

Erleben und Verhalten bei Angehörigen von Menschen mit Demenz in Konfliktsituationen

**Zusammenhänge zwischen Ärgererleben, Ärgerreaktionen
und weiteren Einflussfaktoren**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München**

vorgelegt von

Michael Wenz

München, 2012

Erstgutachter: Prof. Dr. Siegfried Hoefling

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dieter Frey

Datum der mündlichen Prüfung: 25. 06. 2012

Danksagung

Zuallererst möchte mich ganz herzlich bei allen Angehörigen bedanken, die trotz ihrer großen Belastungen an der hier vorliegenden Untersuchung teilgenommen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Siegfried Hoefling, der mein Forschungsvorhaben von Anfang an mit großem Interesse für das Thema unterstützt hat und mir über den ganzen Prozess von der Entwicklung erster Ideen und Hypothesen bis zur Endversion der Arbeit immer wieder wertvolle und weiterführende Anregungen gab.

Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Dieter Frey und Herrn Prof. Dr. Josef Brüderl für die Bereitschaft bedanken, sich als Zweitgutachter bzw. Mitglieder der Prüfungskommission mit der Arbeit auseinanderzusetzen.

Herrn Dr. med. Friedemann Müller danke ich für die Möglichkeit der Datenerhebung im Alzheimer Therapiezentrum der Schön Klinik Bad Aibling. Mein Dank gilt auch dem gesamten Team des Alzheimer Therapiezentrums für die kontinuierliche Unterstützung und gute Zusammenarbeit während des Entstehens der vorliegenden Arbeit. Besonders hervorheben möchte ich Frau Dr. phil. Barbara Romero, die mich über all die Jahre als Mentorin begleitet und gefördert hat und die mir bei der Organisation der Datenerhebung eine wertvolle Hilfe war.

Außerdem bin ich Herrn Dipl.-Statistiker Armin Monecke vom Statistischen Beratungslabor der LMU München zu großem Dank für die absolut hilfreiche Beratung im Bereich Statistik und die geduldige Einführung in die Strukturgleichungsmodellierung verpflichtet.

Bei meinen Eltern möchte ich mich dafür bedanken, dass sie die Voraussetzungen für meinen bisherigen Lebensweg geschaffen haben und mich auch während dieser Arbeit fortlaufend unterstützt haben.

Meine Frau Dr. phil. Tina Theml war als zweite Auswerterin und Diskussionspartnerin an den qualitativen Studien beteiligt und hat mich während des gesamten Arbeitsprozesses mit fachlichem Rat, emotionaler Unterstützung und viel Geduld begleitet. Dafür danke ich ihr von ganzem Herzen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. ZUSAMMENFASSUNG	8
2. EINLEITUNG	10
3. THEORETISCHER TEIL	12
3.1 Demenzerkrankungen und ihre Folgen für die Angehörigen	12
3.1.1 Fakten und Daten zum Thema Demenzen	12
3.1.1.1 Definition nach ICD-10	12
3.1.1.2 Verschiedene Demenzformen	13
3.1.1.3 Verlauf von Demenzerkrankungen und Stadien der Demenz	16
3.1.1.4 Prävalenz und Inzidenz	17
3.1.1.5 Diagnostik von Demenzen	18
3.1.1.6 Behandlungsmöglichkeiten von Demenzen	19
3.1.1.7 Risikofaktoren und Prävention	20
3.1.1.8 Versorgungssituation in Deutschland	20
3.1.2 Belastungen der Angehörigen von Menschen mit Demenz	21
3.1.2.1 Ergebnisse der Belastungsforschung	22
3.1.2.2 Ein Modell zur Belastung von Angehörigen	27
3.2 Ärger und Ärgerreaktionen: Ergebnisse der Emotionsforschung	30
3.2.1 Was ist Ärger?	31
3.2.1.1 Kategoriale und dimensionale Modelle	31
3.2.1.2 Komponenten der Ärgerreaktion	31
3.2.1.3 Abgrenzung zu verwandten Konstrukten	34
3.2.2 Wodurch wird Ärger ausgelöst?	36
3.2.2.1 Personenmerkmale	36
3.2.2.2 Auslösende Situationen	36
3.2.2.3 Kognitive Prozesse	37
3.2.3 Ein Modell zu Ärgerreaktionen und ihren Auslösern	39
3.2.4 Welche kognitiven, sozialen und gesundheitlichen Folgen haben Ärgerreaktionen?	40
3.3 Ärger bei Angehörigen von Menschen mit Demenz	42
3.3.1 Ergebnisse der Ärgerforschung bei Angehörigen von Menschen mit Demenz	42
3.3.1.1 Studien zu Ärgerreaktionen und Zusammenhängen mit anderen Variablen	42
3.3.1.2 Studien zu ungünstigem Verhalten Angehöriger gegenüber dem Erkrankten	47
3.3.2 Ärger und seine Folgen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz: Ein Modell	49
4. EMPIRISCHER TEIL	52
4.1 Studie 1	52
4.1.1 Fragestellung und Hypothesen	52
4.1.1.1 Fragestellungen: Zusammenhänge zwischen Ärgererleben und Ärgerreaktionen und Einflüsse weiterer Faktoren auf diese Variablen	53
4.1.1.2 Hypothesen:	54
4.1.1.2.1 Hypothese 1: Ärgererleben und Ärgerreaktionen	54
4.1.1.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Attributionen	54
4.1.1.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben und Schwankungen des Verhaltens bei den Betroffenen	55
4.1.1.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, Attributionen und Symptomatik der Betroffenen	56
4.1.1.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Attributionen und Schweregrad sowie Dauer der Erkrankung	57
4.1.1.2.6 Hypothese 6: Ärgererleben und Alter sowie Ausbildung der Angehörigen	57
4.1.1.2.7 Hypothese 7: Ärgererleben und Geschlecht der Angehörigen	58
4.1.1.2.8 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Beziehungsqualität	58
4.1.1.2.9 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Belastung sowie Depressivität	59

4.1.1.2.10 Hypothese 10: Ärgererleben und soziale Unterstützung	60
4.1.1.2.11 Hypothese 11: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und subjektive Kompetenz der Angehörigen	60
4.1.1.2.12 Hypothese 12: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit der Angehörigen	61
4.1.1.2.13 Hypothese 13: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Bewältigungsstrategien der Angehörigen	62
4.1.1.2.14 Hypothese 14: Einfluss sozialer Erwünschtheit	62
4.1.1.2.15 Hypothese 15: Zusammenhang zwischen quantitativ und qualitativ ermittelten Ärgerwerten	63
4.1.2 Untersuchungsinstrumente	64
4.1.2.1 Quantitative Untersuchung	64
4.1.2.1.1 Ärgerzustand / Ärgererleben	64
4.1.2.1.2 Günstiges vs. ungünstiges Verhalten der Angehörigen	65
4.1.2.1.3 Attributionen	65
4.1.2.1.4 Symptome/ Verhaltensauffälligkeiten der Betroffenen	65
4.1.2.1.5 Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen	66
4.1.2.1.6 Dauer der Erkrankung	66
4.1.2.1.7 Schweregrad der Demenz	66
4.1.2.1.8 Beziehungsqualität	67
4.1.2.1.9 Belastung der Angehörigen & Resentment/Groll	67
4.1.2.1.10 Depressivität	67
4.1.2.1.11 Soziale Unterstützung	68
4.1.2.1.12 Subjektiv wahrgenommene Kompetenz der Angehörigen im Umgang mit den Erkrankten	68
4.1.2.1.13 Persönlichkeit der Angehörigen	68
4.1.2.1.14 Bewältigungsstrategien der Angehörigen	69
4.1.2.1.15 Soziale Erwünschtheit	70
4.1.2.1.16 Demographische Daten	70
4.1.2.2. Qualitative Untersuchung	70
4.1.2.2.1 Aggressiver Affekt	70
4.1.3 Datenerhebung	71
4.1.4 Stichprobe	71
4.1.5 Statistik	73
4.1.5.1 Deskriptive Statistik und Korrelationsberechnungen	73
4.1.5.2 Strukturgleichungsmodellierung	74
4.1.5.2.1 Grundlagen	74
4.1.5.2.2 Güteprüfung der Modelle	76
4.1.6 Ergebnisse	78
4.1.6.1 Gütebeurteilung Strukturgleichungsmodell Studie 1	78
4.1.6.2 Beurteilung der einzelnen Hypothesen	83
4.1.6.2.1 Hypothese 1: Ärgererleben und Ärgerreaktionen	83
4.1.6.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Attributionen	85
4.1.6.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben und Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen	86
4.1.6.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, Attributionen und Symptome der Betroffenen	87
4.1.6.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Ärgerreaktionen, Attributionen und Schweregrad / Krankheitsdauer	89
4.1.6.2.6 Hypothese 6: Ärgererleben und Alter sowie Ausbildung der Angehörigen	90
4.1.6.2.7 Hypothese 7: Ärgererleben und Geschlecht	90
4.1.6.2.8 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Beziehungsqualität	91
4.1.6.2.9 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Belastung sowie Depressivität	93
4.1.6.2.10 Hypothese 10: Ärgererleben und soziale Unterstützung	96
4.1.6.2.11 Hypothese 11: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und subjektiv wahrgenommene Kompetenz	97
4.1.6.2.12 Hypothese 12: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit der Angehörigen	98
4.1.6.2.13 Hypothese 13: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Bewältigungsstrategien der Angehörigen	99
4.1.6.2.14 Hypothese 14: Einfluss sozialer Erwünschtheit	102
4.1.6.2.15 Hypothese 15: : Zusammenhang zwischen quantitativ und qualitativ ermittelten Ärgerwerten	104
4.2 Diskussion Studie 1	107
4.3 Studie 2	118
4.3.1 Fragestellungen und Hypothesen	118
4.3.1.1 Fragestellung 1: Zusammenhänge zwischen Attributionen und Ärgerreaktionen der Angehörigen	118
4.3.1.2 Hypothesen Fragestellung 1	120
4.3.1.2.1 Hypothese 1: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und ungünstige Attributionen	120

4.3.1.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, ungünstige Attributionen, nicht-kognitive Symptome und Schwankungen der Symptomatik	120
4.3.1.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben, Schweregrad und Dauer der Erkrankung und günstige Attributionen	120
4.3.1.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, ungünstige Attributionen und Resentment/Groll sowie Belastung	121
4.3.1.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Ärgerreaktionen, ungünstige Attributionen und Ärgerneigung im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft	121
4.3.1.3 Fragestellung 2: Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften und Ärgerreaktionen der Angehörigen	122
4.3.1.4 Hypothesen Fragestellung 2	122
4.3.1.4.1 Hypothese 6: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit	122
4.3.1.5 Fragestellung 3: Zusammenhänge zwischen situationsbezogenen Bewältigungsstrategien und Ärgerreaktionen der Angehörigen	123
4.3.1.6 Hypothese Fragestellung 3	125
4.3.1.6.1 Hypothese 7: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und situative Bewältigungsstrategien	125
4.3.1.7 Fragestellung 4: Zusammenhänge zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Ärgerreaktionen der Angehörigen	125
4.3.1.8 Hypothese Fragestellung 4	126
4.3.1.8.1 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und soziale Unterstützung	126
4.3.1.9 Fragestellung 5: Untersuchung von Geschlechtsunterschieden in Bezug auf Ärgererleben und Verhaltensreaktionen	127
4.3.1.10 Hypothese Fragestellung 5	127
4.3.1.2.10.1 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Geschlecht	127
4.3.2 Forschungsfragen der qualitativen Untersuchung	128
4.3.3 Untersuchungsinstrumente	129
4.3.3.1 Quantitative Untersuchung	129
4.3.3.1.1 Ärger und Ärgerreaktionen	129
4.3.3.1.2 Ärgerdisposition	130
4.3.3.1.3 Symptome/ Verhaltensauffälligkeiten der an Demenz Erkrankten	130
4.3.3.1.4 Attributionen und wahrgenommene Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen	130
4.3.3.1.5 Dauer der Erkrankung	131
4.3.3.1.6 Schweregrad der Demenz	131
4.3.3.1.7 Belastung der Angehörigen und Resentment/Groll	131
4.3.3.1.8 Soziale Unterstützung	131
4.3.3.1.9 Bewältigungsstrategien in kritischen Situationen	132
4.3.3.1.10 Persönlichkeit	133
4.3.3.1.11 Soziale Erwünschtheit	133
4.3.3.1.12 Demographische Daten	134
4.3.3.2 Qualitative Untersuchung	134
4.3.3.2.1 Problemzentriertes Interview	134
4.3.4 Datenerhebung	136
4.3.5 Stichprobe	136
4.3.6 Statistik	138
4.3.7 Ergebnisse	139
4.3.7.1 Gütebeurteilung Strukturgleichungsmodell Studie 2	139
4.3.7.2 Beurteilung der einzelnen Hypothesen	144
4.3.7.2.1 Hypothese 1: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und ungünstige Attributionen	145
4.3.7.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, ungünstige Attributionen, nicht-kognitive Symptome der Betroffenen und Schwankungen der Symptomatik	146
4.3.7.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben, Schweregrad und Dauer der Erkrankung und günstige Attributionen	148
4.3.7.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, ungünstige Attributionen und Resentment/Groll sowie Belastung	150
4.3.7.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Ärgerreaktionen, ungünstige Attributionen und Ärgerneigung	151
4.3.7.2.6 Hypothese 6: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit	152
4.3.7.2.7 Hypothese 7: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und situative Bewältigungsstrategien	155
4.3.7.2.8 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und soziale Unterstützung	157
4.3.7.2.9 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Geschlecht	159
4.3.7.2.10 Einfluss sozialer Erwünschtheit	159
4.3.7.3 Qualitativer Teil	161
4.3.7.3.1 Entwickeln von Auswertungskategorien und Erstellen eines Codierleitfadens	161

4.3.7.3.2 Codieren des Materials	173
4.3.7.3.3 Erstellen einer tabellarischen Übersicht und Beantwortung der Forschungsfragen	173
4.3.7.3.4 Vertiefende Analyse einzelner Fälle	179
5. DISKUSSION	187
5.1 Bewertung der Ergebnisse beider Studien	187
5.1.1 Ärgererleben und Verhaltensreaktionen	187
5.1.2 Persönlichkeitsmerkmale und Ärger	188
5.1.3 Bewältigungsstrategien und Ärger	190
5.1.4 Subjektive Kompetenz und Ärger	192
5.1.5 Beziehungsqualität und Ärger	192
5.1.6 Soziale Unterstützung und Ärger	193
5.1.7 Geschlecht und Ärger	195
5.1.8 Attributionen und Ärger	196
5.1.9 Nicht-kognitive Symptome, Attributionen und Ärger	198
5.1.10 Kognitive Symptome, Attributionen und Ärger	199
5.1.11 Schweregrad sowie Dauer der Erkrankung und Ärger	201
5.1.12 Schwankungen der Symptomatik, Attributionen und Ärger	202
5.1.13 Resentment / Groll und Ärger	203
5.1.14 Belastung und Ärger	204
5.1.15 Depressivität und Ärger	205
5.1.16 Bildung / Alter und Ärger	205
5.1.17 Qualitative Untersuchung	206
5.2 Ein Modell zu Ärgerreaktionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz	208
5.3 Methodische Einschränkungen	212
5.4 Implikationen für die therapeutische Arbeit mit Angehörigen	215
6. LITERATUR	219
7. ANHANG	235
7.1 Tabellen	235
7.2. Verwendete Untersuchungsinstrumente	240
7.2.1 Studie 1	240
7.2.2 Studie 2	290
7.3 Tabellenverzeichnis	314
7.4 Abbildungsverzeichnis	316
7.5 Übersichtstabellen	316

1. Zusammenfassung

Die Zahl der Demenzerkrankungen in unserer Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahrzehnten nach bisherigen Prognosen deutlich erhöhen, womit auch der Unterstützungsbedarf für diese Personengruppe ansteigt. Davon betroffen sind auch die betreuenden Angehörigen, die vielfältigen Belastungen durch die Erkrankung des nahestehenden Familienmitglieds ausgesetzt sind.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Bereich der Belastungsforschung in Bezug auf Angehörige zu erhellen, der bisher vernachlässigt wurde und so Grundlagenwissen für die Entwicklung von Interventionen zu liefern. Dabei handelt es sich um das Auftreten von Konflikten in Paarbeziehungen in Form von Ärgerreaktionen der Angehörigen gegenüber den Erkrankten. Neben dem Zusammenhang zwischen dem Ärgererleben der Angehörigen und ihren darauf folgenden Verhaltensreaktionen war der Einfluss verschiedener Faktoren auf diese Variablen Gegenstand der Untersuchung.

Es wurden zwei Studien mit Angehörigen, die einen an Demenz erkrankten Partner zu Hause betreuten, durchgeführt (Studie 1: n=37; Studie 2: n=73). Der Zusammenhang zwischen Ärgerreaktionen und zahlreichen Einflussfaktoren wurde dabei mit Hilfe von Korrelationsberechnungen und Strukturgleichungsmodellen analysiert.

Das Ärgererleben der Angehörigen war in beiden Studien deutlich mit den darauf folgenden Verhaltensreaktionen gegenüber dem erkrankten Partner assoziiert: Je mehr Ärger die Angehörigen erlebten, umso ungünstiger verhielten sie sich gegenüber dem Betroffenen. Umgekehrt hing eine geringere Ausprägung erlebten Ärgers mit günstigeren Verhaltensweisen zusammen.

Das Ärgererleben ist nach den vorliegenden Ergebnissen multifaktoriell bedingt. Neben der Symptomatik und Schwere der Demenzerkrankung zeigten folgende Einflussfaktoren auf Seite der Angehörigen einen Zusammenhang mit dem erlebten Ärger: Persönlichkeitsmerkmale (Ärgerneigung, Aggressivität, Neurotizismus, Erregbarkeit, Beanspruchung), Bewältigungsstrategien, Attributionen, Belastungserleben und Depressivität, Resentment/Groll über die mit der Erkrankung verbundenen Einschränkungen, wahrgenommene aktuelle Beziehungsqualität zum Erkrankten, soziale Unterstützung und soziale Belastungen sowie die subjektiv wahrgenommene Kompetenz im Umgang mit dem Erkrankten. Besonders starke Assoziationen waren dabei zwischen der Ärgerneigung im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals und dem Ärgererleben in problematischen Situationen feststellbar. Einen relativ großen Einfluss scheinen zudem ungünstige Bewältigungsstrategien (emotionales Betroffensein, Resignieren) und ungünstige Attributionen, vor allem in Sinne mangelnden Verständnisses für das Verhalten des Erkrankten, sowie eine als niedrig eingestufte aktuelle Beziehungsqualität zu haben.

Ungünstiges Verhalten stand außer mit dem Ärgererleben noch in einem Zusammenhang mit der Ärgerneigung, niedriger Beziehungsqualität und ungünstigen Attributionen, welche wiederum mit einem höheren Ausmaß störenden Verhaltens des Betroffenen assoziiert waren.

Günstiges Verhalten wurde außer durch das Ärgererleben und eine geringere Ärgerneigung zusätzlich noch durch günstige Attributionen beeinflusst und stand in Zusammenhang mit mehr kognitiver Symptomatik des Betroffenen und positiven Bewältigungsstrategien im Sinne von kognitiver Um- und Abwertung sowie Kontrollstrategien.

Im Rahmen einer zusätzlichen qualitativen Untersuchung wurden mit 15 Angehörigen problemfokussierte Interviews über das Erleben von Ärger geführt und mit der Methode des thematischen Codierens analysiert. Die Interviewdaten bestätigten den auch in der empirischen Untersuchung gefundenen Zusammenhang zwischen mangelndem Verständnis für die Erkrankung, vermehrtem Ärger und ungünstigem Verhalten. Außerdem zeigte die Analyse hinsichtlich der Bewältigung von kritischen Situationen und Ärgerreaktionen, dass es unterschiedliche Typen von Angehörigen zu geben scheint: eine jeweils kleine Gruppe, die Ärger entweder sehr gut oder sehr schlecht bewältigt sowie eine relativ breite Mitte mit mehr oder weniger suboptimalem Umgang mit Ärger. Über die Hälfte der interviewten Angehörigen gab zu, oft wider besseren Wissens Ärgerreaktionen gegenüber dem Betroffenen zu zeigen, was in den meisten Fällen im Zusammenhang mit Überforderungen in stressigen Alltagssituationen geschildert wurde.

Aufgrund der methodischen Einschränkungen der vorliegenden Studien, wobei insbesondere die geringen Stichprobengrößen hervorzuheben sind, können die gefundenen Ergebnisse nur im Sinne von Tendenzen interpretiert werden und bedürfen weiterer Replikation.

Dennoch lässt sich für die therapeutische Versorgung Angehöriger von Menschen mit Demenz ableiten, dass das Thema „Ärgerbewältigung“ eine Rolle spielen sollte und zukünftig stärker als in bisher publizierten Ansätzen berücksichtigt werden sollte. Vorschläge zu möglichen therapeutischen Interventionen werden in der abschließenden Diskussion gemacht.

2 Einleitung

Demenzerkrankungen werden in den kommenden Jahrzehnten absolut und relativ zur ansonsten rückläufigen Bevölkerungsanzahl (Statistisches Bundesamt, 2009) zunehmen, woraus sich für unsere Gesellschaft insgesamt größere Versorgungsprobleme in Bezug auf diese Personengruppe ergeben dürften (Sütterlin et al., 2011). Die vorsichtig geschätzte Anzahl von aktuell 1 -1,2 Millionen Menschen mit Demenz wird bis Mitte des Jahrhunderts nach bisherigen Prognosen auf 1,6 Millionen im Jahre 2030 und auf 2,3 Millionen im Jahre 2050 steigen (Weyerer & Bickel, 2007), wobei andere Schätzungen sogar von aktuell 1,3 Millionen und 2,6 Millionen im Jahr 2050 ausgehen (Sütterlin et al., 2011).

Ein großer Teil der Betroffenen wird zu Hause von einem Angehörigen betreut. Weyerer & Bickel (2007) schätzen den Anteil der in stationären Einrichtungen untergebrachten Demenzerkrankten auf ca. 40 %, was im Umkehrschluss bedeutet, dass ca. 60 % zu Hause leben. Bei Menschen im frühen Stadium einer Demenz wird der Anteil der zu Hause Lebenden sogar auf 80 % geschätzt. Bei ca. 28 % aller pflegebedürftigen Menschen ist die Hauptpflegeperson der Ehepartner (Schneekloth, 2005; Meyer, 2006). Hochgerechnet auf Demenzfälle würde dies - wenn man von einer Erkrankungszahl von 1,2 Millionen ausgeht - bedeuten, dass mindestens 200 000 Angehörige ihren an Demenz erkrankten Ehepartner zu Hause betreuen.

Die Angehörigen sind dabei durch die Erkrankung der nahe stehenden Person zahlreichen schweren Belastungen ausgesetzt, deren Bewältigung ihnen viel abverlangt. Demenzerkrankungen führen in ihrem Verlauf zu einer zunehmenden Abhängigkeit der Betroffenen vom Angehörigen. Neben einem mit fortschreitender Erkrankung wachsenden Zeitaufwand, der für die Betreuung und Pflege aufgebracht werden muss, sind die Angehörigen durch die Demenz auch mit psychischen Veränderungen ihres Partners konfrontiert. Dies betrifft nicht nur die kognitiven Einbußen, sondern häufig auch Veränderungen im Verhalten und der Persönlichkeit, die es oft auch erschweren, die bisherigen Sozialkontakte aufrechtzuerhalten (Sütterlin et al., 2011). Ehe- bzw. Lebenspartner scheinen dabei eine höhere Belastung durch die Pflege und eine schlechtere Lebensqualität zu haben als andere Betreuungspersonen (Kofahl et al., 2007). Die hohe Belastung führt dazu, dass ein hoher Anteil der Angehörigen selbst gesundheitlichen Schaden erleidet, insbesondere in Bezug auf psychische Störungen wie Angsterkrankungen und Depressionen (Moise et al., 2004). Der Anteil von Angehörigen mit Depressionen lag in verschiedenen Studien zwischen 30 % und 80 % (Colvez et al., 2002; Schoenmakers et al., 2010).

Ein wesentlicher Teil der Belastung Angehöriger besteht, wie viele Studien gezeigt haben (vgl. Übersichtsarbeiten von Brodaty & Donkin, 2009; Kurz & Wilz, 2011; Sörensen et al., 2006), im veränderten Verhalten der Demenzerkrankten. Die Gefahr ist groß, dass sich vor

dem Hintergrund krankheitsbedingter Veränderungen Missverständnisse und Konflikte häufen, wenn Angehörige dabei auf kognitive Symptome und verändertes Verhalten beim Erkrankten nicht adäquat reagieren können (de Vugt et al. 2004, Hinrichsen & Niederehe, 1994). Die Emotion „Ärger“ als Reaktion auf Fehlleistungen oder Verhaltensauffälligkeiten eines von einer Demenz Betroffenen spielt eine wichtige Rolle in dem Sinne, dass vermehrt auftretender Ärger Konflikte zwischen Angehörigen und Demenzkranken begünstigt. Wenn Konflikte in der Beziehung zunehmen, kann dies wiederum zu einem erhöhten Belastungserleben bei den Angehörigen und einem möglicherweise ungünstigeren Krankheitsverlauf beim von der Demenz Betroffenen führen (Vitaliano et al., 1993b). Neben einer Vielzahl an Studien zur allgemeinen Belastung (caregiver burden) und depressiven Reaktionen (Brodaty & Donkin, 2009; Kurz & Wilz, 2011; Sörensen et al., 2006) gibt es erstaunlicherweise nur relativ wenig empirische Studien, die sich schwerpunktmäßig mit dem Thema Ärger bei Angehörigen von Menschen mit Demenz befassen.

Die vorliegende Arbeit nimmt sich diesem Thema an und untersucht, welche Einflussfaktoren im Zusammenhang mit Ärgererleben und Ärgerreaktionen Angehöriger in Konfliktsituationen stehen. Das Ziel ist es dabei, Grundlagenwissen für die Entwicklung von Interventionen zu liefern und ein besseres Verständnis davon zu bekommen, was dazu führt, dass Angehörige sich gegenüber den Erkrankten ungünstig verhalten. Dies kann wiederum dazu beitragen, Behandlungsangebote und psychotherapeutische Konzepte für Angehörige von Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln, um die Rate an psychischen Erkrankungen bei dieser in den kommenden Jahren wachsenden Personengruppe zu reduzieren und die Lebensqualität sowohl der Angehörigen wie auch ihrer an Demenz erkrankten Partner zu verbessern.

Im Theorieteil der Arbeit wird ein kurzer Überblick zum aktuellen Wissen im Fachgebiet „Demenz“ gegeben, gefolgt von einer Zusammenfassung der bisherigen Belastungsforschung in Bezug auf Angehörige demenzkranker Menschen. Anschließend werden die wichtigsten wissenschaftlichen Erkenntnisse der Grundlagenforschung zum Thema „Ärger“ dargestellt und danach bisherige Studien erläutert, die sich mit dem Auftreten von Ärger und ähnlichen Emotionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz sowie mit ungünstigem und schädlichem Verhalten dem Erkrankten gegenüber befassen.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erkenntnisse werden dann im Untersuchungsteil Fragestellungen und Hypothesen entwickelt und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Studien dargestellt. Abschließend werden diese Ergebnisse inklusive methodischer Einschränkungen der Studien diskutiert und therapeutische Implikationen für die Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz abgeleitet.

3 Theoretischer Teil

3.1 Demenzerkrankungen und ihre Folgen für die Angehörigen

3.1.1 Fakten und Daten zum Thema Demenzen

3.1.1.1 Definition nach ICD-10

Eine Demenz ist nach ICD-10 ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns bei dem folgende Merkmale vorliegen (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1999):

1. a) Abnahme des Gedächtnisses
b) Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten (z. B. Urteilsfähigkeit, Denkvermögen, Planen, Informationsverarbeitung);
2. Kein Hinweis auf eine delirante Episode;
3. Veränderung der Affektkontrolle oder des Antriebs oder eine Veränderung des Sozialverhaltens, wobei mindestens eines der folgenden Merkmale vorhanden sein muss:
 - a.) emotionale Labilität
 - b.) Reizbarkeit
 - c.) Apathie
 - d.) Vergröberung des Sozialverhaltens;
4. Die unter 1. beschriebenen kognitiven Veränderungen müssen seit mindesten 6 Monaten bestehen und alltägliche Aktivitäten beeinträchtigen.

Dabei müssen die Symptome so stark ausgeprägt sein, dass sie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung führen. Dann erst kann von einer leichten Demenz gesprochen werden.

Auf der Grundlage dieser Definition von Demenz wird heutzutage in Deutschland und vielen anderen Ländern der Welt diagnostiziert. Innerhalb von wissenschaftlichen Kreisen ist dieses Konzept der Demenz jedoch längst nicht mehr unumstritten. Kritisiert wird vor allem, dass Gedächtnisstörungen ein zu großes Gewicht zugesprochen wird, obwohl sie nicht bei allen Demenzerkrankungen führend sind. Außerdem ist auch der Begriff „Demenz“, der wörtlich übersetzt „ohne Verstand“ bedeutet, umstritten, weil dies vielen Erkrankten in frühen Stadien nicht gerecht wird (Kurz & Lautenschlager, 2010, Rockwood et al., 2007).

Die Kriterien des ebenfalls weit etablierten Diagnosesystems *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-IV (American Psychiatric Association, 1993) unterscheiden sich von den ICD-10-Kriterien vor allem dadurch, dass kein Zeitkriterium gefordert wird. Zu weiteren Unterschieden sei auf die Zusammenfassung von Schaub & Freiberger (2005) verwiesen. In der zukünftigen Neuausgabe des DSM wird der Kritik am Begriff der „Demenz“ Rechnung getragen und ein neuer Begriff „Neurokognitive Störung“ eingeführt, der den bisherigen Demenzbegriff ersetzt (Jeste et al., 2006; Sunderland et al., 2007).

3.1.1.2 Verschiedene Demenzformen

Die am häufigsten vorkommenden Demenzformen sind die Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenzen, gemischte Demenzen, die Lewy-Körperchen-Erkrankung, Demenz bei Morbus Parkinson sowie frontotemporale Degenerationen.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick dieser Erkrankungen gegeben werden:

Alzheimer-Krankheit

Neuropathologisch charakteristisch für die Alzheimer-Krankheit ist der massive Verlust von Nervenzellen und Synapsen, der im temporalen und parietalen Kortex in der Regel am stärksten ausgeprägt ist. In Verbindung damit stehen das Vorliegen von extrazellulären beta-amyloid-Protein-Ablagerungen, den sogenannten Plaques, sowie von intrazellulären Neurofibrillenbündeln, den sogenannten Tangles. Außerdem kommt es zu einer Vermehrung von Gliazellen. Bezüglich der Neurotransmitter gilt ein Mangel an Acetylcholin sowie ein nervenzellschädigender Überschuss an Glutamat als gesichert. Der Acetylcholinmangel ist auf eine Degeneration des Nucleus Basalis Meynert im basalen Vorderhirn zurückzuführen. Dadurch kommt es zu einer cholinergen Deafferenzierung des Neokortex inklusive des Hippokampus, was zur Störung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen wesentlich beiträgt (Förstl et al., 2009; Schmidtke & Hüll, 2005). Eine ausführlichere Darstellung des aktuellen Kenntnisstandes zur Biologie der Alzheimer-Demenz findet sich bei Minati et al. (2009).

Zu Beginn der Erkrankung ist vor allem die Fähigkeit, neue Informationen ins Gedächtnis einzuspeichern, beeinträchtigt. Neben dem episodischen Gedächtnis ist im weiteren Verlauf auch das semantische Gedächtnis betroffen. Die Gedächtnisstörungen führen zu einem zunehmenden Verlust des biographischen und semantischen Wissens, so dass in späten Stadien kaum noch Erinnerungen abrufbar sind und selbst nahestehende Personen oft nicht mehr erkannt werden. Neben dem Gedächtnis betrifft die Krankheit auch andere kognitive Funktionen wie das schlussfolgernde Denken, die Sprache, die Aufmerksamkeit, räumlich-visuelle und motorische Funktionen. Dies bedeutet, dass es im Laufe der Krankheit zu einer zunehmenden Unfähigkeit kommt, logisch zu denken und sich zu konzentrieren, sich

sprachlich auszudrücken, sich räumlich zu orientieren und einfache motorische Handlungen auszuführen. Die Erkrankung führt letzten Endes zu einem vollkommenen Verlust der Selbstständigkeit und zur Pflegebedürftigkeit. Übersichten zu den kognitiven Störungen und zum Verlauf der Alzheimer-Krankheit finden sich z. B. bei Förstl et al. (2009), Kastner & Löbach (2010) sowie Schmidtke & Hüll (2005).

Zusätzlich zu den kognitiven Symptomen und der zunehmenden Pflegebedürftigkeit treten meist ab dem mittleren Stadium Verhaltensstörungen auf, die auch als „nicht-kognitive Symptome“ bezeichnet werden können. Folgende nicht-kognitive Symptome können auftreten: Depressionen, Apathie, Ängste, Unruhezustände und Bewegungsdrang, Reizbarkeit und Aggressionen, Wahn und Halluzinationen, Schlafstörungen, Essstörungen (Cummings et al., 1994; Mega et al., 1996; Schmidtke & Hüll, 2005).

Vaskuläre Demenz und gemischte Demenzen

Unter dem Begriff der „vaskulären Demenz“ lassen sich Erkrankungen zusammenfassen, bei denen die das Gehirn versorgenden Blutgefäße betroffen sind. Diese Demenzformen entstehen entweder durch Infarkte im Versorgungsgebiet großer hirnzuführender Arterien oder durch eine Mikroangiopathie. Verschiedene Unterformen der vaskulären Demenz können unterschieden werden, je nach dem ob die Infarkte territorial oder lakunär bzw. multipel oder strategisch sind (Haberl & Schreiber, 2009). Am häufigsten kommen die durch Mikroangiopathie verursachten subkortikalen vaskulären Demenzformen vor, gefolgt von der Multiinfarktdemenz, die durch den Verschluss größerer Gefäße zustande kommt. Die Symptomatik kann in Abhängigkeit der Lokalisation der Infarkte variieren. Bei subkortikalen Demenzen treten häufig ein dysexekutives Syndrom, Antriebsmangel, Verlangsamung, Dysarthrie sowie Depressionen und Persönlichkeitsveränderungen auf (Diehl & Kurz, 2002). Von einer gemischten Demenz spricht man, wenn sowohl vaskuläre Auffälligkeiten wie auch neurodegenerative Veränderungen vom Alzheimer-Typ vorliegen.

Aktuelle Übersichten zu vaskulären Demenzen finden sich bei Haberl & Schreiber (2009) sowie bei Erkinjuntti & Gauthier (2009).

Lewy-Körperchen-Demenz und Demenz bei Parkinson

Die Lewy-Körperchen-Demenz ist neuropathologisch gekennzeichnet durch das Vorliegen rundlicher, hauptsächlich aus α -Synuklein bestehender Lewy-Körperchen, die in Neuronen des Cortex und des Hirnstamms vorkommen. Alzheimer-typische Plaques und Neurofibrillen finden sich ebenfalls in vielen Fällen. Charakteristisch für das klinische Bild der Lewy-Körperchen-Demenz sind Bewegungsstörungen im Sinne eines Parkinsonismus, eine deutliche schwankende kognitive Leistungsfähigkeit sowie das frühe Auftreten visueller Halluzinationen (Ballard, 2004; Wallesch & Förstl, 2005b). Bei Patienten mit Morbus Parkinson finden sich ebenfalls in subkortikalen Bereichen Lewy-Körperchen. Kognitive

Einschränkungen bei Morbus Parkinson entwickeln nahezu alle Patienten, jedoch nur bei ca. 30-40 % der Betroffenen erfüllt das Ausmaß der Einschränkungen die Kriterien für eine Demenz (Weindl, 2009).

Frontotemporale Degenerationen

Bei Frontotemporalen Degenerationen, im ICD-10 als Demenz bei Pick-Krankheit bezeichnet, zeigt sich neuropathologisch ein Verlust an Neuronen und Synapsen, der vor allem den Frontallappen oder den vorderen Temporallappen betrifft. Im Gehirn finden sich verschiedene Proteinablagerungen, die mittlerweile auch histopathologisch gegeneinander abgegrenzt werden können (Ibach, 2005; Neumann & Kretschmar, 2004).

Frontotemporale Degenerationen treten oft bereits vor dem 65. Lebensjahr auf und manifestieren sich in den Frühstadien durch herausragende Störungen des sozialen Verhaltens und der Sprache. Das Gedächtnis ist zu Beginn der Erkrankung hingegen relativ gut erhalten, obwohl viele Betroffene aufgrund ihrer schlechten Konzentrationsfähigkeit oder Sprachstörungen in Gedächtnistests schlecht abschneiden. Zu den frontotemporalen Degenerationen zählen neben der Frontotemporalen Demenz, bei der vor allem eine Persönlichkeitsänderung sowie deutliche Störungen des Sozialverhaltens und des Affekts im Vordergrund stehen, auch die primär progrediente Aphasie und die semantische Demenz, bei denen jeweils Sprachstörungen die Symptomatik prägen. Die primär progrediente Aphasie ist dabei durch eine Störung der Sprachproduktion gekennzeichnet, während bei der semantischen Demenz eine Störung des semantischen Wissens, insbesondere des Sprach- und Wortverständnisses, vorliegt (Danek et al., 2009; Ibach, 2005; Neary et al., 1998).

Die Alzheimer-Krankheit gilt als die am häufigste vorkommende Form einer Demenz. Ihr Anteil wird von vielen Autoren auf 60 -70 % aller Demenzen beziffert, gefolgt von vaskulären Demenzen mit ca. 20 % (Ott et al., 1995). Neuere Studien deuten jedoch darauf hin, dass gemischte Demenzen einen weitaus höheren Anteil haben als bisher angenommen (Moorhouse & Rockwood, 2008). Beim geschätzten Anteil der Lewy-Körperchen-Demenz gibt es eine große Streubreite, die von 2 bis 30 % reicht (Zaccai et al., 2005) Frontotemporale Degenerationen machen schätzungsweise insgesamt ca. 5 % aller Demenzen aus (Rabinovici & Miller, 2010), wobei die Prävalenzraten bei Patienten unter 65 Jahren auf ein Sechstel aller Fälle geschätzt werden (Graham, 2007).

Neben diesen am häufigsten vorkommenden Formen gibt es noch eine große Anzahl seltenerer Ursachen von Demenzen, die hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt werden. Weiterführende Informationen hierzu finden sich bei Lang (1994), Beyreuther et al. (2002) sowie Wallesch & Förstl (2005a).

3.1.1.3 Verlauf von Demenzerkrankungen und Stadien der Demenz

Demenzerkrankungen sind vorwiegend durch einen irreversiblen und fortschreitenden Verlauf gekennzeichnet, der bei degenerativen Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit oder der Frontotemporalen Demenz in der Regel langsam progredient ist, bei vaskulären Erkrankungen hingegen auch stufenweise und wechselhaft sein kann. Auch die Lewy-Körperchen-Demenz ist durch einen wechselhaften Verlauf gekennzeichnet (Förstl, 2009).

Im fortgeschrittenen Stadium wird das Immunsystem immer mehr geschwächt und ein Großteil der Betroffenen verstirbt schließlich an Infekten, zumeist an einer Lungenentzündung (Brunnström & Englund, 2009). Die verbleibende Lebenserwartung von Menschen mit Demenz ist insgesamt deutlich reduziert. Die Krankheitsdauer ist allerdings wegen der Schwierigkeit, den Krankheitsbeginn exakt zu bestimmen, schwer zu erfassen. Die Verläufe sind individuell sehr variabel und können eine Dauer von bis zu 20 Jahren haben. Gesichert ist jedoch, dass mit zunehmendem Alter die Überlebenszeit verkürzt wird (Weyerer & Bickel, 2007). Sie wird für die Alzheimer-Demenz im Durchschnitt mit 6 Jahren nach Diagnosestellung angegeben (Dogde et al., 2003), wobei es Hinweise für eine Verlängerung der Krankheitsdauer in den letzten Jahrzehnten gibt, die allerdings noch nicht als gesichert angesehen werden können (Beard et al., 1994).

Das ICD-10 beschreibt drei Schweregrade der Demenz in Bezug auf die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten (vgl. Tabelle 1, S. 17). Die Einteilung in drei Stadien hat sich im klinischen Alltag zur Beschreibung von Patienten bewährt, stellt aber gegenüber der Realität eine Vereinfachung dar, da das Fortschreiten der Erkrankungen meistens schleichend verläuft und die Übergänge zwischen den Stadien fließend sind. Neben weiteren Skalen, die ebenfalls 3 Stadien beschreiben (American Psychiatric Association, 1993; Hughes et al., 1982) gibt es auch Ansätze, die versuchen, den Verlauf einer Demenz differenzierter zu erfassen (Ihl & Frölich, 1991). Außerdem kann der Schweregrad einer Demenz auch mit kognitiven Screeningverfahren abgebildet werden (Juva et al., 1994).

Schweregrad	Gedächtnis	Weitere kognitive Fähigkeiten
<i>Leichte Beeinträchtigung</i>	Vor allem das Lernen neuen Materials ist betroffen. Tägliche Aktivitäten sind beeinträchtigt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.	Die Abnahme kognitiver Fähigkeiten beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit im Alltag, macht die Betroffenen aber nicht von anderen abhängig. Komplizierte Aufgaben können nicht ausgeführt werden.
<i>Mittelgradige Beeinträchtigung</i>	Nur gut gelerntes oder sehr vertrautes Material wird behalten. Die Gedächtnisstörung stellt eine ernsthafte Behinderung für das unabhängige Leben dar.	Die Abnahme kognitiver Fähigkeiten führt dazu, dass die Betroffenen im Alltag nicht mehr ohne Hilfe zurechtkommen. Nur noch einfache Tätigkeiten werden beibehalten. Aktivitäten werden zunehmend eingeschränkt.
<i>Schwere Beeinträchtigung</i>	Schwerer Gedächtnisverlust mit vollständiger Unfähigkeit, neue Informationen zu lernen. Nur Fragmente von früher Gelerntem sind noch vorhanden.	Fehlen nachvollziehbarer Gedankengänge

Tabelle 1: Schweregrade der Demenz. Kriterien nach ICD-10

3.1.1.4 Prävalenz und Inzidenz

Die Prävalenz von demenziellen Syndromen liegt bei den über 65-Jährigen bei ca. 5-8 %, wenn man die leichten Demenzstadien hinzurechnet bei ca. 6-9 %. Mit dem Alter steigt der Anteil der Betroffenen steil an: In der Altersgruppe der 65-69-Jährigen sind ca. 1,2 % erkrankt, in der Gruppe der 85-89-Jährigen sind es ca. 23 %. Jenseits des Alters von 90 Jahren flacht sich der bis dahin exponentielle Anstieg der Prävalenzraten allerdings wieder ab.

Die Anzahl der Demenzkranken in der Bundesrepublik liegt vermutlich bei ca. 1 - 1,2 Millionen. Die jährliche Neuerkrankungsrate in der Altenbevölkerung wird auf 1,5 – 2 % geschätzt. Dies entspricht ca. 250.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland, wobei diesen Schätzungen jedoch eine hohe Streubreite zugrundeliegt. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird sich, vorausgesetzt kausale biologische Behandlungen bleiben weiter aus, die Anzahl Demenzkranker bis Mitte des nächsten Jahrhunderts deutlich erhöhen, sodass im Jahre 2030 mit 1,6 Mio und im Jahre 2050 mit 2,3 Mio Demenzkranken zu rechnen ist (Weyerer & Bickel, 2007.). Sütterlin et al. (2011) gehen sogar von gegenwärtig 1,3 Millionen Erkrankungsfällen und einer Verdoppelung auf 2,6 Millionen bis zum Jahr 2050 aus.

3.1.1.5 Diagnostik von Demenzen

Die Diagnostik von Demenzen ist durch ein zweistufiges Vorgehen gekennzeichnet. Zunächst werden im Rahmen der Syndromdiagnose die Art und die Ausprägung der Symptomatik untersucht, um festzustellen, ob überhaupt ein demenzielles Syndrom vorliegt. Wenn dies der Fall ist, wird im Rahmen der Differenzialdiagnose ermittelt, um welche Demenzform es sich handelt. Dabei können folgende Kriterien hilfreich sein: bisheriger Verlauf, Symptommuster, somatische und psychische Vorerkrankungen und Komorbidität, Familiariät sowie die Häufigkeit der vermuteten Grunderkrankung (Förstl, 2009).

Zu den gängigen diagnostischen Verfahren gehören eine ausführliche psychiatrische Anamnese mit Fremdanamnese des nächsten Angehörigen, eine neurologische und neuropsychologische Untersuchung, Labordiagnostik, Computertomographie und weitere bildgebende Verfahren. Als ergänzende diagnostische Verfahren können eine Liquoruntersuchung und die funktionelle Bildgebung mittels Single-Photon-Emissions-Tomographie (SPECT) oder Positronen-Emissions-Tomographie (PET) Beiträge zu Früherkennung und Differenzialdiagnose liefern (Feldman et al., 2008; Kurz, 2010).

Die Diagnostik ist deswegen sehr wichtig, da es auch kognitive Syndrome und Formen der Demenz gibt, die reversibel sind. Dazu zählen Verwirrheitszustände (Bickel & Förstl, 2009; Eisfeld & Ebert, 2005) und Demenzen als Folge von Stoffwechselstörungen (Lang, 2005) sowie ausgeprägte kognitive Störungen bei Depressionen (Reischies, 2005). Eine Demenz ist im Rahmen der Diagnostik außerdem von einer leichten kognitiven Störung abzugrenzen. Das Konstrukt der leichten kognitiven Störung bezeichnet einen Abbau kognitiver Fähigkeiten, der zwar deutlich, aber nicht so ausgeprägt ist, dass die Demenzkriterien erfüllt sind. Es handelt sich dabei um eine heterogene Gruppe, die neben Menschen mit vorübergehenden oder nicht weiter fortschreitenden kognitiven Defiziten auch Betroffene im präklinischen Stadium einer Demenz enthält. Es existieren verschiedene Konzepte und Kriterien für eine leichte kognitive Störung, von denen die im Forschungskontext am weitesten verbreitete Definition das „mild cognitive impairment“ von Petersen et al. (2001) ist (Zaudig, 2009). Als gesicherte Erkenntnis aus zahlreichen prospektiven Studien in den letzten Jahren gilt, dass über einen Zeitraum von 5 Jahren ca. 50 % der Patienten mit einer leichten kognitiven Störung eine Demenz entwickeln (Zaudig, 2009).

Gegenwärtig gibt es kein Verfahren mit dem man eine Demenz im frühen Stadium mit endgültiger Sicherheit diagnostizieren kann. Die Abgrenzung zur leichten kognitiven Störung und auch zu einer Depression sind oft schwierige Differenzialdiagnosen (Lautenschlager & Kurz, 2009). Die Diagnose der häufigsten Demenz – der Alzheimer-Krankheit – ist nach den Kriterien der WHO eine Ausschlussdiagnose, d.h. wenn eine Demenz festgestellt wurde, müssen erst alle anderen möglichen Ursachen ausgeschlossen werden, bevor Alzheimer diagnostiziert werden kann (Weltgesundheitsorganisation, 1999). Ähnlich wie die allgemeinen Demenzkriterien ist auch die WHO-Definition der Alzheimer-Erkrankung umstritten und es

existieren mittlerweile alternative Definitionen und Forschungskriterien, die in Fachkreisen zunehmend Verbreitung finden dürften (Dubois et al., 2010; Mc Khann et al., 2011).

3.1.1.6 Behandlungsmöglichkeiten von Demenzen

Die oben genannten häufigsten Demenzerkrankungen sind bisher weder heilbar noch zum Stillstand zu bringen. Die Behandlungsmöglichkeiten beschränken sich daher auf eine Verzögerung des Krankheitsverlaufes und eine Verbesserung der Lebensqualität. Medikamentös können derzeit Acetylcholinesterase-Hemmer sowie der NDMA-Modulator Memantine eingesetzt werden, deren Wirkung sich allerdings auf eine maximal ein- bis zweijährige Verzögerung des Krankheitsverlaufs beschränkt (Gutzmann & Mahlberg, 2009). Eine Reihe unterschiedlicher neuer medikamentöser Behandlungsansätze befindet sich gegenwärtig in der Erprobungsphase, wobei jedoch unsicher ist, ob dadurch ein Durchbruch erzielt werden kann (Kurz & Perneckzy, 2011; Massoud & Gauthier, 2010).

Weiterhin können nicht-kognitive Symptome wie Depressionen, Antriebsmangel, Unruhezustände oder Wahnvorstellungen antidepressiv oder neuroleptisch behandelt werden (Gutzmann & Mahlberg, 2009).

Darüber hinaus wurden in den letzten 25 Jahren viele nicht-medikamentöse Behandlungsansätze entwickelt, die von milieutherapeutischen Strategien bis zu neuropsychologisch-verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepten reichen. Zur Wirksamkeit nichtmedikamentöser Interventionen für Demenzkranke liegen viele Studien vor, die allerdings vorwiegend nicht adäquat kontrolliert und randomisiert sind. Die bisher vorhandenen Daten lassen jedoch insgesamt den Schluss zu, dass psychologische Interventionen Effekte haben, die allerdings meistens nicht besonders groß sind.

Besonders wichtig ist dabei der Einbezug der Angehörigen. In den S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2009) und in einer neueren Metaanalyse (Olazaran et al., 2010) erhalten gezielte Interventionen für Angehörige höhere Bewertungen als alle anderen Maßnahmen. Interventionen, bei denen die Angehörigen neben Psychoedukation und einem Verhaltenstraining eine kontinuierliche und individuelle therapeutische Unterstützung bekommen können die Heimaufnahme von Patienten um fast 2 Jahre verzögern (Mittelman et al., 2006). Wirksam scheinen außerdem auch multimodale Therapieprogramme zu sein, die eine medikamentöse Behandlung mit psychologisch fundierten Ansätzen für Demenzkranke und für betreuende Angehörige integrieren (Brodsky et al. 2003).

Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit nichtmedikamentöser Behandlungsansätze bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen finden sich unter anderem bei Doody et al. (2001), Gräsel et al. (2003), Livingston et al. (2005), Pinquart & Sörensen (2006), Selwood et al. (2007) und Olazaran et al. (2010).

3.1.1.7 Risikofaktoren und Prävention

Die Ursachen der Alzheimer-Krankheit und auch der meisten anderen Demenzsyndrome sind nach wie vor nicht geklärt. Bezogen auf die Alzheimer-Krankheit gelten das Alter sowie der Genotyp ApoE4 auf Chromosom 19 als empirisch gesicherte Risikofaktoren. Weitere Risikofaktoren, die jedoch noch nicht ausreichend durch Studien abgesichert werden konnten, sind: eine niedrige Schulbildung, erhöhter Alkoholkonsum, fettreiche Ernährung mit erhöhter Kalorienaufnahme und Übergewicht, kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie und erhöhte Cholesterinspiegel, Vorerkrankungen wie Schlaganfälle oder Depressionen, mangelnde körperliche, geistige und soziale Aktivität. Protektiv scheinen ausreichende körperliche Bewegung, hohe Bildung und geistig anspruchsvolle Aktivitäten sowie mäßiger Alkoholkonsum und regelmäßiger Kaffeekonsum zu wirken (Middleton & Yaffe, 2009; Verghese et al., 2003; Weyerer & Bickel, 2007)

3.1.1.8 Versorgungssituation in Deutschland

Im frühen Stadium einer Demenz leben ca. 80 % der Betroffenen zu Hause. Mit fortschreitendem Verlauf wird jedoch für viele eine stationäre Unterbringung notwendig, so dass die Mehrzahl der Betroffenen am Lebensende (ca. 80 %) in einem Heim untergebracht ist. Bezogen auf die Gesamtzahl der Demenzbetroffenen wird geschätzt, dass in Deutschland gegenwärtig ca. 40 % in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind (Weyerer & Bickel, 2007). Wenn man im Umkehrschluss davon ausgeht, dass somit ca. 60 % zu Hause leben und gleichzeitig eine Gesamtzahl von ca. 1,2 Millionen Demenzerkrankte voraussetzt, dann werden ca. 720 000 Menschen mit Demenz zur Zeit zu Hause betreut.

Bei den Personen, die die Betreuung und Pflege übernehmen, sind die Ehepartner die größte Gruppe. Schneekloth (2005) berichtet über einen prozentualen Anteil der Ehepartner von 28 %, gefolgt von Töchtern mit 26 %. Diese Studie bezog allerdings nicht nur Demenzerkrankte ein, sondern alle Fälle, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne des Vorhandenseins einer Pflegestufe vorlag. Hochgerechnet auf Angehörige von Menschen mit Demenz würde dieser Anteil bedeuten, dass mehr als 200 000 Angehörige ihren Ehepartner bzw. Lebensgefährten zu Hause betreuen. Da Menschen mit Demenz jedoch – insbesondere in frühen Stadien - oft durch das Raster der Pflegeversicherung fallen, liegt der wahre Wert möglicherweise sogar noch deutlich höher.

3.1.2 Belastungen der Angehörigen von Menschen mit Demenz

Die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds hat für Angehörige weitreichende Folgen. Da die Erkrankung zu immer weiter nachlassenden Fähigkeiten des Betroffenen führt, müssen Angehörige zunehmend Verantwortung übernehmen und den Betroffenen bei vielen alltäglichen Handlungen unterstützen. In der Partnerschaft kommt es zu einem Rollenwechsel, da der gesunde Angehörige immer mehr Alltagsaufgaben übernehmen muss, die zuvor der Betroffene ausführte. Weiterhin hat die Erkrankung auch Folgen für die Kommunikation, da die Betroffenen sich zunehmend schlechter sprachlich ausdrücken können und auch das Sprachverständnis nachlässt. Das Gleichgewicht in der Partnerschaft ändert sich, da der eine vom anderen immer abhängiger wird. Das Miterleben des geistigen Abbaus eines nahestehenden Menschen über Jahre und auch die Veränderung der Rollen in der Partnerschaft stellen emotionale Belastungen dar, mit denen sich die Angehörigen ebenfalls auseinandersetzen müssen. Die häufig eintretende Pflegebedürftigkeit führt außerdem oft zu körperlichen Belastungen. Das soziale Umfeld zieht sich oft zunehmend zurück und manche Familien drohen in soziale Isolation zu geraten. Die Krankheit führt auch zu finanziellen Belastungen, sowohl durch Einnahmeausfälle als auch durch die entstehenden Krankheitskosten (Kurz & Wilz, 2011; Sütterlin et al., 2011).

Diese Folgen der Erkrankung betreffen im Grunde fast jeden Angehörigen, insbesondere wenn es sich um die Ehepartner des Betroffenen handelt. Die subjektiv empfundene Belastung der Angehörigen ist jedoch oft sehr unterschiedlich ausgeprägt und hängt von zahlreichen Faktoren ab.

In der zumeist englischsprachigen Fachliteratur findet sich für die Belastung von Angehörigen der Ausdruck „caregiver burden“, welcher von Kasuya et al. (2000) definiert wird als „multidimensional response to physical, psychological, emotional, social and financial stressors associated with the caregiving experience“. Das Konstrukt „Belastung“ ist danach ein komplexes Reaktionsmuster Angehöriger auf die gleichermaßen komplexe Anforderungssituation der Betreuung und Pflege eines Menschen mit Demenz.

Der Ausgangspunkt der Belastungsforschung in Bezug auf Angehörige liegt im Jahre 1980 mit der Publikation von Zarit et al., in der erstmals ein Messinstrument vorgestellt wurde, welches den Anspruch hatte, Belastung zu erfassen und welches in Bezug zu anderen Variablen, wie z.B. der Symptomatik beim Erkrankten, gesetzt wurde.

Seitdem sind zahlreiche Messinstrumente bezüglich der Belastung Angehöriger entwickelt und in einer Vielzahl von Studien eingesetzt worden, wobei die Variable Belastung oft unterschiedlich konzipiert wurde. Neben der Belastung wurden häufig auch andere

Ergebnisvariablen wie z.B. Depressivität, Stress/psychologischer Distress oder Ängstlichkeit verwendet, die dem Belastungskonzept verwandt und oft nicht klar davon abgegrenzt sind. Ebenso wie die Maße für die Belastung waren auch die Messinstrumente für die potentiellen Einflussfaktoren inhomogen. Außerdem wurde die Heterogenität unterschiedlicher Subgruppen (z.B. Diagnosegruppen, Schweregrade der Demenz, Geschlecht, Art des Verwandtschaftsverhältnisses zum Erkrankten) meistens nicht ausreichend berücksichtigt (Bedard et al., 2000). Es überrascht daher nicht, dass die Ergebnisse der Belastungsforschung in Bezug auf Angehörige von Menschen mit Demenz nicht immer einheitlich ausgefallen sind, was vermutlich zum einen mit der Komplexität des Phänomens und zum anderen mit methodischen Problemen wie der Diversität der Messinstrumente und der Heterogenität der untersuchten Subgruppen zusammenhängt. Ein Überblick über oft verwendete Belastungsmaße findet sich bei Vitaliano et al. (1991b).

3.1.2.1 Ergebnisse der Belastungsforschung

Die wesentlichen Erkenntnisse und Widersprüche der Belastungsforschung in Bezug auf Angehörige von Menschen mit Demenz werden im Folgenden dargestellt. Neben der zitierten Originalliteratur wurden dabei vor allem neuere Übersichtsartikel als Informationsquelle verwendet (Brodaty & Donkin, 2009; Kurz & Wilz, 2011; Sörensen et al., 2006).

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass Angehörige von Menschen mit Demenz sowohl physisch wie auch psychisch unter größeren gesundheitlichen Einschränkungen als die Normalbevölkerung leiden (Beeson, 2003; Pinguart & Sörensen, 2003) und mehr Belastung und depressive Symptomatik aufweisen als Angehörige von Menschen mit anderen Erkrankungen (Baumgarten et al., 1992; Brodaty & Donkin, 2009; Leinonen et al., 2001; Ory et al., 1999; Schulz & Martire, 2004).

Ehepartner scheinen zudem stärker belastet und depressiver zu sein als Pflegende, die in einem anderen Verwandtschaftsverhältnis zum Betroffenen stehen (Draper et al., 1995; Schoenmakers et al., 2010; Brodaty & Donkin, 2009). Da die vorliegende Arbeit sich auf Ehepartner von Menschen mit Demenz bezog, wurden bei der Literatursuche nur Untersuchungen mit dieser Gruppe von Angehörigen berücksichtigt.

Zu den am häufigsten ermittelten Einflussfaktoren auf die Belastung gehören: die Symptomatik der Betroffenen, die Dauer und Schwere der Erkrankung, die Beziehungsqualität zwischen Betroffenenem und Angehörigem, das Geschlecht des Angehörigen, Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsstile (Coping) des Angehörigen, die Einstellung zur Erkrankung und der eigenen Rolle als Betreuer sowie die soziale Unterstützung und finanzielle Belastungen.

Hinsichtlich des Einflusses der Symptomatik auf die Belastung fanden viele Studien einen starken Zusammenhang zwischen neuropsychiatrischen Symptomen der Erkrankten (häufig auch als nicht-kognitive Störungen bezeichnet), wie Depressivität, Unruhe, Wahnvorstellungen, Aggressivität oder Apathie und der Belastung bzw. Depressivität der Angehörigen (Baumgarten et al., 1992; Bedard et al., 2000; 2005; Berger et al., 2005; Black & Almeida, 2004; Brodaty & Donkin, 2009; Connell et al., 2001; Donaldson et al., 1997; Draper et al., 1995; Eters et al., 2007; Kurz & Wilz, 2011; Leinonen et al., 2001; Meier et al., 1999; Pruchno & Resch, 1989a; Schäufele et al., 2007; Schoenmakers et al., 2010; Schulz et al., 1995; Sörensen et al., 2006; Teri, 1997; van den Wijngaart et al., 2007; Victoroff et al., 1998; de Vugt et al., 2006). Einzelne Untersuchungen konnten zeigen, dass die Entscheidung, den Betroffenen ins Heim einzuweisen mit der Ausprägung von Verhaltensstörungen zusammenhängt (Annerstedt et al., 2000; Yaffe et al., 2002). Depressivität und Apathie im Sinne passiver Symptomatik waren in einigen Studien belastender als aktive Symptome wie Unruhe oder psychotische Veränderungen (de Vugt et al., 2006; Donaldson et al., 1997; Teri, 1997; van den Wijngaart et al., 2007.). Der Zusammenhang zwischen Verhaltenssymptomatik und Belastung konnte allerdings nicht in allen Studien bestätigt werden (Campbell et al., 2008, Mioshi et al., 2008; Zarit et al., 1980).

Bezüglich der kognitiven Symptome der Demenz und der funktionellen Beeinträchtigung der Betroffenen im Alltag ist die Datenlage unklar (Brodaty & Donkin, 2009; Donaldson et al., 1997; van den Wijngaart et al., 2007). Einige Studien finden keinen bedeutenden Einfluss kognitiver und funktionaler Beeinträchtigung auf die Belastung der Angehörigen (Eters et al., 2007; Mioshi et al., 2008; Schulz et al., 1995; Thommesen et al., 2002; Zarit et al., 1980), andere Untersuchungen deuten wiederum darauf hin, dass eine fortgeschrittenere Demenz und eine stärkere Beeinträchtigung im Alltag zu größerer Belastung führt (Baumgarten et al., 1992; Bedard et al., 2005; Berger et al., 2005; Ferrara et al., 2008; Leinonen et al., 2001; Meier et al., 1999). In einer Studie von Pruchno & Resch (1989a) waren Angehörige, die entweder über sehr wenig oder sehr viel Vergesslichkeit berichteten, belasteter als solche in mittleren Stadien. Die Autoren interpretierten die Ergebnisse dahingehend, dass in einer frühen Phase der Demenz eine Anpassung an die Veränderungen erst stattfinden muss und die Angehörigen dann in der mittleren Phase Strategien zum Umgang mit der Erkrankung entwickeln, während bei weiter fortgeschrittener Erkrankung die Belastung aufgrund der Probleme im Bereich der Körperpflege wieder steigt. Seltzer et al. (1997) konnten nachweisen, dass Angehörige belasteter waren, wenn die Betroffenen keine Einsicht bezüglich ihrer Gedächtnisdefizite zeigten.

Hinsichtlich der Diagnose scheinen Angehörige von Betroffenen mit Frontotemporaler Demenz belasteter zu sein als Angehörige von Alzheimerkranken (Mioshi et al., 2008; Riedijk et al., 2006; de Vugt et al., 2006), wobei in einer Studie jedoch auch eine vergleichbare Belastung ermittelt wurde (Nicolaou et al., 2010)

Bezüglich der Dauer der Erkrankung fanden Studien einen eher geringen oder gar keinen Einfluss dieser Größe in Bezug auf die Belastung der Angehörigen (Meier et al., 1999; Zarit et al., 1980). In zwei Untersuchungen war eine zum Zeitpunkt der jeweiligen Untersuchung noch kürzere Krankheitsdauer allerdings mit mehr Stress und Belastung assoziiert (Draper et al., 1995; Riedijk et al., 2006). Zank & Schacke (2007) fanden bei einzelnen, jedoch nicht allen Indikatoren subjektiver Belastung einen Zusammenhang zwischen Pflegedauer und Belastung (z.B. Belastung durch Beziehungsverlust) und eine Zunahme der Belastung im Zeitraum von 3 Jahren (z.B. Belastung durch Spätsymptomatik wie z.B. Personenverkennung). Sie betonen jedoch, dass „keinesfalls von einer generellen kontinuierlichen Intensivierung pflegebedingter Belastung über die Zeit auszugehen ist.“ Veränderungen und Zunahme der Symptomatik, gemessen über ein Jahr, scheinen jedoch nach Ergebnissen einer anderen Studie in keinem Zusammenhang mit einer Zunahme der Belastung zu stehen (Goode et al., 1998). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Berger et al. (2005), in deren Studie die Belastungswerte zwar mit der Symptomatik korrelierten, sich jedoch über einen Zeitraum von 2 Jahren trotz fortschreitender Demenz nicht veränderten.

Die Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses der Symptomatik sowie der Schwere und Dauer der Erkrankung deuten trotz der etwas uneinheitlichen Ergebnisse insgesamt daraufhin, dass nicht nur Patientenvariablen entscheidend sind, sondern, dass auch Faktoren, die beim Angehörigen und dem weiteren Umfeld liegen, eine bedeutenden, wenn nicht sogar entscheidenden Einfluss haben (Black & Almeida, 2004; Connell et al., 2001). Mehrere Studien konnten zeigen, dass trotz vergleichbarer Symptomatik und Demenzschwere Angehörige unterschiedlich belastet waren (Campbell et al., 2008; Donaldson et al., 1997).

Eine wichtige Einflussgröße sind dabei die Bewältigungs- und Copingstrategien der Angehörigen. Die meisten Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass problemfokussierte und akzeptierende Strategien mit weniger Belastung und Depressivität einhergehen als passiv-vermeidende und emotionsfokussierte Strategien (Almberg et al., 1997; Connell et al., 2001; Cooper et al., 2008a; Eters et al., 2007; Kneebone & Martin, 2003; Mausbach et al., 2006; Mc Conaghy & Caltabiano, 2005; Pruchno & Resch, 1989b; Riedijk et al., 2006, Sun et al., 2010). Nicht alle bisherigen Studien fanden jedoch einen Zusammenhang zwischen Coping und der Belastung (van den Wijngaart et al, 2007). Neben der Problematik unterschiedlicher Messinstrumente wird an der bisherigen Coping-Forschung kritisiert, dass zum einen die Maße in der Regel keine demenz-spezifischen, sondern

allgemeine Fragebögen zum Coping darstellten und dass zum anderen ungenügend untersucht wurde, in welchen spezifischen Stresssituationen verschiedene Copingstrategien erfolgreich sind (Kneebone & Martin, 2003).

Die Art und Weise, wie Angehörige Situationen bewerten und die subjektiv empfundene Kompetenz, die sie sich in Bezug auf ihre Rolle als Betreuer zuschreiben, steht ebenso in Zusammenhang mit der Belastung (Campbell et al., 2008; Connell et al., 2001; Gonyea et al., 2005; Mausbach et al., 2007; Wilz et al., 1999), in dem Sinne dass höhere Selbstwirksamkeitserwartungen mit geringerer Belastung assoziiert sind. Angehörige, die ein hohes Maß an „role captivity“ aufweisen, d.h. sich durch die Erkrankung und ihre Rolle als Pflegenden stark eingeschränkt fühlen, zeigen zudem höhere Belastungswerte bzw. eine schlechtere Befindlichkeit (Pearlin et al., 1990; van den Wijngaart et al., 20007; Campbell et al., 2008).

In mehreren Studien wurden Persönlichkeitsmerkmale der Angehörigen als Faktoren für Belastung untersucht. Zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus und der Belastung Angehöriger wurde ein Zusammenhang nachgewiesen (Bookwala & Schulz, 1998; Campbell et al., 2008; Hooker et al., 1994, 1998; Reis et al., 1994; Shurgot & Knight, 2005; Welleford et al., 1995). Ebenso gibt es Zusammenhänge mit hohem „expressed emotions“, d.h. einer überkritischen bzw. überinvolvierten Haltung des Angehörigen gegenüber dem Betroffenen (Nomura et al., 2005), und einem unsicheren Bindungsstil (Cooper et al., 2008b). Eine protektive Wirkung scheinen hingegen ein hohes Selbstvertrauen sowie Optimismus zu haben (Bookwala & Schulz, 1998; Brodaty & Donkin, 2009; Connell et al., 2001; Hooker et al., 1998; Lopez & Crespo, 2008).

Ein weiterer Einflussfaktor, der in mehreren Untersuchungen nachgewiesen werden konnte, ist die Beziehungsqualität. Dabei zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der vom Angehörigen wahrgenommenen Beziehungsqualität vor der Erkrankung des Partners und der Belastung bzw. dem Wohlbefinden der Angehörigen zum Zeitpunkt der Studien in dem Sinne, dass eine niedrigere prämorbid Beziehungsgüte mit größerer Belastung bzw. geringerem Wohlbefinden einherging (Brodaty & Donkin, 2009; Draper et al., 1995; Quinn et al., 2009, Steadman et al., 2007; Williamson & Schulz, 1990; Williamson & Shaffer, 2001).

Waite et al. (2004) fanden hingegen keinen Zusammenhang zwischen prämorbid Beziehungsgüte und Depressivität. Eine niedrige aktuelle Beziehungsqualität scheint mit höherer Belastung und Depressivität der Angehörigen und ungünstigerem Verhalten gegenüber dem Erkrankten assoziiert zu sein (Campbell et al., 2008; Quinn et al., 2009; Williamson & Shaffer, 2001). Veränderungen der Beziehungsqualität, die erst durch die

Erkrankung entstehen, wurden auch nachgewiesen, in dem Sinne, dass Verhaltensprobleme der Erkrankten mit einer negativen Veränderung der Beziehungsqualität im Vergleich zu früher zusammenhingen (Donaldson et al., 1997; Spruytte et al., 2002; de Vugt et al., 2003). Auch hier wurden in verschiedenen Studien unterschiedliche Maße für Beziehungsqualität und Belastung verwendet, so dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist.

Der erweiterte Familienkontext und die soziale Unterstützung, die Angehörige erhalten, sind weitere Faktoren. Hinsichtlich sozialer Unterstützung konnte gezeigt werden, dass eine größere Zufriedenheit mit der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld mit weniger depressiven Symptomen (Au et al., 2009; Chang et al., 2001; Clay et al., 2008; Schäufele et al., 2007), geringerer Belastung (Chang et al., 2001; Schäufele et al., 2007; Shurgot & Knight, 2005; van den Wijngaart et al., 2007) und besserer physischer Gesundheit (Goode et al., 1998; Schulz et al., 1995) einherging. Wie Angehörige die Unterstützung, die sie erhalten, bewerten, wird dabei auch durch Persönlichkeitsfaktoren wie Neurotizismus mitbedingt (Monahan & Hooker, 1995). Die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson im nahen sozialen Umfeld wirkt vermutlich protektiv in Bezug auf Depressivität (Waite et al., 2004). Drentea et al. (2006) weisen ebenfalls darauf hin, dass die Anzahl an Personen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht und die emotionale Unterstützung, die Angehörige erhalten, wichtige Faktoren sind. Größere soziale Netzwerke, häufige Sozialkontakte und die Möglichkeit, praktische Unterstützung von Freunden zu bekommen, scheinen weiterhin mit einer geringen Belastung einherzugehen, während zusätzliche familiäre Konflikte und ungünstige Interaktionsstile innerhalb der Familie die Belastung erhöhen (Chang et al., 2001; Mioshi et al., 2009; Mitrani et al., 2006; Sörensen et al., 2006; Spitznagel et al., 2006). Eine Studie fand jedoch keinen Zusammenhang zwischen Familienkonflikten und Belastung (Campbell et al., 2008). Und auch zur sozialen Unterstützung existieren Studien, die einen Einfluss auf Belastung oder Depressivität nicht nachweisen konnten (Kaufman et al., 2010). Die Anzahl der Hilfsleistungen bzw. Stunden, die Angehörige entlastet werden, scheint nicht das Entscheidende zu sein (Meier et al., 1999). Einzelne Untersuchungen konnten zwar positive Effekte von externen Hilfen auf die Belastung Angehöriger zeigen (Mavall & Thorslund, 2007; Sussman & Regehr, 2009; Zank et al., 2007), ein Cochrane Review mit 3 kontrollierten Studien zur Effektivität von Entlastungsangeboten (respite care) ergab aber keine signifikanten Effekte (Lee & Cameron, 2004). Gleichzeitig wurde aber auch auf methodische Mängel bisheriger Studien hingewiesen, so dass ein abschließendes Urteil derzeit nicht möglich ist (Jeon et al., 2005; Lee & Cameron, 2004). Ein Zuwachs an professioneller Unterstützung über einen Zeitraum von 3 Monaten war in einer Studie von Jarrot et al. (2005) hingegen mit einer Abnahme von Überlastungsgefühlen, Depressivität,

Ängstlichkeit und Ärger assoziiert, während familiäre Unterstützung keinen Effekt auf diese Variablen hatte.

Das Geschlecht spielt ebenfalls eine Rolle. Es gibt eine Reihe von Studien, die eine höhere Belastung und mehr psychiatrische Symptome bei Frauen im Vergleich zu Männern ermittelt haben (Barusch & Spaid, 1989; Campbell et al., 2008; Collins & Jones, 1997; Gallicchio et al., 2002; Schulz et al., 1995; Thompson et al., 2004; Williamson & Schulz, 1990; Yee & Schulz, 2000), während Männer höhere kardiovaskuläre Risiken (Vitaliano et al., 2002) sowie vermehrt Schlafstörungen (Mills et al., 2009) zu entwickeln scheinen.

Die höhere Belastung der Angehörigen führt zu einem erhöhten Risiko, psychisch oder physisch zu erkranken. Höhere Belastungswerte werden mit erhöhter Depressivität und Ängstlichkeit (Clyburn et al., 2000; Colvez et al., 2002; Kiecolt-Glaser et al., 1991; Mioshi et al., 2009; Moise et al., 2004; Schoenmakers et al., 2010; Schulz et al., 1995; Sherwood et al., 2005; Sörensen et al., 2005) in Verbindung gebracht, wobei Prävalenzraten für depressive Erkrankungen bei Angehörigen von bis zu 80 % angegeben werden (Colvez et al., 2002; Schoenmakers et al., 2010; Sörensen et al., 2005). Auch verschiedene körperliche Beschwerden und Erkrankungen (Kiecolt-Glaser et al., 1991; Schulz & Martire, 2004; Vitaliano et al., 1993, 1995, 2002) und erhöhte Mortalität (Schulz & Beach, 1999) sind mit höherer Belastung assoziiert. Sogar das Risiko, selbst an Demenz zu erkranken, scheint erhöht zu sein (Norton et al., 2010). Ebenso gibt es Anhaltspunkte, dass eine höhere Belastung der Angehörigen mit einer früheren Institutionalisierung des Betroffenen assoziiert ist (Aneshensel et al., 1993; Annerstedt et al., 2000; Colerick & George, 1986; Yaffe et al., 2002), obwohl einzelne Studien diesen Zusammenhang nicht fanden (Haupt & Kurz, 1993; Spruytte et al., 2001).

3.1.2.2 Ein Modell zur Belastung von Angehörigen

In den vergangenen 30 Jahren wurden zahlreiche Modelle zur Belastung Angehöriger publiziert (Goode, 1998; Lawton et al., 1991; Kurz & Wilz, 2011; Pearlin et al., 1990; Pot, 2004; Schulz & Martire, 2004; Sörensen et al., 2006; van den Wijngaart et al., 2007). Ausgangspunkt für diese Modelle waren meist das allgemeine Stressmodell von Lazarus & Folkman (1984) sowie das speziell auf Angehörige von Demenzkranken bezogene Modell von Pearlin et al. (1990).

Das Modell von Lazarus & Folkman (1984) misst bei der Entstehung von Stress und Belastung den Bewertungen, die Menschen in Stresssituationen machen, eine entscheidende Bedeutung bei. Sie unterscheiden dabei zwischen primären und sekundären Bewertungen. Bei primären Bewertungen wird beurteilt, ob ein Stressor oder eine Situation überhaupt

relevant bzw. bedrohlich ist. Im zweiten Schritt erfolgt dann die Beurteilung, ob die eigenen Ressourcen ausreichen, um die Situation zu bewältigen. Je weniger dies der Fall ist, umso größer ist das Stressempfinden.

Pearlin et al. (1990) entwickelten ein Modell zur Entstehung von Stress, welches sich explizit auf Angehörige Demenzkranker bezieht und gingen von folgenden Einflussfaktoren aus:

- Kontextbedingungen (z.B. Verfügbarkeit von Hilfsangeboten, Familiennetzwerk)
- Primäre Stressoren, die sich direkt aus der Erkrankung ergeben (z.B. Symptomatik des Betroffenen, subjektive Belastungen des Angehörigen dadurch)
- Sekundäre Rollenbelastungen (z.B. Familienkonflikte, Probleme am Arbeitsplatz, soziale Einschränkungen, die sich aus den Folgen der Erkrankung ergeben)
- Sekundäre innerpsychische Belastungen (z.B. mangelndes Selbstvertrauen, niedriges Kontroll- und Kompetenzgefühl in der Angehörigenrolle, „role captivity“ – sich in der Rolle als Pflegender gefangen fühlen)

Folgen des Einflusses dieser Stressoren bzw. Outcomevariablen waren Depressivität, Ängstlichkeit, Jähzorn, kognitive Störungen, körperliche Gesundheitsschäden und letztlich der Abbruch der Pflegebeziehung. Als Mediatoren sahen die Autoren die soziale Unterstützung und die Copingstrategien der Angehörigen.

Im Folgenden soll ein vom Autor dieser Studie modifiziertes Modell dargestellt werden (vgl. Abbildung 1, S.29), das auf der Grundlage der Modelle von Folkman & Lazarus (1988) und Pearlin et al. (1990) sowie deren Modifikationen durch andere Autoren (Kurz & Wilz, 2011; Schulz & Martire, 2004; Sörensen et al., 2006; van den Wijngaart et al., 2007) erstellt wurde.

Ausgangspunkt des Modells ist die Symptomatik des Betroffenen, von deren Bewertung sehr stark abhängt wie groß die subjektive Belastung der Angehörigen ist. Die Bewertung des Verhaltens der Betroffenen bzw. von kritischen Situationen wird jedoch nicht nur vom Ausmaß der Symptomatik bestimmt, sondern auch von unterschiedlichen Angehörigenvariablen (Persönlichkeit, Einstellungen, Bewältigungsstrategien, wahrgenommene Beziehungsqualität), wobei diese Variablen auch allgemein auf die subjektive Belastung einwirken. Umfeldvariablen wie soziale Unterstützung bzw. soziale Konflikte können ebenfalls einen verstärkenden oder abmildernden Einfluss auf die subjektive Belastung haben. Subjektive Belastung steht wiederum in Zusammenhang mit der psychischen und physischen Belastung sowie dem Verhalten der Angehörigen gegenüber dem Erkrankten.

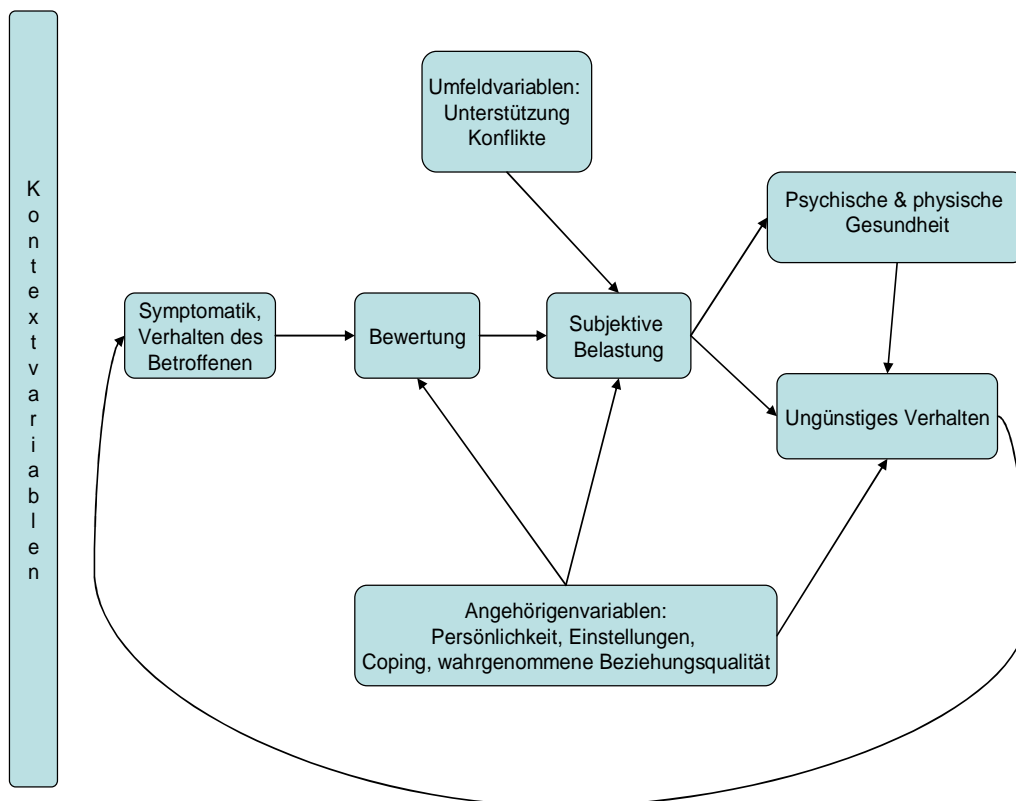


Abbildung 1: Modell zur Entstehung und Auswirkung subjektiver Belastung bei Angehörigen von Menschen mit Demenz

In diesem Modell wird in Ergänzung zu den bisherigen Modellen explizit darauf hingewiesen, dass erhöhte Belastung vermutlich in einem Zusammenhang mit ungünstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten steht. Die Ergebnisse mehrerer Studien stützen diese Vermutung (Beach et al., 2005; Cooper et al., 2010; Pot et al., 1996; Robinson et al., 2001). Weiterhin wird angenommen, dass dadurch eine Rückkopplungsschleife in Gang kommt, in dem Sinne, dass ein ungünstiger Umgang der Angehörigen mit dem Erkrankten auch die Symptomatik und den weiteren Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann. Auch für diese Annahme konnten bereits empirische Nachweise gefunden werden (de Vugt et al., 2004, Vitaliano et al., 1993b). Eine negative Entwicklung der Symptomatik wiederum kann dann Auslöser für verstärkt negative Bewertungen und höhere Belastung sein und so wieder noch mehr ungünstiges Verhalten bedingen. Auf diese Weise entwickelt sich immer mehr eine Abwärtsspirale, an deren Ende die Institutionalisierung oder das Ableben des Betroffenen stehen kann.

Therapeutisch ist es ein wichtiges Ziel eine solche Abwärtsspirale zu verhindern und die betreuenden Angehörigen darin zu unterstützen, für sich selbst und für den Erkrankten günstige Haltungen und Umgangsformen zu erarbeiten.

Bezüglich des Umgangs mit Menschen mit Demenz ist es mittlerweile „common sense“, dass korrigierendes und kritisierendes Verhalten des Umfelds sich ungünstig auswirkt. Als unterstützend und therapeutisch günstig gilt ein respektvoller, die Sichtweise des Betroffenen bestätigender und an den erhaltenen Fähigkeiten orientierter Umgang (Alzheimer's Disease International & World Health Organization, 1994; Feil, 1992; Kitwood, 1997; Kurz, 2011; Romero & Eder, 1992).

Ungünstiges Verhalten gegenüber dem Erkrankten ist vermutlich durch mehrere Faktoren bedingt, die den Einflussgrößen auf die allgemeine Belastung ähnlich sein dürften. Ein mit entscheidender Faktor, der in der bisherigen Belastungsforschung nicht im Vordergrund stand ist das Erleben der Emotion Ärger. Ärger als Emotion und Ärgerreaktionen als Verhaltensvariable werden zwar in manchen Instrumenten zur Messung von Belastung mit einzelnen Items erfasst (Vitaliano et al., 1991b), jedoch setzten sich nur sehr wenige Studien vertieft mit Ärgerreaktionen auseinander.

Im folgenden Kapitel soll nun ein kurzer Überblick über wesentliche Ergebnisse der allgemeinen Ärgerforschung gegeben werden und anschließend soll der Stand des Wissens in Bezug auf Ärgererleben und Ärgerreaktionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz dargestellt werden.

3.2 Ärger und Ärgerreaktionen: Ergebnisse der Emotionsforschung

Das Gefühl des Ärgers war in der Emotionsforschung über viele Jahre ein vernachlässigtes Forschungsgebiet (Weber, 1994). Dennoch hat sich mittlerweile ein beträchtliches Wissen angesammelt, dessen komplette Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Daher sollen hier nur die wichtigsten und für das weitere Verständnis der Studie notwendigen Ergebnisse der Ärgerforschung selektiv beschrieben werden. Für eine vertiefende Lektüre sei auf die Werke von Hodapp & Schwenkmezger (1993), Weber (1994), Immenroth & Joest (2004) sowie Potegal, Stemmler & Spielberger (2010) verwiesen, die auch die Grundlage für die folgende Zusammenfassung gebildet haben.

3.2.1 Was ist Ärger?

3.2.1.1 Kategoriale und dimensionale Modelle

Die Frage, was Ärger eigentlich ist, steht ganz am Anfang dieser Zusammenfassung und kann nicht mit einem oder zwei Sätzen beantwortet werden. Eine einheitliche Definition von Ärger existiert in den Wissenschaften nicht.

Zunächst einmal kann jedoch mit Sicherheit gesagt werden, dass es sich bei Ärger um eine Emotion handelt. Emotionen kann man als vorübergehende intensive Gefühlszustände verstehen, die einen hohen Grad an Bewusstheit haben, während im Gegensatz dazu Stimmungen im Sinne eines Hintergrundphänomens als länger überdauernde, aber weniger intensive und weniger bewusste affektive Zustände gesehen werden können (Immenroth & Joest, 2004). Ärger wird in unterschiedlichen kategorialen Emotionsmodellen als eine der menschlichen Basisemotionen beschrieben (z.B. Izard, 1994; Ortony & Turner, 1990; Pekrun, 2000; Plutchik, 1980), wobei als kleinster gemeinsamer Nenner neben Ärger/Wut die Emotionen Freude, Angst/Furcht, Trauer und Ekel identifizierbar sind (Immenroth & Joest, 2004; Pekrun, 2000). In ähnlicher Weise findet Schmidt-Atzert (2009) in seiner Analyse über verschiedene Forschungstraditionen nur die Emotionen Freude, Angst, Traurigkeit und Ärger als zuverlässige eigenständige Kategorien.

Emotionen können jedoch nicht nur kategorial, sondern auch dimensional dargestellt werden. In dimensional Modellen werden sie anhand der Ausprägung auf verschiedenen Beschreibungsdimensionen charakterisiert. Die wichtigsten Dimensionen zur Beschreibung von Emotionen sind die Valenz mit den Polen Lust vs. Unlust sowie die Aktivierung mit den Polen Erregung vs. Ruhe (Schmidt-Atzert, 2009). Weitere, jedoch eher umstrittene Dimensionen sind Unkontrollierbarkeit oder Kontrolle, Natürlichkeit des Ausdrucks oder Dominanz (Schmidt-Atzert, 2009) sowie Funktionalität und Affektivität (Immenroth & Joest, 2004). Ärger geht in dimensional Modellen mit einer hohen negativen Valenz sowie einer gleichzeitigen hohen Erregung einher (Immenroth & Joest, 2004; Russell, 2003).

3.2.1.2 Komponenten der Ärgerreaktion

Nach der Theorie von Scherer (1990) setzen sich Emotionen aus verschiedenen Komponenten zusammen: physiologisch, expressiv, kognitiv, motivational-aktional sowie subjektiv-erlebnisbezogen. Weber (1994) hat in ihrer Publikation diese Komponenten für die Emotion Ärger ausführlich beschrieben. Der Begriff der Ärgerreaktion bezeichnet dabei nach Weber (1994) alle physiologischen, expressiven, kognitiven und aktionalen Vorgänge, die Teil oder Folge der Emotion Ärger sind.

Potegal & Stemmler (2010) fassen in ähnlicher Weise den wissenschaftlichen Konsens so zusammen, dass sich Ärger zusammensetzt aus peripheren physiologischen Reaktionen und Hirnaktivierung, körperlichen Empfindungen, einem subjektiven Gefühl, Kognitionen und Handlungstendenzen. Bezogen auf die Reaktionsebene im SORK-Schema, das aus der Verhaltenstherapie stammt (Kanfer et al., 2000), kann man eine Ärgerreaktion mit den Komponenten körperliche Reaktion, kognitive Bewertung, subjektives Gefühl bzw. emotionales Empfinden und Verhaltensreaktion beschreiben.

Zu diesen letztgenannten Komponenten soll nun der aktuelle Wissenstand grob zusammengefasst werden:

Hinsichtlich der physiologischen Reaktion kommt es während des Ärgerzustands zu einer Aktivierung miteinander interagierender Systeme wie der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse, der Sympatho-Nebennierenmark-Achse, des Immunsystems und wahrscheinlich auch des endogenen Opiatsystems. Dies führt zu Anstiegen der Blutkonzentration von Cortisol, Adrenalin und Noradrenalin sowie von Killer-Zellen und Endorphinen (al`Absi & Bongard, 2006; Hodapp, 2009). Außerdem wurde auch nachgewiesen, dass Ärger neben einer Aktivierung des Neurotransmitters Noradrenalin mit einer reduzierten Funktion des serotonergen Systems einhergeht (Bond & Wingrove, 2010). Die dargestellten neuroendokrinen Prozesse haben Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem im Sinne einer Erhöhung des Blutdrucks, der Muskelspannung, der Herzrate und der Atemfrequenz (Schwenkmezger et al., 1999). Ärger ist somit physiologisch als Erregungsreaktion zu sehen, was sich auch in Metaphern einer heißen Flüssigkeit, die unter Druck steht, ausdrückt, die in mehreren Sprachen ähnlich nachgewiesen wurden (Kövesces, 2010). Mimisch drückt sich Ärger dabei durch die folgenden typischen Merkmale aus: Zusammenziehen der Augenbrauen, Verkleinerung der Augenhöhlen, Weiten der Nasenflügel sowie Anspannung der Muskulatur im Mund-Nasenbereich mit geöffneten Lippen (Ekman, 1988, Matsumoto et al., 2010).

Potegal & Stemmler (2010b) fassen den aktuellen Stand der Hirnforschung in Bezug auf Ärgerreaktionen zusammen. Ärgerreize werden demnach zuerst in posterioren und medialen Arealen des Temporallappens verarbeitet, wobei auch Assoziationen mit relevanten Gedächtnisspuren im anterioren Temporallappen gebildet werden. Von dort aus gibt es dann zwei Pfade der Ärgerverarbeitung: erstens einen, der über subkortikale und kortikale Schaltkreise direkt, d.h. ohne tiefere Verarbeitung im Frontallappen, somato- und viszeromotorische Zentren aktiviert und die unmittelbare Ärgerreaktion triggert und zweitens einen, der über den orbito- und ventromedialen frontalen Kortex läuft und die höhere Verarbeitung von Ärgerreizen im Sinne von kognitiven Bewertungen und Kontrollreaktionen beinhaltet (Potegal & Stemmler, 2010b).

Eng verbunden mit dem physiologischen Empfinden ist das subjektive Gefühl des Ärgers. Die subjektive Komponente des Ärgers ist jedoch ein von der Forschung weitgehend vernachlässigtes Feld. Weber (1994) fasst die bisherigen Ergebnisse diesbezüglich so zusammen, dass Ärger mit Empfindungen der Hyperaktiviertheit und motorischen Unruhe sowie des Kontrollverlusts und der Anspannung einhergeht, womöglich auch mit dem Gefühl der Stärke oder Macht.

Zur kognitiven Komponente des Ärgers liegen mehrere Ansätze vor, in denen jeweils in ähnlicher Weise Bewertungen der Situation eine entscheidende Rolle spielen (Novaco, 1976; Berkowitz, 1990; Ortony et al., 1988; Roseman, 1984; Lazarus & Smith, 1988; Scherer, 1984). Auch nach Weber (1994) kann man als Konsens sehen, dass Ärger mit der Bewertung, dass irgendetwas den Bedürfnissen und Motiven einer Person zuwiderläuft, einhergeht, gekoppelt mit der Beurteilung, dass an diesem Zustand ein anderer Mensch schuldig ist, der durch sein Verhalten Regeln und Normen verletzt hat. In fast identischer Weise fassen Schwenkmezger et al. (1999) die in der Literatur immer wieder zitierten Bewertungsvorgänge in drei Schritten zusammen:

1. Ein Ereignis richtet sich gegen eigene Bedürfnisse / Handlungsziele werden blockiert.
2. Jemand wird als verantwortlich erkannt.
3. Diesem Jemand wird auch eine Schuld zugesprochen. Er hat gegen Regeln oder Normen verstoßen.

Der entscheidende Punkt ist nach mehreren Autoren dabei, dass Ärger nur dann auftritt, wenn eine Verantwortlichkeitszuschreibung erfolgt (Schwenkmezger et al., 1999; Smith & Lazarus, 1993). Es konnte auch nachgewiesen werden, dass der Grad der Verantwortlichkeitszuschreibung mit der Ärgerintensität zusammenhängt (Hoser et al., 1993). Die Intensität des Ärgerzustandes ist nach Hodapp (2009) insgesamt eine Funktion der Frustration, die aufgrund der Wahrnehmung einer vermeintlichen Ungerechtigkeit oder der Blockierung von zielgerichteten Handlungen resultiert.

Wranik & Scherer (2010) führen als weitere kognitive Komponenten an, dass das ärgerliche Ereignis als relevant eingeordnet werden muss und dass man als Handelnder sich selbst eine Bewältigungskompetenz in Bezug auf das Ereignis zuschreibt. Wäre dies nicht der Fall, würden nämlich eher Hilflosigkeit, Trauer oder Angst als emotionale Reaktion resultieren.

In Bezug auf die Verhaltenskomponente des Ärgers wird als häufiger Zusammenhang das Auftreten von aggressiven Verhaltensweisen genannt (Bandura, 1983; Berkowitz, 1962, 1989; Novaco, 1976; Rule & Ferguson, 1984; Zillmann, 1988). Aggression folgt jedoch nicht zwangsläufig auf Ärger (Weber, 1994). Neben aggressivem Verhalten ohne vorherigen Ärger

gibt es auch eine Reihe anderer Reaktionsformen, die auf Ärger folgen können, worauf weiter unten noch eingegangen wird.

Aggressives Verhalten kann auch als expressives Verhalten betrachtet werden und hat daher Überschneidungen mit dem Konstrukt des *anger-out*, d.h. des offenen Ärgerausdrucks (Spielberger et al., 1985; Spielberger & Reheiser, 2010). Ärger auf der Verhaltensebene wird aber nicht immer offen ausgedrückt, sondern auch unterdrückt, wofür das Konstrukt des *anger-in*, d.h. der nach innen gerichtete Ärger, steht. Diese beiden Formen des Ärgerausdrucks sind allerdings nicht Pole einer bipolaren Dimension, sondern unabhängige Konstrukte (Spielberger et al., 1985). Spielberger (1988) hat dieser Unterscheidung zwischen offenem und unterdrücktem Ärger noch das Konstrukt der Ärgerkontrolle (*anger-control*) hinzugefügt, womit eine aktive Kontrolle des Ärgers bzw. das Äußern von Ärger in sozial angemessener Weise gemeint ist (Schwenkmezger et al., 1999, S. 55).

Weber (1994) weist daraufhin, dass es neben der in der Ärgerforschung am häufigsten berücksichtigten Form des offenen und aggressiven Ärgerausdrucks noch eine Vielzahl anderer, meist konstruktiver Reaktionen gibt, die ebenso häufig auftreten, wie z.B. der offen-beherrschte Emotionsausdruck, das Führen klärender Gespräche, die Problemlöseplanung und Probleminangriffnahme. Diese Reaktionen werden teilweise durch das oben eingeführte Konstrukt der Ärgerkontrolle erfasst. Weitere weniger häufiger auftretende Reaktionen in Ärgersituationen finden sich ebenfalls bei Weber (1994, S.168-170). Auch Van Coillie et al. (2006) fanden in ihrer Studie eine Reihe nicht-aggressiver Reaktionen auf Ärgererleben wie z.B. kognitive Neubewertung, Spannungsreduktion und Kommunikation.

Averill (1982) betont in seinem sozial-konstruktiven Ansatz, dass Ärger als ein komplexes Syndrom eine ganzheitliche Reaktion ist, deren Auftreten vor allem durch soziale Normen bestimmt ist und die im sozialen Kontext die Funktion der Regelüberwachung bei Fehlverhalten und Normverletzungen hat (vgl. hierzu Schwenkmezger et al., 1999, S. 21).

3.2.1.3 Abgrenzung zu verwandten Konstrukten

Immenroth & Joest (2004, S. 14-16) grenzen im Sinne einer Begriffsbestimmung Ärger von den ähnlichen Konstrukten Verärgerung, Gereiztheit, Feindseligkeit, Wut bzw. Zorn, Hass, Aggression, Angst bzw. Furcht und Stress ab. Der folgende Abschnitt stellt eine Zusammenfassung dieser Thematik bei Immenroth & Joest (2004) dar:

Gegenüber der Verärgerung ist Ärger eine stärkere und ernsthaftere Emotion, gegenüber Wut und Zorn hat Ärger eine geringere Intensität und die Dringlichkeit und persönliche Relevanz des aversiven Reizes ist bei Wut bzw. Zorn höher. Hass ist im Gegensatz zu Ärger eindeutig mit Schädigungsabsichten verbunden und immer mit aggressiven Elementen verknüpft. Bei Aggression handelt es sich um ein schädigendes Verhalten und nicht um eine Emotion. Gereiztheit stellt eher eine unspezifische Stimmung dar und ist nicht objekt- bzw.

personenbezogen und Feindseligkeit ist ebenfalls nicht als Emotion zu betrachten, sondern bezeichnet eher eine Gruppe von aggressionsfördernden Einstellungen und Motiven. Die Emotion Angst entsteht, wenn ein Reiz als bedrohlich eingeschätzt wird und eine Person ihre Handlungsalternativen gleichzeitig als nicht ausreichend einschätzt. Angst geht daher auch mit der Verhaltenstendenz der Flucht einher, während Ärger eher die Tendenz zum Angriff hat. Mit Stress steht Ärger in einem engen Zusammenhang. Immenroth & Joest verweisen dabei in ihrer Zusammenfassung auf Novaco (1993), der Ärger als eine mögliche dysfunktionale Stressreaktion bei Überlastung sieht, die bei häufigem Auftreten auch gesundheitsschädigend wirken kann. Steffgen (1991) spricht in Bezug auf langfristige Folgen unbewältigten Ärgers auch von einer Stabilisierung von „Ärgerstress“.

Ärger wird oft auch mit anderen verwandten Konstrukten zu übergeordneten Gruppen zusammengefasst. Gemeinsam mit Ekel und Geringschätzung bildet er die Feindseligkeitstriade (Izard, 1994). Ein weiteres Beispiel ist das AHA-Syndrom (Spielberger et al., 1985), das sich aus den Komponenten *anger*, *hostility* (Feindseligkeit) und *aggression* zusammensetzt. Weiterhin ist Ärger eine Teilkomponente des sogenannten Typ-A-Verhaltens (Friedman & Rosenman, 1974), welches neben feindseligen und aggressiven Verhaltenstendenzen durch hohes Leistungsstreben, hohen Zeit –und Konkurrenzdruck sowie Ungeduld gekennzeichnet ist.

Eine semantische Nähe besteht auch zum Konzept der „Expressed Emotions“ (EE). Dieses Konzept stammt ursprünglich aus der Schizophrenieforschung (Brown et al., 1972) und bezeichnet die Haltung von Angehörigen gegenüber dem Patienten. Angehörige mit hohen „expressed emotions“ zeigen eine sehr kritische Haltung und emotionales Überengagement gegenüber dem Betroffenen. Ärgerreaktionen im Sinne kritisierender Verhaltensweisen sind daher in diesem Konzept inbegriffen. Das Konzept der „expressed emotions“ geht aber über reinen Ärger hinaus und bezeichnet eine generell emotional überinvolvierte Haltung gegenüber dem Erkrankten.

In der englischsprachigen Literatur taucht auch immer wieder in Studien, die sich mit Belastungen Angehöriger befassen, der Begriff „resentment“ auf. „Resentment“ und „anger“ sind eng miteinander verwandte Konzepte. Im Merriam-Webster Online Dictionary wird „anger“ definiert als „a strong feeling of displeasure and usually of antagonism“ und „resentment“ als „feeling of indignant displeasure or persistent ill will at something regarded as wrong, insult or injury“. „Resentment“ entspricht daher eher den Gefühlen des Grolls und der Verbitterung, welche sich durch ihre Langfristigkeit auszeichnen (Rothe, 2006), während „anger“ eher eine starke unmittelbare emotionale Reaktion bezeichnet. Auch der aus dem Französischen eingedeutschte Begriff des Ressentiments im Sinne eines heimlichen Grolls wäre eine adäquate Übersetzung für „resentment“.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird Ärger verstanden als eine unmittelbare negative emotionale Reaktion auf eine den Interessen des Individuums zuwiderlaufende Situation. Es wird dabei unterschieden zwischen dem Ärgererleben, welches in erster Linie die emotional-subjektive und unmittelbar physiologische Komponente, aber auch kognitive Elemente enthält, und den Ärgerreaktionen im Sinne von konkreten Verhaltensweisen, die entweder als offener Ärgerausdruck oder als unterdrücktes bzw. kontrolliertes Verhalten im Sinne von Ärgerkontrolle konzipiert sind.

3.2.2 Wodurch wird Ärger ausgelöst?

Eng verbunden mit der Frage nach dem Wesen des Ärgers ist auch die Frage, welche Faktoren Ärger auslösen. Immenroth & Joest (2004, S. 23-31) nennen hier drei Kategorien, die für die Ärgergenese entscheidend sind: Personenmerkmale, auslösende Situationen und kognitive Prozesse.

3.2.2.1 Personenmerkmale

Hinsichtlich der Personenmerkmale ist es vor allem die Ärgerneigung im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft, deren Einfluss auf Ärgererleben und Ärgerreaktionen gut belegt ist (Bodenmann et al., 1993; Deffenbacher, 1992, 1993; Hazebroek et al., 2001; Hodapp, 2009; Schwenkmezger et al., 1992; Wranik & Scherer, 2010). Personen mit einer hohen Ärgerneigung erleben Situationen häufiger als ärgerauslösend und reagieren mit stärkerem Ärger als Personen mit niedrigen Werten in der Ärgerneigung (Deffenbacher, 1993). Weitere Personenmerkmale sind die aktuelle emotionale, kognitive und physische Befindlichkeit sowie Wert- und Normvorstellungen, Ansprüche und Bewertungsstile, von denen es unter anderem abhängt, ob eine Situation als Verletzung von Regeln oder Beeinträchtigung der Persönlichkeitssphäre wahrgenommen wird. (Allmer & Allmer, 1995, Deffenbacher, 1999; Zillmann, 1988).

3.2.2.2 Auslösende Situationen

Situationen, die Ärger auslösen, vollständig in einem Schema zu beschreiben, ist ein schwieriges Unterfangen. Bisher entwickelte Ordnungsschemata kommen zu unterschiedlichen Kategorisierungen von Situationen. Beispielsweise sei hier das Ordnungsschema von Weber (1994) dargestellt, welches die vier ärgerevozierenden Situationen Frustration, Angriff, Regelverstöße und Ärgernisse als Hauptkategorien hat. Weber unterteilt weiter Frustrationen in die Unterkategorien „jemand leistet Widerstand“, „jemand stört aktiv oder passiv“, „jemand verweigert oder entzieht Belohnungen“. Angriffe, die

sowohl physisch wie auch verbal sein können werden folgendermaßen kategorisiert: „jemand greift mich an oder schädigt meinen Besitz“, „jemand verletzt meinen Selbstwert, Stolz, meine Würde“, „jemand verletzt oder beschneidet meine Autonomie“, „jemand überschreitet die Grenzen meiner Privatsphäre“. Regelverstöße werden wie folgt unterteilt: „jemand verletzt allgemeine Regeln, Sitten, Werte“, „jemand verletzt beziehungspezifische Abmachungen“, „jemand verletzt meine persönlichen Regeln“. Ärgernisse können in den äußeren Merkmalen, Eigenschaften, Gewohnheiten oder unbeabsichtigten Verhaltensweisen einer anderen Person liegen. Weber führt ihr Schema noch weiter aus, indem sie auch darauf hinweist, dass Ärger sich nicht nur auf das Verhalten anderer Personen einem selbst gegenüber beziehen kann, sondern auch auf Objekte, auf das eigene Verhalten, auf das Verhalten anderer gegenüber Dritten. Als kleinsten gemeinsamen Nenner aller Situationen macht Weber, wie bereits weiter oben erwähnt, die Ist-Soll-Diskrepanz aus, in dem Sinne, dass „etwas nicht so ist, wie es sein sollte“. Auch nach Potegal & Stemmler (2010a) sowie Wranik & Scherer (2010) besteht weitgehende Einigkeit darin, dass Ärger vor allem dann entsteht, wenn Ziele einer Person blockiert werden. Dies führt wieder zu den kognitiven Prozessen, da die Diskrepanzwahrnehmung letztlich eine kognitive Bewertung ist.

3.2.2.3 Kognitive Prozesse

Immenroth & Joest (2004, S. 25/26) weisen darauf hin, dass ärgerauslösende Situationen und kognitive Prozesse nur schwer voneinander getrennt werden können und dass externe Reize nicht direkt Ärger auslösen können, sondern die kognitiven Prozesse beeinflussen, die dann zur Ärgerauslösung führen.

Nach Novaco (1976) sind bei der Ärgerentstehung vor allem die kognitiven Prozesse der Bewertung, der Erwartung und des inneren Selbstgesprächs von Bedeutung. Bei der Bewertung wird nach Novaco beurteilt, ob ein äußerer Reiz eine Provokation darstellt. Hinsichtlich der Bewertung unterscheiden Immenroth & Joest (2004) weiterhin die Intentions- und Ursachenbewertung sowie die Verantwortlichkeits- und Bedeutungszuschreibung. Bei der Intentionsbewertung wird beurteilt, ob die eigenen Intentionen behindert oder blockiert werden, im Rahmen der Ursachenbewertung wird festgestellt, ob die Gründe für das Geschehene bei einem selbst oder bei anderen Personen liegen. Mit der Verantwortlichkeitszuschreibung, die für die Ärgerentstehung entscheidend ist, wird die Schuld für ein Ereignis geklärt. Wenn keine Entschuldigungsgründe für das Handeln gefunden werden, ist nach Immenroth & Joest (2004) eine Ärgerreaktion sehr wahrscheinlich. Rechtfertigungsgründe können sein, wenn eine Person unabsichtlich gehandelt hat, keine andere Wahl hatte, den schädigenden Ausgang nicht vorhersehen konnte oder keine Kontrolle hatte (Schmitt et al., 1991, Hoser et al, 1993). Die Bedeutungszuschreibung legt fest, welchen Stellenwert das Ereignis für eine Person hat und hängt daher eng mit der

Ärgerintensität zusammen. Hinsichtlich der Erwartungen ist nach Novaco (1993) der Ärger umso größer, je größer die Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität ist und je geringer die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten angesehen werden. Das innere Selbstgespräch bringt schließlich die Bewertungen und Erwartungen in eine sprachliche Form und kann die Ärgerreaktion zusätzlich im Sinne eines Selbsterregungsmechanismus steigern (Immenroth & Joest, 2004).

Nach dem Komponenten-Prozess-Modell (Scherer, 1984; Wranik & Scherer, 2010) laufen die Bewertungen, die bei der Ärgerauslösung eine Rolle spielen, sequentiell ab. Ausgehend von der Relevanzbeurteilung der Situation werden Implikationen des Ereignisses (unter anderem Verantwortlichkeit, Intentionalität, Bedeutung für die eigenen Ziele) eingeschätzt und danach beurteilt wie sie das Wohlbefinden und die Ziele der Person beeinflussen. Ärger wird ausgelöst, wenn ein wichtiges Ziel blockiert ist und diese Blockade auf die willentliche Handlung einer anderen Person zurückgeführt wird. Im nächsten Schritt erfolgt eine Einschätzung über die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in der Situation, wobei im Gegensatz zu Novaco angenommen wird, dass ein höher eingeschätztes Copingpotential mit mehr Ärger assoziiert ist, während geringes Copingpotential mit Hilflosigkeit und depressiven Reaktionen einhergeht. Zuletzt soll noch eine Bewertung der Signifikanz des Ereignisses bezüglich der persönlichen Werte und allgemeiner sozialer Normen stattfinden, wobei Ärger mit der Wahrnehmung von Ungerechtigkeit und moralischen Verletzungen einhergeht (Wranik & Scherer, 2010). Die Kritik, dass diese sequentielle Bewertungskaskade möglicherweise zu langsam und zu langsam sei, um relativ schnell ablaufende emotionale Reaktionen zu erklären (Zajonc, 1984), beantworten die Autoren mit dem Hinweis, dass auch Bewertungsprozesse vielfach überlernt und hoch automatisiert sein können und demzufolge in Form von automatischen Gedanken sehr schnell ablaufen können.

Berkowitz (2010) weist in einer neueren Publikation nach kritischer Analyse empirischer Ergebnisse der Ärgerforschung allerdings darauf hin, dass kognitive Prozesse und insbesondere die oben dargestellten Bewertungen nicht immer notwendig sind, um Ärgerreaktionen zu erklären. Auch Kuppens et al. (2003) argumentieren in diese Richtung. Im Rahmen der kognitiv-neoassoziationistischen Theorie des Ärgers von Berkowitz & Harmon-Jones (2004) gehen die Autoren davon aus, dass durch den negativen Affekt eines aversiven Ereignisses unmittelbar ein Netzwerk von Gefühlen, Gedanken, Erinnerungen und motorischen Impulsen im Sinne eines Ärger-/Aggressionssyndroms ausgelöst wird, bevor kognitive Kontrollprozesse aktiv werden können. Von der Bewertung unabhängige Faktoren können z.B. aversive Ereignisse, Schmerzen und Stress sein, die so stark sind, dass Ärger direkt und ohne vorherige Bewertung ausgelöst wird. Weiterhin können im Sinne eines „bottom-up“-Prozesses auch unmittelbare körperliche Empfindungen in kritischen Situationen über muskuläre Feedbackschleifen und ohne bewusste Verarbeitung neuronale Netzwerke

aktivieren, in denen auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen gelernte Erlebens- und Verhaltensmuster gespeichert sind (Berkowitz, 2010). Bewertungsprozesse haben in diesem Modell dann die Funktion, die entstandenen Ärgergefühle abzuschwächen bzw. zu intensivieren (Hodapp, 2009).

3.2.3 Ein Modell zu Ärgerreaktionen und ihren Auslösern

Im Folgenden wird ein Modell von Schwenkmezger & Hodapp (1993, S. 36) bzw. Schwenkmezger et al. (1999, S. 24) mit leichten Modifikationen des Originals dargestellt, welches den Prozess der Ärgerentstehung abbildet (vgl. Abbildung 2, S.40). Dieses Modell bezieht sich auf einen Großteil der Ärgersituationen, in denen Bewertungen eine wichtige Rolle spielen, erhebt aber keinen Anspruch umfassend alle erdenklichen Ärgerreaktionen erklären zu können (vgl. Berkowitz, 2010, weiter oben). Für die weitere Darstellung und Entwicklung der Fragestellung hat es jedoch einen heuristischen Wert und wird im folgenden Kapitel auf die spezielle Situation Angehöriger von Menschen mit Demenz hin modifiziert.

Ärger wird in diesem Modell als eine Emotion betrachtet, die entstehen kann, wenn eine zielgerichtete Handlung blockiert oder behindert wird. Mitentscheidend ist dabei die kognitive Bewertung der Situation. Wenn ein Hindernis bezogen auf ein wichtiges Ziel identifiziert ist, die betroffene Person keine Handlungsalternativen hat und eine andere Person als verantwortlich für eine Verletzung von Regeln ausgemacht werden kann, ohne dass diese besondere Rechtfertigungsgründe für ihr Handeln hatte, ist Ärger als Reaktion sehr wahrscheinlich. Wie ein Mensch eine Situation bewertet, hängt mit bestimmten Personenmerkmalen, wie der Ärgerneigung, zusammen. In Ergänzung zum Modell von Schwenkmezger et al. (1999) wurden als weitere Einflussfaktoren auf die Interpretation von potentiellen Ärgersituationen der aktuelle psychische und gesundheitliche Zustand sowie mögliche äußere Einflüsse wie z.B. belastende Lebensumstände mit aufgenommen.

Die Ärgerreaktion besteht dann aus dem Ärgerzustand, d.h. der Wahrnehmung physiologischer Erregung, gekoppelt mit Kognitionen der Irritation und Frustration sowie einer Verhaltenstendenz zum physischen bzw. meistens verbalen Angriff überzugehen, und dem Ärgerausdruck. Aggressives Verhalten ist jedoch nur eine Form des Ärgerausdrucks neben der Ärgerunterdrückung, Ärgerkontrolle und reflexivem Umgang mit Ärger. Welche Form des Ärgerausdrucks gezeigt wird, hängt wiederum von den Personenmerkmalen, aktuellem Zustand und äußeren Einflüssen ab.

Wenn kritische Situationen wiederholt nicht konstruktiv bewältigt werden, können sich Ärgerreaktionen stabilisieren und chronifizieren und es kann zur Entwicklung des

sogenannten „Ärgerstress“ im Sinne einer erhöhten Neigung, Stress zu empfinden und mit Ärger zu reagieren, kommen (Steffgen, 1991).

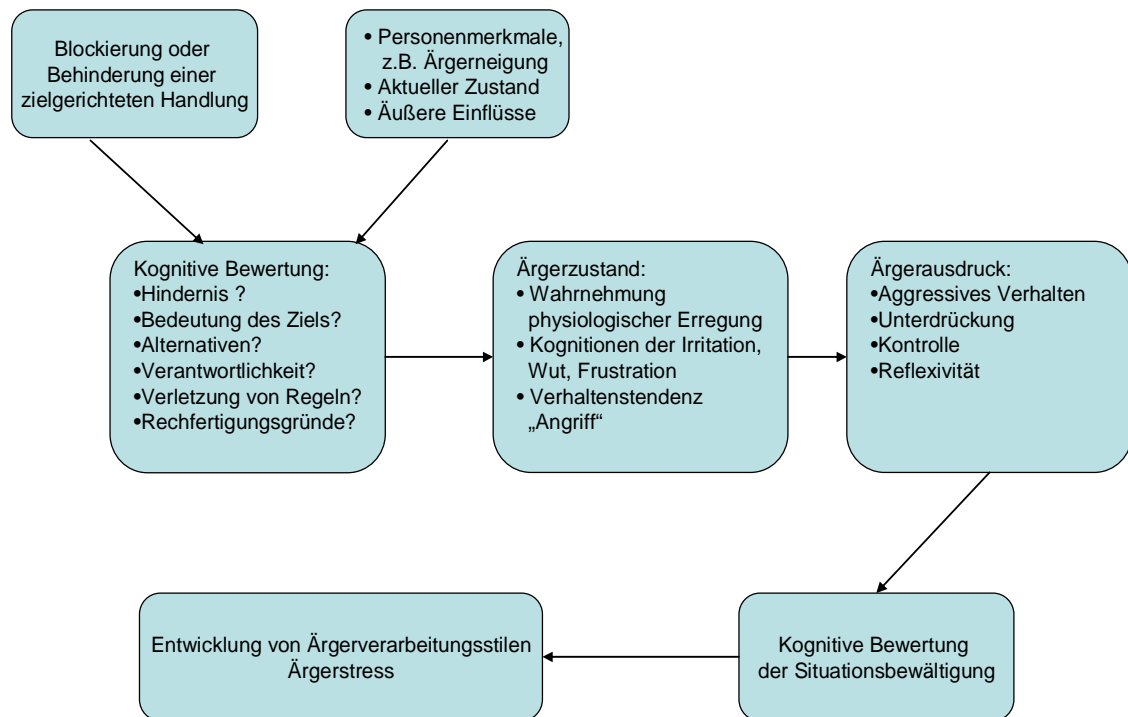


Abbildung 2: Modell zur Entstehung von Ärger und darauf folgenden Reaktionen

3.2.4 Welche kognitiven, sozialen und gesundheitlichen Folgen haben

Ärgerreaktionen?

Kognitive Konsequenzen von Ärger sind bisher kaum untersucht worden. Nach Hodapp (2009) ist aber davon auszugehen, dass Ärger mit einer Einschränkung der Aufmerksamkeit für nicht ärgerrelevante Reize einhergeht, während ärgerbezogene Stimuli besser verarbeitet werden. Auch Gedächtniseffekte können vermutet werden, in dem Sinne dass ärgerrelevante Informationen besser gespeichert und abgerufen werden. Eine weitere Folge von Ärgerreaktionen ist, dass Entscheidungen schneller und riskanter getroffen werden (Lerner & Tiedens, 2006).

Im sozialen Bereich kann offen ausgedrückter Ärger dazu führen, dass Interaktionspartner mit Gegenwehr reagieren und Konflikte sich verschärfen. Andererseits ist es aber auch möglich, dass andere Menschen durch Ärgerreaktionen eingeschüchtert werden und eigene Interessen besser durchsetzbar werden (Hodapp, 2009).

Hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen deuten empirische Studien darauf hin, dass eine dispositionelle Ärgerneigung, chronische Feindseligkeit, hohe Ärgerausdruckswerte sowie akute Ärgerepisoden Einfluss auf kardiovaskuläre Ereignisse und Erkrankungen haben (Williams, 2010). Bei der Ärgerneigung wurden Zusammenhänge mit Bluthochdruck, neuen und rezidivierenden Herzproblemen bis hin zum Herzinfarkt, Schlaganfällen und Arteriosklerose gefunden (Immenroth & Joest, 2004; Williams, 2010).

Von Alexander (1939) wurde erstmals die Hypothese formuliert, dass unterdrückter Ärger zu Hypertonie und gesundheitlichen Schädigungen führt. Empirische Daten konnten diese Hypothese allerdings nur teilweise bestätigen (Schwenkmezger et al., 1999). Nicht nur die Ärgerunterdrückung *anger-in*, sondern auch der offene Ärgerausdruck *anger-out* und die Ärgerkontrolle *anger-control* sind nämlich mit kardiovaskulären Risiken assoziiert, in dem Sinne dass hohe Werte in allen drei Ausdrucksskalen ein größeres Risiko bedeuten. Hohe Werte im Ärgererleben können somit – unabhängig vom Ausdruck - als deutlicher Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen betrachtet werden (al`Absi & Bongard, 2006; Schwenkmezger et al., 1999; Williams, 2010). Akute Ärgerepisoden können zudem das Risiko eines Herzinfarktes erhöhen (Mittleman et al, 1995). Hinsichtlich des Risikopotentials des Ärgerausdrucks scheint es allerdings entscheidend zu sein, in welchem Ausmaß die Ausdrucksformen angewandt werden: Personen, die den Ärger entweder immer unterdrücken oder immer nach außen richten haben höhere gesundheitliche Risiken als Personen, die den Ärgerausdruck flexibel der Situation anpassen können (al`Absi & Bongard, 2006; Hodapp, 2009). Zusammenhänge wurden auch für weitere Erkrankungen wie Asthma, Migräne und Kopfschmerzen, chronische Schmerzen und Krebs postuliert, wobei diesbezüglich allerdings systematische Studien weitgehend fehlen (Immenroth & Joest, 2004, S.84).

Die Mechanismen, wie Ärgerreaktionen zu physiologischen Veränderungen des Herz-Kreislauf-Systems und gesundheitlichen Schädigungen führen, sind nicht endgültig geklärt (Schwenkmezger et al., 1999). Als Wirkmechanismen diskutiert werden direkte Einflüsse der physiologischen Erregung über das vegetative Nervensystem, indirekte Einflüsse über die durch Ärger verursachten Verhaltensweisen, wie z.B. Schlaflosigkeit, gesteigerter Konsum von Alkohol, Drogen, Nikotin und Koffein sowie psychosoziale Einflüsse, in dem Sinne, dass durch Ärger bedingtes dysfunktionales Verhalten zu sozialen Sanktionen, z.B. Trennungen, Arbeitsplatzverlust, führen und diese Sanktionen wiederum physiologische Reaktionen mit pathogener Wirkung auslösen (Immenroth & Joest, 2004). Schwenkmezger et al. (1999) weisen darauf hin, dass die Erforschung der gesundheitlichen Auswirkungen von Emotionen allgemein und von Ärger im Speziellen mit zahlreichen methodischen Problemen behaftet ist, da sowohl die zu untersuchenden Krankheitsprozesse wie auch die damit in Verbindung zu bringenden psychologischen Konstrukte hoch komplexe Entitäten darstellen, über deren Messung in vielen Bereichen Uneinigkeit besteht.

3.3 Ärger bei Angehörigen von Menschen mit Demenz

Das Phänomen „Ärger“ ist in Bezug auf Angehörige von Menschen mit Demenz ein Thema, welches bisher kaum im Vordergrund des Forschungsinteresses stand. Es gibt nur vereinzelte Studien, die Ärger bzw. Ärgerreaktionen explizit zum Hauptfokus gemacht haben (Mac Neil et al., 2009; Steffen & Berger, 2000; Tabak et al., 1997). Dem Ärger verwandte bzw. sehr ähnliche Konstrukte wie z.B. Groll/„Resentment“, Feindseligkeit/„Hostility“, „expressed emotions“ im Sinne von kritisierendem Verhalten/„Criticism“ und aggressives bzw. potentiell schädliches Verhalten waren hingegen häufiger Inhalt von Studien mit Angehörigen und wurden dabei oft nicht sorgfältig von Ärger abgegrenzt (Steffen, 2000). Außerdem wurden Ärgerreaktionen als Teil von Instrumenten der Belastung (caregiver burden) oft mit erfasst oder gingen als Teil eines Persönlichkeitsfaktors „Vulnerabilität“ in Analysen zur Belastung Angehöriger und deren gesundheitlicher Folgen ein (Studien von Vitaliano et al., 1991a, 1993a, 1993b, 1995, 1996, 2002). Des Weiteren gibt es einzelne Interventionsstudien, die sich mit therapeutischen Programmen zum Ärger-Management befassen (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 1994; Steffen, 2000).

Im Folgenden sollen nun die wesentlichen bisherigen Forschungsergebnisse zum Thema „Ärger bei Angehörigen von Menschen mit Demenz“ zusammengefasst werden. Dabei werden auch Studien berücksichtigt, die sich mit den ärgerähnlichen Konstrukten „Hostility“/Feindseligkeit, Expressed Emotions und Resentment/Groll befasst haben. Anschließend sollen Zusammenhänge mit schädlichen bzw. ungünstigen Verhaltensweisen der Angehörigen gegenüber den Erkrankten aufgezeigt werden und ein kurzer Überblick zum Forschungsstand zu diesem Thema gegeben werden. Aus den dargestellten Ergebnissen kann dann ein Modell zum Ärgererleben und den Ärgerreaktionen Angehöriger abgeleitet werden, dass als Grundlage für die Entwicklung der Hypothesen der vorliegenden Studie dient.

3.3.1 Ergebnisse der Ärgerforschung bei Angehörigen von Menschen mit Demenz

3.3.1.1 Studien zu Ärgerreaktionen und Zusammenhängen mit anderen Variablen

Studien aus den 80er Jahren hatten bereits für Ärger und das dem Ärger verwandte Konstrukt der Feindseligkeit erhöhte Werte bei Angehörigen von Menschen mit Demenz gegenüber Nicht-Pflegenden sowie eine Prävalenz von 67 % für Ärgergefühle und 40% für

zeitweise aggressives Verhalten und Kontrollverlust als Reaktion auf das Ärgergefühl nachweisen können (Anthony-Berstone et al. 1988; Gallagher-Thompson et al., 1989).

Tabak et al. (1997) untersuchten in einer qualitativen Studie Ärgergefühle bei Angehörigen. Sie fanden drei Auslöser, die höheren Ärger begünstigten:

1. Veränderungen des erkrankten Partners
2. Das Gefühl des Gefangenseins in der Rolle als pflegender Angehöriger
3. Den Vergleich der Gegenwart der Erkrankung mit der Vergangenheit und den damaligen Hoffnungen für die Zukunft.

Ärger war in Bezug auf Symptome des Erkrankten besonders assoziiert mit aggressivem Verhalten, Schlafstörungen sowie repetitivem Verhalten. Die Autoren entwickelten auch ein Modell zu konstruktivem vs. destruktivem Umgang mit Ärger. Bei konstruktivem Umgang versuchen Angehörige als Reaktion auf Ärger das Verhalten des Erkrankten zu verstehen, um dann ihr eigenes Verhalten dem anzupassen. Bei destruktivem Umgang versuchen Angehörige hingegen das Verhalten des Erkrankten zu ändern, was dann in der Folge zu zunehmenden Konflikten und auch Schuldgefühlen bei den Angehörigen führt.

Weitere Studien gingen der Frage nach, mit welchen anderen Variablen Ärger bzw. verwandte Konstrukte zusammenhängen.

Bezüglich der Symptomatik und des Verhaltens des Betroffenen gibt es Hinweise, dass ähnlich wie bei der allgemeinen Belastung, Ärger bzw. ihm verwandte Konstrukte bei Angehörigen vor allem mit nicht-kognitiven Verhaltensstörungen zusammenhängen (Croog et al., 2006; Davis et al., 2006; Robinson, 2001; Steffen & Berger, 2000; Tarrier et al., 2002).

In einer Studie von Croog et al. (2006) konnte ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Symptomatik und Ärgererleben, erfasst durch 5 Items des Zarit Burden Interviews, nachgewiesen werden. Der Zusammenhang war insbesondere für emotionale Labilität sehr stark, zeigte sich aber auch etwas schwächer für Probleme bei der Pflege und kognitive Störungen. Bei Tarrier et al. (2002) zeigte sich eine Assoziation von nicht-kognitiven Symptomen mit Expressed Emotions (erfasst durch Überengagement und kritisierendes Verhalten). Shaw et al. (2003) fanden Zusammenhänge zwischen Feindseligkeit/Hostility und problematischen Verhaltensweisen und etwas schwächer ausgeprägt mit der notwendigen Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Außerdem war in dieser Studie die Feindseligkeit größer ausgeprägt, wenn der Zeitraum seit der Diagnosestellung kürzer war.

Eine Studie von Robinson et al. (2001) konnte nachweisen, dass sowohl problematisches Verhalten der Betroffenen wie auch negative, dem Ärger ähnliche Reaktionen der Angehörigen mit durch die Pflege und Betreuung verursachten Einschränkungen (impact of caregiving) zusammenhängen. Allerdings wurde Ärger nicht explizit erfasst, sondern die Angehörigen wurden gefragt, wie sehr ein bestimmtes Verhalten des Demenzkranken sie

störte oder aufregte (engl.: „How much it bothered or upset you?“). Der Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen Einschränkungen und den negativen Reaktionen der Angehörigen war dabei größer als der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Störungen und den negativen Reaktionen. Daraus schlossen die Autoren, dass die Wahrnehmung der Angehörigen entscheidender für die Entwicklung von Belastung ist als die objektive Ausprägung der Symptome. Dies ist ein Ergebnis, das mit anderen weiter oben zitierten Studien aus der Belastungsforschung übereinstimmt. Die tatsächliche Ausprägung von Symptomen bzw. Verhaltensstörungen scheint in Bezug auf Ärgerphänomene bei Angehörigen nicht das Entscheidende zu sein, da weitere Studienergebnisse ebenfalls darauf hin deuten, dass analog zur allgemeinen Ärgerforschung Bewertungen und Attributionen des Verhaltens des Erkrankten eine sehr wichtige Rolle spielen (Martin-Cook et al., 2003; Pagel et al., 1985; Polk, 2005; Tarrrier et al., 2002; Williamson et al., 2005).

Die Reaktion der Angehörigen hängt dabei wesentlich davon ab, ob sie verändertes Verhalten der Erkrankung zuordnen können und inwieweit sie dem Betroffenen Verantwortung und Kontrolle für sein Verhalten zuschreiben (Polk, 2005; Thompson et al., 1995). Dies steht im Einklang mit den weiter oben beschriebenen Erkenntnissen der allgemeinen Ärgerforschung. Angehörige scheinen das Verhalten der Betroffenen dabei oft im Sinne des fundamentalen Attributionsfehlers (Jones & Harris, 1967; Ross, 1967) zu missdeuten, der besagt, dass das Verhalten anderer oft fälschlicherweise internal attribuiert wird, d.h. auf deren Eigenverantwortung zurückgeführt wird (Polk, 2005). Thompson et al. (1995) konnten dieses Phänomen bei Angehörigen von Herzpatienten nachweisen.

Harvath (1994) untersuchte in einer qualitativen Studie mit 10 weiblichen Angehörigen von Menschen mit Demenz, welche Ursachen Angehörige dem Verhalten ihrer Partner zuschrieben und wie viel Kontrolle sie dem Partner in Bezug auf dessen Verhalten unterstellten. Obwohl viele Angehörige Verhaltensauffälligkeiten auch mit der Demenz in Zusammenhang brachten, war diese aus Sicht der Angehörigen in vielen Situationen nicht die entscheidende Ursache für das Verhalten. Je mehr die Angehörigen das Verhalten auf andere Ursachen als die Demenz zurückführten, umso mehr Kontrolle über das Verhalten sprachen sie ihrem Partner zu. Angehörige, die dem Erkrankten mehr Kontrolle für sein Verhalten unterstellten, erlebten stärkeren Stress und verhielten sich dem Betroffenen gegenüber konfrontativer.

Paton et al. (2004) kamen in einer ebenfalls qualitativen Studie zu dem Ergebnis, dass ein großer Teil der Angehörigen von Menschen mit Demenz das Verhalten des Betroffenen nicht der Erkrankung zuschreibt und 25 % auch glaubten, dass die Betroffenen ihr Verhalten kontrollieren könnten.

In einer weiteren qualitativen Untersuchung ermittelte Polk (2005) an einer allerdings sehr kleinen Stichprobe, dass Angehörige sich oft unsicher fühlen, inwieweit die Erkrankung das

Verhalten tatsächlich bestimmt und sie oft die Ursachen für „schlechte Tage“ nicht ermitteln können. Außerdem wurde herausgearbeitet, dass Attributionen eine wichtige Rolle im Bezug auf die Geduld, die Angehörige aufbringen können, spielen. Je mehr das Verhalten des Betroffenen als von ihm unkontrollierbar wahrgenommen wurde, umso geduldiger konnten die Angehörigen damit umgehen.

Pagel et al. (1985) fanden einen Zusammenhang zwischen kausalen Attributionen Angehöriger in Stresssituationen und deren feindseliger Haltung im Längsschnitt.

Tarrier et al. (2002) untersuchten Zusammenhänge zwischen Symptomen der Betroffenen und Expressed Emotions (EE) sowie Attributionen und Belastungen von Angehörigen und stellten fest, dass Angehörige mit höheren EE-Werten negatives Verhalten der Patienten mehr als von diesen kontrollierbar attribuierten und eine größere Belastung empfanden. Die Attribution auf Kontrolle war vor allem bei nicht-kognitiven Symptomen, aber auch bei Aktivitäten des täglichen Lebens/Pflege gegenüber kognitiven Symptomen signifikant höher.

Auch in einer Studie von Martin-Cook et al. (2003) zeigten sich Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Resentment/Groll bei Angehörigen und ihren Attributionen in Bezug auf die Ursachen von Verhaltensstörungen bei den Kranken. Je mehr die Angehörigen das Verhalten des Patienten als manipulativ oder willentlich wahrnahmen, umso größer war der Groll. Williamson et al. (2005) sowie Davis et al. (2006) konnten in ihren Untersuchungen diesen Zusammenhang bestätigen. In diesen drei Studien wurden die Reaktionen der Angehörigen über eine „Resentment Scale“ erfasst, die sich vor allem auf negative Gefühle in Bezug auf die veränderte Lebenssituation, nicht jedoch auf Ärgerreaktionen in Bezug auf konkretes Verhalten des Betroffenen bezog. Zur Erfassung von Attributionen in diesen Studien, muss kritisch angemerkt werden, dass keine subjektive Einschätzung und Bewertung des Verhaltens von den Angehörigen erfragt wurde, sondern die Attributionen aus Häufigkeitsangaben über bestimmte Verhaltensweisen, von denen angenommen wurde, dass sie als manipulierend bzw. kontrollierend interpretiert werden, zurückgeschlossen wurden.

Williamson et al. (2005) unterscheiden in ihrer Studie zwischen externen Attributionen, wenn Verhaltensweisen des Patienten auf kognitive Einschränkungen, d. h. auf die Krankheit attribuiert wurden, und internen Attributionen, wenn das Verhalten auf stabile Dispositionen des Kranken, d.h. auf sein eigenes Verschulden attribuiert wurden. Diese Terminologie soll weiter unten übernommen werden.

Weitere mögliche Einflussfaktoren, die Ärger oder ärgerähnliche Konstrukte bei Angehörigen beeinflussen können sind die allgemeine Belastung, Depressivität, die Beziehungsqualität sowie die soziale Unterstützung, die Angehörige erhalten. Die Studienlage zu diesen Faktoren ist jedoch relativ dünn.

Mehrere Studien konnten nachweisen, dass hohe Werte im Ärgererleben, Ärgerausdruck und bei Expressed Emotions mit einer höheren Belastung einhergehen (Croog et al., 2006; Tarrier et al., 2002; Vitaliano et al., 1991a). Mac Neil et al. (2009) fanden außerdem Zusammenhänge zwischen Depressivität, Ängstlichkeit und Ärger. Allerdings ist es eine offene Frage, ob Ärger eine Folge von Belastung und Depressivität ist oder als Einflussfaktor gesehen werden muss, der Belastung und depressive Symptome mitbedingt.

Fearon et al. (1998) fanden Zusammenhänge zwischen hohen Expressed Emotions und einer schlechteren aktuellen Beziehungsqualität im Sinne von weniger wahrgenommener Nähe durch die Angehörigen. In einer Studie von Williamson & Schulz (1990) war die prämorbid Beziehungsgüte mit der Variable Resentment/Groll assoziiert, in dem Sinne, dass eine schlechtere Beziehungsqualität ebenfalls im Sinne weniger wahrgenommener Nähe mit erhöhten Resentment-Werten zusammenhing.

Semple (1992) konnte in ihrer Studie zeigen, dass Konflikte mit dem nahen Umfeld in Bezug auf Einstellungen und Verhaltensweisen des Umfelds gegenüber dem Erkrankten bei Angehörigen zu mehr Ärger führten. Es wurde allerdings nicht explizit angegeben, gegen wen sich dieser Ärger richtet. Aus der Darstellung der Studie ist zu vermuten, dass der Ärger sich eher gegen das Umfeld und nicht gegen den Betroffenen richtet. Studien, die einen Zusammenhang zwischen Ärger und positiver sozialer Unterstützung herzustellen versuchen, wurden nicht gefunden. Ebenso konnten in der Literatur keine Untersuchungen zum Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf das Ärgererleben bei Angehörigen von Menschen mit Demenz gefunden werden.

Die Forschungsgruppe von Vitaliano konnte weiterhin in Bezug auf die körperliche Gesundheit zeigen, dass gesundheitliche Risikofaktoren wie erhöhte kardiovaskuläre Reaktivität, erhöhte Plasmalipidlevel sowie höhere Glucose- und Insulinlevel bei Angehörigen von Menschen mit Demenz Assoziationen mit Ärgervariablen aufwiesen (Vitaliano et al., 1993a, 1995). Ärgerreaktionen wurde in diesen Studien mit der STAXI-Ärger-Ausdrucksskala erfasst. Es zeigten sich Zusammenhänge zwischen höherer Ärgerkontrolle und höheren Cholesterinwerten, während bei unterdrücktem und offen geäußertem Ärger die Werte günstiger waren. Auch die kardiovaskuläre Reaktivität war bei hoher Ärgerkontrolle erhöht. Die Autoren interpretieren diese Ergebnisse so, dass für die Ärgerkontrolle mehr Energie aufgewendet werden muss, was wiederum mehr Stress und damit zusammenhängend psychophysiologische Veränderungen bedeutet. Vitaliano et al. (2002) betrachteten Ärger in ihren Studien dabei als einen Vulnerabilitätsfaktor, der zusammen mit anderen Faktoren, den Einfluss der chronischen Belastung durch Betreuung und Pflege auf die Gesundheit der Angehörigen mitbestimmt.

Ob diese Phänomene physischer Veränderungen sowie auch die oben beschriebenen psychischen Veränderungen im Sinne einer Zunahme von Belastung und Depressivität tatsächlich durch den Ärger mitbedingt werden oder ob sie auf der anderen Seite selbst Faktoren sind, die Ärgerreaktionen auslösen, ist eine nicht eindeutig zu beantwortende Frage. Anzunehmen ist, dass eine gegenseitige Wechselwirkung vorliegt, in dem Sinne, dass Ärgerreaktionen gegenüber dem Betroffenen begünstigt werden, wenn Personen aufgrund psychischer Probleme wie Depressivität oder physischer Faktoren weniger belastbar sind. Auf der anderen Seite kann man jedoch auch annehmen, dass gehäuft auftretende Ärgerreaktionen wiederum eine Rückwirkung auf die psychische und physische Belastbarkeit haben. Die Folge solcher Wechselwirkungen für den an der Demenz Erkrankten kann in zunehmend ungünstigem, kritisierendem Verhalten der Angehörigen bis hin zu offener Aggressivität liegen. Im Folgenden soll daher nun ein kurzer Überblick zu bisherigen Untersuchungen bezüglich ungünstigem und schädigendem Verhalten pflegender Angehöriger gegeben werden.

3.3.1.2 Studien zu ungünstigem Verhalten Angehöriger gegenüber dem Erkrankten

In mehreren Studien wurde darauf hingewiesen, dass ungünstiges Verhalten gegenüber dem Erkrankten zu Verschlechterungen in der Symptomatik beim Betroffenen sowie in der Beziehung zwischen Angehörigem und Erkranktem führen kann, wodurch auch die Wahrscheinlichkeit einer Institutionalisierung des Betroffenen erhöht wird (de Vugt et al., 2004; Hinrichsen & Niederehe, 1994; Pillemer & Suitor, 1992; Small & Perry, 2005; Vitaliano et al. 1993b). Das Gefühl des Ärgers kann dabei als Variable betrachtet werden, die Ärgerreaktionen und somit ungünstiges Verhalten gegenüber dem Erkrankten auslöst. Dabei kann sich mit der Zeit „eine Spirale nach unten“ entwickeln, in dem Sinne dass durch ungünstiges Verhalten der Angehörigen neuropsychiatrische Symptome der Betroffenen verstärkt werden, was wiederum die Belastung der Angehörigen erhöht und weiteres ungünstiges Verhalten wahrscheinlicher macht. Auf diese Weise kann ein schnellerer und für beide Seiten schmerzhafterer Krankheitsverlauf resultieren.

De Vugt et al. (2004) untersuchten den Einfluss von Umgangsstilen der Angehörigen mit dem Erkrankten und der Erkrankung auf das Verhalten der Betroffenen. Betroffene zeigten dabei mehr Unruhe, wenn die Angehörigen die Erkrankung nicht akzeptieren konnten und in der Folge den Betroffenen mehr korrigierten. Dieser sogenannte „non-adapting“-Stil wurde bei 17 % der Angehörigen ermittelt und hing mit einem niedrigeren Kompetenzgefühl, erhöhter Depressivität und höheren Neurotizismuswerten im Vergleich zu Angehörigen mit konstruktiverem Umgang zusammen. Hinrichsen und Niederehe (1994) fanden Zusammenhänge zwischen kritisierendem Verhalten der Angehörigen und hoher Belastung.

Pillemer und Sutor (1992) konnten zeigen, dass aggressives Verhalten der Betroffenen ein wichtiger Einflussfaktor in Bezug auf aggressives Verhalten Angehöriger war.

Small und Perry (2005) konnten in einer qualitativen Studie zeigen, dass ein ungünstiger Kommunikationsstil der Angehörigen – erfasst durch die Art wie sie dem Erkrankten Fragen stellten – vermehrt zu Kommunikationsabbrüchen führte und somit die Beziehung belastete.

In einer Längsschnittstudie von Vitaliano et al. (1993b) hingen hohe Werte bei Expressed Emotions bei den Angehörigen mit späteren vermehrten Verhaltensproblemen bei den Betroffenen zusammen. Veränderungen bei kognitiver Leistungsfähigkeit und Funktionen des täglichen Lebens waren hingegen nicht mit EE assoziiert.

In weiteren Studien wurde potentiell schädliches Verhalten im Sinne von deutlichen verbalen Aggressionen wie Anschreien oder Bedrohen und im Sinne von körperlicher Gewalt untersucht.

Paveza et al. (1992) berichten von einer Prävalenz von 5,4 % in Bezug auf schwer tätliches Verhalten. Cooper et al. (2009) gaben in einer neueren Studie über die Prävalenz schädlichen Verhaltens, das auch weniger schwere Formen einschloss, den Wert von knapp über 50 % für das zumindest einmalige Vorkommen und von ca. 30 % für ein bedeutsames Ausmaß an. Als Einflussfaktoren wurden von dieser Forschungsgruppe Ängstlichkeit und Depressivität der Angehörigen, vermittelt durch dysfunktionale Copingstrategien und höhere Belastungswerte, sowie aggressives Verhalten des Betroffenen gefunden (Cooper et al., 2010). Ärger als potentieller Einflussfaktor wurde allerdings nicht mit einbezogen.

Eine weitere Forschergruppe untersuchte ebenfalls Risikofaktoren für schädigendes Verhalten und kam zu folgenden Ergebnissen: ein größerer Pflegeaufwand, kognitive Störungen, schlechtere körperliche Gesundheit und Depressivität der Angehörigen haben Einfluss auf schädigendes Verhalten (Beach et al., 2005). Beim Zusammenhang zwischen Depression und schädigendem Verhalten spielt auch die Beziehungsqualität eine Rolle, in dem Sinne, dass eine engere prämorbid Beziehung mit einer besseren aktuellen Beziehungsqualität und weniger Depressivität assoziiert ist (Williamson et al., 2001). Der Zusammenhang zwischen Depressivität und schädigendem Verhalten ist jedoch auch über Resentment/Groll vermittelt und dies vor allem dann, wenn Verhaltenstörungen der Betroffenen von den Angehörigen nicht auf die Erkrankung zurückgeführt werden (Shaffer et al., 2007; Williamson et al., 2005). In einer Pfadanalyse von Shaffer et al. (2007) war dabei der Einfluss der Variable Resentment/Groll größer als der von Depressivität. Der Einfluss von Resentment/Groll auf schädigendes Verhalten war dabei umso größer je mehr die Angehörigen grundsätzlich aggressives Verhalten als Problemlösungsstrategie akzeptierten. In einer weiteren Studie dieser Gruppe wurde auch der Einfluss des Ärgers, erfasst mit der STAXI-Ärgerzustand-Skala, untersucht (Mac Neil et al., 2009). Ärger war dabei signifikant mit

schädigendem Verhalten korreliert und hatte sowohl Mediations- wie auch Moderationseffekte bezüglich des Zusammenhangs zwischen Resentment/Groll, Ängstlichkeit, Depressivität und schädigendem Verhalten, d.h. je höher die Ärgerwerte waren umso enger war der Zusammenhang zwischen Resentment/Groll bzw. Depressivität und schädigendem Verhalten. Die Autoren schlossen aus diesem Ergebnis, dass dem Ärger eine zentrale Rolle in Bezug auf das Auftreten schädigenden Verhaltens von Angehörigen zukommt.

3.3.2 Ärger und seine Folgen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz: Ein Modell

Basierend auf den oben dargestellten Befunden zur Belastung von Angehörigen sowie der Ärgerforschung im Allgemeinen und im Speziellen bezogen auf Angehörige von Demenzkranken, soll nun ein vorläufiges Modell zu Ärgerreaktionen Angehöriger von Menschen mit Demenz skizziert werden (vgl. Abbildung 3, S. 50).

Dabei liegt der Fokus auf Ärgerreaktionen, die als Reaktion auf das Verhalten des Betroffenen entstehen. Das Auftreten von Ärger in anderen Situationen, z.B. bei Auseinandersetzungen mit anderen Familienangehörigen, professionellen Hilfskräften oder Behörden ist nicht Fokus dieser Untersuchung und bleibt daher unberücksichtigt.

Vorauszuschicken ist, dass im Umgang mit an einer Demenz erkrankten Menschen jegliche Form der Kritik als wenig hilfreich betrachtet werden kann, da die Betroffenen aufgrund ihrer kognitiven Defizite, vor allem ihrer Gedächtnisstörungen, oftmals nicht in der Lage sind, von Kritik zu profitieren. Offen ausgedrückter Ärger gegenüber Menschen mit Demenz wird daher als dysfunktionale Reaktion der Angehörigen eingeordnet. Ärgerkontrolle wird im Gegensatz dazu - trotz der weiter oben beschriebenen möglichen ungünstigen physiologischen Auswirkungen - als günstige Reaktion gesehen.

Ärger entsteht nach dem hier gezeigten Modell als Reaktion auf Verhalten des Betroffenen, welches den Erwartungen und Wünschen des Angehörigen nicht entspricht. Ob und in welchem Ausmaß Ärger entsteht und welche Ärgerreaktion dann folgt, ist von zahlreichen Faktoren abhängig.

Das Ausmaß der Symptomatik bezüglich kognitiver, funktionaler und verhaltensmäßiger Störungen ist ein potentieller Einflussfaktor, wobei den Verhaltensstörungen besonderes Gewicht beigemessen wird.

Attributionen, ob das Verhalten des Erkrankten auf die Erkrankung zurückgeführt werden kann und in welchem Ausmaß der Betroffene sein Handeln noch selbst kontrollieren konnte, werden als weiterer wichtiger Faktor betrachtet.

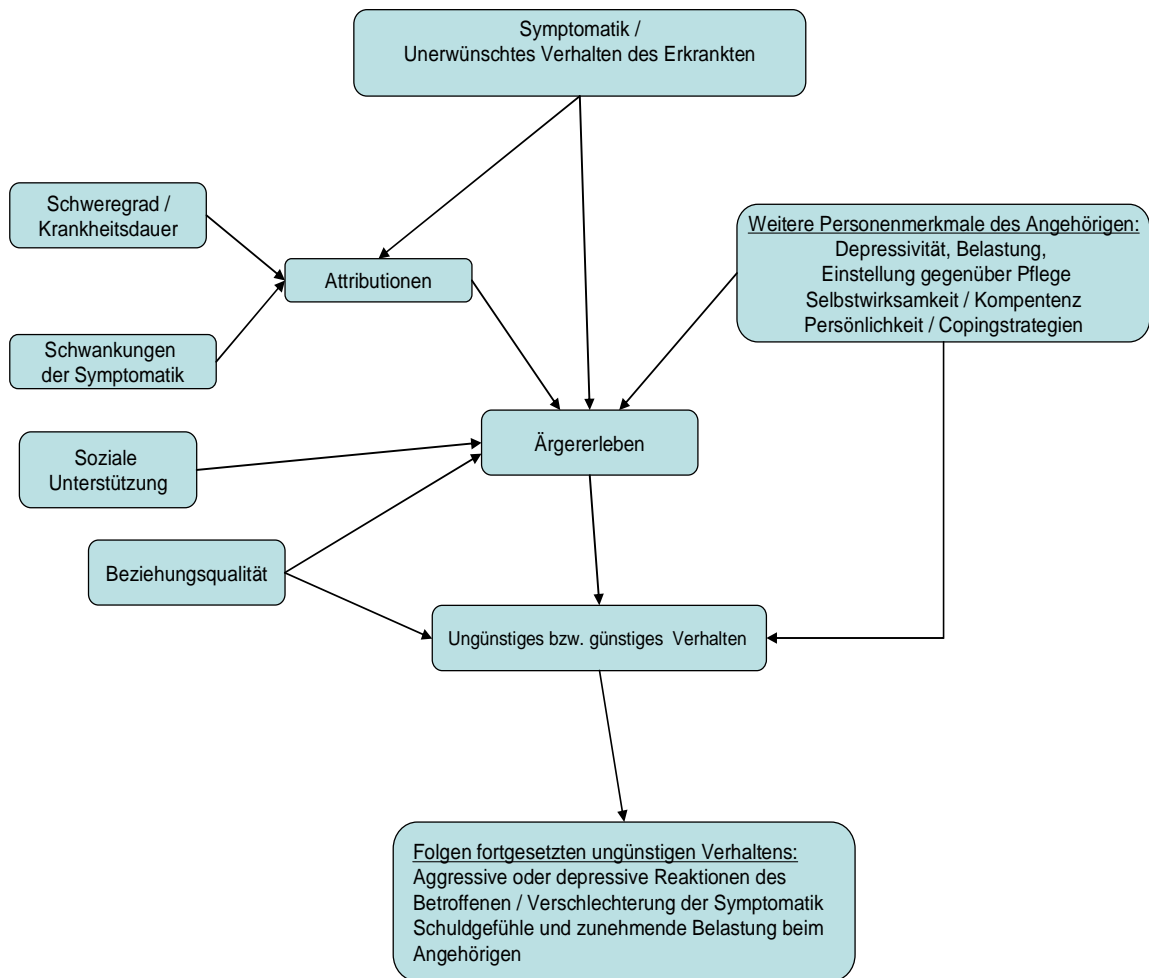


Abbildung 3: Modell zu Ärgererleben, Ärgerreaktionen und deren Folgen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz

Symptomschwankungen können bezüglich der Attributionen und Ärgerentstehung ebenfalls eine Rolle spielen. Wenn das Verhalten sehr stark schwankt und damit auch vorübergehend normal erscheinen kann, so wird angenommen, wird eher external, d.h. in Richtung mehr Kontrollmöglichkeiten durch den Handelnden, interpretiert.

Der Schweregrad der Demenz und die Dauer der Erkrankung können ebenfalls Einfluss haben. Hinsichtlich des Schweregrades wird angenommen, dass bei fortgeschrittener Demenz Ärgerreaktionen eher geringer ausfallen, da immer offensichtlicher wird, dass der Betroffene krank ist und sein Verhalten nicht mehr unter Kontrolle hat. Eine kürzere Krankheitsdauer ist in der Regel mit einem geringeren Schweregrad und weniger Adaptationsmöglichkeiten für die Angehörigen assoziiert, so dass Ärgerreaktionen dadurch eher begünstigt werden.

Der prämorbidem und aktuellen Beziehungsqualität wird ebenfalls ein Einfluss zugeschrieben und auch die soziale Unterstützung aus dem familiären und professionellen Umfeld spielt

eine Rolle. Dabei werden eine bessere Beziehungsqualität und eine subjektiv zufriedenstellende Unterstützung aus dem Umfeld als protektive Faktoren in Bezug auf die Ärgerentwicklung gesehen.

Weiterhin können folgende Variablen auf Seite des Angehörigen möglicherweise Ärgerreaktionen begünstigen: erhöhte Depressivität, hohe wahrgenommene Belastung und eine negative Einstellung gegenüber der Rolle als pflegender Angehöriger, niedriges Kompetenzgefühl/ Selbstwirksamkeit, bestimmte Persönlichkeitseigenschaften wie z.B. erhöhter Neurotizismus und vor allem Ärgerneigung, emotionsfokussierte und vermeidende Copingstrategien und weibliches Geschlecht.

Häufiger Ärger, so die weitere Annahme, führt zu vermehrt ungünstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten. Dabei zeigt die klinische Erfahrung, dass Angehörige hinterher oft erkennen, dass der von ihnen geäußerte Ärger nicht viel bringt und sie sich falsch verhalten haben. Häufig sind dann Schuldgefühle die Folge. Menschen mit Demenz reagieren auf fortwährende Kritik durch ausgedrückten Ärger ihrer Angehörigen erfahrungsgemäß meistens entweder mit Gegenwehr oder Rückzug bzw. anders ausgedrückt mit Aggression oder Depression. Wenn sich die Beziehung zwischen Erkranktem und Angehörigem durch fortlaufende Konflikte und negative Interaktionen verschlechtert, kann es auch zu einer Verschlechterung der Symptomatik und somit einer Zunahme der Belastung sowohl für den Betroffenen wie auch den Angehörigen kommen. Auf diese Weise entsteht eine Art „Spirale nach unten“, deren Endpunkt die vorzeitige Verlegung des Betroffenen in ein Pflegeheim sein kann, wenn die Angehörigen der Belastung nicht mehr gewachsen sind.

Die rechtzeitige Unterbrechung einer solchen „Spirale nach unten“ kann mit dazu beitragen, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern und ihnen so ein längeres und zufriedeneres gemeinsames Leben zu ermöglichen.

Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen ist jedoch auch ein genaueres Verständnis der Prozesse, die bei Ärgerreaktionen von Angehörigen ablaufen, und der Einflussfaktoren, die Ärgerreaktionen mit verursachen. Erkenntnisse über Determinanten des Ärgers können für die Weiterentwicklung therapeutischer Interventionen für betreuende Angehörige genutzt werden.

4. Empirischer Teil

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden 2 Studien durchgeführt. Studie 1 war dabei als eine Pilotstudie an einer kleineren Stichprobe konzipiert, die erste vorläufige Ergebnisse lieferte, auf deren Grundlage eine Vertiefung einzelner Fragestellungen in Studie 2 an einer größeren Stichprobe untersucht wurde.

Die übergeordnete Fragestellung der Arbeit war, welche Faktoren mit Ärgerreaktionen Angehöriger gegenüber ihrem an Demenz erkrankten Ehepartner in einem Zusammenhang stehen und wie stark diese Zusammenhänge sind.

4.1 Studie 1

4.1.1 Fragestellung und Hypothesen

In den bisherigen Studien war das Thema Ärger bei Angehörigen von Menschen mit Demenz selten der Hauptfokus des Interesses, sondern meist eine von mehreren unabhängigen Variablen, deren Einfluss auf eine abhängige Variable untersucht wurde. Ärger im Sinne einer unmittelbaren emotionalen und behavioralen Reaktion auf Verhalten des Erkrankten wurde zudem sehr selten untersucht. Ärgerähnliche Konstrukte wie Feindseligkeit, Resentment/Groll und Expressed Emotions erfassen nicht die unmittelbare Reaktion auf das Verhalten des Betroffenen, sondern eher eine generelle Verhaltenstendenz bzw. eine Haltung gegenüber Erkrankung und Erkranktem.

In den wenigen Studien, in denen Ärger ein Hauptfokus des Interesses war, wurden spezifische Fragestellungen untersucht, nicht jedoch ein breiteres Spektrum an Einflussfaktoren (Mac Neil et al., 2009; Steffen & Berger, 2000). Nur die Studie von Tabak et al. (1997) hat bisher auf der Basis von qualitativen Daten den Einfluss von Verhaltensstörungen und Einstellungen der Angehörigen auf das Ärgererleben untersucht und ein Modell entwickelt. Aber auch in dieser Studie wurden zahlreiche mögliche Einflussfaktoren, wie z.B. die Beziehungsqualität oder die soziale Unterstützung, nicht berücksichtigt.

Das Ziel der Pilotstudie war es daher, ein breiteres Spektrum an Einflussfaktoren zu untersuchen als in bisherigen Studien.

Zudem wurden in den bisherigen Studien der Zusammenhang zwischen Ärger als emotionalem Zustand und der Verhaltensreaktion in potentiellen Konfliktsituationen nicht untersucht. Die einzige Ausnahme ist die Studie von Mac Neil et al. (2009), die einen

Zusammenhang zwischen Ärger und potentiell schädlichem Verhalten herstellen konnte. Diese Studie war zum Zeitpunkt der Planung dieser Arbeit jedoch noch nicht veröffentlicht.

4.1.1.1 Fragestellungen: Zusammenhänge zwischen Ärgererleben und Ärgerreaktionen und Einflüsse weiterer Faktoren auf diese Variablen

In einem ersten Schritt soll der Zusammenhang zwischen Ärger als emotionalem Zustand und Verhaltensreaktionen im Sinne von günstigem bzw. ungünstigem Verhalten gegenüber dem Betroffenen untersucht werden.

In einem zweiten Schritt soll dann der Zusammenhang zwischen Ärgererleben, Ärgerreaktionen und verschiedenen Einflussfaktoren, die aus der Belastungsforschung bekannt sind, untersucht werden. Die Stärke des Einflusses der jeweiligen Variablen soll dabei ermittelt werden.

Untersucht werden sollen dabei folgende Variablen:

- Krankheitssymptome und Verhaltensveränderungen der Betroffenen
- Attributionen der Angehörigen, inwieweit das Verhalten des Betroffenen auf die Erkrankung zurückzuführen ist und inwieweit es unter seiner Kontrolle steht
- Wahrgenommene Schwankungen der Symptomatik
- Schweregrad der Demenz
- Dauer der Erkrankung
- Qualität der Beziehung
- Geschlecht der Angehörigen
- Alter der Angehörigen, Bildung der Angehörigen
- Subjektive Belastung der Angehörigen / Wahrgenommene Einschränkungen durch die Erkrankung bzw. Resentment/Groll
- Subjektiv wahrgenommene Kompetenz im Umgang mit dem Erkrankten
- Soziale Unterstützung
- Depressivität des Angehörigen
- Copingstrategien des Angehörigen
- Persönlichkeitsvariablen des Angehörigen.

4.1.1.2 Hypothesen:

4.1.1.2.1 Hypothese 1: Ärgererleben und Ärgerreaktionen

In den bisherigen Studien zum Thema Ärger wurde bis auf die Studie von Mac Neil et al. (2009) der Zusammenhang zwischen Ärger als emotionalem Zustand und Verhaltensreaktionen in kritischen Situationen nicht untersucht. In der Studie von Mac Neil et al. hatte Ärger als emotionaler Zustand eine entscheidende Rolle als Mediatorvariable in Bezug auf Depressivität und Resentment/Groll, welche bei gleichzeitig hohem Ärger schädigendes Verhalten bedingten. Das ärgerähnliche Konstrukt Resentment/Groll wurde dabei schon zuvor in 2 Studien in seiner Auswirkung auf schädigendes Verhalten erfasst (Shaffer et al., 2007, Williamson et al., 2005.) In der Studie von Shaffer et al. (2007) hatte Resentment/Groll dabei einen größeren Einfluss als Depressivität und vermittelte deren Effekte auf schädigendes Verhalten.

Die Erfassung schädigenden Verhaltens in den oben zitierten Studien umfasste sowohl tätlich aggressives Verhalten (schlagen, stoßen, schütteln, Essen verweigern, etc.) wie auch eindeutige verbale Aggressionen (anschreien, bedrohen, beleidigen, beschimpfen). Es ist allerdings zu vermuten, dass Verhalten auch schon bei geringerer aggressiver Stärke einen negativen Einfluss ausübt, etwa wenn Angehörige den Betroffenen ständig korrigieren, kritisieren oder ihm Vorwürfe machen. Solche Verhaltensweisen sollen im Folgenden als „ungünstiges Verhalten“ bezeichnet werden.

Der Zusammenhang von Ärgererleben als emotionalem Zustand auf ungünstiges bzw. günstiges Verhalten des Betroffenen soll nun in dieser Studie untersucht werden.

- **Hypothese 1:** Je mehr Angehörige Ärger erleben, umso mehr zeigen sie auch ungünstige Verhaltensweisen gegenüber dem Betroffenen. Weniger erlebter Ärger hängt umgekehrt mit günstigerem Verhalten zusammen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands signifikante Korrelationen mit den Kennwerten für ungünstige Verhaltensweisen bestehen. Umgekehrt wird erwartet, dass zwischen den Kennwerten des Ärgerzustands und den Kennwerten günstigen Verhaltens signifikante Korrelationen in negativer Richtung bestehen. Außerdem wird erwartet, dass sich diese Zusammenhänge auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lassen.

4.1.1.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Attributionen

In der Ärgerforschung ist es unumstritten, dass Attributionen bei der Auslösung von Ärgerreaktionen häufig, wenn auch nicht immer, eine entscheidende Rolle spielen (Berkowitz,

2010). In Bezug auf Angehörige von Menschen mit Demenz wurde der Einfluss von Attributionen auf die ärgerähnliche Variable Resentment als eher überdauerndes Gefühl des Grolls nachgewiesen (Martin-Cook et al., 2003, Williamson et al., 2005). Ebenso konnte der Einfluss von Resentment/Groll auf schädigendes Verhalten gezeigt werden (Mac Neil et al., 2009; Shaffer et al., 2007). Für Ärger liegen bisher keine Daten bezüglich des Einflusses von Attributionen bei pflegenden Angehörigen vor. Allerdings haben qualitative Studien gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen den Kontrollmöglichkeiten, die Angehörige dem Erkrankten unterstellen, und ihrer Verhaltensreaktion und Belastung gibt, in dem Sinne dass mehr unterstellte Kontrolle mit ungünstigerem Verhalten und höherer Belastung zusammenhängt (Harvath, 1994; Polk, 2005).

- **Hypothese 2:** Der Ärger bei Angehörigen ist umso größer, je mehr Kontrollmöglichkeiten, Eigenverantwortung und Absicht (interne Attributionen) sie dem Erkrankten für sein Handeln unterstellen. Dieser Zusammenhang lässt sich sowohl für den Ärgerzustand wie auch für ungünstiges Verhalten zeigen. Umgekehrt ist der Ärger bei Angehörigen geringer und das Verhalten gegenüber dem Kranken günstiger, wenn sie das Handeln des Kranken mehr auf die Erkrankung attribuieren (externe Attributionen). Hinsichtlich der Terminologie wird der Ausdruck „interne Attributionen“ synonym mit „Attributionen auf die Erkrankung“ und der Ausdruck „externe Attributionen“ synonym mit „Attributionen auf Kontrolle/Verhaltenskontrolle“ benutzt.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit internen Attributionen/ Attributionen auf Verhaltenskontrolle bestehen und dass sich diese Zusammenhänge auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lassen. Außerdem wird erwartet, dass die Kennwerte des Ärgerzustands und günstiger Verhaltensreaktionen in umgekehrter Richtung signifikant mit externen Attributionen/Attributionen auf die Erkrankung korrelieren und dass sich diese Zusammenhänge ebenfalls in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lassen.

4.1.1.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben und Schwankungen des Verhaltens bei den Betroffenen

Studien, die Tagesschwankungen im Verhalten von Betroffenen systematisch erfassen, fehlen bisher in der Demenzforschung. Die Erfahrung vieler Kliniker zeigt allerdings, dass Verhaltensauffälligkeiten und Fehlleistungen bei Demenzkranken kein „Alles-oder-nichts“-Phänomen sind, sondern von Tag zu Tag schwanken können. Wenn Angehörige den Zustand ihrer Partner als sehr stark schwankend erleben, ist anzunehmen, dass viele dazu neigen, das Verhalten des Erkrankten intern auf seine Motivation oder Anstrengung zu attribuieren, da es ja immer wieder Situationen gibt, in denen sich keine Auffälligkeiten

zeigen. Eine solche Attribution auf Verhaltenskontrolle wiederum sollte Einfluss auf das Erleben von Ärger haben. Dieser Frage wurde bisher in keiner Studie nachgegangen.

- **Hypothese 3:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ärger der Angehörigen und Schwankungen der Symptomatik bei den von der Demenz Betroffenen: Je mehr Schwankungen die Angehörigen wahrnehmen, desto mehr interne Attributionen und Ärger treten auf.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und die internen Attributionen signifikante Korrelationen mit der Wahrnehmung von Schwankungen des Verhaltens bestehen und dass sich dieser Zusammenhang auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lässt.

4.1.1.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, Attributionen und Symptomatik der Betroffenen

Weiterhin soll untersucht werden, welche Verhaltensweisen der Erkrankten im Zusammenhang mit Ärgererleben sowie mit internen und externen Attributionen stehen. Da in der Literatur zumeist nicht-kognitive Symptome dementer Patienten im Sinne von Verhaltensstörungen mit höherer Belastung Angehöriger assoziiert sind (vgl. Übersichten von Brodaty & Donkin, 2009; Kurz & Wilz, 2011), kann vermutet werden, dass dies auch in Bezug auf Ärgerreaktionen zutreffen könnte. Hinsichtlich der Attributionen lassen bisherige Studienergebnisse darauf schließen, dass interne Attributionen im Zusammenhang mit nicht-kognitiven Symptomen stehen, da sie nicht so eindeutig wie die kognitiven Symptome der Erkrankung zugeordnet werden können (Williamson, 2005).

- **Hypothese 4:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ärger der Angehörigen und der Symptomatik bei den Betroffenen: Je mehr nicht-kognitive Symptome im Sinne von Verhaltensstörungen vorhanden sind, desto mehr interne Attributionen und Ärger treten auf. Umgekehrt wird erwartet, dass mehr kognitive Symptome mit weniger Ärger und mehr externen Attributionen zusammenhängen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands signifikante Korrelationen mit nicht-kognitiven Symptomen bestehen, die die Bereiche Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten betreffen. Weiterhin wird erwartet, dass nicht-kognitive Symptome signifikant negativ mit Attributionen auf Verhaltenskontrolle korrelieren. Umgekehrt wird erwartet, dass kognitive und auf Verrichtungen des täglichen Lebens bezogene Symptome (Gedächtnis, IADL, Pflege) mit Ärger signifikant negativ korrelieren und mit Attributionen auf die Erkrankung signifikant positiv korrelieren.

Alle geschilderten Zusammenhänge sollten sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lassen.

4.1.1.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Attributionen und Schweregrad sowie Dauer der Erkrankung

Es ist anzunehmen, dass mit zunehmender Krankheitsdauer und Hilfsbedürftigkeit für den Angehörigen immer offensichtlicher wird, dass das Verhalten des Partners krankheitsbedingt ist und somit Ärgererleben weniger wahrscheinlich ist. Eine Gegenhypothese könnte sein, dass mit zunehmender Krankheitsdauer die Belastung der Angehörigen steigt, ihre Ressourcen schwinden und daher Ärger eher noch zunimmt. Die erstgenannte Annahme wird allerdings für wahrscheinlicher gehalten, da auch Ergebnisse der Belastungsforschung darauf hindeuten, dass eine kürzere Krankheitsdauer mit mehr Stress assoziiert ist (Draper et al., 1996, Riedijk et al., 2006).

- **Hypothese 5:** Je fortgeschrittener die Demenz und je länger die Krankheitsdauer, desto mehr externe Attributionen und desto weniger Ärger bei den Angehörigen treten auf.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands signifikante Korrelationen in negativer Richtung mit dem Schweregrad der Erkrankung, der durch ein kognitives Kurzscreening erfasst wird, sowie mit den Angaben der Angehörigen zur Dauer der Erkrankung (Zeitpunkt der Erstmanifestation von Symptomen, Zeitpunkt der Diagnose) bestehen. Außerdem wird erwartet, dass der Schweregrad und die Krankheitsdauer mit den Attributionen auf die Erkrankung signifikant korrelieren. Alle geschilderten Zusammenhänge sollten sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lassen.

4.1.1.2.6 Hypothese 6: Ärgererleben und Alter sowie Ausbildung der Angehörigen

Das Alter scheint nach bisherigen Befunden keinen Einfluss auf die Belastung und die Reaktionen von Angehörigen zu haben (Croog et al, 2006). Ebenso wurden keine Hinweise in der Literatur gefunden, dass die Belastung bildungsabhängig ist.

- **Hypothese 6:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen Ärgererleben und dem Alter und der Ausbildung des Angehörigen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands keine signifikanten Korrelationen mit dem Alter und der Anzahl an Ausbildungsjahren der Angehörigen bestehen.

4.1.1.2.7 Hypothese 7: Ärgererleben und Geschlecht der Angehörigen

Mehrere Studien fanden einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den Reaktionen der Angehörigen auf Problemverhalten, in dem Sinne, dass weibliche Angehörige belasteter, depressiver und auch ärgerlicher reagieren (Bedard et al., 2005; Robinson et al., 2001; Yee & Schultz, 2000). Croog et al. (2006) konnten diesen Befund ebenfalls für Ärger und Ängstlichkeit nachweisen, nicht jedoch für depressive Symptome.

Eine Untersuchung eventueller Einflüsse des Geschlechts ist notwendig, um ggf. einen besonderen Unterstützungs-/Therapiebedarf zu ermitteln. Es wird erwartet, dass diese Befunde hinsichtlich der Ärgerreaktionen repliziert werden können.

- **Hypothese 7:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen Ärgerreaktionen und Geschlecht des Angehörigen. Bei weiblichen Angehörigen werden stärkere Ärgerreaktionen erwartet.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen Frauen signifikant höhere Werte im Vergleich zu Männern aufweisen.

4.1.1.2.8 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Beziehungsqualität

Die Qualität der Beziehung vor dem Auftreten der Erkrankung beeinflusst das aktuelle Wohlbefinden der Angehörigen (Brodaty & Donkin, 2009; Draper et al., 1996; Quinn et al., 2009; Steadman et al., 2007; Williamson & Shaffer, 2001;). Wenn die Beziehung bereits vor der Erkrankung konfliktreich war, ist davon auszugehen, dass Angehörige eher Probleme haben, Verständnis zu entwickeln und vom Verhalten des Partners eher gestresst sind. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass die aktuelle Beziehungsqualität auch davon abhängt, wie deutlich Angehörige negative Veränderungen wahrnehmen. Daher ist zu vermuten, dass auch das Empfinden von Ärger mit der prämorbidem Beziehungsqualität bzw. Veränderungen der Beziehungsqualität zusammenhängt. Gleichzeitig konnte auch bereits nachgewiesen werden, dass die prämorbidem und die aktuelle Beziehungsqualität zusammenhängen und dass letztere auch einen Einfluss auf die Belastung Angehöriger hat (Campbell et al., 2008; Williamson & Shaffer, 2001).

Hinsichtlich schädigenden Verhaltens konnte zudem gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang mit der aktuellen Beziehungsqualität gibt (Campbell et al., 2008; Williamson & Shaffer, 2001).

- **Hypothese 8:** Ärgererleben und Ärgerreaktionen sind geringer, wenn die prämorbidem und aktuelle Beziehung positiver bewertet werden. Es wird angenommen, dass die prämorbidem Beziehungsqualität auch in engem Zusammenhang mit der aktuellen Beziehungsqualität steht und dass Veränderungen der Beziehungsqualität mit einer

schlechteren aktuellen Beziehungsqualität zusammenhängen. Hinsichtlich des Verhaltens wird ein Zusammenhang zwischen der aktuellen Beziehungsqualität und kritisierenden bzw. unterstützenden Verhaltensweisen angenommen.

- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands signifikante Korrelationen in negativer Richtung mit den Angaben der Angehörigen zur Beziehungsqualität (Indikatoren präorbider & aktueller Beziehungsqualität) gefunden werden können und dass es eine signifikante Korrelation zwischen präorbider und aktueller Beziehungsqualität gibt. Ebenso zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen Veränderungen der Beziehungsqualität und der aktuellen Beziehungsqualität und dem Ärgererleben. Für ungünstige und günstige Verhaltensweisen werden signifikante Korrelationen mit der aktuellen Beziehungsqualität in gegensätzlicher Richtung erwartet. Im Strukturgleichungsmodell lassen sich diese Zusammenhänge ebenfalls für die Variablen „Veränderungen der Beziehungsqualität“ und „aktuelle Beziehungsqualität“ nachweisen.

4.1.1.2.9 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Belastung sowie Depressivität

Demenzkrankungen gehen mit hohen psychischen, physischen, zeitlichen und ökonomischen Belastungen für die betreuenden Angehörigen einher (Baumgarten et al., 1992; Beeson, 2003; Brodaty & Donkin, 2009; Leinonen et al., 2001; Ory et al., 1999; Schulz & Martire, 2004). Belastung kann dabei als ein Risikofaktor für die Entwicklung von depressiven Symptomen betrachtet werden (Clyburn et al., 2000; Kiecolt-Glaser et al., 1991; Mioshi et al., 2009; Schoenmakers et al., 2010; Schulz et al., 1995; Sherwood et al., 2005).

In der bereits zitierten Studie von Mac Neil et al. (2009) war Ärgererleben eine Moderatorvariable zwischen Depressivität und schädlichem Verhalten, d.h. Angehörige die depressiv waren, reagierten dann aggressiv gegenüber dem Kranken, wenn sie sich gleichzeitig ärgerten. Ein Zusammenhang zwischen Depressivität und Ärgererleben sowie ungünstigen Verhaltensreaktionen der Angehörigen scheint daher sehr wahrscheinlich zu sein.

- **Hypothese 9:** Je größer die durch die Erkrankung des Partners wahrgenommenen Belastungen und Einschränkungen desto größer ist die Depressivität. Es besteht weiterhin ein Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen Belastungen, der Depressivität und dem Ärgererleben. Zudem wird erwartet, dass die Depressivität der Angehörigen auch deren Verhaltensreaktionen negativ beeinflusst.
- **Operationalisierung:** Es wird ein Zusammenhang zwischen Belastungswerten und Depressivität erwartet. Außerdem wird erwartet, dass für das Ärgererleben signifikante Korrelationen mit der Depressivität und der Belastung bestehen und dass

Depressivität mit den Verhaltensreaktionen der Angehörigen korreliert, in dem Sinne dass erhöhte Depressivität mit vermehrtem ungünstigen Verhalten in Zusammenhang steht. Diese Zusammenhänge lassen sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen.

4.1.1.2.10 Hypothese 10: Ärgererleben und soziale Unterstützung

In der Belastungsforschung gilt die soziale Unterstützung, die Angehörige erhalten, als Mediator auf den Stressprozess, in dem Sinne, dass eine ausreichende und subjektiv zufriedenstellende Unterstützung die Auswirkung von Belastungen abmildern kann (Shurgot & Knight, 2005; van den Wijngaart et al., 2007). Es wird angenommen, dass soziale Unterstützung ebenfalls Auswirkungen auf das Ärgererleben in dieser Richtung hat und dass es dabei vor allem die subjektive Zufriedenheit mit der Unterstützung ist, die einen Einfluss hat. Die Anzahl der Stunden an Unterstützung dürfte dagegen keine Auswirkungen haben (Meier et al., 1999).

- **Hypothese 10:** Es wird angenommen, dass die Bewertung und Zufriedenheit der Unterstützung, die Angehörige aus ihrem familiären Umfeld und von professioneller Seite bekommen mit dem Ärgererleben zusammenhängt, in dem Sinne dass eine bessere Bewertung der Unterstützung mit weniger Ärger einhergeht und dass die Anzahl der Stunden an Unterstützung ohne Einfluss auf das Ärgererleben ist.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands signifikante Korrelationen in negativer Richtung mit der subjektiven Bewertung der sozialen Unterstützung bestehen und dass sich dieser Zusammenhang auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lässt. Für die Anzahl der Stunden an Unterstützung werden keine Zusammenhänge erwartet.

4.1.1.2.11 Hypothese 11: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und subjektive Kompetenz der Angehörigen

Weiterhin ist davon auszugehen, dass Angehörige, die sich im Umgang mit dem Erkrankten sicherer fühlen, weniger Ärgerreaktionen zeigen. Grundlage dieser Annahme sind Ergebnisse bisheriger Untersuchungen, dass Selbstwirksamkeit und subjektive wahrgenommene Kompetenz mit weniger Belastung einhergehen (Campbell et al., 2008; Mausbach et al., 2007; Wilz et al., 1999)

- **Hypothese 11:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz im Umgang mit dem erkrankten Partner und dem Ärgererleben sowie den Ärgerreaktionen.

- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger sowie günstiger Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz der Angehörigen bestehen und dass sich dieser Zusammenhang auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lässt.

4.1.1.2.12 Hypothese 12: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit der Angehörigen

Hinsichtlich des Einflusses von Persönlichkeitseigenschaften auf die Belastung von Angehörigen fanden Studien einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der subjektiven Belastung und den Werten auf Neurotizismus-Skalen (Bookwala & Schulz, 1998; Campbell et al., 2008; Hooker et al., 1994, 1998; Reis et al., 1994; Shurgot & Knight, 2005; Welleford et al., 1995). Untersuchungen zum Einfluss von Persönlichkeitseigenschaften auf Ärgererleben oder Ärgerreaktionen bei Angehörigen existieren bisher nicht.

Der oben erwähnte Zusammenhang mit Neurotizismus wird auch für Ärger vermutet. Außerdem wird angenommen, dass Optimismus bzw. Lebenszufriedenheit sowie leichte Erregbarkeit, hohe Beanspruchung und die Tendenz, aggressiv zu reagieren, einen Einfluss auf Ärgererleben und Ärgerreaktionen haben

- **Hypothese 12:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitseigenschaften Neurotizismus, Erregbarkeit, Beanspruchung und Aggressivität und dem Ärgererleben und den Ärgerreaktionen. Je stärker diese Eigenschaften ausgeprägt sind, umso eher besteht die Tendenz mit Ärger zu reagieren. Bei Optimismus bzw. Lebenszufriedenheit besteht ein Zusammenhang in umgekehrter Richtung. Je mehr Optimismus bzw. Lebenszufriedenheit umso weniger Ärger.

Operationalisierung: Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Erregbarkeit, Beanspruchung und Aggressivität und für das für das Persönlichkeitsmerkmal Optimismus /Lebenszufriedenheit Korrelationen in negativer Richtung bestehen. Mit günstigen Verhaltenreaktionen bestehen Korrelationen in umgekehrter Richtung. Diese Zusammenhänge lassen sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen.

4.1.1.2.13 Hypothese 13: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Bewältigungsstrategien der Angehörigen

In Bezug auf Copingstrategien zeigen bisherige Studien, dass problemlösungsorientierte und akzeptierende Strategien im Gegensatz zu vermeidenden und regressiven Coping-Stilen mit einem besseren Befinden der Angehörigen assoziiert sind (Kneebone & Martin, 2003).

Für Ärger bei Angehörigen existieren keine Studien, die Zusammenhänge mit Copingstrategien untersucht haben. Es werden ähnliche Zusammenhänge wie bei der Belastung angenommen, in dem Sinne, dass positive bzw. adaptive sowie negative bzw. maladaptive Stressverarbeitungsstile (Erdmann & Janke, 2008) unterschiedliche Auswirkungen auf das Ärgerempfinden haben. Positive Copingstrategien führen in der Regel zur Stressminderung, negative zur Stressvermehrung.

- **Hypothese 13:** Positive bzw. adaptive Copingstrategien gehen mit weniger Ärgererleben und günstigerem Verhalten gegenüber dem Betroffenen einher, während negative bzw. maladaptive Copingstrategien im Zusammenhang mit stärkerem Ärgererleben und ungünstigerem Verhalten stehen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit maladaptiven Copingstrategien bestehen.

Außerdem werden signifikante Korrelationen zwischen dem Ärgerzustand und adaptiven Copingstrategien in negativer Richtung erwartet sowie signifikante Korrelationen zwischen adaptiven Copingstrategien und günstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten.

Alle diese Zusammenhänge lassen sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen.

4.1.1.2.14 Hypothese 14: Einfluss sozialer Erwünschtheit

Ärger sowie aggressives bzw. kritisierendes Verhalten sind Phänomene, die vermutlich von vielen Menschen als eher unerwünscht erachtet werden. Es besteht daher eine Tendenz, Fragen zu diesen Themen nicht völlig offen, sondern im Sinne sozialer Erwünschtheit zu beantworten. Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Erwünschtheit und Ärger bestätigen dies, vor allem in Bezug auf den offenen Ärgerausdruck (Gollwitzer et al., 2005; Mc Ewan et al., 2009; Schwenkmezger et al., 1992). Es wird daher angenommen, dass auch in der vorliegenden Studie, soziale Erwünschtheit einen Einfluss auf das Antwortverhalten der Angehörigen hat, der aber nicht so stark sein wird, dass die Ergebnisse uninterpretierbar werden. Der Einfluss sozialer Erwünschtheit auf die Ergebnisse der Messung von Ärger und ungünstigem Verhalten soll daher untersucht werden.

- **Hypothese 14:** Messwerte von Ärger und ungünstigem Verhalten stehen in einem Zusammenhang mit sozialer Erwünschtheit. Die wahren Ärgerwerte werden daher tendenziell unterschätzt. Der Zusammenhang zwischen den Kennwerten für Ärgererleben und Ärgerreaktionen mit den jeweiligen Einflussvariablen bleibt aber dennoch stabil, wenn der Einfluss sozialer Erwünschtheit kontrolliert wird.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit einem Maß der sozialen Erwünschtheit bestehen. Der Zusammenhang zwischen Ärgerzustand und ungünstigem Verhalten mit den jeweiligen Einflussvariablen bleibt jedoch bestehen, wenn partielle Korrelationen mit sozialer Erwünschtheit als Einflussvariable berechnet werden. Partielle Korrelationen werden nur für die Ärgermaße berechnet, die wiederum mit sozialer Erwünschtheit signifikant korrelieren.
Im Strukturgleichungsmodell wird ein bedeutsamer Pfadkoeffizient zwischen sozialer Erwünschtheit sowie Ärgererleben und ungünstigem Verhalten erwartet.

4.1.1.2.15 Hypothese 15: Zusammenhang zwischen quantitativ und qualitativ ermittelten Ärgerwerten

Bei der Erfassung von Gefühlen durch standardisierte Fragebögen können immer nur retrospektiv bereits vorgegebene Aspekte emotionalen Erlebens erfasst werden. Außerdem kann auch die Einschätzung der einzelnen Skalenwerte durch unterschiedliche Wahrnehmung der Angehörigen geprägt sein, so dass z.B. eine Angabe „oft“ zu einem bestimmten Verhalten auf individuell unterschiedlichen Maßstäben beruht. Daher besteht die Möglichkeit, dass Informationen über individuell geprägtes und unterschiedliches Erleben verloren gehen oder verfälscht sind. Hinzu kommen die bereits oben erwähnten Einflüsse von sozialer Erwünschtheit. Die Beurteilung der Validität von Angaben zum Ärgererleben und den darauf folgenden Reaktionen ist daher ein komplexes Unterfangen. Im Sinne einer erweiterten Validitätsprüfung sollen daher zusätzlich zu den Erhebungen durch vorgegebene und standardisierte Fragebögen Ärgerreaktionen auch qualitativ erfasst werden.

- **Hypothese 15:** Qualitative und quantitative Daten bezüglich des Ärgererlebens und der darauf folgenden Verhaltensreaktionen zeigen ähnliche Ergebnisse und ähnliche Zusammenhänge hinsichtlich potentieller Einflussvariablen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und günstiger bzw. ungünstiger Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit dem Ergebnis einer inhaltsanalytisch ausgewerteten Sprachprobe zum Thema „Ärger“ bestehen und dass sich signifikante Korrelationen zwischen diesen qualitativen Daten und weiteren Einflussvariablen finden lassen.

Eine Überprüfung der Hypothese im Strukturgleichungsmodell war nicht möglich, da in dem verwendeten qualitativen Maß eine Trennung von Erleben und Verhalten in Bezug auf Ärger nicht vorgesehen ist.

4.1.2 Untersuchungsinstrumente

4.1.2.1 Quantitative Untersuchung

4.1.2.1.1 Ärgerzustand / Ärgererleben

Ärgerrating zu Verhaltensweisen des Betroffenen in der NOSGER-Skala (Nurses`Observation Scale for Geriatric Patients, Brunner & Spiegel, 1990; vgl. Anhang S. 242-258)

Die NOSGER-Skala ist eine ausreichend validierte Skala zur Beurteilung von alltagsrelevanten Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz (für eine nähere Beschreibung: vgl. S. 65/66). Zu jeder Verhaltensweise wurden die Angehörigen nach der Intensität des von ihnen empfundenen Ärgers befragt („Wie stark haben Sie sich über dieses Verhalten geärgert?“. Die Antwortskala war fünfstufig skaliert (von „gar nicht“ bis „sehr stark“).

Ärgerintensität und Skala „Ärgerzustand“ aus dem modifizierten Ärgerfragebogen in Anlehnung an den STAXI (Schwenkmezger et al., 1992) und das Ärger-Tagebuch (Schwenkmezger et al., 1999).

Schwenkmezger et al (1999) haben für therapeutische Zwecke ein Ärgertagebuch entwickelt, bei dem die Probanden für eine Woche jeden Tag eine Ärgersituation beschreiben, ihre Reaktionen auf kognitiver, körperlicher und behavioraler Ebene schriftlich festhalten, die Ärgerintensität auf einer 7-stufigen Skala beurteilen und einen aus dem STAXI abgewandelten Kurzfragebogen mit 16 Items zu Zustandsärger und Ärgerausdruck auf einer fünfstufigen Skala beantworten.

Dieses Verfahren wurde für die Studie modifiziert. Die Angehörigen wurden nach der Situation gefragt, in der sie sich in den vergangenen 14 Tagen am meisten über den Partner geärgert haben. Sie sollten die Situation kurz stichwortartig beschreiben, ihre Ärgerintensität angeben und den Kurzfragebogen ausfüllen. In Bezug auf den Ärgerzustand wurde die Ärgerintensität und die aus 6 Items bestehende Skala „Ärgerzustand“ aus dem Kurzfragebogen herangezogen (vgl. Anhang S. 283/284).

4.1.2.1.2 Günstiges vs. ungünstiges Verhalten der Angehörigen

Fragebogen zur Erfassung von Reaktionen Angehöriger auf Problemsituationen (FERAP, selbst entwickelt; vgl. Anhang S. 241)

Zur Erfassung günstigen vs. ungünstigen Verhaltens der Angehörigen in Problemsituationen wurde in Ermangelung an ökonomischen und brauchbaren Verfahren, die sich auf die Situation Angehöriger beziehen, ein eigener Kurzfragebogen entwickelt. In diesem Selbstbeurteilungs-Fragebogen sollen mit jeweils 5 Fragen sowohl typische Ärgerreaktionen im Sinne offen ausgedrückten Ärgers (FERAP „Kritik“) wie auch konstruktive Bewältigungsreaktionen (FERAP „Geduld“) von Angehörigen Demenzkranker in den vorangegangenen 2 Wochen auf einer 5-stufigen Skala erfasst werden. Die Fragen wurden auf der Grundlage klinischer Beobachtung von Angehörigen entwickelt. Hohe Werte bei FERAP „Kritik“ bedeuteten stärker ausgeprägtes ungünstiges Verhalten, hohe Werte bei FERAP „Geduld“ bedeuteten schwächer ausgeprägtes günstiges Verhalten.

Cronbachs Alpha lag in dieser Studie für FERAP „Kritik“ bei 0.91, für FERAP „Geduld“ bei 0.69.

Skalen „Ärgerkontrolle“ und „Offener Ärgerausdruck“ (vgl. Anhang S. 283/284) aus dem modifizierten Ärgerfragebogen in Anlehnung an den STAXI (Schwenkmezger et al., 1992) und das Ärger-Tagebuch (Schwenkmezger et al., 1999).

In Bezug auf günstige vs. ungünstige Reaktionen wurden aus dem oben beschriebenen Verfahren die aus jeweils 2 Items bestehenden Skalen „Ärgerkontrolle“ und „Offener Ärgerausdruck“ herangezogen.

4.1.2.1.3 Attributionen

Attributionsrating zu Verhaltensweisen des Betroffenen in der NOSGER-Skala (Brunner & Spiegel, 1990; vgl. Anhang S. 242-258)

Die Attributionen der Angehörigen wurden mit der oben beschriebenen NOSGER-Skala für jede der 30 bewerteten Verhaltensweisen mit 2 zusätzlichen Fragen erfasst. Dabei wurde zum einen danach gefragt, zu wie viel Prozent (0, 25, 50, 75 oder 100 %) die Angehörigen das Verhalten als krankheitsbedingt attribuieren, zum anderen danach, zu wie viel Prozent der Betroffene das Verhalten selbst kontrollieren kann. Diese Werte wurden anschließend in eine Skala von 1 bis 5 überführt. Hohe Werte bedeuteten, dass die Angehörigen das Verhalten auf die Erkrankung attribuieren bzw. dem Erkrankten wenig Kontrolle unterstellten. Für Verhaltensweisen, die vom Angehörigen zuvor als unauffällig bzw. nicht vorkommend angegeben wurde, wurden keine Attributionsratings ausgewertet.

4.1.2.1.4 Symptome/ Verhaltensauffälligkeiten der Betroffenen

NOSGER-Skala (Brunner & Spiegel, 1990; vgl. Anhang S. 242-258)

Anhand der bereits oben erwähnten NOSGER-Skala sollten die Angehörigen beurteilen, wie oft verschiedene Verhaltensweisen der Betroffenen in den letzten 14 Tagen aufgetreten sind. Die Skala besteht aus 30 fünfstufig skalierten Items, aus denen 6 Unterskalen mit je 5 Items gebildet werden

(Gedächtnis, IADL, Pflege, Stimmung, Sozialverhalten, störendes Verhalten). Die Unterskalen „Gedächtnis“, „IADL“ und „Pflege“ wurden zusätzlich zu einer Subskala „kognitive Symptome“ zusammengefasst, die Unterskalen „Stimmung“, „Sozialverhalten“ und „störendes Verhalten“ wurden zu einer Subskala „nicht-kognitive Symptome“ zusammengefasst.¹

4.1.2.1.5 Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen

Wahrgenommene Schwankungen des Verhaltens wurden zu jeder der 30 Verhaltensweisen in der NOSGER-Skala mit einer Frage („Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 14 Tagen geschwankt?“) auf einer fünfstufigen Skala („gar nicht“ bis „sehr stark“) erfasst. Für Verhaltensweisen, die vom Angehörigen zuvor als unauffällig bzw. nicht vorkommend angegeben wurde, wurden keine Schwankungsratings erhoben (vgl. Anhang S. 242-258.)

4.1.2.1.6 Dauer der Erkrankung

Die Angehörigen wurden befragt, wann die Diagnose gestellt wurde und wann sie die ersten Symptome bemerkten (vgl. Anhang S.288)

4.1.2.1.7 Schweregrad der Demenz

Mini-Mental-Status-Test (Folstein et al., 1975; vgl. Anhang S. 286/287)

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) ist ein aus 30 Items bestehendes weitverbreitetes Screening-Instrument zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Demenzpatienten und kann auch zur Bestimmung des Schweregrades einer Demenz verwendet werden (Juva et al., 1994). Anhand kurzer und einfacher Aufgaben werden die zeitliche und örtliche Orientierung, unmittelbare Merkfähigkeit und verzögerter Abruf, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, sprachliche Funktionen, die Ausführung einer Handlungsanweisung sowie die Visuokonstruktion überprüft. Hohe Werte im MMST entsprechen dabei einem geringeren Schweregrad der Demenz.

¹ Streng genommen ist der Begriff „kognitive Symptome“ für die drei Subskalen Gedächtnisstörungen, IADL und Pflege nicht zutreffend. Er wurde aber trotzdem gewählt, um diesen Bereich der Symptomatik von der Verhaltenssymptomatik abzugrenzen. Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Körperpflege sind zudem in der Regel unmittelbare Folge kognitiver Störungen, so dass die Bildung dieser Oberkategorie insgesamt gerechtfertigt erscheint.

4.1.2.1.8 Beziehungsqualität

Im Rahmen dieser Studie kann die Qualität der Beziehung nur in einfacher Form erfasst werden. Dazu wird auf Maße zurückgegriffen, die von de Vugt et al. (2003) in einer Studie mit Angehörigen von Menschen mit Demenz entwickelt wurden (vgl. Anhang S.262/263)

Die Ratings aus der Studie von de Vugt et al. (2003) waren wie folgt:

- Visuelle Analog Skala von 0 - 10 zur subjektiv empfundenen prämorbidem und aktuellen Beziehungsqualität.
- 4 Fragen zu den Bereichen „Nähe“, „Kommunikation“, „Ähnlichkeit der Ansichten“ und „Miteinander auskommen“ in Bezug auf früher (vor der Erkrankung) und heute (4 stufige Antwortmöglichkeiten)

4.1.2.1.9 Belastung der Angehörigen & Resentment/Groll

Cost of Care Index (Kosberg & Cairl, 1988; vgl. Anhang S.259-261)

Der Cost of Care Index (COC) besteht aus 20 vierstufig skalierten Items und erfasst die Belastung Angehöriger auf 5 Dimensionen: 1. Persönliche und soziale Einschränkungen 2. Physische und emotionale Probleme 3. Ökonomische Kosten 4. Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Pflege 5. Konflikte mit dem Kranken/Wahrnehmung des Kranken als Provokateur.

Der Fragebogen wird ergänzt durch 4 zusätzliche Items zu persönlichen Einschränkungen, die aus der Resentment Scale (Williamson et al., 2005) übernommen und modifiziert wurden. Ursprünglich war es auch geplant, die Resentment Scale einzusetzen. Da jedoch bei genauerer Durchsicht der Verfahren festgestellt wurde, dass sich viele der Items sinngemäß überschneiden, wurde auf den Einsatz der zweiten Skala verzichtet.

4.1.2.1.10 Depressivität

Allgemeine Depressionsskala Kurzform (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993; vgl. Anhang S. 264)

Die Allgemeine Depressionsskala ist die deutsche Version der international weit verbreiteten und gut validierten Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Es handelt sich dabei um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster erfragt. Die Original-Skala besteht aus 20 vierstufig skalierten Items. In der vorliegenden Studie wurde die aus 15 Items bestehende Kurzform eingesetzt.

4.1.2.1.11 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung, die Angehörige erhalten, wurde in einem selbst entwickelten Kurzfragebogen durch folgende Fragen erhoben:

- Wie viele Stunden in der Woche werden Sie durch andere Betreuer (sowohl professionell wie auch privat) entlastet?
- Wie gut werden Sie von Ihrem privaten Umfeld (Familie/Freunde/Nachbarn) unterstützt?
- Wie gut werden Sie von professionellen Helfern (z.B. Alzheimer Gesellschaft, Pflegedienste, Tagesstätte, Wohlfahrtsverbände, Ärzte, etc.) unterstützt?
- Wie beurteilen Sie insgesamt die Unterstützung, die Sie von anderen bekommen?

Die 3 letzteren Items wurden fünfstufig skaliert (vgl. Anhang S. 285).

4.1.2.1.12 Subjektiv wahrgenommene Kompetenz der Angehörigen im Umgang mit den Erkrankten

Kompetenzstatus-Fragebogen (selbst entwickelt; vgl. Anhang S.282)

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation im Alzheimer Therapiezentrum (ATZ) der Schön Klinik Bad Aibling wurde vom Doktoranden in Zusammenarbeit mit der Abteilung Qualitätsmanagement der Klinik der Kompetenzstatus-Fragebogen entwickelt, der die subjektiv wahrgenommene Kompetenz der Angehörigen in den Bereichen Umgang mit dem Erkrankten, Pflege und Hilfsmöglichkeiten erfasst. Der Bogen enthält 17 fünfstufig skalierte Items und wird routinemäßig jedem Angehörigen bei der Aufnahme ins ATZ vorgelegt. Für diese Studie wurde nur die Unterskala „Umgang mit dem Erkrankten“ einbezogen.

4.1.2.1.13 Persönlichkeit der Angehörigen

Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI-R, 7.Auflage (Fahrenberg et al., 2001; vgl. Anhang S. 265-268)

Das Freiburger-Persönlichkeits-Inventar ist ein faktorenanalytisch und itemmetrisch begründetes Persönlichkeitsverfahren, das seit 1970 in zahlreichen Untersuchungen angewendet wurde und gut validiert ist. Die revidierte Testform umfasst 138 zweistufig skalierte Items, die sich zu folgenden Skalen zusammenfassen lassen: Lebenszufriedenheit, Soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Offenheit, und zwei Sekundärskalen Extraversion und Emotionalität im Sinne Eysencks.

4.1.2.1.14 Bewältigungsstrategien der Angehörigen

Stress-Verarbeitungs-Fragebogen SVF (Janke et al., 1985; vgl. Anhang S. 269 -281)

Der Stressverarbeitungsbogen ermöglicht die Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsstrategien in belastenden Situationen (so genannte „Copingstrategien“).² Er besteht in der hier verwendeten Form aus 114 fünfstufig skalierten Items, mit denen insgesamt 19 zeitlich stabile und relativ situationsunabhängige Merkmale erfasst werden: Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion, soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmakaeinnahme.

In der später veröffentlichten 4.Auflage des SVF (Erdmann & Jahnke, 2008) ist beim SVF-120 auch die Auswertung nach einzelnen Subbereichen sowie nach Positiv- und Negativ-Strategien möglich.³ Dieser Auswertungsmodus wurde in Studie 1 auf die Daten des hier verwendeten SVF-114 angewendet, bei dem eine Unterskala weniger erfasst wurde (Skala „Entspannung“ fehlt im SVF-114).

Für jeden Subbereich wurde ein Summenscore berechnet. Die Subbereiche POS 1-3 bilden dann den Summenscore für die Positivstrategien, die Subbereiche NEG 1 & 2 den Summenscore für die Negativstrategien. Die Subtests Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Pharmakaeinnahme und Aggression wurden von den Autoren des SVF keinem der Subtestbereiche zugeordnet.

In Tabelle 2 sind die Subbereiche mit den dazu gehörigen Subtests dargestellt:

Subtests	Subbereich
Bagatellisierung Herunterspielen Schuldabwehr	Positivstrategien 1 / POS 1: Um-/ Abwertungsstrategien
Ablenkung Ersatzbefriedigung Selbstbestätigung	Positivstrategien 2 / POS 2: Ablenkungs-/ Kompensations- strategien
Situationskontrolle Reaktionskontrolle Positive Selbstinstruktion	Positivstrategien 3 / POS 3: Kontrollstrategien
Gedankl. Weiterbeschäftigung Selbstbemitleidung Selbstbeschuldigung	Negativstrategien 1 / NEG 1: Emotionales Betroffensein
Flucht Soziale Abkapselung Resignation	Negativstrategien 2 / NEG 2: Aufgeben

Tabelle 2: Zuordnung von Subtests zu Subbereichen im SVF in Studie 1

² Die Begriffe „Copingstrategien“ und „Bewältigungsstrategien“ werden im Weiteren synonym verwendet.

³ Für die Positiv – und Negativ-Strategien werden synonym auch die Begriffe „adaptive Strategien“ und „maladaptive Strategien“ verwendet.

4.1.2.1.15 Soziale Erwünschtheit

Unterskala „Offenheit“ aus dem FPI-R (Fahrenberg et al., 2001; vgl. Anhang S. 265 - 268)

Die Skala „Offenheit“ aus dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar enthält 12 zweistufig skalierte Aussagen, bei denen es sich um kleine Schwächen oder Fehler handelt, die vermutlich jeder Mensch hat. Menschen mit niedrigen Werten haben eine deutliche Tendenz im Sinne konventioneller Umgangsnormen bzw. sozialer Erwünschtheit zu antworten. Der Testwert dieser Skala korrelierte in der Normstichprobe des FPI mit den Persönlichkeitsmerkmalen Erregung und Aggressivität..

4.1.2.1.16 Demographische Daten

Demographische Daten (Alter, Schulabschluss, Berufsausbildung) wurden mittels eines selbst entwickelten kurzen Fragebogens erfragt (vgl. Anhang S. 288)

4.1.2.2. Qualitative Untersuchung

4.1.2.2.1 Aggressiver Affekt

Sprachinhaltsanalyse nach dem Gottschalk-Gleser-Verfahren (Gottschalk & Gleser, 1969; Schöfer, 1980).

Das Gottschalk-Gleser-Verfahren ist ein sprachinhaltsanalytisches Verfahren, das bereits 1969 in den USA entwickelt wurde und ängstliche und aggressive Affekte misst. Es hat den Anspruch, neben bewussten auch unbewusste Affekte erfassen zu können. Dazu ist eine Sprachprobe von 5 Minuten notwendig, in der die Probanden zu einem bestimmten Thema bzw. zu einer bestimmten Frage frei reden sollen. Zur Anwendung kamen in dieser Studie nur die Skalen zur Messung aggressiver Affekte. Von besonderem Interesse war dabei die Skala der nach außen gerichteten offenen Aggressivität. In dieser Skala werden aggressive bzw. latent aggressive Gedanken und Handlungen gegenüber anderen Menschen, in diesem Fall dem Erkrankten, inhaltsanalytisch erfasst und ausgewertet.

In der vorliegenden Studie sollten die Angehörigen eine Situation beschreiben, in der sie sich in den vergangenen zwei Wochen besonders über den erkrankten Partner geärgert hatten (vgl. Anhang S. 289). Die Sprachproben wurden transkribiert und von 2 Ratern unabhängig ausgewertet. Jeder Satz im transkribierten Text wurde dabei danach untersucht, ob in ihm aggressive Handlungen und Gedanken der Angehörigen beschrieben werden. Je nach Stärke des aggressiven Ausdrucks wurden diese Äußerungen einer von drei Gewichtskategorien zugeordnet. Eine genaue Anleitung bezüglich der Codierungs- und Scoringkriterien findet sich bei Schöfer (1980, S.72-86 & S. 136-170).

Die so codierten Äußerungen wurden dann aufsummiert und mit Hilfe dieses Summenwertes wurde der Score für die offene Aggressivität nach folgender von Schöfer (1980) beschriebener Formel für jeden Rater ermittelt:

$$\text{GG Offene Aggressivität} = \sqrt{(100/\text{Wortzahl}) * (\text{Summenwert} + 0,5)}$$

Von den so ermittelten Scores beider Rater wurde schließlich der Mittelwert gebildet.

4.1.3 Datenerhebung

Die Stichprobe wurde im Alzheimer Therapiezentrum (ATZ) der Schön Klinik Bad Aibling rekrutiert. Das ATZ ist eine Spezialabteilung der Schön Klinik Bad Aibling (Neurologie), in der im stationärem Rahmen bis zu 20 Demenzerkrankte unterschiedlicher Diagnosen gemeinsam mit ihren Angehörigen behandelt werden können. Die Behandlung dauert in der Regel 3-4 Wochen. Die Datenerhebung fand in der ersten Woche nach der Aufnahme im ATZ statt, um den Einfluss möglicher Therapieeffekte auf die Ergebnisse möglichst gering zu halten. Angehörige, die zum wiederholten Male am ATZ-Behandlungsprogramm teilnahmen, wurden nicht in die Studie aufgenommen. Die Angehörigen wurden instruiert, ihre Antworten auf die jeweils erfragten Zeiträume (meist 14 Tage) vor der Aufnahme im ATZ zu beziehen. Die in Frage kommenden Neuanreisen wurden entweder am Tag nach Ihrer Anreise individuell oder in einer jeweils freitags stattfindenden Einführungsgruppe über die Studie informiert und konnten dann entscheiden, ob sie teilnehmen wollten. Die Fragebögen wurden den Angehörigen ausgehändigt und wurden jeweils bis zur Mitte der darauf folgenden Woche ausgefüllt. Die ergänzenden Interviews fanden aufgrund der regulären Arbeitszeiten und therapeutischen Verpflichtungen des Doktoranden jeweils nur an Freitagen statt. Das Interview zu einer besonderen Ärgersituation und die Beantwortung der Ergänzungsfragebögen in Bezug auf die spezifische Ärgersituation dauerten in der Regel ca. 10-15 Minuten. Die Angehörigen wurden bei dieser Gelegenheit außerdem beim Vorliegen teilweise unvollständiger Datensätze zu den fehlenden Items nachträglich befragt. Bei stark unvollständigen Datensätzen, die den Eindruck erweckten, dass die Angehörigen mit dem Ausfüllen der Fragebögen überfordert waren, fand ein Ausschluss aus der Studie statt. Die Datenerhebung für die Pilotstudie fand von Anfang November 2007 bis Anfang Januar 2008 statt.

4.1.4 Stichprobe

Insgesamt konnten 37 Angehörige in die Stichprobe aufgenommen werden. Alle 37 waren mit der von der Demenz betroffenen Person verheiratet. 30 Angehörige waren weiblich, 7 männlich.

3 Probanden wurden wegen stark unvollständiger Datensätze aus der Studie ausgeschlossen.

Die Angaben der Angehörigen zu Alter und Bildung sind in Tabelle 3 (S. 72) dargestellt.

	Alter	Ausbildungsjahre
Mittelwert	67,24	12,95
Standardabweichung	7,39	2,70
Min. -Max.	41 - 81	8 – 18

Tabelle 3: Alter und Ausbildungsjahre der Angehörigen in Studie 1

Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie war die Diagnose einer Demenzerkrankung des Partners. Die Diagnosestellung erfolgte nach den ICD-10-Kriterien durch einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie an der Schön Klinik Bad Aibling. Die Verteilung der Diagnosen ist in Abbildung 4 dargestellt. Bei 3 Patienten wurde hierbei zwar eine Demenz festgestellt, jedoch konnte keine endgültig gesicherte Zuordnung zu einer Demenzform vorgenommen werden. In allen 3 Fällen handelte es sich dabei um die Differentialdiagnose zwischen Frontotemporaler Demenz und Alzheimer Demenz. Diese Fälle wurden daher im Diagramm als „AK vs. FTD“ bezeichnet.

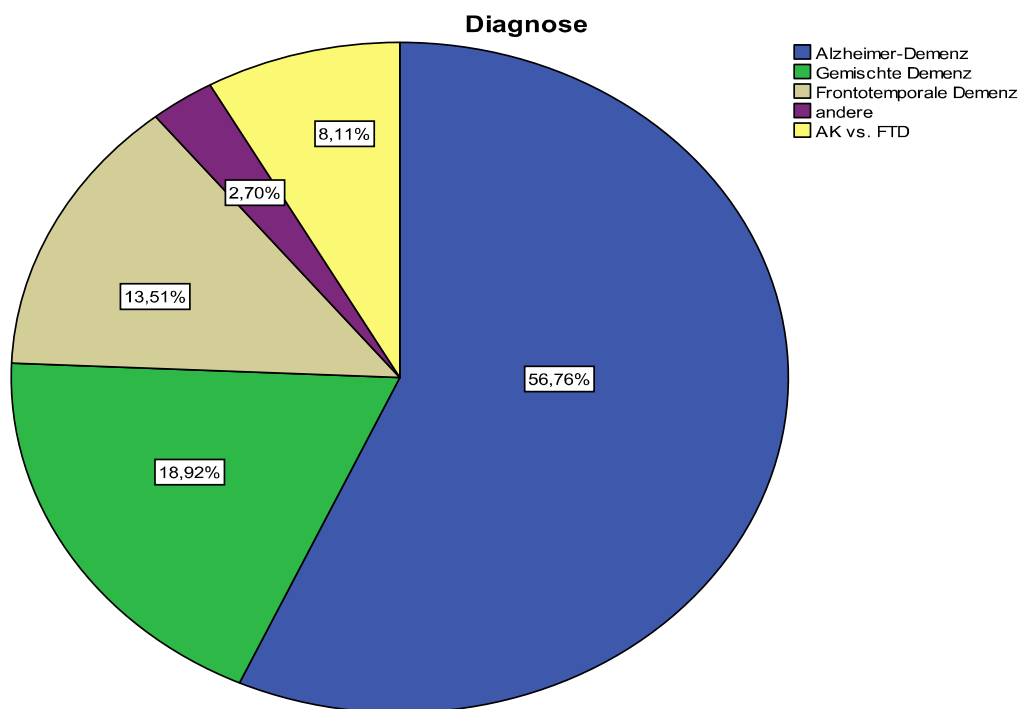


Abbildung 4: Diagnosen der erkrankten Ehepartner von in Studie 1 aufgenommenen Angehörigen

Es wurden Patienten mit leichter, mittelgradiger und fortgeschrittener Demenz aufgenommen. Der Mittelwert im MMST als Maß für den Schweregrad lag bei 13,19 bei einer Standardabweichung von 8,94. 10 Betroffene kamen auf einen Wert zwischen 21 und 30

(leichte Demenz), 10 weitere auf einen Wert zwischen 11 und 20 (mittelgradige Demenz), 16 hatten einen Wert zwischen 0 und 10 (fortgeschrittene Demenz). Bei einem Patienten war der Test aufgrund mangelnder Kooperation nicht durchführbar.

4.1.5 Statistik

4.1.5.1 Deskriptive Statistik und Korrelationsberechnungen

Im ersten Schritt wurden Maße der zentralen Tendenz ermittelt. Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Ärgervariablen und möglichen Einflussfaktoren wurden dann zunächst Korrelationskoeffizienten nach Pearson mit zweiseitigem Signifikanztest berechnet.

Das Signifikanzniveau wurde wie folgt festgelegt:

- $p \leq 0,05$ „signifikant“
- $p \leq 0,01$ „sehr signifikant“
- $p \leq 0,001$ „hoch signifikant“.

Bei der Beurteilung der empirischen Bedeutsamkeit der Korrelation wurde die Klassifikation von Cohen (1988) verwendet, der folgende Einteilung der Effektgrößen vorschlägt:

- $r = 0.1$ kleiner Effekt
- $r = 0.3$ mittlerer Effekt
- $r = 0.5$ großer Effekt

Die Normalverteilungsannahme wurde vorausgesetzt und somit nicht für jede einzelne Variable überprüft. Janssen & Laatz (2007) raten vom schematischen Anwenden von Normalverteilungstests ab, da sie teilweise paradoxe Ergebnisse liefern können. Sie weisen außerdem darauf hin, dass die meisten parametrischen Verfahren gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme relativ robust sind.

Die Hypothese bezüglich des Geschlechtsunterschieds sollte durch t-Tests für unabhängige Stichproben für die verschiedenen Ärgermaße und ungünstiges Verhalten ermittelt werden. Aufgrund einer ungleichen Verteilung der Geschlechter in Studie 1 (männlich: $n=7$, weiblich: $N=30$) wurde jedoch darauf verzichtet. Diese Hypothese wurde jedoch in Studie 2 nochmals aufgegriffen und untersucht.

Der Einfluss sozialer Erwünschtheit sollte mit Hilfe von partiellen Korrelationen untersucht werden. Dabei wurden für die Ärgermaße, die mit sozialer Erwünschtheit korrelierten, partielle Korrelationen mit den jeweils möglichen Einflussvariablen berechnet.

4.1.5.2 Strukturgleichungsmodellierung

4.1.5.2.1 Grundlagen

Auf der Grundlage der Hypothesen wurden in einem weiteren Schritt Strukturgleichungsmodelle erstellt und mit dem Partial-Least-Square(PLS)-Ansatz überprüft.

Mit Strukturgleichungsmodellen können in der Theorie entwickelte Hypothesen einer empirischen Überprüfung unterzogen werden. Weiber & Mühlhaus (2010, S.6) definieren Strukturgleichungsmodelle wie folgt:

„Strukturgleichungsmodelle bilden a-priori formulierte und theoretisch und/oder sachlogisch begründete komplexe Zusammenhänge zwischen Variablen in einem linearen Gleichungssystem ab und dienen der Schätzung der Wirkungskoeffizienten zwischen den betrachteten Variablen sowie der Abschätzung von Messfehlern.“

Bei der Strukturgleichungsmodellierung wird in einem Pfaddiagramm ein Strukturmodell aus latenten, d.h. im Sinne von hypothetischen Konstrukten nicht direkt beobachtbaren Variablen erstellt. Beim PLS-Ansatz wird dieses Strukturmodell auch inneres Modell genannt. Die latenten Variablen werden dann durch ein Messmodell (im PLS-Ansatz: äußeres Modell) operationalisiert, in dem ihnen empirische Beobachtungswerte zugeordnet werden, die als manifeste Variablen bezeichnet werden.

Man unterscheidet bezüglich der Messmodelle zwischen formativen und reflektiven Messmodellen. Bei einem formativen Messmodell wird davon ausgegangen, dass für die latente Variable als abhängige Größe keine empirischen Messwerte zur Verfügung stehen, so dass diese in Relation zu anderen latenten Variablen geschätzt werden müssen. Reflektive Messmodelle gehen hingegen von hohen Korrelationen zwischen den Messvariablen aus, deren verursachende Größe die betrachtete latente Variable darstellt. Bei formativen Messmodellen ist die zu untersuchende latente Variable als abhängige Variable konzipiert, während sie bei reflektiven Messmodellen die unabhängige Variable darstellt (Weiber & Mühlhaus, 2010, S.35/36). Die Festlegung auf normative bzw. reflektive Messmodelle ist notwendig, weil daraus unterschiedliche Verfahren für die Berechnung und Güteprüfung der Modelle folgen. In der vorliegenden Studie sind die Messmodelle als reflektive Messmodelle konzipiert.

PLS ist ein varianzanalytischer Ansatz der Strukturgleichungsanalyse der auf der Kleinst-Quadrate-Schätzung basiert und aus einem zweistufigen Vorgehen besteht. Dabei werden in einem ersten Schritt fallbezogen konkrete Schätzwerte für die latenten Variablen aus den empirischen Messwerten ermittelt. Im zweiten Schritt werden diese Schätzwerte dann zur Schätzung der Parameter des Strukturmodells mittels einer Pfadanalyse herangezogen.

Schritt 1

Im ersten Schritt werden für die Schätzung der latenten Variablen Informationen aus dem Messmodell und dem Strukturmodell in einem iterativen Schätzalgorithmus verwendet. Sowohl bei der inneren wie auch bei der äußeren Schätzung ist das Vorgehen dabei wiederum zweischrittig, indem zunächst eine Schätzung der Gewichte vorgenommen wird und dann der innere Schätzwert berechnet wird.

Im inneren Modell gibt es bei PLS drei Gewichtungsmethoden: die Zentroid-Methode, die Faktorgewichtungsmethode und die Pfadgewichtungsmethode. Alle drei Methoden liefern allerdings nach Johansson & Yip (1994) sehr ähnliche Ergebnisse. In der vorliegenden Arbeit wurde die Pfadgewichtungsmethode und in einem Fall die Faktorgewichtungsmethode verwendet, da die Pfadgewichtungsmethode wegen dem wiederholten Auftreten einer singulären Matrix nicht durchführbar war.

Die Berechnung des inneren Schätzwerts erfolgt dann nach der Formel:

$$CV_j^I = \varphi_j \sum e_{ij} LV_i$$

mit:

CV_j^I = Konstruktwert der Latenten Variablen LV j aus dem inneren Modell

φ_j = Normierungsgröße für LV j

e_{ij} = (innere) Gewichtungsgröße

LV_i = latente Variable i, die die LV j beeinflusst

Im äußeren Schätzmodell erfolgt bei reflektiven Messmodellen die Bestimmung der äußeren Gewichtsgrößen mit Hilfe der Hauptkomponentenanalyse.

Die Schätzung des Konstruktwertes einer latenten Variable ergibt sich als Linearkombination aus den der latenten Variablen zugeordneten manifesten Variablen, wobei gilt:

$$CV_j^A = f_j \sum w_{jh} MV_i$$

mit:

CV_j^A = Konstruktwert der Latenten Variablen LV j aus dem äußeren Modell

f_j = Standardisierungsfaktor für LV j

w_{jh} = (äußere) Gewichtungsgröße

MV_i = manifeste Variable i, die der LV j zugeordnet ist

Die Konstruktwerte für die äußere und innere Schätzung werden dann miteinander verglichen. Bei nicht ausreichender Konvergenz wird der Schätzalgorithmus solange wiederholt bis das Konvergenzkriterium erfüllt ist. Wold (1982) schlägt als

Konvergenzkriterium für die Differenz von $(CV_j^I - CV_j^A)$ einen Wert $\leq 10^{-5}$ vor, welcher in dieser Studie auch verwendet wurde.

Schritt 2

Bei erfüllttem Konvergenzkriterium wird der endgültige Konstruktwert für die jeweilige latente Variable zur Schätzung der Pfadkoeffizienten des Modells im Rahmen der Pfadanalyse verwendet. Zunächst werden die Ausgangsdaten standardisiert, so dass alle Variablen eine Varianz von 1 und einen Mittelwert von 0 besitzen. Auf der Basis der Korrelationsmatrix der Variablen werden dann mit Hilfe der multiplen Regressionsanalyse für jede abhängige Variable die Pfadkoeffizienten geschätzt, welche Richtung und Stärke der Kausaleffekte im Modell angeben. Zudem wird der Varianzanteil, der durch die Prädiktorvariablen erklärt wird, ausgegeben.

4.1.5.2.2 Güteprüfung der Modelle

Beim PLS-Ansatz gibt es kein sinnvoll anwendbares globales Kriterium zur Beurteilung der Modellgüte (Hermann et al., 2006). Daher wird empfohlen alle verfügbaren Einzelkriterien zur Beurteilung der Messmodelle und des Strukturmodells in einer Art „Zusammenschau“ zu berücksichtigen (Weiber & Mühlhaus, 2010). Im Folgenden werden die in der vorliegenden Studie verwendeten Kriterien zur Beurteilung der äußeren und inneren Modelle dargestellt:

Äußeres Modell

Zur Reliabilitätsprüfung wurden für latente Variablen, die sich aus mehreren Indikatoren zusammensetzen, Gütekriterien der 2.Generation verwendet. Die Indikatorreliabilität, die Faktorreliabilitäten und die durchschnittlich extrahierte Varianz wurden bestimmt. Werte von $\geq 0,4$ für die Indikatorreliabilität (Bagozzi & Baumgartner, 1994, S.402), von $\geq 0,6$ für die Faktorreliabilität (Bagozzi & Yi, 1988, S.82) sowie von $\geq 0,5$ für die extrahierte Varianz (Fornell & Larcker, 1981, S.46) gelten als akzeptabel.

Hinsichtlich der Indikatorreliabilität sollten Indikatoren, die den Wert von 0,4 unterschritten aus dem Modell entfernt werden.

Inneres Modell

Beurteilung der Pfadkoeffizienten:

Hinsichtlich der Beurteilung der Pfadkoeffizienten geht Chin (1998a) davon aus, dass bedeutsame Zusammenhänge vorliegen, wenn die standardisierten Pfadkoeffizienten größer als 0,2 sind.

Parametrische Signifikanztests zur Beurteilung der Koeffizienten sind beim PLS-Ansatz aufgrund der fehlenden Verteilungsannahmen nicht möglich.

Mit der Bootstrapping-Methode kann jedoch eine Überprüfung erfolgen. Dabei werden aus dem empirischen Datensatz wiederholt Stichproben einer festgelegten Größe mit Zurücklegen gezogen. Anhand der so ermittelten Verteilung der geschätzten Modellparameter (Mittelwert über die Stichproben und Varianz) kann dann mit dem t-Test die Nullhypothese geprüft werden, dass sich die geschätzten Pfadkoeffizienten nicht signifikant von Null unterscheiden.

Die festgelegte Größe der zu ziehenden Stichproben wurde mit $n=200$ angesetzt. Bei einem t-Wert von $> 1,96$ kann die Nullhypothese mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % verworfen werden und der Schluss gezogen werden, dass die entsprechenden Parameter einen gewichtigen Beitrag zur Bildung der Modellstruktur liefern (Weiber & Mühlhaus, 2010, S.256).

Aufgrund der relativ kleinen Stichproben und gleichzeitig hohen Anzahl an Variablen war nicht zu erwarten, dass beim Bootstrapping viele der hypothetisierten Ergebnisse signifikant werden. Es wird daher in der Ergebnisdarstellung primär die Höhe der Pfadkoeffizienten beurteilt. Vorhandene signifikante Ergebnisse nach der Bootstrapping-Methode werden dabei zusätzlich erwähnt und deuten auf einen besonders bedeutsamen Zusammenhang zwischen zwei Variablen hin.

Erklärungskraft des Modells:

Zur Beurteilung der Erklärungskraft kann für jede latente abhängige Variable das Bestimmtheitsmaß R^2 berechnet werden, welches angibt, wie viel Prozent der Varianz der abhängigen Variablen über die ihr zugeordneten unabhängigen Variablen erklärt wird.

Nach Chin (1998b, S.323) kann ein $R^2 \geq 0,33$ als „moderat“ und ein $R^2 \geq 0,66$ als „substantiell“ beurteilt werden.

Der PLS-Ansatz als varianzanalytisch basierter Ansatz wurde aufgrund der hohen Anzahl an Messvariablen und der relativ geringen Stichprobengröße einem kovarianzanalytischen Ansatz wie Z.B. LISREL vorgezogen, so wie dies von Chin & Newstead (1999) empfohlen wird.

In der vorliegenden Studie wurde zunächst die Gesamtgüte des Modells beurteilt und Variablen, welche die Reliabilitätskriterien nicht erfüllten, wurden ausgeschlossen. Zur Beurteilung der einzelnen Hypothesen wurden dann die jeweiligen Pfadkoeffizienten aus dem Strukturmodell herangezogen.

Für die statistischen Analysen wurden die Programme Smart PLS 2.0 zur Berechnung und Überprüfung der Strukturgleichungsmodelle und SPSS 15 sowie SPSS 18 für alle weiteren Berechnungen verwendet.

4.1.6 Ergebnisse

Zunächst werden die Ergebnisse der Strukturgleichungsmodellierung dargestellt. Anschließend folgt die Beantwortung der einzelnen Hypothesen mit Darstellung der Korrelationen und der jeweils relevanten Pfadkoeffizienten aus dem Strukturgleichungsmodell.

4.1.6.1 Gütebeurteilung Strukturgleichungsmodell Studie 1

Folgende Einflussvariablen im Strukturgleichungsmodell wurden eindimensional, d.h. mit nur einer Indikatorvariablen erfasst: Depressivität (erfasst durch ADS-K), Belastung (erfasst durch den COC-Gesamtwert), Attributionen auf Kontrolle und Erkrankung (erfasst durch die jeweiligen Gesamtscores für Attributionen), Schwankungen (erfasst durch den Gesamtscore „Schwankungen“), Schweregrad (erfasst durch MMST), Lebenszufriedenheit (erfasst durch FPI-Skala „Lebenszufriedenheit“), subjektive Kompetenz (erfasst durch Unterskala „Umgang mit dem Erkrankten“ im Kompetenzstatusfragebogen), Stunden an sozialer Unterstützung, soziale Erwünschtheit (erfasst durch die FPI-Skala „Offenheit“).

Die weiteren latenten Variablen im Strukturgleichungsmodell wurden durch mehrere Messvariablen erfasst. Tabelle 4 (S.79) zeigt die Zuordnung der jeweiligen Messvariablen zu den latenten Variablen des Strukturgleichungsmodells:

Latente Variable	Indikatorvariablen
Ärgererleben	NOSGER Ärger Gesamt, STAXI „Ärgerzustand“
Ungünstiges Verhalten	FERAP „Kritik“, STAXI „Ärgerausdruck“
Günstiges Verhalten	FERAP „Geduld“, STAXI „Ärgerkontrolle“
Kognitive Symptome	NOSGER-Skalen „Gedächtnis“, „IADL“, „Pflege“
Nicht-kognitive Symptome	NOSGER-Skalen „Stimmung“, „Sozialverhalten“, „Stör. Verhalten“
Aktuelle Beziehungsqualität	Skalen „Beziehungsqualität heute“, „Nähe“, „Kommunikation“, „Ansichten“, „Miteinander auskommen“
Beziehungsqualität Veränderung	Skalen „Beziehungsqualität Veränderung“, „Nähe Veränderung“, „Kommunikation Veränderung“, „Ansichten Veränderung“, „Miteinander auskommen Veränderung“
Soziale Unterstützung	Soz. Unterstützung Familie, Soz. Unterstützung Professionell, Soz. Unterstützung Zufriedenheit
Krankheitsdauer	Zeit seit Erstsymptomatik, Zeit seit Diagnosestellung
Positives Coping	SVF POS 1, SVF POS 2, SVF POS 3
Negatives Coping	SVF NEG 1, SVF NEG 2
Persönlichkeit	FPI-Skalen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“, „Neurotizismus“

Tabelle 4: Zuordnung von Messvariablen zu latenten Variablen im Strukturgleichungsmodell in Studie 1

28 Datensätze wurden zur Berechnung des Modells einbezogen, d.h. in 9 Fällen konnte der jeweilige Datensatz aufgrund fehlender Werte nicht verwendet werden.

Bei der folgenden Beurteilung geht es nur um die latenten Variablen, deren Konstrukt durch mehrere Messvariablen repräsentiert wird. In einer ersten Modellrechnung wurden folgende Variablen aufgrund zu niedriger Indikatorreliabilitäten aus dem Messmodell entfernt:

- Indikatoren „Kommunikation“ und „Ansichten“ bei der Variable „Aktuelle Beziehungsqualität“ (Indikatorreliabilität = 0,22 bzw. 0,29)
- Indikatoren „Kommunikation Veränderung“ und „Ansichten Veränderung“ bei der Variable „Beziehungsqualität Veränderung“ (Indikatorreliabilität = 0,003 bzw. 0,18)
- Indikator „Stimmung“ bei der Variable „nicht-kognitive Symptome“ (Indikatorreliabilität = 0,04)

Die Ergebnisse der zweiten Modellrechnung bezüglich der Indikatorreliabilität finden sich in Tabelle 5 (S.80). Die Indikatorvariable NOSGER „Sozialverhalten“ wurde im Modell behalten, weil sie einen wichtigen Aspekt der Symptomatik darstellt und das Kriterium von 0,4 nur knapp unterschritten hat. Alle anderen Werte erfüllten das Kriterium von > 0,4.

Variable	Indikatorreliabilität
Beziehungsqualität heute	0,85
Nähe	0,89
Miteinander-auskommen	0,54
Beziehungsqualität Differenz	0,80
Nähe Veränderung	0,87
Miteinander-auskommen Ver.	0,70
Diagnosestellung	0,41
Erste Symptome	0,99
NOSGER Gedächtnis	0,50
NOSGER IADL	0,62
NOSGER Pflege	0,83
NOSGER Sozialverhalten	0,35
NOSGER Störend. Verhalten	0,90
NOSGER Ärger Gesamt	0,77
STAXI Ärgerintensität	0,73
STAXI Ärgerzustand	0,81

Variable	Indikatorreliabilität
FERAP Kritik	0,73
STAXI Ärgerausdruck	0,56
FERAP Geduld	0,65
STAXI Ärgerkontrolle	0,77
Soz. Unterstützung Familie	0,51
Soz. Unterstützung Professionell	0,40
Soz. Unterstützung Zufriedenheit	0,84
SVF POS 1	0,47
SVF POS 2	0,58
SVF POS 3	0,59
SVF NEG 1	0,95
SVF NEG 2	0,89
FPI Erregbarkeit	0,56
FPI Aggressivität	0,51
FPI Beanspruchung	0,60
FPI Neurotizismus	0,76

Tabelle 5: Indikatorreliabilitäten für die im Strukturmodell von Studie 1 verwendeten Indikatoren

Die Reliabilitätsprüfung der Konstrukte des äußeren Modells anhand der Faktorreliabilitäten und der durchschnittlich extrahierten Varianz ist in Tabelle 6 dargestellt. Alle Werte lagen im akzeptablen Bereich.

Latente Variable	Faktorreliabilität	Durchschnittlich extrahierte Varianz
Ärgererleben	0,91	0,77
Ungünstiges Verhalten	0,78	0,65
Günstiges Verhalten	0,83	0,71
Kognitive Symptome	0,85	0,65
Nicht-kognitive Symptome	0,76	0,63
Aktuelle Beziehungsqualität	0,91	0,77
Beziehungsqualität Veränd.	0,92	0,79
Soziale Unterstützung	0,80	0,58
Krankheitsdauer	0,82	0,70
Positives Coping	0,78	0,55
Negatives Coping	0,96	0,92
Persönlichkeit	0,86	0,61

Tabelle 6: Faktorreliabilitäten und durchschnittlich extrahierte Varianzen für die im Strukturgleichungsmodell von Studie 1 verwendeten Indikatoren

Die Erklärungskraft des Modells in Bezug auf Ärgererleben sowie ungünstiges und günstiges Verhalten ist als substantiell zu bewerten (Tabelle 7).

Latente Variable	Erklärte Varianz R²
Ärgererleben	0,80
Ungünstiges Verhalten	0,83
Günstiges Verhalten	0,67

Tabelle 7: Erklärte Varianz R² der latenten Variablen Ärgererleben, ungünstiges und günstiges Verhalten im Strukturgleichungsmodell von Studie 1.

Abbildung 5 (S.82) zeigt das gesamte Strukturgleichungsmodell mit den einzelnen Pfadkoeffizienten für Studie 1.

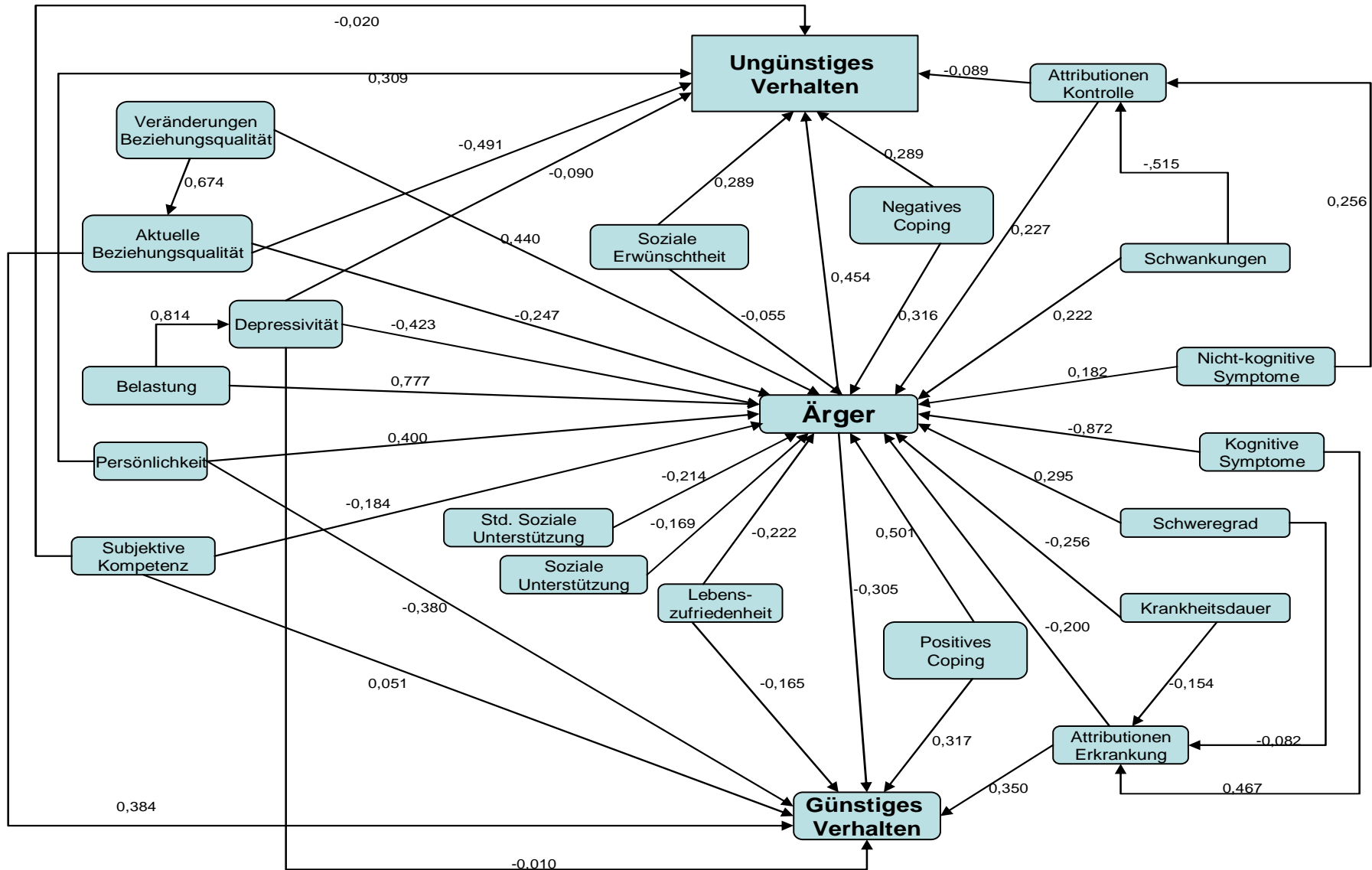


Abbildung 5: Strukturgleichungsmodell Studie 1

4.1.6.2 Beurteilung der einzelnen Hypothesen

Die Maße der zentralen Tendenz für alle untersuchten Variablen in Studie 1 sind im Anhang in Tabelle A 1 dargestellt (S.235). Im Folgenden nun die Ergebnisdarstellung bezüglich der einzelnen Hypothesen:

4.1.6.2.1 Hypothese 1: Ärgererleben und Ärgerreaktionen

Beim NOSGER-Ärger-Gesamtwert wurde mit 11,15 ein relativ niedriger Mittelwert für Ärgererleben in Bezug auf die Symptomatik des Betroffenen gefunden (mögliche Werte: 5-25). Ebenso sind die Werte für ungünstiges Verhalten im unteren Bereich geblieben (FERAP „Kritik“ & FERAP „Geduld“). Bei den mit der STAXI-Kurzform ermittelten Ärgerzustands- und Ärgerreaktionswerten sind die Zahlen für ärgerliche Reaktionen vergleichsweise höher, was vermutlich damit zusammenhängen dürfte, dass hier explizit nach einer speziellen Situation gefragt wurde, in der sich die Angehörigen besonders geärgert haben.

Die Korrelationen sind in Tabelle 8 (S. 84) wiedergegeben. Die Korrelation zwischen dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert und ungünstigem Verhalten, ermittelt mit FERAP „Kritik“, war mit $r=0,458$ im mittleren Bereich und sehr signifikant. Zwischen NOSGER-Ärger-Gesamt und günstigem Verhalten (FERAP „Geduld“) bestand hingegen keine signifikante Korrelation.

In Bezug auf die spezielle Ärgersituation zeigten die Korrelationen zwischen „Ärgerintensität“ sowie „Ärgerzustand“ mit der Reaktionsvariable „Ärgerausdruck“ einen großen Effekt ($r=0,595$ bzw. $r=0,711$) und waren hoch signifikant. Ebenso bestanden hoch signifikante negative Korrelationen mit großem Effekt zwischen „Ärgerintensität“ und „Ärgerzustand“ mit der Variable „Ärgerkontrolle“ als Indikator für günstiges Verhalten ($r=-0,671$ bzw. $r=-0,622$).

Der Pfadkoeffizient zwischen Ärgererleben und ungünstigem Verhalten lag im Strukturgleichungsmodell bei 0,454, der T-Wert nach der Bootstrapping-Methode bei 3,183, was einem signifikanten Ergebnis entspricht.

Der Pfadkoeffizient zwischen Ärgererleben und ungünstigem Verhalten lag im Strukturgleichungsmodell bei -0,305 in einem Bereich, der nach Chin (1998a) auf ein bedeutsames Ergebnis hinweist.

Die dargestellten Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass ein stärkeres Erleben von Ärger mit mehr ungünstigem Verhalten einhergeht, weitgehend. Für den umgekehrten Zusammenhang, dass weniger Ärgererleben mit mehr günstigem Verhalten einhergeht, gab es eine teilweise Bestätigung, da manche, aber nicht alle erwarteten Zusammenhänge statistisch signifikant waren.

	NOSGER Ärger	STAXI Ärgerintensität	STAXI Ärgerzustand	FERAP Kritik	STAXI Ärgerausdruck	FERAP Geduld	STAXI Ärgerkontrolle	NOSGER Attr Krankh	NOSGER Attr Kontrolle	NOSGER Schwankung
NOSGER Ärger	1	,336 *	,527 ***	,458 **	,269	,072	-,101	-,037	-,298	,601 ***
STAXI Ärgerintensität		1	,769 ***	,309	,595 ***	,120	-,671 ***	-,207	-,261	,265
STAXI Ärgerzustand			1	,414 *	,711 ***	,275	-,622 ***	-,144	-,285	,237
FERAP Kritik				1	,270	,590 ***	-,403 *	-,343 *	-,237	,050
STAXI Ärgerausdruck					1	,323	-,648 ***	-,073	-,239	,048
FERAP Geduld						1	-,452 *	-,344 *	-,138	-,184
STAXI Ärgerkontrolle							1	,366 *	,137	,069
NOSGER Attr Krankh								1	,183	,089
NOSGER Attr Kontrolle									1	-,460 **
NOSGER Schwankung										1

Tabelle 8: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten, Attributionen und wahrgenommenen Schwankungen in Studie 1.

- * p < 0,05
- ** p < 0,01
- *** p < 0,001

4.1.6.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Attributionen

Die Mittelwerte bezüglich der Attributionen waren mit 4,46 für Attributionen auf die Erkrankung und 4,40 für Attributionen hinsichtlich der Verhaltenskontrolle bei einer möglichen Spannweite der Werte von 1 bis 5 relativ hoch, d.h. die Angehörigen wiesen der Erkrankung einen hohen Stellenwert bezüglich der Erklärung des Verhaltens des betroffenen Partners zu und unterstellten den Betroffenen nur wenig Kontrollmöglichkeiten bezüglich ihres Verhaltens. Die Korrelationen sind in Tabelle 8 (S. 84) wiedergegeben. Zwischen den Attributionen hinsichtlich der Verhaltenskontrolle und den Kennwerten für Ärgererleben und Ärgerreaktionen bestanden keine signifikanten Korrelationen.

Attributionen auf die Erkrankung korrelierten signifikant negativ sowohl mit den FERAP-Werten für günstiges ($r=-0,343$) wie auch ungünstiges ($r=-0,344$) Verhalten, d.h. je mehr die Angehörigen das Verhalten auf die Erkrankung zurückführten desto mehr gaben sie auch günstige Verhaltensweisen an bzw. desto weniger gaben sie ungünstige Verhaltensweisen an. Mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert bestand hingegen keine signifikante Korrelation.

Bezüglich der STAXI-Werte korrelierten Attributionen auf die Erkrankung mit der „Ärgerkontrolle“ ($r=0,366$) in dem Sinne, dass mehr Attributionen auf die Erkrankung mit mehr „Ärgerkontrolle“ zusammenhingen. Mit „Ärgerintensität“, „Ärgerzustand“ und „Ärgerausdruck“ bestanden keine signifikanten Korrelationen.

Die Pfadkoeffizienten zwischen Attributionen auf die Erkrankung bzw. Attributionen auf Verhaltenskontrolle und dem Ärgererleben lagen im Strukturgleichungsmodell bei -0,200 bzw. 0,227.

Der Pfadkoeffizient zwischen Attributionen auf die Erkrankung und günstigem Verhalten lag im Strukturgleichungsmodell bei 0,350 und der Pfadkoeffizient zwischen Attributionen auf Verhaltenskontrolle und ungünstigem Verhalten lag bei -0,089.

Die Hypothese, dass interne Attributionen zu mehr Ärgererleben und ungünstigerem Verhalten der Angehörigen gegenüber dem Betroffenen führen, ließ sich teilweise bestätigen. Es gab bei den Korrelationen keinen Zusammenhang zwischen den Attributionen und dem Ärgererleben, während die Pfadkoeffizienten zwischen Attributionen auf die Erkrankung bzw. auf Verhaltenskontrolle und Ärgererleben knapp im bedeutsamen Bereich lagen.

Darüber hinaus gab es keine signifikanten Korrelationen und keinen bedeutsamen Pfadkoeffizienten zwischen Attributionen auf Verhaltenskontrolle und den weiteren Ärgermaßen.

Zusammenhänge im Sinne signifikanter Korrelationen und eines bedeutsamen Pfadkoeffizienten wurden jedoch zwischen Attributionen auf die Erkrankung und günstigem Verhalten gefunden. Der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung, dass das Verhalten

des Betroffenen durch die Krankheit bestimmt wird und eher unterstützendem Verhalten scheint demnach stärker zu sein als der Einfluss von Attributionen auf Verhaltenskontrolle. Allerdings muss hier auch berücksichtigt werden, dass die Angehörigen insgesamt das Verhalten ihrer demenzerkrankten Partner vorwiegend als krankheitsbedingt und wenig unter deren Kontrolle stehend wahrnahmen.

4.1.6.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben und Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen

Bei den Schwankungen zeigte sich hinsichtlich der Maße der zentralen Tendenz, dass die Angehörigen das Verhalten der Betroffenen im Durchschnitt als relativ wenig schwankend wahrnahmen (MW=8,35 bei möglichen Werten zwischen 5 und 25).

Die Korrelationen sind in Tabelle 8 (S. 84) wiedergegeben. Der NOSGER-Ärger-Gesamtwert korrelierte mit großem Effekt und hoch signifikant mit den Schwankungen insgesamt ($r=0,601$), d.h. je mehr Ärger desto schwankender wurde das Verhalten wahrgenommen. Zudem gab es eine sehr signifikante und in der Höhe mittlere Korrelation zwischen den Attributionen auf Kontrolle und den Schwankungen in negativer Richtung ($r=-0,460$), d.h. je mehr Schwankungen desto mehr interne Attributionen wurden gemacht.

Zwischen den Schwankungen und den STAXI-Ärger-Werten wurden keine signifikanten Korrelationen gefunden.

Der Pfadkoeffizient zwischen wahrgenommenen Schwankungen und dem Ärgererleben lag im Strukturgleichungsmodell bei 0,222, was einem bedeutsamen Ergebnis entspricht.

Der Pfadkoeffizient zwischen den wahrgenommenen Schwankungen und Attributionen auf Verhaltenskontrolle lag im Strukturgleichungsmodell bei -0,515, der T-Wert nach der Bootstrapping-Methode bei 3,570, was einem signifikanten Ergebnis entspricht.

Hypothese 3 konnte teilweise bestätigt werden. Es wurde ein deutlicher signifikanter Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Schwankungen und dem Ärgererleben in Bezug auf den NOSGER-Fragebogen bei den Korrelationen gefunden, der sich allerdings bei den STAXI-Werten nicht bestätigen ließ. Im Strukturgleichungsmodell war der entsprechende Pfadkoeffizient knapp im bedeutsamen Bereich. Der Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Schwankungen und Attributionen auf Kontrolle ließ sich hingegen sowohl als Korrelation wie auch als signifikanter Pfadkoeffizient im Strukturgleichungsmodell nachweisen.

4.1.6.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, Attributionen und Symptome der Betroffenen

Bezüglich der Maße der zentralen Tendenz für die Symptomatik, erfasst mit NOSGER, bestanden keine besonderen Auffälligkeiten. Am stärksten ausgeprägt waren Störungen bezüglich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, gefolgt von Gedächtnisstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Weniger stark ausgeprägt waren störendes Verhalten, Auffälligkeiten im Bereich Stimmung sowie in der Skala „Pflege“.

Die Korrelationen sind in Tabelle 9 (S. 88) wiedergegeben. Der zusammengefasste Wert „nicht-kognitive Symptome“ wies eine sehr signifikante Korrelation ($r=0,511$) mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert auf und auch die darin enthaltenen Unterskalen „Stimmung“ ($r=0,461$), „Sozialverhalten“ ($r=0,358$) und „Störendes Verhalten“ ($r=0,538$) korrelierten alle signifikant mit NOSGER Ärger Gesamt, wobei die Korrelationen für die Unterskalen „Stimmung“ und „Störendes Verhalten“ sogar sehr signifikant waren. Die weiteren, als kognitive Symptome eingestuften Unterskalen „Gedächtnis“, „IADL“ und „Pflege“ korrelierten nicht mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert.

Bezüglich der STAXI-Skalen gab es keine signifikanten Korrelationen zwischen den Ärger-Kennwerten und nicht-kognitiven Symptomen, abgesehen von einem signifikanten Zusammenhang zwischen der Unterskala „Sozialverhalten“ und der „Ärgerkontrolle“ ($r=0,367$), d.h. stärker gestörtes Sozialverhalten war damit assoziiert, dass Angehörige ihren Ärger besser kontrollieren können.

Hinsichtlich der kognitiven Symptome zeigten sich signifikante negative Korrelationen mit der „Ärgerintensität“ ($r=-0,355$) und dem „Ärgerausdruck“ ($r=-0,396$) sowie eine signifikante Korrelation mit der „Ärgerkontrolle“ ($r=0,346$), jedoch keine signifikante Korrelation mit dem „Ärgerzustand“.

Hinsichtlich der Attributionen auf die Erkrankung und auf Verhaltenskontrolle waren keine signifikanten Korrelationen mit den nicht-kognitiven Symptomen insgesamt festzustellen. Allerdings korrelierte die Unterskala „Sozialverhalten“ signifikant mit den Attributionen auf die Erkrankung ($r=0,408$), d.h. ein stärker gestörtes Sozialverhalten war mit mehr Attributionen auf die Erkrankung assoziiert.

Weiterhin korrelierten die kognitiven Symptome insgesamt ($r=0,409$) sowie die Unterskalen „IADL“ ($r=0,494$) und „Pflege“ ($r=0,412$) signifikant bzw. für „IADL“ sogar sehr signifikant mit den Attributionen auf Kontrolle, d.h. eine höhere Symptomausprägung war mit weniger Kontrollmöglichkeiten der Betroffenen assoziiert.

Der Pfadkoeffizient zwischen nicht-kognitiven Symptomen und dem Ärgererleben lag im Strukturgleichungsmodell bei 0,182, der Pfadkoeffizient zwischen nicht-kognitiven Symptomen und Attributionen auf Verhaltenskontrolle lag bei 0,256 und somit im bedeutsamen Bereich.

Der Pfadkoeffizient zwischen kognitiven Symptomen und dem Ärgererleben lag bei -0,872 und somit deutlich im bedeutsamen Bereich.

Der Pfadkoeffizient zwischen kognitiven Symptomen und Attributionen auf die Erkrankung lag bei 0,467, der T-Wert nach der Bootstrapping-Methode bei 2,787, was einem signifikanten Ergebnis entspricht.

	NOSGER Gedächtnis	NOSGER IADL	NOSGER Pflege	NOSGER Stimmung	NOSGER Sozialverhalten	NOSGER Stör. Verhalten	NOSGER Kognitive Symptome	NOSGER Nicht-kogn. Symptome
NOSGER Ärger	,151	,099	,228	,461 **	,358 *	,538 **	,189	,511 **
STAXI Ärgerintensität	-,178	-,230	-,453 **	,037	-,076	-,046	-,355 *	-,031
STAXI Ärgerzustand	-,202	-,249	-,161	-,045	-,137	,082	-,252	-,042
FERAP Kritik	-,031	-,099	-,130	,046	-,025	,160	-,105	,073
STAXI Ärgerausdruck	-,356 *	-,355 *	-,258	,010	-,032	-,051	-,396 *	-,029
FERAP Geduld	-,061	-,210	-,156	-,205	-,236	-,118	-,174	-,235
STAXI Ärgerkontrolle	,249	,240	,355 *	,206	,367 *	,162	,346 *	,310
NOSGER Attr Krankh	,035	,183	,296	-,115	,408 *	,000	,213	,110
NOSGER Attr Kontrolle	,071	,494 **	,412 *	-,076	,171	,097	,409 *	,072
NOSGER Schwankung	,258	,012	,083	,265	,276	,282	,135	,343 *

Tabelle 9: Korrelationen nach Pearson von Kennwerten der Symptomatik der Betroffenen mit den Kennwerten für Ärger, ungünstiges & günstiges Verhalten, Attributionen und wahrgenommenen Schwankungen in Studie 1. * p < 0,05 ; ** p < 0,01

Hypothese 4 konnte teilweise bestätigt werden.

Die Korrelationen zwischen nicht-kognitiven Symptomen und dem Ärgererleben waren in Bezug auf den Zusammenhang mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert signifikant. Für die STAXI-Kennwerte für Ärgererleben fand sich allerdings kein Zusammenhang und auch im Strukturgleichungsmodell konnte die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen nicht-kognitiven Symptomen und Ärgererleben nicht bestätigt werden.

Bei den kognitiven Symptomen lag der Pfadkoeffizient mit dem Ärgererleben im Strukturgleichungsmodell im bedeutsamen Bereich. Bei den Korrelationen zeigte sich allerdings entgegen der Hypothese kein signifikanter Zusammenhang mit dem Ärgererleben im NOSGER oder dem „Ärgerzustand“ im STAXI. Nur die Korrelation mit der „Ärgerintensität“ im STAXI wurde signifikant.

Bezüglich der Attributionen fanden sich keine Korrelationen zwischen nicht-kognitiven Symptomen und Attributionen auf Verhaltenskontrolle, jedoch ein bedeutsamer Pfadkoeffizient im Strukturgleichungsmodell, der allerdings nicht in die erwartete Richtung ging. Eine höhere Symptomausprägung bei den nicht-kognitiven Symptomen war nach diesem Ergebnis mit weniger von den Angehörigen unterstellten Kontrollmöglichkeiten des Erkrankten assoziiert.

Hinsichtlich der kognitiven Symptome wurde den Hypothesen entsprechend ein signifikanter Pfadkoeffizient mit den Attributionen auf die Erkrankung im Strukturgleichungsmodell gefunden. Bei den Korrelationen wurde der vorhergesagte negative Zusammenhang zwischen kognitiven Symptomen und Attributionen auf die Erkrankung jedoch nicht gefunden. Stattdessen fanden sich signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen kognitiven Symptomen (im Bereich „IADL“ und „Pfleger“) und Attributionen auf Verhaltenskontrolle, in dem Sinne, dass eine stärkere Symptomatik mit weniger von den Angehörigen wahrgenommenen Kontrollmöglichkeiten des Erkrankten einhergingen.

4.1.6.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Ärgerreaktionen, Attributionen und Schweregrad / Krankheitsdauer

Der durchschnittliche MMST-Wert als Indikator des Schweregrades lag bei 13,19. Die Spannweite war zwischen 0 und 29. Der durchschnittliche Zeitraum seit Erstmanifestation der Symptomatik lag bei ca. 4 ½ Jahren (Spannweite: 1 bis 7 Jahre), der durchschnittliche Zeitraum seit Stellung der Diagnose bei 2 ½ Jahren (Spannweite: 3 Monate bis 6 Jahre).

Die Korrelationen sind in Tabelle 10 (S. 90) wiedergegeben. Es fand sich keine signifikante Korrelation zwischen dem MMST und dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert und der STAXI „Ärgerintensität“, jedoch eine mittlere und signifikante Korrelation zwischen MMST und STAXI „Ärgerzustand“ ($r=0,340$). Ebenso korrelierte der MMST signifikant und mit mittlerem Effekt mit FERAP „Geduld“ ($r=0,372$) und STAXI „Ärgerausdruck“ ($r=0,388$) als Maße für die Verhaltensreaktion bei Ärger.

Für die Zeitdauer seit Erstmanifestation der Symptomatik bzw. seit Diagnosestellung wurden keine signifikanten Korrelationen mit den Kennwerten für Ärger und Ärgerreaktionen festgestellt.

Die Pfadkoeffizienten zwischen Schweregrad bzw. Dauer der Erkrankung und dem Ärgererleben lagen im Strukturgleichungsmodell bei 0,295 bzw. -0,265.

Die Pfadkoeffizienten zwischen Schweregrad bzw. Dauer der Erkrankung und den Attributionen auf die Erkrankung lagen im Strukturgleichungsmodell bei 0,082 bzw. -0,154.

Hypothese 5 konnte teilweise bestätigt werden.

Der Pfadkoeffizient zwischen Dauer der Erkrankung und Ärgererleben war bedeutsam. Es fanden sich allerdings keinerlei signifikante Korrelationen zwischen der Dauer der Erkrankung sowie Attributionen und Kennwerten für Ärger.

Zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und einem Indikator für Ärgererleben (STAXI „Ärgerzustand“) wurde außerdem eine signifikante Korrelation gefunden. Im Strukturgleichungsmodell fand sich ebenfalls ein bedeutsamer Zusammenhang.

Zwischen dem Schweregrad und den Attributionen gab es keine signifikanten Korrelationen.

	MMST	Diagnose- stellung	Erst- symptome	Alter	Ausbildung in Jahren
NOSGER Ärger	,116	-,031	,089	-,068	-,095
STAXI Ärgerintensität	,239	-,155	,054	,434 **	-,230
STAXI Ärgerzustand	,340 *	-,112	-,041	,119	-,080
FERAP Kritik	,152	,193	-,014	,077	-,253
STAXI Ägerausdruck	,388 *	,043	,079	,006	,159
FERAP Geduld	,372 *	,087	-,089	-,076	-,167
STAXI Ärgerkontrolle	-,267	,181	-,003	-,290	,003

Tabelle 10: Korrelationen nach Pearson von Schweregrad (MMST) und Dauer der Erkrankung mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1
* p < 0,05 ** p < 0,01

4.1.6.2.6 Hypothese 6: Ärgererleben und Alter sowie Ausbildung der Angehörigen

Das durchschnittliche Alter der Angehörigen lag bei 67,24, die Spannweite war von 41 bis 81 Jahren. Bezüglich der Ausbildung lag der Durchschnitt bei 12,95 Jahren, die Spannweite zwischen 8 und 18 Jahren.

Die Korrelationen sind in Tabelle 10 (vgl. weiter oben) wiedergegeben. Es wurde eine sehr signifikante mittlere Korrelation zwischen Alter und „Ärgerintensität“ gefunden ($r=0,434$). Mit allen übrigen Kennwerten korrelierte das Alter nicht.

Zwischen den Ausbildungsjahren und den Ärger-Kennwerten gab es ebenfalls keine signifikanten Korrelationen.

Die Hypothese, dass es keinen Zusammenhang zwischen Alter und Ärger gibt, konnte weitgehend bestätigt werden. Außer der signifikanten Korrelation zwischen Alter und Ärgerintensität gab es keine weiteren Zusammenhänge mit den Ärger-Kennwerten.

4.1.6.2.7 Hypothese 7: Ärgererleben und Geschlecht

Die Überprüfung von Geschlechtsunterschieden konnte aufgrund des hohen Anteils an weiblichen Angehörigen (n=30 vs. n=7 bei den männlichen Angehörigen) nicht sinnvoll durchgeführt werden und soll in Studie 2 an einer neuen Stichprobe untersucht werden.

4.1.6.2.8 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Beziehungsqualität

Die prämorbid Beziehungsgüte wurde mit einem Mittelwert von 8,24 und relativ geringer Varianz im Durchschnitt als eher hoch eingeschätzt. Die aktuelle Beziehungsgüte war mit einem Mittelwert von 6,12 deutlich niedriger. Hinsichtlich der aktuellen Beziehungsgüte fällt allerdings die im Vergleich zur prämorbid deutlich höhere Standardabweichung auf, was darauf hindeutet, dass Veränderungen der Beziehungsgüte durch die Erkrankung in dieser Stichprobe bei den einzelnen Paaren sehr unterschiedlich ausfallen.

Hinsichtlich der weiteren Maße beurteilten die Angehörigen im Durchschnitt die Beziehungsgüte bezogen auf die Variablen „Nähe“ und „Miteinander auskommen“ etwas besser als bei den Variablen „Kommunikation“ und „Ansichten“. Hinsichtlich aller vier Variablen wurden die Beziehungen jeweils knapp im positiven Bereich bewertet. Veränderungen der Beziehungsgüte deuteten bei allen Variablen auf eine Verschlechterung im Vergleich zu früher hin, welche ebenfalls für die Variablen „Kommunikation“ und „Ansichten“ etwas größer war.

Die Korrelationen sind in Tabelle 11 (S. 94) wiedergegeben. Zwischen prämorbid und aktueller Beziehungsgüte fand sich keine signifikante Korrelation. Veränderungen der Beziehungsgüte, gemessen als Differenzwert zwischen prämorbid und aktueller Beziehungsgüte korrelierten hoch und sehr signifikant mit der aktuellen Beziehungsgüte ($r=-0,831$). Ebenso korrelierten Veränderungen bezüglich der Variablen „Nähe“ ($r=-0,469$), „Kommunikation“ ($r=-0,686$) und „Miteinander auskommen“ ($r=-0,406$) sehr signifikant bzw. signifikant mit den jeweiligen aktuellen Werten dieser Indikatoren.

Für die prämorbid Beziehungsgüte wurden keinerlei signifikante Korrelationen mit den Ärger-Kennwerten sowie günstigen oder ungünstigen Verhaltensweisen der Angehörigen gefunden. Die aktuelle Beziehungsgüte korrelierte signifikant negativ und mit mittlerem Effekt mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert ($r=-0,402$) sowie mit den FERAP-Werten für günstiges ($r=0,400$) bzw. ungünstiges ($r=-0,408$) Verhalten. Hinsichtlich der STAXI-Maße gab es keine signifikanten Korrelationen mit „Ärgerintensität“ und „Ärgerzustand“, jedoch eine sehr signifikante negative und hohe Korrelation mit „Ärgerausdruck“ ($r=-0,538$) und eine signifikante mittlere Korrelation mit „Ärgerkontrolle“ ($r=0,399$).

Der Differenzwert zwischen prämorbid und aktueller Beziehungsgüte korrelierte sehr signifikant mit STAXI „Ärgerausdruck“ ($r=0,506$) und STAXI „Ärgerkontrolle“ ($r=0,476$) sowie signifikant mit FERAP „Geduld“ ($r=0,408$).

Hinsichtlich der weiteren Indikatoren für Beziehungsgüte zeigten sich vor allem zwischen der von den Angehörigen wahrgenommenen Nähe und den Kennwerten für Ärger und Ärgerreaktionen Zusammenhänge: Der NOSGER-Ärger-Gesamtwert korrelierte mit mittlerem Effekt signifikant negativ mit „Nähe“ ($r=-0,347$). Außerdem fanden sich mittlere signifikante bzw. sehr signifikante negative Korrelationen zwischen „Nähe“ und den FERAP-Werten für

günstiges ($r=-0,391$) bzw. ungünstiges ($r=-0,437$) Verhalten sowie eine mittlere signifikante negative Korrelation mit dem STAXI „Ärgerausdruck“ ($r=-0,342$). Veränderungen in Bezug auf die wahrgenommene Nähe korrelierten signifikant bzw. sehr signifikant auf mittlerem Niveau mit den Indikatoren für günstige (FERAP „Geduld“: ($r=0,380$); STAXI „Ärgerkontrolle“: ($r=0,352$) bzw. ungünstige (FERAP „Kritik“: $r=0,338$; STAXI „Ärgerausdruck“: $r=0,491$, sehr signifikant) Verhaltensweisen, jedoch nicht mit den Indikatoren für das Ärgererleben.

Für „Kommunikation“ gab es nur eine signifikante negative mittlere Korrelation mit ungünstigem Verhalten (FERAP „Kritik“: $r=-0,372$). Veränderungen der Kommunikation korrelierten nicht mit den Ärger- und Verhaltensmaßen.

Für die Skala „Ansichten“ und „Veränderungen der Ansichten“ gab es ebenfalls keinerlei signifikante Korrelationen.

Für die Skala „Miteinander auskommen“ wurden eine sehr signifikante hohe und negative Korrelation mit NOSGER-Ärger-Gesamt ($r=-0,526$) sowie signifikante mittlere und negative Korrelationen mit STAXI „Ärgerzustand“ ($r=-0,373$) und FERAP „Kritik“ ($r=-0,351$) gefunden. Veränderungen in Bezug auf „Miteinander auskommen“ korrelierten auf mittlerem Niveau sehr signifikant mit dem STAXI „Ärgerausdruck“ ($r=0,433$).

Der Pfadkoeffizient zwischen Veränderungen der Beziehungsqualität und aktueller Beziehungsqualität lag im Strukturgleichungsmodell bei 0,674, der T-Wert nach der Bootstrapping-Methode bei 5,857, was einem signifikanten Ergebnis entspricht.

Die Pfadkoeffizienten zwischen Veränderungen der Beziehungsqualität bzw. aktueller Beziehungsqualität und dem Ärgererleben lagen im Strukturgleichungsmodell bei 0,440 bzw. -0,247. d.h. beide Koeffizienten waren bedeutsam.

Der Pfadkoeffizient zwischen aktueller Beziehungsqualität und günstigem Verhalten lag im Strukturgleichungsmodell bei 0,384 und somit im bedeutsamen Bereich.

Der Pfadkoeffizient zwischen aktueller Beziehungsqualität und ungünstigem Verhalten lag im Strukturgleichungsmodell bei -0,491, der T-Wert nach der Bootstrapping-Methode bei 3,438, was einem signifikanten Ergebnis entspricht.

Die Hypothese konnte somit teilweise bestätigt werden.

Die präorbide und aktuelle Beziehungsqualität korrelierten entgegen der Hypothese nicht signifikant, jedoch fand sich bei den Korrelationen und im Strukturgleichungsmodell der vorhergesagte signifikante Zusammenhang zwischen Veränderungen der Beziehungsqualität und der aktuellen Beziehungsqualität. Zusammenhänge zwischen präorbider Beziehungsqualität und dem Ärgererleben fanden sich nicht, so dass auch dieser Teil der Hypothese abgelehnt werden muss.

Von den weiteren untersuchten Indikatoren in Bezug auf die Beziehungsqualität zeigte sich vor allem ein Zusammenhang zwischen der von den Angehörigen wahrgenommenen Nähe und Ärgererleben sowie ärgerlichen Verhaltensreaktionen.

Bei Veränderungen der Beziehungsqualität wurde korrelativ kein Zusammenhang mit den Maßen des Ärgererlebens ermittelt, jedoch korrelierten einzelne Veränderungsmaße der Beziehungsqualität mit einzelnen Verhaltensmaßen bezüglich der Ärgerreaktion und im Strukturgleichungsmodell zeigte sich ein bedeutsamer Pfadkoeffizient. Hervorzuheben ist hier, dass Veränderungen im Bereich „Nähe“ mit den Verhaltensreaktionen entsprechend der Hypothesen korrelierten, nicht jedoch mit dem Ärgererleben.

Zwischen aktueller Beziehungsqualität und Ärgererleben sowie aktueller Beziehungsqualität und Verhaltensreaktionen zeigten sich signifikante Korrelationen hinsichtlich mehrerer, jedoch nicht aller möglichen Indikatoren. Im Strukturgleichungsmodell konnte dieser Zusammenhang für aktuelle Beziehungsqualität und ungünstiges Verhalten signifikant bestätigt werden. Hinsichtlich günstiger Verhaltensweisen wurde der Pfadkoeffizient mit aktueller Beziehungsqualität bedeutsam.

4.1.6.2.9 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Belastung sowie Depressivität

Hinsichtlich der Belastung im Cost of Care Index (COC) waren die Werte in den Unterskalen „Persönliche und soziale Einschränkungen“ sowie „Körperliche und emotionale Probleme“ am höchsten. Der Durchschnittswert in der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K) lag mit 15,22 unter dem als klinisch relevant eingestuften Wert von 18 (Lehr et al., 2008). 15 der 37 befragten Angehörigen wiesen einen solchen als klinisch relevant einzustufenden Wert auf, was einem Prozentsatz von ca. 40,5 % in dieser Stichprobe entspricht.

Die Korrelationen sind in Tabelle 12 (S. 94) wiedergegeben. Zwischen dem COC Gesamtwert und der ADS-K ließ sich eine hoch signifikante Korrelation ($r=0,768$) feststellen. Es fand sich eine hoch signifikante Korrelation mit großem Effekt zwischen dem Belastungsgesamtwert im COC und dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert ($r=0,629$). Für die Unterskalen des COC konnten mit Ausnahme der Skala „Ökonomische Kosten“ ebenfalls signifikante (COC „Resignation“: $r=0,379$), sehr signifikante (COC „Persönliche & soziale Einschränkungen 1“: $r=0,495$; COC „Persönliche & soziale Einschränkungen 2“: $r=0,476$) sowie hoch signifikante (COC „Körperliche & emotionale Probleme“: $r=0,556$; COC „Konflikte“: $r=0,618$) Korrelationen mit dem NOSGER-Ärger-Gesamt festgestellt werden.

	Beziehungs- qualität früher	Beziehungs- qualität heute	Beziehungs- qualität Differenz	Nähe	Nähe Veränderung	Kommunikation	Kommunikation Veränderung	Ansichten	Ansichten Veränderung	Miteinander- auskommen	Miteinander- Auskommen Veränderung
NOSGER Ärger	-,210	-,402 *	,267	-,347 *	,123	-,291	-,123	-,142	,021	-,526 **	,312
STAXI Ärgerintensität	-,051	-,269	,225	-,228	,091	-,014	-,116	,035	,025	-,239	,122
STAXI Ärgerzustand	-,141	-,273	,178	-,217	,153	-,026	-,095	-,215	,090	-,373 *	,189
FERAP Kritik	-,172	-,408 *	,295	-,437 **	,338 *	-,372 *	-,100	-,154	-,052	-,351 *	,298
STAXI Ärgerausdruck	-,005	-,538 **	,506 **	-,342 *	,491 **	-,120	,179	-,309	,257	-,219	,433 **
FERAP Geduld	-,040	-,400 *	,408 *	-,391 *	,380 *	-,039	,064	,196	-,079	-,219	,236
STAXI Ärgerkontrolle	-,172	,399 *	-,476 **	,242	-,352 *	,101	-,165	,176	-,047	,088	-,180

Tabelle 11: Korrelationen nach Pearson von Indikatoren der prämorbidem und aktuellen Beziehungsqualität mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

	COC Pers & Soz Einschränk	COC Körp& Emo Probleme	COC Ökonom. Kosten	COC Resignation	COC Konflikte	COC Gesamt	COC Pers & Soz Einschränk2	ADS Depressivität
NOSGER Ärger	,495 **	,556 ***	,174	,379 *	,618 ***	,629 ***	,476 **	,511 **
STAXI Ärgerintensität	-,077	,078	-,275	,313	,345 *	,074	-,134	,196
STAXI Ärgerzustand	,090	,247	-,075	,426 *	,425 *	,301	,085	,181
FERAP Kritik	,115	,151	-,170	,358 *	,323	,201	,111	,221
STAXI Ärgerausdruck	-,039	,003	-,172	,421 *	,191	,100	,068	,136
FERAP Geduld	-,098	,041	-,028	,285	,076	,069	-,029	,163
STAXI Ärgerkontrolle	,161	-,117	,262	-,429 *	-,154	-,051	,142	-,133

Tabelle 12: Korrelationen nach Pearson von Belastungswerten und Depressivität mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Für die FERAP-Werte für günstiges bzw. ungünstiges Verhalten gab es keine signifikanten Korrelationen mit dem COC-Gesamtwert oder den COC-Unterskalen mit Ausnahme der Unterskala COC „Resignation“ (Korrelation mit FERAP „Kritik“: $r=0,358$).

Der COC-Gesamtwert korrelierte auch mit keiner der STAXI-Skalen signifikant. Diesbezüglich gab es allerdings signifikante Korrelationen zwischen der Unterskala „Resignation“ und den STAXI-Skalen „Ärgerzustand“ ($r=0,426$), „Ärgerausdruck“ ($r=0,421$) und „Ärgerkontrolle“ ($r=-0,429$). Außerdem waren signifikante Korrelationen der COC Unterskala „Konflikte“ mit den STAXI-Skalen „Ärgerintensität“ ($r=0,345$) und „Ärgerzustand“ ($r=0,425$) nachweisbar.

Der ADS-Wert für Depressivität korrelierte sehr signifikant und hoch mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert ($r=0,511$), wies ansonsten aber keine signifikanten Korrelationen mit anderen Ärger-Kennwerten auf.

Der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Depressivität lag im Strukturgleichungsmodell bei 0,814, der T-Wert nach der Bootstrapping-Methode bei 10,797, was einem signifikanten Ergebnis entspricht.

Die Pfadkoeffizienten zwischen Belastung bzw. Depressivität und dem Ärgererleben lagen im Strukturgleichungsmodell bei 0,777 bzw. -0,423. Beide Pfadkoeffizienten lagen somit im bedeutsamen Bereich.

Der Pfadkoeffizient zwischen Depressivität und günstigem Verhalten lag im Strukturgleichungsmodell bei -0,010. Der Pfadkoeffizient zwischen Depressivität und ungünstigem Verhalten lag im Strukturgleichungsmodell bei -0,090.

Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden.

Es bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen Belastung und Depressivität, der sich sowohl bei den Korrelationen wie auch im Strukturgleichungsmodell zeigte.

Hinsichtlich des Zusammenhangs mit dem Ärgererleben zeigten sich für Belastung und Depressivität deutliche Korrelationen mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert, jedoch nicht mit den Kennwerten aus dem STAXI.

Im Strukturgleichungsmodell erreichte der Pfadkoeffizient zwischen Belastung und Ärgererleben ebenfalls einen bedeutsamen Wert. Zwischen Depressivität und Ärgererleben gab es ebenfalls ein bedeutsames Ergebnis, welches jedoch nicht in der erwarteten Richtung war. Niedrigere Depressionswerte waren demnach mit mehr Ärgererleben assoziiert.

Für einen Zusammenhang zwischen Depressivität und Verhaltensreaktionen ließen sich keine Hinweise finden. Dieser Teil der Hypothese muss daher abgelehnt werden.

4.1.6.2.10 Hypothese 10: Ärgererleben und soziale Unterstützung

Die durchschnittliche Anzahl der Stunden an sozialer Unterstützung pro Woche war mit 3,5 Stunden sehr niedrig. Allerdings war die Varianz bezüglich dieses Mittelwertes sehr hoch und nahezu die Hälfte aller Angehörigen (18) nahm überhaupt keine Unterstützung in Anspruch. Hinsichtlich der Bewertung der familiären und professionellen Unterstützung lagen die durchschnittlichen Werte dennoch im mittleren Bereich der Skala, hinsichtlich der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung insgesamt sogar etwas darüber.

Die Korrelationen sind in Tabelle 13 (S. 97) wiedergegeben. Die Anzahl der Stunden pro Woche korrelierte mit den Skalen FERAP „Geduld“ ($r=-0,366$) und STAXI „Ärgerausdruck“ ($r=-0,395$) signifikant negativ.

Die familiäre Unterstützung korrelierte ebenfalls signifikant negativ mit dem STAXI „Ärgerausdruck“ ($r=-0,350$) und die professionelle Unterstützung korrelierte auch signifikant negativ mit dem STAXI „Ärgerausdruck“ ($r=-0,403$) sowie mit der STAXI „Ärgerintensität“ ($r=-0,409$). Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung gab es eine signifikante negative Korrelation mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert ($r=-0,347$) sowie sehr signifikante negative Korrelationen mit den STAXI-Skalen „Ärgerintensität“ ($r=-0,502$), „Ärgerzustand“ ($r=-0,490$) und „Ärgerausdruck“ ($r=-0,524$).

Die Pfadkoeffizienten zwischen der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung bzw. der Anzahl der Stunden an Unterstützung und dem Ärgererleben lagen im Strukturgleichungsmodell bei $-0,169$ bzw. $-0,214$.

Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden.

Es fanden sich vor allem Korrelationen zwischen der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und dem Ärgererleben.

Weiterhin fanden sich Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung insgesamt sowie der Beurteilung familiärer und professioneller Unterstützung und dem Ärgerausdruck nach außen, in dem Sinne dass bessere Unterstützung mit weniger nach außen ausgedrücktem Ärger einherging.

Die Anzahl der Stunden an Unterstützung korrelierte nicht mit dem Ärgererleben, aber mit zwei Maßen hinsichtlich ärgerlichen Verhaltens.

Im Strukturgleichungsmodell fand sich entgegen der Hypothese kein Zusammenhang mit der Zufriedenheit, jedoch ein schwacher bedeutsamer Zusammenhang mit der Anzahl der Stunden an sozialer Unterstützung.

	Soz Unterst Std. pro Woche	Soz Unterst Familie	Soz Unterst Professionell	Soz Unterst Zufriedenheit	Kompetenz Umgang
NOSGER Ärger	-,120	-,308	,037	-,347 *	-,449 *
STAXI Ärgerintensität	-,237	-,194	-,409 *	-,502 **	-,246
STAXI Ärgerzustand	-,285	-,290	-,284	-,490 **	,210
FERAP Kritik	,168	-,149	-,079	-,160	-,246
STAXI Ärgerausdruck	-,395 *	-,350 *	-,403 *	-,524 **	-,171
FERAP Geduld	-,366 *	-,144	-,187	-,046	-,210
STAXI Ärgerkontrolle	,205	,167	,228	,281	,323

Tabelle 13: Korrelationen nach Pearson von Indikatoren zur sozialen Unterstützung und der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz im Umgang mit dem Betroffenen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4.1.6.2.11 Hypothese 11: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und subjektiv wahrgenommene Kompetenz

Der durchschnittliche Wert für die subjektiv wahrgenommene Kompetenz im Umgang mit dem Betroffenen lag im mittleren Bereich der verwendeten Skala.

Die Korrelationen sind in Tabelle 13 (vgl. weiter oben) wiedergegeben. Es zeigte sich eine signifikante Korrelation mittlerer Stärke zwischen der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz und dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert ($r=0,449$). Weitere Korrelationen mit den Ärger-Kennwerten bestanden nicht.

Der Pfadkoeffizient zwischen subjektiv wahrgenommener Kompetenz im Umgang mit dem Betroffenen und Ärgererleben lag im Strukturgleichungsmodell bei $-0,184$, der Pfadkoeffizient mit günstigem Verhalten lag bei $0,051$ und der Pfadkoeffizient mit ungünstigem Verhalten lag bei $-0,020$.

Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden.

Es fand sich ein signifikanter korrelativer Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Kompetenz im Umgang mit dem Erkrankten und einem Indikator für Ärgererleben. Im Strukturgleichungsmodell war dieser Zusammenhang allerdings nicht bedeutsam. Für die Annahme, dass subjektiv wahrgenommene Kompetenz auch mit dem Verhalten der Angehörigen zusammenhängt, wurden entgegen der Hypothesen keine Anhaltspunkte gefunden.

4.1.6.2.12 Hypothese 12: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit der Angehörigen

Die Mittelwerte der meisten mit dem FPI untersuchten Persönlichkeitsmerkmale bewegten sich im durchschnittlichen Bereich (vgl. Anhang, Tabelle A 1, S. 235). Die Angaben zur Skala „Aggressivität“ waren mit einem Durchschnittswert von 3,08 am niedrigsten. Der höchste Durchschnittswert fand sich in der Skala „Beanspruchung“ mit 7,84.

Die Korrelationen sind in Tabelle 14 (S. 99) wiedergegeben. Für den NOSGER-Ärger-Gesamtwert fanden sich eine signifikante negative Korrelation mit der FPI-Skala „Lebenszufriedenheit“ ($r=-0,381$), signifikante Korrelationen mit den FPI-Skalen „Erregbarkeit“ ($r=0,359$) und „Gesundheitssorgen“ ($r=0,356$) sowie sehr signifikante Korrelationen mit den FPI-Skalen „Beanspruchung“ ($r=0,470$), „Körperliche Beschwerden“ ($r=0,474$) und „Neurotizismus“ ($r=0,462$).

Für die STAXI-Skalen „Ärgerintensität“ und „Ärgerzustand“ gab es keine signifikanten Korrelationen mit den Persönlichkeitsskalen.

In Bezug auf ungünstiges Verhalten korrelierte die FERAP-Skala „Kritik“ signifikant mit den FPI-Skalen „Körperliche Beschwerden“ ($r=0,337$) und „Gesundheitssorgen“ ($r=0,332$) sowie sehr signifikant mit der FPI-Skala „Offenheit“ ($r=0,479$). Weiterhin gab es bezüglich ungünstigem Verhalten eine signifikante Korrelation zwischen STAXI „Ärgerausdruck“ und der FPI-Skala „Aggressivität“ ($r=0,449$).

In Bezug auf günstiges Verhalten fanden sich keine Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsskalen und der STAXI-Skala „Ärgerkontrolle“, jedoch signifikante Korrelationen zwischen der FERAP-Skala „Geduld“ und den FPI-Skalen „Erregbarkeit“ ($r=0,332$) und „Neurotizismus“ ($r=0,329$).

Entsprechend der Hypothese wurden die FPI-Skalen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“ im Strukturgleichungsmodell zu einem Faktor „Persönlichkeit“ zusammengefasst. Die Skala „Lebenszufriedenheit“ wurde separat in das Modell eingeführt.

Zwischen dem Faktor „Persönlichkeit“ und dem Ärgererleben (0,400) sowie günstigem (-0,380) und ungünstigem Verhalten (0,309) zeigten sich bedeutsame Pfadkoeffizienten.

Ebenso zeigte sich ein bedeutsamer Pfadkoeffizient zwischen dem Faktor „Lebenszufriedenheit“ und dem Ärgererleben (-0,222).

Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Die vermuteten Zusammenhänge konnten für manche Variablen gefunden werden (Korrelation NOSGER Ärger-Gesamt mit den Skalen „Lebenszufriedenheit“, „Erregbarkeit“, „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“, Korrelation STAXI „Ärgerausdruck“ mit „Aggressivität“, Korrelation FERAP „Geduld“ mit „Erregbarkeit“ und „Neurotizismus“, Pfadkoeffizienten Persönlichkeit – Ärgervariablen, Pfadkoeffizient Lebenszufriedenheit - Ärgererleben), für andere jedoch nicht. Einen nicht erwarteten Einfluss

hatten außerdem die Skalen „Körperliche Beschwerden“ und „Gesundheitssorgen“ in Bezug auf Ärgererleben sowie im letzteren Fall auch ungünstiges Verhalten. Der Zusammenhang zwischen „Offenheit“ und FERAP „Kritik“ wird bei Hypothese 14 diskutiert.

	NOSGER Ärger	STAXI Ärgerintens.	STAXI Ärgerzustand	FERAP Kritik	STAXI Ärgerausdruck	FERAP Geduld	STAXI Ärgerkontrolle
FPI Lebens- zufriedenheit	-,381 *	-,034	-,133	-,077	-,167	-,127	,063
FPI Soziale Orientierung	,260	-,080	,006	,303	-,056	,067	,118
FPI Leistungs- orientierung	-,133	,031	,102	,037	-,077	-,009	,092
FPI Gehemmtheit	,097	,167	,029	,209	,122	,263	-,190
FPI Erregbarkeit	,359 *	,070	,241	,136	,284	,332 *	-,318
FPI Aggressivität	,255	,146	,327	,282	,383	,220	-,075
FPI Beanspruchung	,470 **	-,016	,182	,208	,029	,205	-,072
FPI Körperl. Beschw	,474 **	,006	,157	,337 *	,035	,156	-,018
FPI Gesundheit sorgen	,356	,279	,252	,332 *	,003	,176	-,128
FPI Offenheit	,278	,012	,065	,479 **	,222	,046	,013
FPI Neurotizismus	,462 **	,016	,140	,252	,185	,329 *	-,251
FPI Extraversion	,009	-,052	,196	,250	,053	,106	,005

Tabelle 14: Korrelationen nach Pearson von Persönlichkeitsmerkmalen (FPI) der Angehörigen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1 * p < 0,05 ** p < 0,01

4.1.6.2.13 Hypothese 13: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Bewältigungsstrategien der Angehörigen

Die Korrelationen sind in den Tabellen 15 (S. 100) und 16 (S. 101) wiedergegeben. Die Durchschnittswerte der SVF-Skalen deuten an, dass Angehörige öfter positive Stressverarbeitungsstrategien anwenden, wobei insbesondere Kontrollstrategien am häufigsten vorkommen (vgl. Anhang, Tabelle A 1, S. 235). Dies entspricht den Profilen, die im Handbuch des Verfahrens für standardisierte Vergleichsgruppen älterer Personen angegeben werden. Auch die einzelnen Skalen-Durchschnittswerte sind mit den Ergebnissen der Standardisierungsstichprobe vergleichbar.

Es zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen positiven Strategien insgesamt sowie dem Subbereich „Kontrollstrategien“ (SVF POS 3) mit den Kennwerten für Ärger. Es gab allerdings überraschenderweise eine signifikante positive Korrelation zwischen dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert und dem Subbereich „Kompensationsstrategien“ (SVF POS 2) ($r=0,330$) sowie mit der Kompensationsstrategie „Suche nach Selbstbestätigung“ ($r=0,534$, sehr signifikant) und der Kontrollstrategie „Reaktionskontrolle“ ($r=0,395$). Die Strategie „Reaktionskontrolle“ korrelierte auch signifikant und positiv mit dem STAXI „Ärgerzustand“ ($r=0,350$).

	SVF POS 1	SVF POS 2	SVF POS 3	SVF NEG 1	SVF NEG 2	SVF POS Gesamt	SVF NEG Gesamt
NOSGER Ärger	-,004	,330 *	,183	,454 **	,279	,225	,392 *
STAXI Ärgerintensität	,149	,004	,059	,348 *	,181	,097	,285
STAXI Ärgerzustand	,152	,010	,107	,350 *	,129	,120	,261
FERAP Kritik	,017	,282	,095	,397 *	,283	,176	,362 *
STAXI Ärgerausdruck	,173	-,060	,061	,263	,225	,080	,258
FERAP Geduld	-,122	-,133	-,302	,128	,173	-,243	,155
STAXI Ärgerkontrolle	,118	,256	,202	-,283	-,182	,254	-,249

Tabelle 15: Korrelationen nach Pearson von positiven vs. negativen Stressverarbeitungsstrategien (SVF) der Angehörigen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Hinsichtlich negativer Stressverarbeitungsstrategien konnten signifikante Korrelationen zwischen den negativen Strategien insgesamt und dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert ($r=0,392$) sowie der FERAP-Skala „Kritik“ für ungünstiges Verhalten ($r=0,362$) nachgewiesen werden. Außerdem wurde eine sehr signifikante Korrelation zwischen dem Subbereich „Emotionales Betroffensein“ (SVF NEG 1) und dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert gefunden ($r=0,454$). Der Subbereich „Emotionales Betroffensein“ korrelierte zudem signifikant mit den STAXI-Skalen „Ärgerintensität“ ($r=0,348$) und „Ärgerzustand“ ($r=0,350$) sowie mit der FERAP-Skala „Kritik“ ($r=0,397$).

Bezüglich der negative Strategien erfassenden SVF-Unterskalen gab es signifikante Korrelationen zwischen der Unterskala „Selbstbemitleidung“ ($r=0,347$) und NOSGER-Ärger-Gesamt sowie FERAP „Kritik“ ($r=0,334$) sowie zwischen der Unterskala „Selbstbeschuldigung“ und NOSGER Ärger Gesamt ($r=0,397$). Sehr signifikante Korrelationen wurden außerdem zwischen der eben erwähnten Unterskala „Selbstbeschuldigung“ und FERAP „Kritik“ ($r=0,440$) sowie zwischen der Unterskala „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ und NOSGER Ärger Gesamt ($r=0,432$) gefunden.

	SVF Bag	SVF Her	SVF Schab	SVF Abl	SVF Ersbf	SVF SucheSelbstbest	SVF Sitkon	SVF Reaktkon	SVF PosSelbstInst	SVF SozUntBed	SVF Verm	SVF Flu
NOSGER Ärger	,029	-,175	,168	-,094	,292	,534 **	,024	,395 *	,028	,026	-,015	,084
STAXI Ärgerintensität	,256	,094	,035	-,097	-,041	,133	-,136	,282	-,008	-,283	,030	,131
STAXI Ärgerzustand	,259	,073	,065	-,100	-,063	,172	-,109	,350 *	,013	-,163	,016	,073
FERAP Kritik	,158	-,176	,099	,045	,306	,294	-,001	,238	,005	,126	-,020	,179
STAXI Ärgerausdruck	,236	,087	,125	-,012	-,146	,021	-,087	,198	,038	,031	,116	,301
FERAP Geduld	-,089	-,139	-,069	-,159	-,044	-,115	-,254	-,226	-,297	-,052	-,229	,104
STAXI Ärgerkontrolle	,019	,166	,100	,207	,201	,197	,184	,059	,264	,175	-,112	-,149

	SVF SozAbk	SVF Gedwb	SVF Resig	SVF Selbstmitl	SVF Selbstbesch	SVF Aggr	SVF Pharmaka
NOSGER Ärger	,322	,432 **	,278	,347 *	,397 *	,155	,308
STAXI Ärgerintensität	,068	,267	,254	,317	,310	,269	-,002
STAXI Ärgerzustand	,044	,323	,199	,305	,267	,258	,109
FERAP Kritik	,277	-,258	,265	,334 *	,440 **	,320	,015
STAXI Ärgerausdruck	,104	,175	,206	,243	,258	,273	-,068
FERAP Geduld	,203	-,011	,137	,231	,113	,165	-,292
STAXI Ärgerkontrolle	-,118	-,233	-,201	-,291	-,201	-,156	,165

Tabelle 16: Korrelationen nach Pearson von einzelnen Stressverarbeitungsstrategien (SVF-Unterskalen) der Angehörigen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1 * p < 0,05 ; ** p < 0,01

Im Strukturgleichungsmodell zeigten sich bedeutsame Pfadkoeffizienten zwischen den negativen Bewältigungsstrategien und dem Ärgererleben (0,316) sowie ungünstigem Verhalten (0,289). Bedeutsame Pfadkoeffizienten zeigten sich ebenso zwischen positiven Bewältigungsstrategien und dem Ärgererleben (0,501) sowie günstigem Verhalten (0,317).

Auch hier konnte die Hypothese teilweise bestätigt werden.

Die erwarteten Korrelationen und Pfadkoeffizienten waren nur teilweise nachweisbar und verliefen zudem in einzelnen Fällen nicht in der erwarteten Richtung.

Ein relativ konsistenter Zusammenhang zeigte sich sowohl bei den Korrelationen wie auch im Strukturgleichungsmodell zwischen den negativen Bewältigungsstrategien und Indikatoren des Ärgererlebens. Insbesondere der Subbereich „Emotionales Betroffensein“ korrelierte mit allen Indikatoren des Ärgererlebens.

Konform mit der Hypothese waren im Strukturgleichungsmodell auch Zusammenhänge zwischen positiven Bewältigungsstilen und günstigen Verhaltensweisen nachweisbar.

Ein unerwartetes Ergebnis zeigte sich hingegen bezüglich des positiven Zusammenhangs adaptiver Bewältigungsstrategien und dem Ärgererleben (Pfadkoeffizient im Strukturgleichungsmodell, positive Korrelationen zwischen NOSGER-Ärger-Gesamt und SVF POS 2 (Kompensationsstrategien), SVF „Suche nach Selbstbestätigung“, SVF „Reaktionskontrolle“).

4.1.6.2.14 Hypothese 14: Einfluss sozialer Erwünschtheit

Der Mittelwert für die FPI Skala „Offenheit“ als Indikator von Antworttendenzen in Richtung sozialer Erwünschtheit lag mit 4,51 eher im unteren Bereich der möglichen Werte (0-12). Der durchschnittliche Stanine-Wert lag allerdings mit 4,73 im Normalbereich. Die Autoren des FPI gaben als kritische Werte für mangelnde Offenheit Rohwerte von 0-2 bzw. Stanine-Werte von 1-3 an. 8 bzw. 10 Angehörige in der untersuchten Stichprobe lagen in diesem Bereich.

Die Korrelationen der FPI-Skala „Offenheit“ mit den Kennwerten für Ärger und darauf folgende Verhaltensreaktionen der Angehörigen sind in Tabelle 17 dargestellt. Dabei zeigte sich nur für die Skala FERAP „Kritik“ in Bezug auf ungünstiges Verhalten ein signifikantes Ergebnis.

	NOSGER Ärger	STAXI Ärgerintensität	STAXI Ärgerzustand	FERAP Kritik	STAXI Ärger- ausdruck	FERAP Geduld	STAXI Ärger- kontrolle
FPI Offenheit	,278	,012	,065	,479 **	,222	,046	,013

Tabelle 17: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit sozialer Erwünschtheit / Offenheit in Studie 1 ** p < 0,01

In weiteren Schritten wurden dann für die Variable FERAP „Kritik“ partielle Korrelationen mit allen nach den Hypothesen möglichen Zusammenhangsvariablen berechnet, wobei die FPI-Skala „Offenheit“ als Kontrollvariable eingesetzt wurde. Die Ergebnisse dieser Berechnungen finden sich im Anhang in Tabelle A 2 (S. 236).

In Bezug auf die weiteren Ärgermaße schwächte sich die Korrelation mit NOSGER-Ärger-Gesamt ab, blieb aber signifikant. Der zuvor nicht signifikante Zusammenhang mit STAXI „Ärgerintensität“ wurde signifikant. Die weiteren zuvor bestehenden Korrelationen erhöhten sich leicht.

Im Hinblick auf die Attributionen wurde für den negativen Zusammenhang mit Attributionen auf die Erkrankung das Signifikanzniveau nicht mehr erreicht.

Hinsichtlich der Beziehungsqualität wurde der Zusammenhang von FERAP „Kritik“ mit der Differenz zwischen präorbider und aktueller Beziehungsqualität signifikant, die zuvor knapp signifikante Zusammenhänge mit den Indikatoren „Kommunikation“ und „Miteinander auskommen“ erreichten hingegen nicht mehr das Signifikanzniveau. Die übrigen Zusammenhänge in Bezug auf die Beziehungsqualität änderten sich nicht wesentlich.

In Bezug auf die Belastung wurde die Korrelation mit der COC-Unterskala „Resignation“ nicht mehr signifikant, mit der COC-Unterskala „Konflikte“ zeigte sich jedoch ein zuvor nicht vorhandener signifikanter Zusammenhang.

Eine zuvor nicht vorhandene signifikante negative Korrelation ließ sich außerdem mit der wahrgenommenen subjektiven Kompetenz nachweisen.

Bei den Einflussgrößen Persönlichkeit und Copingstrategien zeigten sich bis auf zwei Ausnahmen (Persönlichkeit: Korrelation mit FPI „Körperliche Beschwerden“ nicht mehr signifikant; Coping: Korrelation mit SVF „NEG Gesamt“ nicht mehr signifikant) keine Veränderungen.

Zuvor nicht vorhandene Zusammenhänge mit den Symptomen, Schweregrad und Dauer der Erkrankung, Alter und Ausbildung sowie Depressivität der Angehörigen sowie Maßen der sozialen Unterstützung kamen auch im Rahmen der partiellen Korrelationsberechnung nicht zustande.

Im Strukturgleichungsmodell zeigte sich ein bedeutsamer Pfadkoeffizient zwischen sozialer Erwünschtheit und ungünstigem Verhalten (Pfadkoeffizient: 0,289), jedoch nicht zwischen sozialer Erwünschtheit und Ärgererleben (Pfadkoeffizient: -0,055).

Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Es besteht ein Zusammenhang zwischen sozialer Erwünschtheit mit den Angaben zu ungünstigem Verhalten, jedoch nicht mit den Angaben zum Ärgererleben.

Einzelne zuvor signifikante Korrelationen von ungünstigem Verhalten mit weiteren Einflussvariablen verlieren bei Kontrolle von sozialer Erwünschtheit an Bedeutung (z.B. Attributionen auf die Erkrankung, Kommunikation und Miteinander auskommen in der Beziehung), andere zuvor unbedeutende Zusammenhänge werden signifikant (z.B. Ärgerintensität, subjektive Kompetenz). Die meisten zuvor gefundenen Korrelationen ändern sich allerdings nicht substantiell und auch dort, wo Veränderungen der statistischen Signifikanz festgestellt wurden, sind die Veränderungen bezüglich der Höhe der Korrelationen nicht besonders hoch.

4.1.6.2.15 Hypothese 15: : Zusammenhang zwischen quantitativ und qualitativ ermittelten Ärgerwerten

Die Korrelation zwischen den beiden Ratern in Bezug auf die Auswertung der Sprachproben hinsichtlich aggressivem Erleben und Verhalten war mit 0,89 sehr zufriedenstellend.

Der Mittelwert der von beiden Ratern gebildeten Scores lag bei 1,9 bei einer Standardabweichung von 0,6.

Die Korrelationen mit den Kennwerten für Ärger und Verhaltensreaktionen aus den Fragebögen sowie den Fragebogendaten der weiteren Einflussvariablen sind in den Tabellen 18 und 19 (S. 106) dargestellt.

	NOSGER Ärger	STAXI Ärger- Intensität	STAXI Ärger- zustand	FERAP Kritik	STAXI Ärger- ausdruck	FERAP Geduld	STAXI Ärger- kontrolle	NOSGER Attr Krankh	NOSGER Attr Kontrolle	NOSGER Schwank ung
GG Offene Aggressivität	-,042	,669 ***	,483 **	,387 *	,271	,203	-,670 ***	-,309	-,065	-,128

Tabelle 18: Korrelationen von mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren erfasster offener Aggressivität mit den Kennwerten für Ärgererleben und Ärgerreaktionen in Studie 1

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Bis auf die Unterskala „Ärgerausdruck“ gab es sehr und hoch signifikante Korrelationen zwischen dem qualitativen Ärger-score und den STAXI-Skalen, die sich auf die gleiche spezielle Ärgersituation bezogen. Hinsichtlich der Kennwerte, die Ärgererleben und Verhalten allgemeiner erfassten (NOSGER & FERAP), gab es eine signifikante Korrelation mit FERAP „Kritik“ als Indikator für ungünstiges Verhalten, jedoch keine signifikanten Korrelationen mit Ärgererleben (NOSGER-Ärger-Gesamt) und günstigem Verhalten (FERAP „Geduld“).

Bezüglich der weiteren potentiellen Einflussvariablen zeigten sich signifikante Korrelationen mit dem qualitativen Ärger-Score für die NOSGER-Unterskalen „Pflege“ (r=-0,406) und „Sozialverhalten“ (r=-0,415), für die NOSGER Scores für kognitive (r=-0,352) und nicht-

kognitive ($r=-0,412$) Symptome, für die COC-Unterskala „Ökonomische Kosten“ ($r=-0,412$) sowie für die SVF-Unterskala „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ ($r=-0,340$).

Die Hypothese 15 konnte nur zum Teil bestätigt werden. Es fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem qualitativen Ärger-Score und vier von sieben der verwendeten quantitativen Ärgermaße, wobei es sich vor allem um die Maße handelte, welche sich auf die gleiche Ärgersituation bezogen. Hinsichtlich der weiteren Einflussvariablen zeigten sich hingegen die erwarteten Zusammenhänge nicht. Ein interessantes Ergebnis war jedoch, dass eine stärkere Symptomatik in den Bereichen Pflege und Sozialverhalten mit weniger Aggressivität der Angehörigen zusammenhing.

	NOSGER Gedächtnis	NOSGER IADL	NOSGER Pflege	NOSGER Stimmung	NOSGER Sozialverhalten	NOSGER Stör. Verhalten	NOSGER Kognitive Symptome	NOSGER Nicht-kogn. Symptome	MMST	Diagnosestellung	Erstsymptome
GG Offene Aggressivität	-,254	-,205	-,406 *	-,303	-,415 *	-,253	-,352 *	-,412 *	,174	,019	-,250

	Beziehungsqualität früher	Beziehungsqualität heute	Beziehungsqualität Differenz	Nähe	Nähe Veränderung	Kommunikation	Kommunikation Veränderung	Ansichten	Ansichten Veränderung	Miteinanderauskommen	Miteinanderauskommen Veränderung
GG Offene Aggressivität	-,004	-,115	,109	-,242	,173	-,121	,010	,001	,091	-,115	,096

	COC Pers & Soz. Einschränk.	COC Körp& Emo Probleme	COC Ökonom. Kosten	COC Resignation	COC Konflikte	COC Gesamt	COC Pers & Soz. Einschränk2	ADS Depressivität
GG Offene Aggressivität	-,132	-,061	-,412 *	,209	,196	-,097	-,272	-,103

	Soz Unterst Std. pro Woche	Soz Unterst Familie	Soz Unterst Professionell	Soz Unterst Zufriedenheit	Kompetenz Umgang	Alter	Ausbildung in Jahren
GG Offene Aggressivität	,036	,110	,314	,287	-,252	,320	-,213

	FPI Lebenszufriedenheit	FPI Soziale Orientierung	FPI Leistungsorientierung	FPI Gehemmtheit	FPI Erregbarkeit	FPI Aggressivität	FPI Beanspruchung	FPI Körperl. Beschwer.	FPI Gesundheits-sorgen	FPI Offenheit	FPI Neurotizismus	FPI Extra-version
GG Offene Aggressivität	,125	-,139	,166	,027	-,090	-,061	-,196	-,257	,055	,039	-,193	,080

	SVF Bag	SVF Her	SVF Schab	SVF Abl	SVF Ersbf	SVF SucheSelbstbest	SVF Sitkon	SVF Reaktkon	SVF PosSelbstInst	SVF SozUntBed	SVF Verm	SVF Flu
GG Offene Aggressivität	,090	-,069	-,042	-,010	-,214	-,139	-,117	,174	-,010	-,340 *	,009	-,015

	SVF SozAbk	SVF Gedwb	SVF Resig	SVF Selbstmitl	SVF Selbstbesch	SVF Aggr	SVF Pharmaka
GG Offene Aggressivität	-,034	,026	,113	,129	,053	,133	-,175

	SVF POS 1	SVF POS 2	SVF POS 3	SVF NEG 1	SVF NEG 2	SVF POS Gesamt	SVF NEG Gesamt
GG Offene Aggressivität	-,013	-,160	,017	,081	,031	-,074	,061

Tabelle 19: Korrelationen von mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren erfasster offener Aggressivität mit potentiellen Einflussfaktoren in Studie 1; * p < 0,05

4.2 Diskussion Studie 1

In Studie 1 konnte gezeigt werden, dass Ärgerempfindungen der Angehörigen eng mit der Ausprägung von ungünstigen Verhaltensreaktionen gegenüber ihren an Demenz erkrankten Partnern zusammenhängen. Je mehr Angehörige sich ärgern, umso ungünstiger verhielten sie sich gegenüber dem Partner, indem sie z.B. mehr Kritik übten oder laut wurden. Umgekehrt war günstiges und unterstützendes Verhalten mit niedrigeren Ärgerzustandswerten assoziiert.

Die Angaben bezüglich des Ärgerempfindens sowie des ungünstigen Verhaltens waren dabei allerdings jeweils im unteren Skalenbereich, d.h. insgesamt nicht besonders stark ausgeprägt. Angesichts der hohen Belastung, welcher Angehörige in der Regel durch die Erkrankung ausgesetzt sind, hätte man mit insgesamt höheren Werten rechnen können.

Die Ergebnisse könnten aber damit zusammenhängen, dass es sich um eine selektive Stichprobe handelt. Die Angehörigen haben die Fragebögen im geschützten Rahmen eines Therapiezentrums, in dem sie zur Behandlung waren, und nicht zu Hause unter „Alltagsbedingungen“ ausgefüllt. Um unerwünschte Therapieeffekte zu minimieren, wurde zwar darauf geachtet, dass das Ausfüllen der Bögen möglichst rasch nach der Anreise erfolgte. Allerdings ließen sich Therapieeffekte dadurch nicht ganz ausschließen, da zum einen alleine schon der beschützende Rahmen der Klinik einen Effekt haben kann und es zum anderen nicht möglich war, das Ausfüllen der Fragebogen vor den ersten therapeutischen Kontakten durchzuführen. Hinsichtlich der Stichprobe ist zudem eine bereits im Vorfeld stattgefundene Selektion denkbar, in dem Sinne, dass Angehörige, welche eine stationäre Behandlung für sich und den Partner anstreben, von vorneherein motivierter und weniger belastet sind als Familien, die den Weg in die Klinik möglicherweise gar nicht finden. Ein weiterer Grund für niedrige Werte könnte, zumindest in Bezug auf die Angaben zum kritisierenden Verhalten, in Tendenzen zur sozialen Erwünschtheit der Antworten liegen. Ein Hinweis darauf ist, dass die Skala FERAP „Kritik“ sehr signifikant mit der Offenheitsskala aus dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar korrelierte.

Hinsichtlich der Faktoren, die Ärgererleben beeinflussen, waren die Ergebnisse weniger klar als beim Zusammenhang zwischen Ärger und ungünstigem Verhalten. Die Hypothesen konnten hier nur teilweise bestätigt werden.

Das Erleben von Ärger ist dabei nach dem Ergebnis des Strukturgleichungsmodells multifaktoriell bedingt, wobei kein einzelner Faktor substantielles Gewicht zu haben scheint. Dennoch wurde im Strukturgleichungsmodell ein bedeutsamer Anteil der Varianz aufgeklärt. Es müssen demzufolge viele Faktoren zusammenkommen, die jeder für sich allein nicht ausreichen, um Ärger auszulösen, jedoch in der Summe dafür sorgen, dass - metaphorisch

gesprochen - der Rubikon überschritten wird und das Gefühl des Ärgers in Problemsituationen auftritt.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Einflussfaktoren in Bezug auf das Ärgererleben sollen nun zunächst diskutiert werden. Anschließend wird besprochen, welche Faktoren neben dem Erleben des Ärgers mit den Verhaltensreaktionen der Angehörigen in Zusammenhang standen.

Hinsichtlich der Attributionen zeigte sich ein überraschendes Ergebnis in dem Sinne, dass zwischen internen Attributionen und Ärgererleben kein Zusammenhang bei den Korrelationen bestand. Im Strukturgleichungsmodell war der Zusammenhang hinsichtlich des Ärgererlebens, anders als postuliert, positiv, d.h. es wurde mehr Ärger erlebt je weniger Kontrolle die Angehörigen dem Erkrankten unterstellten.

Bei externen Attributionen, d.h. Attributionen auf die Erkrankung war der Zusammenhang mit dem Ärgererleben ebenfalls gering bzw. nur im Strukturgleichungsmodell knapp nachweisbar. Eine mögliche Erklärung für die nicht den Hypothesen entsprechenden Ergebnisse ist, dass die Erfassung von Attributionen in diesem Bereich insgesamt zu wenig differenziert und in der Formulierung zu eindeutig war. Den meisten Angehörigen war womöglich klar, dass die meisten Symptome von der Erkrankung kommen und die Betroffenen wenig Kontrolle darüber haben. So konnten sich in den erfassten Attributionsmaßen Deckeneffekte in dieser Richtung bilden, worauf die relativ hohen Mittelwerte bei gleichzeitig geringen Standardabweichungen auch hinweisen. Auf diese Weise könnten Zusammenhänge ausgeblieben sein, die mit einem differenzierteren Fragebogen möglicherweise nachweisbar wären.

Bei externen Attributionen zeigten sich im Strukturgleichungsmodell, nicht jedoch bei den Korrelationen, deutliche Zusammenhänge mit Symptomen, die eher dem kognitiven Bereich zugeordnet wurden (Gedächtnis, IADL, Pflege). Bei den Korrelationen waren allerdings auch Zusammenhänge zwischen internen Attributionen und zwei der kognitiven Skalen signifikant (IADL & Pflege), in dem Sinne, dass mehr Symptomatik mit weniger zugeschriebener Verhaltenskontrolle einherging.

Im Strukturgleichungsmodell waren die nicht-kognitiven Symptome außerdem entgegen der postulierten Hypothese mit weniger unterstellter Verhaltenskontrolle assoziiert. Dieses Ergebnis kann bedeuten, dass die Angehörigen die Symptome tatsächlich richtig zuordnen können.

Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Attributionen und Symptomatik deuten insgesamt darauf hin, dass Angehörige den Betroffenen eher weniger Verhaltenskontrolle unterstellen und das Verhalten mehr auf die Erkrankung zurückführen, je

stärker sowohl die kognitive und alltagsbezogene wie auch die nicht-kognitive Symptomatik ausgeprägt ist.

Hinsichtlich der Symptomatik wurden auch zwischen einzelnen Indikatoren des Ärgererlebens und kognitiven bzw. alltagsbezogenen Symptomen (MMST – STAXI „Ärgerzustand“, Kognitive Symptome insges. & NOSGER „Pflege“ – STAXI „Ärgerintensität“) Zusammenhänge festgestellt in dem Sinne, dass der Ärger geringer war je stärker die Symptome ausgeprägt waren. Gleichzeitig waren die Zusammenhänge zwischen der Dauer der Erkrankung und dem Ärgererleben schwächer ausgeprägt. Dies deutet darauf hin, dass der Schweregrad, d.h. die im Alltag beobachtbare Symptomatik, einen bedeutenderen Einfluss in Bezug auf die Ärgerentstehung hat als die Dauer der Erkrankung.

Die nicht-kognitiven Symptome scheinen ebenfalls einen Einfluss auf das Erleben von Ärger zu haben (Korrelationen mit NOSGER-Ärger-Gesamt), in dem Sinne, dass eine stärkere Symptomatik in den Bereichen Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten mit erhöhtem Ärgererleben zusammenhängt. Gleichzeitig sind diese Symptome jedoch – wie bereits weiter oben beschrieben - nicht mit mehr ungünstigen Attributionen assoziiert. Dies kann bedeuten, dass die Angehörigen einerseits zwar auffälliges Verhalten der Erkrankung bzw. außerhalb der Kontrolle der Betroffenen zuzuordnen scheinen, andererseits sich aber dennoch über dieses Verhalten ärgern, wenn es stark ausgeprägt ist und häufig auftritt.

Bezüglich der wahrgenommenen Schwankungen der Symptome zeigten sich Zusammenhänge mit dem Erleben von Ärger, d.h. größere Schwankungen hingen mit höheren Ärgerwerten zusammen.

Die Schwankungen hingen auch deutlich mit den internen Attributionen zusammen, d.h. wenn das Verhalten als stärker schwankend wahrgenommen wurde, unterstellten die Angehörigen den Betroffenen mehr Kontrolle über ihr Verhalten, was jedoch, wie weiter oben beschrieben, nicht in der erwarteten Weise mit der Ausprägung des Ärgers zusammenhing.

Ein weiterer untersuchter Einflussfaktor war die Beziehungsqualität. Dabei kam heraus, dass die prämorbid Beziehungsgüte in der vorliegenden Stichprobe nicht mit der aktuell wahrgenommenen Beziehungsqualität zusammenhing.

In Bezug auf den Ärger zeigte sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der prämorbid Beziehungsgüte und dem Erleben von Ärger. Deutlichere Veränderungen der Beziehungsqualität in negativer Richtung hingen jedoch, zumindest im Strukturgleichungsmodell, mit höherem Ärgererleben zusammen. Ebenso gab es Zusammenhänge zwischen Indikatoren der aktuellen Beziehungsqualität und dem Erleben von Ärger.

Die aktuelle Beziehungsqualität scheint demnach einen direkten Einfluss auf Ärgererleben zu haben, die prämorbid Beziehungsgüte hingegen nicht. Gleichzeitig scheint es auch ein Risikofaktor für das Ärgererleben zu sein, wenn die Angehörigen eine deutliche Abnahme der Beziehungsqualität im Vergleich zu früher angeben.

Belastung und Depressivität der Angehörigen hängen eng zusammen und bei den Korrelationen zeigten sich für beide Variablen auch Zusammenhänge mit dem Erleben von Ärger.

Diese Zusammenhänge konnten auch im Strukturgleichungsmodell für die wahrgenommene Belastung bestätigt werden, jedoch nicht für die Depressivität. Der Zusammenhang zwischen Ärgererleben und Depressivität war entgegen der Erwartungen in diesem Modell negativ, d.h. höhere Depressionswerte gingen mit weniger Ärgererleben einher. Ein negativer Zusammenhang zwischen Depressivität und Ärger ließe sich allerdings gut mit der Annahme vereinbaren, dass Angehörige, die die Krankheit besser verstanden haben und sich besser einfühlen, mehr mit Trauer als mit Ärger reagieren.

Dennoch ist es erstaunlich, dass bei den Korrelationen der Zusammenhang positiv und im Strukturgleichungsmodell negativ ist. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass es sich um unterschiedliche Stichprobensammlungen handelte, da beim Strukturgleichungsmodell neun Fälle wegen unvollständiger Datensätze ausgeschlossen werden mussten. Bei der geringen Fallzahl insgesamt, könnte dies einen Unterschied gemacht haben.

Die Variable Resentment/Groll (COC „Persönliche und soziale Einschränkungen 1 & 2“) hing ebenfalls mit dem Ärgererleben zusammen. Dies bedeutet, dass Angehörige, die sich durch die Erkrankung in ihren persönlichen und sozialen Interessen außerhalb der Paarbeziehung stark eingeschränkt fühlen, eher die Tendenz haben, in kritischen Situationen ärgerlich zu werden.

Weitere Faktoren, bei denen in geringerem Maße ein korrelativer Zusammenhang mit Ärgererleben gefunden wurde, waren die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung sowie die subjektiv wahrgenommene Kompetenz der Angehörigen in Bezug auf den Umgang mit dem Betroffenen.

In Bezug auf die soziale Unterstützung sind die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen und des Strukturgleichungsmodells uneinheitlich. Bei den Korrelationen zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und dem Ärgererleben, nicht jedoch mit der Anzahl an Stunden, die ein Angehöriger entlastet wird. Im Strukturgleichungsmodell liegt hingegen der Pfad zwischen der Anzahl der Stunden und dem

Ärgererleben knapp im bedeutsamen Bereich, in dem Sinne, dass mehr Stunden an Unterstützung mit niedrigerem Ärger einhergehen. Hypothetisch waren nur Zusammenhänge zwischen Ärger und der subjektiven Zufriedenheit mit der Unterstützung vermutet worden. Möglicherweise spielt der praktische Aspekt der Unterstützung jedoch auch eine Rolle, in dem Sinne, dass Angehörige, die mehr Zeit für sich haben, gelassener mit Problemsituationen umgehen und somit weniger mit Ärger reagieren.

Insgesamt sind die Zusammenhänge in diesem Bereich jedoch nicht eindeutig, was auch mit der mangelnden Validität der Erfassung sozialer Unterstützung zusammenhängen könnte. Die Erfassung sozialer Unterstützung war mit insgesamt nur vier einfachen Fragen relativ knapp ausgefallen. Der Grund dafür lag darin, dass trotz der großen Anzahl an Einflussfaktoren die Gesamtmenge an Fragen möglichst klein gehalten werden sollte, um die Angehörigen nicht zu sehr zu belasten.

Hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz im Umgang mit dem Partner gab es bei den Korrelationen einen Zusammenhang mit dem Ärgererleben in der Richtung, dass eine höhere Kompetenz mit geringerem Ärgererleben einherging. Dies spricht für die Annahme, dass das Wissen, was im Umgang mit dem Erkrankten zu tun ist, auch Wissen über die Folgen der Erkrankung sowie das Verhalten des Betroffenen impliziert und somit weniger unliebsame Überraschungen im Alltag und daraus folgend weniger potentielle Ärgersituationen resultieren.

Ein weiterer bedeutender Einflussfaktor ist die Persönlichkeit der Angehörigen. Der Faktor Persönlichkeit ging im Strukturgleichungsmodell mit den erfassten FPI-Skalen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“ in das Modell ein. Im Modell zeigte sich dabei ein bedeutsamer Zusammenhang mit dem Erleben von Ärger, in dem Sinne, dass eine stärkere Ausprägung der oben genannten Skalen mit mehr Ärger einherging. Auch bei den Korrelationen zeigten sich entsprechende Zusammenhänge mit den Skalen „Erregbarkeit“, „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“. Hinsichtlich der Skala „Lebenszufriedenheit“ ließen sich konform mit den Hypothesen negative Zusammenhänge mit Ärger nachweisen. Diese Ergebnisse lassen auf eine Tendenz schließen: weniger zufriedene, leichter gestresste und erregbare Angehörige mit neurotischen Merkmalen erleben eher Ärger.

Hinsichtlich der Persönlichkeit gab es allerdings auch überraschende Ergebnisse: die gefundene Korrelation von gesundheitlichen Sorgen und körperlichen Beschwerden mit Ärger war nicht vorhergesagt worden und ebenso unerwartet war die ausgebliebene Korrelation zwischen Aggressivität und Ärger.

Eine mögliche Erklärung für den erstgenannten Zusammenhang ist, dass Sorgen und Beschwerden die Kapazität reduzieren, Belastungen auszuhalten und zu bewältigen und so indirekt auf die Entwicklung von Ärger einwirken.

Hinsichtlich der ausgebliebenen Korrelation von Ärger mit Aggressivität könnten Antworttendenzen in Richtung sozialer Erwünschtheit einen Einfluss ausgeübt haben. Die nachträglich errechnete signifikante Korrelation der Skala „Aggressivität“ mit der Skala „Offenheit“ im FPI spricht für diese Annahme ($r=0,413$).

In Bezug auf Stressverarbeitungsstile zeigte sich im Strukturgleichungsmodell ein überraschendes Ergebnis hinsichtlich des Zusammenhangs mit dem Ärgererleben. Sowohl positive wie auch negative Copingstrategien insgesamt waren mit höherem Ärgererleben assoziiert. Für die negativen Strategien war dieses Ergebnis konform mit den Voraussagen und deutete darauf hin, dass bei Angehörigen, die unter Stress leicht mit emotionaler Betroffenheit im Sinne von Selbstmitleid, Selbstbeschuldigung und Grübeltendenzen reagieren, eine deutliche Tendenz zu bestehen scheint, in kritischen Situationen Ärger zu erleben. Auch die errechneten Korrelationen bestätigten weitgehend diese Ergebnisse.

Unerwartet waren hingegen die positiven Zusammenhänge zwischen dem Ärgererleben und den positiven Bewältigungsstrategien, insbesondere den Kompensationsstrategien insgesamt (SVF POS 2) und der Skala „Suche nach Selbstbestätigung“.

Dieser Zusammenhang kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass möglicherweise in Bezug auf letztere Strategie, die vorwiegend auf die Bestätigung des eigenen Handelns ausgerichtet ist, eine kritische Auseinandersetzung mit der Erkrankung, der Symptomatik und dem eigenen Verhalten gegenüber dem Erkrankten nicht ausreichend stattfindet. Die notwendige Selbstkritik, um das eigene Verhalten zu ändern und sich ernsthaft mit dem eigenen Ärger auseinanderzusetzen, findet dann möglicherweise nicht statt. Eine weitere Interpretationsmöglichkeit ist, dass vermehrter Ärger dazu führt, dass Angehörige insgesamt mehr an strategischem Vorgehen zur Kompensation von Problemsituationen aufwenden müssen. Da bei den meisten Angehörigen wahrscheinlich positive wie auch negative Bewältigungsstrategien parallel vorkommen, wäre bei höheren Ärgerwerten der gefundene Zusammenhang mit positiven Bewältigungsstrategien durchaus plausibel.

Das Ärgererleben hängt, wie bereits weiter oben beschrieben, eng mit den Verhaltensreaktionen der Angehörigen zusammen. Es ist jedoch anzunehmen, dass ungünstiges bzw. günstiges Verhalten gegenüber dem Erkrankten nicht alleine durch den Ärger determiniert ist. In der vorliegenden Studie wurde daher auch eine Reihe weiterer potentieller Einflussfaktoren auf die Verhaltensreaktionen der Angehörigen untersucht.

Bei den Attributionen zeigte sich ein deutlicherer Zusammenhang mit den Verhaltensreaktionen der Angehörigen in Bezug auf günstiges Verhalten. Angehörige, die Symptome deutlicher der Krankheit zuordnen konnten, reagierten gegenüber dem Erkrankten geduldiger und konnten ihren Ärger besser kontrollieren.

Hinsichtlich der Attributionen auf Verhaltenskontrolle war hingegen entgegen der Hypothesen kein Zusammenhang nachweisbar. Die möglichen Gründe für den ausgebliebenen Zusammenhang könnten in der zu geringen Fallzahl und, wie bereits weiter oben schon diskutiert, in der zu wenig differenzierten Erfassung der Attributionen liegen.

Der relativ klare Zusammenhang zwischen den externen Attributionen und günstigem Verhalten kann hingegen als Hinweis, darauf gesehen werden, dass es in kritischen Situationen scheinbar wichtig ist, wie gut die Ursachenzuschreibung in Bezug die Erkrankung „sitzt“, in dem Sinne, dass Angehörige, die wirklich verinnerlicht haben, dass das Verhalten des Betroffenen krankheitsbedingt ist, eher geduldiger reagieren können.

Ein weiterer Einflussfaktor der mit dem Verhalten in Ärgersituationen assoziiert ist, ist die aktuell wahrgenommene Beziehungsqualität. Insbesondere in Bezug auf ungünstiges Verhalten zeigten sich hier deutliche Zusammenhänge mit der Beurteilung der Beziehungsqualität insgesamt und der vom Angehörigen wahrgenommenen Nähe zwischen ihm und dem Betroffenen. Der Zusammenhang zwischen aktueller Beziehungsqualität und ungünstigem Verhalten im Strukturgleichungsmodell wurde sogar signifikant. Hinsichtlich der wahrgenommenen Nähe zeigten Veränderungen im Vergleich zum prämorbidem Status Zusammenhänge mit Verhaltensreaktionen der Angehörigen (d.h. negative Veränderungen bezüglich der Nähe waren mit ungünstigerem Verhalten assoziiert), nicht jedoch mit dem Ärgererleben. Dies deutet darauf hin, dass einerseits das Auftreten von Ärger unabhängig von den wahrgenommenen Veränderungen der partnerschaftlichen Nähe ist. Andererseits scheint aber die Kapazität der Angehörigen, in problematischen Situationen geduldig zu reagieren, zu sinken, wenn sie gleichzeitig sehr viele negative Eindrücke in ihrer Paarbeziehung verarbeiten müssen und die Vertrautheit mit dem Partner abnimmt.

Persönlichkeitseigenschaften spielen ebenfalls eine Rolle bei der Erklärung unterschiedlicher Verhaltensreaktionen der Angehörigen. Sowohl in Bezug auf günstiges wie auch ungünstiges Verhalten zeigte sich im Strukturgleichungsmodell ein bedeutsamer Zusammenhang mit dem Faktor Persönlichkeit in der erwarteten Richtung (Skalen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“). Bei den Korrelationsberechnungen ließen sich diese Ergebnisse allerdings nur teilweise nachweisen (FERAP „Geduld“ mit FPI „Erregbarkeit“ und „Neurotizismus“, STAXI „Ärgerausdruck nach außen“ mit FPI „Aggressivität“) und zudem waren noch bei einzelnen Maßen (FERAP „Kritik“) nicht vorhergesagte signifikante

Korrelationen mit den Skalen „Gesundheitliche Sorgen“ und „Körperliche Beschwerden“ zu beobachten.

Die Ergebnisse bezüglich des Einflusses verschiedener Persönlichkeitseigenschaften können daher sicherlich nur als vorläufig gelten und sollten sehr vorsichtig interpretiert werden. Dennoch scheint es sich anzudeuten, dass leichter erregbare, gestresste und tendenziell neurotische Angehörige ungünstiger gegenüber den Betroffenen reagieren.

Kritisch muss außerdem noch erwähnt werden, dass bezüglich der Messung der Persönlichkeit keine traitspezifischen Ärgermaße im Sinne der Erfassung einer Ärgerneigung angewendet wurden.

In Bezug auf Stressverarbeitungsstile zeigte sich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen positiven Strategien und günstigem Verhalten sowie zwischen negativen Strategien und ungünstigem Verhalten im Strukturgleichungsmodell. Bei den Korrelationen konnten diese Zusammenhänge nur für die negativen Verarbeitungsstile nachgewiesen werden, insbesondere für den Subbereich „Emotionales Betroffensein“.

In Bezug auf die Verhaltensreaktionen stimmen die gefundenen Zusammenhänge mit Stressverarbeitungsstrategien relativ gut mit den bisherigen Erkenntnissen der Belastungsforschung überein, in dem Sinne dass problemfokussierte Bewältigungsstile wie z.B. Situations- und Reaktionskontrolle mit weniger Belastung bzw. Ärger einhergehen als emotionsfokussierte Bewältigungsstile, wie z.B. emotionales Betroffensein. Allerdings zeigten sich hinsichtlich des Ärgererlebens, wie bereits weiter oben diskutiert, weniger eindeutige Ergebnisse. Bei den negativen Strategien scheint der Zusammenhang zwischen „emotionalem Betroffensein“ und Ärgererleben sowie ungünstigem Verhalten jedoch relativ stabil zu sein. Demnach kann die Tendenz, sich in Grübeln, Selbstmitleid und Schuldgefühlen zu verlieren als Risikofaktor für das Auftreten von Ärgerreaktionen angesehen werden. Allerdings könnten hier auch Ansatzpunkte für kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen liegen, die dysfunktionale Strategien wie vermehrtes Grübeln oder Selbstmitleid zum Thema machen.

Depressivität hing, anders als erwartet, nicht mit ungünstigen Verhaltensreaktionen der Angehörigen gegenüber dem Partner zusammen.

Möglicherweise haben sich hier zwei unterschiedliche Tendenzen gegenseitig ausgeglichen. Auf der einen Seite sind vermutlich Personen in der Stichprobe, die weniger mit Ärger, jedoch mehr mit Trauer reagieren, gerade weil sie die Erkrankung des Partners relativ gut verstanden haben. Diese Personen reagieren dann in kritischen Situationen trotz möglicherweise erhöhter Depressionswerte eher mit günstigen Verhaltensweisen. Andererseits ist zu vermuten, dass es andere Personen gibt, die erhöhte Depressionswerte

aufweisen, jedoch kein gutes Verständnis der Erkrankung haben und die im Sinne der ursprünglich formulierten Hypothese dann vulnerabel für ungünstiges Verhalten sind.

Eine weitere Variable, deren Einfluss untersucht wurde, war die subjektiv wahrgenommene Kompetenz im Umgang mit dem Erkrankten, ein Konstrukt, welches Ähnlichkeiten zum Konzept der Selbstwirksamkeit aufweist. Entgegen der Hypothesen zeigte sich aber hier kein signifikanter Zusammenhang mit den Verhaltensreaktionen, während, wie weiter oben schon besprochen, mit dem Ärgererleben zumindest eine signifikante Korrelation erfasst wurde.

Der Zusammenhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz und dem Verhalten war erwartet worden, weil vermutet wurde, dass das Wissen, wie man sich richtig verhalten soll bzw. die subjektive Sicherheit, dies auch tun zu können, als handlungsrelevante Einflüsse auf das Verhalten angesehen wurden.

Bei Kontrolle des Einflusses von Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit zeigte sich dann allerdings zumindest ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kompetenz und ungünstigem Verhalten, in dem Sinne dass ein weniger stark ausgeprägtes Kompetenzgefühl auch mit mehr kritisierenden Verhaltensweisen assoziiert war. Möglicherweise wären die erwarteten Zusammenhänge hier bei einer größeren Stichprobe klarer gewesen.

Da Angaben zu Ärger und Ärgerreaktionen auch von Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit beeinflusst werden können, wurde versucht, diesen Einfluss statistisch zu kontrollieren. Die Berechnung der Korrelationen zwischen der Skala „Offenheit“ des FPI und den Ärgerwerten ergab nur für das Maß FERAP „Kritik“ als Indikator für ungünstiges Verhalten einen signifikanten Zusammenhang.

Die Kontrolle des Einflusses sozialer Erwünschtheit mittels der Berechnung partieller Korrelationen zeigte, dass sich das Signifikanzniveau der Korrelationen teilweise änderte, wobei sich Zusammenhänge sowohl verstärkten wie auch in anderen Fällen abschwächten. Die Höhe der Korrelationen blieb jedoch in den meisten Fällen relativ ähnlich und die Ergebnisse waren insgesamt nach wie vor interpretierbar. Es lässt sich daher sagen, dass Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit zwar einen Einfluss haben, der jedoch nicht so groß ist, dass die Ergebnisse dadurch substantiell verändert werden.

Die als Ergänzung zu den quantitativen Fragebogenerhebungen durchgeführte Sprachinhaltsanalyse nach dem Gottschalk-Gleser-Verfahren ergab eine hohe Übereinstimmung der qualitativ erfassten Ärgerwerte mit den Fragebogendaten für Ärger, die sich auf die gleiche Situation bezogen. Außerdem zeigte sich eine hohe Übereinstimmung mit der Skala FERAP „Kritik“ als Maß für ungünstiges Verhalten der Angehörigen. Überraschend

war hier allerdings, dass die Korrelation mit dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert ausblieb. Ebenso zeigten sich bezüglich der weiteren Einflussfaktoren entgegen der Hypothesen keine bzw. nicht erwartete Zusammenhänge.

Dies könnte damit zusammenhängen, dass mit dem qualitativen Gottschalk-Gleser-Verfahren andere Aspekte von Ärgerreaktionen bzw. Aggressivität gemessen werden als mit den verwendeten quantitativen Verfahren. Aggressive Reaktionen werden beim Gottschalk-Gleser-Verfahren sowohl kognitiv, emotional wie auch handlungsbezogen erfasst, wobei auch latente bzw. unbewusste Aspekte dieser Reaktionen mit berücksichtigt werden. Die Erfassung von aggressivem Erleben und Verhalten ist in diesem Verfahren somit viel breiter, aber auch weniger konkret als bei der quantitativen Messung per Fragebogen, in welcher getrennt nach dem Erleben und ganz konkreten Verhaltensweisen in kritischen Situationen bzw. beim Auftreten von Symptomen gefragt wird. Wir haben es also im qualitativen Bereich mit einer breiter angelegten Erfassung aggressiven Affekts im Allgemeinen zu tun und im quantitativen Bereich mit der Messung von unmittelbaren Ärgerreaktionen in umschriebenen Situationen. Möglicherweise sind die Einflussfaktoren für unmittelbare Ärgerreaktionen andere als für die qualitativ erfassten affektiven Tendenzen.

Ein weiterer Punkt ist, dass bei der Erfassung von Ärger in der quantitativen und qualitativen Untersuchung unterschiedliche Fragestellungen zur Anwendung kamen. Bei den Fragebogendaten zum Ärger wurde nach dem Erleben bezüglich bestimmter Symptome bzw. dem Verhalten der Angehörigen in kritischen Situationen innerhalb der letzten 14 Tage gefragt. Bei der qualitativen Erhebung wurde hingegen nach einer speziellen Ärgersituation gefragt, in der sich die Angehörigen in letzter Zeit besonders geärgert hatten. Es ist vorstellbar, dass die Angaben und Ergebnisse beider Erhebungen bei einzelnen Personen differieren, wenn z.B. ein Angehöriger, der sich insgesamt relativ wenig ärgert, eine besondere Ärgersituation eindrücklich erinnert und beschreibt, in der er ausnahmsweise die Beherrschung verloren hat. Das Ausbleiben der Korrelation zwischen der offenen Aggressivität nach Gottschalk-Gleser und dem NOSGER-Ärger-Gesamtwert könnte auf diese Weise verursacht worden sein.

Interessant ist bei der qualitativen Erhebung auch der Zusammenhang zwischen Ärger/Aggressivität und der Symptomatik, welcher sowohl für kognitive wie auch für nicht-kognitive Symptome in eine negative Richtung geht. Dies bedeutet, dass die Angaben der Angehörigen zum Ärger umso höher waren, je leichter die Partner von der Demenz betroffen waren. Dieses Ergebnis stützt somit die Hypothese, dass der Schweregrad ein Einflussfaktor ist und die Angehörigen bei leichterem Demenz die Symptome weniger der Krankheit zuordnen können und dann eher ärgerlich reagieren.

Im Folgenden soll nochmals eine kurze Zusammenfassung der oben ausführlich diskutierten Punkte erfolgen, die sich in erster Linie auf die Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells bezieht:

Das Gefühl des Ärgers bei Angehörigen von Menschen mit Demenz in kritischen Situationen ist demnach multifaktoriell bedingt und führt häufig zu ungünstigen Verhaltensreaktionen gegenüber dem erkrankten Partner. Die Wahrscheinlichkeit, ungünstig zu reagieren, steigt, wenn die aktuelle Beziehung negativ bewertet wird und negative Copingstile vorhanden sind. Günstige Verhaltenreaktionen der Angehörigen gehen mit einer deutlicheren Ursachenzuschreibung in Richtung der Erkrankung bezüglich der Verhaltensweisen des Partners und mit positiven Bewältigungsstilen einher. Das Verhalten der Angehörigen gegenüber dem Erkrankten steht zudem in Zusammenhang mit der Persönlichkeit der Angehörigen, in dem Sinne, dass leichter erregbare, stärker beanspruchte und tendenziell neurotische Angehörige ungünstiger reagieren.

Die vorliegenden Ergebnisse können aus zwei Gründen nur sehr vorsichtig interpretiert werden. Der erste und wichtigste Grund ist die geringe Stichprobengröße bei einer gleichzeitig hohen Anzahl an Untersuchungsvariablen. Die vorhandenen Ergebnisse sollten daher trotz der teilweise auch statistisch signifikanten Ergebnisse nur als Tendenzen gesehen werden, die weitere Bestätigung durch die Untersuchung größerer Stichproben brauchen, bevor sie als gesichert gelten können. Die geringe Anzahl an Fällen kann zudem auch ein Grund sein, warum einige der gestellten Hypothesen statistisch nicht bestätigt werden konnten.

Der zweite Grund für eine vorsichtige Interpretation ist die unbekannt Validität einzelner Maße, die für diese Studie selbst entwickelt wurden.

4.3 Studie 2

4.3.1 Fragestellungen und Hypothesen

Bei der Erarbeitung der Fragestellungen für Studie 2 wurden neben den Ergebnissen von Studie 1 auch Überlegungen zur klinischen Relevanz sowie Erfahrungswerte aus der therapeutischen Arbeit mit Angehörigen von Demenzkranken berücksichtigt.

4.3.1.1 Fragestellung 1: Zusammenhänge zwischen Attributionen und Ärgerreaktionen der Angehörigen

Studie 1 ergab Hinweise darauf, dass viele Angehörige das Verhalten des Kranken zu einem Großteil auf die Erkrankung attribuieren und den Betroffenen relativ wenig Kontrolle über ihr Verhalten unterstellen. Dennoch traten gleichzeitig auch deutliche Ärgerreaktionen auf. Dies deckt sich mit der Beobachtung aus der klinischen Arbeit, dass Angehörige zwar oft wissen, dass die erkrankten Partner sich krankheitsbedingt ungewohnt verhalten, aber dieses Wissen nicht in konkretes unterstützendes und geduldiges Verhalten umsetzen können. Alleine das Wissen bzw. die Bewusstheit, dass der Partner erkrankt ist, führt also noch nicht zum Ausbleiben bzw. erfolgreichen Kontrollieren von Ärger. Der Zusammenhang zwischen Attributionen und Ärgererleben bzw. Ärgerreaktionen war jedoch in Studie 1, anders als erwartet, relativ schwach, insbesondere in Bezug auf die Attributionen hinsichtlich der Verhaltenskontrolle des Betroffenen. Möglicherweise ist dieser relativ schwach ausgeprägte Zusammenhang zwischen Attributionen und Ärgerreaktionen auf die Art der Erfassung der Attributionen zurückzuführen. Die Fragen zu den Attributionen bezogen sich zum einen nur auf die Aspekte „Erkrankung“ und „Verhaltenskontrolle“, indem jeweils danach gefragt wurde, zu wie viel Prozent die Angehörigen glaubten, dass das Verhalten auf die Erkrankung zurückgeführt werden bzw. zu wie viel Prozent der Betroffene sein Verhalten selbst kontrollieren kann. Die Prozentangaben waren dabei fünfstufig skaliert (0, 25, 50, 75, 100 %). Zum anderen bezogen sich die Fragen dabei jeweils auf bestimmte Verhaltensweisen und waren unabhängig von der Ausprägung des jeweiligen Verhaltens zu beantworten.

Drei mögliche Gründe können daher zum Ausbleiben der erwarteten Ergebnisse geführt haben:

1. Die Erfassung der Attributionen war inhaltlich zu undifferenziert, weil jeweils nur einmal nach dem Einfluss der Erkrankung und der Verhaltenskontrolle gefragt wurde. Möglicherweise spielen aber noch andere Aspekte eine Rolle, z.B. ob Angehörige in kritischen Situationen über das bloße oberflächliche Wissen hinaus, dass der Partner krank ist, wirklich verstehen und nachvollziehen können, warum er/sie sich gerade so verhält.

2. Die Erfassung der Attributionen war skalentechnisch zu undifferenziert und schwierig einzuschätzen. Da den meisten Angehörigen relativ klar zu sein scheint, dass das Verhalten der Betroffenen vorwiegend durch die Erkrankung bedingt ist und nur noch wenig unter deren Kontrolle steht, können feine Differenzen einen Unterschied machen. Eine fünfstufige Skala ist daher möglicherweise nicht geeignet, diese Differenzen abzubilden. Zudem ist die Einschätzung des Verhaltens in Form von Prozentangaben möglicherweise schwieriger umzusetzen als beispielsweise auf einer visuellen Analogskala.
3. Die Erfassung der Attributionen war zu spezifisch bezogen auf die zahlreichen erfassten Verhaltensweisen und wurde zudem unabhängig von der Verhaltensausrprägung erhoben. Möglicherweise sind Auswirkungen von Attributionen insgesamt weniger situationsabhängig, sondern eher im Sinne situationsübergreifender Wahrnehmungstendenzen zu begreifen.

Aufgrund der beschriebenen methodischen Überlegungen wurden in Studie 2 allgemeine Attributionen in Bezug auf das Verhalten der Betroffenen mit einem differenzierteren Attributionsfragebogen in Form einer visuellen Analogskala erfasst, da vermutet wird, dass nicht auf konkretes Verhalten bezogene Attributionen, sondern eher allgemeine Attributionen im Sinne der Gesamtwahrnehmung des Kranken und der subjektiven Krankheitstheorie das Verhalten der Angehörigen beeinflussen. Neben den Fragen zum Einfluss der Erkrankung und der Verhaltenskontrolle sollte dabei auch erfasst werden, inwieweit Angehörige das Verhalten des Betroffenen als absichtsvoll interpretieren und inwieweit sie es als unverständlich bzw. nicht nachvollziehbar wahrnehmen.

Es wurde angenommen, dass sich durch diese zum einen differenzierteren und zum anderen allgemeinere Erfassung der Attributionen deutlichere Zusammenhänge mit den Ärgervariablen zeigen werden.

Weiterhin sollte der Einfluss von weiteren Variablen, die ebenfalls in einem Zusammenhang mit Attributionen und Ärger stehen könnten, untersucht werden. Dazu gehörten die Symptomatik des Betroffenen, Schwere und Dauer der Erkrankung, Schwankungen des Verhaltens, Belastung und wahrgenommene Lebenseinschränkungen (Resentment/Groll) der Angehörigen. Hinsichtlich der der beiden zuletzt erwähnten Variablen konnte in Studie 1 ein korrelativer Zusammenhang mit dem Ärgererleben nachgewiesen werden. Der Einfluss dieser Variablen auf ungünstige Attributionen wurde jedoch noch nicht untersucht.

Eine weitere Variable, deren Einfluss noch nicht untersucht wurde, ist die Ärgerneigung im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft.

4.3.1.2 Hypothesen Fragestellung 1

4.3.1.2.1 Hypothese 1: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und ungünstige Attributionen

- **Hypothese 1:** Der Ärger bei Angehörigen ist umso größer, je mehr ungünstige Attributionen sie in Bezug auf das Verhalten des Betroffenen haben. Dieser Zusammenhang lässt sich sowohl für den Ärgerzustand wie auch für ungünstiges Verhalten zeigen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für den Kennwert des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit ungünstigen Attributionen bestehen und dass sich dieser Zusammenhang auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lässt.

4.3.1.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, ungünstige Attributionen, nicht-kognitive Symptome und Schwankungen der Symptomatik

- **Hypothese 2:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen den ungünstigen Attributionen, dem Ärger und der Symptomatik bei den Dementen: Je mehr nicht-kognitive Symptome im Sinne von Verhaltensstörungen vorhanden sind und je mehr Schwankungen im Verhalten die Angehörigen wahrnehmen, desto mehr ungünstige Attributionen und Ärger treten auf.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für den Kennwert des Ärgerzustands und ungünstige Attributionen signifikante Korrelationen mit nicht-kognitiven Symptomen bestehen, die die Bereiche Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten betreffen, und dass sich dieser Zusammenhang auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lässt. Für Schwankungen des Verhaltens wird dasselbe erwartet.

4.3.1.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben, Schweregrad und Dauer der Erkrankung und günstige Attributionen

- **Hypothese 3:** Je fortgeschrittener die Demenz und je länger die Krankheitsdauer, desto mehr günstige Attributionen und desto weniger Ärger bei den Angehörigen treten auf.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für den Kennwert des Ärgerzustands eine signifikante Korrelationen in negativer Richtung mit den Attributionen auf die

Erkrankung besteht. Attributionen auf die Erkrankung sollten wiederum signifikant mit den Angaben der Angehörigen zur Dauer der Erkrankung (Zeitpunkt der Erstmanifestation von Symptomen, Zeitpunkt der Diagnose) und mit dem Schweregrad der Erkrankung, der durch ein kognitives Kurzscreening gemessen wird, korrelieren. Alle geschilderten Zusammenhänge sollten sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lassen.

4.3.1.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, ungünstige Attributionen und Resentment/Groll sowie Belastung

- **Hypothese 4:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Attributionen und dem Ärgererleben der Angehörigen mit den subjektiv wahrgenommenen Einschränkungen des Alltagslebens (Resentment) und der Belastung der Angehörigen: Je mehr Belastung und Einschränkungen die Angehörigen wahrnehmen, desto mehr ungünstige Attributionen und Ärger treten auf.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für den Kennwert des Ärgerzustands und die ungünstigen Attributionen signifikante Korrelationen mit der Wahrnehmung von Einschränkungen des Alltagslebens (Resentment/Groll) und Belastungen der Angehörigen bestehen und dass sich dieser Zusammenhang auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen lässt.

4.3.1.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Ärgerreaktionen, ungünstige Attributionen und Ärgerneigung im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft

- **Hypothese 5:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ärgerneigung im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft mit ungünstigen Attributionen und Ärgerreaktionen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen Angehöriger in kritischen Situationen signifikante Korrelationen mit der Persönlichkeitseigenschaft „Ärgerneigung“ bestehen. Mit günstigen Verhaltenreaktionen bestehen Korrelationen in umgekehrter Richtung. Diese Zusammenhänge lassen sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen.

4.3.1.3 Fragestellung 2: Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften und Ärgerreaktionen der Angehörigen

In Studie 1 konnten Zusammenhänge zwischen dem Faktor „Persönlichkeit“ und dem Ärgererleben sowie den Verhaltensreaktionen Angehöriger in kritischen Situationen nachgewiesen werden. Angehörige, die leichter erregbar sind, sich stärker beansprucht fühlen und tendenziell neurotisch reagieren scheinen dabei mehr Ärger zu erleben und ungünstiger zu reagieren. Überraschend waren in Studie 1 die gefundenen korrelativen Zusammenhänge von Ärgervariablen mit gesundheitlichen Sorgen und körperlichen Beschwerden sowie der entgegen der Hypothesen nicht gefundene Zusammenhang mit Aggressivität. An diesem Punkt soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die bisherigen Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobengröße nur als vorläufig betrachtet werden konnten. In Studie 2 sollte daher nun untersucht werden, ob sich die gefundenen Zusammenhänge an einer größeren Stichprobe replizieren lassen.

4.3.1.4 Hypothesen Fragestellung 2

4.3.1.4.1 Hypothese 6: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit

- **Hypothese 6:** Es bestehen Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsparametern Neurotizismus, Erregbarkeit, Beanspruchung, Aggressivität, körperliche Beschwerden sowie Gesundheitssorgen und der Ärgerreaktion. Je stärker diese Eigenschaften ausgeprägt sind, umso eher besteht die Tendenz mit Ärger zu reagieren. Bei Optimismus bzw. Lebenszufriedenheit besteht ein Zusammenhang in umgekehrter Richtung. Je mehr Optimismus bzw. Lebenszufriedenheit umso weniger Ärger.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen Angehöriger in kritischen Situationen signifikante Korrelationen mit den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Erregbarkeit, Beanspruchung, Aggressivität, körperliche Beschwerden sowie Gesundheitssorgen und für das für das Persönlichkeitsmerkmal Optimismus /Lebenszufriedenheit Korrelationen in negativer Richtung bestehen. Mit günstigen Verhaltenreaktionen bestehen Korrelationen in jeweils umgekehrter Richtung. Diese Zusammenhänge lassen sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen

4.3.1.5 Fragestellung 3: Zusammenhänge zwischen situationsbezogenen Bewältigungsstrategien und Ärgerreaktionen der Angehörigen

Übersichtsarbeiten zur Bewertung psychoedukativer, psychotherapeutischer und psychosozialer Unterstützung Angehöriger von Menschen mit Demenz deuten darauf hin, dass bisherige Interventionsprogramme zwar vereinzelt positive Effekte zeigen, jedoch gleichzeitig die vorhandene Evidenzbasis recht dünn ist und durchaus noch Verbesserungspotential besteht (Kurz & Wilz, 2011; Selwood et al., 2007). Ein grundlegendes Verständnis, welche Bewältigungsstrategien erfolgreich sind, ist notwendig, um gezieltere Interventionen zu planen. Interventionen zur Ärgerbewältigung könnten dabei eine besondere Rolle spielen, da vermehrter Ärger und daraus resultierende Konflikte vermutlich zu einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes beitragen können. Daher soll diese Studie auch ein Beitrag dazu sein, erfolgversprechende Bewältigungsstrategien herauszuarbeiten, um zukünftige Interventionen für Angehörige von Menschen mit Demenz zu verbessern.

In Studie 1 zeigten sich Zusammenhänge zwischen einer höheren Ausprägung von Ärger und in dessen Folge ungünstigem Verhalten mit den im Stress-Verarbeitungsfragebogen (SVF) erfassten negativen Bewältigungsstrategien insgesamt sowie von günstigem Verhalten mit positiven Bewältigungsstilen insgesamt. Bei den negativen Bewältigungsstrategien hatte hierbei vor allem der Subbereich „emotionales Betroffensein“ ein hohes Gewicht. Überraschende Ergebnisse in Studie 1 waren zum einen ein positiver Zusammenhang zwischen Ärgererleben und Kompensationsstrategien, insbesondere der Suche nach Selbstbestätigung und zum anderen die fehlende Assoziation zwischen einem aggressiven Bewältigungsstil und Ärgererleben bzw. ungünstigem Verhalten.

In Studie 1 wurde erfasst, welche Bewältigungsstrategien Angehörige im Allgemeinen verwenden. Obwohl anzunehmen ist, dass viele Probanden die Fragen vorwiegend auf ihre Reaktion gegenüber dem erkrankten Partner bezogen, wurde nicht explizit danach gefragt. In Studie 2 sollten in Ergänzung dazu nun Stressverarbeitungsstrategien untersucht werden, die sich explizit auf Situationen beziehen, in denen sich Angehörige über das Verhalten der erkrankten Partner geärgert haben. Mit einer neu entwickelten Version des SVF (Erdmann & Janke, 2008) ist es nunmehr möglich, Copingstrategien nicht nur als zeit- und situationsstabile Merkmale zu erfassen, sondern eben auch als Zustandsmerkmale, die sich auf bestimmte Situationen beziehen.

Da nach Angabe der Autoren des SVF die Korrelationen zwischen allgemeinen und situationsspezifischen Stressverarbeitungsstrategien nur mittelgradig ausgeprägt sind, wird nicht davon ausgegangen, dass sich alle oben genannten Befunde replizieren lassen. Die Analyse hat daher eher explorativen Charakter.

Es ist jedoch zu vermuten, dass die negativen Strategien, insbesondere der Subbereich „emotionales Betroffensein“ („gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Selbstbemitleidung“ und „Selbstbeschuldigung“) auch situationsbezogen weiter zum Tragen kommen und signifikante Zusammenhänge mit den Ärgervariablen zeigt. Außerdem wird ein Zusammenhang zwischen einem tendenziell aggressiven Bewältigungsstil und den Ärgervariablen erwartet.

In Bezug auf positive Strategien wird ein Zusammenhang mit günstigen Verhaltensweisen der Angehörigen gegenüber dem erkrankten Partner insgesamt vermutet. Dabei können in Bezug auf alle positiven Strategien, die im SVF durch die Subbereiche „Bagatellisierung“, „Ablenkung/Kompensation“ sowie „Kontrollstrategien“ abgebildet werden, Zusammenhänge mit günstigen Verhaltensweisen vermutet werden. Eine bagatellisierende Wahrnehmung kritischer Situationen kann im Sinne einer kognitiven Strategie helfen, Dinge nicht über zu bewerten und somit den Ärger gering zu halten. Ablenkung und Kompensation wiederum können dazu beitragen, kritische Situationen rechtzeitig zu verlassen bzw. sich nicht in sie gedanklich zu vertiefen und somit eine Eskalation abzuwenden. Kontrollstrategien wiederum sind geeignet, um in kritischen Situationen das Verhalten in konstruktive Bahnen zu lenken.

Bezüglich der Zusammenhänge positiver Strategien mit dem Erleben von Ärger ist die Erwartung hingegen weniger klar. Bezüglich des Subbereichs „Kompensation/Ablenkung“ ist es offen, ob der beschriebene Zusammenhang zwischen der „Suche nach Selbstbestätigung“ und mehr Ärger repliziert wird und ob andere Ablenkungsstrategien signifikante Korrelationen aufweisen. Ein positiver Zusammenhang zwischen Ablenkungsstrategien und hohem Ärger wäre ein Hinweis darauf, dass eine ungenügende Auseinandersetzung mit der Situation ein Faktor für die Entstehung der Ärgerreaktion ist. Andererseits würde der gegenteilige Zusammenhang (niedriger Ärger korreliert mit Ablenkungsstrategien) dafür sprechen, dass solche Strategien in konkreten Situationen durchaus effektiv sein können, um Ärger zu beherrschen und ungünstige Reaktionen gegenüber dem Erkrankten zu vermeiden. Hinsichtlich des Subbereichs „Kontrollstrategien“ könnten Zusammenhänge mit höherem Ärger für den Subbereich „Kontrolle“ zustande kommen, was bedeuten würde, dass Angehörige, die sich mehr ärgern auch mehr zur Kontrolle ihres Verhaltens tun müssen. Andererseits wäre ein negativer Zusammenhang in diesem Bereich ein Hinweis darauf, dass bessere Copingstrategien tatsächlich mit niedrigem Ärger einhergehen.

4.3.1.6 Hypothese Fragestellung 3

4.3.1.6.1 Hypothese 7: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und situative Bewältigungsstrategien

- **Hypothese 7:** Angehörige, die günstigeres Verhalten gegenüber dem Betroffenen zeigen, wenden in kritischen Situationen mehr positive bzw. adaptive Copingstrategien an, während negative bzw. maladaptive Copingstrategien in kritischen Situationen im Zusammenhang mit stärkerem Ärgererleben und ungünstigem Verhalten stehen.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für den Ärgerzustand sowie ungünstige Verhaltensweisen signifikante Korrelationen mit maladaptiven Copingstrategien in kritischen Situationen bestehen. Insbesondere für die Subbereiche „Emotionales Betroffensein“ und „Aggressivität“ werden dabei deutliche Zusammenhänge erwartet. Außerdem werden signifikante Korrelationen zwischen günstigen Verhaltensweisen und adaptiven Copingstrategien in kritischen Situationen sowohl insgesamt als auch bezüglich der Subbereiche erwartet. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Ärgerzustand und adaptiven Copingstrategien sind die Ergebnisse offen und werden explorativ analysiert.

Die Zusammenhänge zwischen positiven und negativen Strategien insgesamt und den Ärgervariablen lassen sich auch in einem Strukturgleichungsmodell nachweisen.

4.3.1.7 Fragestellung 4: Zusammenhänge zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Ärgerreaktionen der Angehörigen

Eine weitere Vertiefung der Fragestellung soll in Bezug auf das Thema „Soziale Unterstützung“ erfolgen, da zum einen in Studie 1 Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Ärger gezeigt werden konnten und zum anderen das Thema „soziale Unterstützung“ eine hohe klinische Relevanz und praktische Bedeutung haben könnte.

Es ist dabei anzunehmen, dass neben therapeutischen und zeitlich entlastenden Angeboten auch die soziale Unterstützung aus dem privaten Umfeld eine wichtige Rolle für die Stabilität und Belastbarkeit der Angehörigen spielt. Zum Einfluss der sozialen Unterstützung aus dem privaten Umfeld gibt es einige Studien, die zeigen, dass eine solche soziale Unterstützung einen Einfluss auf die Belastung und Depressivität der Angehörigen im Allgemeinen hat und dass dabei die wahrgenommene emotionale Unterstützung eine große Rolle spielt. (Clay et al., 2008; Drentea et al., 2006; Shurgot & Knight, 2005; van den Wijngaart et al., 2007).

Der Nachweis von Zusammenhängen zwischen sozialer Unterstützung und Ärgerreaktionen von Angehörigen könnte die Wichtigkeit dieser Form von Unterstützung unterstreichen und

die Beratung von betroffenen Familien verbessern, wenn deutlich wird, welche Aspekte sozialer Unterstützung mit weniger dysfunktionalen Reaktionen der Angehörigen zusammenhängen.

In Studie 1 zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen der mit nur einer Frage grob erfassten allgemeinen Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und dem Ärgererleben.

In Studie 2 sollten mit einem validierten Messinstrument verschiedene Aspekte sozialer Unterstützung differenzierter erfasst werden (praktische & emotionale Unterstützung, soziale Integration, soziale Belastungen, Reziprozität und Verfügbarkeit einer Vertrauensperson sowie Zufriedenheit mit der Unterstützung) und nach Zusammenhängen mit Ärgerreaktionen geforscht werden.

Weiterhin war in Studie 1 ein, wenn auch schwacher Zusammenhang zwischen der Anzahl an Stunden und dem Ärgererleben bzw. den Verhaltensreaktionen Angehöriger festgestellt worden, der so nicht vermutet worden war. Es sollte nun an einer größeren Stichprobe in Studie 2 überprüft werden, ob dieses Ergebnis standhält. Außerdem kann angenommen werden, dass auf der anderen Seite der Zeitaufwand, den Angehörige aufbringen müssen, um den Erkrankten zu pflegen und zu betreuen, einen negativen Einfluss auf Ärgererleben und Ärgerreaktionen hat.

4.3.1.8 Hypothese Fragestellung 4

4.3.1.8.1 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und soziale Unterstützung

- **Hypothese 8:** Emotionale Unterstützung aus dem privaten Umfeld sowie eine höheres Ausmaß sozialer Unterstützung sind protektiv in Bezug auf Ärgererleben und Ärgerreaktionen, während erhöhter Betreuungs- und Pflegeaufwand und zusätzliche Belastungen im sozialen Umfeld Ärgererleben und Ärgerreaktionen begünstigen.
- **Operationalisierung:** In einem validierten Messinstrument zur sozialen Unterstützung zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen emotionaler Unterstützung, sozialer Integration und der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson mit dem Ärgererleben in negativer Richtung. Ebenso bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen diesen drei Maßen sozialer Unterstützung und günstigen Verhaltensreaktionen. Weiterhin wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Belastung und Ärgererleben sowie ungünstigen Verhaltensreaktionen erwartet. Diese Zusammenhänge sollten auch im Strukturgleichungsmodell sichtbar werden.

Weiterhin werden korrelative Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Stunden, in denen Angehörige Freiräume für sich selbst haben und Hilfen erhalten und den Indikatoren des Ärgererlebens und der Ärgerreaktionen erwartet, in dem Sinne dass mehr Unterstützung mit weniger Ärger und günstigerem Verhalten einhergeht. Umgekehrt werden signifikante Korrelationen zwischen der Anzahl der Stunden an Betreuung und Pflege und den Ärgervariablen erwartet, in dem Sinne, dass mehr Betreuung und Pflege mit mehr Ärger und ungünstigeren Verhaltensreaktionen zusammenhängt.

4.3.1.9 Fragestellung 5: Untersuchung von Geschlechtsunterschieden in Bezug auf Ärgererleben und Verhaltensreaktionen

Die Überprüfung, ob bezüglich der Ärgerreaktionen Geschlechtsunterschiede bestehen war in Studie 1 nicht möglich, da zu wenig männliche Probanden aufgenommen wurden. Dies wurde nun in Studie 2 nachgeholt. Zur Herleitung der Hypothese sei auf Studie 1 (vgl. S. 58) verwiesen.

4.3.1.10 Hypothese Fragestellung 5

4.3.1.2.10.1 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Geschlecht

- **Hypothese 9:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen Ärgerreaktionen und dem Geschlecht des Angehörigen. Bei weiblichen Angehörigen werden stärkere Ärgerreaktionen erwartet.
- **Operationalisierung:** Es wird erwartet, dass für die Kennwerte des Ärgerzustands und ungünstiger Verhaltensweisen Frauen signifikant höhere Werte im Vergleich zu Männern aufweisen.

Wie in Studie 1 sollte der Einfluss sozialer Erwünschtheit durch die Skala „Offenheit“ des FPI erfasst werden. Im ersten Schritt sollten dabei Korrelationen mit den Ärgerindikatoren ermittelt werden. Im zweiten Schritt sollten für diejenigen Ärger-Variablen, die einen Zusammenhang mit sozialer Erwünschtheit zeigten, partielle Korrelationen mit den jeweiligen potentiellen Einflussfaktoren berechnet und die Ergebnisse mit den zuvor ermittelten Korrelationen verglichen werden. Außerdem sollte die Variable „soziale Erwünschtheit“ in das Strukturgleichungsmodell aufgenommen werden.

4.3.2 Forschungsfragen der qualitativen Untersuchung

Ergänzend zu der quantitativen Untersuchung sollten auch in Studie 2 qualitative Methoden zum Einsatz kommen, wobei insbesondere die Fragestellungen 1 und 3 durch die qualitative Untersuchung ergänzt werden sollten.

Dabei sollten in Anlehnung an das aus der Verhaltenstherapie bekannte Vorgehen der Verhaltensanalyse Komponenten der Ärgerreaktion Angehöriger untersucht werden, um Anhaltspunkte zu gewinnen, wie Angehörige subjektiv kritische Situationen erleben, in denen sie Ärger empfinden. Es sollte ermittelt werden, in welchen Situationen Angehörige Ärger empfinden, wie sie diese Situationen wahrnehmen und wie sie sich dann verhalten. Dabei sollte auch untersucht werden, wie die Angehörigen den Betroffenen im Allgemeinen wahrnehmen und wie dies mit dem Empfinden von Ärger und ungünstigem Verhalten gegenüber dem erkrankten Partner zusammenhängt.

Bei quantitativen Erhebungen beeinflusst zudem die retrospektive Erfassung des Verhaltens womöglich die Ergebnisse: Den Angehörigen ist vermutlich schon relativ rasch nach einer Ärgersituation klar, dass das Verhalten des Erkrankten eher krankheitsbedingt ist – in der Situation selbst ist diese Erkenntnis jedoch wahrscheinlich oft nicht abrufbar bzw. handlungsleitend. Warum trotz dieses Wissens Ärger und dysfunktionales Verhalten bei manchen Angehörigen auftritt und bei anderen nicht ist eine weitere Frage, der nachgegangen werden sollte. In Zusammenhang damit sollten auch unterschiedliche Bewältigungsstrategien der Angehörigen herausgearbeitet werden.

Außerdem sollten die Angehörigen befragt werden, ob sie Schwankungen im Verhalten der Erkrankten wahrnehmen und wenn ja, wie sie sich diese erklären. Ein weiterer möglicher Einflussfaktor, der das Auftreten von Ärger mit bedingen kann, sind Einschränkungen in Bezug auf die Lebensführung und Lebensplanung. Ob Angehörige solche Einschränkungen wahrnehmen und wie sie emotional darauf reagieren war eine weitere Leitfrage der qualitativen Untersuchung.

Folgende Forschungsfragen wurden formuliert:

- In welchen Situationen ärgern sich Angehörige von Menschen mit Demenz über den Betroffenen?
- Wie gut verstehen Angehörige die Erkrankung ihres Partners und wie hängt dies mit ungünstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten zusammen?
- Warum gelingt es vielen Angehörigen nicht, ihr Wissen, dass der Partner erkrankt ist und nicht für sein Verhalten verantwortlich gemacht werden kann, in geduldigeres Verhalten gegenüber dem Erkrankten umzusetzen?
- Welche Copingstrategien haben Angehörige im Umgang mit Ärger?

- Nehmen Angehörige Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen wahr und wenn ja, wie erklären sie sich diese Schwankungen?
- Wie hat sich die Erkrankung des Partners auf die Lebensplanung ausgewirkt und wie empfinden Angehörige diese Veränderungen? In welchem Zusammenhang steht dies mit dem Erleben von Ärger?

4.3.3 Untersuchungsinstrumente

4.3.3.1 Quantitative Untersuchung

4.3.3.1.1 Ärger und Ärgerreaktionen

State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI (Schwenkmezger et al., 1992; vgl. Anhang S. 291/292)

In Studie 1 wurde bezüglich einer jeweils vorgegebenen Verhaltensweise einmal danach gefragt, wie stark sich die Angehörigen über den Patienten geärgert hatten. In der Folgestudie sollten die Variablen „Ärger“ und „Ärgerreaktionen“ nun allgemein, aber differenzierter mit dem validierten Fragebogen STAXI erfasst werden.

Das STAXI ist ein kurzes, ökonomisches und gut validiertes Verfahren zur Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck, das insgesamt 44 Items umfasst, die jeweils 4-stufig skaliert sind und fünf Skalen bilden.

Die Ärger-Zustandsskala umfasst 10 Items und erfasst die Intensität des subjektiven Ärgererlebens zu einem Zeitpunkt bzw. in einer definierten Situation. In dieser Studie wurden die Fragen der Ärgerzustandsskala auf Situationen bezogen, in denen der Demenzerkrankte sich in den letzten 14 Tagen nicht so verhalten hat, wie die Angehörigen sich das gewünscht hätten.

Das STAXI hat weiterhin drei Skalen mit jeweils 8 Items, die verschiedene Aspekte des Ärgerausdrucks erfassen:

1. Skala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger
2. Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger
3. Ärger-Kontroll-Skala

In der Originalform sind diese Skalen als dispositionelle Merkmale konzipiert, so dass in der Instruktion zu einer Beschreibung des allgemeinen Gefühlszustandes aufgefordert wird. Für die vorliegende Studie wurde die Instruktion dahingehend abgewandelt, dass die Angehörigen beschreiben sollten, wie sie im Allgemeinen handeln, wenn sie sich über ihren Partner ärgern. Für die Auswertung wurden die Skala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger als Maß für ungünstiges Verhalten und die

Ärger-Kontroll-Skala als Maß für günstiges Verhalten verwendet. Die Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger wurde nicht in die Auswertung einbezogen.

Fragebogen zur Erfassung von Reaktionen Angehöriger auf Problemsituationen (FERAP, selbst entwickelt; vgl. Anhang S.241)

Zur Erfassung günstiger bzw. ungünstiger Verhaltensreaktionen der Angehörigen wurde zusätzlich wieder der selbstentwickelte Fragebogen FERAP verwendet.

Für eine nähere Beschreibung: vgl. Untersuchungsinstrumente Studie 1 (S. 65).

Die Polung der Items in der Skala „Geduld“ wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit der Daten umgekehrt. Hohe Werte drückten hier nun günstigeres Verhalten aus. In der Skala „Kritik“ drückten hohe Werte ungünstigeres Verhalten aus.

Cronbachs Alpha als Maß für die interne Konsistenz der Skalen lag in Studie 2 für FERAP „Kritik“ bei 0.89, für FERAP „Geduld“ bei 0.75.

4.3.3.1.2 Ärgerdisposition

Mit dem STAXI ist es auch möglich, Ärger als Disposition im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft zu erfassen. Gemessen wird dabei die Bereitschaft, in ärgerprovozierenden Situationen mit einer Erhöhung von Zustandsärger zu reagieren. Die Ärger-Dispositionsskala umfasst 10 vierstufig skalierte Items (vgl. Anhang S. 291).

4.3.3.1.3 Symptome/ Verhaltensauffälligkeiten der an Demenz Erkrankten

NOSGER-Skala (Brunner & Spiegel, 1990; vgl. Anhang S. 297/298)

Zur Beurteilung der Symptomatik der an Betroffenen wurde wieder die NOSGER-Skala eingesetzt.

Für eine nähere Beschreibung: vgl. Untersuchungsinstrumente Studie 1 (S. 64 - 66).

4.3.3.1.4 Attributionen und wahrgenommene Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen

Attributionen und von den Angehörigen wahrgenommene Schwankungen des Verhaltens wurden durch einen selbstentwickelten kurzen Attributionsfragebogen erfasst (vgl. Anhang S. 293 - 295). Der Fragebogen umfasst 12 Items, die in Form einer 10 cm langen visuellen Analogskala präsentiert werden, auf der die Angehörigen durch ein Kreuz markieren mussten, inwieweit die jeweiligen Aussagen auf sie bzw. ihren Partner zutrafen. Jeweils zwei Aussagen wurden dabei zu folgenden Bereichen dargeboten: 1. Attributionen auf die Erkrankung als Ursache des Verhaltens 2. Attributionen auf absichtsvolles Verhalten 3. Attributionen auf Verhaltenskontrolle 4. Mangelndes Verständnis 5. Schwankungen des Verhaltens 6. Wiederholungen des Verhaltens.

Die Unterskalen 2 - 4 wurden weiterhin zu der Skala „Ungünstige Attributionen“ zusammengefasst.

4.3.3.1.5 Dauer der Erkrankung

Die Angehörigen wurden gefragt, vor wie vielen Monaten die Diagnose gestellt wurde und vor wie vielen Monaten sie die ersten Symptome bemerkten (vgl. Anhang S. 313)

4.3.3.1.6 Schweregrad der Demenz

Mini-Mental-Status-Test (Folstein et al., 1975, vgl. Anhang S. 286/287)

Für eine nähere Beschreibung: vgl. Untersuchungsinstrumente Studie 1 (S. 66).

4.3.3.1.7 Belastung der Angehörigen und Resentment/Groll

Häusliche Pflegeskala Kurzform (Gräbel, 2001; vgl. Anhang S. 299)

Die Häusliche-Pflege-Skala ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Belastungen von pflegenden Angehörigen. Sie umfasst in ihrer Originalversion 28 vierstufig skalierte Items mit Aussagen zur Belastung Angehöriger. In der vorliegenden Studie wurde eine Kurzversion dieser Skala mit 10 Items verwendet. Diese Kurzversion wurde 2005 im Rahmen der Ausarbeitung von Leitlinien zur Behandlung pflegender Angehörigen vom Erstautor der Skala in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelt und weist nach Angaben der Autoren zufriedenstellende Gütekriterien auf.

Resentment Scale, verkürzte Version (Williamson et al., 2005; vgl. Anhang S. 296)

Zur Erfassung von wahrgenommenem Ärger über Einschränkungen des Alltagslebens, die als Folge der Erkrankung auftreten (z.B. „Ich ärgere mich darüber, zu wenig Zeit für mich zu haben“), wurde eine verkürzte Version der von Williamson et al. (2005) beschriebenen Resentment Scale verwendet. Die ursprünglich von diesen Autoren verwendete Skala setzt sich aus 17 Items zusammen, von denen 10 aus einer Skala von Thompson et al. (1995) und 7 weitere aus dem Burden Interview von Zarit et al. (1980) adaptiert wurden. Für die vorliegende Studie wurden nur die ersten 10 Items der Skala von Thompson et al. verwendet. Die Items dieser Skala sind fünfstufig skaliert.

4.3.3.1.8 Soziale Unterstützung

Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Fydrich et al., 2007; vgl. Anhang S. 301 -303)

Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung ist ein validiertes Messinstrument, das eine differenzierte Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung aus dem privaten Umfeld erlaubt. Der Fragebogen umfasst insgesamt 54 fünfstufig skalierte Items und erfasst die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung auf verschiedenen Skalen: emotionale und praktische Unterstützung, soziale Integration sowie soziale Belastung. Weiterhin werden die Aspekte Reziprozität

sozialer Unterstützung, Verfügbarkeit einer Vertrauensperson sowie Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung erfasst.

Fragebogen zum Zeitaufwand durch Pflege/Betreuung und zur zeitlichen Entlastung (vgl. Anhang S. 300).

Zur Erfassung des Zeitaufwandes durch die Pflege und Betreuung und der zeitlichen Entlastung durch Hilfen wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der sich an der „Resource Utilization in Dementia Scale“ (RUD; Wimo et al., 2000) orientierte. Die Angehörigen wurden dabei befragt, wie viele Stunden pro Tag sie für Pflege und Betreuung verwendeten, wie viele Stunden Freiraum für eigene Aktivitäten sie pro Tag haben und wie viele Stunden pro Woche sie insgesamt durch professionelle oder private Hilfsangebote entlastet wurden. Außerdem wurde noch danach gefragt, ob und in welchem Umfang ein Pflegedienst oder weitere zuvor nicht genannte Hilfen in Anspruch genommen wurden. Es wurden vier Scores gebildet: Pflegeaufwand in Std. pro Tag; Betreuungsaufwand in Std. pro Tag; Entlastung in Std. pro Tag; Hilfen in Std. pro Woche. Bei ungenauen Zeitangaben zum Betreuungsaufwand, die andeuteten, dass die Angehörigen permanent mit der Betreuung beschäftigt sind (z.B. „die ganze Zeit“, „rund um die Uhr“), wurde ein Wert von 16 Stunden pro Tag zugeteilt.

4.3.3.1.9 Bewältigungsstrategien in kritischen Situationen

Stressverarbeitungsfragebogen SVF-84-ak (Erdmann & Janke, 2008; vgl. Anhang S. 304 – 312)

Die 4. überarbeitete und erweiterte Auflage des Stressverarbeitungsfragebogens ermöglicht unter anderem die retrospektive Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsstrategien, die in zuvor abgelaufenen belastenden Situationen angewendet wurden. Die dafür entwickelte Skala SVF-ak-84 besteht aus 84 fünfstufig skalierten Items. Die Probanden sollen dabei angeben, wie wahrscheinlich ihnen die jeweilige Reaktionsweise in der betreffenden Situation „durch den Kopf gegangen“ sei. Somit werden vor allem kognitive Aspekte der Stressverarbeitung gemessen. Zur Erfassung unterschiedlicher Copingstrategien können 21 verschiedene Subskalen gebildet werden, die sich aus je 4 Items zusammensetzen: Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Entspannung, Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion, soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Hilflosigkeit, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmakaeinnahme.

Die für den allgemeinen Stressverarbeitungsfragebogen SVF-120 mögliche Einteilung der einzelnen Skalen in Subbereiche sowie Positiv- und Negativ-Strategien insgesamt wurde für den SVF-84-ak adaptiert. Die im SVF-84-ak gegenüber dem SVF-120 zusätzlich eingeführte Skala „Hilflosigkeit“ wurde dabei dem Subbereich „Aufgeben“ (NEG2) zugeordnet.

Im Folgenden sind die Subbereiche mit den dazu gehörigen Subtests dargestellt:

Subtests	Subbereich
Bagatellisierung Herunterspielen Schuldabwehr	Positivstrategien 1 / POS 1: Um-/ Abwertungsstrategien
Ablenkung Ersatzbefriedigung Selbstbestätigung Entspannung	Positivstrategien 2 / POS 2: Ablenkungs-/ Kompensations- strategien
Situationskontrolle Reaktionskontrolle Positive Selbstinstruktion	Positivstrategien 3 / POS 3: Kontrollstrategien
Gedankl. Weiterbeschäftigung Selbstbemitleidung Selbstbeschuldigung	Negativstrategien 1 / NEG 1: Emotionales Betroffensein
Flucht Soziale Abkapselung Resignation Hilflosigkeit	Negativstrategien 2 / NEG 2: Aufgeben

Tabelle 20: Zuordnung von Subtests zu Subbereichen im SVF-84-ak in Studie 2

Für jeden Subbereich wurde ein Summenscore berechnet. Die Subbereiche POS 1-3 bilden dann den Summenscore für die Positivstrategien, die Subbereiche NEG 1 & 2 den Summenscore für die Negativstrategien. Die Subtests Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Pharmakaeinnahme und Aggression wurden von den Autoren des SVF keinem der Subtestbereiche zugeordnet.

4.3.3.1.10 Persönlichkeit

Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI (Fahrenberg et al., 2001; vgl. Anhang S. 265 -268)

Für eine nähere Beschreibung: vgl. Untersuchungsinstrumente Studie 1 (S. 66).

4.3.3.1.11 Soziale Erwünschtheit

Unterskala „Offenheit“ aus dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar (vgl. Anhang S 265 -268)

Für eine nähere Beschreibung: vgl. Untersuchungsinstrumente Studie 1 (S. 67).

4.3.3.1.12 Demographische Daten

Demographische Daten (Alter, Schulabschluss, Berufsausbildung) wurden mittels eines selbst entwickelten kurzen Fragebogens erfragt (vgl. Anhang S. 313).

4.3.3.2 Qualitative Untersuchung

4.3.3.2.1 Problemzentriertes Interview

Das Interview wurde als problemzentriertes Interview konzipiert (Lamnek, 2010, S. 332 -337). Die Problemzentrierung bezog sich dabei auf Situationen, in denen die Angehörigen sich über den erkrankten Partner ärgerten.

Die vorbereiteten Einstiegsfragen orientierten sich am ABC-Modell aus der rational-emotiven Therapie nach Albert Ellis (Ellis, 1994). Die drei Buchstaben A, B und C stehen dabei für folgende Abläufe einer Verhaltenssequenz:

A = „Activating events“ oder auch auslösende Problemsituation

B = „Beliefs“ oder in der Situation auftretende Kognitionen

C = „Consequences“ oder in der Situation als Folge der Kognitionen auftretende Reaktionen auf der emotionalen Ebene und der Verhaltensebene

Für die Durchführung der Interviews wurden folgende Leitfragen herausgearbeitet:

- Eingangsfrage: Worüber ärgern Sie sich in Bezug auf die Krankheit bei Ihrem Mann/Ihrer Frau?

Weitere Fragen:

- Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie sich ärgern?
- Was tun Sie, wenn Sie sich ärgern?
- Bei Äußerungen, die darauf hindeuten, dass die Angehörigen bemerken, dass sie sich falsch verhalten haben:
 - Wie kommt es, dass sie sich so verhalten, obwohl sie wissen dass es falsch ist?
- Wie werden Sie mit dem Ärger fertig?
- Was tun Sie, um mit dem Ärger fertig zu werden?
- Welche Gedanken helfen Ihnen, um mit dem Ärger fertig zu werden?
- Welche Veränderungen bei Ihrem Mann/bei Ihrer Frau führen Sie auf die Demenz zurück?
- Gibt es im Verhalten Ihres Mannes/Ihrer Frau Schwankungen? Bitte beschreiben Sie diese.
- Wie erklären Sie sich diese Schwankungen?
- Wie wirkt sich die Krankheit auf Ihre Lebensplanung aus?
- Wie hängt dies mit dem Ärger zusammen? bzw. Ärgern Sie sich darüber?

Die Interviews wurden entsprechend des von Witzel (1985) vorgeschlagenen Vorgehens durchgeführt. Nach einer Aufklärung darüber, dass die Aufzeichnung anonymisiert und nur für die vorliegende Arbeit

verwendet sowie nach der Transkription wieder vernichtet wird, wurde über den Zweck der Studie – einem verbesserten Verständnis von Ärgererleben bei Angehörigen – informiert. Als Gesprächseinstieg bekamen alle Angehörigen die gleiche Eingangsfrage. Die weiteren Fragen dienten als Orientierung für den Interviewer und konnten je nach Gesprächsverlauf gestellt, vertieft oder auch weggelassen werden. Letzteres war vorgesehen, wenn die Angehörigen inhaltliche Angaben zu der jeweiligen Frage im Gesprächsverlauf bereits gemacht hatten. Auch Ad-hoc-Fragen, die nicht im Leitfaden verzeichnet waren, konnten gestellt werden, wenn sich diese aus dem Gesprächsverlauf ergaben und der Explizierung von Aussagen dienten. Insgesamt wurde sehr darauf geachtet, den freien Redefluss der Angehörigen möglichst wenig zu unterbrechen.

Bei Unklarheiten im Verständnis der Aussagen wurden vom Interviewer bei Bedarf die von Lamnek (2010) beschriebenen Möglichkeiten des Zurückspiegeln (d.h. Wiedergeben des zuvor Gesagten mit eigenen Worten), des Stellens von Verständnisfragen sowie der Konfrontation mit Widersprüchen genutzt.

Die Texte wurden in Anlehnung an die von Kuckartz (2007, S.43) beschriebene Methode transkribiert. Folgende Transkriptionsregeln wurden dabei angewendet:

1. Es wurde wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Dialekte wurden nicht mit transkribiert.
2. Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet.
3. Angaben, die Rückschlüsse auf die Person erlauben, wurden anonymisiert.
4. Längere Pausen wurden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
5. Zustimmungende bzw. bestätigende Äußerungen des Untersuchers wurden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss des Befragten nicht unterbrechen.
6. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (z.B. Lachen oder Seufzen) wurden in Klammern notiert.
7. Absätze der interviewenden Person wurden durch ein „U“ für Untersucher, die der befragten Person durch ein „P“ für Proband kenntlich gemacht.

Die nachfolgende Analyse der transkribierten Texte erfolgte in Anlehnung an die von Hopf & Schmidt (1993) und auch von Kuckartz (2007) beschriebene Methode des thematischen Codierens.

Von diesen Autoren werden vier Schritte vorgeschlagen:

1. Entwickeln von Auswertungskategorien
2. Codieren des Materials
3. Erstellen von Fallübersichten
4. Vertiefende Analyse von ausgewählten Fällen

Im ersten Schritt sollen anhand theoretischer Vorüberlegungen und Probeinterviews Kategorien gebildet werden, die in mehreren Durchgängen am Textmaterial zunehmend präzisiert und schließlich zu einem Codierleitfaden zusammengestellt werden.

Im zweiten Schritt wird dann das Material anhand dieses Leitfadens codiert. Pro Fall werden alle für eine Kategorie in Frage kommenden Textstellen markiert und einer Ausprägung zugeordnet. Dabei

schlagen Hopf et al. (1995) die Methode des konsensuellen Codierens vor, d.h. die entsprechende Ausprägung der jeweiligen Kategorie wird im Rahmen eines Diskussionsprozesses zwischen zwei Ratern, die den Text zunächst unabhängig voneinander codieren und dann ihre Ergebnisse vergleichen, festgelegt.

Anschließend werden im dritten Schritt anhand der codierten Kategorien tabellarische Fallübersichten für alle Probanden dargestellt. Mit Hilfe dieser Übersicht sollten in der vorliegenden Studie dann ergänzend zur von Hopf und Kuckartz vorgeschlagenen Methode die bereits weiter vorne formulierten Forschungsfragen beantwortet werden.

Im vierten Schritt werden exemplarische Fälle vertiefend analysiert. Mit engem Bezug zum Text sollen dabei mögliche Zusammenhänge zwischen den erarbeiteten Kategorien anhand der Fallbeispiele verdeutlicht werden.

Zur Codierung und Auswertung wurde das Programm MAXQDA 10 verwendet.

4.3.4 Datenerhebung

Die Stichprobe von Studie 2 wurde ebenfalls im Alzheimer Therapiezentrum (ATZ) der Schön Klinik Bad Aibling rekrutiert. Die Datenerhebung fand wie in Studie 1 in der ersten Woche nach der Aufnahme in das Therapiezentrum statt. Angehörige, die zum wiederholten Male am ATZ-Behandlungsprogramm teilnahmen, wurden nicht in die Studie aufgenommen. Die Datenerhebung fand von April 2009 bis Januar 2010 statt. Die Durchführung der qualitativen Erhebung erstreckte sich dabei auf die Monate Mai bis Juli 2009. Der Erhebungszeitraum war im Vergleich zu Studie 1 deutlich länger, da die zu erhebende Stichprobe größer war. Zudem wurde ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt, was bei einer deutlich niedrigeren Behandlungszahl männlicher Angehöriger im ATZ zu zusätzlichen zeitlichen Verzögerungen führte. Die Angehörigen wurden beim Vorliegen teilweise unvollständiger Datensätze zu den fehlenden Items nachträglich befragt. Bei stark unvollständigen Datensätzen, die den Eindruck erweckten, dass die Angehörigen mit dem Ausfüllen der Fragebögen überfordert waren, fand ein Ausschluss aus der Studie statt.

4.3.5 Stichprobe

Insgesamt konnten 73 Angehörige in die Stichprobe aufgenommen werden. Alle 73 waren mit der von der Demenz betroffenen Person verheiratet. 37 Angehörige waren weiblich, 36 männlich. 7 Probanden wurden wegen stark unvollständiger Datensätze aus der Studie ausgeschlossen. Die Angaben der Angehörigen zu Alter und Bildung sind in Tabelle 21 dargestellt.

	Alter	Ausbildungsjahre
Mittelwert	69,19	12,99
Standardabweichung	7,84	2,25
Min. -Max.	48 - 86	8 - 18

Tabelle 21: Alter und Ausbildungsjahre der Angehörigen in Studie 2

Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie war die Diagnose einer Demenzerkrankung des Partners. Die Diagnosestellung erfolgte durch einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie an der Schön Klinik Bad Aibling nach den Kriterien des ICD-10. Die Verteilung der Diagnosen ist in Abbildung 6 dargestellt.

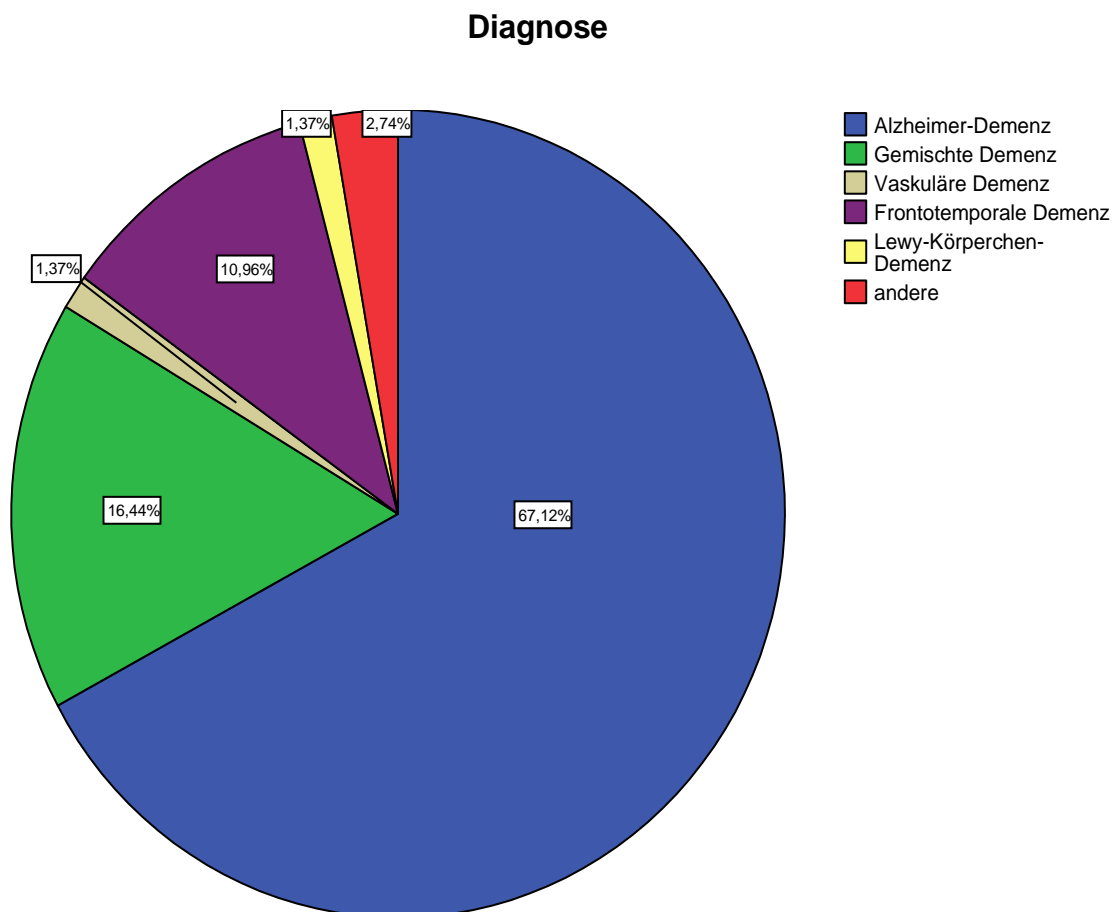


Abbildung 6: Diagnosen der erkrankten Ehepartner von in Studie 2 aufgenommenen Angehörigen

Es wurden Patienten mit leichter, mittelgradiger und fortgeschrittener Demenz aufgenommen. Der Mittelwert im MMST als Maß für den Schweregrad lag bei 17,66 bei einer

Standardabweichung von 7,63. 30 Betroffene kamen auf einen Wert zwischen 21 und 30 (leichte Demenz), 30 weitere auf einen Wert zwischen 11 und 20 (mittelgradige Demenz), 13 hatten einen Wert zwischen 0 und 10 (fortgeschrittene Demenz).

4.3.6 Statistik

Hinsichtlich der statistischen Auswertung wurde analog zum Vorgehen bei Studie 1 verfahren. Im ersten Schritt wurden Maße der zentralen Tendenz ermittelt. Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Ärgervariablen und möglichen Einflussfaktoren wurden Korrelationskoeffizienten nach Pearson mit zweiseitigem Signifikanztest sowie ein Strukturgleichungsmodell berechnet.

Die Hypothese bezüglich des Geschlechtsunterschieds wurde mit t-Tests für unabhängige Stichproben für die verschiedenen Ärgermaße untersucht. Zur Berechnung wurden die Programme SPSS 18.0 und SmartPLS 2.0 verwendet.

Die ausführliche Beschreibung des statistischen Vorgehens findet sich im Statistikteil zu Studie 1 (vgl. S. 73 – 78).

Folgende Einflussvariablen im Strukturgleichungsmodell wurden eindimensional, d.h. mit nur einer Indikatorvariablen erfasst: Ärgererleben (erfasst durch STAXI „Ärgerzustand“), Ärgerdisposition (erfasst durch STAXI „Ärgerdisposition“), Belastung (erfasst durch HPS), Ärger über Einschränkungen/Resentment (erfasst durch Resentment Scale) Attributionen auf Erkrankung (erfasst durch Visuelle Analogskala „Attributionen Erkrankung“), Schwankungen (erfasst durch Visuelle Analogskala „Schwankungen“) Schweregrad (erfasst durch MMST), Lebenszufriedenheit (erfasst durch FPI-Skala „Lebenszufriedenheit“), soziale Belastung (erfasst durch F-Sozu „Soziale Belastung“), soziale Erwünschtheit (erfasst durch die FPI-Skala „Offenheit“).

Die restlichen latenten Variablen im Strukturgleichungsmodell wurden durch mehrere Messvariablen erfasst. Die folgende Tabelle zeigt die Zuordnung der jeweiligen Messvariablen zu den latenten Variablen des Strukturgleichungsmodells:

<i>Latente Variable</i>	<i>Indikatorvariablen</i>
Ungünstiges Verhalten	FERAP-Kritik, STAXI-Ärgerausdruck
Günstiges Verhalten	FERAP-Geduld, STAXI-Ärgerkontrolle
Kognitive Symptome	NOSGER-Skalen „Gedächtnis“, „IADL“, „Pflege“
Nicht-kognitive Symptome	NOSGER-Skalen „Stimmung“, „Sozialverhalten“, „Stör. Verhalten“
Ungünstige Attributionen	Visuelle Analogskalen „Attribution Kontrolle“, Attribution „Absicht“, Attribution „Mangelndes Verständnis“
Soziale Unterstützung	F-Sozu-Skalen „Emotionale Unterstützung“, „Soziale Integration“, Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“
Krankheitsdauer	Zeit seit Erstsymptomatik, Zeit seit Diagnosestellung
Positives Coping	SVF POS 1, SVF POS 2, SVF POS 3
Negatives Coping	SVF NEG 1, SVF NEG 2, SVF Aggressivität
Persönlichkeit	FPI-Skalen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“, „Körperliche Beschwerden“, „Gesundheitssorgen“ „Neurotizismus“

Tabelle 22: Zuordnung von Messvariablen zu latenten Variablen im Strukturgleichungsmodell von Studie 2

4.3.7 Ergebnisse

Zunächst werden die Ergebnisse der Strukturgleichungsmodellierung dargestellt. Anschließend folgt die Beantwortung der einzelnen Hypothesen mit Darstellung der Korrelationen und der jeweils relevanten Pfadkoeffizienten aus dem Strukturgleichungsmodell. Danach werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dargestellt.

4.3.7.1 Gütebeurteilung Strukturgleichungsmodell Studie 2

68 Datensätze wurden zur Berechnung des Modells einbezogen, d.h. in 5 Fällen konnte der jeweilige Datensatz aufgrund fehlender Werte nicht verwendet werden.

Bei der folgenden Beurteilung geht es nur um die latenten Variablen, deren Konstrukt durch mehrere Messvariablen repräsentiert wird.

In einer ersten Modellrechnung wurden folgende Variablen aufgrund zu niedriger Indikatorreliabilitäten aus dem Messmodell entfernt:

- Die Indikatoren „Beanspruchung“, „Körperliche Beschwerden“ und „Gesundheitssorgen“ bei der Variable „Persönlichkeit“ (Indikatorreliabilitäten = 0,31 bzw. 0,02 und 0,19)
- Die Indikatoren „Stimmung“ und „Sozialverhalten“ bei der Variable „nicht-kognitive Symptome“ (Indikatorreliabilitäten = 0,39 bzw. 0,33)
- Der Indikator „SVF POS 2“ (Ablenkungs- und Kompensationsstrategien) bei der Variable „Positives Coping“ (Indikatorreliabilität = 0,11)

Hinsichtlich der nicht-kognitiven Symptome wurden die drei Variablen „Stimmung“, „Sozialverhalten“ und „Störendes Verhalten“ in der zweiten Modellrechnung separat in das Modell eingeführt. Ebenso separat wurde die Variable „SVF POS 2“ unter der Bezeichnung „Ablenkung“ in das Modell eingeführt.

Die Ergebnisse der zweiten Modellrechnung bezüglich der Indikatorreliabilität finden sich in Tabelle 23. Alle Werte erfüllten das Kriterium von $> 0,4$.

Variable	Indikatorreliabilität	Variable	Indikatorreliabilität
FERAP Kritik	0,82	FPI Erregbarkeit	0,71
STAXI Ärgerausdruck	0,86	FPI Aggressivität	0,41
FERAP Geduld	0,73	FPI Neurotizismus	0,57
STAXI Ärgerkontrolle	0,67	Attributionen Kontrolle	0,73
NOSGER Gedächtnis	0,64	Attributionen Absicht	0,57
NOSGER IADL	0,73	Attributionen Verständnis	0,65
NOSGER Pflege	0,60	F-SOZU Emot. Unterst.	0,81
SVF POS 1	0,66	F-SOZU Vertrauensperson	0,63
SVF POS 3	0,70	F-SOZU Soz. Integration	0,82
SVF NEG 1	0,66	F-SOZU Zufriedenheit	0,63
SVF NEG 2	0,72	Erste Symptome	0,78
SVF Aggressivität	0,83	Diagnosestellung	0,94

Tabelle 23: Indikatorreliabilitäten für die im Strukturgleichungsmodell von Studie 2 verwendeten Indikatoren

Die Reliabilitätsprüfung der Konstrukte des äußeren Modells anhand der Faktorreliabilitäten und der durchschnittlich extrahierten Varianz ist in Tabelle 24 dargestellt. Alle Werte lagen im akzeptablen Bereich

Latente Variable	Faktorreliabilität	Durchschnittlich extrahierte Varianz
Ungünstiges Verhalten	0,92	0,84
Günstiges Verhalten	0,82	0,70
Ungünstige Attributionen	0,85	0,65
Kognitive Symptome	0,85	0,66
Soziale Unterstützung	0,91	0,72
Krankheitsdauer	0,88	0,79
Positives Coping	0,81	0,68
Negatives Coping	0,89	0,73
Persönlichkeit	0,79	0,56

Tabelle 24: Faktorreliabilitäten und durchschnittlich extrahierte Varianzen für die im Strukturgleichungsmodell von Studie 2 verwendeten Indikatoren

Die Erklärungskraft des Modells in Bezug auf Ärgererleben kann als substantiell bewertet werden, die Erklärungskraft für ungünstiges und günstiges Verhalten als moderat (Tabelle 25).

Latente Variable	Erklärte Varianz R²
Ärgererleben	0,67
Ungünstiges Verhalten	0,61
Günstiges Verhalten	0,45

Tabelle 25: Erklärte Varianz R² der latenten Variablen Ärgererleben, ungünstiges und günstiges Verhalten im Strukturgleichungsmodell von Studie 2.

Abbildung 7 (S. 142) zeigt das Gesamtmodell, in Abbildung 8 (S. 143) sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die bedeutsamen Pfadkoeffizienten dargestellt.

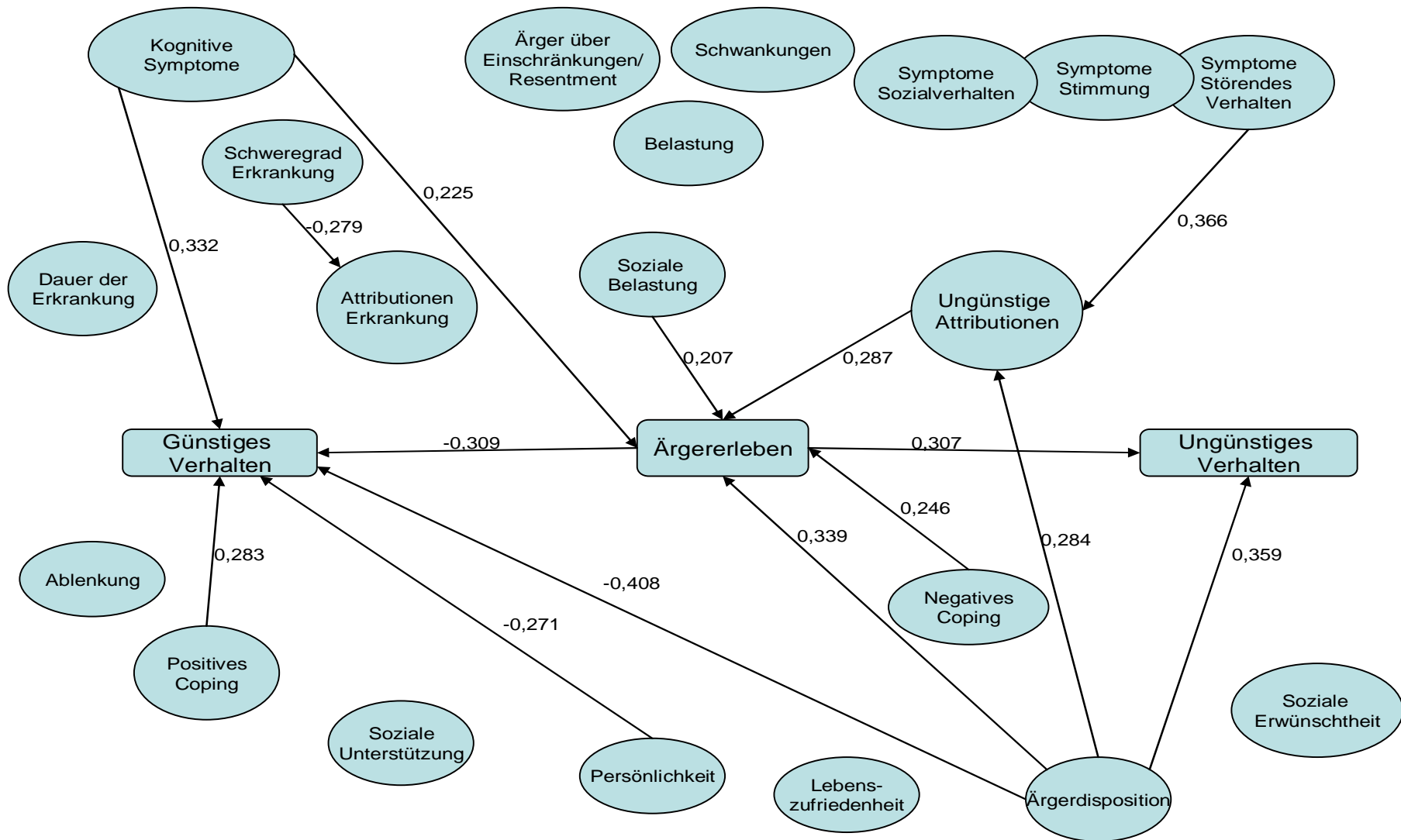


Abbildung 8: Strukturgleichungsmodell Studie 2, bedeutsame Pfadkoeffizienten

4.3.7.2 Beurteilung der einzelnen Hypothesen

Die Maße der zentralen Tendenz für alle untersuchten Variablen sind im Anhang in der Tabelle A 3 dargestellt (S. 237)

Zunächst soll eine kurze Beschreibung zur deskriptiven Statistik der Ärgervariablen und deren Korrelationen untereinander erfolgen. Ebenso werden die Zusammenhänge zwischen Ärgererleben und Ärgerreaktionen im Strukturgleichungsmodell gezeigt. Anschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen.

Der Mittelwert für den Ärgerzustand (STAXI) lag mit 20,6 (SD=6,15) bei möglichen Werten zwischen 10 und 40 im eher unteren Bereich. Ein Vergleich mit der Normalbevölkerung war bei dieser Skala nicht möglich, da zum einen keine Normwerte existieren und zum anderen die Fragestellung im Vergleich zur Originalskala abgewandelt wurde (in der Originalskala: momentaner Ärgerzustand, in der in dieser Studie verwendeten Skala: Ärger über Verhalten des Partners in den letzten 14 Tagen).

Der Mittelwert für den Ärgerausdruck nach außen im STAXI war mit 13,04 (SD=4,05) vergleichbar mit den Normwerten des STAXI für Männer und Frauen mit 50 Jahren und älter (Stanine-Wert von 5 für den Wert 13 im STAXI). Auch der Mittelwert für die Ärgerkontrolle im STAXI entsprach mit 23,29 (SD=4,23) den im Handbuch angegebenen Normwerten (für Frauen und Männer liegt der Wert 23 jeweils bei einem Stanine-Wert von 5). Ärgerkontrolle wurde somit häufiger angegeben als der offene Ausdruck von Ärger. Die Probanden unterschieden sich sowohl hinsichtlich dieser Tendenz wie auch hinsichtlich der Höhe ihrer Ärgerausdruckswerte nicht von der Normalbevölkerung.

Im selbst entwickelten Fragebogen FERAP zu Verhaltensreaktionen in Problemsituationen lagen die Mittelwerte bei 18,08 (SD=3,28) für günstiges und bei 12,78 (SD=4,25) für ungünstiges Verhalten (möglicher Spannweite: 5-25), d.h. auch hier wurden günstige Verhaltensweisen öfter angegeben als ungünstige.

	STAXI Ärgerzustand	STAXI Ärgerausdruck	FERAP Kritik	STAXI Ärgerkontrolle	FERAP Geduld
STAXI Ärgerzustand	1	,653 ***	,589 ***	-,478 ***	-,227
STAXI Ärgerausdruck		1	,694 ***	-,479 ***	-,242 *
FERAP Kritik			1	-,477 ***	-,518 ***
STAXI Ärgerkontrolle				1	,428 ***
FERAP Geduld					1

Tabelle 26: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger sowie ungünstigem & günstigem Verhalten in Studie 2
* p < 0,05 *** p < 0,001

Der in Studie 1 bereits gefundene Zusammenhang zwischen dem Erleben von Ärger und darauf folgenden Verhaltensreaktionen der Angehörigen konnte auch in Studie 2 nachgewiesen werden.

Die Korrelationen zwischen den einzelnen Variablen lagen bis auf zwei Ausnahmen (STAXI „Ärgerzustand“ & FERAP „Geduld“: $r=-0,242$, signifikant; STAXI „Ärgerausdruck“ & FERAP-„Geduld“: $r=-0,227$, nicht signifikant) im hoch signifikanten Bereich (vgl. Tabelle 26, S. 144).

Im Strukturgleichungsmodell waren die Pfadkoeffizienten zwischen dem Ärgererleben und ungünstigem Verhalten (0,307) sowie günstigem Verhalten (-0,309) jeweils im bedeutsamen Bereich und erreichten beim Bootstrapping Signifikanzniveau (für ungünstiges Verhalten: $T=2,46$; für günstiges Verhalten: $T=2,37$).

Im Folgenden nun die Ergebnisdarstellung bezüglich der einzelnen Hypothesen:

4.3.7.2.1. Hypothese 1: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und ungünstige Attributionen

Der Mittelwert für den Gesamtscore „Ungünstige Attributionen“ lag bei 6,67 (SD=3,73). Der höchste Durchschnittswert bei den Unterskalen wurde für die Skala „Mangelndes Verständnis“ mit 10,62 (SD=5,6) gefunden, gefolgt von der Skala „Kontrolle“ mit 5,8 (SD=4,51) und der Skala „Absicht“ mit 3,59 (SD=3,83). Die hohen Standardabweichungen deuten auf eine hohe Variabilität der Werte innerhalb der Stichprobe hin.

Die Korrelationen sind in Tabelle 27 (S. 146) dargestellt. Ärgererleben und ungünstige Attributionen korrelierten durchweg sehr bzw. hoch signifikant (Korr. mit negativen Attributionen insgesamt: $r=0,515$, mit „Kontrolle“: $r=0,435$; mit „Absicht“: $r=0,330$; mit „mangelndes Verständnis“: $r=0,452$).

Bei den ungünstigen Verhaltensweisen zeigten sich ebenfalls großteils sehr bis hoch signifikante Korrelationen mit den Werten für ungünstige Attributionen (STAXI „Ärgerausdruck“: Korr. mit ungünstigen Attributionen insgesamt: $r=0,465$; mit „Kontrolle“: $r=0,422$; mit „Absicht“: $r=0,310$; mit „mangelndes Verständnis“: $r=0,377$ / FERAP „Kritik“: Korr. mit negativen Attributionen insgesamt: $r=0,483$; mit „Kontrolle“: $r=0,427$; mit „mangelndes Verständnis“: $r=0,477$). Nur die Korrelation zwischen FERAP „Kritik“ und Attributionen auf Absicht ($r=0,214$) wurde nicht signifikant.

Der Pfadkoeffizient zwischen ungünstigen Attributionen und Ärgererleben lag mit 0,287 im bedeutsamen Bereich und erreichte beim Bootstrapping Signifikanzniveau ($T=2,340$), der Pfadkoeffizient zwischen ungünstigen Attributionen und ungünstigem Verhalten war mit 0,183 hingegen nicht bedeutsam.

Der erste Teil der Hypothese konnte bestätigt werden. Sowohl korrelativ wie auch im Strukturgleichungsmodell besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen ungünstigen Attributionen und dem Erleben von Ärger.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen ungünstigen Attributionen und ungünstigen Verhaltensweisen konnte die Hypothese teilweise bestätigt werden. Für die meisten Parameter wurden signifikante Korrelationen gefunden, der Pfadkoeffizient im Strukturgleichungsmodell war jedoch nicht bedeutsam.

	Attr Erkrankung	Attr Kontrolle	Attr Absicht	Attr Verständnis	Neg Attr Gesamt	Attr Schwankungen
STAXI Ärgerzustand	-,183	,435 ***	,330 **	,452 ***	,515 ***	,035
STAXI Ärgerausdruck	-,173	,422 ***	,310 **	,377 **	,465 ***	-,053
FERAP Kritik	-,208	,424 ***	,214	,477 ***	,483 ***	,067
STAXI Ärgerkontrolle	,145	-,241 *	-,322 **	-,296 *	-,356 **	-,015
FERAP Geduld	,393 **	-,251 *	-,086	-,204	-,233 *	,304 **

Tabelle 27: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Attributionen und wahrgenommenen Schwankungen in Studie 2
* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

4.3.7.2.2 Hypothese 2: Ärgererleben, ungünstige Attributionen, nicht-kognitive Symptome der Betroffenen und Schwankungen der Symptomatik

Hinsichtlich der Symptomatik wiesen die NOSGER Skalen „Gedächtnis“ (M=15, 81; SD=3,24), „IADL“ (M=16,95; SD=4,08) und „Sozialverhalten“ (M=15,91; SD=3,97) die höchsten Mittelwerte auf. Die Symptomatik in den Bereichen „Pflege“ (M=9,34; SD=3,54), „Stimmung“ (M=11,99; SD=3,53) und „Störendes Verhalten“ (M=9,81; SD=3,09) war hingegen im Durchschnitt etwas weniger ausgeprägt. Die Angaben der Angehörigen zu Schwankungen des Verhaltens lagen bei einem Mittelwert von 11,3 (SD=5,23) durchschnittlich im mittleren Bereich, wobei die relative hohe Standardabweichung auch auf eine hohe Variabilität der Werte hinweist.

Die Korrelationen sind in den Tabellen 27, 28 und 29 (S. 146/147) dargestellt. Zwischen ungünstigen Attributionen insgesamt und NOSGER „Störendes Verhalten“ wurde eine hoch signifikante Korrelation gefunden (r=0,432). Außerdem korrelierte diese NOSGER Subskala hoch signifikant mit Attributionen in Bezug auf mangelndes Verständnis (r=0,488) sowie sehr signifikant mit Attributionen auf Absicht (r=0,315). Bei den weiteren NOSGER Subskalen für nicht-kognitive Symptomatik „Stimmung“ und „Sozialverhalten“ zeigte sich bezüglich der Attributionen nur eine knapp signifikante Korrelation zwischen NOSGER „Stimmung“ und der Attributionsskala „mangelndes Verständnis“ (r=0,234).

Es wurde weiterhin eine hoch signifikante Korrelation zwischen STAXI „Ärgerzustand“ und NOSGER „Störendes Verhalten“ gefunden ($r=0,455$). Bei den weiteren Indikatoren nicht-kognitiver Symptomatik (NOSGER „Stimmung“, NOSGER „Sozialverhalten“) fanden sich keine signifikanten Korrelationen mit dem Ärgererleben.

Hinsichtlich der wahrgenommenen Schwankungen der Symptomatik wurden ebenfalls keine signifikanten Korrelationen mit ungünstigen Attributionen und dem Ärgerzustand festgestellt.

Die von den Angehörigen wahrgenommenen Schwankungen korrelierten allerdings sehr signifikant mit den Attributionen auf die Erkrankung ($r=0,388$) sowie mit FERAP „Geduld“ ($r=0,304$) als Indikator für günstiges Verhalten.

	NOSGER Gedächtnis	NOSGER IADL	NOSGER Pflege	NOSGER Stimmung	NOSGER Soz. Verhalten	NOSGER Stör. Verhalten
STAXI Ärgerzustand	,209	,176	,278 *	,084	,156	,455 ***
STAXI Ärgerausdruck	,148	,106	,252 *	,098	,121	,304 **
FERAP Kritik	,014	-,143	,117	,095	,036	,413 **
STAXI Ärgerkontrolle	,024	,155	-,057	-,030	,130	-,248 *
FERAP Geduld	,246 *	,387 **	,246 *	,168	,110	-,012

Tabelle 28: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Symptomen der Patienten in Studie 2.

* $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$
 *** $p < 0,001$

	NOSGER Gedächtnis	NOSGER IADL	NOSGER Pflege	NOSGER Stimmung	NOSGER Soz. Verhalten	NOSGER Stör. Verhalten	Attr Schwankungen
Attr Erkrankung	,280 *	,174	,271 *	,044	-,045	-,001	,388 **
Attr Kontrolle	,051	,065	,018	,001	,166	,200	,000
Attr Absicht	,056	,009	,024	,050	,045	,315 **	,010
Attr Verständnis	,176	-,006	,221	,234 *	,103	,488 ***	,148
Neg. Attr insgesamt	,127	,046	,126	,134	,134	,432 ***	,077

Tabelle 29: Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit wahrgenommenen Schwankungen und Symptomen der Patienten in Studie 2

* $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$
 *** $p < 0,001$

Im Strukturgleichungsmodell wurden die drei Subskalen kognitiver Symptomatik separat in das Modell eingeführt, da aufgrund zu geringer Indikatorreliabilitäten die Bildung einer gemeinsamen latenten Variablen nicht gerechtfertigt war. Es zeigte sich ein bedeutsamer Pfadkoeffizient zwischen störendem Verhalten und ungünstigen Attributionen (0,366), wobei

auch der T-Wert nach der Bootstrapping-Methode im signifikanten Bereich lag ($T=2,201$). Alle anderen Pfadkoeffizienten zwischen nicht-kognitiver Symptomatik und Ärgerindikatoren lagen im nicht bedeutsamen Bereich. Ebenso zeigten sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen wahrgenommenen Schwankungen und ungünstigen Attributionen bzw. dem Ärgererleben.

Die Hypothese konnte für den Zusammenhang zwischen störendem Verhalten der Betroffenen und ungünstigen Attributionen bestätigt werden.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen störendem Verhalten und Ärgererleben konnte die Hypothese teilweise bestätigt werden, da eine hoch signifikante Korrelation, jedoch kein bedeutsamer Pfadkoeffizient gefunden wurden.

Hinsichtlich des Einflusses weiterer Indikatoren nicht-kognitiver Symptomatik und wahrgenommener Schwankungen muss die Hypothese aufgrund fehlender oder geringer Zusammenhänge abgelehnt werden. Bei den Schwankungen zeigten sich sogar Zusammenhänge in umgekehrter Richtung, die eine vermehrte Wahrnehmung von Schwankungen mit Attributionen auf die Erkrankung und günstigerem Verhalten in Verbindung brachten.

4.3.7.2.3 Hypothese 3: Ärgererleben, Schweregrad und Dauer der Erkrankung und günstige Attributionen

Der Mittelwert der Skala „Attributionen Erkrankung“ lag bei 16,52 ($SD=3,27$), d.h. dass Verhaltensveränderungen der Erkrankten von den Angehörigen zum Großteil auf die Erkrankung zurückgeführt wurden. Bezüglich der Dauer der Erkrankung wurden für die Erstmanifestation von Symptomen durchschnittlich ca. 5 Jahre ($M=59,97$ Monate; $SD=34,1$ Monate) und für den Zeitraum seit der Diagnosestellung durchschnittlich ca. 2 $\frac{3}{4}$ Jahre ($M=32,63$ Monate; $SD=25,01$ Monate) angegeben. Auch hier deuten die Standardabweichungen auf eine hohe Variabilität der Angaben hin. Der Mittelwert des MMST als Maß für den Schweregrad der Erkrankung lag bei 17,66 ($SD=7,63$).

Die Korrelationen sind in den Tabellen 27 - 31 dargestellt (S. 146/147/149). Zwischen Attributionen auf die Erkrankung und Ärgererleben war keine signifikante Korrelation nachweisbar. Es fand sich aber bezüglich der Verhaltensreaktionen Angehöriger eine sehr signifikante Korrelation zwischen Attributionen auf die Erkrankung mit FERAP „Geduld“ ($r=0,393$), nicht jedoch mit STAXI „Ärgerkontrolle“.

Zwischen den Parametern für die Dauer der Erkrankung und den Attributionen auf die Erkrankung waren die Korrelationen nicht signifikant. Für den Schweregrad der Erkrankung

zeigte sich eine sehr signifikante negative Korrelation zwischen dem MMST und Attributionen auf die Erkrankung ($r=-0,393$).

Kognitive Symptome insgesamt sowie die NOSGER Unterskalen „Gedächtnis“ und „Pfleger“ korrelierten signifikant mit Attributionen auf die Erkrankung (kog. Sympt. insges.: $r=0,290$; Gedächtnis: $r=0,280$; Pflege: $r=0,271$).

Ein signifikanter korrelativer Zusammenhang zeigte sich zwischen STAXI „Ärgerzustand“ und NOSGER „Pfleger“ ($r=0,278$), nicht jedoch mit den NOSGER-Unterskalen „Gedächtnis“ und „IADL“. In Bezug auf günstige Verhaltensweisen Angehöriger waren signifikante bzw. sehr signifikante Zusammenhänge zwischen der Skala FERAP „Geduld“ und allen drei NOSGER Unterskalen nachweisbar (Gedächtnis: $r=0,246$; IADL: $r=0,387$; Pflege: $r=0,246$). Zwischen den eben erwähnten NOSGER Subskalen und STAXI „Ärgerkontrolle“ fanden sich hingegen keine signifikanten Korrelationen.

	MMST	Erstsymptome	Diagnosestellung	Alter	Ausbildung
STAXI Ärgerzustand	-,088	,177	-,014	-,098	,026
STAXI Ärgerausdruck	,061	,087	-,050	-,166	-,140
FERAP Kritik	,226	,057	-,304 **	-,096	,056
STAXI Ärgerkontrolle	,005	-,153	-,024	,087	,143
FERAP Geduld	-,144	-,034	,015	,062	-,047

Tabelle 30: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Schweregrad, Dauer der Erkrankung und demographischen Variablen in Studie 2
** $p < 0,01$

	MMST	Erstsymptome	Diagnosestellung	Alter	Ausbildung
Attr Erkrankung	-,393 **	,219	,202	-,128	-,059
Attr Kontrolle	,087	-,019	,031	-,013	-,101
Attr Absicht	-,091	,060	,049	,035	,030
Attr Verständnis	,051	,219	,029	,139	-,048
Neg. Attr insgesamt	,029	,122	,044	,076	-,054

Tabelle 31: Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit Schweregrad, Dauer der Erkrankung und demographischen Variablen in Studie 2
** $p < 0,01$

Im Strukturgleichungsmodell war der Pfadkoeffizient zwischen Attributionen auf die Erkrankung und Ärgererleben nicht bedeutsam. Ebenso zeigte sich kein Zusammenhang zwischen den Attributionen und günstigem Verhalten.

Ein bedeutsamer Pfadkoeffizient fand sich zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und den Attributionen auf die Erkrankung ($-0,279$). Dieser erreichte auch beim Bootstrapping

Signifikanzniveau ($T=2,734$). Bezüglich der Dauer der Erkrankung und den kognitiven Symptomen waren die Pfadkoeffizienten mit den Attributionen nicht bedeutsam.

Kognitive Symptome wiesen allerdings bedeutsame Pfadkoeffizienten sowohl mit dem Ärgererleben ($0,225$) wie auch mit günstigem Verhalten ($0,322$) auf, wobei letzterer auch beim Bootstrapping Signifikanzniveau erreichte ($T=3,216$).

Insgesamt konnte die Hypothese nur teilweise bestätigt werden. Das Ärgererleben war nicht, wie vorhergesagt, in negativer Richtung mit den Attributionen auf die Erkrankung assoziiert.

Hinsichtlich günstiger Verhaltensweisen zeigte sich mit den Attributionen auf die Erkrankung zumindest ein schwacher Zusammenhang mit einem von zwei Parametern bei den Korrelationen. Weiterhin scheint der Schweregrad der Erkrankung, nicht jedoch die Erkrankungsdauer mit den Attributionen auf die Erkrankung zusammenzuhängen.

Deutlichere Zusammenhänge waren zwischen den kognitiven Symptomen und Ärgererleben sowie günstigem Verhalten nachweisbar. Überraschenderweise gingen dabei mehr kognitive Symptome auch mit mehr Ärgererleben im Strukturgleichungsmodell einher. Gleichzeitig gab es jedoch auch den Zusammenhang, dass mehr kognitive Symptome mit günstigerem Verhalten assoziiert waren.

4.3.7.2.4 Hypothese 4: Ärgererleben, ungünstige Attributionen und Resentment/Groll sowie Belastung

Der Mittelwert der Resentment Scale lag mit $29,33$ ($SD=7,19$) im mittleren Bereich, der durchschnittliche Wert in der Häuslichen Pflege Skala (HPS) war bei $13,77$ ebenfalls im mittleren Bereich, wobei hier die relativ hohe Standardabweichung ($SD=7,37$) einen Hinweis auf eine breite Streuung der Werte lieferte.

Die Korrelationen sind in den Tabellen 32 und 33 (S. 151) dargestellt. Zwischen der Resentment Skala und „mangelndem Verständnis“ ($r=0,299$) sowie ungünstigen Attributionen insgesamt ($r=0,276$) waren signifikante Korrelationen nachweisbar. Belastung gemessen mit der HPS-Skala korrelierte hingegen nicht mit den Attributionen.

Die Werte für Resentment/Groll und Belastung korrelierten jedoch beide signifikant bis hoch signifikant mit dem Ärgererleben sowie ungünstigen Verhaltensweisen. Mit günstigen Verhaltensweisen waren keine signifikanten Korrelationen nachweisbar.

Im Strukturgleichungsmodell zeigten sich keine bedeutsamen Pfadkoeffizienten zwischen Resentment/Groll sowie Belastung auf der einen Seite und ungünstigen Attributionen sowie Ärgererleben auf der anderen Seite.

Die Hypothese konnte nur teilweise bestätigt werden. Signifikante Korrelationen zwischen Resentment/Groll und Belastung mit dem Ärgererleben sowie zwischen Resentment/Groll und ungünstigen Attributionen fanden im Strukturgleichungsmodell keine Bestätigung. Zwischen Belastung und ungünstigen Attributionen waren keine Zusammenhänge nachweisbar.

	Resentment Scale	HPS
STAXI Ärgerzustand	,353 **	,366 **
STAXI Ärgerausdruck	,382 **	,421 ***
FERAP Kritik	,335 **	,262 *
STAXI Ärgerkontrolle	-,187	-,146
FERAP Geduld	,068	,204

Tabelle 32: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Resentment/Groll und Belastung in Studie 2
 * p < 0,05
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001

	Resentment Scale	HPS
Attr Erkrankung	-,058	,068
Attr Kontrolle	,186	,175
Attr Absicht	,149	,071
Attr Verständnis	,299 *	,139
Neg. Attr insgesamt	,276 *	,164

Tabelle 33: Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit Resentment/Groll und Belastung in Studie 2
 * p < 0,05

4.3.7.2.5 Hypothese 5: Ärgererleben, Ärgerreaktionen, ungünstige Attributionen und Ärgerneigung

Der Durchschnittswert für die Ärgerdisposition im STAXI war bei 18,38 (SD=4,33). Dies entspricht einem unauffälligen Staninewert sowohl für Männer (Stanine=5) wie auch für Frauen (Stanine=6) in der Normstichprobe.

Die Korrelationen sind in den Tabelle 34 und 35 (S. 152) dargestellt. Alle Ärgermaße, die sich auf das Ärgererleben und Verhaltensreaktionen in kritischen Situationen bezogen, korrelierten signifikant bis hoch signifikant mit dem Maß für Ärgerneigung im STAXI (STAXI „Ärgerzustand“: r=0,663; STAXI „Ärgerausdruck“: r=0,715; FERAP „Kritik“: r=0,578; STAXI „Ärgerkontrolle“: r=-0,461; FERAP „Geduld“: r=-0,287).

Ungünstige Attributionen korrelierten bis auf die Unterskala „Absicht“ sehr bis hoch signifikant mit der Ärgerneigung im STAXI (Ungünstige Attributionen insges.: r=0,416; „Kontrolle“: r=0,423; „Mangelndes Verständnis“: r=0,346).

Im Strukturgleichungsmodell zeigten sich durchweg bedeutsame Pfadkoeffizienten (Ärgerdisposition – Ärgererleben: 0,339; Ärgerdisposition – ungünstiges Verhalten: 0,359; Ärgerdisposition – günstiges Verhalten: -0,406; Ärgerdisposition – ungünstige Attributionen: 0,284). Drei dieser Koeffizienten erreichten auch das Signifikanzniveau nach der

Bootstrapping-Methode (Ärgerdisposition – ungünstiges Verhalten: T=2,225; Ärgerdisposition – günstiges Verhalten: T=2,129; Ärgerdisposition – ungünstige Attributionen: T=2,003).

Die Hypothese konnte vollständig bestätigt werden, da die vermuteten Zusammenhänge sowohl korrelativ wie auch im Strukturgleichungsmodell nachgewiesen werden konnten.

	Ärgerneigung
STAXI Ärgerzustand	,663 ***
STAXI Ärgerausdruck	,715 ***
FERAP Kritik	,578 ***
STAXI Ärgerkontrolle	-,461 ***
FERAP Geduld	-,287 *

Tabelle 34: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit der Ärgerneigung in Studie 2

* p < 0,05
 *** p < 0,001

	Ärgerneigung
Attr Erkrankung	-,240 *
Attr Kontrolle	,423 ***
Attr Absicht	,209
Attr Verständnis	,346 **
Neg. Attr insgesamt	,416 ***

Tabelle 35: Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit der Ärgerneigung in Studie 2

* p < 0,05
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001

4.3.7.2.6 Hypothese 6: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Persönlichkeit

Bezüglich der Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars für die Gesamtgruppe sei auf Tabelle A 3 im Anhang verwiesen (S. 237). Da die Normen des FPI nach Geschlecht und Alter getrennt sind, wurde nur ein grober Vergleich der hier vorliegenden Durchschnittswerte mit im Handbuch des Verfahrens angegebenen Normwerten durchgeführt. Es gab kaum wesentliche Abweichungen bei den Mittelwerten und Standardabweichungen von der Normstichprobe. Nur in der Skala „Beanspruchung“ fand sich ein Mittelwert, der sich auch unter Berücksichtigung der Standardabweichungen, noch von einzelnen Werten der Normstichproben älterer Probanden unterschied.

Die Korrelationen sind in Tabelle 36 (S. 154) dargestellt. Der „Ärgerzustand“ im STAXI korrelierte, wie erwartet, signifikant bis hoch signifikant mit den Persönlichkeitsskalen „Lebenszufriedenheit“ (r=-0,445), „Erregbarkeit“ (r=0,497), „Aggressivität“ (r=0,378), „Beanspruchung“ (r=0,247) sowie „Neurotizismus“ (r=0,337). Die in Studie 1 gefundenen Zusammenhänge des Ärgererlebens mit den Skalen „Körperliche Beschwerden“ und „Gesundheitssorgen“ konnten hingegen nicht repliziert werden.

Bezüglich ungünstiger Verhaltensweisen zeigten sich für STAXI „Ärgerausdruck“ die erwarteten signifikanten bis hoch signifikanten Zusammenhänge mit den entsprechenden

Persönlichkeitsskalen („Lebenszufriedenheit“: $r=-0,294$; „Erregbarkeit“: $r=0,395$; „Aggressivität“: $r=0,463$; „Beanspruchung“: $r=0,269$; „Neurotizismus“: $r=0,316$). Für FERAP „Kritik“ wurden signifikante Korrelationen nur für die Skalen „Lebenszufriedenheit“ ($r=-0,284$), „Erregbarkeit“ ($r=0,296$) und „Aggressivität“ ($r=0,385$), nicht aber für die Skalen „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“ gefunden.

Hinsichtlich günstiger Verhaltensweisen zeigten sich nur für die Variable STAXI „Ärgerkontrolle“ signifikante bzw. sehr signifikante Korrelationen in erwarteter Richtung mit den Persönlichkeitsvariablen „Lebenszufriedenheit“ ($r=0,254$) und „Erregbarkeit“ ($r=-0,322$). Für die Variable FERAP „Geduld“ bestanden signifikante Korrelationen mit den Persönlichkeitsvariablen „Beanspruchung“ ($r=0,254$) und „Körperliche Beschwerden“ ($r=0,284$). Diese Korrelationen gingen jedoch nicht in die erwartete Richtung, sondern deuteten darauf hin, dass erhöhte Beanspruchung und mehr körperliche Beschwerden mit geduldigerem Verhalten zusammenhängen.

In das Strukturgleichungsmodell konnten nach Korrektur anhand der Indikatorreliabilitäten nur die Persönlichkeitsvariablen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“ und „Neurotizismus“ unter der latenten Variable „Persönlichkeit“ aufgenommen werden. Es zeigte sich ein in negativer Richtung bedeutsamer Pfadkoeffizient mit günstigem Verhalten ($-0,271$), jedoch waren keine bedeutsamen Zusammenhänge mit dem Ärgererleben und ungünstigem Verhalten nachweisbar. Die Variable „Lebenszufriedenheit“ zeigte ebenfalls keinen bedeutsamen Zusammenhang mit dem Ärgererleben.

Die Hypothese konnte insgesamt nur teilweise bestätigt werden. Die erwarteten Zusammenhänge ließen sich zwar für das Ärgererleben und ungünstige Verhaltensweisen korrelativ größtenteils nachweisen, nicht jedoch im Strukturgleichungsmodell. Hier zeigte sich wiederum ein bedeutsamer Zusammenhang mit günstigem Verhalten in negativer Richtung, welcher aber bei den Korrelationen relativ schwach ausgeprägt war. Der in Studie 1 entgegen der Hypothesen ermittelte Einfluss der Variablen „Körperliche Beschwerden“ und „Gesundheitssorgen“ konnte in Studie 2 nicht repliziert werden.

	FPI Lebens-zufriedenheit	FPI Soziale Orientierung	FPI Leistungs-orientierung	FPI Gehemmtheit	FPI Erregbarkeit	FPI Aggressivität	FPI Beanspruchung	FPI Körperl. Beschw.	FPI Gesundheits-Sorgen	FPI Offenheit	FPI Neurotizismus	FPI Extraversion
STAXI Ärgerzustand	-,445 ***	,016	-,127	-,024	,497 ***	,378 **	,247 *	,018	-,150	,359 **	,337 **	,091
STAXI Ärgerausdruck	-,294 *	,047	,055	-,086	,395 **	,463 ***	,269 *	,046	-,191	,478 ***	,316 **	,220
FERAP Kritik	-,284 *	-,065	-,019	-,097	,296 *	,385 **	,065	-,019	-,137	,272 *	,204	,181
STAXI Ärgerkontrolle	,254 *	-,016	,165	-,016	-,322 **	-,198	-,056	,044	,173	-,203	-,124	,073
FERAP Geduld	,096	,190	,207	,049	-,135	,003	,254 *	,284 *	,030	-,119	,154	,079

Tabelle 36: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Persönlichkeitseigenschaften in Studie 2

* p < 0,05
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001

	F-Sozu Emotionale Unterstützung	F-Sozu Praktische Unterstützung	F-Sozu Soziale Integration	F-Sozu Wahrgenommene Soziale Unterstützung	F-Sozu Soziale Belastung	F-Sozu Reziprozität	F-Sozu Verfügbarkeit Vertrauensperson	F-Sozu Zufriedenheit Soziale Unterstützung	Stunden ADL	Stunden Betreuung	Stunden Freiraum	Stunden Hilfen
STAXI Ärgerzustand	-,271 *	-,112	-,301 *	-,264 *	,285 *	-,156	-,322 **	-,313 **	-,052	,251 *	-,053	,185
STAXI Ärgerausdruck	-,212	,015	-,234	-,183	,425 ***	-,215	-,249 *	-,258 *	,001	,041	-,081	,110
FERAP Kritik	-,212	-,119	-,240 *	-,218	,332 **	-,306 *	-,238 *	-,218	-,071	-,134	-,028	-,013
STAXI Ärgerkontrolle	,228	,205	,173	,230	-,294 *	,141	,298 *	,122	,024	-,001	,151	-,049
FERAP Geduld	-,068	-,106	,079	-,038	-,057	,202	-,063	-,026	,209	,332 **	-,106	,159

Tabelle 37: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Indikatoren der sozialen Unterstützung in Studie 2

* p < 0,05
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001

4.3.7.2.7 Hypothese 7: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und situative Bewältigungsstrategien

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens in der Version SVF-ak-84 für die Gesamtgruppe finden sich im Anhang in Tabelle A 3 (S. 237). Ein Vergleich mit den im Handbuch des SVF angegebenen allgemeinen Normtabellen machte bei der vorliegenden Stichprobe keinen Sinn, da es sich bei der hier angewandten Form des Verfahrens um die ganz spezifische Erfassung von Stressverarbeitung in einer vorgegebenen Problemsituation handelte, für welche keine speziellen Normen existieren.

Die Anwendung positiver Stressverarbeitungsweisen in Problemsituationen, in denen der an Demenz erkrankte Partner sich nicht wie vom Angehörigen erwartet verhält, wurde durchschnittlich häufiger angegeben als negative Stressverarbeitungsweisen. Insbesondere die sogenannten Kontrollstrategien (Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion) wurden dabei im Durchschnitt am häufigsten eingesetzt. Bei den negativen Stressverarbeitungsweisen wurde der Subbereich „Emotionales Betroffensein“ (Gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung) häufiger angegeben als der Subbereich „Aufgeben“ (Flucht, Resignation, Hilflosigkeit, soziale Abkapselung). Die Skala „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ erreichte dabei den höchsten Durchschnittswert.

Die Korrelationen sind in Tabelle 38 (S. 156) dargestellt. Maladaptive Copingstrategien insgesamt sowie die Subbereiche „Emotionales Betroffensein“, „Aufgeben“ und „Aggressivität“ korrelierten signifikant bis hoch signifikant mit dem Ärgerzustand (SVF Neg insges: $r=0,436$; SVF NEG1 (emotionales Betroffensein): $r=0,420$; SVF NEG2 (Aufgeben): $r=0,373$; SVF „Aggressivität“: $r=0,617$) sowie den Indikatoren ungünstiger Verhaltensweisen (mit STAXI „Ärgerausdruck“: SVF Neg insges: $r=0,478$; SVF NEG1: $r=0,399$; SVF NEG2: $r=0,448$; SVF „Aggressivität“: $r=0,590$; mit FERAP „Kritik“: SVF Neg insges: $r=0,315$; SVF NEG1: $r=0,319$; SVF NEG2: $r=0,259$; SVF Aggr: $r=0,436$).

Adaptive Copingstrategien insgesamt sowie die Subbereiche „Bagatellisierung“ und „Kontrollstrategien“ korrelierten signifikant mit den Indikatoren günstiger Verhaltensweisen (für STAXI „Ärgerkontrolle“: SVF POS insges: $r=0,257$; SVF POS1 (Bagatellisierung): $r=0,291$; SVF POS3 (Kontrollstrategien): $r=0,300$; für FERAP „Geduld“: SVF POS insges: $r=0,278$; SVF POS1: $r=0,295$; SVF POS3: $r=0,254$). Mit dem Ärgerzustand war nur eine signifikant negative Korrelation mit der Subbereich „Bagatellisierung“ nachweisbar ($r=-0,247$). Der Subbereich „Ablenkung/ Kompensation“ korrelierte im Gegensatz zu Studie 1 nicht mehr mit dem Ärgererleben. Es fand sich allerdings eine positive Korrelation mit einem Indikator für ungünstiges Verhalten (STAXI „Ärgerausdruck“: $r=0,234$ für „Ablenkung/Kompensation insges.“, $r=0,257$ für „Suche nach Selbstbestätigung“).

	SVF Bag	SVF Her	SVF Schab	SVF Abl	SVF Ersbf	SVF SucheSelbstbest	SVF Entspns	SVF Sitkon	SVF Reaktkon	SVF PosSelbstInst	SVF SozUntBed	SVF Verm
STAXI Ärgerzustand	-,349 **	-,148	,027	,241 *	,051	,018	-,230	-,147	,052	-,111	,003	,012
STAXI Ärgerausdruck	-,238 *	-,018	-,055	,294 *	,276 *	,257 *	-,145	-,136	-,078	-,186	-,009	-,007
FERAP Kritik	-,199	,012	,070	,174	,107	,221	-,165	-,064	-,023	-,135	-,005	-,040
STAXI Ärgerkontrolle	,127	,135	,294 *	-,058	-,096	-,059	,349 **	,145	,356 **	,182	,227	,019
FERAP Geduld	,347 **	,168	,046	,007	,009	,018	,258 *	,235 *	,191	,156	-,042	,057

	SVF Flu	SVF SozAbk	SVF Gedwb	SVF Resig	SVF Hilflsigk	SVF Selbstmitl	SVF Selbstbesch	SVF Aggr	SVF Pharmaka	SVF POS1	SVF POS2	SVF POS3
STAXI Ärgerzustand	,225	,266 *	,321 **	,382 **	,340 **	,257 *	,262 *	,617 ***	,125	-,247 *	,021	-,092
STAXI Ärgerausdruck	,336 **	,238 *	,316 **	,465 ***	,408 ***	,366 **	,102	,590 ***	,319 **	-,166	,234 *	-,180
FERAP Kritik	,159	,160	,182	,222	,312 **	,249 *	,207	,436 ***	,152	-0,61	,119	-,102
STAXI Ärgerkontrolle	-,088	-,237 *	-,042	-,204	-,171	,078	-,080	-,314 **	,015	,291 *	,035	,300 *
FERAP Geduld	,020	,017	-,018	-,074	-,089	-,053	-,044	-,090	-,108	,295 *	,091	,254 *

	SVF NEG1	SVF NEG2	SVF POSGes	SVF NEGGes
STAXI Ärgerzustand	,420 ***	,373 **	-,125	,436 ***
STAXI Ärgerausdruck	,399 **	,448 ***	,002	,478 ***
FERAP Kritik	,319 **	,259 *	,004	,315 **
STAXI Ärgerkontrolle	-,013	-,215	,257 *	-,152
FERAP Geduld	-,064	-,035	,278 *	-,051

Tabelle 38: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Bewältigungsstrategien in kritischen Situationen in Studie 2

* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001

Im Strukturgleichungsmodell war der Pfadkoeffizient zwischen maladaptiven Copingstrategien und Ärgererleben bedeutsam (0,246), nicht jedoch der Pfadkoeffizient zwischen maladaptiven Copingstrategien und ungünstigem Verhalten.

Bei den adaptiven Copingstrategien konnte der Subbereich „Ablenkung/Kompensation“ aufgrund zu niedriger Indikatorreliabilität nicht in die latente Variable „adaptive/positive Copingstrategien“ aufgenommen werden. „Ablenkung/Kompensation“ wurde jedoch als separate Variable ins Modell aufgenommen.

Hinsichtlich der Variablen „adaptive/positive Copingstrategien“ zeigte sich ein bedeutsamer Zusammenhang mit günstigem Verhalten (0,283), nicht jedoch mit dem Ärgererleben. Der gefundene Zusammenhang erreichte beim Bootstrapping auch Signifikanzniveau ($T=3,291$). Für „Ablenkung/Kompensation“ war kein bedeutender Zusammenhang mit Ärgererleben oder günstigem Verhalten nachweisbar.

Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Es wurden die erwarteten starken Zusammenhänge zwischen maladaptiven Copingstrategien und Ärgererleben gefunden. Ebenso waren korrelative Zusammenhänge maladaptiver Strategien mit ungünstigem Verhalten nachweisbar, die sich allerdings im Strukturgleichungsmodell nicht bestätigten. Bei den adaptiven Copingstrategien fanden sich deutliche Zusammenhänge mit günstigem Verhalten. Im Gegensatz zu Studie 1 war jedoch keine Assoziation mit dem Ärgererleben nachweisbar.

4.3.7.2.8 Hypothese 8: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und soziale Unterstützung

Die Mittelwerte und Standardabweichungen zu den Unterskalen im Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-Sozu) sind der Tabelle A 3 im Anhang (S. 237) zu entnehmen. Nach den Normen des Verfahrens wurde für die einzelnen Unterskalen Prozentränge zwischen 24 % (Emotionale Unterstützung, Verfügbarkeit einer Vertrauensperson) und 55 % (Soziale Belastung) gefunden. Alle Unterskalen lagen somit im unauffälligen Bereich.

Die Korrelationen sind in Tabelle 37 (S. 154) dargestellt. Es fanden sich bezüglich des Ärgererlebens signifikante bis sehr signifikante Korrelationen zwischen STAXI „Ärgerzustand“ und den F-Sozu-Skalen „Emotionale Unterstützung“ ($r=-0,271$), „Soziale Integration“ ($r=-0,301$), „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ($r=-0,322$), „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ ($r=-0,313$) sowie „Soziale Belastung“ ($r=0,285$).

Weiterhin war eine signifikante Korrelation mit dem Betreuungsaufwand ($r=0,254$) nachweisbar, nicht jedoch mit dem Pflegeaufwand und der Anzahl an Stunden in Bezug auf Entlastung und Hilfen.

Bei den ungünstigen Verhaltensreaktionen zeigten sich die erwarteten sehr bzw. hoch signifikanten Korrelationen mit der F-Sozu-Skala „Soziale Belastung“ (FERAP „Kritik“: $r=0,332$; STAXI „Ärgerausdruck“: $r=0,425$). Weiterhin fanden sich signifikante Korrelationen zwischen FERAP „Kritik“ und den F-Sozu-Skalen „Soziale Integration“ ($r=-0,240$), „Reziprozität“ ($r=-0,306$) sowie „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ($r=-0,238$) und zwischen STAXI „Ärgerausdruck“ und den F-Sozu-Skalen „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ($r=-0,249$) und „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ ($r=-0,258$). Mit dem Pflege- und Betreuungsaufwand sowie der Anzahl an Stunden hinsichtlich Entlastung und Hilfen bestanden keine Zusammenhänge.

Hinsichtlich günstiger Verhaltensreaktionen waren nur für die Variable STAXI „Ärgerkontrolle“ signifikante Korrelationen mit den F-Sozu-Skalen „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ ($r=0,298$) und „Soziale Belastung“ ($r=-0,294$) nachweisbar.

Entgegen der Hypothesen zeigte sich auch eine sehr signifikante positive Korrelation mit dem Betreuungsaufwand ($r=0,332$), während keine Zusammenhänge mit dem Pflegeaufwand und der Anzahl an Stunden hinsichtlich Entlastung und Hilfen bestanden.

Im Strukturgleichungsmodell zeigte sich ein knapp bedeutsamer Pfadkoeffizient zwischen Ärgererleben und sozialer Belastung ($0,207$), während die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Ärgererleben sowie günstigen Verhaltensreaktionen und zwischen sozialer Belastung und ungünstigen Verhaltensreaktionen unbedeutend waren.

Die Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Insbesondere die Variablen „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ und „Soziale Belastung“ zeigten korrelative Zusammenhänge mit vier der fünf Indikatoren für Ärgererleben und Ärgerreaktionen. Soziale Belastung war zudem im Strukturgleichungsmodell in bedeutsamer Weise mit dem Ärgererleben assoziiert.

Weitere Variablen sozialer Unterstützung (emotionale Unterstützung, soziale Integration, Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung) zeigten auch korrelative Zusammenhänge mit dem Ärgererleben, die jedoch im Strukturgleichungsmodell nicht bestätigt werden konnten.

Die in Studie 1 gefundenen Zusammenhänge zwischen einer höheren Stundenanzahl an Unterstützung und weniger Ärgererleben bzw. Ärgerreaktionen konnten nicht repliziert werden und auch der Pflege- und Betreuungsaufwand hing eher schwach bis gar nicht bzw. in einem Fall entgegen der Hypothesen mit dem Ärgererleben und den Ärgerreaktionen zusammen.

4.3.7.2.9 Hypothese 9: Ärgererleben, Ärgerreaktionen und Geschlecht

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für Frauen und Männer bezüglich der Indikatoren des Ärgererlebens und der Verhaltensreaktionen sind in Tabelle 39 dargestellt.

Es zeigten sich in den durchgeführten t-Tests für unabhängige Stichproben keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Hypothese muss daher klar abgelehnt werden.

Variable	Mittelwert & Standardabweichung Frauen (n=37)	Mittelwert & Standardabweichung Männer (n=36)	Signifikanz
STAXI Ärgerzustand	21,19 (5,84)	20,00 (6,48)	n.s.
STAXI Ärgerausdruck	13,73 (4,02)	12,33 (4,01)	n.s.
FERAP Kritik	12,86 (4,66)	12,69 (3,84)	n.s.
STAXI Ärgerkontrolle	23,46 (4,57)	23,11 (3,91)	n.s.
FERAP Geduld	18,05 (3,83)	18,11 (2,66)	n.s.

Tabelle 39: Mittelwerte und Standardabweichungen der Indikatoren für Ärgererleben und Verhaltensreaktionen Angehöriger in Studie 2 nach Geschlecht getrennt, mit Angabe der Ergebnisse von t-Tests für unabhängige Stichproben

4.2.7.2.10 Einfluss sozialer Erwünschtheit

Der Mittelwert für die FPI-Skala „Offenheit“ lag mit 4,75 (SD=2,75) im Durchschnittsbereich verglichen mit den Normwerten des FPI. 18 der 72 Probanden, die den Fragebogen korrekt ausfüllten, hatten einen sehr niedrigen Offenheitswert zwischen 0 und 2.

Zwischen der Skala „Offenheit“ des FPI als Maß sozialer Erwünschtheit und den Maßen des Ärgererlebens sowie ungünstiger Verhaltensweisen bestanden signifikante bis hoch signifikante Korrelationen (vgl. Tabelle 40).

	STAXI Ärgerzustand	STAXI Ärgerausdruck	FERAP Kritik	STAXI Ärgerkontrolle	FERAP Geduld
FPI Offenheit	,359 **	,478 ***	,272 *	-,203	-,119

Tabelle 40: Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit sozialer Erwünschtheit / Offenheit in Studie 2.
 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Daher wurden für diese 3 Indikatoren partielle Korrelationen mit den potentiellen Einflussfaktoren berechnet, wobei die Skala FPI „Offenheit“ als zu kontrollierende Variable eingesetzt wurde. Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind im Anhang in Tabelle A 4 (S. 238/239) wiedergegeben.

Insgesamt zeigte sich bei den meisten Berechnungen, dass die Korrelationen bei Kontrolle von FPI „Offenheit“ kleiner wurden und in einzelnen Fällen sich auch das Signifikanzniveau änderte.

Bei der Variablen STAXI „Ärgerausdruck“, die auch am stärksten mit FPI Offenheit korrelierte, waren bei der partiellen Korrelation zuvor signifikante Zusammenhänge mit den folgenden Variablen nicht mehr gegeben: FERAP „Geduld“, NOSGER „Pflege“, FPI „Lebenszufriedenheit“, FPI „Beanspruchung“, FPI „Neurotizismus“, F-Sozu „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“, F-Sozu „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“, SVF „Bagatellisierung“, SVF „Soziale Abkapselung“ und SVF „Gedankliche Weiterbeschäftigung“. Insbesondere bei den Korrelationen mit den Skalen FPI „Neurotizismus“ und SVF „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ zeigten sich deutliche Absenkungen des Signifikanzniveaus.

Einzelne Korrelationen erhöhten sich allerdings auch. So zeigten z.B. die Zusammenhänge zwischen STAXI „Ärgerausdruck“ und mehreren SVF Skalen des Subbereichs „Ablenkung/Kompensation“ bei der partiellen Korrelationsrechnung höhere Werte als zuvor. Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen FERAP „Kritik“ und dem MMST signifikant.

Im Strukturgleichungsmodell wurden keine bedeutsamen Pfadkoeffizienten zwischen sozialer Erwünschtheit und Ärgererleben bzw. ungünstigem Verhalten der Angehörigen gefunden.

4.3.7.3 Qualitativer Teil

Es wurden insgesamt 15 qualitative Interviews mit 10 weiblichen und 5 männlichen Angehörigen entlang der im Methodenteil dargestellten Leitfragen durchgeführt. Dabei wurde zu Beginn der Interviews einführend erläutert, dass es bei der Studie um das Erleben von Belastungen und Ärger bei Angehörigen von Menschen mit Demenz geht. Die erste Leitfrage bei allen 15 Angehörigen war dann, worüber sie sich in Bezug auf die Erkrankung des Partners ärgern. Die restlichen Leitfragen wurden vom Untersucher je nach Verlauf des Interviews flexibel eingesetzt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 15 und 35 Minuten. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Kassettenrekorders mitgeschnitten und anschließend transkribiert. Die Aufnahmen wurden nach der Transkription wieder gelöscht.

4.3.7.3.1 Entwickeln von Auswertungskategorien und Erstellen eines Codierleitfadens

Der erste Schritt – das Entwickeln von Auswertungskategorien – nahm einen großen Raum ein. Die Kategorien des 1. Durchgangs wurden dabei vom Untersucher mit Bezug auf den Interviewleitfaden größtenteils bereits während der Planung der Interviews entwickelt und dann während der drei Codierungsdurchgänge an den transkribierten Interviews weiter ausgearbeitet.

Bei jedem Durchgang wurde das gesamte transkribierte Material anhand der jeweiligen Kategorien codiert. Nach dem dritten Durchgang konnte ein Codierleitfaden erstellt werden.

Die folgenden Übersichten zeigen die dabei entstandene Weiterentwicklung des Kategoriensystems innerhalb der 3 Codierungsdurchgänge.

Im ersten Durchgang (vgl. Übersicht 1, S. 162) wurden die Texte anhand der bereits während der Entwicklung des Interviews entwickelten Kategorien codiert. Der erste Durchgang diente dabei einer groben Ordnung und Strukturierung der Texte, anhand derer dann die Kategorien in den darauf folgenden Durchgängen verfeinert werden konnten.

Die ersten drei Kategorien (auslösende Situation, Erleben und Verhalten in kritischer Situation sowie Reaktionen des Betroffenen) orientierten sich dabei am Modell der Verhaltensanalyse und bezogen sich auf die Beschreibung kritischer Situationen, in denen die Angehörigen sich über den Betroffenen ärgerten und die vom Untersucher zu Beginn des Interviews explizit erfragt wurden. Unter der Kategorie „Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung“ wurden alle Äußerungen der Angehörigen codiert, die sich auf den erkrankten Partner bzw. dessen Erkrankung im Sinne allgemeiner Beschreibungen bezogen, und unabhängig davon, ob diese Äußerungen wertender oder beschreibender bzw. positiver oder negativer Konnotation waren. Unter „Coping“ wurden alle Äußerungen codiert, die sich im weitesten Sinn als Copingstrategien interpretieren ließen, unabhängig davon ob sie nur in

bestimmten Situationen oder allgemein angewendet wurden oder ob es sich um kognitive oder behaviorale Strategien handelte.

<u>Kategorien 1.Durchgang</u>
<ul style="list-style-type: none">• Auslösende Situation• Erleben und Verhalten in kritischer Situation• Reaktionen des Betroffenen• Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung• Coping• Schwankungen• Erklärung für Schwankungen• Veränderungen durch die Demenz• Von Demenz unbeeinflusstes Verhalten• Auswirkung auf Lebensplanung• Emotionale Reaktion auf veränderte Lebensplanung• Nicht wahr haben wollen

Übersicht 1: Kategorien des ersten Codierdurchgangs der qualitativen Interviewanalyse in Studie 2

Mit der Kategorie „Schwankungen“ wurde alle Äußerungen codiert, in denen die Angehörigen erkennen ließen, dass sie Verhaltensschwankungen wahrnahmen und mit „Erklärungen für Schwankungen“ wurden Erklärungsversuche der Angehörigen auf die Frage, welche Ursache die Schwankungen haben könnten, markiert.

„Veränderungen durch Demenz“ versammelte alle Äußerungen der Angehörigen, die erkennen ließen, dass Symptome bzw. Verhaltensweisen des Erkrankten der Krankheit zugeordnet wurden oder Äußerungen, die allgemeines Wissen über die Folgen von Demenzerkrankungen erkennen ließen. Die Kategorie „Von Demenz unbeeinflusstes Verhalten“ umfasste Antworten der Angehörigen auf die Frage des Untersuchers, welches Verhalten des Erkrankten nach Ansicht der Angehörigen unabhängig von der Demenz sei.

Die Kategorien „Auswirkungen auf die Lebensplanung“ sowie „Emotionale Reaktionen auf veränderte Lebensplanung“ erfassten alle Äußerungen der Angehörigen, in denen Folgen der Erkrankung für die allgemeine Alltags- und Lebensgestaltung sowie die Zukunftsplanung und die emotionalen Reaktionen der Angehörigen darauf beschrieben wurden.

Die Kategorie „Nicht wahr haben wollen“ wurde auf Äußerungen der Angehörigen angewendet, in denen zum Ausdruck kam, dass sie Probleme hatten, die Erkrankung zu akzeptieren. Diese Kategorie wurde im Verlauf des 1.Durchgangs aufgrund einzelner Aussagen hinzugenommen, die sich auf den ersten Blick nicht in eine der anderen Kategorien einordnen ließen.

Im 2.Durchgang (vgl. Übersicht 2) wurde die Kategorie „Erleben und Verhalten in kritischer Situation“ weiter ausdifferenziert in die Unterkategorien „Kognitionen in kritischer Situation“, „Emotionen in kritischer Situation“ und „Verhalten in kritischer Situation“. Diese Unterkategorien wurden ebenfalls noch weiter ausdifferenziert: In Bezug auf Kognition und Verhalten in Richtung günstiger vs. ungünstiger Kognitionen und Verhaltensweisen und in Bezug auf Emotionen in Richtung Ärger vs. andere Emotionen. Zudem wurde eine Kategorie „Erklärungsversuche für falsches Verhalten“ eingeführt. Diese bezog sich auf Gesprächssituationen, in denen Angehörige erkennen ließen, dass sie ihr eigenes Verhalten im Nachhinein für falsch hielten, wenn sie z.B. den Betroffenen kritisiert haben. In diesen Situationen wurde vom Untersucher jeweils nachgefragt, welche Erklärungen die Angehörigen dafür haben, dass sie sich so verhalten, obwohl sie wissen, dass dies nicht richtig ist.

Kategorien 2.Durchgang

- Auslösende Situation
- Kognitionen in kritischer Situation:
 - Ärger fördernde Kognition
 - Ärger mildernde Kognition
 - Lernbedarf
- Emotionen in kritischer Situation:
 - Ärger
 - Andere Emotionen (Scham / Schuld / Trauer / Angst / „kein richtiger Ärger“)
- Verhalten in kritischer Situation:
 - Unterstützendes Verhalten
 - Ungünstiges Verhalten
- Erklärungsversuche für falsches Verhalten
- Reaktionen des Betroffenen
- Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung
 - Unsicherheit über Gründe des Verhaltens des Partners
 - Beschreibung von Defiziten
 - Veränderungen durch Demenz
 - Von Demenz unbeeinflusstes Verhalten
 - Unverständnis / Fehleinschätzungen / mangelndes Wissen
 - Verständnis / Empathie / Einsichten / positive Wahrnehmung
- Coping
- Schwankungen
- Erklärung für Schwankungen
- Auswirkung auf Lebensplanung
- Emotionale Reaktion auf veränderte Lebensplanung
- Unklare Zuordnungen

Übersicht 2: Kategorien des zweiten Codierdurchgangs der qualitativen Interviewanalyse in Studie 2

Eine weitere Ausdifferenzierung im zweiten Codierdurchgang wurde für die Kategorie „Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung“ vorgenommen, die in sechs verschiedene Unterkategorien aufgeteilt wurde. Dabei wurde zum einen versucht Aussagen zu codieren, die erkennen ließen, ob die Angehörigen das Verhalten und Erleben des

Betroffenen als Folge der Erkrankung erkannten und verstanden oder nicht (Unterkategorien „Unverständnis/...“ vs. „Verständnis/...“). Ein Beispiel für eine Aussage, die auf Verständnis für den Betroffenen schließen lässt, ist die folgende: „Sie kann nichts dafür. Das sag ich mir dann selber: „Beruhig dich, sie kann nichts dafür.“ Ein Beispiel für eine Aussage, die als Unverständnis codiert wurde, wäre hingegen: „Ja, sag mal, wo kommt denn das her? Das hat sie ja nie gehabt“.

Außerdem wurden die Kategorien „Veränderungen durch Demenz“ und „Von Demenz unbeeinflusstes Verhalten“ als Unterkategorien zugeordnet und die diesbezüglichen Codierungen nochmals überprüft und teilweise verändert. Eine weitere neu eingeführte Unterkategorie der Wahrnehmung des Betroffenen war „Beschreibung von Defiziten“, wenn Angehörige das Verhalten des Erkrankten neutral beschrieben, ohne dass eine Wertung oder mangelndes Verständnis erkennbar waren. Die Unterkategorie „Unsicherheit über Gründe des Verhaltens des Partners“ wurde auf Aussagen angewandt, bei denen Angehörige explizit über die Ursachen des Verhaltens rätselten, ohne dass sofort deutlich war, ob dadurch mangelndes Verständnis des Erkrankten zum Ausdruck kam. Ein Beispiel hierfür ist die folgende Aussage: „Unsicherheit, Unselbstständigkeit, würde ich sagen ist die schlimmste Veränderung. Wobei natürlich eine gewisse Labilität vom Körperlichen her dazukommt. Und da ist es ein bisschen schwierig zu unterscheiden“. Die Aussagen der Kategorie „Nicht wahrhaben wollen“ wurden im zweiten Durchgang größtenteils unter „Unverständnis/Fehleinschätzungen/mangelndes Wissen“ codiert.

Zusätzlich zu den bestehenden Kategorien wurde außerdem noch eine Kategorie „unklare Zuordnungen“ eingeführt, mit der Aussagen codiert wurden, die zunächst keiner anderen Kategorie eindeutig zuzuordnen waren, die jedoch trotzdem für relevant erachtet wurden.

Im dritten Codierungsdurchgang (vgl. Übersicht 3, S. 165) wurde die Kategorie „auslösende Situation“ ausdifferenziert in die Unterkategorien „Verhaltensstörungen“ oder „kognitive Defizite“, je nachdem was Angehörige in ihren Aussagen als Ursache ihres Ärgers angaben. Während der ersten beiden Codierungsdurchgänge war zudem deutlich geworden, dass eine Unterscheidung zwischen kritischen Situationen, nach denen explizit gefragt wurde („Worüber ärgern Sie sich in Bezug auf die Krankheit bei Ihrem Mann/Ihrer Frau?“) und der allgemeinen Wahrnehmung, die unter „Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung“ codiert wurde, oftmals schwierig war. Der Bezug zu speziellen kritischen Situationen, die die Angehörigen zu Beginn des Interviews angegeben hatten, wurde daher aufgelöst. Als neue Kategorien wurden unter anderem „Emotionale Reaktionen“ sowie „Verhaltensreaktionen“ definiert. Die Codierungen der vormaligen Kategorie „Kognitionen in kritischen Situationen“ wurden nun größtenteils der Kategorie „Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung“ zugeordnet, welche nun komplett den kognitiven Anteil des Erlebens der Angehörigen

abbilden sollte. Dabei wurden die bisherigen sechs Unterkategorien zu den drei Unterkategorien „Verständnis, etc.“; „Unverständnis, etc.“ sowie „Neutrale Beschreibung von Defiziten“ zusammengefasst und die Aussagen der vormaligen Unterkategorien „Veränderungen durch Demenz“, „Von Demenz unbeeinflusstes Verhalten“ sowie „Unsicherheit über Gründe des Verhaltens“ einer dieser drei neuen bzw. beibehaltenen Unterkategorien zugeordnet, wenn das möglich war. Nicht zuordenbare Aussagen wurden fallengelassen, was aber nur selten der Fall war.

Kategorien 3.Durchgang

- Auslösende Situation
 - Kognitive Defizite
 - Verhaltensstörungen
- Emotionale Reaktionen:
 - Ärger
 - Andere Emotionen (Scham / Schuld / Trauer / Angst / „kein richtiger Ärger“)
- Verhaltensreaktionen:
 - Unterstützendes Verhalten
 - Ungünstiges Verhalten
- Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung
 - Verständnis / Empathie / Einsichten / positive Wahrnehmung
 - Unverständnis / Fehleinschätzungen / mangelndes Wissen / Unsicherheit
 - Neutrale Beschreibung von Defiziten
- Weitere Copingstrategien
- Erklärungsversuche für falsches Verhalten
- Reaktionen des Betroffenen
- Schwankungen
- Erklärung für Schwankungen
- Auswirkung auf Lebensplanung
- Emotionale Reaktion auf veränderte Lebensplanung

Übersicht 3: Kategorien des dritten Codierdurchgangs der qualitativen Interviewanalyse in Studie 2

Hinsichtlich der Copingstrategien wurde im zweiten Codierdurchgang festgestellt, dass es sehr viele Überschneidungen mit den kognitiven und verhaltensorientierten Unterkategorien gab. Im dritten Codierungsdurchgang wurden daher Aussagen der bisherigen Kategorie „Coping“ jeweils den Unterkategorien von „Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung“ bzw. „Verhaltensreaktionen“ zugeordnet, je nachdem ob die Copingstrategie eher kognitiver oder behavioraler Art war. Außerdem wurde eine Kategorie „Weitere Copingstrategien“ eingeführt, die alle Aussagen versammelte, in den Angehörige Copingstrategien beschrieben, die sich nicht direkt auf den Umgang mit dem Erkrankten bezogen. Beispiele hierfür wären die regelmäßige Teilnahme an einer Laufgruppe als Ausgleich zu den Belastungen oder das Suchen nach stützenden Gesprächen mit anderen Familienangehörigen.

Nach dem dritten Codierdurchgang wurde eine tabellarische Übersicht zu verschiedenen Kategorien für alle 15 Fälle erstellt, um einen besseren Überblick zu gewinnen (vgl. Tabelle 41, S. 167 - 171). In dieser Übersicht wurde ebenfalls aus Gründen der Übersichtlichkeit nochmals eine Trennung zwischen Kognitionen und Krankheitsverständnis vorgenommen.

Unter Zuhilfenahme dieser Tabelle wurde schließlich der Codierleitfaden entwickelt, der in Übersicht 4 (S. 172) dargestellt ist.

Die Kategorien „Kognitionen“ und „Krankheitsverständnis“ wurden dabei wieder zu der Kategorie „Wahrnehmung des Betroffenen und seiner Erkrankung“ zusammengefasst.

Die Kategorie „Coping“ stellt eine zusammengefasste Kategorie dar, mit der unter Berücksichtigung der Kategorien „Emotionale Reaktionen“, „Ausmaß an Ärger“, „Verhaltensreaktionen“ und „Wahrnehmung des Betroffenen“ eine Aussage getroffen werden soll, wie gut Angehörige insgesamt mit dem Erkrankten bzw. der Erkrankung zurechtkommen.

Die Kategorien „Erklärungsversuche“, „Schwankungen“ und „Auswirkungen auf die Lebensplanung“ wurden aufgrund zu geringer Ausführlichkeit und zu geringer Differenzierungsmöglichkeiten der Aussagen nicht in den Codierleitfaden aufgenommen und sollen im Folgenden beschreibend dargestellt werden.

Proband	Situationen	Kognitionen	Emotionen	Verhalten	Erklärungsversuche	Coping
Herr D.	Unerledigte Aufgaben, Klagen der Frau über Defizite, Orientierungsprobleme	„Spinn ich jetzt?“ Fehleinschätzungen der Fähigkeiten der Betroffenen	Ärger, aber wenig konkrete Beschreibung	Hinweis auf Fehler Vorwürfe, Widerspruch, Zappeln lassen („Überleg doch mal“) Positiv: Situation verlassen	Nein, kein Bewusstsein, dass er sich falsch verhält	Vergleich nach unten Situation verlassen
Herr K.	Defizite der Betroffenen im Alltag	keine Zuordnung	Kein Ärger, „Kribbeln“, „Beelendung“ Mitleid/Trauer	Geduld, Warten, Erklären Ablenken Früher: Kritik	Nein, nicht notwendig, da Angeh. gut mit Problemen umgeht	Sich klar machen, dass Pat. nichts dafür kann / Mitgefühl/Geduld üben / von Natur aus geduldig
Herr L..	Verlangsamung, Defizite (Toilette & Bad)	Negativ: „Mach schneller“ Positiv: „Sie kann nichts dafür“, „in sich gehen“	Ärger, der relativ schnell beherrscht wird, dann eher Trauer	Geduldiger Umgang, Unterdrücken von Kritik, Situation verlassen Partnerin beruhigen Früher: Kritik	Nein, da Ärger mittlerweile gut beherrscht wird	„Sie kann nichts dafür“ Situation verlassen Positives sehen Sich innerlich beruhigen
Herr S.	Defizite (Wiederholungen, unerledigte Aufgaben)	„Wann hört die Fragerei endlich auf?“ Pos.: „Sie kann nichts dafür“ „Ich kann das nicht mehr ändern“	Kaum emotionale Äußerungen	Hinweis auf Fehler Laut werden Streiten Positiv: teilweise Unterdrücken von Kritik	Nein, kein Bewusstsein für Fehlverhalten	Kognitiv: „kann nichts mehr ändern“ „sie kann nichts dafür“ Verhalten: Ablenkung
Herr V.	Defizite (Wiederholungen, Fehleinschätzungen)	Gefühl, sie ist gar nicht krank Nicht mehr aushalten Warum ?	Deutliche Ärger-äußerungen, Ärger über sich selbst	Widersprechen Hinweis auf Fehler Laut werden Pos.: Entschuldigen, Trösten	Von Natur aus ein impulsiver Mensch	Ablenkung durch Aktivitäten Mit anderen sprechen
Frau B.	Defizite (Wiederholungen, Unruhe, zwanghaftes Verhalten)	„Muss das jetzt sein?“ Pos: „das ist die Krankheit, er kann nichts dafür“ „das muss ich hinnehmen“	Ärger eher nach innen	Teilweise Widersprechen Beleidigt sein und schweigen Forderungen des Kranken befolgen	Bin auch nur ein Mensch Wenn Zeitdruck ist	Schlucken, Hinnehmen, „er kann nichts dafür“

Tabelle 41 (Teil 1): Inhaltliche Kurzzusammenfassung der wesentlichen Aussagen der Angehörigen zu verschiedenen Kategorien der qualitativen Auswertung in Studie 2

Proband	Situationen	Kognitionen	Emotionen	Verhalten	Erklärungsversuche	Coping
Frau Bu.	Unkooperatives Verhalten, Abstreiten von Defiziten, Vernachlässigung der Angeh.	Unverständnis, „nee“ „Er weiß genau, was er macht“ „ich weiß, ich hab recht“	Mehrere Ärger-äußerungen, aber auch Trauer / Einsamkeit	Widersprechen Auf Fehler hinweisen Pos.: Situation verlassen	Situation noch ungewohnt, Partner ist noch nicht lange krank	Situation verlassen „er kann nix dafür“ Ablenkung durch Aktivitäten
Frau J.	Defizite (Wiederholungen, Vergessen) Mangelnde Kommunikation	„Das kann nicht wahr sein“ „Der ist nicht ganz da“	Mehrere Ärger-äußerungen, Hadern mit dem Schicksal	Schimpfen, laut werden Hinweis auf Fehler Pos.: in letzter Zeit zurückstecken, still sein	Von Natur aus ungeduldig und schnell auf der Palme	Ausgleich und Ablenkung durch Aktivitäten
Frau M.	Frust /Aggressives Verhalten des Partners Befehlston	„Mein Gott, was soll das jetzt?“ Pos.: „Das ist alles die Krankheit“	Mehrere Ärger-äußerungen Hadern mit dem Schicksal Trauer	Korrigieren /Laut werden Beleidigt sein und schweigen Vorwürfe machen Pos: Ärger unterdrücken, Beruhigen, trösten	Nein, kein Bewusstsein für Fehlverhalten	Situation verlassen Den Partner bei Aktivitäten einbeziehen
Frau P.	Unkooperatives Verhalten	„Jetzt geht es wieder nicht. Wills mir nicht gelingen?“ „Das Leid gehört dazu“	Kein richtiger Ärger, eher Schmerz / Trauer	Vorwürfe machen Pos.: Situation verlassen, Kontakt zu anderen suchen	Nein, da kaum Ärger auftritt bzw. gut beherrscht wird	Situation verlassen Hilfe suchen / Kontakte suchen Leid annehmen / Akzeptanz Kraft aus dem Glauben Sich eigene Ressourcen bewusst machen
Frau R.	Wiederholungen, nicht Befolgen von Bitten, mangelnde Empathie	„Schon wieder“ „Wo ist der Knopf zum Abschalten?“ „Ich wird noch verrückt“	Manchmal Ärger Schuldgefühl bei Kritik	Hinweis auf Fehler Vorwürfe Laut werden, schimpfen Drohungen	„Irgendwann ist das Fass voll und dann muss es raus“, sonst würde es später noch schlimmer	Sich klar machen, er ist krank Ablenkung durch Aktivitäten Vergleich nach unten / Positives bewusst machen

Tabelle 41 (Teil 2): Inhaltliche Kurzzusammenfassung der wesentlichen Aussagen der Angehörigen zu verschiedenen Kategorien der qualitativen Auswertung in Studie 2

Proband	Situationen	Kognitionen	Emotionen	Verhalten	Erklärungsversuche	Coping
Frau S.	Defizite (Verlegen, Fehlhandlungen), unkooperatives Verhalten	„Schon wieder“ „Ausreden hat er immer parat“ „Enttäuschung“ – er müsste es noch können	Mehrere Ärger-äußerungen Scham & Trauer	Korrigieren Kommandieren Überfordern / immer wieder probieren Wahrscheinlich auch laut werden Pos.: Ablenken, Ärger unterdrücken	Überforderung Gleichzeitig Arbeit machen müssen und ihn beaufsichtigen	Klar machen, er kann nix dafür Sich zusammenreißen Sich Positives vor Augen führen, v.a. Familie
Frau Sch.	Defizite (Vergessen, Verlegen) Undankbarkeit, Sturheit	„Macht er es mit Absicht?“ „Was macht er denn da?“ „Er lässt sich gehen“	Mehrere Ärger-äußerungen Zorn Unsicherheit	Laut werden Drohen Vorwürfe, Vorschriften machen Kritik üben, Hinweis auf Fehler	Nein	Luft holen, durchatmen, sich innerlich beruhigen „Es bringt nichts“ „Er kann nichts dafür“ Weggehen, Freiraum suchen
Frau V.	Defizite (Verstehen, Apraxie), unkooperatives und aggressives Verhalten, Anhänglichkeit	„Macht er das extra?“ „Ist er zu faul?“ „Mensch, das ist doch ganz einfach“	Mehrere Ärger-äußerungen Ärger über sich selbst, schlechtes Gewissen	Laut werden, schimpfen Vorwürfe machen Korrigieren Hinweis auf Fehler	Stress, zu viele Sachen auf einmal, Überforderung Nicht wahrhaben wollen, nicht verstehen, dass es so ist	Sich einreden, ruhig zu bleiben Sport als Ablenkung
Frau W.	Defizite (Beim Anziehen), unkooperatives Verhalten, Zeitdruck	„Mach doch was Du willst“ „zum verrückt werden“	Mehrere Ärger-äußerungen Hadern mit dem Schicksal, Trauer, Weinen	Laut werden Hinweis auf Fehler Korrigieren Vorwürfe Pos.: Situation verlassen	„Bin halt auch nur ein Mensch“ „beim fünften Mal ...“ – Überforderung	Ablenkung durch Familie Entlastung durch Tagespflege Situation verlassen Vergleich nach unten Neubewertung von Situationen (eher selten)

Tabelle 41 (Teil 3): Inhaltliche Kurzzusammenfassung der wesentlichen Aussagen der Angehörigen zu verschiedenen Kategorien der qualitativen Auswertung in Studie 2

Proband	Krankheitsverständnis	Schwankungen	Auswirkung auf Lebensplanung
Herr D.	Weniger gut, immer wieder Äußerungen der Verwunderung, geringes Verständnis der Defizite	Ja, Erklärung: jeder hat gute und schlechte Tage	Leben / Urlaube schlechter planbar – Umdenken und sich einschränken müssen- „anstrengend“
Herr K.	Gut, Angeh. versteht, dass die Partnerin nichts dafür kann und setzt dies auch in Verhalten um	Ja, aber keine Erklärung dafür	Pläne und Reisen nicht mehr umsetzbar – „man fühlt sich mies/schlecht/nicht gut“
Herr L..	Gut, Angeh. versteht, dass die Partnerin nichts dafür kann, in manchen Situationen kommt noch Ärger hoch, den er aber beherrschen kann bzw. daraus lernen kann	Ja, Erklärung: Blockade im Kopf, „es hängt ein bisschen so“ - krankheitsbedingt	Reisen und Pflegen von Freundschaften nicht mehr möglich – Einschränkung – Kein Ärger, sondern Enttäuschung/Trauer
Herr S.	Relativ gut, Angeh. weiß, dass Partnerin nichts dafür kann. Umsetzung in Verhalten gelingt nicht immer. Wenig Wissen über die Erkrankung.	Ja, aber keine Erklärung dafür / „Witterungseinflüsse?“	Keine langfristige Planung mehr möglich, Rückzug des Umfelds –keine Beschreibung emotionaler Reaktionen
Herr V.	Weniger gut, Angeh. weiß, dass viele Veränderungen der Partnerin von der Krankheit kommen, ist aber dennoch immer wieder überrascht von Defiziten und verhält sich dann falsch	Ja, aber keine Erklärung dafür	Reisen und soziale Aktivitäten nicht mehr möglich bzw. nachgelassen – kein Ärger, aber „hat mir weh getan“ – Trauer
Frau B.	Relativ gut, Angeh. weiß, dass Partner nichts dafür kann und vieles von der Krankheit kommt, im Detail versteht sie manche Verhaltensweisen nicht und ärgert sich, wenn sie zu sehr unter Zeitdruck kommt.	Ja, keine wirkliche Erklärung, Mutmaßung: Schwankungen seien stimmungsabhängig	Reisen, soziale Aktivitäten, gemeinsame Hobbys nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich – „nicht sehr angenehm“ „muss es hinnehmen“ – Trauer & Akzeptanz
Frau Bu.	Mittelmäßig, Angeh. unterstellt dem Partner noch teilweise absichtsvolles Handeln, unterschätzt Defizite, beginnt aber die Krankheit zu verstehen	Ja, v.a. in Bezug auf aggressives Verhalten; Erklärung: „hängt irgendwie mit der Krankheit zusammen“ wie genau unklar	Pläne nicht mehr umsetzbar, sozialer Rückzug – „schlimm“ – Trauer, aber auch Ärger
Frau J.	Weniger gut, noch viel Verwunderung und Überraschung bei Defiziten, Krankheit noch nicht akzeptiert, aber: Feststellung, dass Korrigieren nichts bringt	Nein, nichts festgestellt	Soziale Einschränkungen / Umfeld zieht sich zurück / Pläne (Reisen) nicht mehr umsetzbar- Stress, Anstrengung, Frustration

Tabelle 41 (Teil 4): Inhaltliche Kurzzusammenfassung der wesentlichen Aussagen der Angehörigen zu verschiedenen Kategorien der qualitativen Auswertung in Studie 2

Proband	Krankheitsverständnis	Schwankungen	Auswirkung auf Lebensplanung
Frau M.	Weniger gut, Partner „bildet sich Sachen ein“, „weiß genau, was er sagt“, Verwunderung bei Defiziten, wenig Wissen über die Erkrankung, aber Realisation, dass vieles an seinem Verhalten durch die Krankheit kommt, Einsicht, dass manche Umgangsformen nicht weiter führen	Ja, in Bezug auf Stimmung und Antrieb, aber keine Erklärung dafür	Soziale Einschränkungen / Rückzug – hingenommen / Akzeptanz
Frau P.	Unklar, wenig konkrete Aussagen, die einen Schluss zulassen, wahrscheinlich eher gut, da Empathie für den Partner in mehreren Aussagen deutlich wird und Symptome vereinzelt der Erkrankung zugeordnet werden	Keine starken Schwankungen	Mehr Verantwortung übernehmen müssen / Reisen, etc. nicht mehr möglich – schmerzlich, Trauer
Frau R.	Relativ gut, ganzes Verhalten durch Demenz bestimmt	Ja, im Verhalten und Verstehen, aber keine Erklärung dafür	Pläne nicht mehr umsetzbar / Keine Reisen / Finanzielle Einbußen – „Mist / Schade“ – Enttäuschung, aber „nicht so gravierend“ – Akzeptanz
Frau S.	Weniger gut, zu hohe Erwartungen an den Erkrankten, immer wieder Enttäuschungen, Verwunderung über Defizite, andererseits Einsicht: „er kann nichts dafür“	Ja, v.a. in Bezug auf Stimmung, Depressionen, keine schlüssige Erklärung außer „war schon immer so“	Keine Urlaube mehr, weniger Sozialkontakte – eher Trauer als Ärger
Frau Sch.	Weniger gut, Angeh. ist sich bezüglich der Diagnose noch unsicher, Diagnose noch nicht klar gestellt bzw. akzeptiert, Unsicherheit, woher die Veränderungen kommen	Ja, aber keine Erklärung dafür	Negativ, soziale Einschränkungen, nicht mehr ausgehen - ärgerlich
Frau V.	Weniger gut, Angeh. weiß eigentlich, wie der richtige Umgang wäre, kann es aber oft nicht umsetzen, weil sie es nicht „wahrhaben“ wolle und dem Erkrankten noch mangelnde Anstrengung unterstellt	Ja, von Tag zu Tag Stimmung und Kognition, Erklärungen: situationsabhängig, Stress beim Erkrankten	Übernahme von Verantwortung und Aufgaben – Ärger
Frau W.	Weniger gut, Partner simuliere und stelle sich stur, Verwunderung bei Defiziten, aber auch: Wahrnehmung der Unselbstständigkeit, Einsicht, dass Kritik eigentlich nichts bringt	Ja, keine eindeutige Beschreibung, eher Beschreibung von zunehmendem Rückzug, Erklärung wurde nicht erfragt	Keine Reisen mehr möglich - Trauer

Tabelle 41 (Teil 5): Inhaltliche Kurzzusammenfassung der wesentlichen Aussagen der Angehörigen zu verschiedenen Kategorien der qualitativen Auswertung in Studie 2

Codierleitfaden Qualitatives Interview, Studie 2

Auslösende Situation

- vorwiegend kognitive Defizite des Betroffenen (Vergessen, wiederholtes Fragen, etc.)
- vorwiegend Verhaltensstörungen des Betroffenen
- kognitive Defizite und Verhaltensstörungen

Emotionale Reaktionen

- vorwiegend Ärger
- Ärger und Trauer
- Ärger und Schuldgefühle
- Ärger und andere Emotionen
- Vorwiegend Trauer

Ausmaß an Ärger

- Gar nicht
- Leicht
- Mittel
- Stark

Verhaltensreaktionen

- Unterstützend: Wenig oder gar kein ungünstiges Verhalten gegenüber dem Betroffenen, sehr häufig unterstützendes Verhalten
- Vorwiegend unterstützend: Leichtes bis mittleres Ausmaß an ungünstigem Verhalten gegenüber dem Betroffenen, gleichzeitig auch häufige Schilderungen von günstigem Verhalten
- Vorwiegend ungünstig: Mittleres oder deutliches Ausmaß an ungünstigem Verhalten gegenüber dem Betroffenen, gleichzeitig auch Schilderungen von günstigem Verhalten
- Ungünstig: Mittleres oder deutliches Ausmaß an ungünstigem Verhalten gegenüber dem Betroffenen, gleichzeitig keine oder sehr wenige Schilderungen von günstigem Verhalten

Wahrnehmung des Betroffenen und der Erkrankung

- Sehr gutes Verständnis: Verstehen, dass Verhaltenstörungen und Probleme im Alltag auf die Erkrankung zurückzuführen sind / Akzeptanz der Erkrankung
- Gutes Verständnis: Großteils Verstehen, dass Verhaltenstörungen und Probleme im Alltag auf die Erkrankung zurückzuführen sind, gleichzeitig teilweise Fehleinschätzung der Defizite und Unverständnis gegenüber Fehlhandlungen / weitgehende Akzeptanz der Erkrankung / Einsicht in eigenes ungünstiges Verhalten
- Weniger gutes Verständnis: Teilweises Verstehen, dass Verhaltenstörungen und Probleme im Alltag auf die Erkrankung zurückzuführen sind, gleichzeitig häufig Fehleinschätzungen und Unverständnis gegenüber Fehlhandlungen / Probleme mit der Akzeptanz der Erkrankung / Zweifel an der Diagnose / teilweise Einsicht in eigenes ungünstiges Verhalten
- Schlechtes Verständnis: Rudimentäres Verstehen, dass Verhaltenstörungen und Probleme im Alltag auf die Erkrankung zurückzuführen sind, sehr häufig Fehleinschätzungen und deutliches Unverständnis gegenüber Fehlhandlungen / keine Einsicht in eigenes ungünstiges Verhalten / keine Akzeptanz der Erkrankung

Coping (Zusammenfassung der oben genannten Kategorien Emotionen, Verhalten und Wahrnehmung)

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

Übersicht 4: Codierleitfaden für die Auswertung der qualitativen Interviews in Studie 2

4.3.7.3.2 Codieren des Materials

Im zweiten großen Schritt wurde das Material anhand des Codierleitfadens codiert. Pro Fall wurden alle für eine Kategorie in Frage kommenden Textstellen markiert und einer Ausprägung zugeordnet. Dabei wurde eine zweite Raterin hinzugezogen, die sich ebenfalls ausführlich mit dem methodischen Vorgehen beschäftigt hatte, und nach der von Hopf et al. (1995) vorgeschlagenen Methode des konsensuellen Codierens vorgegangen, d.h. die entsprechende Ausprägung der jeweiligen Kategorie wurden im Rahmen eines Diskussionsprozesses zwischen den beiden Ratern festgelegt.

4.3.7.3.3 Erstellen einer tabellarischen Übersicht und Beantwortung der Forschungsfragen

Tabelle 42 (S. 175) zeigt die Auswertung der Codierung für die 15 Fälle. Unter Zuhilfenahme dieser Übersicht sowie der zuvor erarbeiteten Kurzzusammenfassungen der Fälle wurden die formulierten Forschungsfragen wie folgt beantwortet:

In welchen Situationen ärgern sich Angehörige von Menschen mit Demenz über den Betroffenen?

Ärgergefühle wurden insgesamt von 11 Angehörigen als vordergründig beschrieben. Bei 3 Angehörigen war hingegen das Gefühl der Trauer vorherrschend. Bei einem weiteren Angehörigen war eine Zuordnung hinsichtlich emotionaler Kategorien nicht möglich, da der Interviewte kaum gefühlsbezogene Äußerungen machte. Bei den 11 Angehörigen, die vorwiegend Ärgergefühle beschrieben, stand der Ärger in 3 Fällen alleine im Vordergrund, in 3 weiteren Fällen war er mit Schuldgefühlen verbunden und in einem Fall mit dem Gefühl der Scham. Bei den restlichen 4 Angehörigen war der Ärger gepaart mit Gefühlen der Trauer im Sinne eines Haderns mit dem Schicksal, welches beispielsweise wie in der folgenden Aussage zum Ausdruck gebracht wurde: „Ich habe gedacht, wenn wir in der Rente sind, können wir schön Reisen machen, aber ach, das macht mich immer so traurig, dass so was nicht mehr geht, ach.“

Das Ausmaß des Ärgers wurde in einem Fall als „stark“ eingeschätzt und in 9 Fällen als „mittel“. Bei 4 Angehörigen wurde der Ärger als „leicht“ bewertet. Darunter waren 2 Angehörige, die vorwiegend über Trauergefühle berichteten sowie der oben erwähnte Angehörige mit den spärlichen emotionalen Äußerungen, in dessen Fall eine Einschätzung anhand der von ihm beschriebenen Verhaltensreaktionen versucht wurde. Ein Angehöriger, bei dem ebenfalls das Gefühl der Trauer im Vordergrund stand, gab an, überhaupt keine Ärgergefühle mehr gegenüber seiner Frau zu haben.

Die von den Angehörigen geschilderten kritischen Situationen, in denen Gefühle des Ärgers oder andere negative Emotionen auftraten ließen sich in zwei Bereiche unterteilen: Zum

einen handelte es sich um Situationen, in denen kognitive Symptome auftraten (z.B. wiederholtes Fragen, Vergessen von Vereinbarungen) und zum anderen um Situationen, in denen sich Verhaltensauffälligkeiten der Betroffenen zeigten (z.B. Weigerung, einer Bitte oder Aufforderung des Angehörigen nachzukommen; aggressives Verhalten). Bemerkenswert war dabei, dass die 5 Männer, die am Interview teilnahmen, ausschließlich kognitive Symptome als problematisch nannten, während sich bei weiblichen Angehörigen eher ein gemischtes Bild zeigte, wobei in den meisten Fällen sowohl Verhaltensstörungen als auch kognitive Symptome als ärgerauslösend geschildert wurden.

Wie gut verstehen Angehörige die Erkrankung ihres Partners und wie hängt dies mit ungünstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten zusammen?

Zur Beurteilung, wie gut die Angehörigen die Erkrankung verstehen, konnten 4 verschiedene Codierungen herausgearbeitet werden. 2 Angehörige hatten nach dieser Einteilung ein „gutes Verständnis“ des Erkrankten und seiner Erkrankung, 6 weitere ein „eher gutes Verständnis“. Bei 5 Angehörigen wurde das Verständnis als „eher schlecht“ bewertet, bei 2 weiteren als „schlecht“.

Es wurde ein enger Zusammenhang zwischen Verständnis und Verhalten gegenüber dem Erkrankten festgestellt. In allen Fällen korrespondierte die Einschätzung in Bezug auf das Verständnis mit der Einschätzung in Bezug auf das Verhalten (gutes Verständnis – günstiges Verhalten; eher gutes Verständnis – eher günstiges Verhalten; eher schlechtes Verständnis – eher ungünstiges Verhalten; schlechtes Verständnis – ungünstiges Verhalten).

Insgesamt scheint es so zu sein, dass der Großteil der Angehörigen ein eher mittelmäßiges Verständnis für den Betroffenen und seine Erkrankung aufbringt, was dann auch in einem suboptimalen Umgang mit dem Partner Ausdruck findet.

Das von den Angehörigen geschilderte Ausmaß des Ärgers stimmte tendenziell mit den Angaben zum Umgang mit dem Erkrankten überein, in dem Sinne, dass eine höhere Ausprägung von erlebtem Ärger mit ungünstigerem Verhalten einherging.

Proband	Auslösende Situationen	Emotionen	Ärgerausmaß	Verhalten	Wahrnehmung / Verständnis	Coping
Herr D.	Vorwiegend kognitiv	Vorwiegend Ärger	Mittel	Ungünstig	Schlechtes Verständnis	Weniger gut
Herr K.	Vorwiegend kognitiv	Vorwiegend Trauer	Gar nicht	Unterstützend	Gutes Verständnis	Sehr gut
Herr L..	Vorwiegend kognitiv	Vorwiegend Trauer	Leicht	Unterstützend	Gutes Verständnis	Sehr gut
Herr S.	Vorwiegend kognitiv	Keine Zuordnung	Leicht bis Mittel	Eher unterstützend	Eher gutes Verständnis	Gut
Herr V.	Vorwiegend kognitiv	Ärger und Schuld	Mittel	Eher ungünstig	Eher schlechtes Verständnis	Weniger gut
Frau B.	Kognitiv und Verhalten	Vorwiegend Ärger	Leicht	Eher unterstützend	Eher gutes Verständnis	Gut
Frau Bu.	Vorwiegend Verhalten	Ärger / Hadern mit dem Schicksal	Mittel	Eher unterstützend	Eher gutes Verständnis	Weniger gut
Frau J.	Vorwiegend kognitiv	Ärger / Hadern mit dem Schicksal	Stark	Ungünstig	Schlechtes Verständnis	Schlecht
Frau M.	Vorwiegend Verhalten	Ärger / Hadern mit dem Schicksal	Mittel	Eher ungünstig	Schlechtes Verständnis	Weniger gut
Frau P.	Vorwiegend Verhalten	Vorwiegend Trauer	Leicht	Eher unterstützend	Eher gutes Verständnis	Gut
Frau R.	Kognitiv und Verhalten	Ärger und Schuld	Mittel	Eher unterstützend	Eher gutes Verständnis	Gut
Frau S.	Kognitiv und Verhalten	Ärger und Trauer / Scham	Mittel	Eher ungünstig	Eher schlechtes Verständnis	Weniger gut
Frau Sch.	Kognitiv und Verhalten	Vorwiegend Ärger	Mittel	Eher unterstützend	Eher gutes Verständnis	Gut
Frau V.	Kognitiv und Verhalten	Ärger und Schuld	Mittel	Eher ungünstig	Eher schlechtes Verständnis	Weniger gut
Frau W.	Kognitiv und Verhalten	Ärger / Hadern mit dem Schicksal	Mittel	Eher ungünstig	Eher schlechtes Verständnis	Weniger gut

Tabelle 42: Auswertung des qualitativen Interviews mit dem Codierleitfaden für die 15 Fälle in Studie 2

Welche Copingstrategien haben Angehörige im Umgang mit Ärger?

Bei 2 Angehörigen wurden die Bewältigungsstrategien als „sehr gut“ eingeschätzt. Bei beiden stand hinsichtlich der Emotionen das Gefühl der Trauer im Vordergrund und das Verständnis wurde als „gut“ bewertet. Bei 5 weiteren Angehörigen wurde das Coping als „gut“ codiert, was in allen Fällen auch mit einem „eher guten Verständnis“ der Erkrankung korrespondierte. Ein „eher weniger gutes“ Coping fand sich bei 7 Angehörigen und bei einer Angehörigen wurden die Bewältigungsstrategien als „schlecht“ eingeschätzt. Bei allen 8 zuletzt genannten Fällen wurde das Verständnis entweder als „eher schlecht“ oder „schlecht“ bewertet. Insgesamt zeigte sich somit eine hohe Übereinstimmung zwischen dem eingeschätzten Verständnis der Erkrankung und der Bewertung der Copingstrategien.

Die Angehörigen schilderten sowohl kognitive Bewältigungsstrategien wie auch Verhaltensstrategien.

Bei den kognitiven Strategien wurde mehrfach die Einsicht in die Erkrankung und die Akzeptanz der Symptome genannt, in dem Sinne, dass die Angehörigen sich in Problemsituationen bewusst machten, dass das Verhalten auf die Erkrankung zurückzuführen ist und der Betroffene nichts dafür kann. Eine weitere kognitive Strategie war der „Vergleich nach unten“. Dabei machten sich die Angehörigen bewusst, dass es anderen Patienten und Familien noch schlechter ging, was zu einer Relativierung des eigenen Leidens führen kann.

Bei den Verhaltensstrategien wurde mehrfach „das Verlassen der Konfliktsituation“ im Sinne einer deeskalierenden Maßnahme genannt. Die Angehörigen verlassen dabei für eine kurze Zeit den Raum, um einen Ausbruch des Ärgers zu verhindern und um sich und dem Betroffenen die Chance zu geben, sich wieder zu beruhigen. Es wurden weiterhin auch verhaltensorientierte Copingstrategien geschildert, die über die aktuelle Situation hinausgehen, in dem Sinne, dass die Angehörigen Ablenkung, Ausgleich und Entspannung durch angenehme Aktivitäten, z.B. Sport oder Treffen mit Freunden und Familie, suchten.

Warum gelingt es vielen Angehörigen nicht, ihr Wissen, dass der Partner erkrankt ist und nicht für sein Verhalten verantwortlich gemacht werden kann, in geduldigeres Verhalten gegenüber dem Erkrankten umzusetzen?

8 Angehörige äußerten anhand von Beispielen, dass es ihnen schwer falle, ihr Wissen über den richtigen Umgang mit dem Erkrankten in kritischen Situationen in konkretes Verhalten umzusetzen. Bei 3 Angehörigen war trotz in den Interviews gegebenen Beispielen für ungünstiges Verhalten kein Bewusstsein erkennbar, dass sie sich falsch verhielten. Bei 3 weiteren Angehörigen war der geschilderte Umgang mit bzw. die Haltung gegenüber dem Erkrankten so günstig, dass sich die Frage im Gesprächsverlauf des Interviews gar nicht stellte. Unter diesen Fällen waren auch die beiden Männer, deren Verhalten bei der

Codierung als „günstig“ eingeschätzt wurde. In einem weiteren Fall wurde vom Untersucher die Frage nicht gestellt, da die Angehörige hinsichtlich der Diagnose ihres Partners sich noch unsicher war bzw. eine endgültige Klärung der Diagnose zum Zeitpunkt des Interviews noch ausstand. So machte es wenig Sinn, danach zu fragen, warum die Angehörige sich ungünstig verhielt, obwohl der Partner krank sei.

Hinsichtlich der Erklärungsversuche sahen zwei Angehörige die Ursache in ihrer eigenen Persönlichkeit in Bezug auf Impulsivität und Ungeduld. Die meisten Angehörigen gaben als Erklärung für ihr Verhalten allerdings situationsspezifische Merkmale an, deren Gemeinsamkeit unter dem Stichwort „Überforderung“ zusammengefasst werden kann. Dies bezog sich z.B. auf Situationen, in denen Zeitdruck entstand oder auf Situationen, in denen wiederholte Fragen des Erkrankten auftauchten oder auch auf Situationen, in denen der Angehörige neben der Erledigung notwendiger Alltagsaufgaben den Betroffenen bei bestimmten Tätigkeiten beaufsichtigen musste. In Bezug auf Situationen der Überforderung wurde auch mehrfach die Phrase „Ich bin auch nur ein Mensch“ zur Rechtfertigung des eigenen Verhaltens verwendet. Eine Angehörige formulierte, dass „irgendwann das Fass voll ist und es dann raus müsse“. Diese Formulierungen deuten darauf hin, dass viele Angehörige Verhaltensregeln im Umgang mit den Erkrankten bis zu einem bestimmten Punkt umsetzen können. Wenn jedoch die Anforderungen der Situation zu hoch werden, wird wider besseres Wissen den Ärgerimpulsen nachgegeben und in für den Betroffenen ungünstiger Weise reagiert. Eine Angehörige sah den Grund dafür, dass es ihr schwer falle, sich gegenüber dem Partner geduldig zu verhalten, darin dass die Erkrankung erst vor kurzem diagnostiziert wurde und sie dies noch nicht voll akzeptiert habe. Dies kann auch als Hinweis darauf gesehen werden, dass Angehörige sich zu Beginn der Erkrankung des Partners in einem Prozess des „Verstehen Lernens“ befinden, der im weiteren Verlauf zu mehr Akzeptanz, Verständnis und günstigerem Verhalten führen kann.

Nehmen Angehörige Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen wahr und wenn ja, wie erklären sie sich diese Schwankungen?

Bezüglich der Frage nach Schwankungen des Verhaltens gaben 13 Angehörige an, dass sie Schwankungen bei ihrem Partner beobachteten. Diese Schwankungen bezogen sich sowohl auf kognitive Symptome wie auch auf die Stimmung und Verhaltensauffälligkeiten. Schlüssige Erklärungen, wo die Schwankungen herkommen, konnten die meisten Angehörigen nicht formulieren. In nur zwei Fällen wurden Schwankungen als Folge der Erkrankung erachtet, wobei in einem Fall gleichzeitig jedoch eingeräumt wurde, dass unklar sei, wie dieser Zusammenhang zustande käme.

Wie hat sich die Erkrankung des Partners auf die Lebensplanung ausgewirkt und wie empfinden Angehörige diese Veränderungen? In welchem Zusammenhang steht dies mit dem Erleben von Ärger?

Alle Angehörigen gaben an, dass sich die Erkrankung des Partners nachteilig auf ihre Lebensplanung ausgewirkt habe. Insbesondere wurde häufig angegeben, dass Reisen nicht mehr so wie früher möglich seien und dass die Sozialkontakte als Folge der Erkrankung eingeschränkt seien.

10 von 15 Angehörigen beschrieben vordergründige Gefühle von Enttäuschung und Trauer bezüglich der Tatsache, dass ihre Lebensplanung eingeschränkt sei. Dies ging auch in den meisten Fällen mit Äußerungen einher (z.B. „das muss ich hinnehmen“, „das kann man nicht mehr ändern“), die auf eine weitgehende Akzeptanz dieser Lebenssituation schließen ließ.

Bei vier Angehörigen standen Gefühle von Enttäuschung bzw. Trauer hingegen nicht im Vordergrund.

Zwei Angehörige schilderten die Veränderungen vor allem als anstrengend, frustrierend und stressend. Dabei handelte es sich um die beiden Fälle, deren Verhalten gegenüber dem Erkrankten bei der Codierung insgesamt als „ungünstig“ bewertet wurde. In den zwei weiteren Fällen wurde Ärger als vordergründige Emotion im Hinblick auf die veränderte Lebensplanung angegeben. In einem Fall hingen die Ärgergefühle in erster Linie mit der Übernahme von Verantwortung und Alltagsaufgaben zusammen, was vorher Sache des Partners gewesen war. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Angehörige, die sich zum Zeitpunkt des Interviews noch unsicher über die Richtigkeit der Diagnose war und die Erkrankung daher noch nicht akzeptieren konnte.

In einem Fall wurde zwar eine Einschränkung der Lebensplanung berichtet, jedoch konnte trotz Nachfragens keine klare emotionale Äußerung diesbezüglich vom Angehörigen gewonnen werden.

Die Bildung von Typologien war aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht vorgesehen. Auf eine weitergehende quantitative Auswertung der Daten im Sinne einer Clusteranalyse wurde daher auch verzichtet.

Dennoch lassen sich in Bezug auf die Kategorien „Ärgerausmaß“, „Verhalten“, „Wahrnehmung/Verständnis“ und „Coping“ erste vorläufige Typisierungen vornehmen, die allerdings sehr vorsichtig und zurückhaltend interpretiert werden müssen. Der Übergang zwischen den Gruppen ist dabei im Sinne eines Kontinuums als fließend zu betrachten.

Am einen Ende des Kontinuums scheint es eine relativ kleine Gruppe von Angehörigen zu geben, welche die Erkrankung akzeptiert haben und die krankheitsbedingten Veränderungen der Betroffenen weitestgehend verstehen. Diese Angehörigen reagieren emotional weniger

mit Ärger, sondern eher mit Trauergefühlen und verhalten sich gegenüber dem Betroffenen verständnisvoll und wenig konfrontativ (Typ „sehr gutes Coping“).

Am anderen Ende des Kontinuums gibt es eine ebenso kleine Gruppe Angehöriger, welche die Erkrankung überhaupt nicht gut verstehen und sich gegenüber dem Betroffenen sehr ungünstig verhalten, indem sie oft kritisieren, auf Fehler hinweisen oder wütend werden (Typ „schlechtes Coping“).

Dazwischen liegt die Mehrzahl der Angehörigen, deren Verständnis für den Betroffenen zwischen den Extermpolen „gut“ und „schlecht“ liegt und die über teilweise gute, aber nicht optimale Umgangsstrategien verfügen.

Eine Unterteilung dieser großen Gruppe in zwei Untergruppen mit den Typen „gutes Coping“ und „weniger gutes Coping“ könnte dabei sinnvoll sein. Mit der ersten Gruppe wären vor allem Angehörige charakterisiert, die im Grunde verstanden haben, dass die Erkrankung Ursache für viele Veränderungen des Partners ist und die diese Erkenntnis auch zunehmend auf das Alltagsleben übertragen können, ohne dass sie jedoch bereits in „Fleisch und Blut übergegangen“ wäre. Diese Angehörigen haben einerseits bereits gute, konfliktvermeidende Umgangsstrategien entwickelt, sind aber andererseits nach wie vor immer wieder mit Problemen konfrontiert, für die sie noch keine guten Copingstrategien besitzen.

Die zweite Gruppe mit der Typisierung „weniger gutes Coping“ ist dadurch gekennzeichnet, dass zwar ein rudimentäres Verständnis für die Erkrankung besteht, welches jedoch nur schwer auf verschiedene alltägliche Situationen übertragen werden kann. Diese Angehörigen sind zwar sehr bemüht, „alles richtig zu machen“, kommen aber immer wieder und häufiger als die zuvor genannte Gruppe in Situationen, in denen sie aufgrund ihres eher schlechten Verständnisses der Krankheitsfolgen völlig überrascht vom Verhalten des Partners sind, was wiederum ungünstiges Verhalten gegenüber dem Betroffenen begünstigt.

4.3.7.3.4 Vertiefende Analyse einzelner Fälle

Zur vertiefenden Analyse wurden 2 Fälle ausgewählt: Zum einen Frau J., deren Verständnis der Erkrankung als schlecht bewertet wurde und die sich dem erkrankten Ehemann gegenüber oft ungünstig verhält. Zum anderen Frau B., deren Krankheitsverständnis als „eher gut“ und deren Verhalten als „eher unterstützend“ eingeschätzt wurde.

Bei Frau J. kommt das geringe Verständnis für den erkrankten Partner in vielen Aussagen zum Ausdruck. So schildert sie gleich zu Beginn des Interviews auf die Frage, was sie ärgert, dass ihr Mann sich häufig bei ihr beschwerte, dass Dinge mit ihm nicht abgesprochen worden seien oder dass er von ihr Gesagtes nicht mehr verstehen könne. Obwohl der Erkrankte leichte Beeinträchtigungen des Gehörs hatte, kann man davon ausgehen, dass seine

Probleme in solchen Situationen vor allem demenzbedingt auf Gedächtnisstörungen und eventuell auch Schwierigkeiten beim Sprachverständnis zurückzuführen sind. Frau J. interpretiert dies jedoch so, dass der Erkrankte nicht richtig zuhört und sich nicht konzentriert, was z.B. in den folgenden Aussagen zum Ausdruck kommt:

- „.....dann sagt er: „Ich versteh ja nix“, aber wir sprechen schon laut.“
- „Da denke ich: „Der ist verrückt. Da stimmt was nicht. Der ist nicht ganz da.“

Die Angehörige berichtet in derselben Sequenz auch von weiteren Verhaltensweisen des Partners, über die sie sich aufregt, z.B. dass er immer auf seinem Recht beharre und immer wieder nachfragt. Auch hier kann sie nicht nachvollziehen, dass diese Verhaltensweisen vermutlich verständliche Reaktionen des Erkrankten auf seine Gedächtnisdefizite sind. Frau J. schildert ihre Wahrnehmung folgendermaßen:

- „Und bis ich das gemerkt hatte, dass er immer wieder nachfragt, da hab ich gedacht: „Das kann nicht wahr sein.““ (atmet tief durch, Pause)

Die Aussage „das kann nicht wahr sein“ wiederholt sie im weiteren Gespräch, als sie schildert, dass ihr Mann häufig Dinge verlegt. Darin drückt sich relativ deutlich die Verwunderung und das Unverständnis gegenüber dem Verhalten des Betroffenen aus. Frau J. führt weiter aus, dass sie ihren Mann in solchen Situationen verwünschen könne und dass sie dann sauer werde, weil sie immer wieder das Gleiche sagen müsse. Als Verhaltensreaktion berichtet sie dann Folgendes:

- „Ich wiederhol mich und schimpfe. Das ist leider bei mir ein Punkt, wo ich sehr schnell ausraste. Ich hab´s zwar in letzter Zeit zu Hause oft schon gemerkt, dass das nichts bringt und war dann einfach still. Und wenn man still ist, ist auch kein Gespräch mehr da. Er spricht nicht, ich sprech nicht, gar nix. So ist das.“

Im zweiten Teil dieser Aussage kommt zwar ein teilweises Verständnis für die Untauglichkeit ihrer Reaktion zum Ausdruck. Die geschilderte Alternativreaktion lässt allerdings eher ein beleidigtes Grollen als einen durch Verständnis für den Erkrankten motivierten Rückzug vermuten.

An einer anderen Stelle im Interview kommt der Untersucher nochmals darauf zurück, dass die Angehörige zwar wisse, dass ihr Verhalten nichts bringt, aber sie es bisher trotzdem nicht ändern konnte. Sie bestätigt dies nochmals mit folgenden Worten:

- „Ja, das bringt nichts, insofern weil er trotzdem sich nicht entsinnen kann. Das ist ebenso nur von meiner Seite die Aggressivität so, weil ich das nicht mehr ertragen kann eigentlich.“

Auf die Frage nach den Gründen, warum sie ihr Verhalten nicht ändern könne antwortet die Angehörige:

- „(Pause) Kann ich nicht, nein, das kann ich nicht, ich bin da einfach ungeduldig, war ich schon immer. Ich muss ´ne Antwort haben und muss was sagen, ich kann nix

dazu, so bin ich. Ich hab in letzter Zeit schon auch zu Hause, hab ich ja fast gesagt, auch schon mal zurückgesteckt so, hab gesagt: „Ach, lass ihn doch.“ Aber ich hab das nie auf diese Krankheit zurückgeschoben. Ich hab gedacht, der ist vergesslich, der will das nicht. Er konzentriert sich nicht. Das stimmt nicht. Das ist anders. Jetzt weiß ich das. Ich konnte die Krankheit nicht akzeptieren.“

Die Angehörige interpretiert hier ihre Reaktion als Teil ihrer Persönlichkeit, den sie nur schwer ändern kann („so bin ich“). Diese Haltung trägt vermutlich erheblich dazu bei, dass Frau J. nicht an alternativen Verhaltensweisen arbeitet, sondern in ihrer Position als Opfer der Umstände verharret.

An einer weiteren Stelle kommt dieser Rückzug auf unveränderbare Aspekte der Persönlichkeit nochmals zum Ausdruck:

- „Ich bin auch ein bisschen so, von Natur aus, dass ich schnell auf der Palme bin, weil ich selbst das noch nicht hab, sicher, oder so, ich weiß nicht warum.“

Im oberen der beiden Zitate bringt die Angehörige auch nochmals ihr Unverständnis gegenüber dem Partner zum Ausdruck, indem sie ihm unterstellt, er wolle nicht und er konzentriere sich nicht. Gleichzeitig erwähnt sie aber, dass sie damals nicht gewusst habe, dass dies mit der Erkrankung zu tun habe und sie dies jetzt wisse. Allerdings wird mit der Aussage: „Aber ich hab das nie auf diese Krankheit zurückgeschoben. Ich hab gedacht, der ist vergesslich“ auch deutlich, dass die Angehörige Vergesslichkeit und Erkrankung nicht unbedingt in einem Zusammenhang sieht. In einer weiteren Sequenz antwortet Frau J. auf die Frage, was sich durch die Krankheit an ihrem Mann verändert habe:

- „Ob sich da was verändert, kann ich gar nicht sagen. Er merkt das selbst nicht so. Jetzt ist er gefragt worden, ob er wüsste, was er hat, dann hat er gesagt: „Ja, ich vergesse alles.“ Das hat er schon geantwortet, aber mehr auch nicht.“

Nachdem der Untersucher hierzu im Sinne einer Verständnisfrage nochmals nachfragt, ob die Angehörige die Vergesslichkeit ebenfalls als die hauptsächliche Veränderung betrachte, bejaht sie dies. Weitere Veränderungen seien ihr aber nicht aufgefallen.

Insgesamt wird in den oben zitierten Aussagen relativ deutlich, dass die Angehörige Schwierigkeiten hat, Symptome und Verhaltensweisen des Erkrankten der Krankheit zuzuordnen. Selbst beim Kardinalsymptom der Demenz – der Vergesslichkeit – gelingt dies nicht sicher.

Frau J. wurde im weiteren Gesprächsverlauf auch noch mal auf das Thema „Akzeptanz der Erkrankung“ angesprochen. Sie hatte mit Bezug auf die Vergangenheit weiter oben bereits erwähnt, dass sie früher die Krankheit nicht akzeptieren konnte. Auf die Frage des Untersuchers, ob dies mittlerweile gelingen würde, antwortet Frau J.:

- Nein, noch nicht ganz. Ich hör zwar hier, dass sie das alle haben und ich merke das. Aber richtig akzeptieren? Ich weiß auch nicht warum und dann denke ich: „Warum muss er grade das haben?“

Und an anderer Stelle im selben Abschnitt:

- „Und jetzt soll ich das akzeptieren? Das kann ich noch nicht, ich weiß, muss ich noch, ich kann das nicht.“

Dieses Hadern mit dem Schicksal kommt auch noch in weiteren Aussagen im Text immer wieder zum Ausdruck:

- „Das hätte ich ja auch nie gedacht, dass mir das mal so passieren könnte.“
- „Mich ärgert das, dass ich keinen mehr habe, wo ich richtig mit reden kann.“
- „...weil ich das nicht mehr ertragen kann, eigentlich.“

Im gesamten Interview werden von der Angehörigen auf der kognitiven Ebene keine Denkansätze oder Strategien genannt, die auf ein tieferes Verständnis für den Erkrankten schließen lassen – außer, dass die Angehörige bemerkt, dass er sich bei Kritik entweder wehrt oder zurückzieht. Es entsteht insgesamt der Eindruck, dass das Sprechen über die noch nicht vorhandene Akzeptanz der Erkrankung auch als eine Art Rechtfertigung dient, sich noch nicht konkret und intensiver mit dem eigenen Verhalten beschäftigen zu müssen. Hinzu kommt noch der Schmerz, den Frau J. darüber empfindet, ihren Mann als Gesprächspartner verloren zu haben. Auf der kognitiven Ebene verfügt die Angehörige somit kaum über Copingstrategien. Sie kann auch auf die explizite Frage, welche Gedanken ihr helfen, um mit der Krankheit besser zu Recht zu kommen, keine Antwort geben. Auf der Verhaltensebene hingegen versucht die Angehörige durch verschiedene Aktivitäten (Hausaufgabehilfe für Kinder, Spaziergänge) einen Ausgleich zu finden.

Die Angehörige Frau B. hat im Vergleich zu Frau J. ein besseres Verständnis der Erkrankung und eine empathischere Haltung gegenüber ihrem erkrankten Partner. Auf die Einstiegsfrage, worüber Sie sich bei ihrem Mann ärgere, antwortet sie:

- „Ärgern über die Krankheit bei meinem Mann? Ja, er kann ja nix dafür, keiner kann was dafür, die Krankheit ist da.“

Hier kommt bereits im ersten Satz die Erkenntnis zum Ausdruck, dass der Partner aufgrund seiner Erkrankung nicht für sein Verhalten verantwortlich gemacht werden kann.

Dennoch hat auch Frau B. oft Probleme, die Geduld zu bewahren. Sie schildert Symptome des Erkrankten wie wiederholtes Fragen oder rigide Verhaltensweisen, die ihr zu schaffen machen und die sie auch ärgern:

- „...dann ist er unruhig und es ist nicht eher Ruh bis ich aus dem Bett bin und ihm sag: „Wo hast Du...; ..Wo sind meine Badeschuhe?“ Er braucht die Badeschuhe, ich hab gesagt: „Du hast gestern Abend geduscht.“ Also, es gibt keine Ruhe bis ich das getan

habe. Das ist das, was einen ein bisschen ärgert, obwohl man's weiß, er kann nix dafür.“

In dieser Situation reagiert die Angehörige dann besonnen, steht auf und gibt dem Erkrankten seine Schuhe. Sie verspürt zwar innerlich Ärger, hat es aber gelernt, sich zusammenzureißen und die Situation nicht eskalieren zu lassen. Die folgenden Zitate bringen dies zum Ausdruck:

- „Ja, was geht mir da durch den Kopf? Ich kann nichts dagegen tun. Ich muss es hinnehmen. Das geht mir dann durch den Kopf. Ich kann nicht sagen: „Ich könnte ihn ohrfeigen“ weil das liegt mir nicht.“
- „Nein, also ganz, ganz wirklich. Das ist, ich steh dann auf und halt geht's bei mir nach innen, so eher, nicht? Das geht bei mir nach innen. Ich steh auf und ich tu's ja nicht gern, aber ich merke: „Es geht nicht. Es gibt keine Ruhe bis ich das getan habe, was er will.“ Also stehe ich auf und stell ihm die Schuhe hin und mach mit.“

Auf die Frage, was ihr durch den Kopf gehe, wenn sich der Erkrankte zum 10.Mal wiederhole antwortet Frau B:

- „Ja, was soll ich denken? Es bleibt mir nix anderes übrig, als es zu tun. Es bleibt mir nix anderes übrig. Was soll ich denn machen?“ „Ach Gott“ denkt man vielleicht manchmal, man denkt es, man denkt es vielleicht, „Ach Gott“, ja, eh, „ja muss das jetzt sein?“ Aber letztendlich weiß ich, dass es zu nix führt und ich aufstehen muss.“

Die Angehörige schafft es in diesen Situationen, meistens ruhig zu bleiben anstatt laut zu werden und zu schimpfen, obwohl sie innerlich Ärger verspürt. Ihr Verhalten ist jedoch noch nicht optimal. Sie deutet auch Beispiele an, in denen sie sich doch etwas konfrontativer bzw. leicht vorwurfsvoll gegenüber dem Partner verhält:

- „...ich weiß nicht, ob es irgendeinen Menschen gibt, der dann so demutsvoll ist, dass er dann aufsteht und sagt: „Ach, ja klar, Lieber, komm, du hast ja...“, nicht?“
- „...wenn ich versuche und sage: „Du hast gestern Abend schon geduscht und brauchst dich eigentlich nur abzuwaschen.“ „Ich bin das gewöhnt.“ Das sagt er dann.“
- „Manchmal sag ich, ich denke vielleicht ich bin, ach, einiges gewöhnt, dass kann ich ja nicht, was soll ich das anbringen, vielleicht wenn man mal sehr gespannt ist, dass ich sag: „Ich bin auch was gewöhnt und kann es nicht tun“, also das wäre so die Reaktion, wenn ich unter Druck stehe“

Die Verhaltensreaktionen, die Frau B. beschreibt, sind allerdings in ihrer Form und Ausprägung als wenig aggressiv einzuschätzen. Sie schildert Beispiele, in denen sie ihrem Mann zwar widerspricht oder ihn korrigiert. Dies geschieht jedoch wohl in einem noch relativ moderaten und beherrschten Tonfall, wie bereits weiter oben beschrieben.

Die Angehörige betont außerdem, dass es ihr meistens gelingt ihr Verhalten zu kontrollieren. Nur in ca. 10 % aller kritischen Situationen käme es zu Ärgerreaktionen.

- „Das kommt vielleicht, vielleicht 10 %, dass es wirklich raus muss, so dass der Deckel schon so hoch sitzt, also, und wenn dann die 10 %, also meistens schluck ich.“

Weiterhin gibt Frau B. zu verstehen, dass es ihr in solchen Situationen bewusst ist, dass sie sich ungünstig verhält. In der Folge ärgert sie sich dann über sich selbst, da sie ja genau weiß, dass ihr Verhalten falsch war. Die Frage, warum es dennoch passiert, bringt sie zum Nachdenken.

- U: „Ja, aber wieso passiert das dann?“
 P: „Ja, das ist eine gute Frage. Ich werde dran arbeiten.“
 U: „Haben Sie keine Erklärung dafür?“
 P: „Die Erklärung ist einfach die, dass der Dampf dann so hoch ist. Wenn ich zum Beispiel zu Hause, hier wie gesagt hab ich´s ja gut, aber zu Hause steh ich auch, steh ich von mir aus früh auf und muss ja alles machen, nicht? Frühstück richten und auf den Tisch bringen und auch sehen, dass wieder alles wegkommt. Er hilft, aber in seinem Rahmen. Und dann müssen wir früh in die Stadt. In der Stadt haben wir bis 10 Uhr Parkzeit frei und um unsere Sachen zu erledigen reicht das. Dann ruft womöglich noch meine Tochter an, nimmt von der halben Stunde, die man dann noch Zeit hat, etwas weg. Das erzeugt Druck.“

Es wird zum einen die Motivation erkennbar, an sich zu arbeiten, ohne dass Rechtfertigungen gegeben werden, die eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema blockieren. Zum anderen kann die Angehörige reflektieren, dass entstehender Zeitdruck ein wesentlicher Faktor ist, der bei ihr Stress auslöst und Ärgerreaktionen begünstigt. Diese Erkenntnis bietet Möglichkeiten, zukünftige Situationen besser zu bewältigen, in dem man sich die Zeit anders einteilt oder damit beginnt im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung Zeitdruck anders zu bewerten.

Im vorigen Beispiel von Frau J., die ihr Fehlverhalten zwar auch erkennt, aber als persönlichkeitsbedingt schildert, bieten sich hingegen keine unmittelbaren Möglichkeiten, etwas zu ändern. Die eigene Persönlichkeit zu verändern ist sehr viel schwieriger als Alltagssituationen anders zu gestalten, in denen Zeitdruck entsteht.

Das Verständnis für die Erkrankung des Ehemannes bei Frau B. ist relativ gut, jedoch nicht perfekt. Die folgenden Beispiele aus dem Interview zeigen Aussagen, bei denen dies deutlich wird:

- „Eigenartiger Weise er will auch immer ans Grab. Er kann nicht einsehen, dass das Grab 100 km von uns entfernt ist.“

In diesem Beispiel wundert sich die Angehörige darüber, dass der Erkrankte den Ort, an dem seine Schwester begraben ist, nicht richtig geographisch einordnen kann. Bei genaueren Nachfragen konnte sie das Symptom zwar schon der Erkrankung zuordnen. Dennoch kommt in dem Wort „eigenartigerweise“ ihre Verwunderung zum Ausdruck.

- „Man glaubt, man kann sich unterhalten und merkt im nächsten Moment: „Es ist nicht so.“ Eigenartigerweise, diese Dinge, wie Sie so sagen, auch wenn man über Politik oder, äh, äh, äh, oder Bundestag, da sitzt er dann manchmal und ist interessiert und guckt das Fernsehen, guckt das Programm an, manchmal, meistens nicht.“

Auch hier wird wieder das Wort „eigenartigerweise“ benutzt. Diesmal bezieht sich die Angehörige darauf, dass es Schwankungen beim Betroffenen hinsichtlich seiner Kommunikationsfähigkeit bzw. seinem Interesse an bestimmten Themen gibt. Die Angehörige kann dies nicht sicher der Erkrankung zuordnen. Höchstwahrscheinlich sind diese Schwankungen aber krankheitsbedingt und davon abhängig, ob der Erkrankte bestimmte Themen und Gesprächsinhalte noch versteht bzw. erinnert.

- „Was ich nicht verstehen kann, ich hab´s eben eingangs gesagt, dass für ihn eben nur seine frühe Jugend, in der es ihm relativ gut ging, es ging ihm ja auch schlecht mit 16, seine Jugend, seine Heimat, sein Ostpreußen und unsere 50 Jahre Ehe und Familie, Kinder weiß ich nicht, wo die geblieben sind, kann ich nicht verstehen, kann ich irgendwie nicht verstehen. Ich weiß auch nicht, ob´s nur die Krankheit ist.“
- „...und er hat mich damals mit nach Hause genommen und seiner Schwester vorgestellt, er hat praktisch den Segen seiner Schwester haben wollen, also die Einverständnis und da denk ich so manches Mal, eben, was man so denkt, also, es ist, ich weiß es nicht, ob man das in Worte fassen kann. Also das wäre das, was ich, es ist ein bisschen betrüblich, so, und das man halt nach so vielen Jahren nicht dieses Gefühl hat und dass diese, diese, ach die beiden Kinder, er hat doch, er hängt an den beiden Kindern und warum spielen die keine Rolle? Kann das nur die Krankheit sein? Gemessen an dem ersten Teil seines Lebens. Also es waren ja 16 Jahre und dann kamen die schlimmen Jahre für ihn, die ihn schon ein bisschen aus der Bahn geworfen haben.“

In diesen beiden Beispielen beklagt die Angehörige, dass ihr Partner zwar Dinge aus seiner Kindheit und Jugend erinnere, jedoch kaum etwas in Bezug auf die eigene Familie, d.h. die Ehe mit ihr und die beiden Kinder. Für Frau B. ist dies nur schwer nachvollziehbar. Das Phänomen, dass Kindheits- und Jugenderinnerungen besser und länger im Gedächtnis gespeichert bleiben als spätere Ereignisse, ist jedoch ein bei Menschen mit Demenz häufig anzutreffendes Merkmal (Kopelman, 1989; Seidl et al., 2011).

Trotz dieser Mängel im Verständnis der Erkrankung, gibt es in den Aussagen der Angehörigen immer wieder Hinweise, die auf eine empathische Haltung gegenüber dem erkrankten Partner hindeuten. Dazu zwei Beispiele:

- „Und er ist ja früh angezogen, fix und fertig und will weg. „Wo gehen wir hin?“ Es ist ihm egal, wo wir hingehen, Hauptsache wir gehen weg. Und das ist ja das Gute hier

für ihn, weil da immer was passiert, es geschieht immer etwas, das ist das, was für ihn hier gut ist.“

- „...das habe ich damals gelernt. Also ich denk, wenn er sich wohl fühlt, ist er auch besser.“

Im ersten Beispiel reflektiert die Angehörige darüber, was ihrem Mann gut tut (Bewegung & Aktivität) und stellt fest, dass er von dem Aufenthalt im Therapiezentrum profitiert, weil er dort kontinuierlich an einem Beschäftigungsprogramm teilnehmen kann. Im zweiten Beispiel ging es um eine Reise, die die Angehörige abbrechen musste, weil der Erkrankte überfordert war, sich unwohl fühlte und sehr gereizt reagierte. Aus dieser Erfahrung kann Frau B. den Schluss ziehen, dass es wichtig ist eine Atmosphäre zu schaffen, in der ihr Mann sich wohl fühlt.

Auf die Frage, welche Veränderungen die Demenz bei ihrem Mann verursacht habe, gibt die Angehörige Beispiele, die ebenfalls auf ein relativ gutes Verständnis der Erkrankung schließen lassen:

- „Dass man sich schlecht unterhalten kann mit ihm, es gibt bestimmte Dinge, Sie wissen ja, Sie haben ihn ja jetzt einige Male erlebt, wo er drauf eingeht, aber es ist ja kein Faden mehr da.“
- „Ja, und auch räumlich, ja, er weiß nicht, wo er ist. Gestern, gestern hat er wieder mal gesprochen, ach er ist so froh, ein Haus, unser Haus in L. (Name der Stadt), aber die meiste Zeit weiß er ja nicht: „Wo ist mein Haus?“ und er wollte ja immer heim fahren. Das war ja in der Vergangenheit, sagt er: „Wann fahren wir?“ Er will immer weg dort wo er ist. Er will weg. Also keine Unterhaltung in dem Sinne, keine Verständigung.“

U: „Und das kommt von der Krankheit?“

P: „Ja, das kommt von der Krankheit. Also das denke ich.“

Insgesamt kann aus den Aussagen von Frau B. ein eher gutes Verständnis der Erkrankung und den daraus folgenden Verhaltensweisen des Ehemannes ableiten. Ebenso scheint ihr Umgang mit dem Ehemann insgesamt eher unterstützend, da sie es, wie weiter oben beschrieben, meistens schafft, ihren Ärger zu kontrollieren.

5. Diskussion

Im Folgenden sollen nun eine Bewertung der Ergebnisse beider Studien sowie eine Einordnung bezüglich bereits bestehender Erkenntnisse in der Ärger- und Belastungsforschung erfolgen. Die Ergebnisse zusammenfassend wird dann ein Modell zu Ärgerreaktionen Angehöriger von Menschen mit Demenz dargestellt. Anschließend werden methodische Einschränkungen der Studien diskutiert und Implikationen für die therapeutische Unterstützung von Angehörigen formuliert.

5.1 Bewertung der Ergebnisse beider Studien

5.1.1 Ärgererleben und Verhaltensreaktionen

Der bereits in Studie 1 gefundene starke Zusammenhang zwischen Ärgererleben und Verhaltensreaktionen konnte auch in Studie 2 deutlich bestätigt werden: höhere Ärgerwerte hingen mit ungünstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten zusammen, niedrigere Ärgerwerte eher mit unterstützendem Verhalten.

In beiden Studien zeigten sich somit deutliche Zusammenhänge zwischen dem Erleben von Ärger und ungünstigen Verhaltensweisen der Angehörigen gegenüber dem erkrankten Partner. Die ungünstigen Verhaltensweisen bestehen dabei im offenen Ausdruck des Ärgers im Sinne von Kritik üben, auf Fehler hinweisen, schimpfen oder laut werden. Dieser Zusammenhang kann als relativ gesichert betrachtet werden.

Die Ergebnisse decken sich mit dem in der Ärgerforschung oft beschriebenen Zusammenhang zwischen Ärgererleben und aggressivem Verhalten (Bandura, 1983; Berkowitz, 1962, 1989, 1990; Novaco, 1976; Rule & Ferguson, 1984; Zillmann, 1988), sowie mit den von Mac Neil et al. (2009) ermittelten Daten, die Ärger und potentiell schädliches Verhalten bei Angehörigen von Menschen mit Demenz in einen Zusammenhang bringen. Die in der vorliegenden Arbeit erfassten Verhaltensweisen sind im Vergleich zu dem von Mac Neil et al. (2009) untersuchten schädlichen Verhalten jedoch deutlich harmloser in dem Sinne, dass körperliche Gewalt gegenüber den Betroffenen nicht mit erhoben wurde.

Wie bereits in Studie 1 ist die Ausprägung des Ärgers in Studie 2 im Mittel allerdings nicht übermäßig stark ausgefallen. Bei einer insgesamt durch die Lebensumstände so deutlich belasteten Gruppe wie pflegenden Angehörigen wären höhere Ärgerwerte keine Überraschung gewesen. Da hinsichtlich der STAXI-Ärgerzustandsskala jedoch keine Normwerte existieren, ist eine abschließende Beurteilung der Stärke des Ärgers nicht möglich. Bei den Verhaltensreaktionen war ein grober Vergleich mit den Normen des STAXI

für Ärgerausdruck und Ärgerkontrolle möglich. Es zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zur Normalbevölkerung. Dies könnte bedeuten, dass ärgerliche Verhaltensweisen bzw. ihre Kontrolle bei Angehörigen von Menschen mit Demenz gar nicht stärker ausgeprägt sind als bei älteren Personen, die keiner solchen Belastung ausgesetzt sind. Sicher zu beurteilen ist dies jedoch auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht, da zum einen die vorhandene Stichprobe möglicherweise nicht ausreichend repräsentativ für die Gruppe der Angehörigen ist und zum anderen die Ergebnisse durch Therapieeffekte bereits beeinflusst worden sein könnten. Dies wird weiter unten ausführlicher diskutiert.

In weiteren Schritten der vorliegenden Untersuchung wurde nach Variablen gesucht, die das Ärgererleben und darauf folgende Verhaltensreaktionen beeinflussen. Die Daten hinsichtlich dieser Fragestellung sind komplex und bei vielen Variablen nicht eindeutig. Die folgende Diskussion fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen.

5.1.2 Persönlichkeitsmerkmale und Ärger

Persönlichkeitsmerkmale der Angehörigen scheinen als Einflussgröße auf Ärgerreaktionen eine wichtige Rolle zu spielen. In Studie 2 wurde diesbezüglich auch das Merkmal der Ärgerneigung bei Angehörigen erfasst. Es zeigte sich ein sehr starker Zusammenhang zwischen der Ärgerneigung und dem Erleben von Ärger, den darauf folgenden Verhaltenreaktionen und ungünstigen Attributionen. Die Bereitschaft, in Problemsituationen mit Ärger zu reagieren - im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft - ist somit als sehr starker Faktor für die tatsächlich erfolgenden Reaktionen zu betrachten. In die gleiche Richtung gehen Ergebnisse der Studie 2, die gezeigt haben, dass Aggressivität als Persönlichkeitsmerkmal mit Ärgererleben und ungünstigem Verhalten gegenüber dem Betroffenen korreliert. Der in der Ärgerforschung gut belegte Zusammenhang zwischen einer Ärgerneigung im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft und Ärgererleben bzw. Ärgerreaktionen konnte damit auch für Angehörige demenzkranker Menschen bestätigt werden (Bodenmann et al., 1993; Deffenbacher, 1993; Schwenkmezger et al., 1992).

Personen mit einer deutlicheren Ärgerneigung tendieren nach den Ergebnissen von Studie 2 auch dazu, das Verhalten des Partners ungünstig zu attribuieren bzw. weniger gut zu verstehen, was wiederum auch mit erhöhten Werten beim Ärgererleben zusammenhängt. Dies deutet darauf hin, dass die Ärgerneigung mit dazu beiträgt, das Verhalten des Partners in einem schlechteren Licht wahrzunehmen und in der Folge dann eher mit Ärger zu reagieren.

Kritisch zu diskutieren ist allerdings, wie zuverlässig das Konstrukt „Ärgerneigung“ mit der STAXI-Skala gemessen wurde. Denkbar ist, dass die Angaben der Angehörigen in Bezug auf

ihre Neigung, Ärger zu empfinden, auch durch ihre belastende Lebenssituation mit beeinflusst wurden. Durch die Erkrankung des Partners sind Angehörige sicherlich eher Situationen ausgesetzt, die Ärger auslösen können und die Wahrscheinlichkeit, Ärger zu erleben, kann höher sein als in der Allgemeinbevölkerung. Dies könnte wiederum die Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung bezüglich der Ärgerneigung in der vorliegenden Studie mit beeinflusst haben.

In beiden Studien wurden weiterhin Zusammenhänge gefunden, die darauf hindeuten, dass Erregbarkeit, Beanspruchung und Neurotizismus mit Ärger bzw. Ärgerreaktionen assoziiert sind, obwohl die Ergebnisse in den beiden Studien nicht identisch waren.

In Studie 2 zeigte sich im Strukturgleichungsmodell ein negativer bedeutsamer Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen und günstigem Verhalten. In die Variable Persönlichkeit gingen dabei die FPI-Skalen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“ und „Neurotizismus“ ein. In Studie 1 war dieser Zusammenhang für den Faktor Persönlichkeit, in den die Skalen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“ eingingen, ebenfalls gefunden worden. Zusätzlich wurden in Studie 1 jedoch auch noch Zusammenhänge mit dem Erleben von Ärger und ungünstigen Verhaltensweisen nachgewiesen, welche in Studie 2 im Strukturgleichungsmodell nicht repliziert werden konnten. Bei den Korrelationen zeigten sich allerdings auch in Studie 2 Zusammenhänge, die weitgehend konform mit den Hypothesen waren: Die Persönlichkeitsvariablen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“ und „Neurotizismus“ korrelierten mit dem Ärgererleben und ungünstigem Verhalten und die Variable „Lebenszufriedenheit“ war negativ damit assoziiert. Der in Studie 1 überraschend gefundene Zusammenhang mit den Variablen „Körperliche Beschwerden“ und „Gesundheitssorgen“ konnte in Studie 2 nicht mehr nachgewiesen werden.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse somit darauf hin, dass Personen, die sich von ihrer Persönlichkeit her weniger schnell gestresst fühlen und weniger schnell erregbar, aggressiv oder emotional labil reagieren, auch weniger Ärger erleben und sich eher unterstützend gegenüber dem Erkrankten verhalten.

Die Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit bisherigen Arbeiten, die das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus mit einer höheren Belastung von Angehörigen in Verbindung gebracht haben (Brodaty & Donkin, 2009; Campbell et al., 2009; Hooker et al., 1998). Die weiteren gefundenen Zusammenhänge zwischen Ärgererleben und den Merkmalen Ärgerneigung, Erregbarkeit, Aggressivität wurden bisher bei Angehörigen noch nicht untersucht, könnten aber ärgerspezifisch sein. Der Zusammenhang von Ärgererleben mit Beanspruchung im Sinne einer Bereitschaft mit Stressempfinden zu reagieren, deutet darauf hin, dass das Erleben von allgemeinem Stress Ärger begünstigt. Die in der qualitativen

Untersuchung in Studie 2 mehrfach vorkommende Aussage, dass Angehörige vor allem dann wider besseres Wissen ärgerlich reagieren, wenn sie sich sehr gestresst oder überfordert fühlen, weist ebenfalls in diese Richtung. Wie von Steffgen (1991) beschrieben kann es dabei zu einer zunehmenden Kaskade nach unten kommen, in der sich Stress und Ärger gegenseitig potenzieren.

5.1.3 Bewältigungsstrategien und Ärger

Ein weiteres sehr robustes Ergebnis in beiden Studien waren Zusammenhänge zwischen negativen und positiven Bewältigungsstrategien und den Ärgervariablen.

In Studie 1 war untersucht worden, wie allgemeine Stressverarbeitungsstrategien mit den Ärgerreaktionen zusammenhängen. In Studie 2 wurde danach gefragt, welche Strategien Angehörige in einer bestimmten Stresssituation (d.h. wenn der erkrankte Partner sich nicht so verhalten hat, wie sie es sich wünschten) in den letzten 14 Tagen aktuell angewandt hatten. Es wurde vermutet, dass die allgemeinen und situativen Verarbeitungsstrategien der Angehörigen deutliche Überschneidungen und ähnliche Zusammenhänge mit den Ärgervariablen zeigen. Diese Vermutung konnte einerseits durch die vorliegenden Daten weitgehend bestätigt werden. Andererseits waren auch Unterschiede zu sehen.

Positive Copingstrategien zeigten in Studie 2 im Strukturgleichungsmodell einen klaren Zusammenhang mit günstigen Verhaltensweisen, nicht jedoch wie in Studie 1 mit dem Ärgererleben. Dabei handelte es sich zum einen um kognitive Strategien der Um- und Abwertung (Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr) und zum anderen um Kontrollstrategien kognitiver und behavioraler Art (Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion). Ablenkungsstrategien hingegen zeigten keinen Zusammenhang mit günstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten.

Bei den Korrelationen zeigten sich bei den positiven Strategien für die beiden oben erwähnten Teilbereiche Um-/Abwertung und Kontrollstrategien insgesamt bedeutsame Zusammenhänge mit den Maßen für günstiges Verhalten.

Angehörige, die Problemsituationen kognitiv herunterspielen bzw. nicht überbewerten und Angehörige, die aktiv versuchen, kritische Situationen bzw. ihre Reaktionen darin zu kontrollieren, verhalten sich demnach unterstützender gegenüber dem Erkrankten, obwohl sie möglicherweise einen ähnlich starken Ärger erleben wie Angehörige, die diese Strategien weniger anwenden.

Negative Copingstrategien, d.h. emotionales Betroffensein (Gedankliche Weiterbeschäftigung/Grübeln, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung), resignative Strategien (Flucht, Soziale Abkapselung, Resignation, Hilflosigkeit) sowie aggressive Bewältigungsstrategien hingen im Strukturgleichungsmodell zwar nicht wie bei Studie 1 mit

ungünstigen Verhaltensweisen zusammen, waren jedoch mit dem Erleben von Ärger assoziiert. Bei den Korrelationen zeigten sich für diese Variablen ebenfalls meist signifikante Zusammenhänge mit dem Ärgererleben und auch mit ungünstigen Verhaltensweisen.

Angehörige, die viel grübeln und sich selbst bemitleiden und Angehörige, die sich eher zurückziehen und aufgeben, erleben daher wohl stärkeren Ärger, der in der Folge wiederum zu ungünstigem Verhalten führen kann.

Es kann somit zusammengefasst werden, dass negative Bewältigungsstrategien im Sinne von emotionalem Betroffensein und einer Tendenz zur Resignation in beiden Studien mit erhöhten Werten im Ärgererleben zusammenhängen, während positive Bewältigungsstrategien im Sinne von Mechanismen der Um- und Abwertung problematischer Situationen und im Sinne problemlösungsfokussierter Strategien wie Situations- und Reaktionskontrolle mit günstigeren Verhaltensweisen gegenüber dem Erkrankten einhergingen. Positive Strategien wirken sich nach diesen Ergebnissen direkt auf das Verhalten der Angehörigen aus bzw. darauf, wie Angehörige ihren Ärger bewältigen. Negative Strategien triggern hingegen eher Ärgerreaktionen und führen damit vor allem indirekt zu ungünstigerem Verhalten gegenüber dem Erkrankten.

Diese Ergebnisse lassen sich insgesamt gut mit bisherigen Erkenntnissen der Belastungsforschung vereinbaren (Brodaty & Donkin, 2009; Mc Conaghy & Caltabiano, 2005; Eters et al., 2007; Kneebone & Martin, 2003; Riedijk et al., 2006), die ebenfalls ergaben, dass problemlösungsfokussiertes Coping mit weniger und emotionsfokussiertes Coping mit mehr Belastung zusammenhängt.

Der in Studie 1 entgegen der Hypothesen gefundene positive Zusammenhang zwischen positiven Copingstrategien und Ärgererleben, der sich in erster Linie auf Ablenkungsstrategien wie die Suche nach Selbstbestätigung bezog, konnte bei den aktuellen Strategien in Problemsituationen in Studie 2 nicht gefunden werden. Eine Tendenz in dieser Richtung lässt sich aber aus den positiven Korrelationen zwischen den verschiedenen Unterskalen aus dem Bereich „Ablenkungsstrategien“ mit dem „Ärgerausdruck“ im STAXI ablesen. Es bedarf daher weiterer Klärung hinsichtlich der Frage, ob Kompensations- und Ablenkungsstrategien tatsächlich mit vermehrtem Ärgererleben und Ärgerreaktionen in Zusammenhang stehen. Dies könnte auf der einen Seite der Fall sein, weil solche Copingstrategien möglicherweise eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung verhindern. Auf der anderen Seite könnte das vermehrte Auftreten von Ablenkungsstrategien aber auch eine Folge höheren Ärgererlebens sein, in dem Sinne, dass Angehörige, die sich mehr ärgern, auch mehr kompensieren müssen.

5.1.4 Subjektive Kompetenz und Ärger

Es wurde auch vermutet, dass die subjektive Kompetenz, die Angehörige sich im Umgang mit dem Betroffenen selbst zuschreiben, einen Einfluss auf das Ärgererleben und die Verhaltensreaktionen hat. In Studie 1 wurde dieser Frage nachgegangen. Die Hypothese konnte aber nur teilweise durch einen bedeutsamen korrelativen Zusammenhang zwischen subjektiver Kompetenz und Ärgererleben bestätigt werden. Andere signifikante Zusammenhänge, insbesondere mit den Verhaltensreaktionen, zeigten sich hingegen nicht. Subjektive Kompetenz im Sinne von Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977) scheint daher bei der Entstehung von Ärger und ärgerlichem Verhalten nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Allerdings wäre auch hier die weitere Untersuchung der Zusammenhänge mit differenzierteren Verfahren zur Erfassung von Selbstwirksamkeit und Kompetenz wünschenswert, da andere Studien einen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Belastungen sowie Depressivität der Angehörigen zeigten (Gallagher et. al., 2011; Gilliam & Steffen, 2006).

5.1.5 Beziehungsqualität und Ärger

Ein weiterer bedeutender Faktor, der mit der Entstehung von Ärger bei Angehörigen zusammenhängt, scheint die Beziehungsqualität zu sein, die allerdings nur in Studie 1 erfasst wurde. Hier zeigten sich im Strukturgleichungsmodell und bei den Korrelationen deutliche Zusammenhänge mit dem Ärgererleben und den Verhaltensreaktionen Angehöriger gegenüber den Erkrankten. Vor allem entscheidend war dabei die aktuelle Beziehungsqualität. Dies steht im Einklang mit anderen Befunden, die darauf hindeuten, dass eine negative aktuelle Beziehungsqualität mit höherer Belastung (Campbell et al., 2008) und ungünstigerem Verhalten gegenüber dem Betroffenen (Williamson & Shaffer, 2001) zusammenhängt. Besonders die Verbindung zwischen aktueller negativer Beziehungsqualität und ungünstigem Verhalten war in der vorliegenden Studie im Strukturgleichungsmodell stark ausgeprägt.

Die Beurteilung der prämorbidem Beziehungsqualität hing dagegen nicht mit der aktuellen Beziehungsqualität und mit den Ärgervariablen zusammen. In der bisherigen Literatur zur Belastung der Angehörigen fanden jedoch mehrere Studien Zusammenhänge zwischen der prämorbidem Beziehungsqualität und Indikatoren der Belastung (Brodaty & Donkin, 2009; Draper et al., 1996; Quinn et al., 2009; Steadman et al., 2007), während eine Studie zu dem Ergebnis kam, dass depressive Symptome Angehöriger unabhängig von der früheren Beziehungsqualität waren (Waite, 2004). Zusammenhänge mit Ärger oder ungünstigem Verhalten wurden bisher nicht untersucht. Möglicherweise kommt es in Bezug auf Ärgerreaktionen mehr auf Veränderungen der Beziehungsqualität an. Veränderungen in

negativer Richtung waren nämlich mit der aktuellen Beziehungsqualität und dem Ärgererleben assoziiert. Dies könnte so interpretiert werden, dass es nicht entscheidend ist, ob eine Beziehung früher schon schlecht war, sondern dass vor allem die wahrgenommenen Veränderungen in der Beziehung ausschlaggebend für die Bewertung der aktuellen Beziehungsqualität und in der Folge für das Auftreten von Ärger sind. Wenn Angehörige starke Unterschiede in der Beziehung im Vergleich zu früher wahrnehmen, ist dies wahrscheinlich sehr frustrierend, was die Schwelle, ärgerlich zu reagieren, senkt.

Die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen deuten weiterhin darauf hin, dass Veränderungen in der Wahrnehmung partnerschaftlicher Nähe eine Rolle dabei spielen, ob eher geduldig oder eher ungeduldig auf das Verhalten des Partners reagiert wird.

5.1.6 Soziale Unterstützung und Ärger

Eine weitere Fragestellung betraf den Einfluss von sozialer Unterstützung auf das Ärgererleben und nachfolgende Reaktionen. In Studie 1 wurde dazu ein selbst entwickelter Kurzfragebogen eingesetzt, während in Studie 2 die Fragestellung mit einem standardisierten und differenzierteren Untersuchungsinstrument vertieft wurde.

Hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung der sozialen Unterstützung und der Zufriedenheit damit waren die vermuteten Zusammenhänge in beiden Studien nicht so stark, dass sie sich auch im Strukturgleichungsmodell nachweisen ließen.

Bei den Korrelationen fanden sich allerdings in beiden Studien die erwarteten Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung und Ärgererleben sowie Parametern für ungünstige Reaktionen gegenüber dem erkrankten Partner. Zudem gab es in Studie 2 korrelative Verbindungen zwischen emotionaler Unterstützung, sozialer Integration sowie der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson und einzelnen Ärgervariablen. Die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson und soziale Integration waren dabei mit weniger Ärgererleben und besseren Umgangsformen mit dem Erkrankten assoziiert. Weniger Ärger war außerdem mit mehr emotionaler Unterstützung korreliert. Praktische Unterstützung durch das Umfeld im Sinne von konkreten Hilfsleistungen im Alltag stand nicht im Zusammenhang mit dem Ärgererleben. Ebenso fand sich kein Zusammenhang zwischen Ärgerreaktionen und der Anzahl an Stunden, in denen die Angehörigen entlastet wurden.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Anzahl an Stunden an Unterstützung waren jedoch in den beiden Studien uneinheitlich. In Studie 1 zeigten sich schwache, aber dennoch bedeutsame Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Stunden, in denen Angehörige entlastet wurden, und dem Erleben von Ärger im Strukturgleichungsmodell, obwohl bei der Berechnung der Korrelationen diesbezüglich keine signifikanten Ergebnisse gefunden wurden. Dies stand der Annahme entgegen, dass die subjektive Beurteilung sozialer Unterstützung entscheidend ist

und nicht die Stundenanzahl an praktischer Unterstützung (Meier et al., 1999). Aufgrund der größeren Stichprobe und differenzierteren Erfassung werden die mit dieser Annahme übereinstimmenden Ergebnisse in Studie 2 jedoch höher bewertet als die in Studie 1 gefundenen Zusammenhänge. In der Belastungsforschung gibt es insgesamt noch unklare Befunde und widersprüchliche Ergebnisse zum Effekt externer Hilfen und Entlastung für Angehörige (Jeon et al., 2005; Lee & Cameron, 2004; Mavall & Thorslund, 2007; Sussman & Regehr, 2009; Zank et al., 2007). Aufgrund der insgesamt unbefriedigenden Datenlage wären weitere Studien wünschenswert, die den Einfluss der zeitlichen Entlastung durch externe Hilfen auf Ärgerreaktionen und Belastungen eingehender untersuchen.

Die Angehörigen wurden in Studie 2 weiterhin gefragt, wie viele Stunden sie mit der Betreuung des Erkrankten pro Tag befasst sind. Bei den Korrelationen zeigte sich dabei ein uneinheitliches Ergebnis: Es gab sowohl mit dem Erleben von Ärger wie auch mit geduldigem Verhalten einen positiven Zusammenhang. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass durch den erhöhten Betreuungsbedarf der Ärger aufgrund höherer Belastung zwar steigt, aber auf der anderen Seite auch mehr Gelegenheit da ist, Situationen zu meistern und unterstützendes Verhalten zu zeigen. Einschränkend muss aber gesagt werden, dass die Daten zum Betreuungsbedarf möglicherweise eine mangelnde Validität aufweisen, da nicht immer genaue Zeitangaben gemacht wurden. Viele Angehörige antworteten mit Angaben wie „die ganze Zeit“, „rund um die Uhr“, usw., denen dann der pauschale Zahlenwert 16 Stunden zugeordnet wurde.

In Studie 2 wurde neben der sozialen Unterstützung auch die soziale Belastung erfasst. Dabei wurde die Wahrnehmung negativer Verhaltensweisen und Merkmale von Personen des sozialen Umfelds erhoben, d.h. wie sehr sich Angehörige von ihrem sozialen Umfeld abgelehnt, kritisiert, eingeeengt oder überfordert fühlen. Soziale Belastung hing sowohl im Strukturgleichungsmodell wie auch bei den Korrelationen mit stärkerem Ärgererleben zusammen. Bei den Korrelationen zeigten sich auch Zusammenhänge sozialer Belastung mit den Verhaltensreaktionen der Angehörigen in Ärgersituationen in dem Sinne, dass ungünstigeres Verhalten mit einer höheren Belastung assoziiert war.

Konfliktreiche und belastete soziale Beziehungen im näheren Umfeld der Angehörigen können somit als Risikofaktor für das vermehrte Auftreten von Ärger und ungünstigem Verhalten gegenüber dem Erkrankten angesehen werden.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass es einen Einfluss sozialer Unterstützung in Bezug auf Ärgererleben gibt, der jedoch im Vergleich zu anderen Einflussvariablen wohl eher gering ausfällt. Dennoch kann soziale Unterstützung in Einklang mit dem Puffermodell (Cohen & Willis, 1985; Fydrich et al, 2007) ein gewisser Schutzfaktor auch vor übermäßigem Ärger sein. Dabei scheint es eher nicht darauf anzukommen, wie viel praktische

Unterstützung Angehörige bekommen, sondern darauf, dass sie emotional unterstützt werden, sich sozial integriert fühlen und Vertrauenspersonen haben, mit denen sie sich aussprechen können. Soziale Belastung als Gegenteil sozialer Unterstützung hängt deutlicher mit dem Erleben von Ärger zusammen. Angehörige, die in ihrem nahen sozialen Umfeld mehr Kritik, Zurückweisung, Einengung und Überforderung erfahren, neigen eher dazu in kritischen Situationen mit Ärger gegenüber dem Partner zu reagieren.

Insgesamt sprechen diese Ergebnisse dafür, dass Angehörige aus ihrem Umfeld vor allem emotionale Unterstützung brauchen, um Ärgerreaktionen zu vermeiden. Fehlt diese Unterstützung oder sind die näheren Beziehungen sogar belastet, ist dies ein zusätzlicher Stressfaktor zur Erkrankung des Partners, was dann wiederum die Schwelle für ärgerliche und ungeduldige Reaktionen senkt.

Die vorliegenden Ergebnisse sind weitgehend konform mit bisherigen Untersuchungen der Belastungsforschung, welche die Belastung und Depressivität von Angehörigen in Verbindung mit der Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (Au et al., 2009; Chang et al., 2001; Clay et al., 2008; Shurgot & Knight, 2005; van den Wijngaart et al., 2007), der Verfügbarkeit von Vertrauenspersonen (Drentea et al., 2005; Waite et al., 2004), besserer sozialer Integration und sozialer Belastung (Chang et al., 2001; Mioshi et al., 2009; Mitrani et al., 2006; Sörensen et al., 2006; Spitznagel et al., 2006) brachten.

5.1.7 Geschlecht und Ärger

In Studie 1 war es aufgrund der ungleichen Verteilung nicht möglich, einen Vergleich der Mittelwerte zwischen Frauen und Männern durchzuführen. Die in Studie 2 durchgeführten Berechnungen ergaben entgegen der Hypothese, dass Frauen mehr Ärger erleben und zeigen, keinerlei Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Ärgermaße. Der vorliegende Befund bedarf aufgrund dieses unerwarteten Ergebnisses der Replikation.

Das in der Belastungsforschung mehrfach bestätigte Ergebnis, dass Frauen, die einen an Demenz erkrankten Partner betreuen, mehr Belastung empfinden und mit mehr psychiatrischen Symptomen reagieren als Männer (Barusch & Spaid, 1989; Campbell et al., 2008; Collins & Jones, 1997; Gallicchio et al., 2002; Schulz et al., 1995; Thompson et al., 2004; Yee & Schulz, 2000), scheint somit nach den hier ermittelten Daten nicht auf das Phänomen Ärger übertragbar. Möglicherweise gleicht sich die Tendenz höherer Belastung bei Frauen mit der in der Ärger- und Aggressionsforschung diskutierten Tendenz von Männern, aggressiver zu reagieren (Archer, 2004; Deffenbacher et al., 1996), aus. Allerdings ist auch diese Tendenz sehr umstritten, da es durchaus Ergebnisse gibt, die keine Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Aggressivität finden (Fischer & Evers, 2010; Weber, 1994).

5.1.8 Attributionen und Ärger

Eine weitere Fragestellung betraf den Einfluss von Attributionen auf das Ärgererleben und die Verhaltensreaktionen Angehöriger. Die Hypothese war, dass Angehörige, die das Verhalten des Erkrankten weniger auf die Krankheit zurückführen und dem Betroffenen noch mehr Kontrolle über sein Verhalten im Sinne von Verantwortlichkeit zuschreiben, mit mehr Ärger reagieren.

Außerdem war vermutet worden, dass diese Attributionen auch mit der Symptomatik der Erkrankten zusammenhängen, in dem Sinne, dass Verhaltensstörungen und Schwankungen des Verhaltens mit ungünstigeren Attributionen assoziiert sind.

In Studie 1 war der Zusammenhang zwischen Attributionen auf Verhaltenskontrolle und den Ärgermaßen gering ausgeprägt und die Richtung des Zusammenhangs verlief im Strukturgleichungsmodell entgegen der Hypothese. Es wurde vermutet, dass dies ein durch die Art der Erfassung der Attributionen (Prozenteinschätzungen, wie viel Verhaltenskontrolle die Betroffenen in Bezug auf einzelne Symptome haben) verzerrtes Ergebnis sein könnte. In Studie 2 wurden Attributionen daher zum einen globaler, d.h. bezogen auf den Verhaltenseindruck der Angehörigen insgesamt, wie auch differenzierter, d.h. mit einer Analogskala bezogen auf die Bereiche „Kontrolle“, „Absicht“ und „mangelndes Verständnis“, erfasst. Die Ergebnisse bestätigten in der zweiten Untersuchung weitgehend die Hypothesen: Ungünstige Attributionen zeigten einen Zusammenhang mit Ärgererleben im Strukturgleichungsmodell, d.h. je ungünstiger die Attributionen, desto mehr Ärger wurde empfunden. Bei den Korrelationen waren zudem deutliche Zusammenhänge zwischen den Attributionen und den Verhaltensreaktionen der Angehörigen nachweisbar, dies insbesondere bei den Unterskalen „Kontrolle“ und „mangelndes Verständnis“, d.h. je mehr ungünstige Attributionen, desto mehr ungünstige Verhaltensreaktionen. Diese Zusammenhänge wurden allerdings im Strukturgleichungsmodell nicht bedeutsam.

Der gefundene Zusammenhang zwischen ungünstigen Attributionen und Ärger bestätigt bisherige Forschungsergebnisse (Harvath, 1994; Martin-Cook et al., 2003; Pagel et al., 1985; Polk, 2005; Tarrrier et al., 2002; Williamson et al., 2005), welche Bewertungen ebenfalls als wichtigen Einflussfaktor bei der Entstehung von Ärger bzw. ärgerähnlicher Emotionen betrachten.

Angehörige unterstellten in der vorliegenden Studie ihren betroffenen Partnern insgesamt relativ wenig Absicht. Auch die Angaben, wie viel Kontrolle die Erkrankten noch über ihr Verhalten haben, fielen eher gering aus. Bezüglich des Verständnisses für das Verhalten des erkrankten Partners waren die Werte in negativer Richtung hingegen höher ausgeprägt. Angehörige scheinen sich daher weitgehend im Klaren darüber zu sein, dass die Betroffenen nicht aus Böswilligkeit oder selbst verschuldeter Nachlässigkeit handeln, verstehen aber

dennoch oft das Verhalten des Partners nicht, was wiederum das Auftreten von Ärger begünstigt.

In Studie 1 wurde ein relativ deutlicher Zusammenhang zwischen Attributionen auf die Erkrankung und Ärgererleben sowie günstigem Verhalten gefunden. Dieser konnte in Studie 2 nur teilweise repliziert werden. Einzig mit der Skala FERAP „Geduld“ als Indikator für geduldiges Verhalten zeigte sich hier eine signifikante Korrelation.

Möglicherweise sind die Unterschiede durch die Erfassungsmethode mitbedingt. In Studie 1 wurden die Attributionen hinsichtlich 30 konkreter Symptome bzw. Verhaltensweisen abgefragt, in Studie 2 wurden nur zwei allgemeine Aussagen bezüglich des Verhaltens insgesamt erhoben. Das Ergebnis eines weniger starken Zusammenhangs zwischen Attributionen auf die Erkrankung und den Ärgervariablen in Studie 2 kann aber auch, wie bereits im vorigen Abschnitt in Bezug auf Absicht und Verhaltenskontrolle diskutiert, so interpretiert werden, dass den meisten Angehörigen relativ deutlich bewusst ist, dass viele Verhaltensweisen krankheitsbedingt sind, wobei diese Erkenntnis jedoch nicht bei allen Angehörigen handlungsleitend im Umgang mit dem betroffenen Partner wird.

Die Zusammenhänge zwischen Attributionen und Ärgervariablen waren insgesamt - insbesondere in Studie 1 - nicht so stark wie erwartet. Es gibt mehrere mögliche Gründe für diese Ergebnisse.

Zum einen können Decken- und Bodeneffekte eine Rolle gespielt haben. Die Werte in den Fragebögen bezüglich der Attributionen auf die Erkrankung bzw. auf Verhaltenskontrolle bzw. Absicht deuten in diese Richtung. Den meisten Angehörigen scheint es klar zu sein, dass ein Großteil des Verhaltens der Erkrankten auf die Erkrankung zurückzuführen ist und dass Fehlverhalten nicht absichtlich gezeigt wird bzw. krankheitsbedingt nicht mehr unter Kontrolle der Betroffenen steht.

Zum anderen ist auch nach Ergebnissen der allgemeinen Ärgerforschung (Berkowitz, 2010) davon auszugehen, dass negative Attributionen für das Auftreten von Ärger keine zwingende Voraussetzung sind. Nach dem neo-assoziationalistischen Modell von Berkowitz (1990) tritt Ärger in kritischen Situationen oft auch ohne bewusste Bewertung auf. Vielmehr spielen in solchen Situationen automatisch aktivierte Gefühle, Erinnerungen, Gedanken und motorische Impulse, die auftreten bevor bewusste kognitive Bewertungs- und Kontrollprozesse einsetzen, eine wichtige Rolle.

Dies deckt sich auch mit den aus den qualitativen Interviews gewonnenen Informationen, dass viele Angehörige sich ihres falschen Verhaltens bewusst sind, aber dennoch in Situationen, die für sie überfordernd sind, so reagieren. Es könnte sein, dass bei diesen Angehörigen das Wissen über die Erkrankung und deren Folgen zwar weitgehend vorhanden ist, jedoch noch nicht so gut verarbeitet ist, dass es auch in schwierigen Situationen

handlungsleitend wird. Möglicherweise werden dann in solchen Situationen automatische Fühl- und Denkmuster aktiviert, die implizit und unbewusst dem Erkrankten dennoch ein Stück Verantwortung für sein Handeln zuschreiben. Es ist anzunehmen, dass sich solche automatischen Muster oft in einem Zeitraum entwickeln, in dem die Krankheit zwar schon vorhanden, aber noch nicht diagnostiziert ist. Im Alltag der Paare treten dann bereits viele Symptome auf, die jedoch vom Angehörigen noch nicht eingeordnet werden können und somit leicht zu Konflikten führen können. Die meisten Angehörigen denken wahrscheinlich dabei nicht gleich an eine Demenz, sondern machen eher andere Gründe wie Nachlässigkeit oder mangelnde Anstrengung, die meist in der Person des Partners liegen, für das Fehlverhalten verantwortlich.

Bei einigen wenigen Angehörigen scheint die Einsicht, dass das Verhalten krankheitsbedingt ist und dem Partner keine Verantwortung dafür unterstellt werden kann, allerdings so stark verinnerlicht und handlungsleitend zu sein, dass Ärgerreaktionen kaum oder gar nicht mehr auftreten.

Im Folgenden soll nun der Einfluss der potentiellen Einflussfaktoren Symptomatik inklusive wahrgenommener Schwankungen, Schweregrad und Erkrankungsdauer sowie Resentment/Groll über Einschränkungen des Alltagslebens dargestellt werden. Die Hypothesen lauteten, dass diese Variablen sowohl mit Ärger und Verhaltensreaktionen wie auch mit den Attributionen zusammenhängen.

5.1.9 Nicht-kognitive Symptome, Attributionen und Ärger

Zunächst sollen die Ergebnisse hinsichtlich nicht-kognitiver Symptome, d.h. Verhaltensstörungen diskutiert werden. Es war erwartet worden, dass Verhaltensstörungen der Betroffenen mit erhöhtem Ärger und ungünstigem Verhalten der Angehörigen zusammenhängen.

In beiden Studien waren die nicht-kognitiven Symptome im Strukturgleichungsmodell nicht mit dem Ärgererleben oder ungünstigem Verhalten direkt assoziiert. In Studie 2 zeigte sich aber ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen störendem Verhalten (Unruhe, Weglauftendenz, Reizbarkeit, Aggressivität, Eigensinnigkeit/Sturheit) und ungünstigen Attributionen im Strukturgleichungsmodell.⁴ Bei den Korrelationen wurden diesbezüglich Zusammenhänge zwischen störendem Verhalten mit der Attribution auf Absicht und vor allem mit mangelndem Verständnis für das Verhalten des Erkrankten festgestellt.

In beiden Studien fand sich im Gegensatz zu den Strukturgleichungsmodellen auch ein korrelativer Zusammenhang zwischen störendem Verhalten der Betroffenen und dem

⁴ Die NOSGER-Subskalen „Stimmung“, „Sozialverhalten“ und „Störendes Verhalten“ konnten in Studie 2 aufgrund zu niedriger Indikator- und Faktorreliabilitäten nicht wie in Studie 1 zur Variable „nicht-kognitive Symptome“ gruppiert werden und gingen daher separat in das Strukturgleichungsmodell ein.

Ärgererleben der Angehörigen. In Studie 2 korrelierte störendes Verhalten außerdem auch mit ungünstigen Verhaltensweisen der Angehörigen sowie leicht negativ mit der Ärgerkontrolle.

Die in Studie 1 ermittelten Korrelationen von Ärgererleben mit den anderen „nicht-kognitiven“ Symptomen (Stimmung, Sozialverhalten) wurden in Studie 2 nicht mehr gefunden.

Stärker beeinträchtigtes Sozialverhalten war in Studie 1 auch mit weniger von den Angehörigen unterstellter Verhaltenskontrolle und günstigerem Verhalten korreliert, was sich jedoch in Studie 2 nicht replizieren ließ.

Insgesamt scheint nach diesen Ergebnissen vor allem störendes Verhalten einen zumindest indirekten Einfluss auf Ärgerreaktionen zu haben, da es zu ungünstigen Attributionen führt, die im Wesentlichen aus mangelndem Verständnis für das Verhalten des Erkrankten bestehen.

5.1.10 Kognitive Symptome, Attributionen und Ärger

Der Einfluss von Gedächtnisstörungen, Beeinträchtigungen des täglichen Lebens sowie Problemen bei der Körperpflege auf die Ärgerreaktionen Angehöriger war eine weitere Fragestellung dieser Arbeit. Diese Symptomtriade wurde für einzelne Berechnungen auch unter der Rubrik „kognitive Symptome“ zusammengefasst.

Es war vorhergesagt worden, dass mehr kognitive Symptome in Zusammenhang mit weniger Ärger und günstigerem Verhalten stehen, da für die Angehörigen dann deutlicher ist, dass das Verhalten des Betroffenen krankheitsbedingt ist. Folglich sollten auch Attributionen auf die Erkrankung mit einer stärkeren Symptomatik assoziiert sein.

Die so formulierten Hypothesen konnten insgesamt nur teilweise bestätigt werden. Im Strukturgleichungsmodell und teilweise bei den Korrelationen in Studie 1 waren die kognitiven Symptome tatsächlich mit weniger Ärger assoziiert, während in Studie 2 kognitive Symptome in umgekehrter Richtung mit dem Ärgererleben zusammenhängen, d.h. je stärker die Symptome ausgeprägt waren, desto mehr Ärger. Die Ergebnisse von Studie 1 sprechen für die Hypothese, dass bei stärkerer Symptomatik im kognitiven und pflegerischen Bereich das Ärgererleben abnimmt, da Angehörige zunehmend erkennen, dass der Betroffene für sein Verhalten nicht mehr verantwortlich gemacht werden kann und somit weniger Gründe für das Auftreten von Ärger bestehen. Die Ergebnisse von Studie 2 sprechen hingegen für die Hypothese, dass mit zunehmenden kognitiven und pflegerischen Problemen die Belastung steigt und in Folge dessen auch Ärgererleben häufiger auftritt.

Gleichzeitig gab es in beiden Studien teilweise positive Zusammenhänge zwischen kognitiven sowie pflegerischen Symptomen und günstigem Verhalten, d.h. je mehr Symptome

vorhanden waren, umso unterstützender das Verhalten der Angehörigen. In Studie 2 war diesbezüglich sogar ein bedeutsamer Pfad im Strukturgleichungsmodell nachweisbar.

Kognitive bzw. alltagsbezogene Symptome scheinen somit auf der einen Seite eine höhere Belastung und mehr Ärger zu triggern, andererseits aber auch eher zu verständnisvollen Reaktionen zu führen. Bei genauerem Hinschauen zeigte sich in Studie 2 bei den Korrelationen ein Zusammenhang zwischen Symptomen im Bereich Pflege und dem Ärgererleben sowie zwischen allen drei Symptombereichen (Gedächtnis, IADL, Pflege) und der Skala FERAP „Geduld“. Dies kann möglicherweise so interpretiert werden, dass speziell die Belastung durch die Pflege (z.B. durch Symptome wie Inkontinenz) Ärgerreaktionen begünstigt, während kognitive Symptome dabei keine so große Rolle spielen. Gekoppelt mit den kognitiven Symptomen tragen Symptome aus dem Bereich Pflege aber auch dazu bei, dass die Schwere der Erkrankung erkannt wird, was wiederum aufgrund der daraus folgenden anzunehmenden Attributionen eher günstiges Verhalten fördert und Ärgerreaktionen entgegenwirkt.

Der gerade erwähnte vermutete Zusammenhang zwischen den kognitiven und pflegerischen Symptomen mit Attributionen auf die Erkrankung konnte auch teilweise bestätigt werden. In Studie 1 zeigte sich trotz nicht signifikanter Korrelationen ein bedeutsamer Pfadkoeffizient im Strukturgleichungsmodell, während in Studie 2 signifikante Korrelationen mit Gedächtnisstörungen und Symptomen aus dem Bereich Pflege bestanden, aber kein bedeutsamer Pfadkoeffizient im Strukturgleichungsmodell nachgewiesen wurde.

Die vorgefundene Ergebniskonstellation stellt sich insgesamt leicht uneinheitlich dar. Eine mögliche Interpretation könnte aber wie folgt aussehen: Die in Studie 2 gefundenen Zusammenhänge zwischen kognitiven Symptomen und stärkerem Ärger könnten vor allem durch Belastungen hinsichtlich der Pflege zustande gekommen sein. Darauf deuten die positiven Korrelationen zwischen diesen Variablen hin. Dies ginge auch konform mit dem in anderen Studien gefundenen Ergebnis, dass eine größere Unselbstständigkeit der Betroffenen mit höheren Belastungen der Angehörigen verbunden ist (Berger et al., 2005, Kurz & Wilz, 2011). Die anderen erfassten Beeinträchtigungen, wie Gedächtnisstörungen und Probleme bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, sind möglicherweise weniger belastend als Probleme in der Pflege und führen gleichzeitig aber auch zu der Wahrnehmung, dass der Partner tatsächlich krank ist, was sich wiederum in weniger Ärger und günstigerem Verhalten auswirkt. Leider können diese Zusammenhänge durch die vorliegenden Daten nur teilweise bestätigt werden. Grund dafür könnte sein, dass es sich zwar um eher schwache, aber dennoch wirksame Einflüsse handelt, die größere Stichproben erfordern, um deutlicher hervorzutreten.

5.1.11 Schweregrad sowie Dauer der Erkrankung und Ärger

Analog zum Einfluss kognitiver Symptome wurde auch vermutet, dass der Schweregrad der Erkrankung und die Erkrankungsdauer mit weniger Ärger assoziiert sind, d.h. je schwerer die Erkrankung und je länger der Krankheitsverlauf, umso weniger Ärger. Weiterhin wurde angenommen, dass diese Einflussvariablen auch mit Attributionen auf die Erkrankung zusammenhängen. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung - erfasst durch den Schweregrad und die Krankheitsdauer - müsste für Angehörige immer offensichtlicher werden, dass das Verhalten des Partners krankheitsbedingt ist. Dies wiederum müsste sich günstig auf das Erleben von Ärger und das Verhalten der Angehörigen auswirken.

Insgesamt wurden hinsichtlich dieser Fragestellung schwache Zusammenhänge gefunden, die jedoch den Hypothesen entsprachen.

Schweregrad und Dauer der Erkrankung hingen im Strukturgleichungsmodell in Studie 1 in der erwarteten Richtung mit dem Ärgererleben zusammen, nicht aber mit den Attributionen. In Studie 2 zeigte sich hingegen einzig eine Assoziation zwischen Schweregrad und Attributionen auf die Erkrankung.

Bei den Korrelationen zeigten sich teilweise Zusammenhänge in beiden Studien. In Studie 1 war der MMST als Maß für den Schweregrad mit einzelnen Parametern für Ärgererleben und Verhaltensreaktionen assoziiert. So hing eine weiter fortgeschrittene Demenz mit weniger Ärger und günstigerem Verhalten zusammen. In Studie 2 wurde hingegen nur eine schwache Korrelation des MMST mit FERAP „Kritik“ gefunden, nachdem soziale Erwünschtheit als Einflussvariable kontrolliert wurde. Weiterhin zeigte sich in Studie 1 eine Korrelation des MMST mit den Attributionen auf die Erkrankung in der erwarteten Richtung, nicht jedoch in Studie 2. Für die Dauer der Erkrankung gab es nur in Studie 2 eine negative Korrelation mit FERAP „Kritik“ als einem Maß für ungünstiges Verhalten der Angehörigen.

Hinsichtlich des Einflusses des Schweregrads der Erkrankung konnte die Hypothese, dass ein weiter fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung mit mehr Attributionen auf die Erkrankung, weniger Ärger und günstigerem Verhalten assoziiert ist, somit nur teilweise bestätigt werden. Allerdings muss dazu gesagt werden, dass der MMST ein zwar praktikables, aber relativ ungenaues Maß für den Schweregrad ist, da er ausschließlich die kognitive Symptomatik mit einem Schwerpunkt auf Gedächtnis- und Sprachfunktionen erfasst.

Die Erkrankungsdauer scheint aufgrund der weitgehend ausgebliebenen Assoziationen mit den Ärgervariablen ebenfalls nur einen geringen Einfluss zu haben, was in Übereinstimmung mit Studien steht, die keinen oder nur einen geringen Zusammenhang zwischen Belastung und Erkrankungsdauer fanden (Meier et al., 1999; Zarit et al., 1980). Andere Studien fanden Zusammenhänge zwischen einer kürzeren Krankheitsdauer und vermehrter Belastung (Draper et al., 1995, Riedijk et al., 2006), was wiederum in Übereinstimmung zu den in der

vorliegenden Studie gefundenen vereinzelt Assoziationen zwischen einer kürzeren Krankheitsdauer und mehr Ärger sowie ungünstigerem Verhalten steht.

Einschränkend ist anzumerken, dass die Erkrankungsdauer möglicherweise ein zu ungenaues Maß darstellt, da die individuellen Verläufe bei Demenzen sehr unterschiedlich sein können. Dies bedeutet, dass beispielsweise bei einem schnellen Verlauf schon nach relativ kurzer Zeit ein fortgeschritteneres Stadium erreicht werden kann und die Krankheit sehr offensichtlich wird. Umgekehrt gibt es aber auch langsame Verläufe, bei denen die Symptome langsam voranschreiten, so dass eine eindeutige Attribution von Verhaltensauffälligkeiten auf die Erkrankung den Angehörigen schwerer fallen dürfte.

Die insgesamt weitgehend ausgebliebenen Zusammenhänge könnten teilweise auch auf die Art der Erfassung der Krankheitsdauer zurückzuführen sein. Es ist retrospektiv für die Angehörigen nicht einfach, sich genau zu erinnern, wann Symptome zuerst aufgetreten sind und wann schließlich die Diagnose gestellt wurde, so dass man hier auch eine Unschärfe in den Daten vermuten kann.

Folgestudien, die Zusammenhänge zwischen Schweregrad, Erkrankungsdauer sowie Attributionen und Ärgerreaktionen weiter untersuchen, wären wünschenswert.

5.1.12 Schwankungen der Symptomatik, Attributionen und Ärger

Ein weiterer Einflussfaktor, der zuvor noch nie untersucht wurde, sind Schwankungen des Verhaltens der Betroffenen, die von den Angehörigen wahrgenommen wurden. Es wurde vermutet, dass die Angehörigen ihrem erkrankten Partner eher mehr Verantwortung für Fehlverhalten unterstellen, wenn das Verhalten der Betroffenen als sehr schwankend wahrgenommen wird. Wenn Angehörige sehen, dass bestimmte Verhaltensweisen in manchen Situationen noch möglich sind, liegt diese Attribution nahe. Vermehrter Ärger wurde daher auch in Zusammenhang mit mehr wahrgenommenen Schwankungen gesehen.

Die Ergebnisse von Studie 1 stützen diese Hypothese. Wahrgenommene Schwankungen zeigten hier einen bedeutsamen Pfadkoeffizienten mit Ärgererleben im Strukturgleichungsmodell, sowie signifikante Korrelationen mit dem Ärgererleben und den Attributionen auf Verhaltenskontrolle. In Studie 2 konnten diese Zusammenhänge aber mit anderen Messinstrumenten an einer größeren Stichprobe nicht repliziert werden. Wahrgenommene Schwankungen der Symptomatik hingen jedoch bei den Korrelationen in Studie 2 mit Attributionen auf die Erkrankung und geduldigerem Verhalten zusammen. Mehr Schwankungen waren dabei mit mehr Attributionen auf die Erkrankung und günstigerem Verhalten assoziiert. Diese Zusammenhänge wurden in Studie 1 nicht gefunden. Insgesamt sind die Ergebnisse hinsichtlich der wahrgenommenen Schwankungen somit in den beiden Studien widersprüchlich.

Mögliche Gründe für diese Ergebnisse könnten in den unterschiedlichen Erfassungsmethoden für Schwankungen in den beiden Studien liegen. Während in Studie 1 Schwankungen durch eine Beurteilung einzelner konkreter Verhaltensauffälligkeiten erfasst wurden, sollten in Studie 2 nur Angaben hinsichtlich zweier Aussagen über Schwankungen im Allgemeinen gemacht werden. Bei der Betrachtung der deskriptiven Statistik fällt zumindest auf, dass in Studie 2 die Wahrnehmung der Schwankungen breiter gestreut zu sein scheint als in Studie 1.

Eine weitere mögliche Erklärung wären Unterschiede in der Zusammensetzung der Stichproben, z.B. hinsichtlich der Verteilung der Schweregrade der Demenz oder der Geschlechtsverteilung bei den Angehörigen. In Bezug auf die Geschlechtsverteilung ergab ein nachträglich durchgeführter Gruppenvergleich mit einem T-Test zwischen Frauen und Männern keine Unterschiede in Bezug auf die Wahrnehmung von Schwankungen in Studie 2. Die Frage, welchen Einfluss Schwankungen auf Ärgerreaktionen haben und ob sie eher dazu führen, dass Angehörige das Verhalten des Erkrankten als willentlich gesteuert und kontrollierbar oder als durch die Krankheit bedingt wahrnehmen, kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten somit nicht abschließend beantwortet werden. Bei der weiteren Untersuchung dieser Frage sollten differenziertere Messinstrumente entwickelt werden, die wahrgenommene Schwankungen besser abbilden können als die hier verwendeten selbst entwickelten Verfahren, welche möglicherweise nicht ausreichend valide sind.

5.1.13 Resentment / Groll und Ärger

Weiterhin wurde in beiden Studien auch der Einfluss der Variable Resentment/Groll auf das Ärgererleben untersucht. Bei der Erfassung dieser Variable wurden die Angehörigen – allerdings mit unterschiedlichen Verfahren - danach gefragt, wie sehr sie sich über bestimmte Einschränkungen ihres Alltagslebens ärgern, die in Folge der Erkrankung auftreten. Es wurde erwartet, dass höhere Ausprägungen hinsichtlich Resentment/Groll mit höheren Ärgerwerten einhergehen. In Studie 2 sollte zudem untersucht werden, ob auch ein Zusammenhang mit ungünstigen Attributionen besteht.

Im Strukturgleichungsmodell von Studie 2 war kein Zusammenhang zwischen Resentment/Groll und den Ärgervariablen oder ungünstigen Attributionen nachweisbar. In beiden Studien zeigten sich aber korrelative Zusammenhänge zwischen Resentment/Groll und Ärgererleben in kritischen Situationen. In Studie 2 waren zudem auch Korrelationen mit ungünstigem Verhalten und ungünstigen Attributionen nachweisbar. Der Groll, den Angehörige insgesamt über die durch die Krankheit verursachten Einschränkungen empfinden, scheint sich somit zumindest teilweise auf ihre Wahrnehmung des Partners im Alltag in negativer Weise auszuwirken. Auch Martin-Cook et al. (2003) hatten in ihrer Studie

einen Zusammenhang zwischen Attributionen, dass die Erkrankten sich manipulativ verhalten und der Variable Resentment/Groll festgestellt.

In der qualitativen Untersuchung von Studie 2 gaben zudem alle Angehörigen an, dass durch die Erkrankung ihre Lebensplanung eingeschränkt sei. Dies schien jedoch nur bei einem kleinen Teil der Probanden auch mit vermehrtem Ärger gegenüber dem Betroffenen zusammenzuhängen. Die meisten Angehörigen waren eher enttäuscht oder traurig über die veränderten Lebensumstände.

Der Groll über Einschränkungen der Lebensführung durch die Erkrankung spielt somit vermutlich bei manchen Angehörigen eine Rolle bei der Entstehung von Ärger und kann ärgerliche Verhaltensreaktionen begünstigen, wenngleich der Einfluss möglicherweise nicht besonders hoch ist.

Mac Neil et al. (2009) hatten in ihrer Studie einen Mediatoreffekt von Ärger auf die Beziehung zwischen Resentment/Groll und schädlichem Verhalten ermittelt. Demnach reagierten Angehörige, die viel Groll empfanden, gegenüber dem Partner aggressiv, wenn sie sich gleichzeitig stark ärgerten. Die vorliegenden Daten widersprechen diesen Ergebnissen nicht. Allerdings könnte die Richtung des Zusammenhangs eine andere sein, nämlich in dem Sinne, dass Resentment/Groll die Beziehung zwischen Ärger und schädlichem Verhalten beeinflusst und als Moderatorvariable fungiert. Weitere Studien, die diese Vermutung überprüfen, wären wünschenswert.

5.1.14 Belastung und Ärger

In beiden Studien wurde als Einflussfaktor auch die Belastung erhoben, die Angehörige insgesamt empfinden. Belastung war dabei in Studie 1 im Strukturgleichungsmodell deutlich mit dem Ärgererleben assoziiert, in Studie 2 jedoch nicht. Auch in Bezug auf ungünstige Attributionen war der Pfadkoeffizient in Studie 2 unbedeutend. Der Grund für die fehlende Übereinstimmung der Ergebnisse könnte hier sowohl in den unterschiedlichen Messverfahren, die für die Erfassung von Ärger und Belastung in den beiden Studien angewandt wurden, wie auch in der Stärke anderer Variablen im Strukturgleichungsmodell liegen.

Bei den Korrelationsberechnungen zeigten sich allerdings ähnlich wie bei Resentment/Groll auch bei der Variable Belastung die vermuteten Zusammenhänge mit dem Erleben von Ärger und ungünstigen Verhaltensreaktionen. Dies kann insgesamt als Hinweis interpretiert werden, dass die subjektive Belastung der Angehörigen einen Einfluss auf das Ärgererleben und auf ungünstiges Verhalten hat.

Weitere Studien zum Zusammenhang zwischen Belastung und Ärger sollten durchgeführt werden, insbesondere zur Untersuchung von Wechselwirkungen zwischen diesen Variablen.

Es ist durchaus denkbar, dass sich Belastung und Ärger gegenseitig potenzieren, in dem Sinne, dass die durch vermehrte Ärgerreaktionen ausgelösten Konflikte mit dem Erkrankten die subjektiv wahrgenommene Belastung erhöhen, was dann wiederum die Schwelle für erneute Ärgerreaktionen senkt.

5.1.15 Depressivität und Ärger

In Studie 1 wurde im Zusammenhang mit Belastung auch die Depressivität der Angehörigen untersucht. Im Einklang mit anderen Studien wurde dabei ein Zusammenhang zwischen Belastung und Depressivität festgestellt (Clyburn et al., 2000; Kiecolt-Glaser et al., 1991; Mioshi et al., 2009; Schoenmakers et al., 2010; Schulz et al., 1995; Sherwood et al., 2005).

Der Zusammenhang von Depressivität und Ärgererleben in Studie 1 war hingegen uneinheitlich, da sich die Ergebnisse der Korrelationen und des Strukturgleichungsmodells widersprachen. Depressivität war bei den Korrelationen mit erhöhtem Ärger, im Strukturgleichungsmodell hingegen mit weniger Ärger assoziiert, was vermutlich aufgrund von Stichprobenunterschieden zustande kam⁵.

Beide Zusammenhänge haben jedoch auch ihre Plausibilität. Depressivität könnte im Sinne eines Belastungsfaktors die Stressschwelle senken und so mit dazu beitragen, dass Angehörige in kritischen Situationen die Nerven verlieren und ärgerlich reagieren. Die Ergebnisse von Mac Neil et al. (2009), in deren Studie Ärger eine bedeutende Mediatorvariable für den Zusammenhang zwischen Depressivität und schädlichem Verhalten war, stützen diese Hypothese.

Auf der anderen Seite wäre es aber auch denkbar, dass negative Zusammenhänge zwischen Depressivität und Ärger die klinische Beobachtung abbilden, dass Angehörige, die die Erkrankung besser verstanden und den Ärger weitgehend überwunden haben, eher mit Trauergefühlen reagieren. In der qualitativen Untersuchung der Studie 2 gab es einzelne Angehörige, bei denen sich dieses Muster zeigte. Zukünftige Studien zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Ärger sollten die Frage, welche gegenseitigen Einflüsse diese beiden Variablen aufeinander ausüben und wie dies mit den Attributionen der Angehörigen zusammenhängt, weiter klären.

5.1.16 Bildung / Alter und Ärger

Die in beiden Studien ebenfalls erfassten demographischen Variablen Bildung & Alter zeigten insgesamt keinen bedeutenden Zusammenhang mit Ärgererleben und Verhaltensreaktionen.

⁵ Bei der Berechnung des Strukturgleichungsmodells wurden nur insgesamt vollständige Datensätze miteinbezogen, so dass hier die Stichprobe (n=28) deutlich kleiner war.

In Studie 1 gab es nur für eine Ärgervariable („Ärgerintensität“) eine signifikante Korrelation mit dem Alter in dem Sinne, dass höheres Alter mit stärkerem Ärger assoziiert war.

5.1.17 Qualitative Untersuchung

Mit 15 der 73 Angehörigen, die an Studie 2 teilnahmen, wurden problemfokussierte Interviews in Bezug auf ihre Erfahrungen mit Ärgerreaktionen und mögliche Einflussfaktoren wie Schwankungen oder Einschränkungen der Lebensplanung durchgeführt. Aufgrund der geringen Fallzahl bleibt die Interpretation der Interviews vorläufig. Nichtsdestotrotz lassen die qualitativen Daten Übereinstimmungen mit der quantitativen Erhebung dieser Studie erkennen und bieten Anhaltspunkte für weitere Fragestellungen in Bezug auf das Erleben und Verhalten von Angehörigen demenzkranker Menschen.

Die Analyse der Interviewdaten ergab, dass es wohl unterschiedliche Typen von Angehörigen in Bezug auf den Umgang mit problematischen Situationen bzw. Ärgerreaktionen gibt. Eine kleine Gruppe Angehöriger scheint sehr gut mit kritischen Situationen umgehen zu können. Ärgerreaktionen treten bei diesen Angehörigen kaum auf. Die Erkrankung des Partners und deren Folgen für den Alltag sind akzeptiert und werden weitgehend verstanden. Emotional stehen bei diesen Angehörigen eher Gefühle der Trauer im Vordergrund.

Im Weiteren scheint es dann eine sehr breite Mitte von Angehörigen zu geben, die in unterschiedlichen Ausprägungen nach wie vor Ärger empfinden und Ärgerreaktionen gegenüber dem Erkrankten zeigen. Die Erkrankung und ihre Folgen sind bei dieser breiten Mitte manchmal mehr, manchmal weniger gut verstanden. Den Angehörigen ist oft bewusst, wenn sie sich falsch gegenüber den Betroffenen verhalten, doch sie haben nicht immer adäquate Strategien, um kritische Situationen besser zu meistern. Diese breite Gruppe lässt sich je nach Ausprägung des Verständnisses und der berichteten Strategien im Umgang mit dem Betroffenen nochmals unterteilen in Personen mit „gutem“ bzw. „weniger gutem“ Coping. Zuletzt gibt es noch kleine Gruppe von Angehörigen, die bisher kaum Verständnis für die Erkrankung entwickeln konnte und einen schlechten Umgang mit dem Partner zeigt.

Diese Typisierung basiert – wie bereits erwähnt – auf relativ dünnem Datenmaterial und ist daher als vorläufig und wenig gesichert anzusehen. Sie deckt sich aber mit der klinischen Erfahrung des Autors und könnte in weiteren Studien auch mit quantitativen Messinstrumenten überprüft werden. Besonders interessant für die weitere therapeutische Forschung wäre es zudem, diejenigen Angehörigen genauer zu analysieren, die mit der Erkrankung besser zurechtkommen und weniger Ärger zeigen. Daraus könnten weitere Erkenntnisse gewonnen werden, welche Faktoren zu einem besseren Coping und zur Ärgervermeidung beitragen.

Der in der quantitativen Erhebung gefundene Zusammenhang zwischen dem Erleben von Ärger und ungünstigem Verhalten der Angehörigen konnte auch in den Interviews wieder gefunden werden. Angehörige, deren Ärgerausmaß höher eingestuft wurde, schilderten tendenziell auch eher ungünstiges Verhalten gegenüber dem Partner. Ebenso wurde in den Interviews klar, dass das Verständnis der Erkrankung mit dem empfundenen Ärger und den Verhaltensweisen gegenüber dem Erkrankten zusammenhängt. Dies deckt sich mit dem in Studie 2 nachgewiesenen Zusammenhang zwischen ungünstigen Attributionen (insbesondere auf der Skala „mangelndes Verständnis“) und Ärger sowie ungünstigem Verhalten.

Eine weitere Übereinstimmung zwischen quantitativen und qualitativen Daten kann im Bereich der Bewältigungsstrategien gesehen werden. In den Interviews konnten kognitive Strategien im Sinne eines ständigen Vergegenwärtigens der Erkrankung wie auch eines Vergleichs nach unten (z.B. „es könnte noch schlechter sein“) identifiziert werden. Das Vergegenwärtigen der Erkrankung wurde in der quantitativen Erhebung bei den Attributionen auf die Erkrankung erfasst, zeigte aber in Studie 2 nicht die erwarteten Zusammenhänge. Der Vergleich nach unten war bei der quantitativen Erhebung Teil der Um- bzw. Abwertungsstrategien im SVF, die einen positiven Zusammenhang mit günstigerem Verhalten zeigten. Auf der Verhaltensebene wurde in den Interviews häufig die Strategie berichtet, die Situation zu verlassen, um sie nicht eskalieren zu lassen, und sich selbst dann zu beruhigen. Dies ist eine klassische Strategie der Reaktionskontrolle, welche in der quantitativen Erhebung Zusammenhänge mit günstigerem Verhalten in kritischen Situationen zeigte.

Hinsichtlich möglicher Determinanten von Ärgerreaktionen wurden die Angehörigen auch nach Schwankungen der Symptomatik und Einschränkungen ihrer Lebensplanung gefragt. Schwankungen wurden von fast allen Angehörigen in den Interviews berichtet. Erklärungen dafür hatten allerdings die wenigsten. Nur zwei Angehörige sahen Schwankungen als Teil der Krankheit. Es wurde jedoch kein deutlicher Bezug der Wahrnehmung von Schwankungen zum Ärgererleben hergestellt.

Alle Angehörigen berichteten, dass durch die Erkrankung des Partners ihre Lebensplanung negativ beeinflusst und eingeschränkt sei. Zwei Drittel reagierten emotional darauf mit Enttäuschung oder Trauer, während bei insgesamt vier Angehörigen eher Gefühle der Frustration bzw. Gestresstheit oder des Ärgers im Vordergrund standen. Einschränkungen der Lebensplanung, wie sie in der quantitativen Erhebung auch durch die Variable Resentment/Groll erfasst wurden, scheinen demnach bei manchen Angehörigen einen Einfluss auf das Erleben von Ärger zu haben, bei den meisten jedoch nicht. Auch in der quantitativen Erhebung zeigte die Variable Resentment/Groll zwar korrelative Zusammenhänge mit den Ärgervariablen, die jedoch im Strukturgleichungsmodell nicht

bedeutsam waren, so dass der Einfluss dieser Variable nicht als entscheidend betrachtet werden kann.

Viele Angehörige sind sich bewusst darüber, welche Umgangsformen mit den Erkrankten förderlich und welche schädlich sind. Dies deckt sich auch mit dem Ergebnis, dass die Attributionswerte für die Erkrankung als Erklärung für Verhaltensdefizite sehr hoch ausfallen. Über die Hälfte der interviewten Probanden kam im Gespräch darauf, dass sie sich trotz besseren Wissens in kritischen Situationen falsch gegenüber dem Partner verhielten.

Die meisten Angehörigen führten ihr Fehlverhalten auf stressige Alltagssituationen zurück, in denen sie überfordert waren. In der empirischen Untersuchung wurden mögliche alltägliche Stressoren im Sinne von „daily hassles“ nicht erfasst. Dies könnte jedoch eine Fragestellung für zukünftige Studien sein. Zwei Angehörige führten ihre ungünstigen Verhaltensweisen auf ihre eigene Persönlichkeit und ihr Temperament zurück. Dies deckt sich mit der in den vorliegenden Studien gewonnenen Erkenntnis, dass Persönlichkeitsfaktoren, insbesondere im Sinne einer Ärger- und Aggressivitätsneigung, bei der Entstehung von Ärgerreaktionen eine wichtige Rolle spielen.

5.2 Ein Modell zu Ärgerreaktionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz

Auf der Basis der in den beiden vorliegenden Studien erhobenen Daten soll nun ein Modell zu Ärgerreaktionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz im Sinne einer Zusammenfassung der gefundenen Ergebnisse dargestellt werden. Dieses Modell kann allerdings aufgrund der geringen Stichprobengrößen der Untersuchungen und der teilweise nur schwachen Zusammenhänge nur als vorläufig betrachtet werden. Abbildung 9 zeigt das Modell (S. 209).

Positive Zusammenhänge sind in dem Modell in schwarzer Farbe markiert, negative Zusammenhänge in rot. Die unterschiedliche Dicke der jeweiligen Pfeile soll in grober Form die unterschiedliche Stärke der Zusammenhänge verdeutlichen. Für die Beurteilung der Stärke waren die Berechnungen der Strukturgleichungsmodellierung maßgeblich.

Das Modell zeigt, dass Ärgererleben deutlich mit dem Verhalten der Angehörigen gegenüber dem Erkrankten zusammenhängt. Stärkeres Ärgererleben ist dabei mit ungünstigem Verhalten assoziiert und umgekehrt gibt es einen Zusammenhang zwischen weniger starkem Ärger und günstigerem Verhalten.

Das Erleben von Ärger ist nach diesem Modell sehr komplex und multifaktoriell bedingt, wobei neben der Ausprägung der Symptomatik des Erkrankten zahlreiche Merkmale des Angehörigen und des Umfelds eine Rolle spielen.

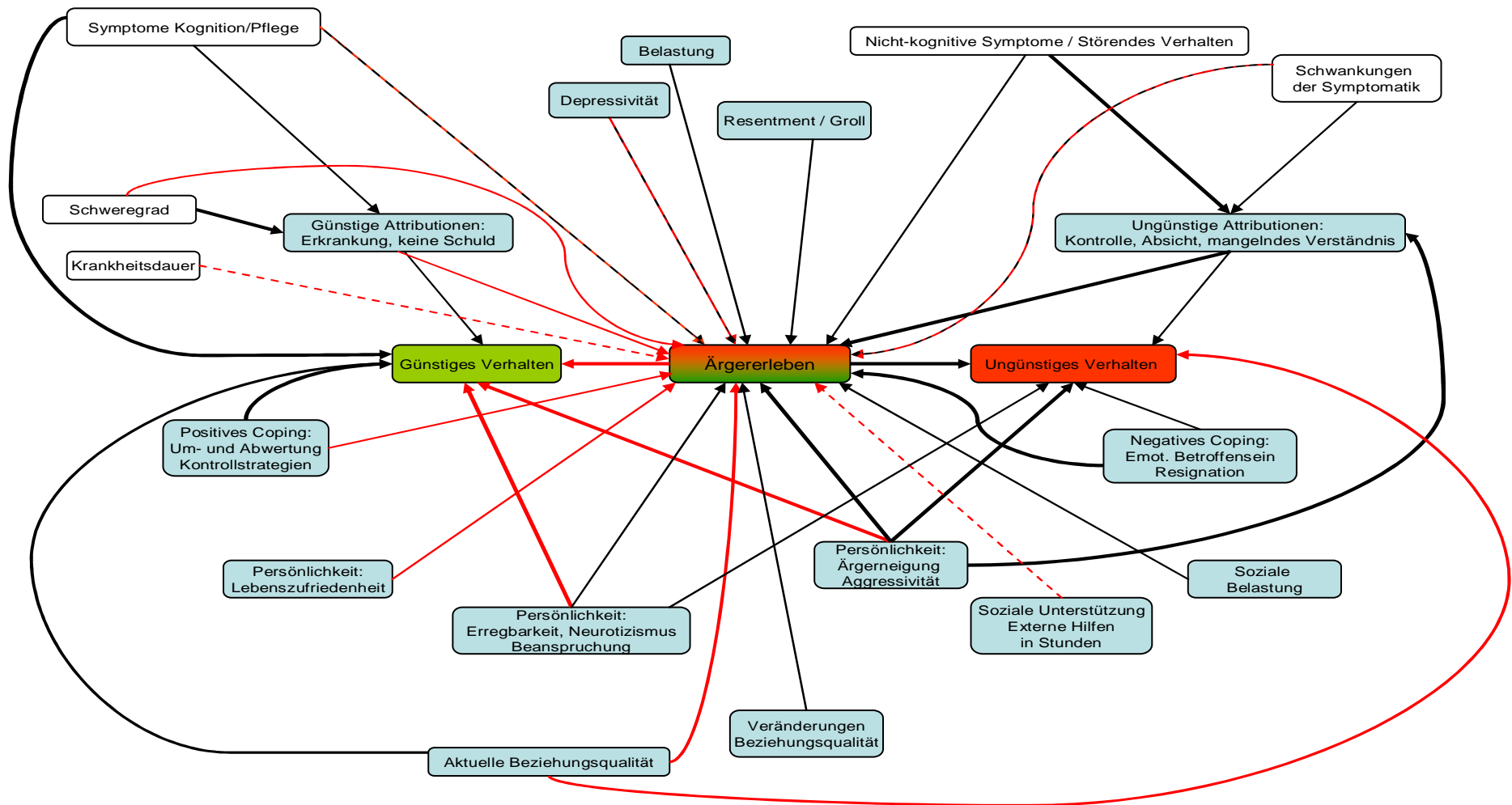


Abbildung 9: Modell zu Ärgererleben und Ärgerreaktionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz auf der Basis der erhobenen Daten

Einen besonders starken Einfluss haben Persönlichkeitseigenschaften der Angehörigen. Personen mit einer dispositionellen Neigung, mit Ärger auf frustrierende Situationen zu reagieren und mit einer erhöhten dispositionellen Aggressionsbereitschaft erleben mehr Ärger und verhalten sich auch gegenüber dem Erkrankten ungünstiger.

Ist die Ärger- und Aggressionsbereitschaft hingegen geringer, so sind weniger Ärgererleben und günstigeres Verhalten wahrscheinlicher. In weniger starkem Maße haben außerdem weitere Persönlichkeitsmerkmale wie Lebenszufriedenheit, Neurotizismus, Erregbarkeit, Beanspruchung im Sinne einer Bereitschaft, schnell Stress zu empfinden, einen Einfluss auf Ärgererleben und Verhalten. Eine geringere Ausprägung dieser Merkmale (ausgenommen Lebenszufriedenheit) scheint dabei ein protektiver Faktor zu sein, in dem Sinne, dass günstiges und unterstützendes Verhalten damit deutlich zusammenhängt.

Ein ebenfalls deutlicher positiver Zusammenhang besteht zwischen bestimmten Bewältigungsstrategien und unterstützendem Verhalten. Angehörige, die mehr daran arbeiten, Situationen kognitiv umzuwerten und sowohl die Situation wie auch ihr eigenes Verhalten zu kontrollieren, zeigen auch günstigere Verhaltensweisen. Angehörige, die bei Stress emotionaler reagieren im Sinne einer Tendenz zu Schuldgefühlen, Selbstmitleid und Grübeltendenzen (emotionales Betroffensein) und die eher resignative Bewältigungsstrategien haben, neigen hingegen auch dazu, mehr Ärger zu erleben.

Hinsichtlich der Bewältigungsstrategien sei an dieser Stelle auch nochmals auf die nicht im Modell abgebildete, da nur korrelativ nachgewiesene Assoziation zwischen Ablenkungsstrategien und Ärgererleben verwiesen. Demnach tendieren diejenigen Angehörigen, die stärker versuchen, sich durch Kognitionen oder Aktivitäten von bestehenden Problemen abzulenken, dazu, in kritischen Situationen mehr Ärger zu empfinden. Ein bezüglich der Angehörigenvariablen ebenso nicht abgebildeter Zusammenhang betrifft die subjektive Kompetenz, die Angehörige sich im Sinne der Selbstwirksamkeit im Umgang mit dem Partner zuschreiben. Hier wurde ebenfalls ein korrelativer Zusammenhang zwischen höherer Kompetenz und weniger Ärger gefunden.

Ärgererleben hängt auch damit zusammen, wie Angehörige ihre aktuelle Beziehung zum erkrankten Partner aktuell bewerten. Je positiver diese Bewertung ausfällt, desto geringer sind der Ärger und das ungünstige Verhalten bzw. desto eher werden günstige Verhaltensweisen angegeben. Die Einschätzung der prämorbidem Beziehungsqualität hat keinen Einfluss auf den Ärger, jedoch sind wahrgenommene negative Veränderungen der Beziehungsqualität mit erhöhtem Ärgererleben assoziiert.

Die Art und Weise, wie Angehörige das Verhalten des Partners bewerten, hat ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf das Ärgererleben, insbesondere wenn die Attributionen ungünstig sind. Angehörige, die dem Erkrankten mehr Absicht und Kontrolle über sein Verhalten

zuschreiben und das Verhalten weniger gut verstehen, erleben größeren Ärger und zeigen in der Folge eher ungünstige Verhaltensweisen. Günstige Attributionen, wonach das Verhalten des Partners der Erkrankung zugeschrieben wird, hängen hingegen mit weniger Ärger und günstigerem Verhalten zusammen.

Angehörige mit einer höheren dispositionellen Ärgerneigung tendieren außerdem zu ungünstigen Attributionen.

Des Weiteren werden die Attributionen auch von der Symptomatik des Erkrankten beeinflusst. Nicht-kognitive Symptome, insbesondere störendes Verhalten im Sinne von Unruhe, Aggressivität und Widerstand hängen mit ungünstigen Attributionen zusammen. Ebenso scheint es einen etwas schwächeren Zusammenhang mit Schwankungen der Symptomatik zu geben, der jedoch aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse bei den Korrelationen in beiden Studien als noch ungesichert zu betrachten ist.

Eine fortgeschrittenere Symptomatik hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit ist eher mit günstigen Attributionen der Angehörigen assoziiert. Dies legt den Schluss nahe, dass bei fortschreitender Erkrankung für die Angehörigen immer offensichtlicher wird, dass ein Großteil der Verhaltensprobleme des Partners krankheitsbedingt ist. Dies drückt sich auch im positiven Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und günstigen Attributionen aus.

Die Krankheitsdauer hat hingegen keinen Einfluss auf die Attributionen, steht jedoch in einem - wenn auch eher schwachen - Zusammenhang mit dem Ärgererleben, in dem Sinne, dass eine längere Dauer mit weniger Ärger einhergeht.

Die Symptomatik der Erkrankung hängt auch ohne den Umweg über die Attributionen direkt mit dem Ärgererleben zusammen. Nicht-kognitive Symptome scheinen mit höherem Ärgererleben zusammenzuhängen, während die ermittelten Zusammenhänge bei den kognitiven Symptomen uneinheitlich sind (in der Abbildung ausgedrückt durch eine gemusterte Linie). Dies hängt wohl damit zusammen, dass mit fortschreitender Erkrankung auf der einen Seite das Ärgererleben tendenziell im Zusammenhang mit der Erkenntnis zunehmend krankheitsbedingten Verhaltens des Partners abnimmt, jedoch auf der anderen Seite die Belastungen aufgrund der erhöhten Hilfsbedürftigkeit des Erkrankten steigen.

Die Belastung insgesamt sowie der Groll über die eigene Lebenssituation sind ebenfalls Faktoren, die das Ärgererleben beeinflussen können.

Hinsichtlich der Depressivität ist der Zusammenhang mit dem Ärgererleben als uneinheitlich zu bezeichnen. Das Ergebnis eines negativen Zusammenhangs mit dem Ärgererleben im Strukturgleichungsmodell steht im Widerspruch zu den zuvor gefundenen positiven Korrelationen.

Die Wahrnehmung des sozialen Umfelds durch die Angehörigen spielt ebenfalls bei der Entstehung von Ärger eine Rolle, in dem Sinne, dass soziale Belastungen mit erhöhtem

Ärgererleben zusammenhängen. Angehörige, die zeitlich mehr von der Betreuung und Pflege entlastet werden, scheinen ebenfalls tendenziell weniger Ärger zu erleben, wobei dieser Zusammenhang insgesamt jedoch als schwach bezeichnet werden muss. Hinsichtlich der emotionalen sozialen Unterstützung sind die Zusammenhänge mit Ärger ebenfalls schwach ausgeprägt. Dennoch soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass zumindest bei den Korrelationen Assoziationen zwischen den Ärgervariablen und Indikatoren der sozialen Unterstützung (emotionale Unterstützung, soziale Integration, Verfügbarkeit einer Vertrauensperson, Zufriedenheit mit der Unterstützung) gefunden wurden, in dem Sinne, dass bessere soziale Unterstützung mit weniger Ärger und günstigerem Verhalten zusammenhängt.

5.3 Methodische Einschränkungen

Im Folgenden sollen die methodischen Einschränkungen der vorliegenden Arbeit diskutiert werden, welche insgesamt eine vorsichtige Interpretation der Daten nahelegen.

Zunächst können die Ergebnisse schon allein aufgrund der relativ kleinen Stichprobengrößen in beiden Studien und der gleichzeitig relativ hohen Anzahl an Variablen und Rechenoperationen nur vorsichtig interpretiert werden. Der von Chin (1998b, S.311) formulierte Richtwert, dass die Fallzahl zum einen das 10-fache des Maximums aus der Zahl an Indikatoren des Blocks mit der größten Zahl latenter exogener Variablen und zum anderen das 10-fache der maximalen Zahl an Regressionspfaden auf eines der endogenen Konstrukte betragen sollte, war in beiden Studien nicht erfüllt. In Studie 2 war jedoch zumindest das erste Kriterium erfüllt. Obwohl Strukturgleichungsmodelle den Anspruch haben, kausale Zusammenhänge aufzudecken, sollten die Ergebnisse daher eher so interpretiert werden, dass es sich um vorläufige Zusammenhänge im Sinne von Tendenzen handelt, deren Richtung noch nicht klar bestimmt werden kann.

Ein zweites Problem betrifft die Repräsentativität der Stichproben. Beide Gruppen wurden vollständig in einem Therapiezentrum rekrutiert, in dem die Angehörigen mit ihren betroffenen Partnern für 3-4 Wochen zur stationären Behandlung waren. Aufgrund dieser Tatsache ist bereits eine Vorauswahl erfolgt. Familien bzw. Angehörige, die den Weg einer stationären Behandlung nicht antreten oder finden, weisen möglicherweise andere Merkmale auf als die hier untersuchten Gruppen. Auf der einen Seite sind möglicherweise Angehörige, die mit ihrer Situation sehr gut zurechtkommen, nicht erfasst worden, weil keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung bestand. Auf der anderen Seite könnte es aber auch sein, dass Angehörige, die sehr stark isoliert sind und unter noch höheren Belastungen leiden, den Weg in eine stationäre Behandlung nicht finden, weil ihnen niemand entsprechende Informationen gibt oder sie sich eine mehrwöchige Therapie weg von zu Hause nicht zutrauen.

Die Rekrutierung der Probanden in einem speziellen Therapiezentrum brachte zudem neben der Repräsentativität auch ein zweites Problem mit sich: Da die Daten aus organisatorischen Gründen im Klinikbetrieb nicht sofort am Aufnahmetag erhoben werden konnten, sind mögliche Therapieeffekte auf die Ergebnisse nicht auszuschließen, in dem Sinne, dass z.B. Ärger- und Belastungswerte niedriger ausfallen als dies bei einer Erhebung am Wohnort der Angehörigen unter Alltagsbedingungen der Fall gewesen wäre.

Eine weitere methodische Einschränkung betrifft die Verwendung unterschiedlicher Modelle in den beiden Studien, welche die Interpretation des Einflusses einzelner Variablen erschwert. Die Variablen „Beziehungsqualität“ wurde beispielsweise nur in Studie 1 erfasst, ebenso die Variable „Ärgerneigung“ nur in Studie 2. Beide Variablen hatten jeweils einen sehr starken Einfluss auf die Ärgervariablen. Da sie jedoch nicht im gleichen Modell verwendet wurden, ist ihr tatsächlicher Einfluss nicht endgültig zu beurteilen. Eine weitere Studie, in der alle potentiellen Einflussvariablen in einem Modell erfasst werden, wäre daher sehr wünschenswert.

Die Angaben der Angehörigen zu ihrem Erleben und Verhalten wurden retrospektiv durch Befragung erfasst und nicht in vivo in tatsächlichen Problemsituationen beobachtet. Sie unterliegen daher Verfälschungstendenzen, die sich aufgrund von möglichem Antwortverhalten in Richtung sozialer Erwünschtheit ergeben. Hinsichtlich der Tendenz, in sozial erwünschter Weise zu antworten, deuten die positiven Korrelationen der FPI Skala „Offenheit“ mit verschiedenen Ärgermaßen in beiden Studien in diese Richtung. Die Berechnung partieller Korrelationen als Versuch der Kontrolle des Einflusses sozialer Erwünschtheit ergab für das Ärgererleben sowie die ungünstigen Verhaltensreaktionen auch eine Abschwächung vieler Zusammenhänge, ohne dass jedoch die Ergebnisse grundlegend verändert wurden. Diese Ergebnisse legen nahe, dass eine Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit vorhanden war, jedoch die Interpretierbarkeit der Daten dennoch gegeben ist.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass in beiden Studien selbst entwickelte Verfahren zur Anwendung kamen (FERAP, Attributionsratings, Fragen zur sozialen Unterstützung, Kompetenz-Status-Fragebogen), für die keine Angaben zur Validität vorliegen. Dies geschah zum einen aus Ermangelung brauchbarer validierter Verfahren (FERAP, Attributionen), die geeignet gewesen wären, die Fragestellungen der Studie zu beantworten. Hier wäre es wünschenswert in weiteren Studien, die Messinstrumente weiterzuentwickeln und zu validieren. Zum anderen sollte auch die Belastung der Angehörigen, möglichst niedrig gehalten werden, so dass einzelne Verfahren gewählt wurden, die möglichst einfach waren (Fragen zu sozialer Unterstützung in Studie 1, Fragen zum Zeitaufwand durch Betreuung und Pflege sowie zur zeitlichen Entlastung in Studie 2) oder im Rahmen der klinischen Evaluation sowieso mitliefen (Kompetenz-Status-Bogen). Auch die Erfassung des komplexen

Konstrukts „Beziehungsqualität“ durch einen relativ einfachen Fragebogen ist aus Gründen der Zumutbarkeit erfolgt. Dabei wurde, um die Compliance der Angehörigen nicht zu gefährden, bewusst in Kauf genommen, dass die erfassten Daten die Realität möglicherweise nur oberflächlich abbildeten. Der Einsatz differenzierterer Messinstrumente in Folgestudien zum Thema Ärger bei Angehörigen wäre daher für die Faktoren Beziehungsqualität, subjektiv erlebte Kompetenz/Selbstwirksamkeit und Zeitaufwand durch Pflege sowie zeitliche Entlastung empfehlenswert.

Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Studien lag auf den Faktoren, die mit Ärgererleben und Ärgerreaktionen zusammenhängen. Weitgehend unberücksichtigt wurden dabei jedoch die möglichen gegenseitigen Zusammenhänge, die diese Einflussvariablen untereinander haben sowie deren Wechselwirkungen in Bezug auf die Ärgerreaktionen im Sinne von Mediations- oder Moderationseffekten. Beispiele hierfür wären mögliche Zusammenhänge zwischen der Symptomatik der Betroffenen und Depressivität, Belastung, Resentment/Groll sowie Attributionen bei den Angehörigen, die nur ansatzweise mit untersucht wurden. Aber auch der Einfluss von Persönlichkeitsvariablen auf Bewältigungsstrategien oder Zusammenhänge zwischen Attributionen und Beziehungsqualität wären weitere Kandidaten für eine vertiefte Untersuchung. Aufgrund der ohnehin schon vorhandenen Komplexität der Daten und ihrer Darstellung wurde hier bewusst auf die Untersuchung solcher Fragestellungen verzichtet, die jedoch Inhalt zukünftiger Studien sein könnten.

Auch die Daten der qualitativen Studie können aufgrund der geringen Stichprobengröße und der relativ kurzen Interviews nur explorativen Charakter haben. Es wurden zwar unterschiedliche Typen von Angehörigen in Bezug auf die Bewältigung von Konfliktsituationen herausgearbeitet. Diese konnten wegen der kleinen Fallzahl aber nicht in einer Clusteranalyse bestätigt werden und sind deshalb sehr vorsichtig zu interpretieren. Auch hier wurde aus Gründen der Ökonomie und Zumutbarkeit für die Angehörigen auf eine umfangreichere Datenerhebung verzichtet.

Eine weitere Schwäche der Studie ist, dass sie nur als Querschnitterhebung konzipiert war und somit nur eine Momentaufnahme der Situation von Angehörigen darstellt. Um die Entwicklung von Ärgerreaktionen und deren Einflussfaktoren im Verlauf einer Erkrankung des Lebenspartners besser abzubilden, wären längsschnittliche Studien über mehrere Jahre mit mehreren Erhebungszeitpunkten notwendig. Auf diese Weise könnte auch überprüft werden, ob tatsächlich bei einer Mehrzahl der Angehörigen eine Adaptation stattfindet und Ärgergefühle mit der Zeit Trauergefühlen Platz machen.

Die Ergebnisse in beiden Studien und deren Interpretation können insgesamt aufgrund der geschilderten methodischen Einschränkungen nur als vorläufig angesehen werden und bedürfen weiterer empirischer Überprüfung an größeren und repräsentativeren Stichproben.

5.4 Implikationen für die therapeutische Arbeit mit Angehörigen

Die absolute Zahl von Menschen mit Demenz wird in den kommenden Jahrzehnten deutlich zunehmen (Statistisches Bundesamt, 2009, Sütterlin et al., 2011). Die meisten Erkrankten werden dabei voraussichtlich – zumindest in den frühen und mittleren Phasen der Erkrankung – von einem nahestehenden Angehörigen betreut werden. Daher gewinnt die therapeutische Versorgung von Angehörigen zukünftig an Bedeutung.

Trotz der bestehenden methodischen Mängel können von den hier dargestellten Resultaten Implikationen für die psychotherapeutische Unterstützung von Angehörigen demenzkranker Menschen abgeleitet werden. Die Emotion Ärger spielt nach den vorliegenden Ergebnissen in der Bewältigung von kritischen Alltagssituationen eine Rolle und steht in Zusammenhang mit den Verhaltensreaktionen der Angehörigen in diesen Situationen. Je mehr sich Angehörige über den Betroffenen ärgern, umso ungünstiger reagieren sie, indem sie z.B. kritisieren und auf Fehler hinweisen oder laut und vorwurfsvoll werden. Solche Tendenzen können auch dazu führen, dass Angehörige gegenüber den Erkrankten tätlich aggressiv werden. Es gibt außerdem aus anderen Studien Hinweise darauf, dass sich ungünstiges Verhalten der Angehörigen wiederum negativ auf die Symptomatik der Betroffenen auswirkt (de Vugt et al., 2004, Hinrichsen & Niederehe, 1994; Vitaliano et al., 1993b). So kann sich dann eine „Spirale nach unten“ entwickeln, die letztlich auch den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst.

Daher sollte das Thema „Ärger“ fester Bestandteil von therapeutischen Angeboten für Angehörige sein - sowohl im Gruppensetting in Form von Angehörigengruppen wie auch in psychotherapeutischen Einzelbehandlungen. Im englischsprachigen Raum wurde bereits ein Ärgerbewältigungsprogramm publiziert (Gallagher-Thompson & de Vries, 1994), das im Wesentlichen aus Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie besteht, die im Gruppensetting angeboten werden. Neben einer ausführlichen Verhaltensanalyse problematischer Situationen werden verschiedene Techniken vermittelt, die den Angehörigen helfen sollen, Ärger zu reduzieren. Auf der Basis der Verhaltensanalyse werden dabei antizipatorische Strategien für alltägliche Stressoren unter Einbezug kognitiver Techniken wie dem Identifizieren und Modifizieren dysfunktionaler Gedanken sowie dem Entwickeln positiver Selbstinstruktionen erarbeitet. Das Erlernen von Entspannungstechniken und von Strategien der Selbstbehauptung gegenüber dem Umfeld, um mehr Unterstützung einzufordern, gehören ebenso zum Therapieprogramm. Das Programm wurde im Gruppenformat mit 8 jeweils zweistündigen Sitzungen pro Woche (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson & de Vries, 1994) sowie als video- und telefonbasierte Intervention (Steffen, 2000) evaluiert und zeigte positive Effekte hinsichtlich der Ärger- und Depressionswerte sowie der Selbstwirksamkeitseinschätzungen der Angehörigen.

Da das Thema „Ärgerbewältigung“ in bisher auf Deutsch publizierten Trainingsprogrammen für Angehörige und Publikationen zu Angehörigeninterventionen allenfalls gestreift wird

(Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2008; Haberstroh & Panthel, 2011; Romero & Wenz, 2011; Wenz, 2007; Wilz et al., 2001), wäre eine Adaptation und Weiterentwicklung des oben geschilderten Ärgerbewältigungsprogrammes von Gallagher-Thompson & de Vries für den deutschsprachigen Raum wünschenswert. Hierzu können die Ergebnisse der vorliegenden Studie wichtige Hinweise liefern, die im Folgenden dargestellt werden sollen:

Hinsichtlich der Einflussfaktoren, die Ärgerreaktionen beeinflussen, lassen sich mit gebotener Vorsicht erste Implikationen ableiten. So scheint nach den Ergebnissen von Studie 1 die Attribution, dass die Erkrankung Ursache von Fehlverhalten des Betroffenen ist, ein Faktor zu sein, der unterstützendes Verhalten begünstigt. Dies weist auf die Wichtigkeit von psychoedukativen Maßnahmen hin, die Angehörige über die Symptome der Erkrankung und den Umgang damit aufklären sollen. Es gibt jedoch auch empirische Hinweise darauf, dass psychoedukative Interventionen alleine nicht ausreichen, um die Belastungen Angehöriger erfolgreich zu reduzieren (Pinquart & Sörensen, 2006; Selwood et al., 2007). Die Tatsache, dass nahezu alle Angehörigen in der vorliegenden Studie im oberen Bereich der Attributionsskala lagen, d.h. einen Großteil der Symptomatik auf die Erkrankung zurückführten, deutet darauf hin, dass es womöglich auf feine Unterschiede im Verständnis der Erkrankung ankommt. Das oberflächliche Wissen, dass viele Veränderungen krankheitsbedingt sind, reicht wohl nicht aus, sondern man muss die Symptomatik der Demenz sowohl was ihren kognitiven Kern wie auch die Veränderungen des Verhaltens anbetrifft, wirklich gut verstehen, um nicht immer wieder von neuen Problemsituationen und unerwarteten Verhaltensweisen der Erkrankten überrascht zu werden. Der Zusammenhang zwischen mangelndem Verständnis und Ärgerreaktionen, der in Studie 2 nachgewiesen werden konnte, deutet in diese Richtung. Es könnte daher eine Aufgabe der Psychotherapie sein, mit Angehörigen ein besseres und tieferes Verständnis der Erkrankung zu erarbeiten. Dies bedeutet, dass in Ergänzung zur Psychoedukation im Sinne einer Aufklärung über Symptome einer Demenz und dem Umgang damit, weitere Interventionen erforderlich sind. Dazu könnten kognitive Techniken wie Kognitionsevozierung (Young, 2011), kognitives Neubenennen und Umstrukturieren (Hautzinger, 2011a) und die sokratische Gesprächsführung (Stavemann, 2011) eingesetzt werden. Mit den Angehörigen kann so ihr eigenes Erleben und Verhalten und das Verhalten des betroffenen Partners in kritischen Alltagssituationen reflektiert und neu bewertet werden, um dann in weiteren Schritten zu Bewältigungsstrategien für Problemsituationen zu kommen. Der in der vorliegenden Studie gefundene Zusammenhang zwischen eher problemfokussierten Bewältigungsstilen im Sinne von Reaktions- und Situationskontrolle und günstigem Verhalten der Angehörigen ist ein Indiz dafür, dass verhaltensnahe und lösungsorientierte Strategien für konkrete kritische Situationen wichtig sind. Die Umsetzung solcher Strategien kann mit Hilfe von Selbstinstruktions- und Selbstverbalisationsstrategien (Fliegel, 2011),

Selbstbeobachtungstechniken (Hautzinger, 2011b) sowie Problemlösetrainings (Liebeck, 2011) unterstützt werden.

Die als vermutliche Einflussfaktoren auf das Ärgererleben ermittelten negativen Copingstile im Sinne des emotionalen Betroffen- und Überwältigtseins sowie fortlaufenden Grübelns und Selbstbemitleidens können ebenfalls mit kognitiven Interventionen angegangen werden. Auf negative Copingstile sollte in der Arbeit mit Angehörigen schon in der Anamnese besonderes Augenmerk gelegt werden. Der Einsatz von Fragebögen zu Bewältigungsstilen ist dabei sicher empfehlenswert.

Im Rahmen der qualitativen Studie schilderten einzelne Angehörige, dass sie wider besseres Wissen ungünstig reagierten, wenn der Stress insgesamt zu hoch war und sie z.B. unter Zeitdruck kamen. Daher kann es auch sinnvoll sein, im Rahmen einer erweiterten Verhaltensanalyse subtile Stressoren im Alltag zu identifizieren und Strategien dafür zu erarbeiten, wie diese Stressoren minimiert oder ausgeschaltet werden können.

Die Beziehungsqualität als weiterer Einflussfaktor auf ungünstiges Verhalten hängt vermutlich reziprok mit den Ärgerreaktionen zusammen, in dem Sinne dass eine schlecht eingeschätzte Beziehungsqualität Ärgerreaktionen begünstigt und vermehrte Konflikte, die aus solchen Reaktionen entstehen, wiederum zu einer schlechteren Einschätzung der Beziehungsqualität führen. Eine therapeutische Aufgabe in Bezug auf die Beziehungsqualität und indirekte Intervention in Bezug auf Ärgerreaktionen, könnte es sein, mit den Angehörigen im Sinne ressourcenorientierter Ansätze positive Aspekte ihrer aktuellen Beziehung zum Erkrankten zu erarbeiten.

Die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und Ärger lassen den Schluss zu, dass es von Bedeutung ist, dieses Thema anzusprechen und zu explorieren sowie die Angehörigen zu motivieren, Unterstützung von anderen Menschen zu suchen. Wichtige Bezugspersonen aus dem Umfeld können auch bei Bedarf in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden. Die in Studie 2 gefundene relativ klare Assoziation zwischen sozialer Belastung und Ärgererleben kann als Hinweis interpretiert werden, dass bei sozialen Konflikten und mangelnder sozialer Unterstützung der Einbezug des Umfelds besonders wichtig ist. Mit den Angehörigen sollte dann auch daran gearbeitet werden, Konflikte mit Personen aus dem Umfeld zu lösen oder zumindest funktionale Strategien zum Umgang damit zu entwickeln.

Zusammengefasst lassen sich folgende therapeutische Module bzw. Interventionen für die Ärgerbewältigung bei Angehörigen von Menschen mit Demenz empfehlen:

- Psychoedukation, v.a. in Bezug auf typische Verhaltensveränderungen bei Demenz
- Ausführliche Verhaltensanalyse von Problemsituationen
- Kognitive Interventionen (z.B. kognitives Umstrukturieren in Bezug auf Ärgersituationen / Erarbeiten angemessener Attributionen, positive Selbstinstruktionen)
- Perspektivenwechsel in Bezug auf den erkrankten Partner hin zu einer ressourcenorientierten Sichtweise erarbeiten
- Erarbeiten neuer Verhaltensstrategien für Problemsituationen (Reaktions- und Situationskontrolle, Problemlösetraining)
- Analyse zusätzlicher Stressoren („daily hassles“) und Entwicklung von Strategien dafür (z.B. zum Umgang mit Zeitdruck)
- Analyse des sozialen Umfelds / Einbeziehen wichtiger Bezugspersonen der Angehörigen / Strategien zum Umgang mit sozialen Konflikten im Umfeld erarbeiten

Die geschilderten Interventionen könnten sowohl im Gruppenformat wie auch im Einzelsetting angeboten werden und Teil einer umfassenderen Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger von Menschen mit Demenz sein.

Aufgrund der für die kommenden Jahre zu erwartenden Zunahme von Demenzerkrankungen und der damit verbundenen Zunahme an Angehörigen, die die Betroffenen betreuen müssen, ist der Ausbau der therapeutischen Hilfe für diese Personengruppe eine wichtige moralische und gesellschaftliche Aufgabe. Denn eine bessere therapeutische Versorgung kann den Angehörigen und den Betroffenen ermöglichen, länger mit höherer Lebensqualität und in Würde zusammenzuleben. Mit der vorliegenden Studie wurde hoffentlich ein kleiner Beitrag dazu geleistet, neue Erkenntnisse zur Verbesserung therapeutischer Angebote zu gewinnen und diesem Ziel näher zu kommen.

6. Literatur

- al` Absi, M. & Bongard, S. (2006). Neuroendocrine and behavioral mechanisms mediating the relationship between anger expression and cardiovascular risk: assessment consideration and improvements. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 573-591.
- Alexander, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1, 173-179.
- Allmer, H. & Allmer, M. (1995). Diagnostik der Ärgerentstehung. In: Nitsch, J.R. & Allmer, H. (Hrsg.). *Emotionen im Sport. Zwischen Körperkult und Gewalt.*, 119-125. Köln: bps.
- Almberg, B., Grafström, M. & Winblad, B. (1997). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 683-691.
- Alzheimer's Disease International & World Health Organization (1994). *Help for caregivers*. Genf: Department of Social Change and Mental Health, World Health Organization.
- American Psychiatric Association (1993). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I. & Schuler, R.H. (1993). Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 54-70.
- Annerstedt, L., Elmståhl, S., Ingvad, B. & Samuelsson, S.M. (2000) Family caregiving in dementia - an analysis of the caregiver's burden and the "breaking-point" when home care becomes inadequate. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 23-31.
- Anthony-Bergstone, C.R., Zarit, S.H. & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*, 3, 245-248.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression in real-world-settings: a meta-analytic review. *Review of General Psychology*, 8, 291-322.
- Au, A., Lai, M., Lau, M., Pan, P., Lam, L., Thompson, L. & Gallagher-Thompson, D. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging and Mental Health*, 13, 761-768.
- Averill, J.R. (1982). *Anger and aggression: an essay on emotion*. New York: Springer.
- Bagozzi, R.P. & Baumgartner, H. (1994). The evaluation of structural equation models and hypothesis testing. In: Bagozzi, R.P. (Hrsg.): *Principles of Marketing Research*, 386-422. Cambridge MA: Blackwell.
- Bagozzi, R.P. & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16, 74-94.
- Ballard, C.G. (2004). Definition and diagnosis of Dementia with Lewy bodies. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17 (suppl 1), 15-24.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1983). Psychological mechanisms in aggression. In: Geen, R. & Donnerstein, E. (Hrsg.). *Aggression: Theoretical and Empirical Reviews*, 1-40. New York: Academic Press.
- Barusch, A.S. (1988) Problems and coping strategies of elderly spouse caregivers. *The Gerontologist*, 28, 67-68.
- Barusch, A.S. & Spaid, W.M. (1989). Gender differences in caregiving: why do wives report greater burden? *The Gerontologist*, 29, 667-676.
- Baumgarten, M., Battista, R.N., Infante-Rivard, C., Hanley, J.A., Becker, R. & Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 61-70.
- Beach, S.R., Schulz, R., Williamson, G.M., Miller, L.S., Weiner, M.F. & Lance, C.E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 255-261.

- Beard, C.M., Kokmen, E., O'Brien, P.C. & Kurland, L.T. (1994). Are patients with Alzheimer's disease surviving longer in recent years? *Neurology*, 44, 1869-1871.
- Bedard, M., Kuzik, R., Chambers, L., Molloy, D.W., Dubois, S. & Lever, J.A. (2005). Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care recipient problem behaviors. *International Psychogeriatrics*, 17, 99-118.
- Bedard, M., Pedlar, D., Martin, N.J., Mallot, O. & Stones, M.J. (2000). Burden in caregivers of cognitively impaired older adults living in the community: methodological issues and determinants. *International Psychogeriatrics*, 12, 307-332.
- Beeson, R.A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 135-143.
- Berger, G., Bernhardt, T., Weimer, E., Peters, J., Kratzsch, T. & Frölich L. (2005). Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18, 119-28.
- Berkowitz, L. (1962). *Aggression: a social psychological analysis*. Chichester: Wiley & Sons.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.
- Berkowitz, L. (2010). Appraisals and anger: how complete are the usual appraisal accounts of anger? In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 267-286. New York: Springer.
- Berkowitz, L. & Harmon-Jones, E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4, 107-130.
- Beyreuther, K., Einhäupl, K.M., Förstl, H. & Kurz, A. (2002). *Demenzen. Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme.
- Bickel, H. & Förstl, H. (2009). Verwirrheitszustände. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 155-170. Berlin: Springer.
- Black, W. & Almeida, O.P. (2004). A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *International Psychogeriatrics*, 16, 295-315.
- Bodenmann, G., Bodenmann, C. & Perrez, M. (1993). Eine Analyse des Zusammenhangs zwischen eigenschaftsorientierten Ärgermaßen des STAXI und situativen Ärgerreaktionen in einem Ärgerexperiment. *Zeitschrift für Experimentelle und angewandte Psychologie*, 40, 349-367.
- Bond, A. J. & Wingrove, J. (2010). The neurochemistry and psychopharmacology of anger. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 79-102. New York: Springer.
- Bookwala, J. & Schulz, R. (1998). The role of neuroticism and mastery in spouse caregivers assessment of and response to a contextual stressor. *Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 53, 155-164.
- Brody, H. & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 217-228.
- Brody, H., Green, A. & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-664.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T. & Wing, J.K. (1972): Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258
- Brunner C. & Spiegel, R. (1990). Eine Validierungsstudie mit der NOSGER, einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 211-229.
- Brunnström, H.R. & Englund, E.M. (2009) Cause of death in patients with dementia disorders. *European Journal of Neurology*, 16, 488-492.

- Campbell, P., Wright, J., Oyeboade, J., Job, D., Crome, P., Bentham, P., Jones, L. & Lendon, C. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1078-1085.
- Chang, B.L., Brecht, M. & Carter, P.A. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women and Health*, 33, 39-61.
- Chin, W.W. (1998a). Issues and opinion on structural equation modeling. *Management Information Systems Quarterly*, 22, 7-16.
- Chin, W.W. (1998b). The Partial Least Squares approach for structural equation modelling. In: Marcoulides, G.A. (Hrsg.) *Modern Methods for Business Research*, 295-336. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chin, W.W. & Newsted, P.R. (1999). Structural equation modelling analysis with small samples using Partial Least Squares. In: Hoyle, R.H. (Hrsg.) *Statistical Strategies for Small Sample Research*, 307-342. Thousand Oaks: Sage.
- Clay, O.J., Roth, D.L., Wadley, V.G. & Haley, W.E. (2008) Changes in social support and their impact on psychosocial outcome over a 5-year period for African American and White dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 857-862.
- Clyburn, L.D., Stones, M.J., Hadjistavropoulos, T. & Tuokko H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*, 55, 2-13.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. & Willis, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Colerick, E.J. & George, L.K. (1986). Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34,, 493-498.
- Collins, C. & Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: a matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1168-1173.
- Colvez, A., Joël, M.E., Ponton-Sanchez, A. & Royer, A.C. (2002). Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers: comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy*, 60, 219-233.
- Connell, C.M., Janevic, M.R. & Gallant, M.P. (2001). The costs of caring: impact of dementia on family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14, 179-187.
- Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K. & Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management: Psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 43, 678-689.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. & Livingston, G. (2008a). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 929-936.
- Cooper, C., Owens, C., Katona, C. & Livingston G. (2008b). Attachment style and anxiety in carers of people with Alzheimer's disease: results from the LASER-AD study. *International Psychogeriatrics*, 20, 494-507.
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R. & Livingston, G. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *British Medical Journal*, 338: b155 doi:10.1136/bmj.b155 (online).
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R. & Livingston, G. (2010). The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: results from the CARD study. *Journal of Affective Disorders*, 121, 136-142.
- Croog, S.H., Burleson, J.A., Sudilovsky, A., Baume, R.M. (2006). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver's burden. *Aging and Mental Health*, 10: 87-100.
- Cuijpers, P. (2005) Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 9, 325-330.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.

- Danek, A., Wekerle, G. & Neumann, M. (2009). Pick-Komplex und andere fokale Hirnatrophien. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 123-139. Berlin: Springer.
- Davis, B.A., Martin-Cook, K., Hynan, L.S. & Weiner, M.F. (2006). Caregivers' perceptions of dementia patients' functional ability. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 21, 85-91.
- Deffenbacher, J.L. (1992). Trait anger: theory, findings and implications. In: Spielberger, C.D. & Butcher, J.N. (Hrsg.). *Advances in Personality Assessment*, Vol. 9. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deffenbacher, J.L. (1993). Grundlagen der therapeutischen Interventionen bei Ärger. In: Müller, M.M. (Hrsg.). *Psychophysiologische Risikofaktoren bei Herz-/Kreislaufkrankungen*, 289-309. Göttingen: Hogrefe.
- Deffenbacher, J.L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 295-309.
- Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Lynch, R.S. & Morris, C.A. (1996). The expression of anger and its consequences. *Behavior Research and Therapy*, 34, 575-590.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2008). *Hilfe beim Helfen. Schulungsreihe für Angehörige von Alzheimer – und anderen Demenzkranken*. 3. aktualisierte Neuauflage. CD-ROM. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGGPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). (2009). *Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz (Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien)*. Berlin: Springer.
- de Vugt, M.E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., Jolles, J. & Verhey, F.R.J. (2003). Behavioural disturbances in dementia patients and quality of the marital relationship. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 149 -154.
- de Vugt, M.E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., Jolles, J. & Verhey, F.R.J. (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 85 – 92.
- de Vugt, M.E., Riedijk, S.R., Aalten, P., Tibben, A., van Swieten, J.C. & Verhey, F.R.J. (2006). Impact of behavioural problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and Frontotemporal dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 35-41.
- Diehl, J. & Kurz, A. (2002). Die vaskulären Demenzen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 70, 145-154.
- Dodge, H.H., Shen, C., Pandav, R., De Kosky, S.T. & Ganguli, M. (2003). Functional transitions and active life expectancy associated with Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 60, 253-259.
- Donaldson, C., Tarrier, N. & Burns A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.
- Doody, R.S., Stevens, J.C., Beck, C., Dubinsky, R.M., Kaye, J.A., Gwyther, L., Mohs, R.C., Thal, L.J., Whitehouse, P.J., DeKosky, S.T. & Cummings J.L. (2001). Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56,1154-1166.
- Draper, B.M., Poulos, R.G., Poulos, C.J. & Ehrlich, F. (1996). Risk factors for stress in elderly caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 227-234.
- Drentea, P., Clay, Oj., Roth, D.L. & Mittelman, M.S. (2006). Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Social Science and Medicine*, 63, 957–967.
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., Cummings, J.L., Dekosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Delacourte, A., Frisoni, G., Fox, N.C., Galasko, D., Gauthier, S., Hampel, H., Jicha, G.A., Meguro, K., O'Brien, J., Pasquier, F., Robert, P., Rossor, M., Salloway, S., Sarazin, M., de Souza, L.C., Stern, Y., Visser, P.J. & Scheltens P. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurology*, 9, 1118-1127.
- Eisfeld, I.S. & Ebert, A.D. (2005). Demenz und Verwirrtheit (Delir). In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*, 250-265. Stuttgart: Thieme.
- Ekman, P. (1988). *Gesichtsausdruck und Gefühl. 20 Jahre Forschung von Paul Ekman*. Paderborn: Jungfermann.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised and Updated*. New York: Birch Lane Press.

- Erdmann, G. & Janke, W. (2008). *SVF – Stressverarbeitungsfragebogen. Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem. Handbuch*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Erkinjuntti, T. & Gauthier, S. (2009). The concept of vascular cognitive impairment. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 24, 79 -85.
- Etters, L., Goodall, D. & Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423–428.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). *Das Freiburger-Persönlichkeitsinventar (FPI-R)*. 7. überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fearon, M., Donaldson, C., Burns, A. & Tarrier N. (1998). Intimacy as a determinant of expressed emotion in carers of people with Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, 28, 1085-1090.
- Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13, 129-33.
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A. & Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 825-836.
- Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., De Vito, E., Di Cioccio, L. & Bauco C. (2008) Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6:93.
- Fischer, A. H. & Evers, C. (2010). Anger in the context of gender. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 349-360. New York: Springer.
- Fliegel, S. (2011). Selbstverbalisation und Selbstinstruktion. In: Linden M. & Hautzinger M. (Hrsg). *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage, 269-274. Berlin: Springer.
- Förstl, H. (2009). Rationelle Diagnostik. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 223-232. Berlin: Springer.
- Förstl, H., Kurz, A. & Hartmann, T. (2009). Alzheimer-Demenz. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 43-63. Berlin: Springer.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & Mc Hugh, P.R. (1975). Mini-Mental-State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fornell, C. & Larcker, D.F. (1981). Evaluation of structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Friedman, M. & Rosenman, R.H. (1974). *Type A Behavior and Your Heart*. New York: Knopf.
- Fydrich, T., Sommer G. & Brähler, E. (2007). *F-Sozu. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Gallagher, D., Ni Mhaolain, A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R.F., Walsh, C., Coakley, D., Walsh, J.B., Cunningham, C. & Lawlor, B.A. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging and Mental Health*, 15, 663-670.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P. & Lovett S. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist*, 29, 449–456.
- Gallagher-Thompson, D. & de Vries, H.M. (1994). "Coping with frustration" classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *The Gerontologist*, 34, 548-552.
- Gallagher-Thompson, D., Wrabetz, A., Lovett, S., DelMaestro, S. & Rose, J. (1989). Depression and other negative affects in family caregivers. In: Light, E. & Lebowitz, B. (Hrsg.) *Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress: Directions for Future Research*, 218-244. Washington DC: National institute of Mental Health / U.S. Government Printing Office.
- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P. & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154-163.

- Gilliam, C.M. & Steffen, A.M. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging and Mental Health*, 10, 79-86.
- Gollwitzer, M., Eid, M. & Jürgensen, R. (2005). Response styles in the assessment of anger expression. *Psychological Assessment* 17, 56-69.
- Gonyea, J.G., O'Connor, M., Carruth, A. & Boyle, P.A. (2005) Subjective appraisal of Alzheimer's disease caregiving: the role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 20, 273-280.
- Goode, K.T., Haley, W.E., Roth, D.L. & Ford, G.R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychology*, 17, 190-198.
- Gottschalk, L. A. & Gleser, G. C. (1969). *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Los Angeles: University of California Press.
- Gräßel E. (2001). *Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Ebersberg: Vless.
- Gräßel, E., Wiltfang, J. & Kornhuber, J. (2003). Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 15, 115–125.
- Graham, A. (2007). Epidemiology of frontotemporal dementia. In: Hodges, J.R. (Hrsg.). *Frontotemporal Dementia Syndromes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gutzmann, H. & Mahlberg, R. (2009). Rationelle Therapie. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 247-262. Berlin: Springer.
- Haberl, R.L. & Schreiber, A. K. (2009). Morbus Binswanger und andere vaskuläre Demenzen. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 65-84. Berlin: Springer.
- Haberstroh, J. & Panthel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz. TANDEM Trainingsmanual*. Berlin: Springer.
- Harvath, T. (1994). Interpretation and management of dementia-related behaviour problems. *Clinical Nursing Research*, 3, 7-26.
- Haupt, M. & Kurz, A. (1993). Predictors of nursing home placement in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 741-746.
- Hautzinger, M. (2011a). Kognitives Neubenennen und Umstrukturieren. In: Linden M. & Hautzinger M. (Hrsg.) *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage, 203-208. Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2011b). Selbstbeobachtung. In: Linden M. & Hautzinger M. (Hrsg.) *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage, 257-260. Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. & Bailer M. (1993) *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Hogrefe: Göttingen.
- Hazebroek, J.F., Howells, K. & Day, A. (2001). Cognitive appraisals associated with high-trait anger. *Personality and Individual Differences*, 30, 31-45.
- Hermann, A., Huber, F. & Kressmann, F. (2006). Varianz- und kovarianzbasierte Strukturgleichungsmodelle – Ein Leitfaden zu deren Spezifikation, Schätzung und Beurteilung. *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 58, 34-66.
- Hinrichsen, G.A. & Niederehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *The Gerontologist*, 34, 95-102.
- Hodapp, V. (2009). Ärger. In: Brandstätter, V. & Otto, J.H. (Hrsg.). *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion*, 612-622. Göttingen: Hogrefe.
- Hodapp, V. & Schwenkmezger, P. (1993). *Ärger und Ärgerausdruck*. Bern: Hans Huber.
- Hooker, K., Frazier, L.D. & Monahan, D.J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34, 386-392.
- Hooker, K., Monahan, D.J., Bowman, S.R., Frazier, L.D., & Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 53, 73–85.

- Hopf, C., Rieker, P. & Sanden-Marcus, M. (1995). *Familie und Rechtsextremismus*. Weinheim: Juventa.
- Hopf, C. & Schmidt, C. (1993). *Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen. Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema*. Institut für Sozialwissenschaften der Universität Hildesheim. Verfügbar über URL: <http://w2.wa.uni-hannover.de/mes/berichte/rex93.htm>
- Hoser, K., Schmitt, M. & Schwenkmezger, P. (1993). Verantwortlichkeit und Ärger. In: Hodapp, V. & Schwenkmezger, P. (Hrsg.). *Ärger und Ärgerausdruck*, 143-168. Bern: Hans Huber.
- Hughes, C.P., Berg, L., Danziger, W.L., Coben, L.A. & Martin, R.L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.
- Ibach, B. (2005). Frontotemporale Demenzen. In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*, 180-195. Stuttgart: Thieme.
- Ihl, R. & Frölich, L. (1991). *Die Reisberg-Skalen. Deutschsprachige Bearbeitung der Global Deterioration Scale, der Brief Cognitive Rating Scale und des Functional Assessment Staging von Barry Reisberg*. Weinheim: Beltz Test.
- Immenroth, M. & Joest K. (2004). *Psychologie des Ärgers. Ursachen und Folgen für die Gesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Izard, C.E. (1994). *Die Emotionen des Menschen*. Weinheim: Beltz.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Berlin: Springer.
- Jarrott, S.E., Zarit, S.H., Stephens, M.A., Townsend, A. & Greene R. (2005). Instrumental help and caregivers' distress: effects of change in informal and formal help. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 20, 181-190.
- Jeon, Y.H., Brodaty, H. & Chesterson, J. (2005). Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 297-306.
- Jeste, D.V., Meeks, T.W., Kim, D.S., & Zubenko, G.S. (2006) Research Agenda for DSM-V: Diagnostic categories and criteria for neuropsychiatric syndromes in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19, 160-171.
- Johansson, J.K. & Yip, G.S. (1994). Exploiting globalization potential: U.S. and Japanese strategies. *Strategic Management Journal*, 15, 579-601.
- Jones, E.E. & Harris, V.A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 1-24.
- Juva, K., Sulkava, R., Erkinjuntti, T., Ylikoski, R., Valvanne, J. & Tilvis, R. (1994). Staging the severity of dementia: comparison of clinical (CDR, DSM-III-R), functional (ADL, IADL) and cognitive (MMSE) scales. *Acta Neurologica Scandinavica*, 90, 293-298.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 3. Auflage. Berlin: Springer.
- Kasuya, R.T., Polgar-Bailey, P. & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, 108, 119-123.
- Kastner, U. & Löbach, R. (2010). *Handbuch Demenz*. München: Urban & Fischer.
- Kaufman, A.V., Kosberg, J.I., Leeper, J.D. & Tang, M. (2010). Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 251-269.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Dura, J.R., Speicher, C.E., Trask, O.J. & Glaser R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53, 345-362.
- Kitwood, T. (1997). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber.
- Kneebone, I.I. & Martin, P.R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8, 1-17.

- Kövecses, Z. (2010). Cross-cultural experience of anger: a psycholinguistic analysis. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 157-174. New York: Springer.
- Kofahl, C., Arlt, S. & Mnich, E. (2007) „In guten wie in schlechten Zeiten ...“: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von pflegenden Ehepartnern und anderen pflegenden Angehörigen in der deutschen Teilstudie des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 20, 211-225.
- Kopelman, M.D. (1989). Remote and autobiographical memory, temporal context memory and frontal atrophy in Korsakoff and Alzheimer patients. *Neuropsychologia*, 27, 437- 460.
- Kosberg, J.I. & Cairl, R. (1988). Cost of Care Index: a case management tool for screening informal caregivers. *The Gerontologist*, 26, 273-278.
- Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kuppens, P., Van Mechelen, I., Smits, D.J. & De Boeck, P. (2003). The appraisal basis of anger: specificity, necessity and sufficiency of components. *Emotion*, 3, 254-269.
- Kurz, A. (2010). Medizinische Diagnostik und Behandlung. In: Werheid, K. & Thöne-Otto, A. *Alzheimer-Krankheit. Ein neuropsychologisch-verhaltenstherapeutisches Manual*, 23-30. Weinheim: Beltz.
- Kurz, A. (2011). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen. Ein kompakter Ratgeber*. 20. aktualisierte Ausgabe. Berlin: Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.
- Kurz, A. & Lautenschlager, N.T. (2010). The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace? *International Psychogeriatrics*, 22, 37-42.
- Kurz, A. & Perneczky, R. (2011). Novel insights for the treatment of Alzheimer's disease. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35, 373-379.
- Kurz, A. & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Nervenarzt*, 82, 336-342.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*, 5. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Lang, C. (1994). *Demenzen: Diagnose und Differentialdiagnose*. Weinheim: Chapman & Hall.
- Lang, C. (2005). Symptomatische Demenzen. In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*, 229-250. Stuttgart: Thieme.
- Lautenschlager, N.T. & Kurz, A. (2009). Gedächtnissprechstunden (Memory-Kliniken). In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 311-325. Berlin: Springer.
- Lawton, M.P., Moss, M., Kleban, M.H., Glicksman, A. & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46, 181-189.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Smith, C.A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. *Cognition and Emotion*, 2, 281-300.
- Lee, H. & Cameron, M.H. (2004). Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004396. DOI: 10.1002/14651858.CD004396.pub2.
- Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E. & Sosnowsky, N. (2008). Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depression Scales (STDS-T): eine vergleichende Evaluation von Cut-Off-Werten. *Diagnostica*, 54, 61-70.
- Leinonen, E., Korpisammal, L., Pulkkinen, L.M. & Pukuri, T. (2001) The comparison of burdens between caregiving spouses of depressive and demented patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 387-393.
- Lerner, J.S. & Tiedens, L.Z. (2006). Portrait of the angry decision maker: how appraisal tendencies shape anger's influence on cognition. *Journal of Behavioral Decision Making*, 19, 115-137.

- Liebeck, H. (2011). Problemlösestraining. In: Linden M. & Hautzinger M. (Hrsg). *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage, 243-248. Berlin: Springer.
- Livingston, G., Johnston, M., Katona, C., Paton, J. & Lyketsos, C. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1996-2021.
- Lopez, J. & Crespo M. (2008) Analysis of the efficacy of a psychotherapeutic program to improve the emotional status of caregivers of elderly dependent relatives. *Aging and Mental Health*, 12, 451-461.
- Mac Neil, G., Kosberg, J.I., Durkin, D.W., Dooley, W.K., DeCoster, J. & Williamson, G.M. (2009). Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. *The Gerontologist*, 50, 76-86.
- Martin-Cook, K., Remakel-Davis, B., Svetlik, D., Hynan, L.S. & Weiner, M.F. (2003). Caregiver attribution and resentment in dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 18, 366-374.
- Massoud, F. & Gauthier, S. (2010). Update on the pharmacological treatment of Alzheimer's disease. *Current Neuropharmacology*, 8, 69-80.
- Matsumoto, D., Yoo, S.H. & Chung, J. (2010). The expression of anger across cultures. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 125-137. New York: Springer.
- Mausbach, B.T., Aschbacher, K., Patterson, T.L., Ancoli-Israel, S., von Känel, R., Mills, P.J., Dimsdale, J.E. & Grant I. (2006). Avoidant coping partially mediates the relationship between patient problem behaviors and depressive symptoms in spousal Alzheimer caregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 299-306.
- Mausbach, B.T., Patterson, T.L., Von Känel, R., Mills, P.J., Dimsdale, J.E., Ancoli-Israel, S. & Grant, I. (2007). The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and Alzheimer caregiver health: a five-year longitudinal analysis. *Aging and Mental Health*, 11, 637-644.
- Mavall, L. & Thorslund, M. (2007). Does day care also provide care for the caregiver? *Archives of Gerontology and Geriatry*, 45, 137-150.
- McConaghy, R. & Caltabiano, M.L. (2005). Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing and Health Sciences*, 7, 81-91.
- McEwan, T.E.; Davis, M.R.; MacKenzie, R. & Mullen, P.E. (2009). The effects of social desirability response bias on STAXI-2 profiles in a clinical forensic sample. *British Journal of Clinical Psychology* 48, 431-436.
- McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., Hyman, B.T., Jack, C.R. Jr, Kawas, C.H., Klunk, W.E., Koroshetz, W.J., Manly, J.J., Mayeux, R., Mohs, R.C., Morris, J.C., Rossor, M.N., Scheltens, P., Carrillo, M.C., Thies, B., Weintraub, S. & Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers and Dementia*, 7, 263-269.
- Mega, M.S., Cummings, J.L., Fiorello, T. & Gornbein J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 130-135.
- Meier, D., Ermini-Fünfschilling, D., Monsch, A. U. & Stähelin, H.B. (1999). Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten. Ihre Belastungen und ihre Bedürfnisse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12, 85-96.
- Meyer, M. (2006). *Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Reihe: Gerontologie – Gerontology Bd. 10. Berlin: LIT Verlag.
- Middleton, L.E. & Yaffe, K. (2009). Promising strategies for the prevention of dementia. *Archives of Neurology*, 66, 1210-1215.
- Mills, P.J., Ancoli-Israel, S., von Känel, R.; Mausbach, B.T., Aschbacher, K., Patterson, T.L., Ziegler, M.G., Dimsdale, J & Grant, I. (2009). Effects of gender and dementia severity on Alzheimer's disease caregivers' sleep and biomarkers of coagulation and inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 605-610.
- Minati, L., Edginton, T., Bruzzone, M.G. & Giaccone, G. (2009). Current concepts in Alzheimer's Disease: a multidisciplinary review. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 24, 95-121.
- Mioshi, E., Bristow, M., Cook, R. & Hodges, J.R. (2009). Factors underlying caregiver stress in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27, 76-81.

- Mitrani, V.B., Lewis, J.E., Feaster, D.J., Czaja, S.J., Eisdorfer, C., Schulz, R. & Szapocznik, J. (2006). The role of family functioning in the stress process of dementia caregivers: a structural family framework. *The Gerontologist*, 46, 97-105.
- Mittelman, M.S., Haley, W.E., Clay, O.J. & Roth, D.L. (2006): Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 1592–1599.
- Mittleman, M.A., Maclure, M., Sherwood, J.B., Mulry, R.P., Tofler, G.H., Jacobs, S.C., Friedman, R., Benson, H. & Muller, J.E. for the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*, 92, 1720-1725.
- Moise, P., Schwarzinger, M., Um, M.-Y. and the Dementia Experts' Group (2004). *OECD Health Working Papers No. 13: Dementia care in 9 OECD countries: a comparative analysis*. Paris: OECD Publications Service.
- Monahan, D.J. & Hooker, K. (1995). Health of spouse caregivers of dementia patients: the role of personality and social support. *Social Work*, 40, 305-314.
- Moorhouse, P. & Rockwood, K. (2008). Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments. *The Lancet Neurology*, 7, 246-255.
- Neary, D., Snowden, J.S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., Freedman, M., Kertesz, A., Robert, P.H., Albert, M., Boone, K., Miller, B.L., Cummings, J. & Benson, D.F. (1998). Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 51, 1546-1554.
- Neumann, M. & Kretschmar, H.A. (2004). Pathologie und Biochemie der frontotemporalen Demenzen. *Nervenheilkunde*, 23, 73-79.
- Nicolaou, P.L., Egan, S.J., Gasson, N. & Kane, R.T. (2010). Identifying needs, burden, and distress of carers of people with Frontotemporal dementia compared to Alzheimer's disease. *Dementia*, 9, 215-235.
- Nomura, H., Inoue, S., Kamimura, N., Shimodera, S., Mino, Y., Gregg, L. & Tarrier N. (2005). A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 564-570.
- Norton, M.C., Smith, K.R., Østbye, T., Tschanz, J.T., Corcoran, C., Schwartz, S., Piercy, K.W., Rabins, P.V., Steffens, D.C., Skoog, I., Breitner, J.C. & Welsh-Bohmer, K.A. and the Cache County Investigators (2010). Greater risk of dementia when spouse has dementia? The Cache County study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 895-900.
- Novaco, R. W. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1124-1128.
- Novaco, R. W. (1993). Ärger als streßbedingtes Gesundheitsproblem und seine Therapie. In: Müller, M.M. (Hrsg.). *Psychophysiologische Risikofaktoren bei Herz-/Kreislaufkrankungen*, 255-270. Göttingen: Hogrefe.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*, 2nd edition, New York: Mc Graw-Hill.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H.H. & Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- Ortony, A., Clore, G.L. & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. New York: Cambridge University Press.
- Ortony, A. & Turner, T.J. (1990). What's basic about emotions? *Psychological Review*, 97, 315-331.
- Ory, M.G., Hoffman, R.R. 3rd, Yee, J.L., Tennstedt, S. & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177-85.
- Ott, A., Breteler, M.M.B., van Harskamp, F., Claus, J.J., van der Cammen, T.J.M., Grobbee, D.E. & Hofman, A. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and Vascular Dementia: association with education. The Rotterdam Study. *British Medical Journal*, 310, 970-973.
- Quinn, C., Clare, L. & Woods, B. (2009). The impact of the quality of relationship on the experiences and wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging and Mental Health*, 13, 143-154.
- Pagel, M.D., Becker, J. & Coppel, D.B. (1985). Loss of control, self-blame, and depression: an investigation of spouse caregivers of Alzheimer's disease patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 169-182.

- Paton, J., Johnston, K., Katona, C. & Livingston G. (2004). What causes problems in Alzheimer's disease: attributions by caregivers. A qualitative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 527-532.
- Paveza, G.J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J.W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. & Levy P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32, 493-497.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pekrun, R. (2000). Persönlichkeit und Emotion. In: Otto, J.H., Euler, H.A. & Mandl, H. (Hrsg.). *Emotionspsychologie. Ein Handbuch*, 334-348. Weinheim: Beltz.
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. & DeKosky, S.T. (2001). Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1133-1142.
- Pillemer, K. & Sutor, J.J. (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47, 165-172.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?. *International Psychogeriatrics*, 18, 577 -595.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion – A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper & Row.
- Polk, D.M. (2005). Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia: linking attributions and problematic integration. *Health Communication*, 18, 257-273.
- Pot, A.M. (2004). The care-giving stress process. In: Jones, G.M.M. & Miesen; B.M.L. *Care-Giving in Dementia. Research and Applications, Volume 3*, 287-306.
- Pot A.M., van Dyck, R., Jonker, C. & Deeg, D.J. (1996). Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 156-162.
- Potegal, M. & Stemmler, G. (2010a). Cross-disciplinary views of anger: consensus and controversy. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 3-7. New York: Springer.
- Potegal, M. & Stemmler, G. (2010b). Constructing a neurology of anger. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 39-59. New York: Springer.
- Pruchno, R.A. & Resch, N.L. (1989a). Aberrant behaviors and Alzheimer's disease: mental health effects on spouse caregivers. *Journal of Gerontology*, 44, 177-182.
- Pruchno, R.A. & Resch, N.L. (1989b). Mental health of caregiving spouses: coping as mediator, moderator, or main effect? *Psychology and Aging*, 4, 454-463.
- Rabinovici, G.D. & Miller, B.L. (2010) Frontotemporal Lobar Degeneration: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, 24, 375-398.
- Reis, M.F., Gold, D.P., Markiewicz, D. & Gauthier, S. (1994). Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 257-271.
- Reischies, F.M. (2005). Demenz und Depression. In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*, 265-273. Stuttgart: Thieme.
- Riedijk, S.R., De Vugt, M.E., Duivenvoorden, H.J., Niermeijer, M.F., Van Swieten, J.C., Verhey, F.R. & Tibben, A. (2006) Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 405-412.
- Robinson, K.M., Adkisson, P. & Weinrich, S. (2001). Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 573-582.
- Rockwood, K., Bouchard, R.W., Camicioli, R. & Léger G. (2007). Toward a revision of criteria for the dementias. *Alzheimer's & Dementia*, 3, 428-440.

- Romero, B. & Eder, G. (1992). Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, 267–282.
- Romero B. & Wenz M. (2011). Demenz. In: Linden M. & Hautzinger M. (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage, 553-563. Berlin: Springer.
- Roseman, I.J. (1984). Cognitive determinants of emotions. A structural theory. In: P.Shaver (Hrsg.) *Review of Personality and Social Psychology Vol 5. Emotions, Relationships and Health*, 11-36. Beverly Hills: Sage.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. In: L. Berkowitz (Hrsg.). *Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 10*, 174-221. New York: Academic Press.
- Rothe, J. (2006). *Das Wortfeld "Ärger" in der deutschen Gegenwartssprache – Eine semantische Analyse nach Anna Wierzbicka*. München: GRIN.
- Rule, B.G. & Ferguson, T.J. (1984). The relations among attribution, moral evaluation, anger, and aggression in children and adults. In: A. Mummendey (Hrsg.). *Social Psychology of Aggression*, 143-156. Berlin: Springer.
- Russell, J.A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145-172.
- Schaub, R.T. & Freyberger, H.J. (2005). Diagnostik und Klassifikation von Demenzen. In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*, 59-81. Stuttgart: Thieme.
- Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S. & Weyerer, S. (2007) Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert? Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 20, 4, 197-210.
- Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. In: Scherer, K.R. & Ekman, P. *Approaches to Emotion*, 293-318. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Scherer, K.R. (1990). Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In Scherer, K.R. (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie (C, IV, 3) Psychologie der Emotion*, 2-38. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Atzert, L. (2009). Kategoriale und dimensionale Modelle. In: Brandstätter, V. & Otto, J.H. (Hrsg.). *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion*, 571-576. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtke, K. & Hüll, M. (2005). Alzheimer-Demenz.). In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*, 152-174. Stuttgart: Thieme.
- Schmitt, M., Hoser, K. & Schwenkmezger, P. (1991). Schadensverantwortlichkeit und Ärger. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 38, 634-647.
- Schneekloth, U. (2005). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, 55-98. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schöfer G. (1980) *Gottschalk-Gleser Sprachinhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66, 191-200.
- Schulz, R. & Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2219.
- Schulz, R. & Martire, L.M. (2004). Family caregiving of persons with dementia. Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 240-249.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C.D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI*. Handbuch. Bern: Huber.

- Schwenkmezger, P., Steffgen G., Dusi D (1999). *Umgang mit Ärger*. Göttingen: Hogrefe.
- Seidl, U., Lueken, U., Thomann, P.A., Geider, J. & Schröder J. (2011). Autobiographical memory deficits in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 27, 567- 574.
- Seltzer, B., Vasterling, J.J., Yoder, J.A. & Thompson, K.A. (1997). Awareness of deficit in Alzheimer's disease: relation to caregiver burden. *The Gerontologist*, 37, 20-24.
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75-89.
- Semple, S.J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32, 648-655.
- Shaffer, D.R., Dooley, W.K. & Williamson, G.M. (2007). Endorsement of proactively aggressive caregiving strategies moderates the relation between caregiver mental health and potentially harmful caregiving behaviour. *Psychology and Aging*, 22, 494-504.
- Shaw, W.S., Patterson, T.L., Semple, S.J., Dimsdale, J.E., Ziegler, M.G. & Grant, I. (2003). Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 293-302.
- Sherwood, P.R., Given, C.W., Given, B.A. & von Eye, A. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging and Health*, 17, 125-147.
- Shurgot, G.R. & Knight, B.G. (2005) Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: pilot test of the transactional stress and social support model. *Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 60, 331-334.
- Small, J.A. & Perry, J. (2005). Do you remember? How caregivers question their spouses who have Alzheimer's disease and the impact on communication. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48, 125-136.
- Smith, C.A. & Lazarus, R.S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. & Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5, 961-973.
- Spielberger, C.D. (1988). *State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Professional Manual. Tampa: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A. & Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. In: M. A. Chesney & Roseman, R.H. (Hrsg.). *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*, 5-30. Washington D.C.: Hemisphere.
- Spielberger, C.D. & Reheiser, E.C. (2010). The nature and measurement of anger. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 403-412. New York: Springer.
- Spitznagel, M.B., Tremont, G., Davis, J.D. & Foster, S.M. (2006). Psychosocial predictors of dementia caregiver desire to institutionalize: caregiver, care recipient, and family relationship factors. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19, 16-20.
- Spruytte, N., Van Audenhove, C. & Lammertyn, F. (2001). Predictors of institutionalization of cognitively-impaired elderly cared for by their relatives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1119-1128.
- Spruytte, N., Van Audenhove, C., Lammertyn, F. & Storms G. (2002). The quality of the caregiving relationship in informal care for older adults with dementia and chronic psychiatric patients. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 295-311.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stavemann, H.M. (2011). Sokratische Gesprächsführung. In: Linden M. & Hautzinger M. (Hrsg). *Verhaltenstherapie manual*, 7. Auflage, 287-296. Berlin: Springer.

- Steadman, P.L., Tremont, G. & Davis, J.D. (2007). Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20, 115-119.
- Steffen, A.M. (2000). Anger management for dementia caregivers: A preliminary study using video and telephone interventions. *Behavior Therapy*, 31, 281-299.
- Steffen, A.M. & Berger, S. (2000). Relationship differences in anger intensity during caregiving-related situations. *Clinical Gerontologist*, 21, 3-19.
- Steffgen, G. (1991). Ärger laß nach – Ärger auf der Trainerbank. *Sportpsychologie*, 5, 14-17.
- Sütterlin, S., Hoßmann, I. & Klingholz, R. (2011). Immer mehr Menschen mit Demenz. In: *Demenzreport. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*, 14-28. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Sun, F., Kosberg, J.I., Kaufman, A.V., & Leeper, J.D. (2010). Coping strategies and caregiving outcomes among rural dementia caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 547-567.
- Sunderland, T., Jeste, D.V., Baiyewu, O., Sirovatka, P.J. & Regier, D.A. (2007). *Diagnostic Issues in Dementia: Advancing the Research Agenda for DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Sussman, T. & Regehr, C. (2009). The influence of community-based services on the burden of spouses caring for their partners with dementia. *Health and Social Work*, 34, 29-39.
- Tabak, N., Ehrenfeld, M. & Alpert, R. (1997) Feelings of anger among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Nursing Practice*, 3, 84-88.
- Teri, L. (1997). Behavior and caregiver burden: behavioral problems in patients with Alzheimer disease and its association with caregiver distress. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11 Supplement 4, 35-38.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C., Burns, A. & Gregg, L. (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease: the effect on carer burden. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 340-349.
- Thommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A.R., Engedal, K. & Laake, K. (2002). The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 78-84.
- Thompson, R.L., Lewis, S.L., Murphy, M.R., Hale, J.M., Blackwell, P.H., Acton, G.J., Clough, D.H., Patrick, G.J. & Bonner, P.N. (2004). Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of patients with Alzheimer's disease? *Biological Research for Nursing*, 5, 319-330.
- Thompson, S.C., Medvene, L.J. & Freedman, D. (1995). Caregiving in the close relationships of cardiac patients: exchange, power, and attributional perspectives on caregiver resentment. *Personal Relationships*, 2, 125-142.
- Van Coillie, H., Van Mechelen, I. & Ceulemans, E. (2006). Multidimensional individual differences in anger-related behaviors. *Personality and Individual Differences*, 41, 27-38.
- Van den Wijngaart, M.A.G., Vernooij-Dassen, M.J.F.J. & Feeling, A.J.A. (2007). The influence of stressors, appraisal and personal conditions of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging and Mental Health*, 11, 626-636.
- Vergheze, J., Lipton, R.B., Katz, M.J., Hall, C.B., Derby, C.A., Kuslansky, G., Ambrose, A.F., Sliwinski, M. & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348, 2508-2516.
- Victoroff, J., Mack, W.J. & Nielson, K.A. (1998). Psychiatric complications of dementia: impact on caregivers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9, 50-55.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Bailey, S.L., Young, H.M. & Mc Cann, B.S. (1993a). Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 55, 164-177.
- Vitaliano, P.P., Russo, J. & Niaura, R. (1995). Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 50, 18-24.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Young, H.M., Terim L. & Maiuro RD. (1991a). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-402.

- Vitaliano, P.P., Scanlan, J.M., Krenz, C. & Fujimoto, W. (1996). Insulin and glucose: Relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults. *Psychosomatic Medicine*, 58, 489-499.
- Vitaliano, P.P., Scanlan, J.M. & Zhang, J. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972.
- Vitaliano, P.P., Scanlan, J.M., Zhang, J., Savage, M.V., Hirsch, I.B. & Siegler, I.C. (2002). A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 64, 418-435.
- Vitaliano, P.P., Young, H.M. & Russo, J. (1991b). Burden. A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 31, 67-75.
- Vitaliano, P.P., Young, H.M., Russo, J., Romano, J. & Magana-Amato, A. (1993b). Does expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease? *Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 48, 202-209.
- Wallesch, C. W. & Förstl, H. (2005a). *Demenzen*. Stuttgart: Thieme.
- Wallesch, C. W. & Förstl, H. (2005b). Demenz mit Lewy-Körperchen. In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hrsg.). *Demenzen*, 175-180. Stuttgart: Thieme.
- Waite, A., Bebbington, P., Skelton-Robinson, M. & Orrell M. (2004). Social factors and depression in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 582-587.
- Weber, H. (1994). *Ärger. Psychologie einer alltäglichen Emotion*. Weinheim: Juventa.
- Weiber, R. & Mühlhaus, D. (2010). *Strukturgleichungsmodellierung. Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS*. Berlin: Springer.
- Weindl, A. (2009). „Parkinson Plus“/Lewy-Körperchen-Demenz, Chorea Huntington und andere Demenzen bei Basalganglienerkrankungen. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 85-114. Berlin: Springer.
- Welleford, E.A., Harkins, S.W. & Taylor, J.R. (1995). Personality change in dementia of the Alzheimer's type: relations to caregiver personality and burden. *Experimental Aging Research*, 21, 295-314.
- Weltgesundheitsorganisation WHO (Hrsg.) (1999). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber.
- Wenz, M. (2007). Verhaltensanalyse und Problemlösen als psychotherapeutische Interventionen für Angehörige von Demenzzkranken. In: *Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Band 6: Demenz – eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert*, 267-273. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). Epidemiologie der Demenzerkrankungen. In: Weyerer, S. & Bickel, H. *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*, 58-91. Stuttgart: Kohlhammer.
- Williams, J. E. (2010). Anger/hostility and cardiovascular disease. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 435-447. New York: Springer.
- Williamson, G.M., Martin-Cook, K., Weiner, M.F., Svetlik, D.A., Saine, K., Hynan, L.S., Dooley, W.K. & Schulz, R. (2005). Caregiver resentment: explaining why care recipients exhibit problem behavior. *Rehabilitation Psychology*, 50, 215 -223.
- Williamson, G.M. & Schulz, R. (1990). Relationship orientation, quality of prior relationship, and distress among caregivers of Alzheimer's patients. *Psychology and Aging*, 5, 502-509.
- Williamson, G.M. & Shaffer, D.R. & the Family Relations in Late Life Project (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16, 217-226.
- Wilz, G., Adler, C. & Gunzelmann, T. (2001). *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzzkranken: Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (1999) Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit – Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 255-265.
- Wimo, A., Nordberg, G., Jansson, W. & Grafström M. (2000). Assessment of informal services to demented people with the RUD instrument. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 969-971.

- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttermann, G. (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie*, 227-255. Weinheim: Beltz.
- Wold, H. (1982). Soft modelling: the basic design and some extensions. In: Jöreskog, K.G. & Wold, H. (Hrsg.) *Systems under Indirect Observation, Part II*, 1-54. Amsterdam: North Holland.
- Wranik, T. & Scherer, K. R. (2010). Why do I get angry? A componential appraisal approach. In: Potegal, M., Stemmler, G. & Spielberger C. (Hrsg.) *International Handbook of Anger. Constituent Biological, Psychological, and Social Processes*, 243-266. New York: Springer.
- Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K. & Covinsky, K.E. (2002) Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2090-2097.
- Yee, J.L. & Schultz, R. (2000) Gender differences in psychiatric morbidity in family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 10, 147–164.
- Young, J. (2011). Kognitionsevozierung. In: Linden M. & Hautzinger M. (Hrsg.) *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage, 199-202. Berlin: Springer.
- Zaccai, J., McCracken, C. & Brayne, C. (2005): A systematic review of prevalence and incidence studies of dementia with Lewy bodies. *Age and Ageing*, 34, 561–566.
- Zank, S. & Schacke, C. (2006). *Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Zank, S., Schacke, C. & Leipold, B. (2007). Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER) : Ergebnisse der Evaluation von Entlastungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 20, 239-255.
- Zarit, S.H., Reever K.E. & Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired aged: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zaudig, M. (2009). „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ im Alter. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 23-42. Berlin: Springer.
- Zillmann, D. (1988). Cognitive-excitation interdependencies in aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 14, 51-64.

7. Anhang

7.1 Tabellen

	MW	SD	Min.	Max.
NOS-Ärger-Gesamt	11,15	3,85	5,5	18,83
STAXI-Ärger-Intensität	4,53	1,73	1	7
STAXI-Ärger-Zustand	14,69	4,97	6	24
FERAP Kritik	13,65	4,47	5	25
STAXI Ärger nach außen	4,75	1,79	2	8
FERAP Geduld	12,68	3,3	7	20
STAXI Ärgerkontrolle	4,75	1,95	2	8
Attributionen Erkrankung-Ges.	4,46	0,5	2,82	5
Attributionen Kontrolle-Ges.	4,4	0,58	3,03	5
Schwankungen Ges.	8,35	3,37	5	21,33
NOSGER Gedächtnis	16,35	3,67	8	24
NOSGER IADL	18,3	4,14	8	24
NOSGER Pflege	11,05	3,84	5	18
NOSGER Stimmung	12,68	4,14	7	21
NOSGER Sozialverhalten	15,97	3,76	6	22
NOSGER Störend. Verhalten	11,16	3,57	5	21
NOSGER Kognitiv	45,07	9,74	23	65
NOSGER Nicht-kognitiv	39,81	9,17	19	57
MMST	13,19	8,94	0	29
Jahre seit Erstsymptomatik	4,41	1,63	1	7
Jahre seit Diagnose	2,60	1,53	0,25	6
Beziehungsqual. Früher	8,24	1,82	1,6	10
Beziehungsqual. Heute	6,12	3,06	0,3	10
Beziehungsqual. Differenz	2,11	3,18	-4	9,5
Nähe	2,86	1	1	4
Nähe Veränderung	3,38	1,01	1	5
Kommunikation	2,19	0,81	1	4
Kommunikation Veränderung	3,86	0,98	1	5
Ansichten	2,38	1,01	1	4
Ansichten Veränderung	3,81	0,78	3	5
Miteinander Auskommen	2,84	0,73	2	4
Miteinand. Ausk. Veränderung	3,54	0,73	2	5
COC Persönl. & soz. Einschränk.	10,03	3,19	4	16
COC Körperl. & Emot. Probleme	8,03	2,56	4	14
COC Ökonom. Kosten	7,14	3,19	4	15
COC Resignation	6,61	2,77	4	13
COC Konflikte	7,25	2,14	4	12
COC Gesamt	39,06	9,43	22	55
COC Persönl. & soz. Einschränk. II	11,38	3,05	4	16
Allgemeine Depressionsskala	15,22	7,78	2	33
Kompetenz im Umgang	3,08	0,64	1,57	4,5

	MW	SD	Min.	Max.
Soz. Unterstützung Std. pro Woche	3,51	5,62	0	26
Soz. Unterstützung Familie	2,41	1,24	1	5
Soz. Unterstützung Professionell	2,36	1,36	1	5
Soz. Unterstützung Zufriedenheit	3,31	0,98	1	5
FPI 1 Lebenszufriedenheit	6,65	2,46	1	11
FPI 2 Sozial. Orientierung	7,7	2,32	4	12
FPI 3 Leistungsorientierung	6,86	2,42	3	11
FPI 4 Geheimtheit	5,38	2,35	1	11
FPI 5 Erregbarkeit	6,03	2,44	2	12
FPI 6 Aggressivität	3,08	2,29	0	10
FPI 7 Beanspruchung	7,84	3,36	0	12
FPI 8 Körperl. Beschwerd.	4,43	2,66	0	10
FPI 9 Gesundheits Sorgen	6,41	2,77	1	12
FPI 10 Offenheit	4,51	2,6	1	10
FPI 11 Neurotizismus	6,92	3,23	2	13
FPI 12 Extraversion	5,35	2,72	1	12
SVF 1 Bagatellisierung	13,21	3,64	3	21
SVF 2 Herunterspielen	10,49	4,43	1	21
SVF 3 Schuldabwehr	12,84	3,75	5	21
SVF 4 Ablenkung	13,76	3,59	8	21
SVF 5 Ersatzbefriedigung	10,19	4,31	3	19
SVF 6 Suche Selbstbest.	10,92	4,23	5	22
SVF 7 Situationskontrolle	15,7	3,67	6	22
SVF 8 Reaktionskontrolle	15,73	3,54	6	22
SVF 9 Pos. Selbstinstr.	16,68	3,32	8	23
SVF 10 Bed. Soz. Unterst.	12,76	4,54	3	21
SVF 11 Vermeidung	15,46	4,43	8	24
SVF 12 Flucht	11,54	3,18	4	19
SVF 13 Soz. Abkapselung	9,84	4,28	1	21
SVF 14 Ged. Weiterbesch.	14,92	5,13	6	24
SVF 15 Resignation	9,92	4,81	1	22
SVF 16 Selbstbemitleidung	10,84	5,07	2	23
SVF 17 Selbstbeschuldigung	10,62	4,96	1	21
SVF 18 Aggressivität	8,38	3,55	2	16
SVF 19 Pharmaeinnahme	2,54	4,29	0	21
SVF POS 1	12,18	3,29	4,33	19
SVF POS 2	11,62	3,21	6	18
SVF POS 3	16,03	2,99	7,33	21,33
SVF POS Gesamt	13,28	2,36	6,78	17,67
SVF NEG 1	12,13	4,37	4,33	22,33
SVF NEG 2	10,43	3,57	3,33	18,33
SVF NEG Gesamt	11,28	3,79	5,17	20,33

Tabelle A 1: Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD), Minimalwerte (Min.) und Maximalwerte (Max.) der in Studie 1 verwendeten Variablen

	FERAP Kritik
NOSGER	,358 *
Ärger	(,458 **)
STAXI	,341 *
Ärgerintensität	(,309)
STAXI	,433 **
Ärgerzustand	(,414 *)
STAXI	,194
Ärgerausdruck	(,270)
FERAP	,648 ***
Geduld	(,590 ***)
STAXI	-,460 **
Ärgerkontrolle	(-,403 *)
NOSGER	-,238
Attr Krankh	(-,343 *)
NOSGER	-,206
Attr Kontrolle	(-,237)
NOSGER	,042
Schwankung	(,050)
NOSGER	-,031
Gedächtnis	(-,031)
NOSGER	-,035
IADL	(-,099)
NOSGER	-,100
Pflege	(-,130)
NOSGER	-,178
Stimmung	(,046)
NOSGER	-,056
Sozialverhalten	(-,025)
NOSGER	,083
Stör. Verhalten	(,160)
NOSGER	-,066
Kogn. Sympt.	(-,105)
NOSGER	-,068
N.-kogn. Sympt.	(,073)
MMST	,166
	(,152)
Diagnose-	,137
stellung	(,193)
Erst-	-,069
symptome	(-,014)
Alter	-,005
	(,077)
Ausbildung	-,321
in Jahren	(-,253)
Beziehungs-	-,103
qual. früher	(-,172)
Beziehungs-	-,417 *
qual. heute	(-,408 *)
Beziehungs-	,342 *
qual. Diff.	(,295)
Nähe	-,462 **
	(-,437 **)
Nähe	,363 *
Veränderung	(,338 *)
Kommunikation	-,267
	(-,372 *)
Kommunikation	-,154
Veränderung	(-,100)

	FERAP Kritik
Ansichten	-,169
	(-,154)
Ansichten	-,048
Veränderung	(-,052)
Miteinander-	-,309
auskommen	(-,351 *)
Miteinander-	,242
ausk. Veränd.	(,298)
COC Pers &	,130
Soz Einschrän	(,115)
COC Körp &	,199
Emo Probleme	(,151)
COC Ökonom.	-,153
Kosten	(-,170)
COC	,298
Resignation	(,358 *)
COC	,384 *
Konflikte	(,323)
COC	,216
Gesamt	(,201)
COC Pers &	,054
Soz Einschr.2	(,111)
ADS	,250
Depressivität	(,221)
Soz Unterst	-,160
Std. / Woche	(,168)
Soz Unterst	-,138
Familie	(-,149)
Soz Unterst	-,063
Professionel	(-,079)
Soz Unterst	-,167
Zufriedenheit	(-,160)
Kompetenz	-,363 *
Umgang	(-,246)
FPI Lebens-	-,085
zufriedenheit	(-,077)
FPI Soziale	,085
Orientierung	(,303)
FPI Leistungs-	,142
orientierung	(,037)
FPI	,238
Gehemmtheit	(,209)
FPI	,134
Erregbarkeit	(,136)
FPI	,105
Aggressivität	(,282)
FPI	,280
Beanspruchung	(,208)
FPI Körperl.	,281
Beschw	(,337 *)
FPI Gesundheit	,376 *
sorgen	(,332 *)
FPI	,230
Neurotizismus	(,252)
FPI	,240
Extraversion	(,250)

	FERAP Kritik
SVF	,070
POS 1	(,017)
SVF	,182
POS 2	(,282)
SVF	,109
POS 3	(,095)
SVF	,158
POS Gesamt	(,176)
SVF	,359 *
NEG 1	(,397 *)
SVF	,229
NEG 2	(,283)
SVF	,315
NEG Gesamt	(,362 *)
SVF	,147
Bag	(,158)
SVF	-,052
Her	(-,176)
SVF	,099
Schab	(,099)
SVF	-,027
Abl	(,045)
SVF	,204
Ersbf	(,306)
SVF	,228
SucheSelbstbest	(,294)
SVF	-,019
Sitkon	(-,001)
SVF	,257
Reaktkon	(,238)
SVF	,041
PosSelbstInst	(,005)
SVF	,002
SozUntBed	(,126)
SVF	,004
Verm	(-,020)
SVF	,147
Flu	(,179)
SVF	,188
SozAbk	(,277)
SVF	,233
Gedwb	(,258)
SVF	,245
Resig	(,265)
SVF	,351 *
Selbstmitt	(,334 *)
SVF	,352 *
Selbstbesch	(,440 **)
SVF	,193
Aggr	(,320)
SVF	-,075
Pharmaka	(,015)

Tabelle A 2: Partielle Korrelationen von FERAP Kritik und potentiellen Einflussvariablen unter Kontrolle von sozialer Erwünschtheit/Offenheit (FPI Offenheit) in Studie 1. In Klammern sind die Korrelationswerte vor der Herauspartialisierung des Einflusses von sozialer Erwünschtheit angegeben.

* p < 0,05 **p < 0,01 *** p < 0,001

	MW	SD	Min.	Max.
STAXI-Ärger-Zustand	20,6	6,15	11	35
STAXI Ärger nach außen	13,04	4,05	8	26
FERAP Kritik	12,78	4,25	5	25
STAXI Ärgerkontrolle	23,29	4,23	15	32
FERAP Geduld	18,08	3,28	9	25
Attributionen Erkrankung.	16,52	3,27	6,2	20
Attributionen Kontrolle	5,80	4,51	0	19,3
Attributionen Absicht	3,59	3,83	0	15,2
Attributionen Mangel. Verständ.	10,62	5,6	0	19,9
Negative Attributionen Ges.	6,67	3,73	0,03	16,33
Schwankungen	11,3	5,23	1,2	20
NOSGER Gedächtnis	15,81	3,24	9	24
NOSGER IADL	16,95	4,08	6	24
NOSGER Pflege	9,34	3,54	5	18
NOSGER Stimmung	11,99	3,53	6	24
NOSGER Sozialverhalten	15,91	3,97	8	25
NOSGER Störend. Verhalten	9,81	3,09	5	18
NOSGER Kognitiv	14,03	2,96	8	21
NOSGER Nicht-kognitiv	12,33	2,74	7	20
MMST	17,66	7,63	0	29
Monate seit Erstsymptomatik	59,97	34,1	7	130
Monate seit Diagnose	32,63	25,01	1	108
Belastung / HPS	13,77	7,37	0	30
Einschränk. Alltag / Resentment Scale	29,33	7,19	15	47
STAXI Ärgerdisposition	18,38	4,33	11	30
FPI 1 Lebenszufriedenheit	7,1	3	0	12
FPI 2 Sozial. Orientierung	7,83	2,08	1	12
FPI 3 Leistungsorientierung	6,99	3,17	0	12
FPI 4 Gehemmtheit	5,4	3,11	0	12
FPI 5 Erregbarkeit	5,51	2,97	0	12
FPI 6 Aggressivität	2,82	2,58	0	12
FPI 7 Beanspruchung	7,28	3,45	0	12
FPI 8 Körperl. Beschwerd.	3,69	2,29	0	9
FPI 9 Gesundheits Sorgen	6,47	2,71	0	11
FPI 10 Offenheit	4,75	2,75	0	11
FPI 11 Neurotizismus	6,88	3,44	0	14
FPI 12 Extraversion	5,76	3,63	0	14

	MW	SD	Min.	Max.
SVF 1 Bagatellisierung	6,35	2,51	2	12
SVF 2 Herunterspielen	5,16	2,57	0	11
SVF 3 Schuldabwehr	5,19	2,29	0	12
SVF 4 Ablenkung	5,35	1,93	0	10
SVF 5 Ersatzbefriedigung	5,81	2,81	1	12
SVF 6 Suche Selbstbest.	5,25	2,64	0	12
SVF 7 Entspannung	8,02	2,25	3	12
SVF 8 Situationskontrolle	8,07	2,04	4	12
SVF 9 Reaktionskontrolle	8,39	2,13	4	12
SVF 10 Pos. Selbstinstr.	7,52	2,44	2	12
SVF 11 Bed. Soz. Unterst.	6,74	2,39	1	12
SVF 12 Vermeidung	7,31	1,94	0	11
SVF 13 Flucht	3,82	2,56	0	11
SVF 14 Soz. Abkapselung	3,6	2,36	0	12
SVF 15 Ged. Weiterbesch.	7,19	2,4	1	12
SVF 16 Resignation	2,6	2,55	0	11
SVF 17 Hilflosigkeit	5,17	2,19	0	10
SVF 18 Selbstbemitleidung	5,34	2,71	1	11
SVF 19 Selbstbeschuldigung	4,33	2,23	0	12
SVF 20 Aggressivität	3,51	2,28	0	9
SVF 21 Pharmaeinnahme	0,89	1,19	0	5
SVF POS 1	5,55	1,55	1,33	9,33
SVF POS 2	6,1	1,82	2,5	10,25
SVF POS 3	7,99	1,67	4	11
SVF POS Gesamt	6,51	1,21	3,9	9,3
SVF NEG 1	5,61	1,67	2,33	9,67
SVF NEG 2	3,8	1,96	0,25	9,5
SVF NEG Gesamt	4,58	1,64	1,14	9,57
F-Sozu Emot. Unterstützung	3,46	0,64	1,69	4,69
F-Sozu Prakt. Unterstützung	3,51	0,8	1,44	5
F-Sozu Soz. Integration	3,61	0,59	2,46	4,85
F-Sozu Soz. Belastung	1,95	0,64	1	4,75
F-Sozu Vertrauensperson	3,51	0,92	1,5	5
F-Sozu Reziprozität	3,53	0,67	1,75	5
F-Sozu Zufriedenheit	3,35	0,74	1,8	5
Pflegeaufwand in Std. pro Tag	3	2,59	0	10
Betreuungsaufwand in Std. pro Tag	10,06	5,72	0	16
Entlastung / Freiraum in Std. pro Tag	2,5	2,94	0	16
Hilfen in Std. pro Woche	8,16	13,11	0	80

Tabelle A 3: Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD), Minimalwerte (Min.) und Maximalwerte (Max.) der in Studie 2 verwendeten Variablen

	STAXI Ärgerzustand	STAXI Ärgerausdruck	FERAP Kritik	STAXI Ärgerkontrolle	FERAP Geduld	Attr Erkrankung	Attr Kontrolle	Attr Absicht	Attr Verständnis	Neg Attr Gesamt	Attr Schwankungen
STAXI Ärgerzustand	1	,579 *** (,653 ***)	,544 *** (,589 ***)	-,420 *** (-,478 ***)	-,163 (-,227)	-,161 (-,183)	,393 ** (,435 ***)	,300 * (,330 **)	,421 *** (,452 ***)	,476 *** (,515 ***)	,103 (,035)
STAXI Ärgerausdruck		1	,665 *** (,694 ***)	-,431 *** (-,479 ***)	-,188 (-,242 *)	-,169 (-,173)	,377 ** (,422 ***)	,278 * (,310 **)	,345 ** (,377 **)	,423 * (,465 ***)	,014 (-,053)
FERAP Kritik			1	-,444 *** (-,477 ***)	-,507 *** (-,518 ***)	-,198 (-,208)	,389 ** (,424 ***)	,182 (,214)	,456 *** (,477 ***)	,450 *** (,483 ***)	,110 (,067)

	NOSGER Gedächtnis	NOSGER IADL	NOSGER Pflege	NOSGER Stimmung	NOSGER Soz. Verhalten	NOSGER Stör. Verhalten	MMST	Erstsymptome	Diagnosestellung	Alter	Ausbildung
STAXI Ärgerzustand	,215 (,209)	,169 (,176)	,246 * (,278 *)	,059 (,084)	,186 (,156)	,471 *** (,455 ***)	-,030 (-,088)	,109 (,177)	,014 (-,014)	-,044 (-,098)	-,025 (,026)
STAXI Ärgerausdruck	,130 (,148)	,079 (,106)	,200 (,252 *)	,059 (,098)	,145 (,121)	,275 * (,304 **)	,155 (,061)	,106 (,087)	-,013 (-,050)	-,104 (-,166)	-,225 (-,140)
FERAP Kritik	-,006 (,014)	-,172 (-,143)	,076 (,117)	,072 (,095)	,042 (,036)	,405 *** (,413 **)	,284 * (,226)	,063 (,057)	-,295 * (-,304 **)	-,055 (-,096)	-,025 (,056)

	Ärger Disposition	FPI Lebens- zufriedenheit	FPI Soziale Orientierung	FPI Leistungs- orientierung	FPI Gehemmtheit	FPI Erregbarkeit	FPI Aggressivität	FPI Beanspruchung	FPI Körperl. Beschw.	FPI Gesundheits- sorgen	FPI Neurotizismus	FPI Extraversion
STAXI Ärgerzustand	,596 *** (,663 ***)	-,396 ** (-,445 ***)	,079 (,016)	-,154 (-,127)	-,089 (-,024)	,423 *** (,497 ***)	,324 ** (,378 **)	,203 (,247 *)	,013 (,018)	-,029 (-,150)	,266 * (,337 **)	,062 (,091)
STAXI Ärgerausdruck	,618 *** (,715 ***)	-,212 (-,294 *)	,141 (,047)	,036 (,055)	-,187 (-,086)	,272 * (,395 **)	,410 *** (,463 ***)	,218 (,269 *)	,043 (,046)	-,030 (-,191)	,220 (,316 **)	,201 (,220)
FERAP Kritik	,529 *** (,578 ***)	-,235 * (-,284 *)	-,024 (-,065)	-,033 (-,019)	-,148 (-,097)	,221 (,296 *)	,343 ** (,385 **)	,020 (,065)	-,024 (-,019)	-,047 (-,137)	,141 (,204)	,163 (,181)

	Emotionale Unterstützung	Praktische Unterstützung	Soziale Integration	Soziale Belastung	Reziprozität	Verfügbarkeit Vertrauens- person	Zufriedenheit Soziale Unterstützung	Stunden ADL	Stunden Betreuung	Stunden Freiraum	Stunden Hilfen	Resentment Scale	HPS
STAXI Ärgerzustand	-,256 * (-,271 *)	-,191 (-,112)	-,248 * (-,301 *)	,189 (,285 *)	-,148 (-,156)	-,269 * (-,322 **)	-,280 * (-,313 **)	,030 (-,052)	,272 (,251 *)	-,112 (-,053)	,113 (,185)	,332 ** (,353 **)	,311 ** (,366 **)
STAXI Ärgerausdruck	-,191 (-,212)	-,109 (,015)	-,154 (-,234)	,338 ** (,425 ***)	-,222 (-,215)	-,178 (-,249 *)	-,203 (-,258 *)	,089 (,001)	,027 (,041)	-,158 (-,081)	,006 (,110)	,377 ** (,382 **)	,358 ** (,421 ***)
FERAP Kritik	-,194 (-,212)	-,169 (-,119)	-,195 (-,240 *)	,273 * (,332 **)	-,305 * (-,306 *)	-,194 (-,238 *)	-,180 (-,218)	-,027 (-,071)	-,151 (-,134)	-,064 (-,028)	-,079 (-,013)	,317 ** (,335 **)	,209 (,262 *)

Tabelle A 4 (Teil 1):

Partielle Korrelationen von STAXI Ärgerzustand & Ärgerausdruck sowie FERAP Kritik und potentiellen Einflussvariablen unter Kontrolle von sozialer Erwünschtheit/Offenheit (FPI Offenheit) in Studie 2. In Klammern sind die Korrelationswerte vor der Herausparsialisierung des Einflusses von sozialer Erwünschtheit angegeben.

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

	SVF Bag	SVF Her	SVF Schab	SVF Abl	SVF Ersbf	SVF SucheSelbstbest	SVF Entspns	SVF Sitkon	SVF Reaktkon	SVF PosSelbstInst	SVF SozUntBed	SVF Verm
STAXI Ärgerzustand	-0,261 * (-0,349 **)	-0,072 (-0,148)	,045 (,027)	,263 * (,241 *)	,036 (,051)	-0,011 (,018)	-0,142 (-0,230)	-0,115 (-0,147)	,033 (,052)	-0,129 (-0,111)	-0,034 (,003)	,041 (,012)
STAXI Ärgerausdruck	-0,116 (-0,238 *)	,073 (-0,018)	-0,052 (-0,055)	,318 ** (,294 *)	,313 ** (,276 *)	,236 * (,257 *)	-0,028 (-0,145)	-0,082 (-0,136)	-0,110 (-0,078)	-0,185 (-0,186)	-0,050 (-0,009)	,040 (-0,007)
FERAP Kritik	-0,125 (-0,199)	,073 (,012)	,080 (,070)	,172 (,174)	,107 (,107)	,206 (,221)	-0,101 (-0,165)	-0,030 (-0,064)	-0,037 (-0,023)	-0,135 (-0,135)	-0,027 (-0,005)	-0,024 (-0,040)

	SVF Flu	SVF SozAbk	SVF Gedwb	SVF Resig	SVF Hilfflosigk	SVF Selbstmitl	SVF Selbstbesch	SVF Aggr	SVF Pharmaka	SVF POS1	SVF POS2	SVF POS3
STAXI Ärgerzustand	,164 (,225)	,221 (,266 *)	,215 (,321 **)	,338 ** (,382 **)	,273 * (,340 **)	,193 (,257 *)	,198 (,262 *)	,523 *** (,617 ***)	,092 (,125)	-0,158 (-0,247 *)	,036 (,021)	-0,095 (-0,092)
STAXI Ärgerausdruck	,296 * (,336 **)	,166 (,238 *)	,184 (,316 **)	,439 *** (,465 ***)	,349 ** (,408 ***)	,300 * (,366 **)	,006 (,102)	,475 *** (,590 ***)	,287 * (,319 **)	-0,048 (-0,166)	,280 * (,234 *)	-0,170 (-0,180)
FERAP Kritik	,110 (,159)	,114 (,160)	,093 (,182)	,179 (,222)	,262 * (,312 **)	,202 (,249 *)	,159 (,207)	,352 ** (,436 ***)	,126 (,152)	,015 (-0,061)	,130 (,119)	-0,093 (-0,102)

	SVF NEG1	SVF NEG2	SVF POSGes	SVF NEGGes
STAXI Ärgerzustand	,310 ** (,420 ***)	,309 ** (,373 **)	-0,076 (-0,125)	,348 ** (,436 ***)
STAXI Ärgerausdruck	,265 * (,399 **)	,390 ** (,448 ***)	,081 (,002)	,386 ** (,478 ***)
FERAP Kritik	,236 * (,319 **)	,203 (,259 *)	,046 (,004)	,243 * (,315 **)

Tabelle A 4 (Teil 2): Partielle Korrelationen von STAXI Ärgerzustand & Ärgerausdruck sowie FERAP Kritik und potentiellen Einflussvariablen unter Kontrolle von sozialer Erwünschtheit/Offenheit (FPI Offenheit) in Studie 2. In Klammern sind die Korrelationswerte vor der Herauspriorisierung des Einflusses von sozialer Erwünschtheit angegeben.

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

7.2. Verwendete Untersuchungsinstrumente

7.2.1 Studie 1

Anschreiben

Bad Aibling, im November 2007

Sehr geehrte Angehörige,

die Betreuung und Pflege eines Menschen, der an einer Demenzerkrankung leidet, ist, wie Sie aus eigener Erfahrung wissen, sehr anstrengend und kostet Nerven und Geduld. Wie betreuende Angehörige mit diesen Belastungen umgehen und sie verarbeiten, ist in der Erforschung von Demenzerkrankungen lange vernachlässigt worden.

Im Rahmen meiner Doktorarbeit an der Ludwig-Maximilian-Universität München möchte ich dazu beitragen, das Verständnis Ihrer Situation als betreuende Angehörige zu verbessern. In der Arbeit geht es darum, wie Sie das veränderte Verhalten des Demenzkranken wahrnehmen und darauf reagieren. Insbesondere soll dabei untersucht werden, in welchen Situationen und in welchem Ausmaß das Gefühl des Ärgers auftritt und wie dies mit anderen Merkmalen, wie z.B. sozialer Unterstützung, Schweregrad und Dauer der Erkrankung, persönlichen Eigenschaften und der allgemeinen Stressverarbeitung des Angehörigen zusammenhängt.

Ein besseres Verständnis dieser Zusammenhänge wird dazu beitragen, therapeutische Konzepte für Angehörige von Demenzkranken weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Ich möchte Sie daher bitten, sich an der Studie zu beteiligen und meine Doktorarbeit zu unterstützen. Dazu ist es erforderlich, in den nächsten Tagen einige Fragebögen auszufüllen (ca. 2 -3 Stunden) und an einem kurzen Interview teilzunehmen. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Angaben. Gefragt ist vielmehr Ihre ehrliche Antwort. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Ich bedanke mich schon jetzt im Voraus für Ihre Mitarbeit und Geduld bei der Beantwortung der vielen Fragen!

Michael Wenz
Diplom-Psychologe

Fragebogen zum Verhalten in schwierigen Situationen (FERAP)

Name: _____

Datum: _____

Es gibt Situationen, in denen Ihr erkrankter Partner sich nicht so verhält, wie Sie es sich wünschen (z.B. wenn er Fehler macht, etwas vergisst, wiederholte Fragen stellt, sich weigert, etwas zu tun, zu langsam ist). Bitte geben Sie an, wie Sie in den letzten 2 Wochen in solchen Situationen reagiert haben. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, sondern nur Ihre wahren Reaktionen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

	Sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Ich habe mit ihm geschimpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe versucht, ihn abzulenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde laut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ihn auf seine Fehler hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ihm Zeit gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ihm Vorwürfe gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe beide Augen zugeedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ihn kritisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ruhig mit ihm geredet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe seine Fehler unauffällig korrigiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skala „Günstiges Verhalten“: Items 2, 5, 7, 9, 10

Skala „Ungünstiges Verhalten“: Items 1, 3, 4, 6, 8
(hier fett gedruckt)

Anleitung zum Nosger-Fragebogen mit Ergänzungen

Wir möchten festhalten, wie es Ihrem Partner in den letzten zwei Wochen gegangen ist. Dazu finden Sie 30 Aussagen, die Sie aufgrund Ihrer Beobachtungen einstufen wollen. Lesen Sie jede Feststellung und beantworten Sie sie, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrem Eindruck am ehesten entspricht.

Zu jeder Verhaltensweise Ihres Partners werden Sie außerdem befragt, wie sehr Sie sich darüber geärgert haben (wenn das Verhalten aufgetreten oder ausgeblieben ist). Wie sehr das Verhalten Ihrer Meinung nach schwankt und zu wie viel Prozent Sie das Verhalten auf die Erkrankung bzw. auf die Kontrolle Ihres Partners zurückführen. Lesen Sie auch hierzu jede Feststellung und beantworten Sie sie, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrem Eindruck am besten entspricht.

Fragebogen NOSGER mit Ergänzungsfragen

Name _____ Datum: _____

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
1. Kann sich ohne Hilfe rasieren/schminken, Haare kämmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht mehr konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
2. Verfolgt bestimmte Sendungen am Radio oder Fernsehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
3. Sagt, er/sie sei traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies gesagt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
4. Ist unruhig in der Nacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
5. Nimmt Anteil an den Vorgänge in seiner/Ihrer Umgebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
6. Bemüht sich um Ordnung in seinem Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
7. Kann den Stuhlgang kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht mehr konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
8. Setzt eine Unterhaltung richtig fort, wenn diese unterbrochen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht mehr konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
9. Kann kleine Besorgungen (Zeitungen, Esswaren) selber machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht mehr konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
10. Sagt, er/sie fühle sich wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies gesagt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
11. Pflegt ein Hobby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
12. Wiederholt im Gespräch immer wieder den gleichen Punkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
13. Wirkt traurig oder weinerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient so wirkte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
14. Wirkt sauber und ordentlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn dies nicht der Fall war ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
15. Läuft davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
16. Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
17. Hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
18. Verlässt das Haus in ungeeigneter Kleidung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
19. Kann sich in der gewohnten Umgebung orientieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
20. Ist reizbar und zänkisch, wenn man ihn/sie etwas fragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
21. Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
22. erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
23. Ist aggressiv (in Worten oder Taten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
24. Kann die Blasenfunktion (Urin) kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht konnte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
25. Erscheint gutgelaunt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient schlecht gelaunt war ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
26. Hält den Kontakt mit Freunden oder Angehörigen aufrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht getan hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
27. Verwechselt Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
28. Freut sich auf gewisse Ereignisse (Besuche, Anlässe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten nicht mehr gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
29. Wirkt im Kontakt mit Angehörigen/Freunden freundlich und positiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten nicht gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
30. Ist eigensinnig: hält sich nicht an Anweisungen oder Regeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dieses Verhalten gezeigt hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen NOSGER Auswertungsschema

Beispiel

	immer	meistens	oft	hie und da	nie
1. Kann sich ohne Hilfe rasieren/schminken, Haare kämmen.	1	2	3	4	5

	sehr stark	stark	mittel	kaum	gar nicht
Wie stark haben Sie sich geärgert, wenn der Patient dies nicht mehr konnte ?	5	4	3	2	1
Wie stark hat dieses Verhalten in den letzten 2 Wochen geschwankt ?	5	4	3	2	1

	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Zu wie viel Prozent ist dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach durch die Krankheit bedingt ?	5	4	3	2	1
Zu wie viel Prozent kann der Kranke dieses Verhalten Ihrer Ansicht nach selbst kontrollieren ?	1	2	3	4	5

Bei Nosger-Items: 3, 4, 10, 12, 13, 15, 18, 20, 23, 27, 30 umgekehrte Polung (fett gedruckt).

Ergänzungsisems immer gleich gepolt bis auf „Kontrolle“.

Skala Gedächtnis: 8, **12**, 16, 22, **27**

Skala IADL: 2, 6, 9, 11, 19

Skala Körperpflege: 1, 7, 14, **18**, 24

Skala Stimmung: **3**, **10**, **13**, 25, 28

Skala Soziales Verhalten: 5, 17, 21, 26, 29

Skala Störendes Verhalten: **4**, **15**, **20**, **23**, **30**

Belastungsfragebogen für Angehörige (Cost of Care Index)

Name:

Datum:

Wir alle wissen, dass die Pflege und Betreuung eines Demenzkranken für die Angehörigen große Mühe und hohen Aufwand erfordert, auch wenn man das Beste gibt und versucht, den Bedürfnissen des Betroffenen optimal gerecht zu werden. Das dies in einer solchen Lebenssituation anstrengend ist, ist völlig normal. Bei den folgenden Fragen sollen Sie nun beurteilen, welchen Einfluss die Pflege oder Betreuung Ihres Partners auf Sie persönlich hat. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Gefragt ist Ihr ehrliches Empfinden. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Ich habe das Gefühl, dass....

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft weitgehend zu	trifft ganz zu
1. ... es nichts bringt, meinen Partner zu bestätigen und zu loben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mein Partner zu viel von mir verlangt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... meine körperliche Gesundheit leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... dass ich nicht mehr genügend Zeit für mich selbst habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... dass ich auf meine Ersparnisse zurückgreifen muss, die eigentlich für andere Dinge gedacht waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... dass es nichts nützt, wenn ich mich um die Gesundheit meines Partners kümmere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... dass mein Partner versucht, mich zu manipulieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... dass mein Appetit durch die Betreuung und Pflege nachgelassen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... dass durch die Betreuung und Pflege die Beziehung zu anderen Familienmitgliedern belastet ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... dass ich mir aufgrund der Kosten durch die Betreuung und Pflege andere wichtige Dinge nicht mehr leisten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

Ich habe das Gefühl, dass....

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft weitgehend zu	trifft ganz zu
11. ... dass der normale Tagesablauf zu Hause durch die Betreuung und Pflege gestört ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... dass ich durch die Betreuung und Pflege viel Ärger habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... dass es nichts bringt, mich um die täglichen Bedürfnisse meines Partners zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... dass ich durch die Betreuung und Pflege körperlich erschöpft bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... dass ich mir aufgrund der Kosten durch die Betreuung und Pflege die kleinen Extras im Leben nicht mehr leisten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... dass mein Partner unnötige Forderungen an mich stellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... dass es nichts bringt, wenn ich meinem Partner Gesellschaft leiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... dass ich durch die Betreuung und Pflege ängstlich geworden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... dass Freunde uns weniger zu Hause besuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... dass die Betreuung und Pflege zu teuer ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... dass ich aufgrund der Betreuung und Pflege meine Bedürfnisse völlig zurückstellen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... dass ich aufgrund der Betreuung und Pflege nicht mehr das soziale Leben wie zuvor habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ... dass ich aufgrund der Betreuung und Pflege alle meine Pläne für die Zukunft aufgeben musste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ... dass aufgrund der Betreuung und Pflege jetzt alles viel länger dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung des Belastungsfragebogen für Angehörige (Cost of Care Index)

Skala „persönliche & soziale Einschränkungen“:

Items 4, 9, 11, 19

Skala „körperliche und emotionale Probleme“:

Items 3, 8, 14, 18

Skala „ökonomische Kosten“:

Items 5, 10, 15, 20

Skala „Resignation“:

Items 1, 6, 13, 17

Skala „Konflikte/Wahrnehmung des Kranken als Provokateur“:

Items 2, 7, 12, 16

Zusatz-Skala „persönliche & soziale Einschränkungen 2“:

Items 21, 22, 23, 24

Fragebogen zur Beziehungsqualität

Im Folgenden finden Sie einige Fragen zu Ihrer Partnerbeziehung. Bitte beantworten Sie diese Fragen wahrheitsgemäß. Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt.

Bei den ersten beiden Fragen können Sie ein Kreuz oder einen Strich irgendwo auf der vorgegebenen Linie machen, je nachdem wie gut Sie Ihre Beziehung früher und heute einschätzen.

Unsere Partnerbeziehung war früher (d.h. vor dem Beginn der Erkrankung)

|-----|
überhaupt nicht gut sehr gut

Unsere Partnerbeziehung ist heute

|-----|
überhaupt nicht gut sehr gut

1 A) Wie nahe fühlen Sie sich ihrem Partner ?

sehr nahe	ziemlich nahe	Etwas nahe	überhaupt nicht nahe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 B) Wie ist die Beziehung in Bezug auf die Nähe im Vergleich zu früher, d.h. vor dem Beginn der Erkrankung ?

viel besser	besser	gleich	schlechter	viel schlechter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 A) Wie ist die Kommunikation zwischen Ihnen und ihrem Partner ?

sehr gut	ziemlich gut	weniger gut	überhaupt nicht gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 B) Wie ist die Kommunikation im Vergleich zu früher, d.h. vor dem Beginn der Erkrankung ?

viel besser	besser	gleich	schlechter	viel schlechter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 A) Wie ähnlich sind Ihre Ansichten/Meinungen/Sichtweisen ?

sehr ähnlich	ziemlich ähnlich	etwas ähnlich	überhaupt nicht ähnlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 B) Wie hat sich das im Vergleich zu früher, d.h. vor dem Beginn der Erkrankung, verändert ?

viel besser	besser	gleich	schlechter	viel schlechter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 A) Wie gut kommen Sie mit ihrem Partner aus ?

sehr gut	ziemlich gut	weniger gut	überhaupt nicht gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 B) Wie hat sich das im Vergleich zu früher, d.h. vor dem Beginn der Erkrankung, verändert ?

viel besser	besser	gleich	schlechter	viel schlechter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Depressionsskala Kurzform (ADS-K)

ADS-K

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Antworten: 0 selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)
 1 manchmal (1 bis 2 Tage lang)
 2 öfters (3 bis 4 Tage lang)
 3 meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche ...	selten 0	manchmal 1	öfters 2	meistens 3
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. war ich deprimiert/niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. hatte ich Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. habe ich weniger als sonst geredet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. habe ich das Leben genossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. war ich traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hatte ich das Gefühl, daß mich die Leute nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. konnte ich mich zu nichts aufraffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

$$\Sigma \text{ pos } \boxed{} + \Sigma \text{ neg } \boxed{} = \Sigma \text{ ADS } \boxed{}$$

$$\Sigma \text{ pos } \boxed{} - 6,5 \times \Sigma \text{ neg } \boxed{} = \text{LK } \boxed{}$$

Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

FPI-R

FRAGEBOGEN

Name: _____ Kenn-Nr.: _____

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten finden. Sie können jede entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz (X) in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
- Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. **Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an**, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

	stimmt	stimmt nicht
1. Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich gehe abends gerne aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe (hatte) einen Beruf, der mich voll befriedigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich habe fast immer eine schlagfertige Antwort bereit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich glaube, daß ich mir beim Arbeiten mehr Mühe gebe als die meisten anderen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich scheue mich, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Schule gekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich würde mich beim Kellner oder Geschäftsführer eines Restaurants beschweren, wenn ein schlechtes Essen serviert wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich habe manchmal häßliche Bemerkungen über andere Menschen gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Im Krankheitsfall möchte ich Befund und Behandlung eigentlich von einem zweiten Arzt überprüfen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich bin ungern mit Menschen zusammen, die ich noch nicht kenne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Wenn jemand meinem Freund etwas Böses tut, bin ich dabei, wenn es heimgezahlt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Meine Bekannten halten mich für einen energischen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich würde kaum zögern, auch alte und schwerbehinderte Menschen zu pflegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich kann mich erinnern, mal so zornig gewesen zu sein, daß ich das nächstbeste Ding nahm und es zerriß oder zerschlug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe häufig Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich achte aus gesundheitlichen Gründen auf regelmäßige Mahlzeiten und reichlichen Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sind wir in ausgelassener Runde, so überkommt mich oft eine große Lust zu groben Streichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich bin leicht beim Ehrgeiz zu packen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich bin der Ansicht, die Menschen in den Entwicklungsländern sollten sich zuerst einmal selbst helfen ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich lebe mit mir selbst in Frieden und ohne innere Konflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ich male mir manchmal aus, wie übel es denen eigentlich ergehen müßte, die mir Unrecht tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	stimmt	stimmt nicht
25. In einer vergnügten Gesellschaft kann ich mich meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ich fühle mich auch über meine Familie hinaus für andere Menschen verantwortlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ich neige dazu, bei Auseinandersetzungen lauter zu sprechen als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ich bin oft nervös, weil zu viel auf mich einströmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Wenn ich noch einmal geboren würde, dann würde ich nicht anders leben wollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Wenn mir einmal etwas schiefgeht, regt mich das nicht weiter auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Ich habe mich über die häufigsten Krankheiten und ihre ersten Anzeichen informiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich übernehme bei gemeinsamen Unternehmungen gern die Führung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Ich habe selbst bei warmem Wetter häufiger kalte Hände und Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ich finde, jeder Mensch soll sehen, wie er zurecht kommt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Die täglichen Belastungen sind so groß, daß ich davon oft müde und erschöpft bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Ich denke oft, daß ich meinen Konsum einschränken müßte, um dann an benachteiligte Menschen abzugeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Als Kind habe ich manchmal ganz gerne anderen die Arme umgedreht, an Haaren gezogen, ein Bein gestellt usw.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Um gesund zu bleiben, achte ich auf ein ruhiges Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Ich habe gern mit Aufgaben zu tun, die schnelles Handeln verlangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Es macht mir Spaß, anderen Fehler nachzuweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Wenn jemand weint, möchte ich ihn am liebsten warmen und trösten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Meine Familie und meine Bekannten können mich im Grunde kaum richtig verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Es gibt für mich noch eine Menge sinnvoller Aufgaben, die ich in der Zukunft anpacken werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Ich pflege schnell und sicher zu handeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Ich fühle mich oft wie ein Pulverfaß kurz vor der Explosion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Ich hätte gern mehr Zeit für mich ohne so viele Verpflichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ich habe manchmal das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Mit anderen zu wetteifern, macht mir Spaß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Termindruck und Hektik lösen bei mir körperliche Beschwerden aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Wenn ich Zuflucht zu körperlicher Gewalt nehmen muß, um meine Rechte zu verteidigen, so tue ich es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Ich habe manchmal Hitzewallungen und Blutandrang zum Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Auch wenn es eher viel zu tun gibt, lasse ich mich nicht hetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Ich kann in eine ziemlich langweilige Gesellschaft schnell Leben bringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Bei wichtigen Dingen bin ich bereit, mit anderen energisch zu konkurrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Ich mache mir oft Sorgen um meine Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Wenn mich jemand anschreit, schreie ich zurück	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Mein Herz beginnt manchmal zu jagen oder unregelmäßig zu schlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. In meinem bisherigen Leben habe ich kaum das wirklichen können, was in mir steckt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Ich würde mich selbst als eher gesprächig bezeichnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Auch wenn mich etwas sehr aus der Fassung bringt, beruhige ich mich meistens wieder rasch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Die beruflichen Aufgaben sind mir oft wichtiger als viel Freizeit oder interessante Hobbies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Ich vermeide es, ungewaschenes Obst zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Es fällt mir schwer, vor einer großen Gruppe von Menschen zu sprechen oder vorzutragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Auch an Wochenenden bin ich stark eingespannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Ich vermeide Zugluft, weil man sich zu leicht erkälten kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Ich habe häufiger Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Wenn jemand in meine Richtung hustet oder niest, versuche ich mich abzuwenden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MUSTER

	stimmt	stimmt nicht
69. Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Ich hole sicherheitshalber ärztlichen Rat ein, wenn ich länger als zwei Tage erhöhte Temperatur (leichtes Fieber) habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Hin und wieder gebe ich ein bißchen an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Ich bemerke häufiger ein unwillkürliches Zucken, z. B. um meine Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Ich bin im Grunde eher ein ängstlicher Mensch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Ich habe Spaß an schwierigen Aufgaben, die mich herausfordern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Ich bin ziemlich lebhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Manchmal bin ich beleidigt, wenn es nicht nach meinem Willen geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Ich spreche oft Drohungen aus, die ich gar nicht ernst meine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Ich bin häufiger abgespant, matt und erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Ich bekomme häufig ein schlechtes Gewissen, wenn ich sehe, wie schlecht es anderen Menschen geht ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Ich schließe nur langsam Freundschaften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Manchmal habe ich ohne eigentlichen Grund ein Gefühl unbestimmter Gefahr oder Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Meine Tischmanieren sind zu Hause schlechter als im Restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Weil man sich so leicht anstecken kann, wasche ich mir zu Hause gleich die Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Ich werde ziemlich leicht verlegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Mein Blut kocht, wenn man mich zum Narren hält	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. Wenn mich ein Fremder um eine kleine Geldspende bittet, ist mir das ziemlich lästig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. Ich bin immer guter Laune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Ich passe auf, daß ich nicht zuviel Autoabgase und Staub einatme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Wenn ich wirklich wütend werde, bin ich in der Lage, jemandem eine runterzuhauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Ich spiele anderen Leuten gerne ein harmloses Streich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Ich habe einen empfindlichen Magen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Es gibt nur wenige Dinge, die mich leicht erregen oder ärgern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Oft habe ich alles gründlich satt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Manchmal habe ich Gedanken, über die ich mich schämen muß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. Nur selten kann ich richtig abschalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. Ich erröte leicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Einem Menschen, der mich schlecht behandelt oder beleidigt hat, wünsche ich eine harte Strafe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Meine Hände sind häufiger zittrig, z.B. beim Anzünden einer Zigarette oder Halten einer Tasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. Ich bin selten in bedrückter, unglücklicher Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. Ich ziehe das Handeln dem Pläneschmieden vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. Im allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. Vor lauter Aufgaben und Zeitdruck bin ich manchmal ganz durcheinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. Wenn ich irgendwo zu Gast bin, ist mein Benehmen meistens besser als zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. Ich kann oft meinen Ärger und meine Wut nicht beherrschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. Es gibt Zeiten, in denen ich ganz traurig und niedergedrückt bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. Ich lasse mich durch eine Vielzahl von kleinen Störungen nicht aus der Ruhe bringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. Bei Geselligkeiten und öffentlichen Veranstaltungen bleibe ich lieber im Hintergrund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. Ich träume tagsüber oft von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. Ich gebe gelegentlich Geld und Spenden für Katastrophenhilfe, Caritas, Brot für die Welt und andere Sammlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Ich grübele viel über mein bisheriges Leben nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Ich neige oft zu Hast und Eile, auch wenn es überhaupt nicht notwendig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MUSTER

	stimmt	stimmt nicht
114. Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nichts verstehe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Ich denke manchmal, daß ich mich mehr schonen sollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Handtücher in viel benutzten Waschräumen sind mir wegen der Ansteckungsgefahr unangenehm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Ich arbeite oft unter Zeitdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. Ich bin mit meinen gegenwärtigen Lebensbedingungen oft unzufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. Beim Reisen schaue ich lieber auf die Landschaft als mich mit den Mitreisenden zu unterhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. Da der Staat schon für Sozialhilfe sorgt, brauche ich im einzelnen nicht zu helfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Die Anforderungen, die an mich gestellt werden, sind oft zu hoch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Mein Körper reagiert deutlich auf Wetteränderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Es fällt mir schwer, den richtigen Gesprächsstoff zu finden, wenn ich jemanden kennenlernen will	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Ich denke manchmal, daß ich zu viel arbeite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126. Meine Laune wechselt ziemlich oft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127. Auch ohne ernste Beschwerden gehe ich regelmäßig zum Arzt, nur zur Vorsicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. Alles in allem bin ich ausgesprochen zufrieden mit meinem bisherigen Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129. Bei meiner Arbeit bin ich meist schneller als andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130. Ich habe häufig das Gefühl, im Stress zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131. Meine Partnerbeziehung (Ehe) ist gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132. Lieber bis zum Äußersten gehen als feige sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133. Ich habe manchmal ein Gefühl erstickender Enge in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134. Ich habe schon unbezahlt beim Roten Kreuz, in meiner Gemeinde oder in anderen sozialen Einrichtungen geholfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135. Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136. Ich nehme mir viel Zeit, anderen Menschen geduldig zuzuhören, wenn sie von ihren Sorgen erzählen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137. Es gab Leute, die mich so ärgerten, daß es zu einer handfesten Auseinandersetzung kam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138. Meistens blicke ich voller Zuversicht in die Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MUSTER

Beim Beantworten dieses Fragebogens haben Sie vielleicht einige der Fragen zunächst zurückgestellt. Bitte überprüfen Sie deshalb noch einmal, ob Sie wirklich alle Fragen beantwortet haben.

Beantworten Sie bitte folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

<p>Geschlecht</p> <p>männlich <input type="radio"/></p> <p>weiblich <input type="radio"/></p> <p>Alter <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Jahre</p> <p>Schulabschluß</p> <p>vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen <input type="radio"/></p> <p>mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen <input type="radio"/></p> <p>Real-(Mittel-) oder Handelsschule ohne Abschlußprüfung <input type="radio"/></p> <p>Real-(Mittel-) oder Handelsschule mit Abschlußprüfung <input type="radio"/></p> <p>Gymnasium (Höhere Schule) ohne Abitur <input type="radio"/></p> <p>Abitur ohne anschließendes Studium <input type="radio"/></p> <p>Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium <input type="radio"/></p> <p>Abitur mit abgeschlossenem Studium <input type="radio"/></p>	<p>Familienstand</p> <p>verheiratet <input type="radio"/></p> <p>ledig <input type="radio"/></p> <p>verwitwet <input type="radio"/></p> <p>geschieden/getrennt <input type="radio"/></p> <p>Haushalt</p> <p>allein lebend <input type="radio"/></p> <p>zusammenlebend mit Ehepartner(in)/Lebenspartner(in) <input type="radio"/></p> <p>Sind Sie berufstätig?</p> <p>ja <input type="radio"/></p> <p>ja, mithelfend im eigenen Betrieb <input type="radio"/></p> <p>Hausfrau/Hausmann <input type="radio"/></p> <p>– oder sind Sie:</p> <p>Schüler(in) <input type="radio"/></p> <p>Student(in) <input type="radio"/></p> <p>in Berufsausbildung <input type="radio"/></p> <p>Rentner(in), Ruhestand <input type="radio"/></p> <p>arbeitslos <input type="radio"/></p> <p>ohne Beruf <input type="radio"/></p>	<p>Berufsgruppe</p> <p>Bitte den gegenwärtig ausgeübten Beruf ankreuzen.</p> <p>(Hausfrauen bitte den Beruf des Mannes/Hausmänner den Beruf der Frau ankreuzen, Rentner(innen) den ehemaligen Beruf, Befragte in Berufsausbildung und Nichtberufstätige den Beruf des Ernährers)</p> <p>Inhaber(in) und Geschäftsführer(in) von größeren Unternehmen <input type="radio"/></p> <p>Freier Beruf <input type="radio"/></p> <p>Mittlere und kleinere selbständige Geschäftsleute <input type="radio"/></p> <p>Selbständige(r) Handwerker(in) <input type="radio"/></p> <p>Leitende(r) Angestellte(r) <input type="radio"/></p> <p>Nichtleitende(r) Angestellte(r) <input type="radio"/></p> <p>Beamter(in) des höheren oder gehobenen Dienstes <input type="radio"/></p> <p>Beamter(in) des mittleren oder einfachen Dienstes <input type="radio"/></p> <p>Landwirt(in) <input type="radio"/></p> <p>Facharbeiter(in) mit abgelegter Prüfung <input type="radio"/></p> <p>Sonstige(r) Arbeiter(in) <input type="radio"/></p>
---	--	--

Zur Auswertung der einzelnen Skalen:
vgl. Fahrenberg et al. (2001): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar.

Stressverarbeitungsfragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____
Alter: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

SVF

W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein

Im folgenden finden Sie eine Reihe von möglichen Reaktionen, die man zeigen kann, wenn man durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist.

Bitte lesen Sie diese nacheinander durch und entscheiden Sie jeweils, ob die angegebenen Reaktionen *Ihrer* Art zu reagieren entsprechen.

Dabei stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Bitte kreuzen Sie jeweils die Ihrer Reaktion entsprechende Zahl an.

Zum Beispiel:

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

. . . besuche ich nette Freunde oder Bekannte

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

In diesem Fall ist die 3 („wahrscheinlich“) angekreuzt. Das würde bedeuten, daß „nette Freunde oder Bekannte besuchen“ wahrscheinlich Ihrer Art zu reagieren in den oben genannten Situationen entspricht.

Bitte lassen Sie keine Reaktion aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für sie zutrifft.

Copyright by Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG · Göttingen

Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien, verboten.
Best.-Nr. 0104503

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

1) . . . versuche ich, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

2) . . . sage ich mir, laß dich nicht gehen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

3) . . . sehe ich zu, daß jemand anderes mich bei der Lösung unterstützt

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

4) . . . möchte ich am liebsten nicht an die Zukunft denken

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

5) . . . sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

6) . . . gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

7) . . . neige ich dazu, viel mehr zu rauchen oder mit dem Rauchen wieder anzufangen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

8) . . . vermeide ich von nun an solche Situationen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

9) . . . frage ich mich, was ich schon wieder falsch gemacht habe

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

10) . . . sage ich mir, alles ist halb so schlimm

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

11) . . . überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 12) ... tue ich mir selber ein bißchen leid
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 13) ... neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 14) ... sage ich mir, daß ich das durchstehen werde
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 15) ... kann ich lange Zeit an nichts anderes mehr denken
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 16) ... werde ich schneller damit fertig als andere
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 17) ... versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 18) ... nehme ich Beruhigungsmittel
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 19) ... gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 20) ... frage ich jemanden um Rat, wie ich mich verhalten soll
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 21) ... esse ich etwas Gutes
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 22) ... denke ich hinterher immer wieder darüber nach
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

23) ... denke ich, „möglichst von hier weg“

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

24) ... habe ich ein schlechtes Gewissen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

25) ... sage ich mir, du mußt dich zusammenreißen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

26) ... meide ich die Menschen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

27) ... entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

28) ... sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

29) ... sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

30) ... neige ich dazu, schnell aufzugeben

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

31) ... neige ich dazu, mit anderen Leuten aneinanderzugeraten

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

32) ... denke ich bewußt an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

33) ... bin ich mit mir selbst unzufrieden

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

34) . . . sehe ich mir etwas Nettes im Fernsehen an

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

35) . . . denke ich, „nur nicht unterkriegen lassen“

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

36) . . . bin ich froh, daß ich nicht so empfindlich bin wie andere

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

37) . . . ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

38) . . . überlege ich, wie ich am schnellsten aus der Situation herauskomme

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

39) . . . beneide ich andere, denen so was nicht passiert

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

40) . . . muß ich mich einfach mit jemandem aussprechen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

41) . . . sage ich mir, ich kann nichts dafür

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

42) . . . möchte ich am liebsten irgendetwas an die Wand werfen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

43) . . . tue ich etwas, was mich davon ablenkt

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

44) . . . bin ich deprimiert

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 45) ... bemühe ich mich um anderweitige Erfolge
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 46) ... nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 47) ... schließe ich mich von meiner Umgebung ab
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 48) ... sage ich mir, die Zeit hat schon manche Träne getrocknet
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 49) ... fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 50) ... sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 51) ... neige ich dazu, mich zu betrinken
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 52) ... versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 53) ... beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 54) ... sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 55) ... mache ich mir Vorwürfe
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

56) ... wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiß ist

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

57) ... erscheint mir alles so hoffnungslos

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

58) ... greife ich irgendwelche Leute ungerechtfertigt an

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

59) ... habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

60) ... bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

61) ... tue ich mir selbst etwas Gutes

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

62) ... denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

63) ... mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

64) ... sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

65) ... versuche ich, Haltung zu bewahren

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

66) ... denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 67) ... trinke ich erst mal ein Glas Bier, Wein oder Schnaps
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 68) ... sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 69) ... geht mir die Situation lange Zeit nicht aus dem Kopf
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 70) ... versuche ich, mich der Situation zu entziehen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 71) ... kaufe ich mir etwas, was ich schon lange haben wollte
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 72) ... sage ich mir, es war letzten Endes mein Fehler
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 73) ... will ich niemanden sehen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 74) ... habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 75) ... bringe ich meine guten Eigenschaften zur Geltung
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 76) ... kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muß
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 77) ... suche ich nach etwas, das mir Freude machen könnte
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

78) ... werde ich wütend

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

79) ... mache ich mir klar, daß ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

80) ... habe ich das Bedürfnis, die Meinung von jemand anderem dazu zu hören

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

81) ... versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

82) ... stürze ich mich in die Arbeit

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

83) ... suche ich bei mir selbst die Schuld

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

84) ... denke ich, morgen ist sicher alles vergessen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

85) ... neige ich dazu, alles sinnlos zu finden

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

86) ... nehme ich Schlafmittel ein

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

87) ... wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

88) ... möchte ich am liebsten ganz allein sein

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 89) ... reagiere ich gereizt
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 90) ... denke ich, mir bleibt auch nichts erspart
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 91) ... versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 92) ... sage ich mir, du kannst damit fertig werden
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 93) ... finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 94) ... passe ich auf, daß es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 95) ... spiele ich die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 96) ... versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 97) ... versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 98) ... erfülle ich mir einen langersehnten Wunsch
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 99) ... denke ich, mich trifft keine Schuld
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 100) ... neige ich dazu, zu resignieren
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 101) ... versuche ich mir einzureden, daß es nicht so wichtig ist
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 102) ... sind mir andere lästig
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 103) ... neige ich dazu, irgendwelche Medikamente zu nehmen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 104) ... sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 105) ... werde ich hinterher die Gedanken an die Situation einfach nicht mehr los
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 106) ... lenke ich mich irgendwie ab
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 107) ... werde ich ungehalten
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 108) ... nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 109) ... verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 110) ... versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

111) ... frage ich mich, warum das gerade mir passieren mußte

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

112) ... überlege ich, wie ich von nun an solchen Situationen ausweichen kann

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

113) ... denke ich, an mir liegt es nicht, daß es dazu gekommen ist

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

114) ... möchte ich am liebsten einfach wegläufen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Vielen Dank, der Test ist zu Ende.

Tragen Sie bitte hier noch die augenblickliche Uhrzeit ein
und kontrollieren Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Uhrzeit: _____ Uhr

Auswertungsblatt zum SVF

Name: _____ Vorname: _____
 Geschlecht: _____ Alter (in Jahren): _____
 Beruf: _____ Schulabschluß: _____
 Datum: _____ Uhrzeit: _____

MUSTER

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
BAG	HER	SCHAB	ABL	ERS	SEBEST	SITKON	REKON	POSI	BESZL	ERM	FLU	SOZA	GEDW	RES	SEMITL	SESCH	AGG	PHA
10	16	5	1	21	32	11	2	14	3	8	13	6	15	4	12	9	31	7
29	36	28	19	34	45	17	25	35	20	7	23	26	22	30	39	24	42	18
48	50	41	43	61	56	37	52	54	40	6	38	47	53	44	49	33	58	51
64	74	62	82	71	75	63	65	68	60	66	59	73	69	57	76	55	78	67
84	93	99	96	77	91	87	81	79	80	94	70	88	95	85	90	72	89	86
101	108	113	106	98	109	110	104	92	97	112	114	102	105	100	111	83	107	103
Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ

Copyright by Hogrefe · Verlag für Psychologie · Göttingen
 Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile
 oder Items, sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische
 Medien, verboten.
 Best.-Nr. 01 045 06

Kompetenz-Status-Fragebogen



Neurologische Klinik Bad Aibling
Schön Kliniken

Alzheimer Therapiezentrum Fragebogen für Angehörige

Patientenaufkleber

Name:

Datum:

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über ihre Situation als betreuender Angehöriger. Beurteilen Sie bitte, inwieweit diese Aussagen auf Sie zutreffen. Es geht uns dabei um Ihre ehrliche Meinung. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten.

	kann ich nicht beantworten	trifft überhaupt nicht zu	trifft wenig zu	teils-teils	trifft weitgehend zu	trifft vollständig zu
1. Ich weiß, wie ich den Kranken/die Kranke im Alltag beschäftigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich weiß, wie ich mit dem/der Kranken umgehen sollte.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich kann mich gut mit dem Kranken/der Kranken verständigen.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich verstehe das Verhalten des/der Kranken.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich gehe ruhig und geduldig mit dem/der Kranken um.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es gelingt mir gut, Konflikte mit dem Kranken zu vermeiden.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich fühle mich durch die Betreuung des Kranken/ der Kranken sehr belastet.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich gehe in der täglichen Pflege sicher mit dem/der Kranken um.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich gehe beim An- und Ausziehen sicher mit dem/der Kranken um.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich gehe beim Essen sicher mit dem/der Kranken um.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich sicher im Umgang mit Inkontinenzmaterial.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich weiß, wie ich dem/der Kranken Orientierungshilfen geben kann.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich kenne mich gut mit Hilfsmitteln zur Pflege aus.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich kenne mich gut mit den Regelungen zur Pflegeversicherung aus.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich kenne mich gut mit den Regelungen zur Vorsorge- und Generalvollmacht sowie zur Betreuung und Patientenverfügung aus.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich kenne mich gut mit den Regelungen zum Schwerbehindertenausweis aus.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich kenne mich gut mit den Möglichkeiten externer Hilfen für mich und den Kranken/die Kranke aus (z.B. Tagesstätte, Angehörigengruppe, Einzelbetreuung, professionelle Therapien, ambulanter Pflegedienst, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen).	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich will in Zukunft mehr Hilfen in Anspruch zu nehmen. Wenn ja: Welche Hilfen wollen Sie in Anspruch nehmen ?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Verwendet wurde nur die Unterskala „Umgang mit dem Erkrankten“: Items 1-6

STAXI Kurzform

Ergänzende Fragen zum Interview

Name: _____ Datum: _____

Versuchen Sie bitte, sich nochmals in die Situation hinein zu versetzen und geben Sie an, wie sehr Sie sich in der Situation geärgert haben (kreuzen Sie bitte eine Zahl zwischen 1 und 7 an)

ein wenig sehr stark

1 2 3 4 5 6 7

Im Folgenden finden Sie 16 Feststellungen. Geben Sie bitte anhand der vierstufigen Skala rechts für jede Feststellung einzeln an, wie Sie sich in der von Ihnen oben beschriebenen Situation gefühlt haben.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
Ich war sauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuchte, tolerant und verständnisvoll zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich meinem Ärger gegenüber ohnmächtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bewahrte meine Ruhe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war zornig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war meinem Ärger ausgeliefert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte am liebsten schimpfen und fluchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war aufgebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war ärgerlicher, als ich es mir anmerken ließ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Ärger irgendwie bewältigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte platzen können, aber ich ließ es niemanden merken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war schlecht gelaunt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde laut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaubte, den Ärger meistern zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Itemzuordnungen STAXI Kurzform

Zustandsärger: 1, 5, 8, 11, 13, 14
Unterdrückter Ärger: 9, 12
Nach außen gerichteter Ärger: 7, 15
Ärgerkontrolle: 2, 4
Ärgerspezifische Bewältigung: 10, 16
Ärgerspezifische Hilflosigkeit: 3, 6

Für die vorliegende Studie wurden nur die Skalen „Zustandsärger“, „Nach außen gerichteter Ärger“ und „Ärgerkontrolle“ verwendet.

Fragebogen zur sozialen Unterstützung

Name: _____ Datum: _____

Sehr geehrte Angehörige,

im Folgenden möchte ich Sie bitten noch einige kurze Angaben zur Unterstützung, die Sie in Ihrer Situation von anderen bekommen, zu machen.

1. Wie viele Stunden in der Woche werden Sie durch andere Betreuer (sowohl professionell wie auch privat) entlastet ?

2. Wie viel Unterstützung bekommen Sie aus Ihrem privaten Umfeld (Familie/Freunde/Nachbarn) ?

Sehr viel	viel	mittelmäßig	wenig	keine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie viel Unterstützung bekommen Sie von professionellen Helfern (z.B. Alzheimer Gesellschaft, Pflegedienste, Tagesstätte, Wohlfahrtsverbände, Ärzte, Psychologen, etc.) ?

Sehr viel	Viel	mittelmäßig	wenig	keine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

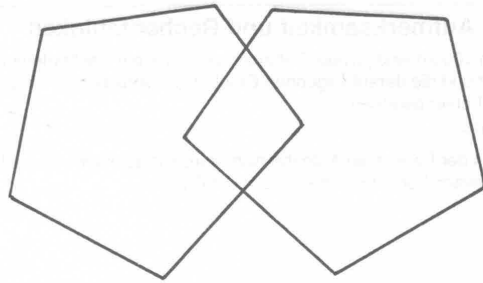
4. Wie beurteilen Sie insgesamt die Unterstützung, die Sie von anderen bekommen ?

Sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mini Mental Status Test

Mini-Mental Status Test (MMST)		
Name _____	Datum _____	Score _____
A. Orientierung Score		
<i>Zeit</i> (z. B. Welchen Tag haben wir heute?)	1. Jahr ① 2. Jahreszeit ① 3. Datum ① 4. Wochentag ① 5. Monat ①	
<i>Ort</i> (z. B. Wo sind wir?)	6. Land/Staat ① 7. Bundesland ① 8. Stadt/Ortschaft ① 9. Klinik/Praxis/Altersheim ① 10. Stockwerk ①	
Summe (max. 10):		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
B. Merkfähigkeit		
Der Untersucher nennt folgende drei Gegenstände und fordert den Patienten auf, die Begriffe zu wiederholen (1 Punkt für jede richtige Antwort) Der Untersucher wiederholt die Wörter so lange, bis der Patient alle drei gelernt hat (höchstens 6 Wiederholungen).	1. >Auto< ① 2. >Blume< ① 3. >Kerze< ①	
Summe (max. 3):		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
C. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit		
Von 100 an sind jeweils 7 abzuziehen. Falls ein Rechenfehler gemacht wird und die darauf folgenden Ergebnisse „verschoben“ sind, so wird nur ein Fehler gegeben. ODER Falls der Patient die Aufgabe nicht durchführen kann oder will, „RADIO“ rückwärts buchstabieren lassen: O-I-D-A-R	1. >93< ① 2. >86< ① 3. >79< ① 4. >72< ① 5. >65< ①	
1. O ① 2. I ① 3. D ① 4. A ① 5. R ①		
Summe (max. 5):		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
D. Erinnerungsfähigkeit		
Der Untersucher fragt nach den drei zuvor genannten Wörtern.	1. >Auto< ① 2. >Blume< ① 3. >Kerze ①	
Summe (max. 3):		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
E. Sprache		
Der Untersucher zeigt zwei Gegenstände und fordert den Patienten auf, sie zu benennen.	1. Armbanduhr ① 2. Bleistift ①	
Der Untersucher fordert den Patienten auf, nachzusprechen	3. "Sie leiht ihm kein Geld mehr" ①	
Der Untersucher läßt den Patienten folgendes Kommando befolgen.	4. „Nehmen Sie dieses Blatt in die rechte Hand“ ① 5. „Falten Sie es in der Mitte“ ① 6. „Legen Sie es auf den Boden“ ①	
Der Untersucher bittet den Patienten,	7. die Anweisung auf der Rückseite zu befolgen ①	
Der Untersucher dreht das Blatt um und fordert den Patienten auf,	8. einen vollständigen Satz zu schreiben (Rückseite). ①	
Der Untersucher läßt den Patienten die auf der Rückseite vorgegebene Figur malen (1 Punkt, wenn alle Seiten und Winkel stimmen und die sich überschneidenden Linien ein Viereck bilden).	9. Nachzeichnen (Rückseite) ①	
Summe (max. 9):		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Gesamtsumme bitte oben eintragen		

Bitte schließen Sie die Augen!



Fragebogen zur Demographie und zum Krankheitsverlauf

Name: _____ Datum: _____

Sehr geehrte Angehörige,

im Folgenden möchte ich Sie bitten noch einige persönliche Angaben sowie Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf zu machen.

Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an: _____

Welchen Schulabschluss haben Sie ?

Abitur Fachhochschulreife Mittlere Reife Volksschule /
Hauptschule

Keinen andere, bitte angeben:

Welchen Berufsabschluss haben Sie ?

Hochschulabschluss / Universität Fachhochschulabschluss Meisterbrief
Lehre Keinen andere, bitte angeben: _____

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt / üben sie aus ?

Wann / in welchem Jahr ungefähr haben Sie die ersten Symptome der Erkrankung bei Ihrem Partner bemerkt ?

Wann / in welchem Jahr wurde die Diagnose gestellt ? _____

Sprachinhaltsanalyse nach dem Gottschalk-Gleser-Verfahren / Instruktion:

„Vielen Dank für das Ausfüllen der vielen Fragebögen. Ich möchte im Folgenden noch etwas mehr über das Thema Ärger von Ihnen erfahren. Bitte berichten Sie in den nächsten fünf Minuten über eine Situation, in der Sie sich in den letzten 14 Tagen besonders über Ihren Partner geärgert haben. Ich werde in dieser Zeit nur zuhören und keine Fragen beantworten. Wollen sie mich vorher noch etwas fragen?“

„Bitte fangen Sie jetzt an! “

7.2.2 Studie 2

Anschreiben

Bad Aibling, im April 2009

Sehr geehrte Angehörige,

die Betreuung und Pflege eines Menschen, der an einer Demenzerkrankung leidet, ist, wie Sie aus eigener Erfahrung wissen, sehr anstrengend und kostet Nerven und Geduld. Wie betreuende Angehörige mit diesen Belastungen umgehen und sie verarbeiten, ist in der Erforschung von Demenzerkrankungen lange vernachlässigt worden.

Im Rahmen meiner Doktorarbeit an der Ludwig-Maximilians-Universität München möchte ich dazu beitragen, das Verständnis Ihrer Situation als betreuende Angehörige zu verbessern. In der Arbeit geht es darum, wie Sie das Verhalten Ihres Partners wahrnehmen und darauf reagieren. Insbesondere soll dabei untersucht werden, in welchem Ausmaß das Gefühl des Ärgers auftritt und wie dies mit anderen Merkmalen, wie z.B. sozialer Unterstützung, Schweregrad und Dauer der Erkrankung, persönlichen Eigenschaften und der allgemeinen Stressverarbeitung des Angehörigen zusammenhängt.

Ein besseres Verständnis dieser Zusammenhänge wird dazu beitragen, therapeutische Konzepte für Angehörige von Demenzkranken weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Ich möchte Sie daher bitten, sich an der Studie zu beteiligen und meine Doktorarbeit zu unterstützen. Dazu ist es erforderlich, in den nächsten Tagen einige Fragebögen auszufüllen. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Angaben. Gefragt ist vielmehr Ihre ehrliche Antwort. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Bitte geben Sie die Fragebögen Anfang nächster Woche im Sekretariat ab.

Ich bedanke mich schon jetzt im Voraus für Ihre Mitarbeit und Geduld bei der Beantwortung der vielen Fragen !

Michael Wenz
Diplom-Psychologe

State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar S TAXI

Fragebogen zur Selbstbeschreibung

STAXI

Name oder Code	Datum
Geschlecht	Alter
Beruf	Jahre

Teil 1

Anleitung: Es gibt Situationen, in denen Ihr erkrankter Partner sich nicht so verhält, wie Sie es sich wünschen (z.B. wenn er Fehler macht, etwas vergisst, wiederholte Fragen stellt, sich weigert, etwas zu tun, zu langsam ist). Im folgenden Teil finden Sie nun eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich in solchen Situationen in den letzten zwei Wochen gefühlt haben. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die ihren Gefühlszustand am besten beschreibt.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. Ich bin ungehalten	1	2	3	4
2. Ich bin wütend	1	2	3	4
3. Ich bin sauer	1	2	3	4
4. Ich bin enttäuscht	1	2	3	4
5. Ich bin zornig	1	2	3	4
6. Ich bin aufgebracht	1	2	3	4
7. Ich bin schlecht gelaunt	1	2	3	4
8. Ich könnte vor Wut in die Luft gehen	1	2	3	4
9. Ich bin ärgerlich	1	2	3	4
10. Ich könnte laut schimpfen	1	2	3	4

Teil 2

Anleitung: Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich *im allgemeinen* fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich *im allgemeinen* fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
11. Ich werde schnell ärgerlich	1	2	3	4
12. Ich rege mich leicht auf	1	2	3	4
13. Ich bin ein Hitzkopf	1	2	3	4
14. Es macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde	1	2	3	4
15. Ich bin aufgebracht, wenn ich etwas gut mache und ich schlecht beurteilt werde	1	2	3	4
16. Wenn ich etwas vergeblich mache, werde ich böse	1	2	3	4
17. Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde ...	1	2	3	4
18. Wenn ich gereizt werde, könnte ich losschlagen	1	2	3	4
19. Wenn ich wütend werde, sage ich häßliche Dinge	1	2	3	4
20. Es ärgert mich, wenn ausgerechnet ich korrigiert werde	1	2	3	4

Bitte wenden!

Teil 3

Anleitung: Von Zeit zu Zeit fühlen wir uns ärgerlich oder wütend, aber Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie reagieren, wenn sie ärgerlich sind. Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die benutzt werden können, um seinen *ärgerlichen* oder *wütenden* Gefühlszustand zu beschreiben. Lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die am besten beschreibt, wie oft Sie in der beschriebenen Weise *im allgemeinen* handeln oder fühlen, wenn Sie sich über Ihren Partner ärgern. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort anzukreuzen, die am besten beschreibt, wie Sie *im allgemeinen* handeln oder fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
21. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle	1	2	3	4
22. Ich fresse Dinge in mich hinein	1	2	3	4
23. Ich bewahre meine Ruhe	1	2	3	4
24. Ich koche innerlich, zeige es aber nicht	1	2	3	4
25. Ich empfinde Groll, rede aber mit niemandem darüber	1	2	3	4
26. Ich stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen	1	2	3	4
27. Ich mache Dinge wie Türen zuschlagen	1	2	3	4
28. Ich bin ärgerlicher als ich es zugeben möchte	1	2	3	4
29. Ich kontrolliere mein Verhalten	1	2	3	4
30. Ich bin weit mehr erzürnt als andere es wahrnehmen	1	2	3	4
31. Ich mache häßliche Bemerkungen	1	2	3	4
32. Ich kann mich selbst daran hindern, wütend zu werden	1	2	3	4
33. Nach außen bewahre ich die Haltung	1	2	3	4
34. Ich versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren	1	2	3	4
35. Ich werde wütend	1	2	3	4
36. Ich kontrolliere meinen Ärger	1	2	3	4
37. Ich platze heraus, so daß andere meinen Ärger zu spüren bekommen	1	2	3	4
38. Ich werde laut	1	2	3	4
39. Ich fahre aus der Haut	1	2	3	4
40. Ich sage mir: Reg' Dich nicht auf	1	2	3	4
41. Ich könnte platzen, aber ich lasse es niemanden merken	1	2	3	4
42. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück	1	2	3	4
43. Ich verliere die Fassung	1	2	3	4
44. Ich bin ärgerlicher als ich es mir anmerken lasse	1	2	3	4

MUSTER

Copyright © 1979, 1986, 1988 by Psychological Assessment Resources, Inc. (P. O. Box 998 / Odessa, Florida 33556) für die amerikanische Originalausgabe (State-Trait Anger Expression Inventory).
Translated and adapted by permission.
Copyright © für die deutsche Ausgabe 1992, 2000 by Hans Huber Verlag, Bern.

Verlag Hans Huber  ISBN 3-456-82117-4*
Bestellnummer 0305703

Fragebogen zum Verhalten in schwierigen Situationen (FERAP)

vgl. Studie 1 (S. 241)

Attributionsfragebogen

Fragebogen zum Verhalten des Partners (weibl. Form)

Name: _____

Datum:

Im Folgenden finden Sie einige Fragen dazu, wie Sie das Verhalten Ihrer Partnerin insgesamt wahrnehmen. Bitte beantworten Sie diese Fragen wahrheitsgemäß. Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt.

Sie können ein Kreuz oder einen Strich irgendwo auf der vorgegebenen, gestrichelten 10 cm langen Linie machen, je nachdem wie Sie das Verhalten Ihrer Partnerin einschätzen.

1 Ihr Verhalten ist durch die Erkrankung bestimmt.

|-----|
stimmt überhaupt nicht
stimmt genau

2 Wenn sie sich mehr anstrengen würde, wäre vieles einfacher.

|-----|
stimmt überhaupt nicht
stimmt genau

3 Sie kann nichts dafür, dass sie sich so verhält.

|-----|
stimmt überhaupt nicht
stimmt genau

4 Manche Dinge, die schief gehen, tut sie mit Absicht.

|-----|
stimmt überhaupt
nicht

stimmt genau

5 Ihr Verhalten ist mir oft ein Rätsel

|-----|
stimmt überhaupt
nicht

stimmt genau

6 Wenn sie wollte, könnte sie ihr Verhalten besser kontrollieren

|-----|
stimmt überhaupt
nicht

stimmt genau

7 Ich habe den Eindruck, dass sie mich durch ihr Verhalten ärgern will

|-----|
stimmt überhaupt
nicht

stimmt genau

8 Ich verstehe nicht, wie sie die einfachsten Dinge falsch machen kann

|-----|
stimmt überhaupt
nicht

stimmt genau

9 Das Verhalten meiner Partnerin von Tag zu Tag ist relativ gleich.

|-----|
stimmt überhaupt nicht
stimmt genau

10 Das Verhalten meiner Partnerin von Tag zu Tag schwankt sehr stark.

|-----|
stimmt überhaupt nicht
stimmt genau

11 Meiner Partnerin passieren immer wieder die gleichen Fehler und Missgeschicke.

|-----|
stimmt überhaupt nicht
stimmt genau

12 Meine Partnerin macht dieselben Dinge manchmal richtig und dann beim nächsten Mal wieder völlig falsch.

|-----|
stimmt überhaupt nicht
stimmt genau

Vielen Dank !

Itemzuordnung:

Attributionen „Erkrankung“: Items 1 & 3 / Attributionen „Kontrolle“: Items 2 & 6

Attributionen „Absicht“: Items 4 & 7 / Attributionen „Mangelndes Verständnis“: Items 5 & 8

Schwankungen des Verhaltens: Items 10 & 12 /

Verhaltenskontinuität: Items 9 & 11 (wurde nicht ausgewertet)

Resentment Scale

Name: _____ Datum: _____

Ärger-Fragebogen

Die folgenden Aussagen beschreiben durch die Krankheit Ihres Partners entstandene Veränderungen, über die sich Angehörige von Demenzkranken manchmal ärgern.

Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich über die beschriebenen Dinge ärgern.

Ich ärgere mich darüber, ...

	nie	selten	manch -mal	oft	fast immer
... nicht genug Zeit für mich zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich nicht geschätzt zu fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Bedürfnisse zurückstellen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nicht mehr das soziale Leben wie zuvor zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Pläne für die Zukunft aufgeben zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel länger jetzt alles dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie sich die Persönlichkeit meines Partners verändert hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie schwierig es ist, irgendwo hin zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dass ich für einen Kranken sorgen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich für das Wohlbefinden meines Partners verantwortlich zu fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOSGER

MEMORY CLINIC, Geriatriische Universitätsklinik, Kantonsspital, 4031 Basel					
Untersuchungsdatum:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> Tag Monat Jahr </div>	Initialen:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> </div>	Patient Nr.:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> </div>
Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II, Spiegel et al., 1991)					
Ausgefüllt von: _____ Geburtsdatum: _____ Beziehung zum Patienten / zur Patientin: _____					
Anleitung Wir möchten festhalten, wie es diesem Patienten / dieser Patientin in den letzten zwei Wochen gegangen ist. Dazu finden Sie die folgenden 30 Aussagen, die Sie aufgrund Ihrer Beobachtungen einstufen wollen. Lesen Sie jede Feststellung und beantworten Sie sie, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrem Eindruck am besten entspricht.					
1. Kann sich ohne Hilfe rasieren / schminken Haare kämmen.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
2. Verfolgt bestimmte Sendungen am Radio oder Fernsehen.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
3. Sagt, er / sie sei traurig.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
4. Ist unruhig in der Nacht	immer	meistens	oft	hie und da	nie
5. Nimmt Anteil an den Vorgänge in seiner / Ihrer Umgebung.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
6. Bemüht sich um Ordnung in seinem Zimmer.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
7. Kann den Stuhlgang kontrollieren.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
8. Setzt eine Unterhaltung richtig fort, wenn diese unterbrochen wurde.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
9. Kann kleine Besorgungen (Zeitungen, Esswaren) selber machen.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
10. Sagt, er / sie fühle sich wertlos.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
11. Pfl egt ein Hobby.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
12. Wiederholt im Gespräch immer wieder den gleichen Punkt	immer	meistens	oft	hie und da	nie
13. Wirkt traurig oder weinerlich.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
14. Wirkt sauber und ordentlich.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
15. L äuft davon	immer	meistens	oft	hie und da	nie

MUSTER

MEMORY CLINIC, Geriatriische Universitätsklinik, Kantonsspital, 4031 Basel

Untersuchungsdatum: Initialen: Patient Nr.:

Tag Monat Jahr

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II, Spiegel et al., 1991)

Seite 2

16. Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
17. Hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
18. Verlässt das Haus in ungeeigneter Kleidung.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
19. Kann sich in der gewohnten Umgebung orientieren.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
20. Ist reizbar und zänkisch, wenn man ihn / sie etwas fragt.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
21. Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
22. erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
23. Ist aggressiv (in Worten oder Taten).	immer	meistens	oft	hie und da	nie
24. Kann die Blasenfunktion (Unin) kontrollieren.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
25. Erscheint gutgelaunt.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
26. Hält den Kontakt mit Freunden oder Angehörigen aufrecht.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
27. Verwechselt Personen.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
28. Freut sich auf gewisse Ereignisse (Besuche, Anlässe).	immer	meistens	oft	hie und da	nie
29. Wirkt im Kontakt mit Angehörigen oder Freunden freundlich und positiv.	immer	meistens	oft	hie und da	nie
30. Ist eigensinnig; hält sich nicht an Anweisungen oder Regeln.	immer	meistens	oft	hie und da	nie

Häusliche Pflege-Skala (Kurzform)

HPS – Häusliche Pflege-Skala

(nach Graßel 1993) Übernahme für die DEGAM-Leitlinie 'Pflegerische Angehörige' 2005

Angaben zu Ihrer Person		Datum: _____
Name: _____	Geb.datum: _____	Geschlecht: _____
Angaben zu der von Ihnen betreuten/gepflegten Person:		
Name: _____	Geb.datum: _____	Geschlecht: _____
Ursache der Pflegebedürftigkeit: _____		
(wenn möglich, in Form der ärztl. Diagnose)		

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort "Pflege" ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1. Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	③	②	①	0
2. Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	③	②	①	0
3. Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation "auszubrechen".	③	②	①	0
4. Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als "ich selbst".	③	②	①	0
5. Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	③	②	①	0
6. Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	③	②	①	0
7. Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	③	②	①	0
8. Ich fühle mich "hin- und hergerissen" zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	③	②	①	0
9. Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	③	②	①	0
10. Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	③	②	①	0
Summe	Anzahl x 3 = _____	Anzahl x 2 = _____	Anzahl x 1 = _____	

© copyright DEGAM 2005

Fragebogen zum Zeitaufwand durch Pflege und Betreuung und zur zeitlichen Entlastung

Name: _____ Datum: _____

Sehr geehrte Angehörige,

im Folgenden möchte ich Sie bitten noch einige kurze Angaben zu Ihrem Zeitaufwand durch die Betreuung Ihres Partners und zu Ihrer zeitlichen Entlastung zu machen.

1. Wie viele Stunden **pro Tag** verwenden Sie dafür, Ihren Partner bei grundlegenden Alltagsaktivitäten zu unterstützen (z.B. Körperpflege, Toilettengänge, Anziehen, Essen und Trinken) ?

2. Wie viele Stunden **pro Tag** verwenden Sie insgesamt dafür, Ihren Partner zu betreuen oder zu beaufsichtigen ?

3. Wie viele Stunden **pro Tag** haben Sie für eigene Aktivitäten oder zum Ausruhen ?

4. Wie viele Stunden **in der Woche** werden Sie zeitlich entlastet ?
(z.B. durch Besuch von Tagesstätte / Betreuungsgruppe, Einzelbetreuer, Betreuung durch Familienmitglieder oder Freunde)

5. Nehmen Sie einen Pflegedienst in Anspruch ? ja nein

Wenn ja: Wie viele Stunden **in der Woche** werden Sie dadurch entlastet ?

6. Nehmen Sie irgendwelche anderen Hilfen in Anspruch ? ja nein

Wenn ja:

Welche ? _____

Wie viele Stunden **in der Woche** werden Sie dadurch entlastet ? _____

Fragebogen zur sozialen Unterstützung

Fragebogen S-54

F-SozU

Name/Code: _____

Datum: _____

Alter: _____ Geschlecht: m w

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also ~~zum Partner~~, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
1.	Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Meinen Freunden/Bekanntem ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Manche meiner Bekannten/Freunde nutzen meine Hilfsbereitschaft aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich fühle mich von wichtigen Personen abgelehnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Es gibt viele Situationen, in denen ich um praktische Hilfe gebeten werde (z. B. etwas erledigen, mit etwas aushelfen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Die meisten Leute, die ich kenne, haben eine bessere Beziehung zu ihren Freunden als ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Viele meiner Freunde/Angehörigen haben eine ähnliche Einstellung zum Leben wie ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Wenn ich dringend und kurzfristig zu einem unliegendem Ort (ca. 20 km) muss, weiß ich, wen ich ohne Zögern bitten kann, mich dorthin zu fahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Ich könnte viel freier leben, wenn ich nicht immer auf meine Freunde/Familie Rücksicht nehmen müsste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gern ausgehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Nach manchen Gesprächen fühle ich mich wirklich besser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Wenn ich wirklich mal unter Stress stehe, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Ich brauche mehr Menschen, mit denen ich etwas gemeinsam unternehmen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass alle etwas an mir auszusetzen haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Ich habe einen Menschen, mit dem ich mich auch sexuell gut verstehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Oft treffe ich zufällig Bekannte, mit denen ich erst mal ein Schwätzchen halte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
23.	Ich wünschte, man würde mir nicht überall reinreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Ich kann Freunde/Bekannte bitten, mir bei Amtsangelegenheiten (Behörden) zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Ich fühle mich in meinem Leben von Freunden/Angehörigen bedrängt und eingeengt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Ich habe einen mir vertrauten Menschen, mit dem ich alle persönlichen Dinge besprechen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Es gibt Menschen, bei denen ich vorübergehend wohnen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Ich werde oft um Rat gefragt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Oft denke ich, dass meine Freunde/Angehörigen zu viel von mir verlangen und erwarten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Mit meinen Interessen und Hobbys stehe ich ganz alleine da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Meine Freunde/Angehörigen nehmen meine Gefühle nicht ernst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Es gibt Menschen, die mir ständig ein schlechtes Gewissen machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.	Über ganz intime Dinge kann ich eigentlich mit niemandem sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, der für mich gut erreichbar ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.	Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Meine Freunde/Angehörigen können nicht verstehen, dass ich auch mal etwas Zeit für mich allein brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Es gibt Menschen, die sich mit mir zusammen richtig wohlfühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z. B. guter Arzt, Veranstaltungen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Es gibt Menschen, die sich mit wichtigen persönlichen Problemen an mich wenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Oft wünsche ich mir, an einem Ort zu leben, wo mich keiner kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	Wichtige Personen versuchen mir vorzuschreiben, wie ich zu denken und zu handeln habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auswertungsbogen S-54

F-SozU

Name/Code: _____

Datum: _____

Alter: _____ Geschlecht: m w

EU		PU		SI		Bel		Rez		Zuf		Vert	
2		1		3		4		7		17 (-)		29	
12		6		8 (-)		5		33		30 (-)		42	
14		10		9		11		47		34 (-)		44	
15		16		13 (-)		18		49		45 (-)		53	
20		19		17 (-)		23				50 (-)			
21		25		22		28							
26		31		24 (-)		35							
27		32		30 (-)		38							
29		48		34 (-)		39							
36				37 (-)		46							
41 (-)				40		52							
42				43		54							
44				50 (-)									
45 (-)													
51													
53													
Σ		Σ		Σ		Σ		Σ		Σ		Σ	
												Doppelauswertung	

MUSTER

Kursiv und mit (-) gekennzeichnet: invertierte Items

- Skalenwert EU: Σ_{EU} /bearbeitete Items (maximal 16) PR:
- Skalenwert PU: Σ_{PU} /bearbeitete Items (maximal 9) PR:
- Skalenwert SI: Σ_{SI} /bearbeitete Items (maximal 13) PR:
- Skalenwert WasU: $\Sigma_{\text{Summenwerte EU + PU + SI}}$ /bearbeitete Items (maximal 38) PR:
- Skalenwert Bel: Σ_{Bel} /bearbeitete Items (maximal 12) PR:
- Skalenwert Rez: Σ_{Rez} /bearbeitete Items (maximal 4) PR:
- Skalenwert Zuf: Σ_{Zuf} /bearbeitete Items (maximal 5) PR:
- Skalenwert Vert: Σ_{Vert} /bearbeitete Items (maximal 4) PR:

Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI

Vgl. Studie 1 (S. 265 -268)

Janke & Erdmann
Testheft

SVF 84-ak

Name (Kennwort): _____ Vorname: _____

Geschlecht: _____ Alter: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Diese Liste bezieht sich auf die vorangegangene Situation/Zeit, d. h.

Situationen, in denen sich Ihr Partner nicht so verhalten hat, wie Sie es sich gewünscht hätten (in den letzten 2 Wochen)

Sie enthält eine Reihe von möglichen – meist gedanklichen – Reaktionen, die in einer solchen Situation auftreten können.

Die vorgegebenen Reaktionen werden nur selten mit Ihren eigenen Gedanken genau übereinstimmen. Sie sollen daher bei jeder Reaktion angeben, ob Ihnen diese oder eine *ähnliche* Reaktion durch den Kopf gegangen ist.

Beispiel:

MUSTER

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

... ich besuche nette Freunde oder Bekannte

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

In diesem Fall ist die 2 („wahrscheinlich“) angekreuzt, weil mir in der vorangegangenen Situation/Zeit wahrscheinlich etwas durch den Kopf ging wie „ich besuche nette Freunde oder Bekannte“.

Kreuzen Sie also diejenige Zahl durch, die für Sie zutrifft.

Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwortmöglichkeit, die am ehesten zutreffen könnte.

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

1) ... ich gehe einer anderen Beschäftigung nach

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

2) ... mich trifft keine Schuld

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

3) ... ich könnte jetzt mit anderen Leuten aneinander geraten

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

4) ... ich mache einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

5) ... ich möchte jetzt rauchen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

6) ... ich vermeide von nun an solche Situationen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

7) ... das geht schon wieder in Ordnung

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

8) ... mir bleibt auch nichts erspart

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

9) ... nur nicht entmutigen lassen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

10) ... die Gedanken an die Situation werde ich hinterher einfach nicht mehr los

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

11) ... ich finde meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

12) ... ich suche nach etwas, das mir Freude machen könnte

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

13) ... ich tue etwas zu meiner Entspannung

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

14) ... ich bitte jemanden, mir behilflich zu sein

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

15) ... ich gebe auf

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

16) ... möglichst von hier weg

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

17) ... ich versuche, meine Erregung zu bekämpfen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

18) ... ich weiß nicht, wie ich gegen die Situation ankommen könnte

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

19) ... ich wende mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiss ist

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

20) ... ich schließe mich von meiner Umgebung ab

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

21) ... ich muss mir Vorwürfe machen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

22) ... morgen ist sicher alles vergessen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

23) ... ich werde aktiv etwas zur Veränderung der Situation unternehmen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

24) ... damit kann ich fertig werden

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

25) ... die Situation beschäftigt mich hinterher noch lange

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

26) ... ich versuche, ganz ruhig und gleichmäßig durchzuatmen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

27) ... ich versuche, mit irgend jemandem über das Problem zu sprechen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

28) ... ich fühle mich irgendwie hilflos

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

29) ... ich möchte am liebsten ganz allein sein

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

30) ... ich werde solchen Situationen in Zukunft aus dem Weg gehen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

31) ... warum muss das gerade mir passieren

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

32) ... ich werde meine Aufmerksamkeit davon abwenden

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

33) ... ich versuche, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

34) ... an mir liegt es nicht, dass es dazu gekommen ist

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

35) ... ich nehme das leichter als andere in der gleichen Situation

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

36) ... ich habe die Schuld bei mir selbst zu suchen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

37) ... ich verschaffe mir Anerkennung auf anderen Gebieten

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

38) ... es ist alles sinnlos

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

39) ... ich reagiere gereizt

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

40) ... ich wünsche mir nur, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

41) ... ich möchte jetzt ein Glas Bier, Wein oder Schnaps trinken

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

42) ... ich erfülle mir einen lang ersehnten Wunsch

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

43) ... ich kann nichts dafür

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

44) ... ich werde aufpassen, dass es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

45) ... ich ergreife Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

46) ... ich werde damit schneller fertig als andere

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

47) ... das stehe ich durch

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

48) ... darüber denke ich hinterher immer wieder nach

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

49) ... ich versuche, mich der Situation zu entziehen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

50) ... ich tue mir selbst etwas Gutes

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

51) ... was habe ich schon wieder falsch gemacht

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

52) ... denke ich bewusst an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

53) ... ich sehe zu, dass mich jemand anderes bei der Lösung unterstützt

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

54) ... ich weiß mir nicht zu helfen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

55) ... ich möchte mich jetzt betrinken

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

56) ... ich muss mich zusammenreißen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

57) ... ich versuche, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

58) ... ich versuche, meine Muskeln zu entspannen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

59) ... ich resigniere

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

60) ... das ist alles halb so schlimm

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

61) ... ich gehe dem Kontakt mit anderen aus dem Weg

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

62) ... ich tue mir selber ein bisschen leid

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

63) ... ich möchte am liebsten etwas an die Wand werfen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

64) ... ich darf auf keinen Fall aufgeben

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

65) ... ich möchte die Meinung von jemand anderem hören

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

66) ... wie kann ich von nun an solchen Situationen ausweichen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

67) ... es war letzten Endes mein Fehler

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

68) ... ich kann nichts an der Situation ändern

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

69) ... ich kaufe mir etwas, was ich schon lange haben wollte

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

70) ... ich habe die Situation nicht zu verantworten

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

71) ... es ist alles so hoffnungslos

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

72) ... das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

In der vorangegangenen Situation/Zeit ging mir so etwas Ähnliches durch den Kopf wie ...

73) ... jetzt wären mir andere lästig

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

74) ... ich möchte jetzt irgendwelche Medikamente oder Drogen einnehmen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

75) ... ich darf die Fassung nicht verlieren

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

76) ... ich werde etwas tun, was mich ablenkt

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

77) ... ich bin froh, dass ich nicht so empfindlich bin wie andere

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

78) ... ich bemühe mich um anderweitige Erfolge

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

79) ... ich versuche, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

80) ... warum muss ausgerechnet ich immer Pech haben

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

81) ... ich werde ungehalten

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

82) ... ich spiele die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

83) ... ich möchte am liebsten einfach weglaufen

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

84) ... ich denke an etwas, was mich entspannt

0 auf keinen Fall 1 möglicherweise 2 wahrscheinlich 3 mit Sicherheit

Janke & Erdmann

Auswertungsblatt

SVF 84-ak

Name (Kennwort): _____ Geschlecht (m/w): _____ Alter (in Jahren): _____

Beruf: _____ Schulabschluss: _____

Wohnort: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

MUSTER

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16a	16b	17	18	19	20
BAG	HER	SCHAB	ABL	ERS	SEBEST	ENTSP	SITKON	REKON	POSI	SOZIBE	VERM	FLU	SOZA	GEDW	RES	HILF	SEMITL	SESCH	AGG	PHA
07	11	02	01	12	19	13	04	17	09	14	06	16	20	10	15	18	08	21	03	05
22	35	34	32	42	37	26	23	33	24	27	30	40	29	25	38	28	31	36	39	41
60	46	43	57	50	52	58	45	56	47	53	44	49	61	48	59	54	62	51	63	55
72	77	70	76	69	78	84	79	75	64	65	66	83	73	82	71	68	80	67	81	74
Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ

Fragebogen zur Demographie und zum Krankheitsverlauf

Name: _____ Datum: _____

Sehr geehrte Angehörige,

im Folgenden möchte ich Sie bitten noch einige persönliche Angaben sowie Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf zu machen.

Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an: _____

Welchen Schulabschluss haben Sie ?

Abitur Fachhochschulreife Mittlere Reife Volksschule

Hauptschule Keinen andere, bitte angeben: _____

Welchen Berufsabschluss haben Sie ?

Hochschulabschluss / Universität Fachhochschulabschluss Meisterbrief

Lehre Keinen andere, bitte angeben: _____

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt / üben sie aus ?

Wann / in welchem Monat und Jahr ungefähr haben Sie die ersten Symptome der Erkrankung bei Ihrem Partner bemerkt ?

Wann / in welchem Monat und Jahr wurde die Diagnose gestellt ?

Mini Mental Status Test

Vgl. Studie 1 (S. 286/287)

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Schweregrade der Demenz. Kriterien nach ICD-10	Seite 17
Tabelle 2:	Zuordnung von Subtests zu Subbereichen im SVF in Studie 1	Seite 69
Tabelle 3:	Alter und Ausbildungsjahre der Angehörigen in Studie 1	Seite 62
Tabelle 4:	Zuordnung von Messvariablen zu latenten Variablen im Strukturgleichungsmodell in Studie 1	Seite 79
Tabelle 5:	Indikatorreliabilitäten für die im Strukturmodell von Studie 1 verwendeten Indikatoren	Seite 80
Tabelle 6:	Faktorreliabilitäten und durchschnittlich extrahierte Varianzen für die im Strukturgleichungsmodell von Studie 1 verwendeten Indikatoren	Seite 80
Tabelle 7:	Erklärte Varianz R^2 der latenten Variablen Ärgererleben, ungünstiges und günstiges Verhalten im Strukturgleichungsmodell von Studie 1	Seite 81
Tabelle 8:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten, Attributionen und wahrgenommenen Schwankungen in Studie 1	Seite 84
Tabelle 9:	Korrelationen nach Pearson von Kennwerten der Symptomatik der Betroffenen mit den Kennwerten für Ärger, ungünstiges & günstiges Verhalten, Attributionen und wahrgenommenen Schwankungen in Studie 1	Seite 88
Tabelle 10:	Korrelationen nach Pearson von Schweregrad (MMST) und Dauer der Erkrankung mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1	Seite 90
Tabelle 11:	Korrelationen nach Pearson von Indikatoren der prämorbidem und aktuellen Beziehungsqualität mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1	Seite 94
Tabelle 12:	Korrelationen nach Pearson von Belastungswerten und Depressivität mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1	Seite 94
Tabelle 13:	Korrelationen nach Pearson von Indikatoren zur sozialen Unterstützung und der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz im Umgang mit dem Betroffenen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1	Seite 97
Tabelle 14:	Korrelationen nach Pearson von Persönlichkeitsmerkmalen (FPI) der Angehörigen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1	Seite 99
Tabelle 15:	Korrelationen nach Pearson von positiven vs. negativen Stressverarbeitungsstrategien (SVF) der Angehörigen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1	Seite 100
Tabelle 16:	Korrelationen nach Pearson von einzelnen Stressverarbeitungsstrategien (SVF-Unterskalen) der Angehörigen mit den Kennwerten für Ärger sowie ungünstiges & günstiges Verhalten in Studie 1	Seite 101
Tabelle 17:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit sozialer Erwünschtheit / Offenheit in Studie 1	Seite 102
Tabelle 18:	Korrelationen von mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren erfasster offener Aggressivität mit den Kennwerten für Ärgererleben und Ärgerreaktionen in Studie 1	Seite 104
Tabelle 19:	Korrelationen von mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren erfasster offener Aggressivität mit potentiellen Einflussfaktoren in Studie 1	Seite 106
Tabelle 20:	Zuordnung von Subtests zu Subbereichen im SVF-84-ak in Studie 2	Seite 133

Tabelle 21:	Alter und Ausbildungsjahre der Angehörigen in Studie 2	Seite 137
Tabelle 22:	Zuordnung von Messvariablen zu latenten Variablen im Strukturgleichungsmodell von Studie 2	Seite 139
Tabelle 23:	Indikatorreliabilitäten für die im Strukturgleichungsmodell von Studie 2 verwendeten Indikatoren	Seite 140
Tabelle 24:	Faktorreliabilitäten und durchschnittlich extrahierte Varianzen für die im Strukturgleichungsmodell von Studie 2 verwendeten Indikatoren	Seite 140
Tabelle 25:	Erklärte Varianz R^2 der latenten Variablen Ärgererleben, ungünstiges und günstiges Verhalten im Strukturgleichungsmodell von Studie 2	Seite 141
Tabelle 26:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger sowie ungünstigem & günstigem Verhalten in Studie 2	Seite 144
Tabelle 27:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Attributionen und wahrgenommenen Schwankungen in Studie 2	Seite 146
Tabelle 28:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Symptomen der Patienten in Studie 2	Seite 147
Tabelle 29:	Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit wahrgenommenen Schwankungen und Symptomen der Patienten in Studie 2	Seite 147
Tabelle 30:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Schweregrad, Dauer der Erkrankung und demographischen Variablen in Studie 2	Seite 149
Tabelle 31:	Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit Schweregrad, Dauer der Erkrankung und demographischen Variablen in Studie 2	Seite 149
Tabelle 32:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Resentment/Groll und Belastung in Studie 2	Seite 151
Tabelle 33:	Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit Resentment/Groll und Belastung in Studie 2	Seite 151
Tabelle 34:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit der Ärgerneigung in Studie 2	Seite 152
Tabelle 35:	Korrelationen nach Pearson für Attributionen mit der Ärgerneigung in Studie 2	Seite 152
Tabelle 36:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Persönlichkeitseigenschaften in Studie 2	Seite 154
Tabelle 37:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Indikatoren der sozialen Unterstützung in Studie 2	Seite 154
Tabelle 38:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit Bewältigungsstrategien in kritischen Situationen in Studie 2	Seite 156
Tabelle 39:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Indikatoren für Ärgererleben und Verhaltensreaktionen Angehöriger in Studie 2 nach Geschlecht getrennt, mit Angabe der Ergebnisse von t-Tests für unabhängige Stichproben	Seite 159
Tabelle 40:	Korrelationen nach Pearson für die Kennwerte von Ärger, ungünstigem & günstigem Verhalten mit sozialer Erwünschtheit / Offenheit in Studie 2	Seite 159
Tabelle 41:	Inhaltliche Kurzzusammenfassung der wesentlichen Aussagen der Angehörigen zu verschiedenen Kategorien der qualitativen Auswertung in Studie 2	Seite 167 - 171
Tabelle 42:	Auswertung des qualitativen Interviews mit dem Codierleitfaden für die 15 Fälle in Studie 2	Seite 175