

Soziale Isolation – Folgen, Ursachen und Handlungsansätze

Martin Hafen

1. Einleitung

Im Vergleich zu allen bisherigen Gesellschaftsformen leben die Menschen in den wohlhabenden Ländern der heutigen Zeit zunehmend isoliert. Das hat Auswirkungen. Nicht nur, dass sich soziale Isolation negativ auf das Wohlbefinden auswirkt; fehlende soziale Beziehungen machen das Auftreten unterschiedlicher Krankheiten wahrscheinlicher und verkürzen statistisch gesehen die Lebenszeit. So zeigen (Holt-Lundstad et al. 2010) in ihrer umfassenden Übersichtsarbeit, dass soziale Isolation ein ebenso relevanter Risikofaktor für die Gesundheit ist wie Rauchen oder massives Übergewicht (Adipositas). Nun gibt es aber auch Menschen, die generell lieber allein sind und auf soziale Kontakte freiwillig verzichten. Weiter gibt es solche, die wohl gerne mehr sozialen Kontakt hätten, aber gut damit umgehen können, wenn sich diese Kontakte nicht ergeben. Die Wirkung von sozialer Isolation als Risikofaktor für die psychische und körperliche Gesundheit eines Menschen scheint entsprechend von psychischen Einflussfaktoren abhängig. Im Vordergrund steht dabei das Gefühl der Einsamkeit, das in vielen Forschungsarbeiten in engen Zusammenhang mit sozialer Isolation gestellt und dem ein ungünstiger Einfluss auf die Gesundheit zugeschrieben wird (Elovainio et al. 2017).

In diesem Text geht es darum, sich aus einer interdisziplinären Perspektive mit unterschiedlichen Aspekten von sozialer Isolation und Einsamkeit zu befassen. Zuerst wird die Form der sozialen Isolation aus systemtheoretischer Perspektive näher bestimmt. Danach wird der Zusammenhang von sozialer Isolation und Gesundheit im Detail ausgeführt. In der Folge wird nach Erklärungen für den engen Zusammenhang von sozialer Isolation und Gesundheit gesucht. Und im letzten Kapitel rücken Handlungsansätze zur Reduktion von sozialer Isolation und Einsamkeit in den Fokus.

2. Soziale Isolation - systemtheoretisch

Die soziologische Systemtheorie (Luhmann 1994) wurde primär als Theorie sozialer Systeme konzipiert wurde, etabliert sich aber immer mehr auch als Theorie psychischer und körperlicher Systeme (Fuchs 2003/2005). Sie bietet damit eine gute Grundlage für eine theoretische Analyse der sozialen Isolation und ihrer Folgen für die Psyche und den Körper eines Menschen.¹ Die soziologische Systemtheorie zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Ebenen des Sozialen, des Psychischen und des Körperlichen analytisch strikt auseinanderhält. Auf jeder Ebene gibt es selbsterzeugende, selbstorganisierende (autopoietische) Systeme, die sich anhand ihrer spezifischen Operativität unterscheiden lassen. Die Operationen sozialer Systeme sind ausschliesslich die Kommunikationen. In andern Worten: Soziale Systeme reproduzieren sich dadurch, dass sie systemspezifische Kommunikationen aneinanderreihen und sich so von andern Systemen unterscheiden. Die psychischen Systeme wiederum grenzen sich durch ihre spezifische Operativität – die Wahrnehmungen, Gedanken und Vorstellungen – von ihrer Umwelt ab. Die Operativität der körperlichen Systeme schliesslich ergibt sich aus biologischen Prozessen. So bestehen die Operationen des Gehirns aus Verschaltungen von Nervenzellen und der Übertragung von elektrischen Reizen zwischen den verschalteten Zellen, wobei die Reize an den Schaltstellen (den Synapsen) biochemisch umgewandelt werden.

Die Trennung der Systemebenen resultiert in der Vorstellung, dass die Psyche und der Körper eines Menschen nicht in der Kommunikation vorkommen, sondern die relevante Umwelt der Kommunikation und damit der sozialen Systeme ausmachen. Etwas anders formuliert: Die Kommunikation operiert mit einer hohen Eigenständigkeit, ist aber zu jedem Zeitpunkt auf die Operativität in der relevanten psychischen und körperlichen Umwelt angewiesen. Das Gleiche bei der Psyche: Aus der Perspektive des psychischen Systems sind die sozialen Systeme eine hoch relevante Umwelt, denn es wäre nicht in der Lage, sich mit andern Psychen auszutauschen, wenn es keine Kommunikation gäbe. Trotzdem unterscheidet sich das psychische Geschehen grundsätzlich von der sozialen Operativität. Das lässt sich am Beispiel eines Seminars einfach illustrieren: Der Input einer Professorin und die nachfolgende Diskussion der Studierenden entspricht einer Abfolge von Kommunikationen, die nicht ganz, aber weitgehend unabhängig von Gedanken und Wahrnehmungen ist, die – vollkommen im Stillen – während der ganzen Veranstaltung gleichzeitig reproduziert werden. Relevant für die Kommunikation sind nur die Gedanken, die in Form von Äusserungen oder Verlautbarungen in die Kommunikation einfließen, aber dann keine Gedanken mehr sind, sondern Kommunikationen, die durch das soziale System verarbeitet werden. Diese Verarbeitung kann im Sinne der beteiligten Psyche geschehen; das ist aber keineswegs zwingend der Fall. Die Psyche ihrerseits ist genauso wenig in der Lage, in die Kommunikation hineinzudenken, wie die Kommunikation in die Psyche hineinkommunizieren kann. Jedes psychische System bestimmt – bewusst oder unbewusst – selbst, welche Informationen es der Unterrichtskommunikation abgewinnt. Faktoren wie Aufmerksamkeit, Interesse und Vorwissen prägen diese Informationsverarbeitung in entscheidendem Ausmass und unterstützen die systemtheoretische These, dass Information immer systemintern generiert und nicht eins zu eins von aussen übertragen werden kann.

Da der Mensch mit seinem Körper und seiner Psyche nicht Teil des Sozialen ist, sondern relevante Umwelt, stellt sich die Frage, wie die Systemtheorie den Einbezug des Menschen in die Kommunikation beschreibt. Hierfür stehen die Begriffe Person, soziale Adresse und Inklusion. Ausformuliert bedeutet

¹ Für eine anschauliche Einführung in die zentralen Aspekte der Systemtheorie vgl. Hafén (2013).

dies, dass ein Mensch als Person in ein soziales System inkludiert und mit einer sozialen Adresse versehen wird. Die Konsequenz dieser Überlegung ist, dass jeder Mensch in jedem sozialen System eine andere Person ist und mit einer systemspezifischen sozialen Adresse versehen wird. Person und soziale Adresse stehen für die Erwartungen, die an den Menschen im jeweiligen System gerichtet werden. So wird von der Professorin anderes erwartet als von den Studierenden. Das deutet darauf hin, dass die Rolle ein wichtiger Aspekt der sozialen Adresse ist. Andere Aspekte, die eine mehr oder weniger grosse Bedeutung spielen, sind der Name, das Aussehen, das Geschlecht, das Alter und weitere Faktoren, die einen Einfluss haben, ob und wie ein Mensch als Person in ein bestimmtes soziales System inkludiert wird.

Der Begriff *soziale Isolation* legt nun nahe, dass es sich um kommunikatives Geschehen respektive Nicht-Geschehen handelt. Soziale Isolation verweist aus der Perspektive der Systemtheorie auf eingeschränkte Inklusionsfähigkeit oder, um es anders zu fassen, auf eine erhöhte Betroffenheit von Exklusion (Hafen 2016). Exklusion wird dabei nicht als soziale Operation (z. B. in Form einer Kündigung oder von Mobbing) verstanden, sondern einfach als Nicht-Inklusion. Die Kündigung selbst ist eine Form von Inklusion, weil die betroffene Person ja für die Kommunikation als relevant erachtet wird; aber natürlich verfolgt sie das Ziel, die Inklusionsfähigkeit dieses Menschen in Hinblick auf die im Fokus stehende Arbeitsstelle zu eliminieren. Das wiederum kann weitere Exklusionen nach sich ziehen, z. B. aus dem Wirtschaftssystem, weil nach einer Kündigung das Geld knapp wird. Die eingeschränkte Inklusionsfähigkeit bedeutet entsprechend, dass den betroffenen Menschen trotz Bemühungen nicht gelingt, in sozialen Systemen Anschluss zu finden, weil ihre soziale Adresse (aus Sicht der jeweiligen Kommunikationssysteme) beschädigt ist. Erwerbslosigkeit ist dabei nur eine Form von Exklusion. Es gibt auch eingeschränkte Inklusionsfähigkeit im Privatbereich – etwa wenn man keine Freunde oder keinen Kontakt zur Kernfamilie hat. Erwerbslose und ältere Menschen sind darum überdurchschnittlich stark von sozialer Isolation betroffen, weil der wichtige Inklusionsbereich ‚Erwerbsarbeit‘ weggefällt und es im privaten Bereich nicht immer einfach ist, neue Inklusionsmöglichkeiten zu schaffen.

3. Soziale Isolation und Gesundheit

Körperliche und psychische Krankheiten entstehen in der Regel aus dem Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren, die einerseits im sozialen Umfeld der Individuen, andererseits aber auch im Körper und in der Psyche eines Menschen angesiedelt sind. Aus diesem Grund wird Gesundheit schon länger als biopsychosoziales Phänomen bezeichnet (Engel 1977). So entfaltet auch soziale Isolation ihre ungünstige Wirkung auf die Gesundheit nicht alleine, sondern im Zusammenspiel mit andern Einflussfaktoren. Im Vordergrund stehen dabei die psychischen Faktoren. Soziale Isolation wirkt als *wahrgenommene* Isolation und dann vor allem, wenn diese Wahrnehmung des Exkludiert-Seins oder der Qualität der Inklusion mit einer negativen Bewertung verbunden ist, was sich oft in Form des Gefühls der Einsamkeit manifestiert (Perman & Peplau 1981). Wir haben es bei sozialer Isolation entsprechend mit einem sozialen Risikofaktor zu tun, der im psychischen System eines Menschen einen weiteren Risikofaktor für die Gesundheit, die Einsamkeit, entstehen lassen kann. Einsamkeit entspricht in diesem Sinn der psychischen Beobachtung eingeschränkter Inklusionsfähigkeit mit Blick auf den Wunsch und die Möglichkeit einer verbesserten Anschlussfähigkeit. Diese Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit löst nach Wenger et al. (1996) negativen Stress aus, der in der Folge die körperliche und psychische Gesundheit beeinträchtigt. Zu beachten ist, dass die Einsamkeit auch wieder nur ein stressauslösender Faktor neben andern ist. So kann sich die soziale Isolation auch negativ auf psychische Schutzfaktoren wie den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit oder das Wohlbefinden auswirken, was das Aufkommen von Stress ebenfalls begünstigt. Im Gegensatz dazu ist eine gute soziale Einbettung ein Schutzfaktor gegen Stress, nicht zuletzt weil er die psychische Erwartung stärkt, bei Schwierigkeiten auf Unterstützung durch Freunde und Familie zählen zu können. Diese Schutzfaktoren begünstigen die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) eines Menschen und sind entsprechend für das Entstehen von Gesundheit und Krankheit ebenso bedeutend wie die Risikofaktoren (Hafen 2014, Bengel & Lyssenko 2012).

Der Einfluss von sozialer Isolation und Einsamkeit auf die Gesundheit ist empirisch umfassend belegt. Seit den späten 40er-Jahren des letzten Jahrhunderts liegen entsprechende Studien vor (Wenger et al. 1996), und jährlich kommen neue dazu. Nachfolgend werden einige der neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse kurz vorgestellt. Dabei wird der Blick nicht nur auf die soziale Isolation gelegt, sondern auch auf ihr Gegenstück, eine gut gelingende soziale Einbettung und damit verbundene Schutzfaktoren:

- Soziale Unterstützung stärkt das Immunsystem und reduziert dadurch das Auftreten von Entzündungen im Organismus. Weiter reduziert sie das Auftreten von Herz/Kreislaufproblemen und stärkt insgesamt die körperliche Widerstandskraft gegen Belastungen (Uchino 2006).
- Die individuelle Wahrnehmung, über genügend Geld zu verfügen, erhöht den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit und reduziert die Abhängigkeit von Sozialkontakten. Das verringert negative Effekte sozialer Isolation wie Einsamkeit, kann die Isolation aber gleichzeitig fördern, weil die finanzielle Unabhängigkeit die Notwendigkeit der Unterstützung durch andere reduziert (Spitzer 2009).
- Eine Übersichtsarbeit zu sozialer Isolation und Einsamkeit (Holt-Lunstad et al. 2015) zeigt, dass zwischen objektiver sozialer Isolation (durch Erhebung der Sozialkontakte sowie einer Analyse der sozialen Netzwerke einer Person) und der subjektiven Wahrnehmung der Isolation als Einsamkeit kein statistisch relevanter Unterschied festgestellt werden konnte.
- Soziale Isolation entfaltet ihre Wirkung als Risikofaktor für die Gesundheit nicht nur bei älteren Menschen, sondern bei allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern. Massnahmen zur Förde-

rung sozialer Beziehungen sollte sich entsprechend nicht auf ältere Bevölkerung beschränken und in allen professionellen Kontexten (Medizin, Soziale Arbeit, Pädagogik etc.) ergriffen werden (Holt-Lundstad et al. 2010).

- Prospektive Studien zeigen, dass Einsamkeit ein Prädiktor² für depressive Symptome, Schlafstörungen, Probleme bei der Bewältigung des Alltags, die Reduktion von körperlicher Aktivität, Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und der kognitiven Leistungsfähigkeit, erhöhten Blutdruck, Probleme mit den Blutgefäßen, erhöhte Adrenalinausschüttung, gehäufte Entzündungen und ein geschwächtes Immunsystem ist (Ye et al. 2012).
- Einsamkeit im Alter von fünf Jahren ist verbunden mit einem Mangel an Vertrauen, geringer Akzeptanz durch Gleichaltrige, häufigen negativen Reaktionen der Eltern, einer Tendenz zu Schuldgefühlen, tiefem Selbstwert und Passivität beim Spielen mit andern. Fünfjährige mit einem hohen Einsamkeitswert zeigen im Alter von 17 gehäuft depressive Symptome, sie gehen öfters zum Arzt und sie verfügen über eine durchschnittlich schlechtere Gesundheit als die 17-Jährigen, die im Alter von fünf nicht einsam waren (Qualter et al. 2013).
- Schwerhörigkeit bei Kindern erhöht die Wahrscheinlichkeit für spätere Isolation und Einsamkeit signifikant (WHO 2016).
- In einer weiteren Übersichtsarbeit (Steptoe et al. 2013) wurde der Einfluss von sozialer Isolation und Einsamkeit auf die Gesundheit untersucht. Dabei zeigte sich, dass sich die gesundheitliche Entwicklung und Mortalität von einsamen sozial isolierten Menschen, im Vergleich zu sozial isolierten Menschen, die sich nicht einsam fühlten, nicht unterschieden. Das Forschungsteam schliesst daraus, dass Massnahmen zur Verringerung frühzeitiger Sterblichkeit eher auf die Reduktion sozialer Isolation, als auf die Bekämpfung von Einsamkeit ausgerichtet sein sollten.
- Dieser Schlussfolgerung widersprechen die Autorinnen einer Studie zur sozialer Isolation und Einsamkeit bei Jugendlichen (Matthews et al. 2016). Sozial isolierte Jugendliche fühlten sich nicht zwingend einsam; ist dies jedoch der Fall, steigt die Anfälligkeit für Depressionen stark, was auch damit zusammenhänge, dass die genetische Prägung für Einsamkeit und Depression identisch sei. Entsprechend solle bei Jugendlichen nicht nur in Verringerung von sozialer Isolation, sondern auch in die Bekämpfung von Einsamkeit investiert werden.
- Einsamkeit hat einen engen Bezug zum Auftreten von Depressionen bei älteren Menschen. Weiter trägt sie zu einem erhöhten Blutdruck bei, führt zu Schlafproblemen, schwächt die Immunabwehr von Stress, beeinträchtigt die kognitive Leistungsfähigkeit und verringert das allgemeine Wohlbefinden (Ó Luanaigh & Lawlorz 2008).
- Einsamkeit wirkt sich massgeblich auf die kognitive Leistungsfähigkeit älterer Menschen aus, wengleich sich die Unterschiede in Folgeuntersuchungen abschwächen (McHugh et al. 2016).
- Soziale Isolation und Einsamkeit wirken sich auf die körperliche Funktionalität von älteren Menschen sowie auf ihre Fähigkeit aus, alltägliche Aufgaben zu übernehmen (Shankar et al. 2017).
- Menschen mit einer diagnostizierten Alzheimererkrankung sind überdurchschnittlich oft von sozialer Isolation, Einsamkeit und Halluzinationen betroffen, wobei soziale Isolation ein präziser Prädiktor für das Auftreten von Halluzinationen bei dieser Gruppe ist. Die Halluzinationen scheinen diesen Menschen einen Ausweg aus der Einsamkeit und der damit verbundenen Langeweile zu ermöglichen (El Haj et al. 2016).

² Das bedeutet, dass diese Probleme in der Zukunft mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit bei Menschen auftreten werden, die sich in der Gegenwart als einsam beschreiben.

- In der Schweiz sind vor allem betagte Menschen, insbesondere allein wohnende betagte Frauen, Personen mit tiefer Schulbildung und geringen finanziellen Mitteln, Migrantinnen und Migranten mit tiefem sozio-ökonomischem Status (Bildung, Wohlstand), Alleinerziehende, Personen nach einer psychischen Erkrankung, junge Männer sowie allein wohnende Personen (insbesondere Männer ohne Lebenspartnerin) überdurchschnittlich von sozialer Isolation betroffen. Im internationalen Vergleich schneidet die Schweiz in Hinblick auf die vorhandenen sozialen Ressourcen der Durchschnittsbevölkerung gut ab (Bachmann 2014).

Diese empirischen Befunde geben keinen umfassenden Überblick über den Stand der Forschung rund um soziale Isolation und Einsamkeit. Trotzdem liefern sie einige wichtige Erkenntnisse: Soziale Isolation und Einsamkeit haben einen beträchtlichen Einfluss auf das Entstehen von unterschiedlichen Krankheiten und die Sterblichkeit. Es handelt sich entsprechend um hochgradig relevante Risikofaktoren für die Gesundheit, wenngleich noch nicht ganz klar ist, welchen Einfluss die beiden Faktoren unabhängig voneinander haben. Weiter zeigen die Daten, dass das Gegenteil von sozialer Isolation – eine gut gelingende soziale Einbettung – eine schützende Wirkung auf die Gesundheit hat, was für die folgenden Überlegungen ebenfalls von Bedeutung ist.

4. Erklärungsansätze für den Zusammenhang von sozialer Isolation und Gesundheit

Im Folgenden geht es darum, aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven nach Erklärungen für die grossen Einfluss zu suchen, den soziale Isolation als Risikofaktor und gelingende soziale Einbettung als Schutzfaktor für die Gesundheit von Menschen haben. Ein erster Ansatz bietet die Evolutionstheorie (Harari 2013). Seit der Weiterentwicklung der Gattung ‚homo‘ von den Menschenaffen vor ca. sieben Millionen Jahren und der Entwicklung des homo sapiens vor ca. 300'000 Jahren war der Mensch lange Zeit nur in der Gruppe überlebensfähig. Aus der Gemeinschaft eines Clans ausgeschlossen zu werden, kam in der Regel einem Todesurteil gleich. Durch die Erfindung der Sprache vor rund 70'000 Jahren vergrösserten sich die Kommunikations- und damit auch die Handlungsmöglichkeiten der Menschen drastisch. Die Einzelmenschen waren sie aber nach wie vor darauf angewiesen, in einer grösseren Gemeinschaft (Familie, Haushalt, Religionsgemeinschaft etc.) Aufnahme zu finden, wenn sie überleben wollten. Eine zunehmend individualistische Lebensweise war für die grosse Mehrheit bis vor kurzem undenkbar. Sie wurde erst mit dem steigenden Wohlstand in den industrialisierten Ländern möglich, die den Menschen durch den Sozialstaat unabhängiger von seiner Herkunftsfamilie oder andern Gemeinschaften machte.

Es ist naheliegend, dass sich beim Einzelmenschen im Zuge der evolutionären Entwicklung stets Eigenschaften durchgesetzt haben, die seine soziale Einbettung begünstigt haben. So bestätigt die neurobiologische Forschung, dass der Mensch ein von Grund auf soziales Wesen ist und sich sein Gehirn im Zuge der Evolution entsprechend entwickelt hat. Ein Anzeichen dafür ist, dass eine positive soziale Resonanz (z. B. ein Lob oder eine Liebesbekundung) im Zentrum des Gehirns, dem limbischen System, durch die Ausschüttung entsprechender Neurotransmitter (Dopamin, Serotonin etc.) ein Wohlgefühl bis hin zur Euphorie bewirkt (Bauer 2006a). Bei sozialer Ausgrenzung und verletzenden Sozialkontakten wie im Fall von Mobbing wiederum werden die gleichen Hirnareale aktiviert, die uns auch körperlichen Schmerz wahrnehmen lassen (Bauer 2011). Der damit verbundene Stress führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für Depression und Suizidalität oder aber zu übermässiger Aggressivität. Wie grundsätzlich die Gattung Mensch auf Inklusion im Allgemeinen und positive emotionale Zuwendung im Besonderen angewiesen ist, zeigt sich am deutlichsten an kleinen Kindern: Kinder, die in den ersten Lebensjahren systematische emotionale Vernachlässigung oder Gewalt erleben, leiden im späteren Leben aufgrund dieser ‚adverse childhood experiences‘ mit einer stark erhöhten Wahrscheinlichkeit an diversen psychischen und körperlichen Krankheiten und werden öfters negativ sozial auffällig (Felitti 1998).

Die neurobiologischen Erkenntnisse zu den Auswirkungen frühkindlicher Stressbelastung durch unzureichende oder sehr ungünstige soziale Einbettung werden durch den immer wichtiger werdenden Forschungsbereich der Epigenetik, die Lehre der Genaktivierung, bestätigt (Bauer 2006b, Spork 2016). Die Epigenetik widerspricht der Annahme der Genetik, dass das soziale Umfeld eines Menschen keinen Einfluss auf die Aktivität seiner Gene hätte. Die entsprechenden Forschungen konnten in den letzten Jahrzehnten unter anderem zeigen, dass emotionale Zuwendung in der frühen Kindheit die spätere Stressresilienz beeinflusst. Durch die Zuwendung im Rahmen von verlässlichen Sozialkontakten wird im Laufe des ersten Lebensjahres ein Antistressgen freigeschaltet, das die Aktivitäten des Stressgens reguliert, über das jeder Mensch verfügt. Die Annahme ist, dass dieses Gen ohne diese Zuwendung deaktiviert bleibt, was zu einer erhöhten Stressanfälligkeit des betroffenen Menschen im späteren Leben führt (Bauer 2006b).

Die Erkenntnisse aus der Neurobiologie der Epigenetik erregen auch darum so viel Aufmerksamkeit, weil sie seit langem vorliegende Erkenntnisse aus der (Entwicklungs-)Psychologie und der Bindungstheorie mit den Methoden der naturwissenschaftlichen Forschung bestätigen. Die Bedeutung des Urvertrauens für die psychische Gesundheit im späteren Leben wird in der psychologischen Fachliteratur seit den ersten Arbeiten von Freud betont. Entsprechend werden die schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter mit ungenügender sozialer Einbettung in der ersten Lebensphase in Zusammenhang gebracht. Eine umfassende Bestätigung für die Bedeutung ungünstiger Inklusionsbedingungen in der frühen Kindheit findet sich auch in der grossen Übersichtsarbeit des Bindungsforscher Bowlby (1951), der zuhause der WHO nachwies, welche individuellen und gesellschaftlichen Folgen eine unzureichende Betreuung in der ersten Lebensphase hat. Die Forschung zur Bildung von Sozialkompetenz wiederum zeigt, dass auch hier die wichtigsten Grundlagen schon sehr früh gelegt werden (Simoni et al. 2008). So lassen sich schon im Alter von neun Monaten deutliche Unterschiede im Sozialverhalten und im Einfühlungsvermögen der Kinder aufzeigen. Diese Faktoren wiederum sind entscheidend für eine gelingende soziale Einbettung im späteren Leben, wobei entsprechende Lernprozesse natürlich auch später noch möglich sind. Insgesamt lässt sich sagen, dass die ersten Lebensjahre das Risiko für Isolation und Einsamkeit im späteren Leben zwar nicht festlegen, es aber – statistisch gesehen – doch merklich erhöhen.

Ein weiterer Erklärungsansatz für Isolation und Einsamkeit findet sich im Kontext von körperlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere Hörprobleme erschweren die Inklusion in soziale Systeme beträchtlich, wenn sie nicht mit den zur Verfügung stehenden technischen Mitteln beseitigt werden können. Hörprobleme werden aus der Perspektive Systemtheorie der relevanten körperlichen Umwelt eines Sozialsystems zugeordnet. Das System kann versuchen, sich diesen Umweltbedingungen anzupassen, etwa indem lauter gesprochen wird, wenn die schwerhörige Oma am Tisch sitzt. Da dies mit Aufwand verbunden ist, tendiert das System dazu, die Umweltbedingungen zu ignorieren, was die Inklusion der beeinträchtigten Person erschwert oder verunmöglicht. Wie die oben erwähnte WHO-Studie (2016) gezeigt hat, führt dies nicht nur bei älteren Menschen zu einem erhöhten Risiko für Isolation und Einsamkeit, sondern auch bei Kindern. Neben den Hörproblemen erschweren auch andere körperliche Beeinträchtigungen die Inklusion der Betroffenen in die Kommunikation. Zu denken wäre etwa an Blindheit, aber auch an Querschnittslähmungen und andere körperliche Defizite, welche die Mobilität beeinträchtigen. Weitere inklusionhemmende körperliche Faktoren sind krankheits- oder unfallbedingte Veränderungen der Haut (Psoriasis, Verbrennungen etc.), die insbesondere dann dramatische Folgen auf die soziale Einbettung haben können, wenn das Gesicht eines Menschen betroffen ist. Schliesslich ist auch an den negativen Einfluss von neurologischen Krankheiten wie Alzheimer und von psychischen Beeinträchtigungen wie einer Schizophrenie auf die Inklusionsfähigkeit der Betroffenen zu denken. Es ist nicht einfach zu eruieren, wie diese Menschen psychisch auf soziale Isolation reagieren, aber es zu vermuten, dass diese Isolation für sie nicht weniger oft zu negativen Gefühlen wie Einsamkeit führt als bei andern Menschen.

Da soziale Isolation kommunikatives Geschehen resp. Nichtgeschehen betrifft, finden sich auch in den Sozialwissenschaften Ansätze, mit denen sich das Phänomen beschreiben und erklären lässt. So können der Migrationshintergrund, die Hautfarbe und die Religionszugehörigkeit die Inklusionsfähigkeit eines Menschen negativ beeinflussen. Die impliziten und expliziten Anfeindungen, denen die Betroffenen im öffentlichen Raum und bisweilen auch im Kontakt zu den Behörden ausgesetzt sind, belasten ihre psychische Befindlichkeit in beträchtlichem Ausmass. Das kann dazu führen, dass diese Menschen soziale Kontakte im öffentlichen Raum nach Möglichkeit meiden, was die soziale Isolation fördert und

die Integration erschwert, insbesondere wenn noch Sprachprobleme dazu kommen. Auch der sozio-ökonomische Status wird immer mehr zu einem relevanten Faktor im Kontext der Inklusionsbedingungen. Die Beispiele dafür sind zahlreich, angefangen zur Bedeutung von Markenkleidern in der Schule, über das Geld, das für Freizeitaktivitäten aufgewendet werden muss bis hin zur Bedeutung des Bildungsstandes und des Einkommens der Eltern für die schulische und berufliche Karriere ihrer Kinder. Ist man diesbezüglich dieser Aspekte im Nachteil, führt dies nicht zwangsläufig zu sozialer Isolation, aber es erhöht das Risiko dafür. Bei Sozialhilfeabhängigen wiederum schränkt nicht nur das fehlende Geld die Inklusionsmöglichkeiten ein, sondern auch die individuell wahrgenommene und sozial kommunizierte Beschädigung der sozialen Adresse als ‚erwerbslos‘. Je bedeutender eine individualistische Lebensweise ist, desto wichtiger werden die positiven oder negativen Adressenmerkmale, die den einzelnen Menschen in unterschiedlichen sozialen Kontexten zugeschrieben bekommen. Die Mechanismen von sozialen Netzwerken wie Facebook dynamisieren diese Zuschreibung von Adressenmerkmalen weiter. Für einige wirkt sich das positiv auf die Inklusionsmöglichkeiten aus; denken wir an das Phänomen der Modebloggerinnen. Für andere wiederum schränkt es die Inklusionsmöglichkeiten ein oder es verleitet sie dazu, die Aufmerksamkeit extensiv auf virtuelle Lebenswelten mit viel günstigeren Inklusionsmöglichkeiten zu lenken, was die soziale Isolation in der ‚realen‘ Lebenswelt des Alltags fördern kann.

5. Mögliche Ansätze zur Reduktion von Isolation und Einsamkeit

Obwohl die einzelnen Erklärungsansätze im Rahmen eines Fachtextes bei weitem nicht im Detail ausgeführt werden können, zeigen sich doch eines: Die Zahl der Einflussfaktoren, die soziale Isolation und Einsamkeit als Risikofaktoren wahrscheinlicher oder als Schutzfaktoren unwahrscheinlicher machen, ist riesig. Positiv formuliert bedeutet dies, dass viele Möglichkeiten bestehen, soziale Isolation und Einsamkeit zu reduzieren. Eher negativ gefasst heisst es, dass die Vielfalt der Einflussfaktoren die Bedeutung einzelner Faktoren relativiert und dass eine erfolgreiche Reduktion eines Risikofaktors noch lange keine Reduktion der sozialen Isolation zur Folge haben muss. Zu gross ist die Bedeutung anderer Faktoren und zu komplex ist ihr Zusammenspiel, das letztlich dazu führt, dass Menschen sozial isoliert oder sozial gut eingebettet sind. Aus diesem Grund sollen hier auch keine detaillierten Handlungsmöglichkeiten ausgeführt, sondern grundsätzliche Handlungsbereiche aufgezeigt werden, die für die Reduktion von sozialer Isolation von besonderer Bedeutung sind. Zu betonen ist, dass entsprechende Massnahmen bei weitem nicht nur die soziale Isolation reduzieren, sondern in vielen Hinsichten günstige Auswirkungen haben. In allen Handlungsbereichen sollte den Bevölkerungsgruppen besondere Beachtung geschenkt werden, die in erhöhtem Mass von sozialer Isolation betroffen sind, insbesondere sozial benachteiligten Familien, Erwerbslosen, Menschen mit einer körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung und älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern.

Der erste und wohl wichtigste Handlungsbereich liegt in der frühen Kindheit. Wie oben angedeutet, sind die Entwicklungsbedingungen in der frühen Kindheit von entscheidender Bedeutung für den Lebensverlauf eines Menschen. Die Resilienzforschung belegt zwar, dass auch Kinder, die in ungünstigen Verhältnissen aufwachsen, ein gutes Leben führen können (Werner & Smith 1992). Statistisch gesehen ist es aber doch so, dass Kinder aus schwierigen Verhältnissen mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit ein Leben in Benachteiligung führen. So beeinträchtigt eine Kindheit unter dem Einfluss sozialer Benachteiligung den Schulerfolg, was Einfluss auf die Bildungsabschlüsse, die berufliche Karriere und das Lebenseinkommen hat. Das wiederum wirkt sich negativ auf die Gesundheit und die Lebenserwartung aus. So zeigt der Ungleichheitsforscher Marmot (2010) anhand einer gross angelegten Studie aus Grossbritannien, dass die zehn Prozent der Bevölkerung mit den tiefsten Bildungsabschlüssen und dem geringsten Einkommen im Vergleich zu den privilegiertesten zehn Prozent im Durchschnitt zehn Jahre weniger lang leben und eine viel längere Zeit ihres Lebens unter chronischen Krankheiten leiden. Die erste Empfehlung in seinem Bericht lautet ‚Give every child the best start in life‘. Die meisten, aber nicht alle Familien sind in der Lage, ihren Kindern den besten Start ins Leben zu ermöglichen. Zudem verändert sich die Sozialform ‚Familie‘, was auch damit zusammenhängt, dass die Frauen zunehmend erwerbstätig sind. Aus diesen Gründen braucht es eine funktionierende Grundversorgung an qualitativ hoch stehender familienergänzender Kinderbetreuung und weitere Angebote im Kontext der Frühen Förderung resp. der Frühen Hilfen (Väter-/Mütterberatung, medizinische Betreuung, Angebote der Sonderförderung, Sozialberatung, sozialpädagogische Familienbegleitung etc.). Da ein solches Angebot dazu beiträgt, unterschiedliche soziale und gesundheitliche Probleme zu verhindern, ist eine umfassende Strategie im Frühbereich sowohl sozial- als auch gesundheits-, integrations- und wirtschaftspolitisch von Bedeutung (Hafen 2017). Wenn die hohen Kosten als Argument gegen eine solche Strategie vorgebracht werden, dann kann auf die umfassenden Kosten/Nutzen-Analysen zu Angeboten der Frühen Förderung verwiesen werden, die in den USA und andern Staaten seit vielen Jahren vorliegen (Heckman &

Masterov 2007). Diese Analysen zeigen, dass gerade Unterstützungsangebote, die sich an sozial benachteiligte Familien richten, in hohem Mass kosteneffizient sind. Aber auch bei Angeboten für die allgemeine Bevölkerung kann von einem Kosten/Nutzen-Verhältnis von 1:2 bis 1:3 ausgegangen werden – unter anderem weil der Schulerfolg von Kindern grösser ist, die in der Vorschulzeit eine Kindertagesstätte besuchten (Schlotter & Wößmann).

Ein zweiter Handlungsbereich, der etwas spezifischer auf die Verhinderung von sozialer Isolation und Einsamkeit ausgerichtet ist, ist die Förderung von Gemeinschaftsaktivitäten im Sinne der WHO-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986). Auch hier geht es weniger um die Förderung von Einzelaktivitäten als um die Bereitstellung von gemeinschaftsförderlichen Rahmenbedingungen im Rahmen von Landschaftsgestaltung, Verkehrspolitik und der Konzeption von Wohnsiedlungen. So zeigt eine umfassende Untersuchung aus der Schweiz (Hüttenmoser 1997), dass Kinder, die im Alter von drei bis fünf Jahren ohne Begleitung einer erwachsenen Person draussen spielen können, sich nicht nur sehr viel mehr bewegen, sondern auch ein Vielfaches an regelmässigen Sozialkontakten aufweisen (was im Übrigen auch für ihre Eltern gilt). Entsprechende Massnahmen sind wiederum vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen von Bedeutung und dienen bei weitem nicht nur der Bekämpfung von sozialer Isolation, sondern ganz generell der Prävention von Armutfolgen (Hafen 2011). Neben diesen strukturellen Rahmenbedingungen kann der soziale Zusammenhalt auch durch professionelle Aktivitäten im Kontext der Sozialpädagogik, der soziokulturellen Animation, der Gemeinwesenentwicklung etc. gefördert werden. Diese Aktivitäten entsprechen einer Form von sozialer Arbeit, die darauf ausgerichtet ist, die soziale Isolation gerade benachteiligter Bevölkerungsschichten zu verringern, wobei die Partizipation und die Befähigung (das Empowerment) der jeweiligen Zielgruppen im Fokus steht und in der Regel für sozial Benachteiligte besondere Beteiligungsstrategien notwendig sind (Ravensbergen & Vanderplaat 2009). Schliesslich ist zu beachten, dass die bestehenden gemeinschaftsförderlichen Angebote (z. B. im Kontext des Vereinslebens) nicht konkurriert, sondern nach Möglichkeit in die Aktivitäten eingebunden werden.

Der dritte Handlungsbereich, der hier erwähnt werden soll, betrifft die Steuerpolitik. Seit vielen Jahren geht die Schere zwischen den Ärmsten und den Reichsten in vielen Ländern auseinander (Piketty 2014). Solche umfassenden gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben sich immer aus einer Vielzahl von Einflussfaktoren. Es ist aber unbestritten, dass ein internationaler und gar intranationaler Steuerwettbewerb nicht nur die internationale und nationale Solidarität untergräbt, sondern auch die Unterschiede zwischen sozial benachteiligten und privilegierten Bevölkerungsschichten erhöht. Die Kompensation der ausfallenden Steuereinnahmen (z. B. durch Erhöhung der Kosten für Güter und Dienstleistungen des Alltagsbedarfs) erfolgt vor allem zu Lasten der benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Auch Streichungen im Bereich der Bildung, der Sozialhilfe und Gesundheit betreffen die sozioökonomisch schwächer Gestellten in erhöhtem Ausmass und verstärken ihre Vulnerabilität gegenüber sozialen und gesundheitlichen Problemen, die sich bei weitem nicht nur, aber auch aus sozialer Isolation und daraus resultierender Einsamkeit ergeben. Denkt man schliesslich an die Auswirkungen, welche die zunehmende Digitalisierung der Arbeitswelt (Industrialisierung 4.0) mit sich bringt und noch bringen wird, dann stellt sich nicht nur die Frage nach der Zukunft des jetzigen Sozialstaats. Vielmehr werden neue, weiter gehende Modelle gefragt sein, mit denen die Grundbedürfnisse immer grösserer Bevölkerungsschichten gesichert werden können. Das garantierte Grundeinkommen ist nur eines dieser Modelle, die finanziert werden müssen und auch können – möglicherweise durch eine international durchgesetzte Kapitalgewinnsteuer oder eine allgemeine Besteuerung von Finanztransaktionen (die sogenannte Tobin-Steuer).

6. Abschliessende Bemerkungen

Wir haben gesehen, dass soziale Isolation für sich und in Kombination mit dem Gefühl der Einsamkeit ein Risikofaktor für die Entstehung von unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Problemen ist und sogar die Lebenserwartung negativ beeinflusst. Es lassen sich Forschungsergebnisse und theoretische Überlegungen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen anführen, die in Richtung einer zentralen Erklärung für diesen Befund hinauslaufen: Der Mensch ist ein durch und durch soziales Wesen. Ein weit gehender Ausschluss aus sozialen Zusammenhängen (Exklusion) und ungünstige Inklusionsbedingungen wie im Fall von Mobbing löst massiven Stress aus, was seine körperliche und psychische Gesundheit gefährdet. Da soziale Isolation nur einer von zahlreichen stressauslösenden Faktoren ist und wiederum ganz viele Faktoren das Entstehen von sozialer Isolation begünstigen, gibt es keine einfachen Handlungsanweisungen zur Reduktion von sozialer Isolation. Klar ist, dass die entsprechenden Strategien nicht nur auf die soziale Isolation und die Einsamkeit fokussieren sollten, sondern auch weitere Risikofaktoren wie sozioökonomische Benachteiligung, ungesunde Lebensstile und ein tiefes Wohlbefinden angehen (Elovanio et al. 2017). Je grundsätzlicher diese Strategien angesetzt werden, desto mehr Wirkung versprechen sie. Die drei hier skizzierten Handlungsbereiche – eine zeitgemässe Familienpolitik, die Förderung von Gemeinschaftsaktivitäten und eine gleichheitsförderliche Steuerpolitik – geben eine Vorstellung davon, wie komplex und anforderungsreich solche grundsätzlichen Strategien sind. Sie lassen auch vermuten, dass sie trotz aller wissenschaftlichen Fundierung politisch auf Widerstand stossen werden. Gerade in einer Demokratie sollte das erst Recht ein Anlass sein, sich für ihre Umsetzung stark zu machen.

Angaben zum Autor

Martin Hafen, Prof. Dr. phil., Soziologe und Sozialarbeiter, arbeitet seit 2001 als Dozent und Projektleiter an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit am Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention. Seine thematischen Schwerpunkte sind soziologische Systemtheorie, Präventions- und Gesundheitssoziologie – in den letzten Jahren mit einem besonderen Fokus auf den Frühbereich als Handlungsfeld der Prävention. In seiner Dissertation entwickelte Martin Hafen auf der Grundlage der soziologischen Systemtheorie nach Niklas Luhmann eine themenunspezifische Reflexionstheorie der Prävention. Weitere Publikationen sind dem Gesundheitsbegriff, einem Vergleich von Gesundheitsförderung und Nachhaltiger Entwicklung sowie der Sozialen Arbeit in der Schule gewidmet. Kontakt: martin.hafen@hslu.ch

7. Literatur

- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Obsan.
- Bauer, J. (2006a): *Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Bauer, J. (2006b). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. 8. Auflage. Frankfurt: Piper.
- Bauer, J. (2011): *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. München: Blessing.
- Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu den psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA.
- Bowlby, J. (1951): *Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children*. Geneva: World Health Organization
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived Social Isolation and Cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 10), 447–454.
- El Haj, M.; Jardri, R., Larøi, F., & Antoine, P. (2016). Hallucinations, loneliness, and social isolation in Alzheimer's disease. *Cognitive Neuropsychiatry*, Doi: 10.1080/13546805.2015.1121139
- Elovainio, M., Hakulinen, Ch., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet*, 7, e260-266.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Felitti, V. J. et al (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Fuchs, P. (2003). *Der Eigen-Sinn des Bewußtseins. Die Person, die Psyche, die Signatur*. Bielefeld: transcript.
- Fuchs, P. (2005). Die Form des Körpers. In: M. Schroer (Hrsg.), *Soziologie des Körpers* (S. 48-72). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hafen, M. (2011). Quartierentwicklung und Prävention von Armutsfolgen. In: Caritas (Hrsg.), *Sozialalmanach 2012. Schwerpunkt 'Arme Kinder'* (S. 188-197). Luzern: Caritas-Verlag.
- Hafen, M. (2013): *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg: Carl Auer
- Hafen, M. (2014). Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive, *Prävention*, 01, 2-7.
- Hafen, M. (2015). Exklusion – systemtheoretisch. Ein Konzept an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft. *SozialAktuell*, 3, 14-16.
- Hafen, M. (2017). Prävention in der ersten Lebensphase. Frühe Förderung als gesundheits-, sozial- und integrationspolitische Investition. *Padiatriva*, 28, 3, 35-37.
- Harari, Y. N. (2013). *Eine kurze Geschichte der Menschheit*. München: DVA.
- Heckman, J.; Masterov D. (2007): The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economic*, 29, 3, 446–493.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7, e1000316.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Tyler, H., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 2, 227-237.

- Hüttenmoser, Marco (1995). Children and Their Living Surroundings: Empirical Investigations into the Significance of Living Surroundings for the Everyday Life and Development of Children. *Children's Environments*, 12, 4, 403-413
- Luhmann, N. (1994). *Soziale Systeme – Grundriss einer allgemeinen Theorie* (5. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in england post-2010*. www.ucl.ac.uk/marmotreview.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 339-348.
- McHugh, J. E., Kenny, R. A., Lawlorz, B. A., Steptoe, A., & Kee, F. (2016). The discrepancy between social isolation and loneliness as a clinically meaningful metric: findings from the Irish and English longitudinal studies of ageing (TILDA and ELSA). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, DOI: 10.1002/gps.4509.
- Ó Luanaigh, C. & Lawlorz, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Perlman, D. & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships 3: Personal relationships in disorder* (pp. 31-43). London, UK: Academic Press.
- Piketty, T. (2014). *Capital in the Twenty-First Century*. Cambridge, MA/London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Qualter, P., Brown, S. L., Rotenberg, K.J., Vanhalst, J., Harris, R. A., Goossens, L., ... & Munn, P. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *Journal of Adolescence*, 36, 1283–1293.
- Ravensbergen, F. & VanderPlaat, M. (2010). Barriers to citizen participation: the missing voices of people living with low income. *Community Development Journal*, 45, 4, 389–403.
- Schlotter, M. & Wößmann, L. (2010). *Frühkindliche Bildung und spätere kognitive und nicht-kognitive Fähigkeiten: Deutsche und internationale Evidenz*, Ifo Working Paper, No. 91. München: Institute for Economic Research at the University of Munich.
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36, 2, 179-187.
- Simoni, H.; Herren, J.; Kappeler, S.; Licht, B. (2008). Frühe soziale Kompetenz unter Kindern. In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten* (S. 15-34). Stuttgart: Kohlhammer
- Spitzer, M. (2009). Das Geld, die Einsamkeit und der Schmerz. *Nervenheilkunde*, 28, 555-558.
- Spork, Peter (2016). *Der zweite Code. Epigenetik oder: Wie wir unser Erbgut steuern können*. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110, 15, 5797-5801.
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 4, 377-387.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Renement. *Ageing and Society*, 16, 3, 333-358.
- Werner, E. & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. Ithaca/London: Cornell University Press.
- World Health Organization WHO (eds.) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa (WHO).
- World Health Organization WHO (eds.) (2016). *Childhood Hearing Loss. Strategies for prevention and care*. Geneva: WHO.

Ye, L., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 907-914.