede in der Depressionsverbreitung stärker auf Geschlecht per se oder die "Doppelbelastung" der Frauen zurückgeht, ziehen wir die Erwerbstätigkeit als Kontrollvariable in

die Analyse mit ein. Im Fall der Erwerbstätigkeit unterscheiden wir bei den Frauen in Ganztags-Tätigkeit, Halbtags-Tätigkeit und Nicht-Erwerbstätigkeit. Wenn die Belastung mit der Partizipation im Erwerbsleben tatsächlich steigt, müßte dies um so mehr geschehen, je mehr Zeit für das Erwerbsleben aufgewandt wird.

Tabelle 2: Vorkommen depressiver Erfahrungen im letzten halben Jahr nach Erwerbstätigkeit, Alter und Geschlecht
- ISSP 1986 -

Erwerbstätigkeit	Alter in Jahren		
	18-29 %	30-49 %	50+ %
Männer			
ganztags	19 (n=216)	15 (n=467)	11 (n=178)
Frauen			
ganztags	38 (n=163)	35 (n=144)	38 (n=40)
halbtags	39 (n=36)	32 (n=154)	30 (n=44)
nicht erwerbs- tätig	41 (n=127)	24 (n=237)	24 (n=489)

Die Ergebnisse der Prüfung sind in Tabelle 2 aufgeführt. Danach zeigt sich als erstes: die Unterschiede zwischen den Männern und Frauen bleiben mehrheitlich auch dann bestehen, wenn das Ausmaß der Erwerbstätigkeit kontrolliert wird: Die ganztagsbeschäftigten Frauen sind deutlich häufiger depressiv gestimmt als die ganztags berufstätigen Männer. Frauen scheinen damit aufgrund ihrer gesellschaftlichen Rollen überproportional in eine Situation zu geraten, welche sie subjektiv bedrückt. Zweitens zeigt sich, daß mit steigender Erwerbstätigkeit unter den Frauen tatsächlich, wie oft in der Literatur vermutet, das Vorkommen depressiven Erlebens zunimmt - freilich auf die *über* 30jährigen Befragten beschränkt. Bei den unter 30jährigen kehren sich die Verhältnisse um: zwar unterscheiden sich die ganztags und halbtags beruflich Tätigen praktisch nicht mehr, aber statt der Erwerbstätigen sind es dafür die Nicht-Erwerbstätigen, die sich häufiger niedergedrückt und depressiv fühlen!

Man könnte einwenden, daß sich in der Umkehrung der Beziehung womöglich nur eine Ungleichverteilung in der Belastung widerspiegelt: Bei den Jüngeren liegt der Anteil der Befragten mit eigenen Kindern niedriger als bei den Älteren. Dadurch bedingt könnte es sein, daß die Mehrbelastung nicht gleich über die Altersgruppen verbreitet ist. Um diese Annahme zu überprüfen, beziehen wir in einem weiteren Schritt das Vorkommen von Kindern im Alter unter 16 Jahren im Haushalt als Kontrollvariable mit ein. Das Ergebnis, wiedergegeben in Tabelle 3, macht deutlich, daß die unterschiedlich weite Verbreitung von Kindern *nicht* für das beobachtete altersspezifische Muster verantwortlich sein kann: wenn man nach Vorhandensein von Kindern unterscheidet, gilt weiterhin, daß bei den jüngeren Befragten mit steigendem Ausmaß an Erwerbstätigkeit das Vorkommen depressiven Erlebens im letzten halben Jahr sinkt.

Tabelle 3: Vorkommen depressiver Erfahrungen im letzten halben Jahr nach Erwerbstätigkeit, Vorhandensein von Kindern*, Alter und Geschlecht
- ISSP 1986 -

Erwerbstätigkeit	Alter in Jahren					
	18-29		30-49		50+	
	kein Kind %	Kind %	kein Kind %	Kind %	kein Kind %	Kind %
Männer						
ganztags	20 (n=172)	17 (n=42)	20 (n=183)	12 (n=284)	11 (n=157)	10 (n=20)
Frauen						
ganztags	41 (n=143)	15 (n=20)	37 (n=89)	31 (n=55)	42 (n=36)	**
halbtags	43 (n=14)	36 (n=22)	36 (n=44)	30 (n=110)	29 (n=38)	**
nicht erwerbs- tätig	54 (n=61)	32 (n=66)	26 (n=46)	24 (n=191)	24 (n=470)	16 (n=19)

* Das Vorhandensein von ein oder mehr Kindern wird über die Zahl der unter 16jährigen Haushaltsmitglieder ermittelt.

**= N weniger als 10 Befragte

Wohl am bemerkenswertesten aber ist: die vollberufstätigen Frauen mit Kindern - mithin die durch mehrere Rollen am stärksten Belasteten - erweisen sich nicht als die Personen mit der höchsten, sondern der *geringsten* Quote für depressives Erleben! Dieses Ergebnis steht zu den weitverbreiteten Annahmen über die Doppelbelastung der Frau im Widerspruch. Doch einzigartig sind die Befunde nicht: ähnliche Beziehungen zwischen der Erwerbstätigkeit, dem Vorhandensein von Kindern und Indikatoren für Belastung - sei es nun Depression, psychosomatische Erkrankungen oder Krankheit (die durch psychische Faktoren mitbeeinflusst wird) - finden sich ebenfalls in neueren amerikanischen Untersuchungen (vgl. Verbrugge 1983: 23, Verbrugge/Madans 1985: 38, Kandel et al. 1985: 67). Dies könnte ein Hinweis dafür sein, daß sowohl die Existenz von Kindern als auch die Erwerbstätigkeit positive Erfahrungen mit sich bringen und die mit der Doppelbelastung verknüpften negativen Erlebnisse so sehr zu überlagern vermögen, daß Gefühle der Depression kaum entstehen.

Nun gilt im Fall unserer Studie nicht generell, daß die Erwerbstätigkeit die Chance der Depression reduziert. Der Effekt ist vielmehr vom Alter abhängig. Er findet sich nur bei den Jüngeren - und damit bei den Personen, bei denen es sich bei den Kindern im Haushalt normalerweise um Kleinkinder handelt. Gerade bei dieser Befragtenkategorie müßte die Doppelbelastung am schwersten wiegen. Was könnten die Ursachen dafür sein, daß der Effekt der Erwerbstätigkeit je nach Alter variiert? Wir halten generationsspezifische - und nicht lebenszyklusbedingte - Ursachen für die wahrscheinlichsten. Zum einen kann man davon ausgehen, daß sich im Lauf der Zeit die Bedingungen für Frauen gebessert haben, eine Arbeit den eigenen Präferenzen gemäß zu finden. Nicht nur sind die Ausgangsbedingungen aufgrund ihrer gestiegenen Ausbildung günstiger geworden, auch die Struktur des Berufs- und des Arbeitsmarktes hat die Wahlchancen vergrößert. Retrospektiv erhobene Daten aus anderen Erhebungen zeigen so denn auch, daß in der älteren Generation die Berufsaufnahme wegen mangelnder Auswahlmöglichkeiten weniger gezielt erfolgte als in der jüngeren, äußere Zwänge häufiger als eine innere Motivation die Wahl bestimmten (Lehr 1969: 185). Je günstiger aber die Ausgangsbedingungen in der Erwerbshierarchie, desto günstiger sind auch in späteren Phasen des Lebenslaufes die Arbeitsbedingungen.

Zum anderen könnte es sein, daß die Erwerbstätigkeit für die jüngere Generation der Frauen etwas anderes bedeutet als für die ältere. Das Bild der Frau hat sich über die Zeit geändert. Erwünscht ist nicht mehr der Rückzug in die Familie und die Hausfrauentätigkeit, sondern die aktive Teilnahme am Erwerbsleben. Unter diesen Umständen bedeutet die Erwerbstätigkeit nicht mehr einen prinzipiell meidenswerten Zustand, der mit einem schlechten Gewissen einhergeht, sondern einen Zustand, der bejaht

wird und aus dem man positive Empfindungen herleitet⁸. Wenn diese These einer langfristig veränderten Bewertung zuträfe, müßte die Erwerbstätigkeit in dem Maße, wie die jüngere Generation einen zunehmenden Anteil an der Gesamtbevölkerung einnimmt, auf das Lebensgefühl und das Depressionserleben andersgeartete Konsequenzen haben. Eine Annäherung an das Lebensgefühl der Männer könnte man nach unseren Daten freilich auch bei weiterhin steigender Erwerbstätigkeit nicht erwarten. Frauen würden weiterhin häufiger Depressionserfahrungen aufweisen.

3.2. Der Einfluß des Alters auf das Depressionserleben

Das Geschlecht ist nicht das einzige Merkmal, das auf das Gefühl der Depression und der Zufriedenheit einwirkt. Doch anders als im Fall des Geschlechts sind die Beziehungen des Merkmals Alter zum Vorkommen von Depressionserfahrung und Gefühlen subjektiver Lebensqualität uneinheitlich und eher verwirrend. So steigt in der Bundesrepublik - ebenso wie in den USA - die Lebenszufriedenheit tendenziell mit wachsendem Alter an und nimmt gleichzeitig das Gefühl des Glücklichseins ab (Campbell 1976: 120, Noelle-Neumann 1981: 42). Folgt man bundesdeutschen Studien aus den frühen 70er Jahren, die mit komplexeren Indikatoren arbeiten - bezogen auf ambulant in medizinischen Praxen behandelte Personen -, so scheinen überproportional häufig Menschen in höherem Lebensalter - besonders die 45-64jährigen - von Depressionen betroffen (Dilling 1978: 19). Die Befunde gehen in die gleiche Richtung wie bei den Fragen zum Unglücklichsein. Ältere amerikanische Erhebungen mit komplexerem Indikatorensystem, die auf der Basis repräsentativer Umfragen entstanden, stimmen mit diesem Muster überein: das Vorkommen von Depression steigt auch hier mit zunehmendem Alter. Doch nach neueren amerikanischen Arbeiten gibt es keine systematische Altersbeziehung mehr oder sogar eine, die in eine umgekehrte Richtung verläuft: Jüngere erweisen sich hiernach als diejenigen mit den höheren Depressionswerten (siehe Warheit et al. 1973: 294ff., Comstock/Helsing 1976: 557, Kandel/Davies 1982: 1208, Tueting et al. 1983: 16).

Manche der Unterschiede sind vermutlich Folgen ungenügender Kontrolle von Drittvariablen oder historische Zufälligkeiten (vgl. dazu auch Tueting et al. 1983: 15). Andere mögen auf die Art der untersuchten Population zurückgehen: Klinisch oder ambulant behandelte Personen sind nicht notwendigerweise mit den Personen vergleichbar, die über die entsprechende Problemlage verfügen. In wieder anderen Fällen mögen sich die eingesetzten Indikatoren und die gewählte Depressionsskalenkonstruktion

unterscheiden und bestimmte Formen von Erfahrungen besser abbilden als andere. So könnten etwa die Unterschiede zwischen Alter und Zufriedenheit einerseits und Alter und Glücklichein andererseits dadurch bedingt sein, daß jeweils etwas andere Aspekte des subjektiven Wohlbefindens gemessen werden: die Frage zur Lebenszufriedenheit erfaßt stärker den kognitiven Bereich, die Frage nach dem Glücklichein eher die emotionale Dimension (siehe auch Bradburn 1969, Campbell 1976). Die höhere Lebenszufriedenheit der Älteren mag aus dieser Sicht vor allem eine stärkere Anpassung der Aspirationen Älterer an die vorgefundenen Wirklichkeiten widerspiegeln - ein weniger positives emotionales Grunderlebnis ist dadurch nicht ausgeschlossen.

Doch warum sollten neuere amerikanische Untersuchungen in der Art der festgestellten Effekte von den älteren Studien abweichen? Klammert man methodische Ursachen - wie verfeinerte Erhebungsmethoden - als Möglichkeit einmal aus, so wäre denkbar, daß sich über die Zeit ein Wandel in der unterschiedlichen Belastung der einzelnen Altersgruppen vollzogen hat, sich die psychische Belastung von den älteren stärker auf die jüngeren Altersgruppen hin verschoben hat. Manche Indizien aus repräsentativen Umfragestudien der 50er und 70er Jahre aus den USA über psychische Gesundheit legen eine derartige Interpretation nahe (siehe Veroff et al. 1981a: 528). Welche Gründe für diesen Wandel in Frage kommen, ist allerdings im einzelnen ungeklärt. Veroff und Mitarbeiter vermuten, daß die langfristigen Verluste kultureller Selbstverständlichkeiten in der Ausübung gesellschaftlicher Rollen Momente der Unsicherheit gebracht haben. Doch ob dieser Wandel tatsächlich mit diesem Prozess verbunden ist, bleibt bei ihnen empirisch ungeklärt.

Die Ergebnisse unserer bundesdeutschen Studie aus den 80er Jahren (Tabelle 4) sprechen für ein (bei beiden Geschlechtern bestehendes) Muster, das dem der neueren amerikanischen Arbeiten, die mit differenziertem Indikatorensystem arbeiten, ähnelt: der Anteil der Personen mit depressivem Erleben ist unter den jüngsten Befragten - den unter 20jährigen und 20-29jährigen - am höchsten. Die mittleren und höheren Altersgruppen unterscheiden sich demgegenüber wenig voneinander. Bemerkenswerterweise sinkt jedoch beim Übergang zu den Älteren nicht nur der Anteil für akute Depression, sondern ebenfalls der Anteil für jemals erlebte Depression. Dabei müßte bei gleich hoher Chance eines derartigen Erlebens (innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums) schon rein wahrscheinlichkeitstheoretisch der Anteil größer werden: Je älter jemand wird, desto mehr Zeit ist biographisch vergangen, desto mehr und häufiger müßten Personen jemals von Depressionen betroffen gewesen sein.

Tabelle 4: Vorkommen depressiver Erfahrungen nach Alter
- ISSP 1986 -

	Alter in Jahren							Insges. %
	18-19* %	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60-69 %	70+ %	
Im letzten Monat	25	15	11	10	12	7	14	12
Im letzten halben Jahr	21	16	13	12	11	7	9	12
Im letzten Jahr	9	16	12	11	10	11	11	12
Früher	13	22	21	22	23	27	23	22
Noch nie	33	31	43	45	44	48	44	42
N=100 %	88	579	535	526	366	380	297	2771

* Die unter 20jährigen Befragten werden getrennt ausgewiesen, um zugleich etwas über jugendliche Befragte aussagen zu können. Zwar handelt es sich lediglich um zwei Altersklassen, doch dürften die hier dokumentierten Werte die allgemeine Richtung des Trends angeben.

Dieses Auseinanderfallen von rein rechnerischer Wahrscheinlichkeit und tatsächlichem Vorkommen könnte für eine Interpretation sprechen, wonach sich in diesen Daten nicht allein altersspezifische Eigenarten, sondern ebenso generationsspezifische Eigenheiten widerspiegeln: die neueren Generationen machen eher Erfahrungen, die von ihnen als Gefühle des Niedergeschlagenseins und der Depression erlebt und *gedeutet* werden. Denn daß die ältere Generation hinreichend Anlässe für Gefühle des Niedergedrücktseins und Depressionen hatte, darauf verweisen die Kriegserfahrungen und die der Nachkriegszeit. Wer den Tod Anderer und materielle und immaterielle Verluste erlebt hat, der wird kaum von sich sagen können, er wäre davon emotional unberührt geblieben. Die objektiven Lebensbedingungen in der Biographie Älterer müßten sie häufiger in Zustände der Depression versetzt haben als Angehörige der jüngeren Generation.

Aus früheren Untersuchungen über psychische Gesundheit wissen wir, daß es für viele Betroffene unüblich ist, ihr Leiden psychisch zu deuten und sich entsprechend darzustellen (vgl. Hollingshead und Redlich 1967: 175). Eine psychische Beeinträchtigung zu haben, ist nicht mit ihrem Selbstbild

und den Erwartungen ihrer Umwelt kompatibel. Sie neigen stattdessen dazu, ihre Gefühle in körperliche Symptome zu kleiden. Dabei muß - wie die Psychosomatik lehrt (siehe Uexküll 1964, Mitscherlich 1967) - diese Art der "Verkleidung" nicht notwendigerweise eine intentionale sein, es könnte sich um eine psychosomatische Reaktion handeln, die dem Akteur selbst in ihrer Ursache nicht bewußt ist. Manches spricht für eine derartige Existenz unterschiedlicher Erscheinungsformen von Depression. Nimmt man aus anderen Umfragen Befunde über den Zusammenhang von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Alter, so läßt sich nachweisen, daß mit steigendem Alter die Krankheitssymptome zunehmen (siehe Lang/Müller-Andritzky 1984: 144). Dabei ist auffällig, daß dies auch für jene Symptome gilt, die nicht nur als altersbedingte, sondern ebenfalls als psychosomatische Erscheinungsformen gelten können - wie "häufig erschöpft und erschlagen", "beunruhigt über starkes Herzklopfen", "häufig Kopfschmerzen".

Dies könnte bedeuten, daß depressive Reaktionen in den höheren Altersgruppen sehr wohl schon vorgekommen sind und auch weiterhin vorkommen, sie sich nur in anderem Gewand darbieten: womöglich gibt es je nach Generationszugehörigkeit eine unterschiedliche Neigung, psychische Zustände als psychisch oder als physisch zu deuten. In einer Generation, in der die Beschäftigung mit innerpsychischen Vorgängen zu einem akzeptierten, ja legitimerweise gebilligten Verhalten gehört, wird psychischen Zuständen ein eigenständiger Stellenwert eingeräumt. In einer Generation, in der die Selbstkontrolle und die Anpassung der eigenen Bedürfnisse an die gesellschaftlichen Rollenerwartungen zur Leitlinie erhoben wird, werden innerpsychische Belastungen stärker verdrängt, sie machen sich stattdessen in Form psychosomatischer Symptome bemerkbar. Würde diese Interpretation stimmen, so hieße das: Das Vorkommen von Depressionen würde sich bei Berücksichtigung der Altersvariablen erst durch Berücksichtigung beider Arten von Informationen - der psychischen wie der psychosomatischen - erschließen.

4. Soziales Netzwerk als Ressource

Wie würden nun die Betroffenen auf ihre subjektiv als solche erlebten Depressionen reagieren? An wen können und würden sich die Befragten um Rat und Hilfe wenden? Wie man in Tabelle 5 erkennen kann, ist die Zahl der Befragten, die das Problem nicht allein lösen wollen oder es anderen mitteilen wollen, die große Mehrheit. Dabei nehmen Ehepartner und gute Freunde als mögliche Unterstützungspartner eine herausgehobene Stellung ein. Für über die Hälfte der Befragten würde der Ehe-/Partner derjenige

sein, an den man sich wendet, in fast einem Drittel der Fälle der beste Freund oder die beste Freundin. Käme es tatsächlich zu einer Situation, in der auf andere Personen zur Bewältigung der depressiven Stimmungen zurückgegriffen wird, so verschöbe sich vermutlich die Zusammensetzung noch stärker zugunsten der Freunde: denn viele Konflikte, die Anlaß zu Depressionen bieten, finden mit dem Partner statt und damit jener Person,

Tabelle 5: Art der Unterstützungsperson nach Geschlecht (bis zu zwei Nennungen)
- ISSP 1986 -

	Männer %	Frauen %	Insgesamt %
Ehepartner/Partner	66	50	58
Mutter	14	18	16
Vater	4	2	2
Tochter	11	19	15
Sohn	8	9	9
Schwester	6	11	9
Bruder	6	2	4
Andere Verwandte	4	7	6
Beste(r) Freund(in)	29	34	32
Andere(r) Freund(in)	6	9	8
Nachbarn	1	3	2
Arbeitskollege	2	1	2
Kirche/Pfarrer/ Priester	1	2	2
Hausarzt	10	9	9
Psychologe/Psychiater Beratungsstellen	2	2	2
Andere	1	2	1
Niemand	6	6	6
N=100 %	1303	1501	2804

an die man sich gewöhnlich wenden würde. Untergliedert man nach dem Vorkommen der letzten Depression, so sinkt bei Männern wie Frauen mit zunehmender Aktualität des letzten Problems in der Tat die Bedeutung des Partners als potentieller Unterstützungspartner und gute Freunde gewinnen an Bedeutung: Unter den Männern mit Gefühlen des Niedergeschlagenseins im letzten Monat werden die guten Freunde zu 38% genannt. Unter denen, die noch nie derartige Gefühle hatten und für die die

Frage mithin einen gewissen fiktiven Charakter hat, sind es 23%. Der Anteil der Partnernennungen geht parallel dazu zurück. Ähnlich bei den Frauen: unter denen mit entsprechenden Stimmungslagen im letzten Monat werden Freunde zu 43% aufgeführt, unter denen ohne derartige Erlebnisse zu 25%.

Nach den Freunden folgen in ihrer Bedeutsamkeit Angehörige des engeren Verwandtenkreises: seien es nun Eltern, Geschwister oder eigene Kinder. Dabei gibt es bei beiden Geschlechtern eine ausgeprägte Neigung, sich eher bei den weiblichen Angehörigen Rat zu suchen als bei den männlichen: man konsultiert öfter die Mutter als den Vater, öfter die Tochter als den Sohn, häufiger die Schwester als den Bruder. Und wenn auch eine Tendenz von männlichen und weiblichen Befragten besteht, überproportional häufig Personen des eigenen Geschlechts zu nennen, ist für beide in dieser Hinsicht das Muster doch das gleiche: unter den Männern stellen Frauen ebenso die Personen dar, von denen man am ehesten Hilfe erhofft. Die traditionelle emotional expressive Rolle der Frau, in der Elemente der Fürsorge und Hilfe einen zentralen Platz einnehmen (vgl. Parsons/Bales 1955), scheint sich in dieser Wahl deutlich abzubilden.

Personen, mit denen man fast täglich Kontakt hat, die man aber nicht dem eigenen Freundeskreis zurechnet - Arbeitskollegen und Nachbarn - haben im Vergleich zu Freunden und Verwandten eine relativ unbedeutende Rolle inne. Ebenso professionelle und quasi-professionelle Helfer: Der Hausarzt wird unter den Befragten zu 9% genannt, Psychologen, Psychiater oder Therapeuten zu 2%, kirchliche Einrichtungen zu 2%. Daß häufiger auf den Hausarzt als auf Psychotherapeuten zurückgegriffen wird, erscheint dabei insofern als bemerkenswert, als dieser in der Regel für die Beratung und Hilfe bei psychischen Problemen nicht ausgebildet ist. Möglicherweise gibt es in weiten Teilen der Bevölkerung die Neigung, psychische Krisen zunächst über den Einsatz von Medikamenten zu bewältigen. Hinzu mögen pragmatische Gründe kommen: die Tatsache, daß - gerade bei der Abrechnung psychotherapeutischer Beratung durch die Krankenkasse - der Arzt eine Schaltstellenfunktion einnimmt, Patienten müssen von ihm an Therapeuten verwiesen werden. Da die Patienten mit ihrem Hausarzt aufgrund vergangener Erfahrungen vertraut sind, liegen die Hemmschwellen zur Kontaktaufnahme mit ihm zudem niedriger als beim Gang zum Therapeuten.

Die Struktur des Personenkreises, auf den zurückgegriffen werden kann, ähnelt in der Bundesrepublik in hohem Maße derjenigen, die sich in anderen Ländern findet (Tabelle 6). Die relative Rangordnung ist ähnlich. Nur die prozentualen Werte unterscheiden sich z.T. - primär im Bereich der engeren Umwelt, bei den professionellen und quasi-professionellen Helfern sind die Unterschiede zwischen den Ländern geringer. Dabei macht es

wenig Unterschied, wie sehr die jeweilige Gesellschaft im Rahmen der Modernisierung fortgeschritten ist. Die Neigung, sich an Experten für psychische Probleme zu wenden, ist allgemein gering. Selbst bei den US-Amerikanern läßt sich - entgegen weitverbreiteten Annahmen - keine ausgeprägte Affinität gegenüber therapeutischen Instanzen feststellen.

Tabelle 6: Unterstützungsnetzwerk bei Depressionserfahrungen (bis zu zwei Nennungen)
- ISSP 1986 -

	BRD %	Öster- reich %	Groß- brit. %	Italien %	Ungarn %	USA %	Austra- lien %
Ehepartner/Partner	58	54	56	42	48	46	55
Mutter	16	18	17	17	24	15	14
Vater	2	4	3	2	5	3	3
Tochter	15	19	17	10	11	11	12
Sohn	9	12	10	7	8	6	7
Schwester	9	12	13	15	11	14	10
Bruder	4	3	4	6	7	6	3
Andere Verwandte	6	7	6	8	7	6	7
Beste(r) Freund(in)	32	27	36	49	33	51	46
Andere(r) Freund(in)	8	4	7	14	6	12	14
Nachbarn	2	3	2	3	6	3	2
Arbeitskollege	2	1	4	3	6	3	3
Kirche/Pfarrer/ Priester	2	2	2	2	1	9	5
Hausarzt	9	7	9	2	1	4	5
Psychologe/Psychiater	2	2	2	1	1	3	2
Beratungsstellen							
Andere	1	1				1	
Niemand	6	8	3	7	8	2	4
N=100 %	2804	1012	1402	1395	1743	1459	1232

Was an den USA auffällig ist, ist etwas anderes: die relativ zu anderen professionellen Helfern große Bedeutung kirchlicher Einrichtungen. Während in der Bundesrepublik und den meisten anderen hier einbezogenen Ländern man sich ebensooft, wenn nicht gar häufiger an einen Psychotherapeuten als an einen Priester wenden würde, liegen die Verhältnisse in den USA umgekehrt. Priester repräsentieren innerhalb des Systems professioneller und quasi-professioneller Helfer gar die wichtigste Instanz. Dies ist,

wie Untersuchungen über tatsächliche Hilfeleistungen gezeigt haben, kein Spezifikum allein dieser Untersuchung. Arbeiten aus den späten 50er und späten 70er Jahren belegen ebenfalls für die USA die herausgehobene Stellung kirchlicher Helfer (Veroff et al. 1981b: 134). Und dies ist kein Zufall: Wie kein anderes westliches Industrieland zeichnet sich die USA durch eine ausgeprägte Religiosität - mit mehrheitlich vertretenem Glauben an Phänomene wie Himmel, Hölle und Teufel (siehe Köcher 1987: 167) - aus. Die Bindung an die kirchlichen Institutionen scheint enger als anderswo, und dies dürfte dann auch die Konsultation kirchlicher Einrichtungen im Fall psychischer Probleme begünstigen. Der Grad an Modernität einer Gesellschaft sagt anscheinend über den Grad an Säkularität nicht notwendigerweise etwas aus. Hochmoderne Gesellschaften sind unter Umständen mit einem geringeren Grad an Säkularisierung auf der Glaubensebene kompatibel⁹.

Untersuchen wir als nächstes, wie sehr Angehörige unterschiedlicher Alterskategorien bzw. Generationen geneigt sind, auf Personen ihrer Umwelt zurückzugreifen. Da wir an dieser Stelle ganz allgemein fragen, uns also nicht auf die Personen mit eingestandenem Depressionserfahrungen beschränken, werden die Befunde nicht durch die möglichen generationsbedingten Unterschiede in der Selbstzuschreibung depressiver Episoden tangiert. Wie man Tabelle 7 entnehmen kann, steigt die Bedeutung des Ehe-/Partners als potentiellstem Ratgeber mit höherem Alter zunächst an, um dann allmählich wieder abzusinken. In diesem Muster spiegelt sich primär die unterschiedliche Verteilung der Personen mit (Ehe-) Partner im Lebenszyklus wider. Während unter den unter 20jährigen nur eine Minderheit über einen Ehepartner oder Lebenspartner verfügt, gilt für die über 70jährigen, daß hier der Ehepartner meist verstorben ist und als Unterstützungsperson ausfällt. Die Unterstützungspersonen aus der Verwandtschaft sind in ähnlicher Weise mit diesem Lebenszyklus verbunden: Eltern werden bevorzugt von den Jüngeren genannt, die Nennung der eigenen Kinder wächst mit steigendem Alter. Und das macht Sinn: Nicht nur, daß ab einem gewissen Alter die meisten über Kinder verfügen - diese sind auch eher in dem Alter, daß man sie bei den eigenen Problemen um Rat und Hilfe ersuchen kann. Die Bedeutung der Geschwister bleibt - sieht man einmal von der jüngsten Alterskategorie ab - über die Zeit hinweg in etwa stabil.

Bei den professionellen und quasi-professionellen Helfern bleiben die Werte über die verschiedenen Altersgruppen konstant: die Älteren, obgleich stärker religiös und häufiger die Kirche besuchend, nennen durchaus nicht häufiger die Institution Kirche mit ihren Repräsentanten als mögliche Quelle der Stützung. Und andererseits läßt sich auch nicht zeigen, daß mit sin-

Tabelle 7: Art der Unterstützungsperson nach Alter (bis zu zwei Nennungen)
- ISSP 1986 -

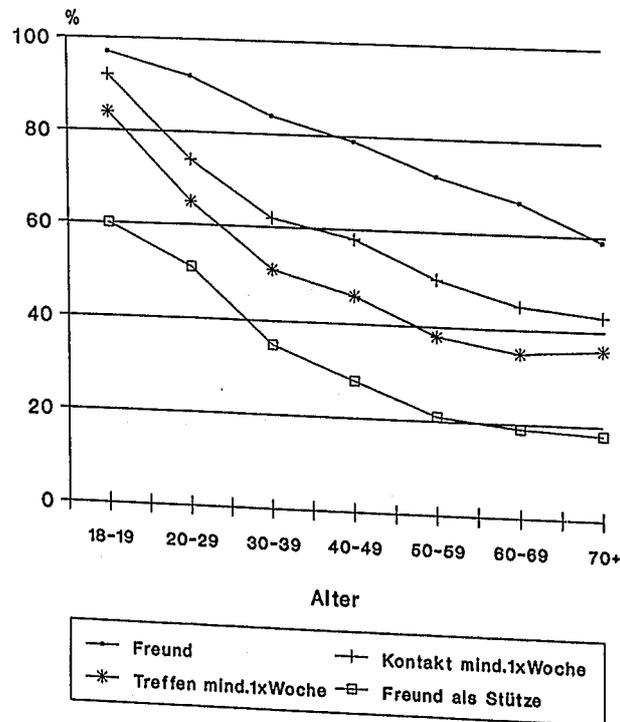
	Alter in Jahren							Insges. %
	18-19* %	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60-69 %	70+ %	
Ehepartner/Partner	16	54	71	69	64	53	33	58
Mutter	54	34	21	13	4	1	--	16
Vater	14	6	3	1	*	*	--	2
Tochter	--	--	3	18	28	28	33	15
Sohn	--	--	1	7	13	20	25	9
Schwester	17	9	10	8	7	8	7	9
Bruder	9	5	6	3	3	3	2	4
Andere Verwandte	1	4	7	5	5	6	12	6
Beste(r) Freund(in)	60	51	36	28	21	19	18	32
Andere(r) Freund(in)	19	11	9	5	5	5	5	8
Nachbarn	--	*	2	1	3	2	6	2
Arbeitskollege	--	2	1	2	1	1	*	2
Kirche/Pfarrer/ Priester	2	1	1	1	1	2	2	2
Hausarzt	1	3	9	11	14	14	12	9
Psychologe/Psychiater Beratungsstellen	1	1	3	3	2	2	1	2
Andere	--	1	1	1	1	1	2	1
Niemand	--	4	3	5	8	10	11	6
N=100 %	89	582	539	537	372	389	301	2804

kendem Alter Psychologen, Psychiater oder Beratungsstellen eher aufgesucht würden - *trotz* der Tatsache, daß die jüngere Generation in einer Zeit sozialisiert wurde, in der die Psychologie an Popularität gewann und mit einem "Psycho-Boom" (besonders im therapeutischen Bereich) einherging. Womöglich gibt es bei den Jüngeren angesichts des gestiegenen Verständnisses für psychologische Ratschläge ebenfalls eine gestiegene Bereitschaft, mit Freunden oder Bekannten über eigene Probleme zu sprechen. Unter diesen Umständen würde sich die Popularität der therapeutischen Berufe erst in einem späteren Schritt auswirken: dann, wenn die Ratschläge der Freunde und Bekannten nicht weiterhelfen. Bei den älteren Befragten sind die Hemmungen, über Privates zu berichten, unter Umständen generell zu hoch, so daß weder Personen der engeren Umwelt noch die professionellen Helfer in Erwägung gezogen werden. In vermehrtem Maße wird mit steigendem Alter lediglich der Hausarzt genannt. Der Grund dafür mag darin liegen, daß aufgrund der altersbedingten

gesundheitlichen Probleme der Arzt generell öfter aufgesucht wird und er damit als helfende Instanz auch in anderen Fragen an Bedeutung gewinnt.

Am auffälligsten ist der Wandel im Stellenwert der Freunde. Unter den 18-19jährigen wird der beste Freund oder die beste Freundin als mögliche Stütze zu 60% genannt, unter den 30-39jährigen nur noch zu 36% und bei den 70jährigen zu 18%. Der Rückgang könnte eine Veränderung in der Gelegenheitsstruktur zum Kontakt widerspiegeln: Mit steigendem Alter existieren unter Umständen immer weniger Freunde, auf die man überhaupt zurückgreifen könnte. Ob und wie sehr die Annahme einer sich mit zunehmendem Alter verändernden Gelegenheitsstruktur zutrifft, kann in unserer Untersuchung über mehrere Indikatoren geprüft werden: über die Existenz guter Freunde, die Häufigkeit des Treffens und die Häufigkeit des sonstigen, einschließlich des telefonischen, Kontakts. Die letzten beiden Maße können als eine Art der Aktualisierung und Nutzung bestehender Beziehungen gesehen und als ein Gradmesser für emotionale Bedeutsamkeit interpretiert werden. Wir ziehen es vor, aus beiden Indikatoren einen neuen zu bilden: einen, welcher die Häufigkeit des Kontakts ungeachtet der Kontaktart erfaßt.

Abbildung 1: Kontakt und Beziehung zu Freunden nach Alter
- ISSP 1986 -



Die verschiedenen, alten und neuen Indikatoren¹⁰ sind in Abbildung 1 zusammengestellt. Wie man ihr entnehmen kann, geht die reduzierte Nennung von Freunden tatsächlich primär auf eine Reduktion des Freundeskreises zurück. Während unter den 18-19jährigen 97% Freunde nennen, sind es unter den 60-69jährigen 67%. Die über 70jährigen gar können nur noch zu 59% auf entsprechende Beziehungen verweisen. Doch damit nicht genug: nicht nur, daß die Zahl der Freunde schwindet, auch die Intensität der Beziehungen selbst nimmt ab. Unter Personen im Alter von 18-19 Jahren mit Freunden treffen sich 84% mindestens einmal die Woche mit ihnen, unter den über 70jährigen sind es nur noch 36%.

Ungewiß ist, welche Gründe für das spezifische Muster sozialer Beziehungen verantwortlich sind. Einerseits könnte es ein "Alterungseffekt" sein - man bringt den Freunden mit zunehmendem Alter weniger Vertrauen entgegen, alte Freundschaften zerbrechen, neue Bekanntschaften erreichen nicht mehr die emotionale Qualität der früheren. Man hat weniger Zeit aufgrund anderer Verpflichtungen oder fühlt sich zu häufigem Kontakt aus anderen Gründen nicht mehr in der Lage¹¹. Andererseits könnte es sich ebenso um einen generationsspezifischen Effekt handeln: möglicherweise spiegelt sich in der Verteilung ein langfristiger Prozeß wider, der zu einer Aufwertung interpersonaler Beziehungen jenseits des Verwandtenkreises geführt hat und anderen Personen generell einen höheren Stellenwert als früher zubilligt¹².

Gewisse Hinweise für einen derartigen epochalen Wandel finden sich in Trenduntersuchungen. So bringen die Bundesbürger ihren Mitmenschen heutzutage mehr Vertrauen entgegen als noch in den 50er Jahren (Conradt 1980: 254). Die Bereitschaft, mit anderen persönliche Themen zu besprechen, dürfte entsprechend gestiegen sein. Weiterhin zeigt sich, daß sich die Bindung an Freunde und Bekannte seit den 50er Jahren stark vergrößert hat. Man trifft sich häufiger mit Freunden und Bekannten und geht mit ihnen emotional eine engere Bindung ein als früher (vgl. Institut für Demoskopie 1981: 33ff., Piel 1987: 12ff.). Jüngere, die am ehesten auf neue Trends reagieren, sind vermutlich von diesem Wandel zur verstärkten Bindung hin besonders stark betroffen¹³. In dem Maße, wie sie als neue Generation nachwachsen, müßte sich das Grundmuster sozialer Beziehungen in der Bundesrepublik als Ganzes verschieben. Die gegenwärtige relative Isolation der Älteren, die mit sozialpolitischen Implikationen einhergeht (etwa im Hinblick auf den Ausbau sozialer Dienste), wäre eine, die nicht auch für die nachfolgenden Generationen der Älteren gelten müßte. Die Altersbeziehung in unserer Querschnittstudie wäre historisch bedingt und sie würde nur zeitlich begrenzt andauern.

5. Schlußbemerkungen

Unsere Analyse ist ein erster Versuch, für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zu Aussagen über das Vorkommen psychischer Krisenerfahrungen und ihrer Bewältigungsstrategien zu kommen. Die Studie ist notwendigerweise explorativer Natur und wirft in vielerlei Hinsicht mehr Fragen als Antworten auf. Dies ist in gewissem Umfang nicht zu vermeiden. Der ALLBUS mitsamt seinem ISSP-Teil ist als Mehrthemenumfrage mit beschränkter Indikatorenzahl pro Thema konzipiert. Bei einigen Themen sind umfassende Analysen mit mehreren Indikatoren möglich, bei anderen muß man sich mit einzelnen Indikatoren begnügen. Dies muß kein Nachteil sein. Die Analyse kann ein Anstoß für zukünftige Forschung darstellen. Der ALLBUS dient in diesem Fall als eine erste repräsentative Vorstudie, um Problembereiche und mögliche Fragestellungen zu eruieren.

Fünf Fragestellungen erscheinen uns in besonderem Maße verstärkter Beachtung wert. (1) Da ist zum einen die Frage der Indikatorenauswahl. In einigen Fällen unserer Untersuchung gehen die verschiedenen Indikatoren für depressives Erleben in die gleiche Richtung: Frauen bezeichnen sich nicht nur überproportional häufig als unzufrieden, unglücklich - sie bezeichnen sich auch eher als depressiv. In anderen Fällen fallen die Indikatoren auseinander: je älter jemand ist, desto öfter bezeichnet er sich als zufrieden, desto seltener aber als glücklich. Je älter er ist, desto seltener gibt er depressive Episoden an, desto öfter scheint er jedoch durch psychosomatische Symptome geprägt. Die Diskrepanzen zeigen, wie sehr die Indikatoren jeweils andere Akzente und Erscheinungsformen des subjektiven Wohlbefindens erfassen, wie sehr man sie in ihrer Gesamtheit betrachten muß und eine eingehendere Prüfung ihres Zusammenhangs sinnvoll erscheint¹⁴. Womöglich sind manche Indikatoren unter einigen Kategorien von Personen isoliert verwendbar, unter anderen - besonders den Angehörigen unterschiedlicher Generationen - hingegen nur in Kombination mit weiteren Indikatoren, die nicht-bewußte, psychosomatische Erscheinungsformen miteinschließen.

(2) Depressive Erlebnisse stellen nur einen Teil des Erlebens dar, positive einen anderen. Je intensiver Menschen auf ihre Umwelt reagieren, desto stärker müßte sowohl ihr negatives wie ihr positives Erleben ausgeprägt sein: Für das allgemeine Lebensgefühl ist die jeweilige Mischung - das Überwiegen der positiven oder negativen Erlebnisse - entscheidend (siehe auch Bradburn 1969, Scheuch 1971). Theoretisch von Interesse wäre demgemäß, welche Determinanten die Intensität des Erlebens bestimmen und wie

sehr Negativerfahrungen durch Positiverlebnisse abgemildert werden können.

(3) Depressive Episoden im Leben des einzelnen können durch unterschiedliche Anlässe bedingt sein, unterschiedliche Schweregrade und unterschiedliche Formen annehmen. Nur eine konkrete Analyse der Situation wird genauere Informationen bieten können. Und nur eine genauere Analyse der Situation wird zeigen können, welche Strategien tatsächlich zur Bewältigung der Problemlagen eingeschlagen werden. Daß die Personen, an die man sich wenden würde, nicht notwendigerweise diejenigen sind, an die man sich richtet, darauf haben Untergliederungen nach der Betroffenheit durch depressive Episoden hingewiesen.

(4) Die aufgeführten Personen sind diejenigen, an die man sich als erstes um Rat und Hilfe wenden würde. Je nach Problem und Art der kontaktierten Person werden weitere hinzukommen. Die in der Umfrage genannten Personen stellen womöglich nur die ersten Ansprechpartner dar. Professionelle Hilfen werden vermutlich oft erst dann genutzt, wenn die informellen Versuche der Problemlösung fehlgeschlagen sind. Man wird deshalb der möglichen Sukzession der Ratsuche im konkreten Fall einschließlich der Stellung der professionellen Hilfe (vgl. auch Kadushin 1969, Veroff et al. 1981b: 75ff.) besondere Beachtung schenken und sich fragen müssen, welche Einflüsse jeweils den Übergang zur nächsten Stufe im Hilffssystem bestimmen.

(5) Die vorgefundenen Altersbeziehungen sind sowohl als Alters- bzw. Lebenszykluseffekt wie als Generationseffekt deutbar. Solange lediglich eine Querschnittstudie zur Verfügung steht, sind beide Effekte nicht voneinander zu trennen. Dies ist erst möglich, wenn mehrere Querschnittstudien im zeitlichen Abstand verfügbar sind und eine Untergliederung nach Alter und Geburtskohorten vorgenommen werden kann (siehe Glenn 1977, Reuband 1980). Die Konzeption des ALLBUS bzw. des ISSP-Projektes, Fragemodule aus früheren ALLBUS/ISSP-Umfragen in Abständen zu wiederholen, ist ein erster Schritt in diese Richtung. Ihr folgend wird es möglich sein, zukünftige Entwicklungen genauer zu erfassen. Wo es um die Beschreibung und Analyse des bereits *früher* eingetretenen Wandels geht, bleibt als einziges die Replikation von Fragen älterer Studien¹⁵.

Anmerkungen:

1. Zu den wenigen Studien, die sich um eine systematische Bestandsaufnahme unter Zugrundelegung behandelter Patienten wie auch unter Rückgriff auf Interviews mit einem Querschnitt der Bevölkerung bemühen, siehe insbesondere die Arbeiten von Dilling und Weyrer (Dilling und Weyrer 1978, Dilling et al. 1983). Ihr Nachteil ist die begrenzte Aussagekraft über den untersuchten ländlichen Raum hinaus. Bundesweit ist hingegen die Studie von Beckmann und Richter (1972). Doch geht es hier im wesentlichen darum, eine Depressionsskala zu entwickeln, es geht weniger um eine Analyse der Prävalenz und der Determinanten von Depression. Zu neueren amerikanischen Studien, welche die Frage der psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen nationaler Studien angehen, siehe insbesondere Veroff et al. 1981a,b.
2. Die anderen erfaßten Probleme in der ISSP Erhebung beziehen sich auf: eine Arbeit in der Wohnung oder im Garten, die man nicht allein erledigen konnte - wegen einer Grippe ein paar Tage im Bett geblieben - sich eine hohe Geldsumme leihen müssen - große Probleme mit dem Ehepartner oder Partner gehabt und nicht mit ihm darüber reden können - einen Rat gebraucht wegen einer wichtigen Veränderung im Leben. Gemessen an der Intensität der psychischen Beeinträchtigung ist der von uns verwendete Indikator der sinnvollste und umfassendste. Die anderen Probleme - mit Ausnahme der Konflikte mit dem Partner - haben mit dem Vorkommen depressiver Stimmungen nichts oder allenfalls peripher etwas zu tun.
3. Im einzelnen waren folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: <01> Ehepartner/Partner, <02> Mutter, <03> Vater, <04> Tochter, <05> Sohn, <06> Schwester, <07> Bruder, <08> Andere Verwandte (z. B. Schwager, Schwägerin, Onkel, Tante), <09> Bester Freund/beste Freundin, <10> Andere Freunde, Freundinnen, <11> Nachbarn, <12> Arbeitskollegen, <13> Kirche/Pfarrer/Priester, <14> Hausarzt, <15> Psychologe, Psychiater, Beratungsstelle, <16> Andere (bitte angeben), <00> Niemand.
4. Manche Autoren halten auch die Unterschiede im Vorkommen der Depression für Artefakte: Frauen würden weniger Gelegenheit haben als Männer, bestimmte Formen der Depressionsbewältigung (wie den intensiven Alkoholgebrauch) zu wählen. Würde man den Alkoholismus als Form der Depressionsbewältigung einbeziehen, würden die Unterschiede verschwinden (siehe etwa Tueting et al. 1983: 15, Forst 1983: 102). Übersehen wird, daß für Frauen ebenfalls andere Bewältigungsformen existieren und auch betrieben werden: sie sind unter den Medikamentenabhängigen überrepräsentiert (vgl. dazu Landschaftsverband Rheinland, 1978).
5. Die Doppelbelastung der Frau, welche sie gegenüber Depression und anderen Pathologien anfällig macht, wird in der Literatur traditionell als statische Größe gesehen. Die Doppelbelastung wird nur durch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit aufgehoben. Daß sie mit durch das Ausmaß der geteilten Arbeit - und damit auch durch den Mann - bedingt wird, bleibt unthematisiert. Traditionelle Vorstellungen von der Rolle der Frau schleichen sich in viele Arbeiten (besonders medizinischer und psychiatrischer Provenienz) ein und bestimmen die Interpretation.
6. Siehe zur Herausbildung geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen z.B. den Alkoholgebrauch (Reuband 1977). Die in etwa parallele Herausbildung dieser Orientierungen und Verhaltensmuster ist insofern für das Verständnis wichtig, als diese Gleichzeitigkeit biologische Interpretationen - wie sie im Zusammenhang mit dem Depressionsmuster der Frauen mitunter vorgebracht werden - relativiert. Wohl setzt in etwa zu dieser Zeit auch die Pubertät ein - doch die Art des Alkoholgebrauchs hierauf zurückführen zu wollen, wäre wenig plausibel.

7. Daß die Erwerbstätigkeit der Frauen nicht notwendigerweise das Ausmaß an Unzufriedenheit erhöht, sondern eher reduziert, haben wir bereits an anderer Stelle auszugsweise für die Bundesrepublik gezeigt (dort freilich noch ohne Berücksichtigung möglicher altersabhängiger differentieller Effekte, siehe Reuband 1983: 48).
8. Für einen analogen, bereits früher vollzogenen Wandel in der Bedeutung der Erwerbstätigkeit sprechen amerikanische Untersuchungen, wonach sich erst in neuerer Zeit die Erwerbstätigkeit der Frau auf ihr psychisches Befinden ebenso wie auf ihren Gesundheitszustand positiv auswirkt (Kessler/McRae 1981, 1982, Verbrugge/Madans 1985: 38). In früheren Zeiten fand sich kein vergleichbar starker oder gar ein umgekehrter Effekt. Zum traditionellen Bild von der Frau als Hausfrau - noch Mitte der 60er Jahre in der Bundesrepublik - siehe DIVO 1959, Infas 1968. Danach entspricht es einer mehrheitlich geteilten Auffassung, daß verheiratete Frauen - zumal solche mit Kindern - nicht erwerbstätig sein sollten. Eine neuere Bestandsaufnahme der Einstellungen zur Erwerbstätigkeit findet sich im ALLBUS 1988. Sie zeigt, daß inzwischen bei verheirateten Frauen die Ganztagsarbeit mehrheitlich nicht mehr allgemein mißbilligt wird, sondern nur noch, wenn Kleinkinder zu Hause zu versorgen sind. Die Einstellung liberalisiert sich mit sinkendem Alter (wobei die Halbtagsarbeit der Ganztagsarbeit von großen Teilen der Bevölkerung vorgezogen wird). Die frühere Ablehnung der Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen ist einer konditionalen Bejahung gewichen.
9. Die überaus starke Religiosität der Amerikaner ist nichts, was neueren Datums ist. Sie scheint - folgt man den Beobachtungen von Max Weber - bereits um die Jahrhundertwende verbreitet gewesen zu sein. Weber spricht im Zusammenhang von Säkularisierungstendenzen in den USA sogar von einer "Europäisierung" (siehe Weber 1906/1973: 382). Allerdings scheint auch für die USA - ähnlich wie übrigens die Bundesrepublik - zu gelten, daß langfristig traditionelle Glaubensüberzeugungen an Bedeutung verlieren (vgl. Gallup/Castelli 1987: 10ff.). Der Wandel scheint auf einem atypisch hohen Niveau zu verlaufen und einst bestehende Besonderheiten weiterexistieren zu lassen.
10. Die genauen Fragetexte (F10, F10d, F10f, F15 ISSP 1986) lauteten: (1) "Denken Sie nun einmal an enge Freunde/Freundinnen, die Ihnen sehr nahe stehen - nicht an Ihren Ehepartner oder Partner und auch nicht an Familienangehörige. Können Sie sagen, wie viele enge Freunde/Freundinnen Sie haben?" Hier: Nennung von mindestens einer Person. (2) "Wie oft treffen Sie sich mit Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin oder besuchen sich gegenseitig?" Es waren folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: <1> Täglich, <2> mehrmals die Woche, <3> einmal pro Woche, <4> einmal pro Monat, <5> mehrmals im Jahr, <6> seltener. (3) Treffen oder Kontakt mindestens einmal die Woche, gebildet aus vorhergehender Variable sowie: " Und wie oft haben Sie - von Besuchen abgesehen - Kontakt mit Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin, entweder telefonisch oder durch Briefe?" Antwortkategorien wie in vorhergehender Variablen. (4) "Wir möchten Ihnen gern einige Fragen zu verschiedenen Problemen stellen, die auf jeden zukommen können. Für jedes dieser Probleme möchten wir Sie bitten anzukreuzen, bei wem Sie zuerst um Hilfe nachsuchen würden und bei wem Sie als zweites um Hilfe nachsuchen würden, wenn dieses Problem auf Sie zukommen würde. Angenommen Sie fühlten sich niedergeschlagen oder depressiv und wollten mit jemandem darüber reden: mit wem würden Sie zuerst darüber reden? Und mit wem würden Sie als zweites darüber reden?" ... Bester Freund/beste Freundin.
11. Zur Dynamik der Herausbildung von Freundschaftsbeziehungen in unterschiedlichem Alter siehe auch Reuband (1974: 193ff.). Danach ist die Stärke der emotionalen Bindung eine Funktion der Dauer bisheriger Beziehungen. Neue Beziehungen,

- überproportional rekrutiert über den Kreis der Arbeitskollegen und der Nachbarn, werden deshalb eine geringere Chance haben, die älteren Beziehungen im Grad der emotionalen Qualität zu erreichen.
12. Womöglich gibt es zusätzlich einen epochalen Wandel in der Bereitschaft, Freunde als Stütze in Problemlagen zu verwenden. Dieser Wandel scheint in den USA im Verlauf der 60er und 70er Jahre eingetreten zu sein und dazu geführt zu haben, daß inzwischen häufiger als früher zusätzlich zum Ehepartner auf Freunde zurückgegriffen wird. Man scheint der weiteren primären Umwelt offener gegenüberzustehen (siehe Veroff et al. 1981a: 530).
13. Zum Wandel speziell unter Jugendlichen siehe u.a. EMNID (1975: 58ff.), Allerbeck und Hoag (1985: 38). Jugendliche weisen danach im Zeitverlauf vermehrt Freunde auf und sind häufiger Mitglied einer Clique.
14. Zu ersten Ansätzen in diese Richtung siehe Veroff et al. 1981b, Glatzer 1984 sowie - mehr auf regional begrenzter Ebene - verschiedene andere amerikanische Studien, die sich mit Fragen der Depression befassen. Nach Veroff et al. (1981b: 330ff.) und Kandel et al. (1985: 65) scheinen die Skalen für Depression und für psychosomatische Störungen nur mittelstark miteinander zu korrelieren, was - über die spezifischen Probleme der Messung hinaus - womöglich als ein Hinweis für die funktionale Äquivalenz der beiden Dimensionen angesehen werden könnte. Die Äquivalenz bedeutet dabei, daß die Wahl des einen Ausdrucksmodus den jeweils anderen nicht zur Geltung bringen läßt.
15. Dabei erscheint es ratsam, vor allem Studien zum Ausgangspunkt zu nehmen, für welche die Originaldatensätze für vertiefende Analysen - etwa über das Zentralarchiv für empirische Sozialforschung - noch zur Verfügung stehen.

Literatur:

- Allerbeck, K./Hoag, W., 1985: Jugend ohne Zukunft? Einstellungen, Umwelt, Lebensperspektiven, München
- Beckmann, D./Richter, H.E., 1972: Gießen Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnose, Bern/Stuttgart/Wien
- Bradburn, N.M., 1969: The structure of psychological well being, Chicago
- Bundeskriminalamt, 1987: Polizeiliche Kriminalstatistik 1986, Wiesbaden
- Campbell, A., 1976: Subjective measures of well being, in: *American Psychologist* 31: 117-124
- Cleary, P.D./Mechanic, D., 1983: Sex differences in psychological distress among married people, in: *Journal of Health and Social Behavior* 24: 111-121
- Comstock, G.W./Helsing, K. 1976: Symptoms of depression in two communities, in: *Psychological Medicine* 6: 551-563
- Conradt, D.P., 1980: Changing german political culture, in: G.A. Almond/S. Verba, (Hg.): *The civic culture revisited*, Boston und Toronto: 212-272
- Dilling, H., 1978: Epidemiologie der Depression, in: *Das ärztliche Gespräch* 27: 13-27
- Dilling, H./Weyrer, S., 1978: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung, München
- Dilling, H./Weyrer, S./Castell, R., 1983: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Eine Felduntersuchung zur psychiatrischen Morbidität und zur Inanspruchnahme ärztlicher Institutionen in drei kleinstädtisch-ländlichen Gemeinden des Landkreises Traunstein/Oberbayern, Stuttgart
- DIVO, 1959: Umfragen, Ergebnisse und Probleme der Zeit im Urteil der Bevölkerung. Bd. 2, Frankfurt/M.

- Emnid, 1975: Jugend zwischen 13 und 24. Vergleich über 20 Jahre, Hamburg
- Forst, H., 1983: Erscheinungsformen und Folgeerscheinungen der Alkoholkrankheit bei Männern und Frauen, in: H. Berger/A. Legnaro/K.H. Reuband, (Hg.): Frauenalkoholismus. Entstehung - Abhängigkeit - Therapie, Stuttgart: 98-106
- Gallup, G./Castelli, J. 1987: The american catholic people: their beliefs, practices and values, New York
- Glatzer, W., 1984: Lebenszufriedenheit und alternative Maße subjektiven Wohlbefindens, in: W. Glatzer/W. Zapf, (Hg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Frankfurt/New York: 177-191
- Glenn, N.D., 1977: Cohort analysis, Beverly Hills/London
- Hollingshead, A.B./Redlich, F.C., 1967 (zuerst 1958): Social class and mental illness: A community study, New York
- Infas, 1968: Frau, Gesellschaft, Gewerkschaft, Bad Godesberg
- Institut für Demoskopie, 1981: Eine Generation später, Allensbach
- Kandel, D.B./Davies, M., 1982: Epidemiology of depressive moods in adolescents, in: Archives of General Psychiatry 39: 1205-1212
- Kandel, D.B./Davies, M./Ravies, C.H. 1985: The stressfulness of daily social roles for women: marital, occupational and household roles, in: Journal of Health and Social Behavior 26: 64-78
- Kadushin, C., 1969: Why people go to psychiatrists, New York
- Kessler, R.C./McRae, J., 1981: Trends in sex and psychological distress, in: American Sociological Review 46: 443-452
- Kessler, R.C./McRae, J. 1982: The effects of wives employment on the mental health of married men and women, in: American Sociological Review 47: 216-227
- Köcher, R., 1987: Religion in einer säkularisierten Welt, in: E. Noelle-Neumann/R. Köcher: Die verletzte Nation. Über den Versuch der Deutschen, ihren Charakter zu ändern, Stuttgart: 164-281
- Landschaftsverband Rheinland, 1978: Zahlen, Fakten und Tendenzen, Köln
- Lang, S./Müller-Andritzky, M., 1984: Gesundheit und soziale Integration, in: W. Glatzer/W. Zapf (Hg.): Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Frankfurt/New York: 141-156
- Lehr, U., 1969: Die Frau im Beruf. Eine psychologische Analyse der weiblichen Berufsrolle, Frankfurt/M./Bonn
- Mitscherlich, A., 1967: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 2, Frankfurt/M.
- Noelle-Neumann, E., 1977: Politik und Glück, in: H. Baier (Hg.): Freiheit und Sachzwang. Beiträge zu Ehren Helmut Schelskys, Opladen: 208-263
- Noelle-Neumann, E., 1981: The German Public Opinion Polls, 1967-1980, Westport, Conn.
- Noelle-Neumann, E./Piel, E., 1983: Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1978-1983, München
- Parsons, T./Bales, R., 1955: Family, socialization and interaction process, Glencoe, Ill.
- Piel, E., 1987: Im Geflecht der kleinen Netze. Vom deutschen Rückzug ins Private, Osna-brück
- Radloff, L.S./Rae, D.S., 1979: Susceptability and precipitating factors in depression, sex differences and similarities, in: Journal of Abnormal Psychology 88: 174-181
- Reuband, K.H., 1974: Differentielle Assoziation und soziale Schichtung. Dissertation am Fachbereich Philosophie, Sozialwissenschaften der Universität Hamburg, Hamburg
- Reuband, K.H., 1977: Jugend und Alkohol. Hamburger Schülerbefragungen im Trendvergleich, in: Neue Praxis 7: 242-251

- Reuband, K.H., 1980: Life histories. Problems and prospects of longitudinal designs, in: J.M. Clubb/E.K. Scheuch (Hg.): Historical Social Research. The use of historical and process produced data, Stuttgart: 135-163
- Reuband, K.H., 1983: Die Bedeutung von Familienstand und Berufstätigkeit für die Entstehung des Frauenalkoholismus, in: H. Berger/A. Legnaro/K.H. Reuband (Hg.): Frauenalkoholismus. Entstehung - Abhängigkeit - Therapie, Stuttgart: 34-49
- Scheuch, E.K., 1971: Vorstellungen von Glück in unterschiedlichen Sozialschichten, in: H. Kunder (Hg.): Anatomie des Glücks, Köln: 71-85
- Tueting, P./Koslow, S.H./Hirschfeld, R.M.A., 1983: Special report on depression research. Science Reports, National Institute on Mental Health, 2. Aufl., Rockville, Md.
- Uexküll, T. v., 1964: Grundfragen der psychosomatischen Medizin, Reinbek bei Hamburg
- Verbrugge, L.M., 1983: Multiple roles and physical health of women and men, in: Journal of Health and Social Behaviour 24: 16-30
- Verbrugge, L.M./Madans, J.H. 1985: Womens roles and health, in: American Demographics 7: 36-39
- Veroff, J./Douvan, E./Kulka, R.A., 1981a: The inner American. A self portrait from 1957 to 1976, New York
- Veroff, J./Kulka, R./Douvan, E., 1981b: Mental health in America. Patterns of help seeking from 1957 to 1976, New York
- Warheit, G.J./Holzer III, C.E./Schwab, J., 1973: An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology: a community study, in: Journal of Health and Social Behavior 14: 291-299
- Weber, M., 1973(zuerst 1906): "Kirchen" und "Sekten" in Nordamerika, in: M. Weber, Soziologie. Universalgeschichtliche Analysen, Politik (hg. v. J. Winckelmann). 5. Aufl. Stuttgart: 382-397