

„Du machst mich krank!“

Paarbeziehung und Gesundheit

M. Spitzer, Ulm

Unser tägliches Miteinander, das Leben in Beziehungen – auch „soziale Teilhabe“ genannt – gehört zu den für uns Menschen gesündesten Aktivitäten. Umgekehrt ist Einsamkeit der „Killer Nummer 1“ – noch vor Übergewicht, Bluthochdruck oder dem Rauchen, wie in einer Übersicht zu diesem Thema an dieser Stelle erst kürzlich berichtet wurde (38). So wundert nicht, dass schon lange bekannt ist, dass verheiratete Menschen länger leben als unverheiratete (22). Dies muss gar nicht an der guten Beziehung liegen, sondern kann auch ein Selektionseffekt sein (vergleichsweise gesündere Menschen heiraten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit!), oder die Auswirkung von vermehrt verfügbaren Ressourcen (im Vergleich zum Single-Dasein hat die Ehe ökonomische, psychosoziale und gesellschaftliche Vorteile).

Zu diesen beiden sicherlich vorhandenen Effekten (Selektion, Ressourcen) kommt jedoch immer auch die Beziehung und deren Qualität, und diese Effekte können nicht nur in die positive, sondern auch in die negative Richtung gehen. Jeder kennt Paarbeziehungen, deren Auswirkungen auf die Gesundheit man als „ungünstig“ bezeichnen muss, um es einmal sehr vorsichtig auszudrücken¹. In ihrer für die vorliegende Zusammenschau eponymen Studie

bemerken die Autoren gleich zu Anfang: „Zwar sind Verheiratete im Allgemeinen gesünder als Unverheiratete, aber nicht jede Ehe ist der Gesundheit zuträglicher als keine Ehe“ (46, S. 1)².

Das im Titel genannte kurze Statement wird daher der eine oder andere Leser aus dem Munde des Partners bzw. der Partnerin schon vernommen zu haben. Wahrscheinlich kann sich sogar nur eine kleine Minderheit beziehungs erfahrener Menschen glücklich schätzen, den Satz noch nie gehört zu haben – ganz gleich, ob achtlos bei einem emotional aufgeladenen Disput dem anderen entgegengeschleudert oder langsam als Fazit einer gescheiterten Beziehung besonnen geäußert.

Wie jeder Psychiater nur zu gut weiß, können Beziehungen als „die Hölle“ erlebt werden, umso eher und mehr, je intensiver diese sind oder zumindest vorher einmal waren. Aber wie immer sagen Einzelfälle – von der glücklichen Eisernen Hochzeit bis zum Mord des Ehemannes durch die Ehefrau nach jahrzehntelangem Beziehungs- albtraum – nichts über die Wirklichkeit aus, sondern illustrieren lediglich Extreme, also die Bandbreite des Möglichen und leider auch Wirklichen. Was aber wissen wir wirklich über den Zusammenhang der Qualität der Paarbeziehung bzw. Ehe einerseits und der Gesundheit andererseits?

längerfristigen Beobachtungen oder dem Vergleich von älteren mit neueren Studien ist zu bedenken, dass die Institution der Ehe selbst in den vergangenen Jahrzehnten deutlichen Veränderungen unterlegen war, die man als De-Institutionalisierung zusammenfassend beschreiben könnte (6): Die Zahl der Eheschließungen sank, die der Ehescheidungen stieg, Ehen werden heute später geschlossen als früher, mittlerweile auch zwischen Personen desselben Geschlechts und nicht zuletzt aus anderen Gründen (Selbstverwirklichung anstatt wechselseitiger „Pflichten“). Die soziale und wirtschaftliche Situation der Partner hat sich zudem geändert und die kulturelle Bewertung von Ehe auch, wie man an Wörtern wie „Lebensabschnittspartnerschaft“ oder „eingetragene Partnerschaft“ sehen kann, die es noch vor wenigen Jahrzehnten gar nicht gab!

Hinzu kommt, dass sich nicht nur die Institution der Ehe, sondern auch jede einzelne individuelle Paarbeziehung sich mit den Jahren ändert: Positive Emotionen nehmen ab und negative Emotionen nehmen zu – so zumindest ist es im Mittel (man muss das zur Kenntnis nehmen – egal ob es einem nun gefällt oder nicht!).

Auch die Institution der Ehe selbst unterlag in den vergangenen Jahrzehnten deutlichen Veränderungen.

Was weiß man über den Einfluss der Paarbeziehung auf die Gesundheit?

So leicht man diese Frage auch stellen kann, so schwer ist es, sie zu beantworten, ohne sich in die Gefahr zu begeben, falsche und voreilige Schlüsse zu ziehen: Denn bei

Trotz dieser grundsätzlichen methodischen Schwierigkeiten von Langzeitstudien zum Thema „Ehe und Partnerschaft“ sei festgehalten, dass es durchaus auch Charakteristika von Paarbeziehungen gibt, welche die Zeit überdauern: Eheleute teilen mehr als Freunde und Zeit, nämlich auch die Mahlzeiten, Schlafenszeiten, den engsten umgebenden Lebensraum („Tisch und Bett“), viele gemeinsame Aktivitäten und Verpflichtungen wie beispielsweise Kinder. Dieses intensive Teilen von Raum, Zeit und Bankkonto bildet den Hintergrund sowohl

1 Mein ehemaliger Chef in Heidelberg, Prof. Christoph Mundt, pflegte dieses Wort zu verwenden, wenn er eigentlich schwerste Kritik übte, jedoch ganz offensichtlich aufgrund seiner sehr zurückhaltenden, zuvorkommenden und menschlichen Art keine schlimmeren Formulierungen wählen wollte. Alle wussten, was „ungünstig“ aus seinem Mund tatsächlich bedeutete.

2 „While the married exhibit better health than the unmarried, it is not the case that any marriage is better than no marriage at all when it comes to health benefits.“

Nervenheilkunde 2017; 36: 281–288

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer, Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III
Leimgrubenweg 12, 89075 Ulm

© Schattauer 2017

Nervenheilkunde 4/2017

für gegenseitiges Helfen und Unterstützen als auch für Konflikte und Streitereien.

So wundert es eigentlich, dass sich Soziopsychologen zwar schon länger um die Bedeutung von Sozialkontakten für die Gesundheit von Menschen interessiert haben (17), jedoch der wichtigsten, engsten Beziehung eines Menschen – der Partnerschaft – zunächst wenig Beachtung schenken (36). In der Medizin war dies etwas anders: Dort hat man dieses Thema (wie eine kurze Suche in PubMed zeigte) seit 1894 auf dem Schirm. Wenn gerade Krieg ist, scheint das Thema weniger zu interessieren, wie die durchweg einstelligen jährlichen Publikationszahlen der folgenden Jahrzehnte zeigen. Erst im Jahr 1963 werden die Publikationszahlen zweistellig und stiegen dann, mit recht starken Schwankungen, auf 500 im Jahr 2015 an – Tendenz eher weiter steigend.

„Zwar sind Verheiratete im Allgemeinen gesünder als Unverheiratete, aber nicht jede Ehe ist der Gesundheit zuträglicher als keine Ehe.“

Und was weiß man nun über die Einflüsse einer längerfristigen Partnerschaft bzw. Ehe auf die Gesundheit? – Ältere Studien zeigten, dass Frauen aufgrund ihrer stärkeren interpersonalen Orientierung und/oder ihrer stärkeren Abhängigkeit in der Beziehung (als meist körperlich und wirtschaftlich schwächerer Partner) insgesamt stärker auf ihre Beziehung reagieren als Männer. Bei einer ungut verlaufenden Beziehung leiden sie demzufolge auch stärker, wie mehrfach gefunden worden war (21, 47). Zur stärkeren Reaktion von Frauen auf die Ehe passt auch der Befund, dass die Stärken der in der Metaanalyse gefundenen Effekte bei Studien mit einem hohen Frauenanteil vergleichsweise höher waren.

Frauen reagieren jedoch nicht nur stärker auf eine Beziehung, sondern erleben und bewerten ihre Partnerschaft zudem ganz allgemein negativer als Männer. Dies betrifft vor allem den Ausgangswert: Schon zu Beginn der Ehe liegt deren Erleben bei Frauen weniger weit im Positiven als bei Männern. Die Veränderungen über die Zeit hinweg sind dann bei beiden Geschlechtern etwa gleich. Dies könnte erklären, dass

der positive, protektive Effekt der Ehe auf die Gesundheit vor allem bei Männern gefunden worden war (42). Später wurde der Forschungsstand wie folgt zusammengefasst: „Wie auch immer man z. B. die Qualität der Ehe definiert, man findet keine Studien, in denen Männer den Zustand oder Verlauf ihrer Beziehung schlechter beurteilen als Frauen“ (45, S. 99)³.

Eine der umfangreichsten Studien zum Zusammenhang zwischen der Qualität der Ehe und der Gesundheit der Eheleute publizierten US-amerikanische Wissenschaftler 2014. Sie führten eine Metaanalyse zu insgesamt 126 Studien aus den vorausgegangenen 50 Jahren an 72674 Personen durch. Erfasst wurden Krankheiten und deren Schwere, Todesfälle, eigene Angaben zur Gesundheit sowie zusätzlich objektive Messwerte wie Blutdruck und verschiedene Laborparameter. Wie sich zeigte, war eine bessere Qualität der Ehe insgesamt mit einer besseren Gesundheit und geringeren Sterblichkeit korreliert, wirkte sich also auf Morbidität und Mortalität aus (29).

Die Stärke der Zusammenhänge war mit Korrelationskoeffizienten zwischen 0,07 und 0,21 (je nach dem Maß für gesundheitlichen Outcome: z. B. Bluthochdruck, Demenz, Depression, Diabetes, Schlaganfall, Wundheilungsstörungen oder – ultimativ – Tod) auf den ersten Blick gering. Allerdings können auch kleine Effektstärken große Auswirkungen haben, nämlich dann, wenn der Effekt sehr viele Menschen betrifft (31, 32). Und da sehr viele Menschen in einer Partnerschaft leben, könnte die Grundgesamtheit, auf die sich die Effektstärken beziehen, kaum größer sein! Und bedenkt man, dass die Effektstärken von bekannten Maßnahmen zur Erhöhung der allgemeinen Gesundheit – mehr Sport treiben, sich gesünder ernähren – etwa in der gleichen Größenordnung liegen, dann wird die Bedeutung der Ehe oder langfristigen Partnerschaft für die Gesundheit eines Menschen deutlich (29).

Warum ist dies so? Anders gefragt: Welche Mechanismen könnten für den beobachteten Effekt in Frage kommen? – In Stu-

dien zeigte sich immer wieder, dass die Qualität der Beziehung auf einer einzigen Dimension zwischen „gut“ und „schlecht“ nicht hinreichend abgebildet werden kann, denn beide Aspekte hängen nicht so stark zusammen wie man dies zunächst annehmen könnte (13, 46). Es ist daher nötig, die positiven und die negativen Aspekte unabhängig voneinander zu betrachten, wie dies beispielsweise im „*Strength and Strain Model*“ des US-amerikanischen Psychologen Richard Slater (► Abb.).

Gemäß diesem Model haben sowohl die Stärken und Belastungen einer Partnerschaft unabhängig voneinander Einfluss auf die Gesundheit der Partner, und zudem wirken diese Stärken und die Belastungen modulierend auf andere äußere Stressoren ein, wie beispielsweise Stress am Arbeitsplatz oder Stress durch eine vorbestehende Erkrankung. Die Stärken federn äußeren Stress ab, zusätzliche Belastungen machen ihn schlimmer.

Betrachten wir ein Beispiel für die bislang seltenen Studien zu den Einflüssen von Persönlichkeitsvariablen auf die Auswirkungen der Partnerschaft auf die Gesundheit: So vermindert beispielsweise eine bestehende gute Partnerschaft bei Männern mit genetischer Veranlagung zur Nikotinsucht das Risiko, diese tatsächlich zu entwickeln, deutlich. Bei Frauen hingegen ist ein solcher Effekt auf das Risiko einer Suchtentwicklung nicht feststellbar (28).

So vermindert eine bestehende gute Partnerschaft bei Männern mit genetischer Veranlagung zur Nikotinsucht das Risiko, diese tatsächlich zu entwickeln, deutlich.

Betrachten wir ein weiteres Beispiel: Die *Empfänglichkeit* des Partners meint das Ausmaß von dessen Fürsorglichkeit, Verständnis und Wertschätzung für die andere Person – Eigenschaften, die bekanntermaßen mit deren Wohlbefinden und Gesundheit in Verbindung gebracht werden, denn sie bewirken langfristig das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit in der Beziehung. Schwankt das Ausmaß der Empfänglichkeit des Partners stark oder wird sie nur verbal und nach Aufforderung zugestanden (zeigt sich also nicht spontan und im Verhalten), so entsteht bei der anderen Per-

³ „Notably, we find no studies that report poorer marital quality states or trajectories for men than for women—no matter how marital quality is defined.“

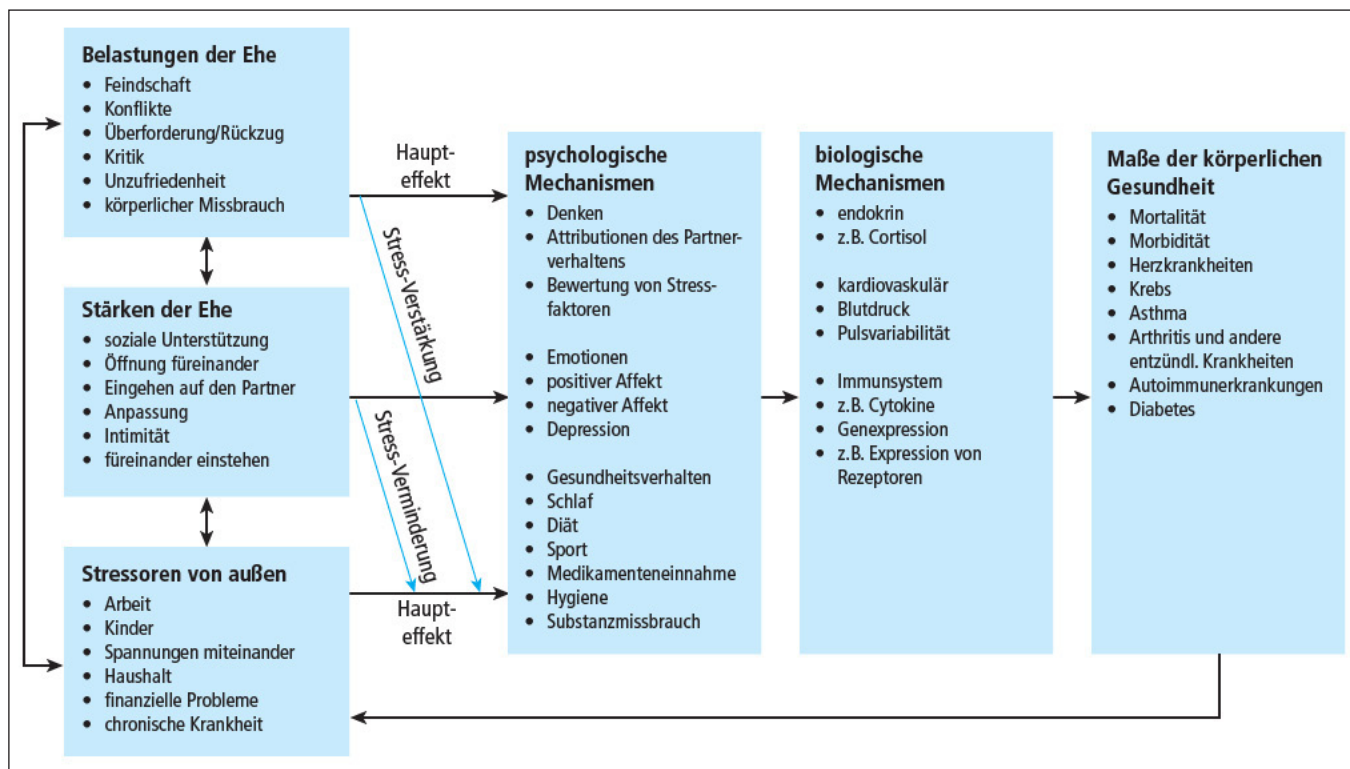


Abb. Das Modell der Stärken und Belastungen der Beziehungsqualität in der Partnerschaft (modifiziert nach 35, S. 457) zur systematisierenden Ordnung von Gedanken zum Thema Partnerschaft und Gesundheit. Zum Modell gehören gemäß neuerer Überlegungen auch die Einflüsse von Persönlichkeitsvariablen auf diese Stärken und Belastungen selbst sowie deren bislang kaum untersuchten (modulierende) Auswirkungen auf die Haupteffekte (37).

son Angst. Verhält sich der Partner dagegen wenig fürsorglich, verständnisvoll und wertschätzend, kommt es zu deren Rückzug aus der Beziehung. Sowohl Angst als auch Rückzug (Einsamkeit) bewirken chronischen Stress.

Im Klartext: Eine unglücklich verlaufende Ehe ist zunächst einmal nichts anderes als chronischer Stress, mit all seinen negativen gesundheitlichen Folgen: Weil man im Notfall Energie (Zucker im Blut) braucht, steigen Blutzuckerspiegel, Puls und Blutdruck, auf vieles andere jedoch – Verdauung, Immunabwehr, Wachstum, und Reproduktion – kann man kurzfristig verzichten. Die Stressreaktion ist ein Notfallprogramm für unmittelbare Gefahr (man braucht den herannahenden Säbelzahnträger nicht bemühen; das Einbrechen auf dünnem Eis tut es auch!). Diese Reaktion ist über viele Arten von Lebewesen erstaunlich ähnlich, lebensrettend und sehr sinnvoll.

Wird der Notfall jedoch zum chronischen Zustand, lässt sich leicht ableiten, welche Krankheiten dies langfristig zur Folge haben kann:

- Diabetes und Hypertonie (beides bekannte Risikofaktoren für Herzinfarkte und Schlaganfälle, hierzulande die „Todesursachen Nummer 1“),
- geschwächte Immunabwehr (erhöhtes Risiko der Todesursachen Nummer 2 – Krebs – und Nummer 3 – Infektionen),
- Verdauungsbeschwerden, Magen- und Darmgeschwüre,
- Kleinwuchs oder (bei erwachsenen Menschen) Osteoporose (erhöhtes Risiko von Knochenbrüchen) sowie
- chronische Störungen im Bereich der Sexualität.

Halten wir fest: Der Dauernotfall einer permanent ungunstigen Beziehung resultiert in chronischem Stress und dessen Langzeitfolgen. Man kann ergänzen: Ob man am Ende an Herzinfarkt oder Schlaganfall, einem Krebsleiden, einer verschlepten Lungen-, Blasen- oder Nierenbeckenentzündung oder Lungenembolie nach Schenkelhalsbruch stirbt, hängt von der jeweiligen Prädisposition oder dem Zufall ab.

Soweit die Theorie. Hinweise auf deren praktische Relevanz zeigten sich mittlerweile in einer Reihe entsprechender Studien. Bei 1078 verheirateten oder in langfristiger Partnerschaft lebenden Personen (51,9% weiblich) zeigten die Partner von Personen mit hoher Empfänglichkeit (im Vergleich zu den Partnern von Personen mit niedriger Empfänglichkeit) einen stärkeren Abfall der Kortisolkonzentration über den Tag, was die Autoren als Hinweis auf einen positiven Effekt dieser Partnereigenschaft auf die Gesundheit werten (37). Bekanntermaßen erhöht eine positive, stützende Bindung die phasenweise Oxytocin ausschüttung und diese ist einer der effektivsten Kortisolverminderer.

Zudem ergab die angeführte Metaanalyse (29) einen deutlichen Hinweis auf eine Beteiligung des sympathischen Nervensystems an negativen Auswirkungen der Beziehungsqualität auf die Gesundheit. Der beschriebene zu erwartende Zusammenhang zwischen der Qualität der Ehe und der HPA-Achse (Kortisol) wurde hingegen – zur Überraschung der Autoren – nicht gefun-

den, was von den Autoren nicht nur mit methodischen Schwierigkeiten bei der Untersuchung von Kortisol erklärt wird. Vielmehr sehen die Autoren vor allem das Problem, dass Stärken und Belastungen in den meisten Studien nicht getrennt erfasst worden waren, sodass man die Auswirkungen von Belastungen für sich betrachtet gar nicht in den Blick nehmen konnte. Glücklicherweise werden in neueren Studien zunehmend Stärken und Belastungen von Paarbeziehungen getrennt erfasst und betrachtet.

So auch in einer Längsschnittstudie zu den Auswirkungen der Qualität der Ehe auf die Entwicklung eines Diabetes mellitus (25). Da 95% der Diabetes-Neuerkrankungen im Erwachsenenalter den Diabetes Typ II betreffen, geht es um diesen. Insgesamt 1 228 Personen (alle verheiratete, ältere Paare) wurden zweimal im Abstand von fünf Jahren (2005/6 und 2010/11) befragt. Von diesen waren beim zweiten Messzeitpunkt 389 Personen an Diabetes neu erkrankt. Bei Frauen zeigte sich, dass positive Aspekte der Ehe mit einem geringeren Risiko für die Neuentstehung eines Diabetes innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre vergesellschaftet waren. Bei Männern war dies nicht der Fall. Vielmehr zeigte sich bei ihnen eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit, Diabetes zu bekommen, je mehr negative Aspekte in der Ehe vorlagen.

Wenn also der an Diabetes leidende Ehemann zu seiner an ihm herumrögelnden Ehefrau sagt: „Du machst mich krank“, dann liegt er faktisch falsch.

Die Autoren diskutieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass Frauen (im Vergleich zu Männern) sensibler für Beziehungsaspekte in der Ehe sind und daher auf positive Aspekte eher reagieren. Dies zeige sich zwar meist in einer größeren Empfindlichkeit der Gesundheit von Frauen gegenüber negativen Aspekten der Beziehung (24, 51), führe in der vorliegenden Studie jedoch offensichtlich zu dem beobachteten gesunden Effekt positiver Beziehungsaspekte. Kurz: Verheiratete Frauen, die sich in einer positiv erlebten Beziehung befinden, werden eher nicht zuckerkrank.

Das zweite Ergebnis – negative Ergebnisse der Ehe schützen Männer vor Diabetes –

war für die Autoren unerwartet⁴, und es ist interessant, wie es von ihnen diskutiert wird. Es könnte sich um einen eher allgemeinen Selektionseffekt handeln (egozentrische Männer, die eben auch stärker auf sich achten, haben und berichten über mehr negative Beziehungserfahrungen). Es könnte aber auch sein, dass sich die negativen Beziehungserfahrungen weniger auf Konflikte beziehen als vielmehr auf vielfache Versuche der Ehefrau, das (Gesundheits-)Verhalten des Mannes zu regulieren bzw. zu beeinflussen. Es sei allgemein bekannt, dass Frauen in stärkerem Ausmaß als Männer dazu neigten, den Partner zu kontrollieren⁵. Und so erleben deren Partner dann zwei Auswirkungen: Ihre Frauen machen sie erstens gesünder, denn sie kümmern sich beständig darum, dass der Ehemann gesundes Verhalten tatsächlich an den Tag legt. Beim Mann wird dies zweitens jedoch als Herumnörgeln und damit emotional negativ erlebt. So erlebt der Mann die Ehe zwar über die Zeit hinweg als schlechter, lebt aber gesünder und damit auch länger. Wenn also der an Diabetes leidende Ehemann zu seiner an ihm herumrögelnden Ehefrau sagt: „Du machst mich krank“, dann liegt er faktisch falsch und beschreibt lediglich sein subjektives emotionales Erleben.

Der Zusammenhang zwischen der Qualität der Ehe und der Gesundheit der Partner kann also durchaus kompliziert sein. In der angloamerikanischen Literatur (25) spricht man von „Dual-effects“-Prozessen – die Beziehungsqualität ist schlechter und zugleich die Gesundheit besser (oder umgekehrt). Man könnte noch deutlicher von einem zweiseitigen Schwert sprechen, das sich nicht nur im Hinblick auf den Diabetes anhand von Daten immer wieder nachweisen lässt.

4 „Our most surprising finding is that, for men, an increase in negative marital quality may decrease the risk of developing diabetes and increase the chances of man-aging diabetes after its onset“ (S. 1077).

5 „Indeed, we note that this gender finding is consistent with the long-standing literature on gender differences in social control of health behaviors. [...] Wives are more likely than husbands to regulate a spouse's health behaviors, perhaps especially if the husband is diabetic and/or in poor health“ (S. 1077f).

So auch in einer Studie zum Zusammenhang der Qualität der Paarbeziehung älterer Paare und dem Auftreten kognitiver Defizite (50). Wie bereits ausgeführt, kann Dauerstress in einer ungünstigen Beziehung zum Absterben von Nervenzellen führen, wohingegen eine gute Beziehung gegenüber Stress protektiv wirkt und daher der Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter entgegenwirken sollte.

Amerikanische Wissenschaftler der Universität von Austin, Texas, untersuchten 841 verheiratete Personen (486 Frauen) aus einer national repräsentativen US-amerikanischen Studie (*Americans' Changing Lives*, ACL) im Längsschnitt mittels Interviews, die in den Jahren 1986, 1989, 1994 und 2001/2002 geführt worden waren und die bei Beginn mindestens 60 Jahre alt waren. Zu allen vier Zeitpunkten wurde differenziert nach der Gesundheit und Qualität der Ehe gefragt. Zudem wurden eine ganze Reihe von Kontrollvariablen (z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen) erhoben. Vollkommen entgegen den Erwartungen zeigte sich in dieser Studie, dass mehr negative Erlebnisse in der Ehe vor einem Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit eher schützen⁶! Die Autoren diskutieren dies eingehend und geben zu bedenken, dass es insgesamt eher wenige negative Erlebnisse in der Ehe gab, oder die Partner aufgrund der schon längeren Beziehung gute Strategien zum Umgang mit negativen Erlebnissen entwickelt haben. Oder es könne „unsichtbare Unterstützung“ („invisible support“) vorliege, die dem Partner zwar etwas bringe, von diesem aber nicht bemerkt werde.

Der Partner kritisiert gesundheitlich ungünstige Verhaltensweisen, was vielleicht im kognitiven Bereich protektive Effekte nach sich zieht.

Es könnte natürlich auch so sein wie beim Diabetes: Der Partner kritisiert gesundheit-

6 Die Autoren stellen dies selbst klar fest: „The finding that more frequent negative marital experiences at wave 1 are associated with a slower increase in cognitive limitations over time is not consistent with the inverse association of negative marital experiences and physical health that has been well documented in past research“ (50 S. 173).

lich ungünstige Verhaltensweisen, was vielleicht auch im kognitiven Bereich protektive Effekte nach sich zieht. Dies halten die Autoren für unwahrscheinlich, denn dann sollte es einen Geschlechterunterschied beim Effekt geben (Frauen kritisieren mehr; 43), den man aber nicht gefunden hat. Auch zeigten sich keine Effekte vorbestehender gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholgenuss, Sport) auf den Zusammenhang zwischen ungünstig erlebter Paarbeziehung und besserer geistiger Gesundheit. Wie das mit Lebens- und Beziehungserfahrung offenbar gesegnete Autorentrio feststellt, sollte man dies jedoch erwarten, weil erst das Bestehen solcher Verhaltensweisen Anlass zur Kontrolle gibt (man denke nur an: „rauch nicht soviel“, „geh (stattdessen) lieber den Müll wegbringen“).

Am wahrscheinlichsten ist vielleicht die Hypothese der Autoren, dass gelegentlicher Ehekonflikt sich vielleicht ähnlich wie kognitives Training auf die Gehirnleistungsfähigkeit auswirken könnte: „It is also possible that older adults who frequently engage in challenging or demanding situations (e.g., marital conflict) are cognitively healthier (a “use it or lose it” process) because conflicted interactions entail intensive cognitive processing including attention, reasoning, speed of processing, language, and executive functioning“ (50). Also Dauerrosenkrieg zur Demenzprophylaxe? So weit wollen die Autoren dann doch nicht gehen und diskutieren noch die Möglichkeit eines Zusammenhangs in umgekehrter Richtung, dass also geistige Einbußen zu einer nachlassenden Kritikfähigkeit oder Wahrnehmung von Kritik führen könnte: „Those with higher levels of cognitive limitations may also be less aware and care less about the subtleties of their marital interactions. If this is the case, those with no/fewer cognitive limitations might be more likely to experience and report marital strain“ (50, S. 173). Anhand ihrer eigenen Daten, die keinen Einfluss eines schwächeren Geistes auf die Einschätzung der Ehe zeigten, lehnen sie diese Interpretation jedoch ab.

Ebenfalls aus dem Jahr 2016 stammt eine Studie an 1356 Paaren (Ehe oder langfristige Lebensgemeinschaft) zu den Auswirkungen der Qualität der Paarbeziehung auf den Blutdruck (52). Die Qualität der

Beziehung wurde im Jahr 2006 erfasst, und die Veränderungen des Blutdrucks fünf Jahre danach. Die Ergebnisse waren keineswegs klar und einfach, sondern kompliziert: Ganz allgemein führt der Stress des jeweiligen Partners nicht zu eigenem höherem Blutdruck. Aber: Ehemänner von Frauen mit mehr Stress haben einen höheren Blutdruck. Und dann gab es noch eine dreifache Wechselwirkung zwischen dem eigenen Stress, dem Stress des Partners und dem Geschlecht auf den Blutdruck: Ehemänner mit mehr Stress hatten einen niedrigeren Blutdruck, wenn ihre Frauen *wenig* Stress hatten. Wohingegen Ehefrauen mit mehr Stress dann einen geringeren Blutdruck aufwiesen, wenn ihre Männer *mehr* Stress hatten. „Die Ehemänner scheinen durch den Stress ihrer Frauen selbst mehr gestresst zu sein als umgekehrt. Und interessanterweise wird der Stress der Ehefrauen durch größeren Stress der Ehemänner abgefedert“, bemerken die Autoren hierzu (52, S. 780).

Auch die jeweils selbst erlebte Qualität der Beziehung hatte keinen direkten Einfluss auf den Blutdruck. Erlebten aber beide Partner die Beziehung als schlecht, war deren Blutdruck höher. Der Effekt war bei Männern und Frauen gleich. Betrachtete man den Stress und die erlebte Beziehungsqualität zusammen, so ergab sich eine ungünstige Auswirkung des Erlebens der Beziehungsqualität auf den Stresseffekt des Partners und damit auf den eigenen Blutdruck. Stresst der Partner und erlebe ich die Beziehung auch noch schlecht, dann steigt mein Blutdruck. Bei nur geringem negativen Erleben der Beziehung hat der Stress des Partners dagegen keinen Effekt auf meinen Blutdruck. Wie eine weitere Analyse zeigte, betraf dieser Effekt vor allem Männer: „Thus, husbands appeared to be more negatively affected by wives’ stress

when they felt more negative about the relationship“ (52, S. 781). Bei Frauen war dies nicht so.

Es gibt eben doch geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben von Paarbeziehungen.

Die Studie zeigt damit auf, dass es eben doch geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben von Paarbeziehungen gibt. Diese sind allerdings ziemlich komplex, sodass sie bei einfachen Mittelwertvergleichen nicht zu beobachten sind. Damit wird deutlich, dass man den tatsächlichen Verhältnissen von Verhältnissen nur mit Modellen gerecht wird, die mindestens die Komplexität des in ► Abbildung dargestellten Modells aufweisen. Kurz: Verhältnisse von Männern und Frauen sind nicht einfach. Damit bestätigt die moderne Wissenschaft einmal mehr, was alle schon wussten. Aber eine signifikante Dreifach-Wechselwirkung hat eben doch einen anderen epistemischen Status als ein ungutes Bauchgefühl! – Insbesondere in postfaktischen Zeiten!!!

Wie die Daten zeigen, ist auch und gerade in Zeiten der gleichberechtigten Partnerschaft der Mann eher auf die Unterstützung durch die Frau angewiesen als umgekehrt, da Frauen bekanntermaßen sozial kompetenter sind, über größere soziale Netzwerke verfügen als Männer (Dunbar) und sich ihre Unterstützung anderswo holen können, wenn der Mann sie ihnen nicht gibt. Frauen reden auch mehr über Beziehungen als Männer, die sich eher zurückziehen. Daher sind solche Gespräche („relationship talk“) bei Frauen mit größerer Zufriedenheit in der Partnerschaft verbunden, bei Männern nicht. „Und so ergibt sich, dass Ehemänner einen niedrigeren Blutdruck haben, wenn ihre Frauen weniger gestresst sind und ihren Männern daher mehr Unterstützung zukommen lassen können. Frauen hingegen profitieren mehr von gestressten Männern, weil sie sich eben gerne mit ihren Männern über Stress und Beziehungen unterhalten“, geben die Autoren zu bedenken (52, S. 782).

Damit wird belegt, in welchem hohem Maß „alte“ Rollenstereotypen uns noch beherrschen: Männer sind stark und Frauen sind unterstützend. Entsprechend er-

7 Im Original lautet die Darstellung der Ergebnisse und der direkt anschließende Kommentar wie folgt: „[...] husbands who reported greater stress had lower blood pressure when their wives reported lower stress ($b = -1.17, p < .05$), whereas wives who reported greater stress had lower blood pressure when their husband reported greater stress ($b = -1.02, p < .05$). Thus, husbands appeared to be more distressed by wives’ stress than the reverse. Interestingly, wives’ stress appeared to be buffered by greater stress among husbands.“

wartet man von Männern, dass sie ihre Emotionen im Griff haben, wohingegen man Frauen mehr diesbezügliche Expressivität und Labilität zubilligt. So wird verständlich, warum Männer Probleme mit Stress und Beziehungen internalisieren und gegebenenfalls mit erhöhtem Blutdruck reagieren, Frauen hingegen nicht.

Ganz ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie an 361 älteren Paaren (mindestens ein Partner über 60 Jahre alt), ebenfalls aus dem Jahr 2016, zur Beziehungsqualität und gesundheitlichem Wohlbefinden im Allgemeinen: Zunächst einmal kamen die eingangs erwähnten „alten“ Stereotype wieder heraus (was nicht weiter verwundert, wurden doch Paare untersucht, die im Mittel 38,5 Jahre verheiratet waren): Ehefrauen sind depressiver als Ehemänner ($p < 0,005$), die wiederum ihre Beziehung positiver als Frauen einschätzen ($p < 0,001$). Ehemänner berichten über mehr emotionale Unterstützung durch ihre Frauen als Ehefrauen dies von ihren Männern berichten ($p < 0,001$) und über weniger Belastungen als Ehefrauen ($p < 0,001$). Obwohl die Frauen jünger sind und seltener eine Behinderung haben, fühlen sie sich weniger gesund als die Männer (4).

Für beide Geschlechter sind Belastungen bedeutsamer für Beziehungen als Stärken, was zu dem alten Befund „Bad is stronger than good“ (3) passt. Interessant ist aber, dass ältere Paare deutlich mehr positive und weniger negative Beziehungserlebnisse haben als jüngere, weswegen den (wenigen) negativen Erlebnissen eine größere Bedeutung zukommt.

Es gibt zudem geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Ehefrauen bewirkt eine negativ erlebte Beziehung eher Frustration und Depression, bei Ehemännern bewirkt Unterstützung durch die Frau eine Minderung der Sorgen der Männer. Frauen reagieren also eher auf negative Erfahrungen mit ihren Männern (in negativer Weise), wohingegen Männer eher auf positive Erfahrungen mit ihren Frauen (in positiver Weise) reagieren.

Eine depressive Frau macht ihren Mann auch depressiv, ein depressiver Mann hingegen hat diese Wirkung bei seiner Frau nicht.

Anders liegen die Dinge, wenn es um einen an Depression erkrankten Partner geht: Eine depressive Frau macht ihren Mann künftig auch depressiv, ein depressiver Mann hingegen hat diese Wirkung bei seiner Frau nicht. „We find that a wife’s depressive symptoms influence her husband’s future depressive symptoms but a husband’s depressive symptoms do not influence his wife’s future symptoms“ (41, S. 15). Diese Ergebnisse passen zu den Erkenntnissen aus einer sehr großen epidemiologischen Studie zur Kontagiosität von Emotionen: In der *Framington Heart Study* wurde das soziale Netz einer ganzen Kleinstadt mit über 12 000 Erwachsenen (30) untersucht. Hierbei zeigte sich eine höhere „Ansteckung“ für die Depressivität von Frauen im Vergleich zu Männern. Der Befund von Thomeer könnte sich also nicht nur in Ehen manifestieren, sondern gilt möglicherweise für Frauen ganz allgemein: Ihre emotionale Kontagiosität ist höher. Auch wurde gefunden, dass im Falle der Depression eines Ehepartners die Wahrscheinlichkeit, dass der andere auch Antidepressiva einnimmt, steigt: „If one partner starts to use antidepressants this increases the likelihood of uptake of antidepressant medication in the other partner“ (27, S. 1).

All denjenigen, die angesichts der hier dargestellten komplexen Befundlage und der möglicherweise noch komplexeren selber erlebten (dys)funktionalen Beziehungswirklichkeit mit einem Leben als Eremit liebäugeln, seien abschließend noch die bekannten Tatsachen zu den gesundheitlichen Folgen einer Trennung nahe gebracht. Wie man es auch dreht und wendet: Eine Scheidung geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für die Gesundheit einher. Die Mortalität nimmt zu (2, 12, 33, 34), nach einer neuen Studie aus Schweden bei Männern um 46% und bei Frauen um 27% verglichen mit verheirateten Menschen (11). Der Effekt zeigt sich auch im Hinblick auf einzelne Krankheiten. So ist die kardiovaskuläre Morbidität bei Geschiedenen höher und bei Verheirateten geringer als die von Singles (2). In-

fektionskrankheiten treten nach Scheidungen ebenfalls gehäuft auf (53).

Scheidung geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für die Gesundheit einher.

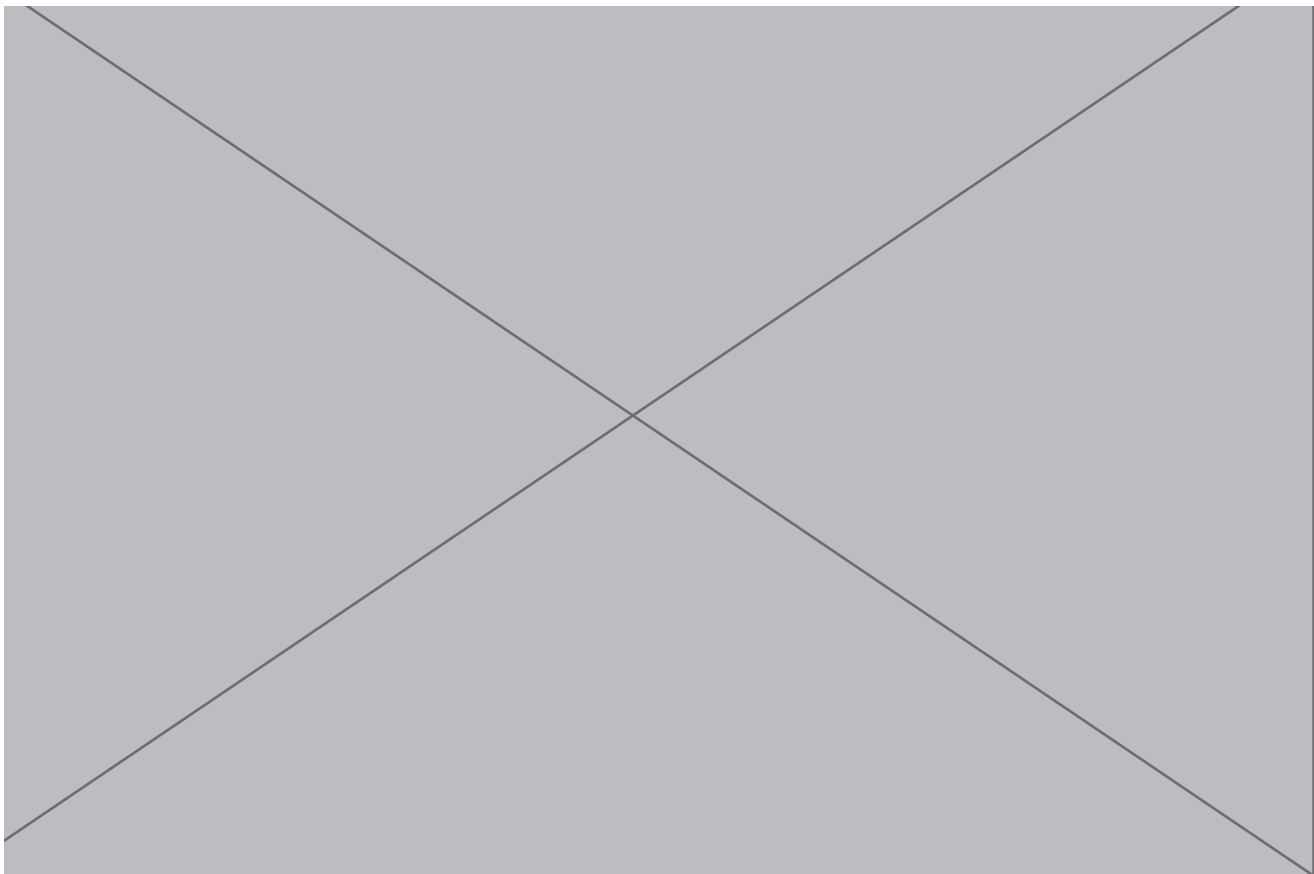
Trennung ist also auch keine Lösung für das Problem der Gesundheit in der Partnerschaft. Es ist ein schwieriges und komplexes Problem, das niemals endgültig gelöst, sondern täglich neu gelebt und durchlebt werden muss – am besten mit wechselseitiger Unterstützung!

Literatur

1. Albanese E, Matthews KA, Zhang J, Jacobs DR Jr, Whitmer RA, Wadley VG, Yaffe K, Sidney S, Launer LJ. Hostile attitudes and effortful coping in young adulthood predict cognition 25 years later. *Neurology* 2016; 86: 1227–1234.
2. Alviar CL, Rockman C, Guo Y, Adelman M, Berger J. Association of marital status with vascular disease in different arterial territories: a population based study of over 3.5 million subjects. *J Am Col Cardiol* 2014; 63: A1328.
3. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad is stronger than good. *Review of General Psychology* 2001; 5: 323–370.
4. Carr D, Cornman JC, Freedman VA. Marital quality and negative experienced well-being: An assessment of actor and partner effects among older married persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2016; 71: 177–187.
5. Carr D, Freedman VA, Cornman JC, Schwarz N. Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *J Marriage Fam* 2014; 76: 930–948.
6. Cherlin AJ. The deinstitutionalization of American marriage. *Journal of Marriage and Family* 2004; 66: 848–861.
7. Chung W, Kim R. Are married men healthier than single women? A gender comparison of the health effects of marriage and marital satisfaction in east Asia. *PLoS ONE* 2015; 10: e0134260.
8. Clare L, Nelis SM, Whitaker CJ, Martyr A, Markova IS, Roth I, Woods RT, Morris R. Marital relationship quality in early-stage dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2012; 26: 148–158.
9. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist* 2004; 59: 676–684.
10. Dinescu D, Turkheimer E, Beam CR, Horn EE, Duncan G, Emery RE. Is marriage a buzzkill? A twin study of marital status and alcohol consumption. *Journal of Family Psychology* 2016; 30: 698–707.
11. Donrovich R, Drefahl S, Koupil I. Early life conditions, partnership histories, and mortality risk for Swedish men and women born 1915–1929. *Soc Sci Med* 2014; 108: 60e67.
12. Dupre ME, George LK, Liu G, Peterson ED. Association between divorce and risks for acute myo-

- cardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2015; 8: 244e251.
13. Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 2014; 69: 482–492.
 14. Gunnar M, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology* 2007; 58: 145–173.
 15. Haase CM, Holley SR, Bloch L, Verstaen A, Levenson RW. Interpersonal emotional behaviors and physical health: A 20-year longitudinal study of long-term married couples. *Emotion* 2016; 16: 965–977.
 16. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine* 2010; 7(7): e1000316.
 17. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540–545.
 18. Iveniuk J, Waite LJ, McClintock MK, Teidt AD. Marital conflict in older couples: Positivity, personality, and health. *J Marriage Fam* 2014; 76: 130–144.
 19. Katz MJ, Derby CA, Wang C, Sliwinski MJ, Ezzati A, Zimmerman ME, Zwerling JL, Lipton RB. Influence of perceived stress on incident amnesic mild cognitive impairment: Results from the Einstein Aging Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2016; 30: 93–98.
 20. Kiecolt-Glaser JK, Bane C, Glaser R, Malarkey WB. Love, marriage, and divorce: Newlyweds' stress hormones foreshadow relationships changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 176–188.
 21. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin* 2011; 127: 472–503.
 22. Lindström M. Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. *Health Policy* 2009; 93: 172–179.
 23. Liu H, Reczek C. Cohabitation and US adult mortality: An examination by gender and race. *Journal of Marriage and Family* 2012; 74: 794–811.
 24. Liu H, Waite L. Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults. *J Health Soc Behav* 2014; 55: 403–423.
 25. Liu H, Waite L, Shen S. Diabetes risk and disease management in later life: A national longitudinal study of the role of marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2016; 71: 1070–1080.
 26. Martire LM, Schulz R, Helgeson VS, Small BJ, Saghafi EM. Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine* 2010; 40: 325–342.
 27. Monden CW, Metsä-Simola N, Saarioja S, Martikainen P. Divorce and subsequent increase in uptake of antidepressant medication: a Finnish registry-based study on couple versus individual effects. *BMC Public Health* 2015; 15: 158.
 28. Perry BL. Gendering Genetics: Social and biological contingencies in the protective effects of social integration for men and women. *American Journal of Sociology* 2016; DOI: 10.1086/685486.
 29. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2014; 140: 140–187.
 30. Rosenquist JN, Fowler JH, Christakis NA. Social network determinants of depression. *Mol Psychiatry* 2011; 16: 273–281.
 31. Rosenthal R. Media violence, antisocial behavior, and the social consequences of small effects. *Journal of Social Issues* 1986; 42: 141–154.
 32. Rosenthal R. How are we doing in soft psychology? *American Psychologist* 1990: 775–777.
 33. Sbarra DA, Law RW. Divorce and death: a meta-analysis and research agenda for clinical, social, and health psychology. *Perspect Psychol Sci* 2011; 6: 454e474.

Anzeige



34. Shor E, Roelfs DJ, Bugyi P, Schwartz JE. Meta-analysis of marital dissolution and mortality: re-evaluating the intersection of gender and age. *Soc Sci Med* 2012; 75: 46e59.
35. Slatcher RB. Marital functioning and physical health: Implications for social and personality psychology. *Social and Personality Psychology Compass* 2010; 4: 455–469.
36. Slatcher RB, Selcuk E. A social psychological perspective on the links between close relationships and health. *Current Directions in Psychological Science* 2017; 26: 16–21.
37. Slatcher RB, Selcuk E, Ong AD. Perceived partner responsiveness predicts diurnal cortisol profiles 10 years later. *Psychological Science* 2015; 26: 972–982.
38. Spitzer M. Einsamkeit – erblich, ansteckend, tödlich. *Nervenheilkunde* 2016; 35: 734–741.
39. Strohschein L. Do men really benefit more from marriage than women? *American Journal of Public Health* 2016; 106: e2–e2.
40. Taylor SE. Asymmetrical effects of positive and negative events: The mobilization-minimization hypothesis. *Psychological Bulletin* 1991; 110: 67–85.
41. Thomeer MB, Umberson D, Pudrovska T. Marital processes around depression: A gendered and relational perspective. *Soc Ment Health* 2013; 3: 151–169.
42. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992; 34: 907–917.
43. Umberson D, Chen MD, House JS, Hopkins K, Slaten E. The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? *American Sociological Review* 1996; 61: 837–857.
44. Umberson D, Montez. Social relationships and Health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior* 2010; 51: s54–66.
45. Umberson D, Williams K. Marital quality, health, and aging: Gender equity? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2005; 60: S109–S113.
46. Umberson D, Williams K, Powers DA, Liu H, Needham B. You make me sick: Marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior* 2006; 47: 1–16.
47. Wanic RA, Kulik. Toward an understanding of gender differences in the impact of marital conflict on health. *Sex Roles* 2011; 65: 297–312.
48. Whisman MA, Sbarra DA. Marital adjustment and interleukin-6 (IL-6). *Journal of Family Psychology* 2012; 26: 290–295.
49. Williams K. Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. *J Health Soc Behav* 2003; 44: 470–487.
50. Xu M, Thomas PA, Umberson D. Marital quality and cognitive limitations in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2016; 71: 165–176.
51. Zhang Z, Hayward MD. Gender, the marital life course, and cardiovascular disease in late midlife. *Journal of Marriage and Family* 2006; 68: 639–657.
52. Birditt KS, Newton NJ, Cranford JA, Ryan LH. Stress and negative relationship quality among older couples: Implications for blood pressure. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2016; 71: 775–785.
53. Nielsen NM, Davidsen RB, Hviid A, Wohlfahrt J. Divorce and risk of hospital-diagnosed infectious diseases. *Scand J Public Health* 2014; 42: 705e711.

Anzeige