

Mangelnde Reziprozität in engen sozialen Beziehungen, Depressivität und eingeschränkte subjektive Gesundheit

Summary

Non-reciprocity in close social relationships, depressive symptoms, and poor self-rated health

Objectives: Associations of experienced non-reciprocity in close social relationships with health are analyzed in a group of middle-aged employed men and women using depressive symptoms and self-rated health as indicators.

Methods: Non-reciprocity is measured by a newly developed questionnaire containing three scales: "partnership", "parent-child", and "non-specific close relationships". Depressive symptoms are assessed by the German version of the CES-D scale and self-rated health by a single widely tested item. The factorial structure of the questionnaire measuring non-reciprocity is analyzed. Subsequently, associations are explored using logistic regression analyses with age, gender, socio-economic status, and social support as control variables.

Results: The factorial structure of the questionnaire is confirmed. Significantly elevated odds ratios (OR) of depressive symptoms are observed in people who experience non-reciprocity (partnership OR = 2.97; parent-child OR = 2.70; non-specific OR = 1.84). Similarly, the risk of poor self-rated health is significantly elevated in these conditions, except for non-specific non-reciprocity.

Conclusions: Based on the newly developed measurement consistent associations of non-reciprocity in close social relationships with depressive symptoms and poor self-rated health are documented.

Keywords: Reported reciprocity – Close social relationships – Effort-reward imbalance – Depressive symptoms – Self-rated health.

Der Stellenwert von Reziprozität für das Funktionieren und die Stabilität von sozialen Beziehungen und sozialen Systemen wird von der Soziologie schon lange Zeit hervorgehoben (Simmel 1908; Parsons 1951). Unter der Reziprozitätsnorm wird dabei im Allgemeinen die Verpflichtung verstanden, im sozialen Austausch Leistung durch Gegenleistung zu begleichen (Gouldner 1960). Dabei können nicht nur Güter oder Dienstleistungen ausgetauscht werden, sondern auch Handlungen, die bestimmte Emotionen (z. B. Zuneigung, Liebe) ausdrücken. Da im Allgemeinen davon ausgegangen wird, dass Reziprozität eine quantitative Dimension aufweist, stellt sich die Frage, inwieweit die Reziprozitätsnorm die Forderung beinhaltet, dass Leistung und Gegenleistung äquivalent sein müssen. Nach Gouldner (1960) kann diese Äquivalenz in Form einer Gleichheit bzw. Ähnlichkeit getauschter Güter oder Leistungen (Homöomorphie) oder einer vom Empfänger wahrgenommenen Gleichwertigkeit (Heteromorphie) erfolgen. Ferner ist der zeitliche Zusammenhang zwischen Leistung und Gegenleistung bedeutsam. Während in vertraglich geregelten Tauschbeziehungen Zeitpunkt und Umfang von Belohnungen für erbrachte Leistungen definiert sind, erfolgen Gegenleistungen bei weniger formalisierten sozialen Transaktionen oft mit geringerer Vorhersehbarkeit, beispielsweise in Form einer bilanzierenden oder generalisierten Gratifikation. Bilanzierende oder generalisierte Reziprozität ist typisch für enge und länger dauernde Austauschbeziehungen, bei denen ein tiefes Verpflichtungsgefühl besteht, das über die wechselseitige Erwartung unmittelbarer, gleichwertiger Gegenleistungen hinausgeht (Wentowski 1981; Putnam 2000). Nach Putnam (2000) ist diese Norm generalisierter Reziprozität so grundlegend für das zivile Leben, dass alle wichtigen moralischen Bestimmungen ein Äquivalent dieser Norm enthalten. Entscheidend für die Beurteilung der Äquivalenz des

Austausches bzw. des Wertes der ausgetauschten Güter oder Dienstleistungen ist die Wahrnehmung der Akteure (Gouldner 1960). So kann auch die Frage, ob die Reziprozitätsverpflichtung erfüllt wurde, nur beantwortet werden, indem die individuellen Einstellungen, Erwartungen und Enttäuschungen der beteiligten Akteure erhoben werden.

Für die medizinsoziologische Forschung, die sich mit dem Einfluss sozialer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit befasst, sind Erfahrungen mangelnder oder verletzter sozialer Reziprozität bedeutsam, da emotional tief verwurzelte Reziprozitätserwartungen enttäuscht werden. Erfahrungen ungerechter oder unfairer Behandlung und Erfahrung von Täuschung und gebrochenem Versprechen lösen stressphysiologisch intensive, langandauernde zentralnervöse Aktivierungen aus, welche die körperliche und seelische Gesundheit längerfristig gefährden (Siegrist 1998).

Eine auf die Berufsrolle bezogene medizinsoziologische Anwendung des Konzeptes sozialer Reziprozität stellt das Modell beruflicher Gratifikationskrisen dar, das sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen verletzter Reziprozität im Erwerbsleben beschäftigt (Siegrist 1996). In diesem Modell wird die Bedeutung von Reziprozitätsnormen für die Strukturierung sozialer Rollen hervorgehoben, wobei die Erwerbsrolle als zentrale soziale Rolle im Erwachsenenalter gesehen wird. Es wird hervorgehoben, dass berufliche Leistung als Teil eines gesellschaftlich vereinbarten Tauschgeschehens zu interpretieren ist, bei dem angemessene Belohnungen (Gratifikationen) erwartet werden. Das Modell besagt, dass Beschäftigte, die trotz fortgesetzt hoher Verausgabung unangemessen bezahlt werden, die keine Wertschätzung durch Vorgesetzte oder Kollegen erfahren, die schliesslich um ihren Arbeitsplatz fürchten müssen oder ohne Aussicht auf Beförderung in ihre Position eingeschlossen sind, eine erhöhte, durch chronische Stresserfahrungen bedingte Krankheitslast aufweisen. In dem Modell werden ferner Bedingungen spezifiziert, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein solches Ungleichgewicht über längere Zeiträume aufrechterhalten wird.

In mehreren Längs- und Querschnittsstudien mit erwerbsaktiven Personen wurden die vom Modell postulierten Zusammenhänge zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und erhöhten Erkrankungsrisiken nachgewiesen, insbesondere im Hinblick auf koronare Herzkrankheiten und die sie begünstigenden kardiovaskulären Risikofaktoren, Depression sowie Alkoholabhängigkeit (als Überblick siehe Siegrist 2002).

In neueren Forschungsarbeiten wird versucht, den Kern des Modells, d.h. die Annahme gesundheitsschädigender Wirkungen von nicht-reziprokem sozialen Austausch, auf an-

dere soziale Rollen (vor allem auf die Partnerschafts- und Elternrolle), d.h. auf den Bereich enger, auf Primärgruppen bezogener und weniger formalisierter Transaktionen zu übertragen (Siegrist 1998; von dem Knesebeck & Siegrist 2003). Dabei wird angenommen, dass eine Verletzung der Reziprozitätsnorm bzw. ein wiederkehrend erfahrenes Ungleichgewicht von „Geben und Nehmen“ in engen sozialen Beziehungen emotional besonders belastend wirkt, weil dadurch das Selbstwertgefühl der gebenden Person unmittelbar beeinträchtigt wird. Die Übertragung des Modells macht allerdings auch Unterschiede zur Berufsrolle deutlich. So sind beispielsweise in der Arbeitsteilung zwischen Partnern oder Eltern und Kindern Verausgabungsleistungen weniger stark sanktionsbelastet als bei der Erwerbsarbeit, und die Korrespondenz von Leistung und Belohnung ist nicht verbindlich definiert. Dennoch geben Erwartungsenttäuschungen in Form vorenthaltender bzw. nicht angemessener Gratifikationen häufig Anlass zu intensiven negativen Emotionen.

Negative Aspekte enger sozialer Austauschbeziehungen sind bisher in der medizinsoziologischen und sozialepidemiologischen Forschung weniger systematisch untersucht worden als positive Aspekte des sozialen Rückhalts sowie des Eingebundenseins in soziale Netzwerke (House et al. 1988; Berkman & Glass 2000). Dennoch lässt sich eine partielle Überschneidung der Konzepte „soziale Reziprozität“ und „sozialer Rückhalt“ feststellen, vor allem dann, wenn sozialer Rückhalt als normierter Transaktionsprozess aufgefasst wird (House 1981; Shumaker & Brownell 1984). Um die Differenz beider Konzepte auf empirischer Ebene zu verdeutlichen, drängt sich eine vergleichende Testung ihrer Operationalisierung auf (siehe Methoden).

Der vorliegende Beitrag verfolgt zwei Ziele: Erstens wird eine Operationalisierung des Konzeptes mangelnder Reziprozität in engen sozialen Beziehungen beschrieben und psychometrisch charakterisiert. Dieser Messansatz wurde bereits mit Erfolg in einer deutsch-amerikanischen Vergleichsuntersuchung bei Männern und Frauen im höheren Lebensalter getestet (von dem Knesebeck & Siegrist 2003) und soll hier erstmals an einem Kollektiv Erwerbstätiger im mittleren Erwachsenenalter überprüft werden. Aufbauend auf diesem methodischen Ziel wird sodann ein inhaltliches Ziel verfolgt, indem der Zusammenhang zwischen verletzter sozialer Reziprozität und eingeschränkter Gesundheit anhand zweier Indikatoren (depressive Symptome und subjektive Gesundheit) untersucht wird. Eine aus den einleitenden Ausführungen resultierende Hypothese besagt, dass diese Zusammenhänge auch nach statistischer Kontrolle des Einflusses von sozialem Rückhalt bestehen bleiben.

Methode

Stichprobe

Grundlage der Analysen ist eine im Jahr 2000 durchgeführte schriftliche Befragung von Beschäftigten eines grossstädtischen Verkehrsunternehmens (Siegrist et al. 2002). Mit dem untersuchten Verkehrsbetrieb wurde vereinbart, dass an zwei aufeinanderfolgenden Tagen alle durch Aushang informierten Beschäftigten, sofern sie den Einschlusskriterien entsprachen, vor oder nach ihrer Arbeitszeit an der Befragung teilnehmen konnten. Als Einschlusskriterien galten: 1. Alter ≥ 35 Jahre; 2. mindestens zweijährige Betriebszugehörigkeitsdauer; 3. ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache. Interessierte Teilnehmer wurden über den Zweck der Untersuchung aufgeklärt, erklärten ihre freiwillige Teilnahme und erhielten im Anschluss an die Untersuchung eine angemessene finanzielle Entschädigung für die während ihrer Freizeit geleistete Mitarbeit. Die Befragung wurde in separaten Räumen unter kontrollierten Bedingungen durchgeführt.

Von den 316 Teilnehmern waren 84% männlich und 16% weiblich. 54% waren Bus- oder Strassenbahnfahrer, 21% waren Arbeiter im Reparaturbetrieb und 25% waren Angestellte in der Verwaltung. Da der durch die Aushänge informierte Kreis maximal 1000 Beschäftigte umfasste, von denen jedoch aufgrund unterschiedlicher Dienstpläne, Urlaubszeiten, Fehlzeiten etc. ein nicht genau abschätzbarer Anteil nicht verfügbar war, kann von einer relativ hohen Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung ausgegangen werden. Insgesamt entsprachen die Anteile der Berufsgruppen in der Stichprobe den entsprechenden Proportionen in der angesprochenen Belegschaft. Allerdings war der Anteil weiblicher Beschäftigter in unserer Stichprobe unterrepräsentiert. Inwieweit spezifische Selektionsmechanismen bei der Teilnahme wirksam waren, lässt sich nicht genau ermitteln. Nachbefragungen ergaben drei Motive der Teilnahme: Interesse an einer wissenschaftlichen Studie, finanzieller Anreiz sowie das Vorliegen besonderer beruflicher oder gesundheitlicher Belastungen.

Untersuchungsinstrumente

Gesundheitsindikatoren. Zur Erfassung von Depressivität wurde die Kurzform der Allgemeinen Depressions-Skala (ADS) von Hautzinger und Bailer (1993) verwendet (Radloff 1977). Die ADS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument depressiver Symptome, das Vorhandensein und Häufigkeit der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmungen, motivationale Defizite und negative Denkmuster in der letzten Woche erfragt. Die Kurzform der ADS besteht aus fünfzehn 4-stufig Likert-

skalierten Items. Zwei Items sind negativ gepolt und ermöglichen es, Personen zu identifizieren, die unehrlich oder un aufmerksam geantwortet haben. Der Summenwert kann zwischen einem Minimum von null und einem Maximum von 45 Punkten liegen. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) für die hier untersuchte Gruppe lag bei 0,89. Als Teilkriterium für die in den Analysen verwendete dichotome Variable wurde das obere Terzil zugrunde gelegt.

Als zweiter Gesundheitsindikator geht die mittels Einzelmessung erhobene subjektive Gesundheit in die Analysen ein. In den letzten Jahren konnte wiederholt gezeigt werden, dass eine solche Selbsteinschätzung ein signifikanter, unabhängiger Prädiktor für die Mortalität darstellt, insbesondere in älteren Populationen, aber auch im mittleren Erwachsenenalter (Idler & Benyamini 1997; Heidrich et al. 2002). Die subjektive Gesundheit wurde erhoben durch die Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (sehr gut, gut, zufriedenstellend, nicht so gut, schlecht)“. Für die Analysen wurde die Variable dichotomisiert, wobei Befragte mit nicht so gutem bzw. schlechtem Gesundheitszustand auf den Wert eins gesetzt wurden.

Wahrgenommene Reziprozität in sozialen Beziehungen. Wie bereits angesprochen, steht im vorliegenden Beitrag die subjektive Dimension der Reziprozitätsnorm im Vordergrund des Interesses. Um die damit verbundenen Erwartungen, Einstellungen und Gefühle abzubilden, wurde die bilanzierende Wahrnehmung von Reziprozität in den Beziehungen zu unterschiedlichen anderen Personen erfasst. Insgesamt wurden acht Items erhoben (siehe Anhang). Drei davon beziehen sich auf die Partnerschaft (Rücksicht, Verständnis, Ausgleich von Geben und Nehmen), weitere drei auf die Beziehung zu den eigenen Kindern bzw. zur Familie (Wertschätzung, nicht erreichtes Erziehungsziel, Anerkennung für Hilfeleistungen) und zwei auf unspezifische Erfahrungen verletzter Reziprozität (Vertrauensenttäuschung, Unrecht ohne Wiedergutmachung). Gegenüber dem in zwei Altpopulationen eingesetzten Instrument (von dem Knesebeck & Siegrist 2003) wurde ein Item für den Einsatz in der vorliegenden Untersuchung verändert: Statt danach zu fragen, ob die Untersuchungsteilnehmer in schwierigen Situationen von ihren Kindern immer angemessene Unterstützung erhalten, wurde nach einem nicht erreichten Erziehungsziel gefragt. Damit sollte ein kritisches Ungleichgewicht zwischen elterlichen Investitionen in Erziehung und Ausbildung der Kinder und nicht erfüllter Ergebniserwartung erfasst werden.

Die Erhebung der wahrgenommenen Reziprozität in sozialen Beziehungen erfolgte bei allen Items in zwei Schritten:

Zunächst wurden die Untersuchungsteilnehmer gefragt, ob sie in ihren Beziehungen zu ihrem Partner, ihren Kindern und unspezifischen anderen Personen bestimmte Erfahrungen gemacht haben (ja/nein). Befragte, die angaben, negative Erfahrungen gemacht zu haben, wurden um die Einschätzung gebeten, wie stark sie sich dadurch belastet fühlen (1 = gar nicht bis 4 = sehr stark). Die Antworten auf beide Fragen wurden kombiniert, indem eine Skala gebildet wurde, die von null (negative Erfahrung nicht gemacht) bis vier (negative Erfahrung gemacht und dadurch sehr stark belastet) reicht.

Kontrollvariablen. Als Kontrollvariablen werden neben Alter und Geschlecht, Bildung und Einkommen in die Analysen eingeführt. Bildung wurde gemessen durch den höchsten erreichten Schulabschluss. Die Variable „Einkommen“ gibt Auskunft über das monatliche Haushaltsnettoeinkommen. Um zu prüfen, inwieweit die Indikatoren für soziale Reziprozität die Gesundheit unabhängig von der Qualität sozialen Rückhalts beeinflussen, geht darüber hinaus sozialer Rückhalt als Kontrollvariable in die Analysen ein. Diese Variable wurde durch Fragen nach der wahrgenommenen Verfügbarkeit und Angemessenheit von emotionaler Unterstützung erhoben (Seeman & Berkman 1988). Zunächst wurde gefragt, ob die Untersuchungsteilnehmer eine Person haben, der sie sich eng verbunden fühlen und auf die sie sich verlassen können. Daraufhin wurde erfasst, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten emotionale Unterstützung gebraucht haben. Die Adäquatheit der emotionalen Unterstützung wurde erhoben durch die Frage, ob die Untersuchungsteilnehmer mehr gefühlsmässige Unterstützung hätten gebrauchen können, als sie erhalten haben. Die dadurch erfassten Merkmale emotionaler Unterstützung gelten in der sozialepidemiologischen Forschung als besonders wichtig für Gesundheit und Wohlbefinden (Thoits 1995; Krause 2001).

Statistische Analysen

Zur Prüfung der Faktorstruktur des Instrumentes zur Messung von wahrgenommener Reziprozität in sozialen Beziehungen werden Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation durchgeführt. Die Zahl der extrahierten Faktoren wurde mit Hilfe des Kaiser-Kriteriums ermittelt, das sich an der Zahl der Faktoren orientiert, die einen Eigenwert haben, der grösser als eins ist. Um die Zusammenhänge zwischen Reziprozität und Gesundheit zu prüfen, werden multiple logistische Regressionen berechnet. Im ersten Modell werden dabei Alter und Geschlecht kontrolliert, im zweiten Modell wird zusätzlich für Bildung und Einkommen adjustiert und im dritten Modell wird darüber hinaus der Effekt emotionaler Unterstützung kontrolliert.

Tabelle 1 Wahrgenommene Reziprozität in sozialen Beziehungen: Rotierte Faktorladungsmatrix^a, Eigenwerte, erklärte Varianzen und interne Konsistenz

Variable ^b	Faktor 1: Partnerschaft	Faktor 2: Kinder/Familie	Faktor 3: unspezifisch
Rücksicht in der Partnerschaft	0,70	0,21	
Verständnis in der Partnerschaft	0,87		
Geben und Nehmen in der Partnerschaft ausgeglichen	0,89		
Wertschätzung durch Kinder	0,11	0,80	
Erziehungsziel nicht erreicht	0,21	0,76	
Anerkennung für Hilfeleistungen in der Familie		0,61	0,20
Vertrauen enttäuscht		0,12	0,90
Unrecht ohne Wiedergutmachung	0,11	0,15	0,88
Eigenwert	2,10	1,66	1,63
Varianz	26,3	20,8	20,4
Cronbachs Alpha	0,78	0,58	0,78

^a Zur besseren Lesbarkeit wurden Faktorladungen unter 0,10 weglassen und Faktorladungen über 0,50 hervorgehoben

^b Zur genauen Frageformulierung siehe Anhang

Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter der männlichen Studienteilnehmer lag bei 44,8 ($\pm 7,6$) Jahren, das der Frauen bei 43,7 ($\pm 6,4$) Jahren. Bei einem guten Drittel der Teilnehmer war Mittlere Reife oder Abitur der höchste Schulabschluss, 59% besaßen einen Hauptschulabschluss. Knapp 22% der Befragten hatten ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von unter 3000,- DM. Etwa ein Viertel der Befragten gab an, dass sie auf keine Person zurückgreifen können, die ihnen emotionale Unterstützung gewährt, oder dass die erhaltene Unterstützung nicht ausreichend war. Der ADS-Summscore wies in unserer Stichprobe einen Mittelwert von 23,7 ($\pm 6,9$) auf. Knapp 20% der Befragten schätzten ihre Gesundheit als nicht so gut oder schlecht ein. Die Korrelation zwischen Depressivität und subjektiver Gesundheit betrug 0,46.

Tabelle 1 zeigt die Faktorladungen der einzelnen Items zur Messung der wahrgenommenen Reziprozität in sozialen Beziehungen, die Eigenwerte der extrahierten Faktoren, die durch den jeweiligen Faktor erklärte Varianz der Variablen und die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Subskalen. Es wurden drei Faktoren extrahiert, wobei alle Variablen relativ eindeutig auf die drei Faktoren laden. Die drei Faktoren bilden erwartungsgemäss Erfahrungen in der Beziehung (1) zum Partner, (2) zu den Kindern bzw. zur Familie und (3) unspezifische Erfahrungen verletzter Reziprozität ab. Die Cronbachs Alpha-Werte variieren zwischen 0,58 und 0,78 und lassen somit angesichts der geringen

Tabelle 2 Mangelnde Reziprozität in sozialen Beziehungen und depressive Symptome (oberes Terzil): Odds Ratios (OR), Konfidenzintervalle (KI) und Signifikanzen

	OR	95% KI	Signifikanz
Kinder			
Modell I	4,04	2,19–7,45	0,00
Modell II	4,00	2,15–7,45	0,00
Modell III	2,97	1,45–5,97	0,00
Partner			
Modell I	3,96	2,27–6,92	0,00
Modell II	3,79	2,15–6,69	0,00
Modell III	2,70	1,42–5,11	0,00
Unspezifisch			
Modell I	2,18	1,30–3,65	0,00
Modell II	2,07	1,23–3,50	0,01
Modell III	1,84	1,02–3,32	0,04

Modell I: Kontrolliert für Alter und Geschlecht

Modell II: Modell I + Bildung und Einkommen

Modell III: Modell II + emotionale Unterstützung

Anzahl von Items auf eine zufriedenstellende interne Konsistenz schliessen. Für die folgenden Analysen wurde für jede Subskala ein Summenwert berechnet mit einem Wertebereich von 0 bis 12 für die Subskalen „Partner“ und „Kinder/Familie“ bzw. von 0 bis 8 für die Subskala „unspezifische Beziehung“. Die Mittelwerte deuten darauf hin, dass Belastungen durch mangelnde Reziprozität in der Beziehung zu den Kindern seltener waren (1,62) als Belastungen durch mangelnde Reziprozität in der Partnerschaft (1,96) und Belastungen durch unspezifische Erfahrungen verletzter Reziprozität (2,27). Die Korrelationen zwischen den Subskalen variieren zwischen 0,19 und 0,27.

Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regression (Odds Ratios, OR; 95%-Konfidenzintervalle, KI; Signifikanzen) für depressive Symptome (oberes Terzil). Die drei Reziprozitäts-Subskalen wurden für die logistischen Regressionsanalysen dichotomisiert, wobei Werte im oberen Terzil als belastend definiert und auf eins gesetzt wurden. Bei Kontrolle von Alter und Geschlecht (Modell I) wiesen Befragte, deren Beziehungen zu den Kindern und Partnern durch mangelnde Reziprozität gekennzeichnet waren, ein etwa vierfach erhöhtes Risiko auf, unter depressiven Symptomen zu leiden. Die Effekte von unspezifischen Erfahrungen verletzter Reziprozität sind etwas schwächer. Bei Kontrolle der Statusindikatoren Bildung und Einkommen verändern sich die Effekte insgesamt nur geringfügig (Modell II). Wird zusätzlich emotionale Unterstützung kontrolliert (Modell III), werden die Effekte der drei Reziprozitätsindikatoren auf depressive Symptome zwar schwächer, bleiben aber substantiell erhalten.

Die Einflüsse der wahrgenommenen Reziprozität auf die subjektive Gesundheit waren – verglichen mit den Einflüs-

Tabelle 3 Mangelnde Reziprozität in sozialen Beziehungen und schlechte subjektive Gesundheit: Odds Ratios (OR), Konfidenzintervalle (KI) und Signifikanzen

	OR	95% KI	Signifikanz
Kinder			
Modell I	2,01	1,02–3,96	0,04
Modell II	2,27	1,13–4,54	0,02
Modell III	2,14	1,00–4,58	0,05
Partner			
Modell I	2,46	1,32–4,58	0,01
Modell II	2,72	1,43–5,21	0,00
Modell III	2,09	1,03–4,23	0,05
Unspezifisch			
Modell I	1,69	0,95–3,01	0,07
Modell II	1,61	0,89–2,91	0,09
Modell III	1,49	0,80–2,77	0,20

Modell I: Kontrolliert für Alter und Geschlecht

Modell II: Modell I + Bildung und Einkommen

Modell III: Modell II + emotionale Unterstützung

sen auf depressive Symptome – insgesamt schwächer (Tab. 3). Dennoch zeigten sich Erfahrungen verletzter Reziprozität in der Beziehung zum Partner und in der Beziehung zu den Kindern mit schlechterer subjektiver Gesundheit signifikant assoziiert. Dies ändert sich auch dann nicht, wenn für Bildung, Einkommen und emotionale Unterstützung adjustiert wird. Die ORs für diese beiden Subskalen variieren je nach Modell zwischen 2,0 und 2,7. Im Hinblick auf die unspezifische Subskala ergaben sich keine signifikanten Effekte.

Diskussion

Im vorliegenden Beitrag wurden Zusammenhänge zwischen drei Indikatoren für die wahrgenommene Reziprozität in sozialen Beziehungen und zwei Gesundheitsmassen (depressive Symptome und subjektive Gesundheit) in einer Population von Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter gefunden. Diese Zusammenhänge blieben nach Kontrolle relevanter Kovariaten (Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen) weitgehend stabil. Bei zusätzlicher Kontrolle von emotionaler Unterstützung wurden die Effekte der wahrgenommenen Reziprozität zwar etwas schwächer, blieben jedoch substantiell erhalten. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass sozialer Rückhalt und soziale Reziprozität als eigenständige Konzepte aufzufassen sind, die unterschiedliche Aspekte sozialer Beziehungen beleuchten und unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen entfalten. Eine solche Schlussfolgerung wird auch durch die moderaten Korrelationen zwischen den drei Reziprozitätsskalen und emotionaler Unterstützung nahegelegt, die zwischen 0,15 und 0,35 variieren. Zudem lassen sich Zusammenhänge

zwischen emotionaler Unterstützung und den beiden Gesundheitsindikatoren nachweisen, die auch dann nicht verschwinden, wenn alle drei Reziprozitätsindikatoren kontrolliert werden (Ergebnisse im Detail hier nicht dokumentiert). Vergleichbare Befunde wurden sowohl im Hinblick auf die Faktorstruktur als auch im Hinblick auf die unabhängigen Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Reziprozität und depressiven Symptomen in zwei Stichproben von älteren Frauen und Männern in Deutschland und den Vereinigten Staaten gefunden (von dem Knesebeck & Siegrist 2003). Die hier dokumentierten Zusammenhangsanalysen werden darüber hinaus durch Studien zum Modell der beruflichen Gratifikationskrisen gestützt, in denen sich unter anderem ergab, dass ein fortgesetzt erfahrenes Ungleichgewicht zwischen „Geben und Nehmen“ auch prospektiv mit einem erhöhten Risiko für depressive Störungen (Stansfeld et al. 1999; Tsutsumi et al. 2001; Larisch et al. 2003) und eine schlechte subjektive Gesundheit (Pikhart et al. 2001; Niedhammer et al. 2004) assoziiert ist.

Trotz der insgesamt konsistenten Befunde sind die hier dargestellten Analysen vor dem Hintergrund verschiedener methodischer Begrenzungen zu sehen. Ein erstes methodisches Problem betrifft die Messung der Reziprozität in sozialen Beziehungen. Es handelt sich um ein neu entwickeltes, bislang weitgehend unvalidiertes Instrument, das auf Selbsteinschätzungen beruht und somit anfällig ist für Antwortverzerrungen. Die Entscheidung für ein Wahrnehmungsmass erfolgte allerdings bewusst und war von der Überzeugung geprägt, dass die Reziprozitätsnorm eine entscheidende subjektive Dimension aufweist und dass bei der Messung die mit der Reziprozitätsverpflichtung verbundenen Erwartungen und Bewertungen berücksichtigt werden sollten. Ein weiteres methodisches Problem ist darin zu sehen, dass die Zusammenhangsanalysen auf einer Querschnittsuntersuchung basieren, bei der sowohl Prädiktor- als auch Kriteriumsvariablen anhand von Selbstbeurteilungsinstrumenten erfasst wurden. Dadurch sind zum einen keine Aussagen über kausale Beziehungen möglich, zum anderen

kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Reziprozität und subjektiven Gesundheitsindikatoren auf generelle Antworttendenzen der Befragten zurückzuführen ist. Zudem sind konzeptuelle Überschneidungen zwischen der Wahrnehmung mangelnder Reziprozität und depressiven Symptomen zu erwarten. Diese Bedenken können nur durch prospektive Untersuchungen und Studien mit objektiven Informationen zu gesundheitlichen Beschwerden ausgeräumt werden, wie sie anhand des Modells beruflicher Gratifikationskrisen bereits durchgeführt wurden (Bosma et al. 1998; Kivimäki et al. 2002). Eine weitergehende Prüfung der vorgelegten Befunde ist auch deshalb notwendig, weil unklar ist, wie weit sich die Ergebnisse aufgrund des begrenzten Stichprobenumfangs, insbesondere eines niedrigen Anteils weiblicher Beschäftigter sowie aufgrund der Begrenzung auf eine spezifische Beschäftigtengruppe verallgemeinern lassen.

Trotz der genannten methodischen Begrenzungen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass im vorliegenden Beitrag Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Reziprozität und zwei Gesundheitsindikatoren in einer Population von Erwerbstätigen gefunden wurden. Der dabei gewählte Ansatz erlaubt es, Bedingungen und Formen negativer Aspekte sozialer Beziehungen zu beschreiben, theoretisch zu begründen und die gesundheitsschädigende Wirkung verletzter Reziprozität empirisch zu untersuchen.

Danksagung

Die vorliegende Untersuchung wurde durch ein vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft gefördertes Projekt im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health ermöglicht. Den Verantwortlichen sowie den teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verkehrsbetriebs, insbesondere der leitenden Betriebsärztin danken wir an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit. Unser besonderer Dank gilt den ehemaligen Projektmitarbeiterinnen Dr. Ljiljana Joksimovic und Dr. Dagmar Starke für wertvolle Anregungen.

Zusammenfassung

Fragestellung: An einer Population erwerbstätiger Männer und Frauen im mittleren Erwachsenenalter soll untersucht werden, ob Zusammenhänge zwischen Erfahrungen mangelnder bzw. verletzter Reziprozität in engen sozialen Beziehungen und Gesundheit bestehen. Dabei werden depressive Symptome sowie der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand als Gesundheitsindikatoren analysiert.

Methoden: Die Messung mangelnder Reziprozität erfolgt anhand eines neu entwickelten Fragebogens mit den drei Skalen „Partnerschaft“, „Eltern-Kind-Beziehung“ und „nicht spezifizierte enge Beziehungen“. Depressivität wird anhand der Kurzfassung der Allgemeinen Depressions-Skala und subjektive Gesundheit anhand einer umfangreich getesteten Einzelfrage erhoben. In einem ersten Schritt wird die Faktorstruktur des Fragebogens zur Messung sozialer Reziprozität überprüft. Für die Zusammenhangsanalysen werden logistische Regressionen durchgeführt, wobei Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status sowie sozialer Rückhalt als Kontrollvariablen berücksichtigt werden.

Ergebnisse: Nach hypothesenkonformer Replikation der Faktorstruktur des Instrumentes zeigen sich im volladjustierten Modell signifikant erhöhte Risiken depressiver Symptome bei Personen, die mangelnde Reziprozität erfahren (Partnerschaft: OR 2,97; Eltern-Kind: OR 2,70; unspezifisch: OR 1,84). Gleiches gilt für ein erhöhtes Risiko schlechter subjektiver Gesundheit, wobei der Effekt von unspezifischen Beziehungen statistisch nicht signifikant ist.

Schlussfolgerungen: Anhand des Messansatzes lassen sich eindeutige Zusammenhänge zwischen mangelnder Reziprozität in engen sozialen Beziehungen und depressiven Symptomen sowie eingeschränkter subjektiver Gesundheit nachweisen.

Résumé

Manque de réciprocité dans les relations proches, état dépressif et santé subjective réduite

Objectifs: Etudier dans une population d'hommes et femmes d'âge moyen les associations entre expériences de manque de réciprocité dans les relations sociales proches et santé, en utilisant comme indicateurs de santé analysés les symptômes dépressifs et la santé subjective.

Méthodes: Le manque de réciprocité est évalué par un nouveau questionnaire portant sur „mariage ou relation équivalente“, „relation parents-enfants“ et „relations proches non-spécifiées“. L'état dépressif est évalué par une version courte de l'échelle de dépression générale (CES-D), et la santé subjective par une seule question communément utilisée dans ce genre d'enquête. Analyse de la structure factorielle du questionnaire mesurant la réciprocité sociale. Analyses de régression logistique ajustée pour l'âge, le sexe, la position socio-économique et le support social.

Résultats: Après une réplification de la structure factorielle du questionnaire conforme aux hypothèses, le modèle ajusté indique des risques élevés de symptômes dépressifs chez des personnes souffrant d'un manque de réciprocité (mariage: odds ratios (OR) 2.97; parents-enfants: OR 2.70; non-spécifié: OR 1.84). Les résultats sont pareils pour la santé subjective réduite, mais les effets statistiques sont moins forts.

Conclusions: L'approche choisie permet de démontrer clairement des associations entre manque de réciprocité dans les relations sociales étroites et symptômes dépressifs ou santé subjective réduite.

Literaturverzeichnis

Berkman LF, Glass T (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press: 137–73.

Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health* 88: 68–74.

Gouldner AW (1960). The norm of reciprocity: a preliminary statement. *American Sociol Rev* 25: 161–78.

Hautzinger M, Bailer M (1993). Allgemeine Depressionsskala – ADS. Manual. Weinheim: Beltz.

Heidrich J, Liese AD, Löwel H, Keil U (2002). Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in southern Germany: results from the MONICA Augsburg cohort study 1984–1995. *Ann Epidemiol* 12: 338–45.

House JS (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.

House JS, Landis KR, Umberson D (1988). Social relationships and health. *Science* 241: 540–5.

Idler E, Benyamini Y (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38: 21–37.

Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 325: 857–61.

Krause N (2001). Social support. In: Binstock RH, George LK, eds. Handbook of aging and the social sciences. San Diego: Academic Press: 272–94.

Larisch M, Joksimovic L, Starke D, von dem Knesebeck O, Siegrist J (2003). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome: eine Querschnittsstudie bei Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53: 223–8.

Niedhammer I, Teck ML, Starke D, Siegrist J (2004). Effort-reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective results from the GAZEL Cohort. *Soc Sci Med* 58: 1531–41.

Parsons T (1951). *The social system*. Glencoe, Ill: Free Press.

Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, et al. (2001). Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health* 55: 624–30.

Putnam RD (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.

Radloff LS (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1: 385–401.

Seeman TE, Berkman LF (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support?. *Soc Sci Med* 26: 737–49.

Shumaker SA, Brownell A (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *J Soc Issues* 40: 11–36.

Siegrist J (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.

Siegrist J (1998). Reciprocity in basic social exchange and health: can we reconcile person-based with population-based psychosomatic research? *J Psychosom Res* 45: 99–105.

Siegrist J (2002). Verletzte soziale Reziprozität macht krank: ein medizinsoziologisches Forschungsmodell. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 9: 31–6.

Siegrist J, Starke D, von dem Knesebeck O, Joksimovic L, Dragano N, Larisch M (2002). Soziale Reziprozität und Gesundheit – eine exploratorische Studie zu beruflichen und ausserberuflichen Gratifikationskrisen. Unveröf. Forschungsbericht, Düsseldorf.

Simmel G (1908). *Soziologie*. Berlin: Duncker & Humblot.

Stansfeld S, Bosma H, Hemingway H, Marmot M (1999). Work characteristics predict psychiatric disorders: prospective results from the Whitehall II-Study. *Occup Environ Med* 56: 302–7.

Thoits PA (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? what next? *J Health Soc Behav, Extra Issue*: 53–79.

Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J (2001). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in comparison between two complementary job-stress models. *Scand J Work Environ Health* 27: 146–53.

von dem Knesebeck O, Siegrist J (2003). Reported non-reciprocity of social exchange and depressive symptoms: extending the model of Effort-Reward Imbalance beyond work. *J Psychosom Res* 55: 209–14.

Wentowski GJ (1981). Reciprocity and the coping strategies of older people: cultural dimensions of network building. *Gerontologist* 21: 600–9.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Olaf von dem Knesebeck
Institut für Medizinische Soziologie
Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07
D-40001 Düsseldorf
Tel.: +49 211 811 2147
Fax: +49 211 811 2390
e-mail: knesebec@uni-duesseldorf.de

Anhang

Fragen zur Messung der wahrgenommenen Reziprozität in sozialen Beziehungen

1. Müssen Sie zugunsten einer guten Beziehung zu Ihrem Lebenspartner oft Rücksicht nehmen?
2. Kann man sagen, dass Ihre Partnerschaft stets von gegenseitigem Verständnis füreinander geprägt ist?
3. Ist das, was Sie Ihrem Lebenspartner geben und das, was Sie von ihm erhalten, stets zu Ihrer vollen Zufriedenheit ausgeglichen?
4. Haben Sie das Gefühl, dass Sie von Ihren Kindern in der Regel die Wertschätzung erhalten, die Sie erwarten?
5. Haben Sie ein für Sie wichtiges Ziel bei der Erziehung Ihrer Kinder angestrebt, ohne es bis heute erreicht zu haben?
6. Erbringen Sie in Ihrer Familie oft besondere Hilfeleistungen, für die Sie nicht angemessen entschädigt werden (z.B. Pflege der Eltern/ Schwiegereltern)?
7. Hat eine Person, der Sie Ihr Vertrauen geschenkt haben, Sie schwer enttäuscht oder gekränkt?
8. Hat Ihnen jemand Unrecht getan oder hat Sie jemand hintergangen, ohne dass Sie danach eine Wiedergutmachung erfahren haben?