

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität
München

Direktor: Professor Dr. med. H.-J. Möller

**Belastungen Angehöriger schizophrener und depressiver
Patienten zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation
und der 1-Jahres-Katamnese**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Amelie Bauer
aus
Eberbach

2007

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. A. M. Möller-Leimkühler

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. R. Werth

Mitbetreuung durch den
Promovierten Mitarbeiter: Priv. Doz. Dr. A. M. Möller-Leimkühler

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhard

Tag der mündlichen Prüfung: 11.07.2007

1	EINLEITUNG	3
1.1	FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUR SCHIZOPHRENIE.....	3
1.1.1	<i>Epidemiologie, Verlauf, Symptomatik</i>	3
1.1.2	<i>Ätiologie der Schizophrenie</i>	8
1.2	FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUR MAJOR DEPRESSION.....	10
1.2.1	<i>Epidemiologie, Verlauf, Symptomatik</i>	10
1.2.2	<i>Ätiologie der Depression</i>	14
1.3	ANGEHÖRIGENFORSCHUNG.....	16
1.3.1	<i>Auswirkungen der schizophrenen Erkrankung auf die Angehörigen</i>	16
1.3.2	<i>Auswirkungen der depressiven Erkrankung auf die Angehörigen</i>	18
1.3.3	<i>Angehörigenbelastungen</i>	19
1.3.4	<i>Coping</i>	21
2	FRAGESTELLUNG	26
3	METHODIK UND STICHPROBEN.....	29
3.1	VARIABLE UND MESSINSTRUMENTE	29
3.1.1	<i>Angehörigenvariable</i>	29
3.1.1.1	Fragebogen zur Angehörigenbelastung (FBA).....	29
3.1.1.2	Befindlichkeitsskala (Bf-S).....	32
3.1.1.3	Selbstbeurteilte psychische Symptomatik (SCL-90-R).....	32
3.1.1.4	Copingstrategien (SEBV).....	32
3.1.1.5	Internalität und Externalität (FKK).....	33
3.1.2	<i>Patientenvariable</i>	34
3.1.2.1	Diagnose.....	34
3.1.2.2	Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	34
3.1.2.3	Residualsymptomatik.....	34
3.2	EINSCHLUSSKRITERIEN, DURCHFÜHRUNG UND STICHPROBE.....	35
3.3	STATISTISCHE AUSWERTUNG	36
4	ERGEBNISSE.....	38
4.1	ERGEBNISSE ZUM ZEITPUNKT DER ERSTHOSPITALISATION DER PATIENTEN.....	38
4.1.1	<i>Belastungen der Angehörigen anhand verschiedener Indikatoren</i>	38
4.1.1.1	Objektive Belastungen.....	39
4.1.1.2	Subjektive Belastungen.....	40
4.1.1.3	Befindlichkeit.....	41
4.1.1.4	Psychische Symptomatik.....	42
4.1.2	<i>Potentielle Einflussfaktoren der Angehörigenbelastungen</i>	42
4.1.2.1	Diagnose des Patienten.....	42
4.1.2.2	Psychosoziales Funktionsniveau des Patienten.....	43
4.1.2.3	Copingstrategien der Angehörigen.....	45

4.1.2.4	Kontrollüberzeugungen der Angehörigen	47
4.2	ERGEBNISSE EIN JAHR NACH DER ERSTHOSPITALISATION.....	49
4.2.1	<i>Veränderungen der Belastungen der Angehörigen</i>	49
4.2.1.1	Objektive Belastungen.....	50
4.2.1.2	Subjektive Belastungen.....	51
4.2.1.3	Befindlichkeit	53
4.2.1.4	Psychische Symptomatik	54
4.2.2	<i>Veränderungen der Einflußfaktoren und ihres Zusammenhanges mit den Angehörigenbelastungen</i>	54
4.2.2.1	Diagnose des Patienten	54
4.2.2.2	Residualsymptomatik der Patienten.....	56
4.2.2.3	Copingstrategien der Angehörigen.....	58
4.2.2.4	Kontrollüberzeugungen der Angehörigen	60
5	DISKUSSION	62
5.1	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	62
5.2	LIMITIERUNGEN DER STUDIE	66
5.3	SCHLUßFOLGERUNGEN FÜR DIE ANGEHÖRIGENARBEIT	68
6	ZUSAMMENFASSUNG.....	70
7	LITERATURVERZEICHNIS.....	72
8	TABELLENVERZEICHNIS	83
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	86
10	ANHANG: FRAGEBÖGEN	87
11	LEBENS LAUF.....	108

1 Einleitung

1.1 Forschungsergebnisse zur Schizophrenie

1.1.1 Epidemiologie, Verlauf, Symptomatik

Bei der Schizophrenie handelt es sich um die prognostisch schwerwiegendste psychische Erkrankung. Laut Definition gehören die schizophrenen Psychosen zur Hauptgruppe der endogenen Psychosen (Möller et al. 2001). Epidemiologisch betrachtet besteht für die Durchschnittsbevölkerung eine Wahrscheinlichkeit von circa 1% im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken. Es gibt bislang keine Population, in der die Schizophrenie nicht aufgetreten ist. Über ein halbes Jahrhundert durchgeführte Studien zur Prävalenz der Schizophrenie (zit. Jablensky 1995) ergaben Prävalenzraten zwischen 1,4 und 3,9/1000. Die jährliche Inzidenzrate liegt bei 0,05 %. Das männliche Geschlecht erkrankt im Vergleich zum weiblichen signifikant früher an einer Schizophrenie, weshalb bei Männern auch früher eine Behandlung und Hospitalisation erfolgt. Dies hat auch eine Outcome-Studie der Weltgesundheitsorganisation ergeben (Sartorius et al. 1986; Jablensky et al. 1992). Das größte Risiko, erstmals an Schizophrenie zu erkranken, besteht bei Männern zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr und bei Frauen zwischen dem 25 und 35. Beide Geschlechter weisen etwa gleich häufig das Krankheitsbild Schizophrenie auf.

Die Erkrankung Schizophrenie kann extrem different verlaufen, wie zum Beispiel Untersuchungen von M. Bleuler (1983) zeigen, der elf unterschiedliche Verlaufstypen beschrieb. Nach M. Bleuler treten drei große Hauptgruppen auf, die dann weitere Untergruppen bilden. Als Hauptgruppen beschrieb er einfache Verläufe, wellenförmige Verläufe und andere Verläufe (zit. Bleuler 1983). Simplifizierte, für den Praktizierenden geeignete Beschreibungen des Verlaufs unterteilen diesen in eine Prodromal-, aktive Erkrankungs- und Residualphase (Ausgang). Es wurden mehrere Langzeitstudien durchgeführt, wobei die Bonner Langzeitstudie (Berger 1999, S.473) einen eher günstigen Verlauf zeigt. 22 % der Patienten wiesen eine Vollremission auf und nur 35 % ein Residuum schizophrener Ausprägung. 56 % der Betroffenen waren komplett, die übrigen 19 % Betroffenen begrenzt erwerbsfähig. Gute Voraussetzungen für einen günstigen

Ausgang sind eine Ehe und weibliches Geschlecht ebenso wie gute soziale Kontakte, ein akuter Krankheitsbeginn, kurze und wenige vorherige Krankheitsepisoden und eine kontinuierliche Neuroleptikatherapie (Berger et al. 1999).

Wie schon oben erwähnt, gehören die schizophrenen Psychosen zu den schwersten psychiatrischen Erkrankungen, die für die Patienten drastische Beeinträchtigungen vor allem im sozialen und beruflichen Bereich mit sich bringen (Fadden, Beppington & Kuipers 1987). Um die Auswirkungen und Belastungen der Betroffenen - PatientInnen und ihre Angehörigen – besser verstehen zu können, müssen die Symptome, die bei einer Schizophrenie typischerweise auftreten, kurz und knapp dargestellt werden. Obwohl die Störung bezüglich ihres klinischen Erscheinungsbildes und des Verlaufs eine immense Vielfalt aufweist (Hahlweg 1995), ist immer die Gesamtpersönlichkeit der Patienten betroffen. Die Manifestation der Schizophrenie zeigt eine unterschiedliche Symptomatik bei der akuten und der chronischen Erkrankungsphase.

Symptome der akuten und chronischen Schizophrenie (nach WHO, 1973, und Creer und Wing 1975):

a) akute Schizophrenie

Mangel an Krankheitseinsicht

Akustische Halluzinationen

Beziehungsideen

Mißtrauen

Affektverflachung

Stimmenhören

Wahnstimmung

Verfolgungswahn

Gedankeneingebung

Gedankenlautwerden

b) chronische Schizophrenie

sozialer Rückzug
 verminderte Aktivität
 Verarmung des Sprechens
 wenige Freizeitinteressen
 Verlangsamung
 vermehrte Aktivität
 seltsame Ideen
 Depression
 seltsames Verhalten
 Vernachlässigung des Äußeren
 seltsame Haltungen und Bewegungsabläufe
 Drohungen oder Gewalttätigkeiten
 schlechte Tischmanieren
 gesellschaftlich peinliches Verhalten
 ungewöhnliches Sexualverhalten

Anhand dieser Studie ist zu erkennen, daß bei der akuten Schizophrenie „positive“ Symptome dominieren und bei der chronischen „negative“ Symptome im Vordergrund stehen.

Das DSM-IV (APA, 1996) nennt die folgenden typischen Symptome der floriden Akutphase:

Inhaltliche Denkstörungen zu denen die verschiedenen Wahnphänomene zählen, insbesondere Verfolgungswahn und Beziehungswahn, Gedankenausbreitung und Gedankenentzug oder auch religiöse Wahninhalte.

Zu den formalen Denkstörungen werden grob die häufig beobachtbare Lockerung der Assoziation, bis hin zur Zerfahrenheit im Denken oder auch Spracharmut zusammengefasst.

Affektstörungen präsentieren sich hauptsächlich in Form eines abgeflachten affektiven Ausdrucks beziehungsweise in Form eines inadäquaten Affekts.

Bei Wahrnehmungsstörungen zeigen sich häufig akustische Halluzinationen in Form von imperativen oder kommentierenden Stimmen und taktile Halluzinationen.

Störungen des Selbstgefühls treten sehr oft auf, d.h., die Person ist sich unsicher hinsichtlich der eigenen Existenz und Identität.

Psychomotorische Symptome, die sich oftmals in einer Verminderung der Spontanbewegung bis hin zum katatonen Stupor manifestieren bzw. als katatone Rigidität, sind besonders charakteristisch. Außerdem sind ebenfalls Manierismen und das Verharren in inadäquaten Haltungstereotypen zu beobachten.

Mitunter bestehen fast immer Schwierigkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten: Es bahnt sich ein sozialer Rückzug und Isolierung an, seltener eine extreme Distanzlosigkeit anderen gegenüber oder ein Klammern an anderen Personen.

Typisch sind zudem Störungen des Willens, was sich oft auch erst nach Abklingen der Akutsymptomatik zeigt: die Patienten haben dann Probleme, Aktivitäten zielgerichtet durchzuführen, was sich vor allem auf das Erfüllen sozialer Rollen negativ auswirkt.

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist nach DSM-IV, daß die erkrankte Person mindestens sechs Monate lang die Anzeichen der Schizophrenie zeigt und damit wenigstens einen Monat lang eine floride Phase mit mindestens zwei Symptomen durchgemacht hat. Außerdem müssen extreme soziale und berufliche Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit der Erkrankung auftreten. Überdies sollten eventuell bemerkte manische oder depressive Episoden im Vergleich zu den psychotischen Phasen nur relativ kurz und begrenzt anhalten. Differentialdiagnostisch können eine ganze Reihe anderer psychischer Erkrankungen, somatische Störungen und drogeninduzierte Psychosen in Betracht gezogen werden. Deshalb ist eine genaue Abgrenzung durch somatisch orientierte Erhebung von Anamnese und einem klinischen Befund mit entsprechender Labordiagnostik zwingend, um auszuschließen, daß die Symptome auf

Substanzmissbrauch oder andere organisch begründbare Ursachen zurückzuführen sind.

Nach DSM-IV klassifiziert man schizophrene Erkrankungen in die folgenden fünf Subtypen:

Paranoid-halluzinatorischer Typ

Wahn und Halluzinationen dominieren das Bild des Subtyps schizophrener Psychosen, der zudem am häufigsten auftritt. So gut wie gar nicht vorhanden sind Affektstörungen, Störungen des Denkens und katatone Symptome.

Katatoner Typ

Dieser Subtyp ist durch irgendeine Form psychomotorischer Störungen klassifiziert. Es besteht eine Gefahr der Entgleisung in eine perniziöse Katatonie, welche besonders risikoreich ist.

Hebephrener Typ

Dieser Typ wird beherrscht von Affektstörungen wie läppische Grundstimmung und leere Heiterkeit, sowie von formalen Denkstörungen. Er tritt bevorzugt im jugendlichen Alter auf.

Residualtyp

Dieser tritt häufig während des Verlaufs schizophrener Psychosen auf und äußert sich, wenn nach weitgehendem Abklingen florider Schizophreniesymptome diese weiterhin in einer Restform existieren. Begleitet wird der Residualtyp von einer Persönlichkeitsänderung im Sinne von Antriebsmangel, Affektarmut und sozialem Rückzug.

Schizophrenia simplex

Dies ist ein mit immenser diagnostischer Suptyp behafteter Subtyp. Es handelt sich um eine extrem symptomarme Form, bei der maßgeblich die produktiven Symptome, wie Halluzination und Wahn, fehlen.

1.1.2 Ätiologie der Schizophrenie

Wenn man sich an der multifaktoriellen Ätiopathogenese der Schizophrenie anlehnt, erkennt man, daß ein mehrdimensionaler Therapieansatz erforderlich ist, der die psychopharmakologische mit den psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen verbindet. Um das Behandlungsvorgehen nachzuvollziehen, ist das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modell (Lieberman et al. 1986, Nuechterlein & Dawson 1984) als Bezugskomponente unausweichlich. Aufgrund der Tatsache, daß die ätiologischen Theorien bezüglich familiärer Verursachung schizophrener Psychosen empirisch nicht bestätigt werden konnten, hat die familienorientierte empirische Forschung den ätiologischen Ansatz aufgegeben zugunsten eines komplexen pathogenetischen Modells, das familiäre Aspekte als Teil eines komplizierten Gefüges aus biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren auf den Verlauf schizophrener Erkrankungen betrachtet (Hahlweg et al. 1995). Dieses Modell verdeutlicht, daß die nächsten Angehörigen hierin nicht, wie in veralteten Familienmodellen, als Ursache bzw. Auslöser fungieren, sondern einerseits als mögliche Stressoren oder andererseits auch als potentielle Ressource betrachtet werden. Es ist interessant, daß die Beschäftigung mit der Perspektive der Angehörigen, ihren Belastungen und ihren Bewältigungsstrategien dazu beitragen kann, Interaktionsprozesse zwischen dem Patientem und der Umwelt zu identifizieren und damit positiv im Sinne dieses Modells auf den Verlauf der Erkrankung hinzuwirken.

Bei dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modell werden alle gesicherten Befunde der empirischen Schizophrenieforschung zusammengefaßt, und es werden zudem neben den familiären auch andere psychosoziale und biologische Aspekte berücksichtigt. Durch das Modell ist ersichtlich, daß nicht die Erkrankung selbst, sondern bestimmte, sich interaktiv bedingende Vulnerabilitätsmerkmale vererbt oder durch prä- bzw. perinatale Traumata erworben werden. Zu den potentiellen Indikatoren der Vulnerabilität gehören eine überschießende Wirkung des Neurotransmitters Dopamin, eine eingeschränkte Fähigkeit der Informationsverarbeitung bzw. der Aufmerksamkeitsspanne, eine autonome Übererregung auf aversive Reize sowie Mangel in der sozialen Kompetenz. Solche sozialen und kognitiven Defizite interagieren mit Stressoren aus der Umwelt wie beispielsweise belastende Lebensereignisse, ein emotional

ungünstiges Familienklima oder auch einer überstimulierenden sozialen Umgebung. Wegen defizitärer Gegenregulation durch ineffektive Bewältigungsstrategien können im Organismus Stress und Krise nicht mehr genügend gesteuert werden und es kann zu einer autonomen Übererregung kommen. Diese Defizite schaukeln sich durch additive und interaktive Effekte hoch und so gleitet die von Stresssymptomen dominierte Prodromalphase letztendlich in den Ausbruch der eigentlichen schizophrenen Kennzeichen, in folge derer wiederum die soziale Anpassung und die berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden. Die Schizophrenie beinhaltet also den Zusammenbruch des prämorbid vulnerablen psychischen Apparates in einer Situation, die durch Überforderung gekennzeichnet ist, wobei die schizophrenen Symptome als ein Zeichen der Überforderung oder als ein Versuch, mit dieser Überforderung zu Rande zu kommen, gesehen werden. Schützende Faktoren, wie individuelle Bewältigungskompetenzen und Medikation als auch Problemlösekompetenzen innerhalb der Familie und psychosoziale Interventionen beeinflussen auf der anderen Seite Verlauf und Ergebnis des schizophrenen Erkrankungsprozesses. Ausgesprochen wichtige Beachtung finden in diesem Modell die Belastungsverarbeitung und die verfügbaren Bewältigungskompetenzen der Person und ihrem Umfeld, d.h. vor allem der nächsten Angehörigen. In diesem Modell wird das Krankheitsbild Schizophrenie erklärt als ein Produkt zufälliger Koinzidenz von Veranlagung einerseits und im Wesentlichen schizophrenieunpezifischen psychosozialen, insbesondere familiären Belastungsfaktoren andererseits, obwohl differenten protektiven Komponenten Beachtung geschenkt werden sollte (Hahlweg et al. 1995).

Nicht zu vergessen sind die Ergebnisse der Expressed-Emotion-Forschung in Bezug auf ein kritisches oder emotional überinvolviertes Familienklima, welches neben kritischen Lebenssituationen als negative Umweltfaktoren wirken. Letztendlich bleibt die Schlußfolgerung, daß das skizzierte Modell die Rolle der Familie als möglichen Schutzfaktor, jedoch ebenso als potentiellen Risikofaktor darstellt.

1.2 Forschungsergebnisse zur Major Depression

1.2.1 Epidemiologie, Verlauf, Symptomatik

„Unter den affektiven Störungen wird den depressiven Störungen bei weitem die größte Bedeutung beigemessen, sie gehören heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Exakte Zahlen zur Häufigkeit hängen von Stichproben- und Diagnosekriterien ab und sind in verschiedenen Ländern und Kulturkreisen unterschiedlich. Etwa 5-10% der deutschen Bevölkerung (ca. 4 Mio. Menschen) leiden an behandlungsbedürftigen Depressionen (Punktprävalenz).“ (Möller et. al. 2001 S. 77)

Von besonderem Interesse sind Studien, die das Lebenszeitrisiko beleuchten. Das Lebenszeitrisiko an einer Major Depression zu erkranken, wird für die USA in der Allgemeinbevölkerung bei dem weiblichen Geschlecht mit 21,3% und bei dem männlichen Geschlecht mit 12,7% angegeben (Kessler et.al. 1994, S.12), wobei für etliche andere Länder ähnliche Prävalenzraten gelten. Das Lebenszeitrisiko für den Kontakt mit einer psychiatrischen Klinik wegen einer depressiven Erkrankung beträgt für Männer 11% und für Frauen 20% (Sturt, Kumakura & Der 1984, S.114). Wie auch hier zu sehen ist, zeigt die Lebenszeitprävalenz, daß Frauen doppelt so häufig an einer Depression erkranken wie Männer. Insgesamt betrachtet erleiden rund 17% der Erwachsenen weltweit irgendwann einmal eine schwere depressive Phase (Comer 1995, S.283).

Die Erstmanifestation depressiver Erkrankungen hat ihren Häufigkeitsgipfel circa zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, wobei 50% der Ersterkrankungen bereits vor dem Erreichen des 40. Lebensjahres auftreten. Nur etwa 10% depressiver Patienten erkranken zum ersten Mal nach dem 60. Lebensjahr, was für eine geringere Wahrscheinlichkeit einer Erstmanifestation in höherem Lebensalter spricht. Es gibt Hinweise dafür, daß die Prävalenz depressiver Erkrankungen seit Beginn des 20. Jahrhunderts stetig gestiegen ist und das Durchschnittsalter beim Beginn einer schweren Depression (heute 27 Jahre) von Generation zu Generation gesunken ist (Weissman et. al. 1992, zit. in Comer 1995, S.283). Das Rückfallrisiko ist relativ hoch und liegt bei etwa 90% (Frank et al. 1990; Kessler et al.1994). Dies wirkt sich auch erschwerend für den gesamten Krankheitsverlauf aus und beeinflusst das Ausmaß, in dem Angehörige mitbetroffen sind, ebenso

wie die Korrelation mit Angst- und Suchterkrankungen sowie die erhöhte Suizidgefährdung des Erkrankten.

Eine gewichtige, mindestens zwei Wochen bestehende Symptomatik wird nach DSM-IV der American Psychiatric Association als Major Depression und nach ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation als depressive Episode bezeichnet. Um eine Diagnose nach DSM-IV zu erstellen, muß mindestens eines der zwei Symptome wie „depressive Verstimmung“ oder „gravierender Interessenverlust und Freudlosigkeit“ vorliegen. Zudem sollten mindestens vier weitere Beschwerden wie verminderter Appetit, Schlafstörungen, Suizidgedanken, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit etc. diagnostiziert worden sein. Ähnlich verhält es sich bei der Einteilung nach ICD-10, wobei hier mindestens zwei von drei Hauptsymptomen wie depressive Verstimmung, erhöhte Ermüdbarkeit oder Verlust von Interesse und Freude vorhanden sein müssen. Außerdem müssen auch hier weitere depressionstypische Symptome nach ICD-10 vorliegen wie:

verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit

negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

Suizidgedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen

Schlafstörungen

verminderter Appetit

„Die Patienten charakterisieren den Zustand der depressiven Verstimmung außerordentlich unterschiedlich. Manche sprechen von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, während andere mehr das Gefühl der Gefühlosigkeit betonen. Mit diesem Paradoxon ist gemeint, daß sie sich wie emotional tot erleben, d.h. reaktionslos auf äußere Ereignisse und unfähig, auf freudige wie auf bedrückende Erlebnisse adäquat zu reagieren. Besonders diese Symptomatik wird als quälend und mit keinem anderen Zustand menschlichen Leidens vergleichbar beschrieben.“ (Berger et al. 1999)

Angstgefühle, Irritierbarkeit und Überfordertsein sind grundlegende Merkmale der depressiven Stimmung. Kompensation solcher Gefühle findet sich in Ärger und Wut gegenüber der Umwelt des Patienten wieder. Über Tagesschwankungen berichten mehr als die Hälfte aller Erkrankten, wobei ein Gefälle vom Erwachen bis hin zum Abend erkennbar ist. Besonders häufig hat sich das morgendliche Stimmungstief zum Abend hin weitgehend normalisiert.

Interessenverlust und Freudlosigkeit ist ein Hauptmerkmal der Major Depression. Das gewöhnliche Aktivitätsniveau, sich in der Umwelt zu bewegen, kann nur bei leichteren Erkrankungsformen aufrechterhalten werden. Bei vielen Patienten werden schon einfache Handlungen wie die tägliche Hausarbeit, Körperpflege oder das Nachgehen eigener Hobbys zu einer unüberwindlichen Hürde, so daß ein Rückzug stattfindet, der in den meisten Fällen als Desinteresse gedeutet wird.

Die vorher schon genannten Schlafstörungen sind das häufigste Symptom bei Depressionen. Ob es sich dabei um Einschlaf-, Durchschlafstörungen oder frühzeitiges morgendliches Erwachen handelt, es gibt fast keinen PatientInnen, der nicht unter Insomnie leidet, obwohl sogar in 10% der Fälle über eine Hyersomnie berichtet wird. Besonders das frühmorgendliche Erwachen stellt eine extreme Gefährdung der PatientInnen dar, da genau zu diesem Zeitpunkt das Stimmungstief verstärkt wahrgenommen wird und somit suizidale Gedankengänge hervorrufen kann.

Im Kontakt mit depressiven Patienten zeigt sich nicht selten eine psychomotorische Gehemmtheit. Bei diesen Patienten liegt eine Verlangsamung der Mimik und Gestik vor, was sich in Extremfällen auch bis zum sogenannten depressiven Stupor steigern kann. Meist ist in dieser Phase kaum eine Kontaktaufnahme zu den Patienten mehr möglich, sie wirken wie erstarrt.

Weitere Symptome sind Antriebslosigkeit, eingeschränktes Konzentrations- und Denkvermögen, Entscheidungslosigkeit sowie ein Gefühl der Wertlosigkeit und Schuld. Letzteres zeigt sich in einem massiven Selbstwertmangel der Patienten, das auch auf sein Leben vor der Erkrankung projiziert wird. In den meisten Fällen hilft nur eine detaillierte Fremdanamnese, um ein realistisches Bild über die Persönlichkeit des Patienten zu erlangen. In diesen Phasen können die PatientInnen von überstürzten Entlastungsversuchen getrieben sein, was in

manchen Fällen z.B. zur Kündigung einer Arbeitsstelle oder zur Auflösung einer Ehe führen kann. Erst nach Abklingen der Depression werden solche Handlungen oft als kaum nachvollziehbar von den PatientInnen wahrgenommen.

Ein Großteil aller depressiver PatientInnen setzt sich während ihrer Behandlung mit suizidalen Gedanken auseinander. 80% der Betroffenen denken immerhin über einen Suizidversuch nach und treffen manchmal sogar Vorbereitungen, indem sie sich einen Strick oder eine Pistole besorgen und den Suizidversuch gedanklich durchexerzieren. 20 bis 60 % weisen Suizidversuche in ihrer Krankheitsgeschichte auf, und 15 % der PatientInnen mit schweren depressiven Störungen begehen Suizid (nach Möller et al. 2001).

Häufigkeiten typischer Symptome bei Depressionen (nach Winokur et. al., 1969):

Symptom	%
Insomnie	100
traurige Verstimmung	100
Weinerlichkeit	94
Schlechte Konzentration	91
Suizidgedanken	82
Müdigkeit	76
Reizbarkeit	76
Psychomotorische Verlangsamung	76
Appetitmangel	66
Tagesschwankungen	64
Hoffnungslosigkeit	51
Gedächtnisstörungen	35
Wahnideen	33

Selbstmordversuche	15
Akustische Halluzinationen	6

1.2.2 Ätiologie der Depression

Trotz einer intensiven empirisch psychiatrischen Forschung gerade in den letzten 15 Jahren ist das Wissen um die Ätiologie der Depression lückenhaft. Man geht von einem multifaktoriellen Ansatz aus, bei welchem auch die Pathochemie, Pathophysiologie und Psychodynamik untersucht wurde.

Eindeutig nachgewiesen ist, daß die genetische Belastung einen entscheidenden ätiologischen Aspekt darstellt. Sowohl Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien bestätigen diesen Ansatz. Am besten erklärt sich die Entstehung von Depressionen mit dem sogenannten Vulnerabilitätskonzept (anlagebedingte Verletzlichkeit). Die depressiogene Wirksamkeit eines Lebensereignisses wird offenbar vor allem durch die individuelle Disposition des Einzelnen bestimmt (Möller et al. 2001). Anschaulich ist hierzu ein Modell zur Ätiopathogenese von Depressionen (Möller et al. 2001, S.79):

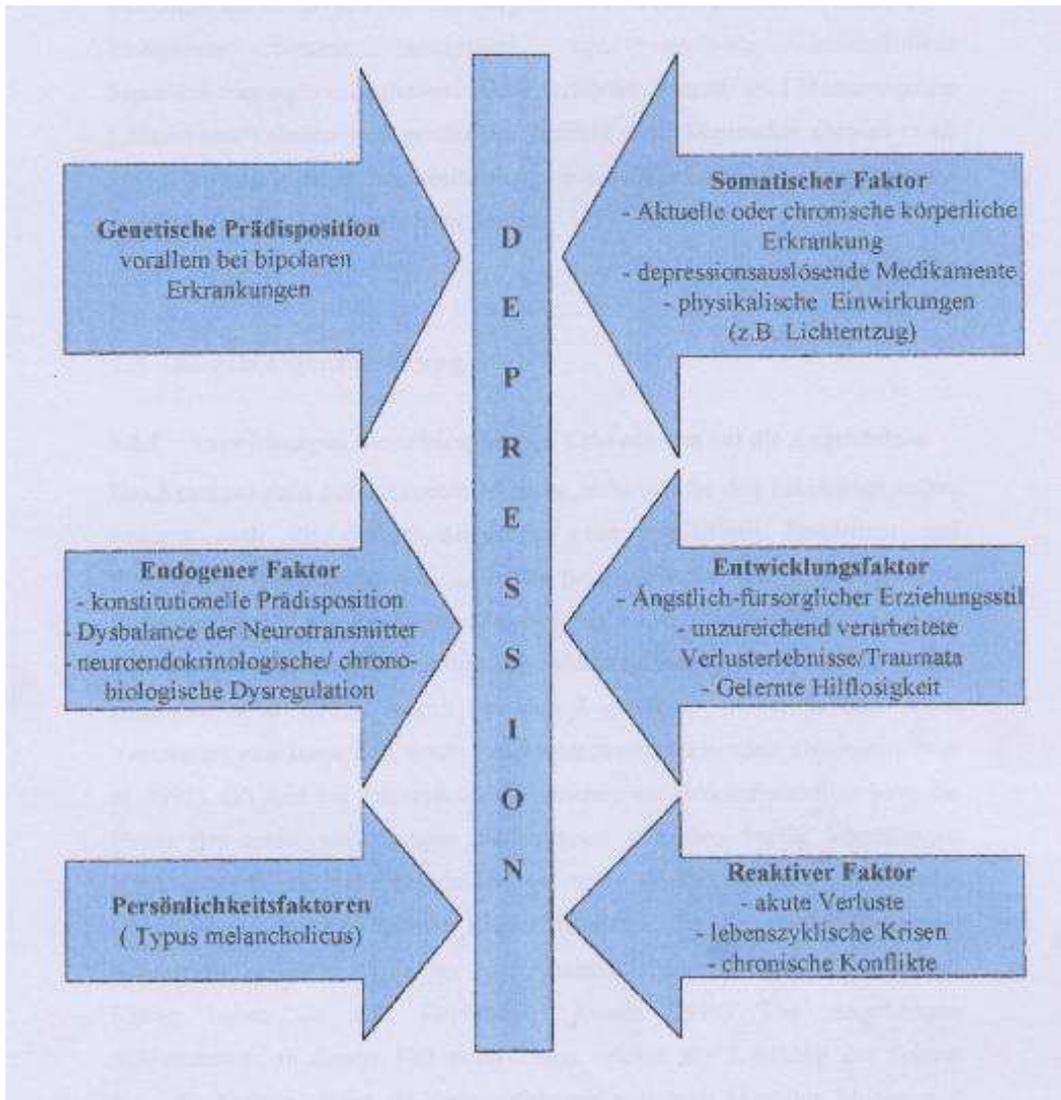


Abbildung 1: Modell zur Ätiopathogenese von Depressionen (Möller et al. 2001).

Vulnerabilität für Depressionen kann neben genetischer Disposition aus frühkindlichen Traumata, insbesondere Verlusterlebnissen entstehen. Gründe für die Entstehung einer Depression können auch aus neurobiologischen Ansätzen erklärt werden.

Störungen der aminergen und cholinergen Neurotransmission, insbesondere im limbischen System, ausgehend von gestörten intrazellulären Signalübertragungsmechanismen. Auch kritische (negative) Lebensereignisse („life events“) finden sich gehäuft im Vorfeld einer Depression (Möller et al. 2001). Ausgelöst durch Streßreaktionen wie z.B. Konflikte mit Bezugspersonen oder der Tod einer nahestehenden Person.

1.3 Angehörigenforschung

1.3.1 Auswirkungen der schizophrenen Erkrankung auf die Angehörigen

Das Krankheitsbild Schizophrenie ist meist nicht nur für den Erkrankten selbst, sondern auch für dessen Angehörige mit vielfältigen Problemen und Beeinträchtigungen verbunden. „ In der psychiatrischen und psychologischen Fachliteratur sind die im Zusammenleben mit einem schizophrenen Menschen entstehenden Belastungen mittlerweile vielfach thematisiert worden“ (zit. Jungbauer et al. 2001). Jedoch war den Angehörigen in der psychosozialen Versorgung eine lange Zeit wenig Beachtung geschenkt worden (Nuechterlein et al. 1992). Oft sind bei schizophrenen Menschen die Herkunftsfamilien bzw. die Eltern der meist noch jungen PatientInnen von den häufig lebenslangen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und wiederkehrenden Krankheits-symptomen ihrer erwachsenen Kinder betroffen, da schizophren Erkrankte seltener mit einem festen Partner oder Partnerin leben und zudem auch seltener Kinder haben als z.B. Depressive (Avison 1999). Die Angehörigen Schizophrener, in diesem Fall meist Eltern, erleben die Krankheit des Sohnes bzw. der Tochter meist als Verlusterfahrung, was auch Mannion, Mueser und Solomon (1994) beschreiben. In der Literatur wird ein Verlust von Zukunftshoffnung und Zukunftsperspektiven beschrieben, ganz im Gegensatz zu Verlusterfahrungen von Ehepartnern psychisch Kranker, die vornehmlich einen Verlust der gelebten bzw. erlebaren Gegenwart empfinden. Dieser Verlust der gelebten bzw. erlebaren Gegenwart spielt vor allem bei der Befragung der Angehörigen als Ehepartner depressiver PatientInnen eine wichtige Rolle.

Angehörige, die mit einem akut schizophren Erkrankten zusammenleben, sind häufig selbst von massiven psychischen Beschwerden betroffen. Für einen Partner oder Partnerin ist der Beginn der Erkrankung meist ein kritisches Lebensereignis, welches mit multiplen Problemen verknüpft ist und möglicherweise zur Beeinträchtigung der Gesundheit und Lebensqualität führt. In einer frühen Befragungsstudie von Creer und Wing (1979) beschwerten sich 50% der Angehörigen von schizophren Erkrankten über schwere Beeinträchtigungen ihres psychischen und physischen Wohlbefindens, besonders häufig aber über depressive Verstimmungen und Hoffnungslosigkeit. Außerdem litten sie an Schuldgefühlen und Gereiztheit sowie Angst und Unsicherheit im Umgang mit den PatientInnen.

Obwohl dem Ausbruch einer Schizophrenie u.U. eine lange Prodromalphase vorausgehen kann, wird der erste schizophrene Schub vom Partner oder Elternteil oftmals als urplötzlich, verstörend und überwältigend erlebt. Durch eine Klinikeinweisung ist der Angehörige einer Unmenge an praktischen und emotionalen Anforderungen ausgeliefert. Nun müssen zahlreiche Aufgaben und Verpflichtungen alleine bewältigt werden, wie z.B. Haushaltsführung, Erwerbstätigkeit und Kindererziehung (nach Jungbauer et al. 2001).

Durch die grundlegenden und anhaltenden Verhaltensänderungen des Erkrankten nehmen die Angehörigen Veränderungen im Familienleben wahr. Birchwood und Smith (1987) beschreiben vier problematische Bereiche von Verhaltensveränderungen, mit denen sich Angehörige während des akuten Krankheitsschubs konfrontiert sehen: Rückzug, psychotische Symptome, exzessives Verhalten und vernachlässigte soziale Aufgaben. Bei den Untersuchungen zeigt sich, daß über 70% der Familien irgendeine negative Verhaltensänderung erleben und nur 15% eine schwerwiegende. Als besonders schwerwiegende Veränderungen werden die Defizite in der Erfüllung der sozialen Rollen und das Umverteilen der familiären Aufgaben erwähnt. 75% der Erkrankten können nur sehr eingeschränkt ihren Haushaltspflichten nachgehen, wie in einer Untersuchung von Gibbons et al. (1984) gezeigt werden konnte.

Die Konsequenzen einer Schizophrenie für das Familienleben sind nicht zu unterschätzen. Durch das oft bizarre Sozialverhalten der PatientInnen kann schnell eine Isolation der Familie, insbesondere der Mütter, stattfinden (Hahlweg

et al. 1995). So kann es sein, daß mit zunehmender Dauer der Erkrankung Einschränkungen im Privatleben hingenommen werden und Kontakte zu Freunden verloren gehen. Somit sind viele Familien Diskriminierungen durch die Umwelt ausgesetzt.

Wie Jungbauer et al. (2001) hervorhebt, hängt es von individuellen Bewertungsprozessen (z.B. Verantwortlichkeitszuschreibungen) ab, inwieweit die Angehörigen Verhaltensweisen der Erkrankten als belastend empfinden. Wichtig ist auch, in welchem Ausmaß die Angehörigen über die Krankheit Schizophrenie aufgeklärt werden und über welche Bewältigungsstrategien sie verfügen.

1.3.2 Auswirkungen der depressiven Erkrankung auf die Angehörigen

Früher lag das Forschungsinteresse primär bei Familien mit schizophren erkrankten PatientInnen, wobei sich seit Ende der 1980er Jahre ein vermehrtes Forschungsinteresse an Familien von PatientInnen mit Major Depression feststellen lässt. Dies erscheint angesichts der hohen Prävalenzraten affektiver Störungen und ihrer langen Dauer nicht nur gerechtfertigt, sondern dringend erforderlich.

Zahlreiche Studien konnten zeigen, daß das Sozialverhalten Depressiver in der Tat negative Auswirkungen auf ihre Angehörigen hat. Einige kontrollierte und experimentelle Studien dokumentieren, daß der Kontakt mit einem depressiven Menschen beim Interaktionspartner häufig, jedoch auch nicht immer, zu einer negativen emotionalen Reaktion, negativen nonverbalen und verbalen Äußerungen sowie zu einer allgemein ablehnenden Haltung führen kann (z.B. Hammen & Peters; Stephens, Hokanson & Welker 1987; Strack & Coyne 1983). Diese Ergebnisse konnten auch im Zusammenhang mit natürlichen Settings repliziert werden: depressive Menschen lösen weit mehr negative Emotionen bei ihren nicht depressiven Mitmenschen aus und erfahren auch häufiger soziale Zurückweisung als Gesunde (z.B. Howes, Hokanson & Loewenstein 1985; Hokanson, Hummer & Butler 1991; zusammengefaßt bei Hammen 1999).

Studien, welche die Familieninteraktionen in Familien mit Depressiven untersuchen, finden konsistent negative und konflikthafte Interaktionen

zwischen depressiven Personen und ihren Angehörigen. Fadden, Bebbington und Kuipers (1987) untersuchten Ehepartner von Depressiven und fanden, daß viele von dem Gefühl berichten, die frühere partnerschaftliche Unterstützung verloren zu haben und die Notwendigkeit schildern, sich neue Familienrollen anzueignen, was vorwiegend den Ehefrauen der Patienten schwerfällt.

Zwar sind die empirischen Ergebnisse in diesem Bereich nicht konsistent, jedoch läßt sich immer wieder eine Tendenz feststellen, daß Depressive eher Partnerschaften mit Menschen eingehen, die ebenfalls unter einer psychischen Störung leiden (zusammengefaßt bei Hammen, 1999).

Es gibt eine Reihe von Studien, die zeigen, daß sich Familien mit Depressiven als funktional gestörter erweisen als Familien von Schizophrenen oder anderen chronisch Kranken (Miller et al. 1986; Keitner & Miller, 1990).

Keitner und Miller (1990) unterstreichen zwar, daß es keinerlei Beweise für die Hypothese gibt, nach der eine bestimmte Familienkonstellation oder ein bestimmter Interaktionsstil in einem Zusammenhang mit Major Depression stehen. Jedoch zeigen die empirischen Ergebnisse, daß Faktoren wie das Funktionieren der Familie, die Entwicklungsphase der Familie, die Gesundheit der anderen Familienmitglieder, v.a. deren psychische Vulnerabilität, die soziale und finanzielle Situation der Familie und die Verfügbarkeit von Hilfe von außen dazu beitragen können, inwieweit die Krise, welche die psychische Erkrankung darstellt, als Belastung empfunden wird (vgl. Buchner 2001).

1.3.3 Angehörigenbelastungen

Ergebnisse zahlreicher Forschungsarbeiten dokumentieren, daß Angehörige psychisch Kranker mit immensen Einschränkungen und Problemen konfrontiert sind. Bedingt durch die in der Psychiatriereform zunehmende Deinstitutionalisierung psychisch Kranker sind deren Familienangehörige mit erheblichen und langfristigen Betreuungsaufgaben konfrontiert, trotz der Verfügbarkeit moderner Psychopharmakatherapien. So wird eine Mehrzahl schizophrener Patienten nach einem relativ kurzen Klinikaufenthalt wieder zurück nach Hause in die Familie entlassen. Obwohl sich die Familie oft als

unterstützendes Glied im Genesungsprozeß des psychisch Kranken erweist, ist dies in vielen Fällen mit enormen Problemen verbunden. Die Probleme beziehen sich nicht nur darauf, daß die engsten Angehörigen Rehabilitationsinstanz und Co-Therapeuten, sondern auch Mitbetroffene und Leidtragende sind. Etwa Mitte der 50er Jahre fand in den USA und in England ein entscheidender Perspektivenwechsel statt, daß nämlich nicht nur die Auswirkungen des familialen Umfelds auf den Patienten betrachtet wurde, sondern auch umgekehrt die Auswirkungen psychischer Krankheit -insbesondere der Schizophrenie- auf die Angehörigen ins Zentrum gerückt wurden. Bereits in diesen frühen Studien konnten teilweise entscheidende Veränderungen und Einschränkungen des Familienlebens dokumentiert werden (Clausen et al. 1955 und Grad et al. 1966; zit. Jungbauer et al. 2001). Die ersten Forscher, die zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren unterscheiden, sind Hoenig und Hamilton (1966). Als objektive Belastungen („objektive burden“) bezeichnen die Forscher alle beobachtbaren „greifbaren“ negativen Auswirkungen der psychischen Erkrankung, wie z.B. Störungen des Familienalltags, notwendige Betreuungsleistungen oder finanzielle Kosten und Ausfälle. Als subjektive Belastung („subjektive burden“) verstehen sie dagegen das Ausmaß, in dem sich Angehörige durch diese Situation tatsächlich belastet fühlen.

Entscheidend für das Verstehen der Auswirkungen von psychischer Krankheit auf die Angehörigen ist das Konzept der „Familienbelastung/family burden“. Damit sind die negativen Auswirkungen zusammengefaßt, die das Leben mit einem psychisch Kranken für den Angehörigen mit sich bringt. Hierunter sind Verhaltensweisen und Gefühle gemeint, welche in direktem Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung des Angehörigen stehen. „Caregiving“ bezieht sich dabei auf die Beziehung zwischen erwachsenen Personen, welche durch Verwandtschaft oder Partnerschaft in Beziehung zueinander stehen.

Die meisten Studien im Bereich des Konzeptes „family-burden“ beruhen auf Aussagen derjenigen Angehörigen, welchen die Rolle des „primary caregivers“ zufällt (Schene, Tessler & Gamache 1994).

Auswirkungen auf Beziehungen innerhalb der Familienmitglieder oder z.B. auf die Kinder und das soziale Netzwerk, d.h. die Konsequenzen für die Familie als System, werden nur in Bezug auf die Hauptbezugsperson betrachtet und in Bezug darauf inwieweit der „primary caregiver“ dies als belastend empfindet.

Als Hauptbetreuer von psychisch Erkrankten sind, wenn Familie vorhanden ist, Ehepartner, Elternteile, Geschwister oder selten auch erwachsene Kinder in die Verantwortung gezogen. Nicht nebensächlich ist, daß auch diese Art von caregiving in der Regel von Frauen übernommen wird (Cock 1988; Avison 1999).

Gamache, Tessler und Nicholson (1995) indentifizieren hauptsächlich Mütter oder andere weibliche Verwandte von PsychiatriepatientInnen als deren Hauptbetreuerinnen und stellen fest, daß in diesem Zusammenhang andere Personen meist nur dann diese Rolle übernehmen, wenn keine Mütter verfügbar sind.

Definitionsgemäß impliziert das Konzept „burden“ einen Zusammenbruch des Gleichgewichts, das Menschen in ihren Beziehungen aufrechterhalten in dem Sinne, daß eine der betroffenen Personen „mehr als ihren Teil“ übernimmt und dieses Ungleichgewicht an subjektive Unzufriedenheit gekoppelt sein kann. In diesem Zusammenhang kann es bei einem bestimmten Niveau objektiver Belastungen zu einem höchst unterschiedlichem Grad an subjektiver Beeinträchtigung kommen.

1.3.4 Coping

Da der Begriff „Coping“ in der deutschsprachigen Literatur inhaltlich keinem klarem Wort zugeordnet werden kann, werden die Begriffe „Coping“, „Bewältigung“ und „Krankheitsverarbeitung“ gleichsinnig verwendet. Es existieren mehrere Richtungen, in die sich die Coping-Forschung seit den 50er Jahren entwickelt hat. Diese Dissertation beschränkt sich auf ausgewählte Erkenntnisse, die im Zusammenhang mit der Thematik wichtig sind. Ein Gebiet der Coping-Forschung stammt aus der Verhaltens-Psychologie, die davon ausgeht, daß es zwar Entsprechungen zwischen physiologischen und

psychologischen Vorgängen gibt, diese jedoch ganz eigenen Gesetzen folgen. Dabei ist entscheidend, ob eine Bedrohung als schädlich von dem Betreffenden („harm“) oder ob diese als Herausforderung („challenge“) betrachtet wird, die man zuversichtlich zu überwinden bereit ist. So beschrieben Lazarus und Mitarbeiter (1966) Bewältigung als Teil eines jeden Streßvorgangs, welcher in vier Schritten verläuft: „Auf ein bedrohliches kausales Agens folgt dessen Beurteilung, dann das eigentliche Bewältigen und schließlich eine komplexe psychophysiologische Streßreaktion als letzter Schritt“ (zit. n. Edgar Heim 1998, S.322).

Anschaulich läßt sich dieser Prozess anhand des „Transaktionalen Streßmodells“ nach Lazarus und Folkman (1984) erklären.

In diesem stresstheoretischen Modell finden verschiedene Aspekte, wie Risikofaktoren und psychosoziale Ressourcen, die über den unmittelbaren Krankheitsbezug hinausgehen und das krankheitsbezogene Belastungserleben und Copingverhalten des Angehörigen beeinflussen, Berücksichtigung (vgl. Übersicht Jungbauer et al. 2001). Die Auswirkungen von Streß auf die Gesundheit werden also einerseits beeinflußt vom Copingstil und der kognitiven Bewertung der Situation und andererseits von den verfügbaren Ressourcen.

Zwar wurde dieses Modell ursprünglich entwickelt, um die Auswirkungen von kritischen Lebensereignissen auf die psychische Gesundheit zu erklären, läßt es sich trotzdem auch auf die Bewältigungsprozesse der nächsten Angehörigen von Personen mit psychiatrischen Krankheiten projizieren (Maurin & Boyd 1990).

Im Gegensatz zum simplen Reiz-Reaktionsschema früherer Stresstheorien geht das kognitive transaktionale Streßbewältigungsmodell von Lazarus und Folkman davon aus,

- dass die subjektive Einschätzung der Situation stärker als ihre objektiven Merkmale darüber entscheidet, ob diese als belastend eingestuft wird oder nicht;
- dass Bewältigung ein mehrstufiger Bewertungsprozeß ist, wobei der primären Bewertung der Situation eine sekundäre Bewertung folgt, in der die verfügbaren Ressourcen und deren Konsequenzen eingeschätzt werden;

-dass sowohl Persönlichkeitsdispositionen als auch Interaktionen zwischen Person und Umwelt das Bewältigungsgeschehen beeinflussen.

Bewältigung als Prozeß erfüllt dabei zwei Ziele: Einerseits die Problemlösung im Sinne einer Änderung der gestörten Transaktion zwischen Person und Umwelt und andererseits die emotionale Regulierung.

Mittels Feedbackprozessen wird eine ständige Neubewertung vollzogen, die der Überprüfung der getroffenen Einschätzungen dient. Angelehnt an die Theorie von Lazarus wird erfolgreiches Coping in erster Linie durch Flexibilität erreicht. Als Copingstrategien stellt Lazarus den instrumentellen, problembezogenen Bewältigungsformen die emotionsregulierenden Arten der Bewältigung gegenüber.

Probleme des „Transaktionalen Streßmodells“ nach Lazarus und Folkman liegen einerseits in der inhaltlich nur schwer möglichen Präzisierung des Begriffs „Bewältigung“ und andererseits in der Bestimmung von Kriterien, die einen erfolgreichen Umgang mit Belastungen ausmachen.

Um Prozesse des Belastungs- und Bewältigungsverhalten bei Angehörigen zu untersuchen, sind vereinfachende Vorannahmen notwendig, z.B. daß erfolgreiches Coping in eine ebenso erfolgreiche Adaptation mündet und sich bei vergleichbarer objektiver Belastung durch eine geringere subjektive Belastung zeigt. Unabhängig davon, daß unterschiedliche Belastungen nur sehr schwer objektivierbar sind, ist der Umkehrschluß, daß sich eine schwache subjektive Belastung bei gleichen objektiven Belastungen auf ein erfolgreiches Bewältigungsverhalten zurückführen läßt nicht zulässig, da immer auch der Grad der Bewußtheit bzw. die Möglichkeit der Verleugnung von subjektiver Belastung eine Rolle spielen kann.

Theoretische Erkenntnisse verschiedener Autoren beleuchten auch einen Zusammenhang von Coping und emotionalem Befinden. Weber und Laux (1990) heben z.B. hervor, daß Emotionen sowohl als die logische Folge von Streß oder aber als Stressoren eigener Qualität entstehen können. Ein weiterer theoretischer Aspekt unter Wissenschaftlern umkreist immer noch eine alte Streitfrage, ob nämlich die Persönlichkeit oder ob die Belastungssituation für den Copingprozeß entscheidend sei. Dies sind aber nicht die einzigen Streitpunkte unter

Wissenschaftlern, es existieren auch Diskussionen bzw. widersprüchliche Aussagen über die Bewältigung von Krankheitsprozessen. Filipp (1992) und Thomas et al. (1988) vertreten „Stabilität“, Buddeberg et al. (1991;1996) und Dean und Surtees (1989) fanden in Langzeitstudien Erkenntnisse für „Variabilität“. Demzufolge ist sowohl Stabilität als auch Variabilität des Bewältigungsprozesses anzunehmen (Pearlin 1989, Lazarus 1993a). „Es scheint, daß erst die situationsspezifischen Unterschiede der Belastung auch ein entsprechendes variables Coping auslösen. Mit anderen Worten: Im Kontext sind sowohl Persönlichkeit als auch Situation für die Bewältigung maßgebend, wie dies ja in transaktionalen Modellen angenommen wird. Diese Zusammenhänge sind nicht nur in der Verarbeitung von schweren chronischen Krankheitszuständen gegeben. Analoge Schlüsse gelten auch für Alltagsbelastungen oder vertraute Stressoren wie Examina“ (Heim 1998, S. 323).

Wichtig erscheint es hierbei, den Medizinsoziologen Antonovsky (1987a. u.b. 1993) zu erwähnen. In seinem „Konzept der Salutogenese“ wird der Mensch ganzheitlich von seiner Biographie her verstanden. Die individuellen Ressourcen können darüber entscheiden, ob eine Belastung sich in erster Linie pathogen oder förderlich (Eustress) auf die Gesundheit auswirkt. Ressourcen können laut Antonovsky sehr unterschiedlicher Genese sein. Es werden sowohl das soziale, kulturelle und physikalische Umfeld als auch die Person selbst mit ihren sozialen Einbindungen, mit Intelligenz und Wissen, ihrer Identität und außerdem ihrer Fähigkeiten Belastungen zu verarbeiten, berücksichtigt.

Allgemein formuliert ist Coping relativ, da z.B. auch für diese Untersuchung interessant- Familienangehörige in einer bestimmten Krankheitssituation anders als die betroffenen PatientInnen oder z.B. deren medizinische Betreuer reagieren, was unter anderem auch auf ihre speziellen individuellen Bedürfnisse zurückzuführen ist. Betrachtet man die diesbezüglichen Studien, wurden eine lange Zeit fast nur PatientInnen hinsichtlich ihres Copings erforscht. Zunehmend werden auch die Angehörigen (Partner, Eltern oder Kinder) untersucht. In den 80er Jahren rückt die Coping-Forschung von Familienmitgliedern ins Zentrum des Interesses einiger Autoren. „Besonders bei Krebserkrankungen wurde bei genauer Beobachtung deutlich, welche starke psychische Veränderungen bei Familienmitgliedern, speziell bei Ehepartnern, auftreten können: von

Schlafstörungen über Ängste, depressive Verstimmungen bis hin zu psychosomatischen Krankheiten wurde eine ganze Palette von Störungen beschrieben“ (Heim 1998, S.331).

2 Fragestellung

Diese Dissertation ist im Zusammenhang mit der Münchner 5-Jahres-Follow-up-Studie an Angehörigen ersthospitalisierter PatientInnen mit Depression oder Schizophrenie (Möller-Leimkühler 2005) entstanden, die an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität durchgeführt wird. In der Gesamtstudie geht es neben einem störungsspezifischen Vergleich vor allem um die Analyse der Dynamik des Belastungs- und Bewältigungszusammenhangs im psychosozialen Kontext der Angehörigen. Ausgehend vom transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) wird die Stressbelastung als Outcome der Konfrontation mit objektiven Stressoren (Erkrankung des Patienten und Krankheitsvariable im Arzturteil) konzipiert und durch die Indikatoren objektive wie subjektive Belastungen, Befindlichkeit, selbstbeurteilte psychische Symptomatik und globale subjektive Lebensqualität der Angehörigen operationalisiert. Als den Stressprozess moderierende Faktoren werden sowohl krankheitsspezifische wie -unspezifische Copingstrategien der Angehörigen, ihre emotionalen Einstellungen (Expressed Emotion), Persönlichkeitsmerkmale, subjektive Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, wahrgenommene soziale Unterstützung, soziodemographische Merkmale als auch krankheitsunabhängige Belastungen berücksichtigt.

Durch die Konzeption eines multifaktoriellen Studiendesigns und der Kombination qualitativer und standardisierter Erhebungs- und Auswertungsmethoden sollen wesentliche Schwachpunkte bisheriger Angehörigenforschung vermieden werden. Insbesondere soll die Methodenintegration, in der Terminologie qualitativer Methodologie auch „Triangulation“ genannt, dazu dienen, die Fragestellung aus unterschiedlichen Richtungen auf unterschiedliche Weise zu beleuchten, um damit zu einer umfassenderen und valideren Erfassung, Beschreibung und Erklärung des untersuchten Gegenstandsbereichs zu gelangen“ (Möller-Leimkühler).

In der vorliegenden Dissertation soll anhand ausgewählter Variablen der Belastungs-Bewältigungszusammenhang im 1-Jahres-Verlauf untersucht werden (vgl. Abbildung 2). Die Belastungen der Angehörigen werden als objektive und

subjektive Belastungen, als subjektive Befindlichkeit und als selbstbeurteilte psychische Symptomatik definiert, als potentielle Einflußfaktoren werden die Patientenvariable Diagnose und psychosoziales Funktionsniveau sowie Copingstrategien und Kontrollüberzeugungen der Angehörigen in die Analyse einbezogen. Im einzelnen stellen sich die Fragen,

- wie hoch die Belastungen bei einer Substichprobe der Angehörigen zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung sind,
- durch welche Patienten- und Angehörigenvariable sie beeinflußt werden,
- ob sich die Belastungen im ersten Jahr nach der Ersthospitalisierung des Patienten verändern und
- ob sich der zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung gefundene Einfluß der Patienten- und Angehörigenvariable im 1-Jahres-Verlauf verändert.

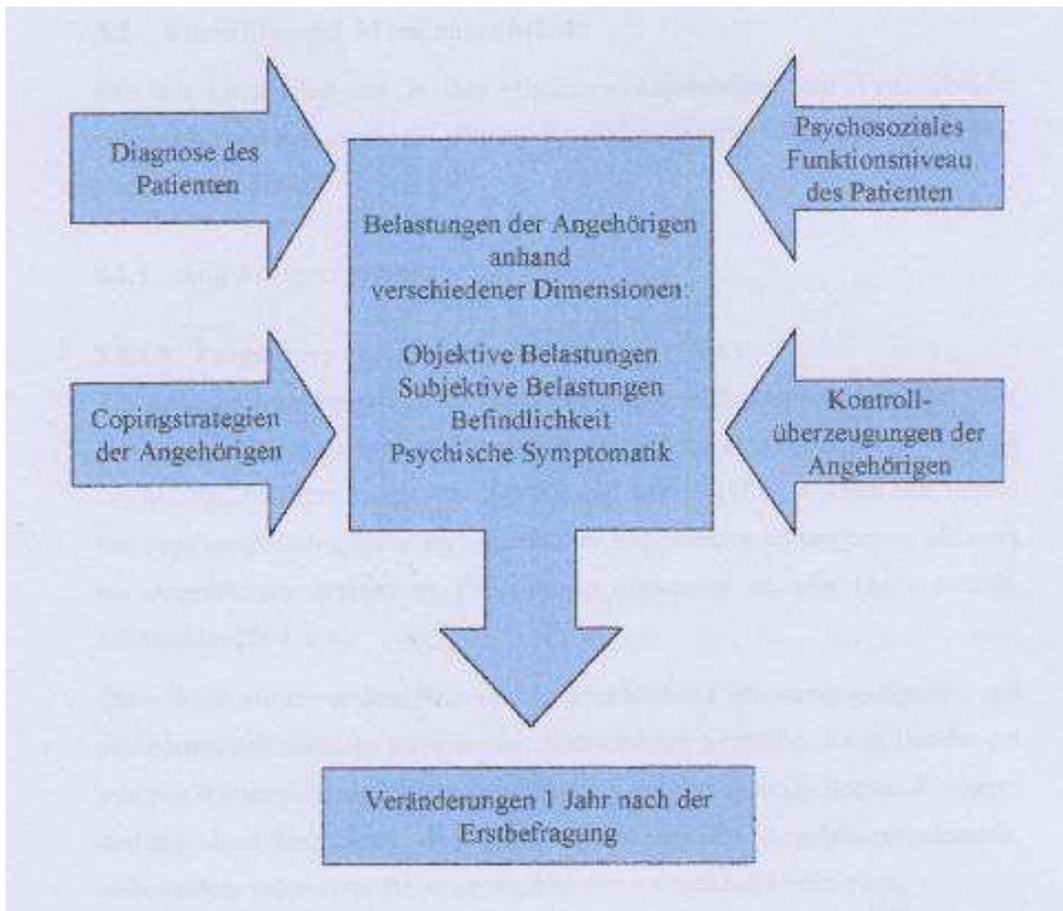


Abbildung 2: Theoretisches Modell zur Datenanalyse

3 Methodik und Stichproben

3.1 Variable und Messinstrumente

Aus der Gesamtheit der in der Münchner Angehörigen und Verlaufsstudie eingesetzten Messinstrumente wurden für die vorliegende Dissertation folgende Variable ausgewählt:

3.1.1 Angehörigenvariable

3.1.1.1 Fragebogen zur Angehörigenbelastung (FBA)

Zur Erfassung der krankheitsbezogenen Belastungen des Angehörigen dient der „Fragebogen zur Belastung von Angehörigen“ (FBA), eine modifizierte Fassung des halbstrukturierten Interviews nach Pai und Kapur (1981), welches den Vorteil hat, psychometrisch getestet und sowohl bei Angehörigen schizophrener als auch bei Angehörigen depressiver PatientInnen einsetzbar zu sein (nach Möller-Leimkühler 2004, S.4).

Diese Wahl wurde vor dem Hintergrund einer Vielzahl von wenig geeigneten und psychometrisch schlecht untersuchten Instrumenten getroffen. Zwar besteht ein relativer Konsens bezüglich der Dimensionen, die das „Family-Burden-Konzept“ umfasst, doch hinsichtlich der Operationalisierung von Angehörigenbelastung, insbesondere subjektiver Belastungen, herrscht weitgehend Uneinigkeit.

Schene, Tessler und Gamache (1994) zeigen in ihrer Forschungsübersicht, daß es zwar eine Vielzahl an Instrumenten zur Erhebung der Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker gibt, daß aber keines dieser Instrumente als Standardinstrument akzeptiert werden kann. Der in der Münchner Angehörigen-Verlaufsstudie eingesetzte Selbstbeurteilungsbogen wurde von Möller-Leimkühler in Anlehnung an ein halbstrukturiertes Interview gestaltet, das Pai und Kapur (1981) speziell zur Erfassung der Belastungen von Angehörigen entlassener psychiatrischer Patienten entworfen hatten. Pai und Kapur stellten in ihrem „Family Burden Interview Schedule“ 24 Fragen zur Erfassung der objektiven Belastungen zusammen, die aufgrund von vorher explorativ durchgeführten freien Interviews generiert worden waren. Die Autoren fanden in

ihrer Studie mehrere Kategorien, mit denen sich die genannten Belastungen in eine Ordnung bringen liessen:

finanzielle Einbußen

Auswirkungen auf den Familienalltag

Auswirkungen auf die Freizeitgestaltung

Auswirkungen auf die Familienatmosphäre

Auswirkungen auf die psychische Gesundheit anderer Familienmitglieder

Auswirkungen auf die physische Gesundheit anderer Familienmitglieder.

Wie hoch das Ausmaß der Belastungen war, konnte festgestellt werden, indem die Interviewer anschließend an jede Frage/Item die genannten Belastungen auf einer dreistufigen Skala einschätzten. Die subjektive Belastung wurde nur an einer einzigen Frage (How much would you say you have suffered owing to the patient's illness?) gemessen, welche auch auf einer dreistufigen Skala eingeschätzt wurde. Für die Reliabilität geben Pai und Kapur Interraterkorrelationen von mindestens 0.87 für alle einzelnen Items an (Pai und Kapur 1981, S.333).

Die modifizierte Fragebogenversion von Möller-Leimkühler (1998) mit 30 Items enthält die Subskalen Familienalltag, Familienatmosphäre, Freizeitverhalten, Wohlbefinden und Finanzen. Das 30. Item ist als offene Frage formuliert: „Gibt es Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung Ihres Angehörigen, die in diesem Fragebogen nicht aufgeführt wurden? Wenn ja, welche Belastungen sind dies?“.

Zunächst müssen die Probanden angeben, ob die aufgeführten objektiven Belastungen im Sinne der Veränderungen durch die Erkrankung zutreffen oder nicht (ja/nein). Daraufhin sollen sie für jedes Item auf einer dreistufigen Skala einschätzen, wie sehr sie sich dadurch belastet fühlen (gar nicht/mäßig/sehr). Ein Beispiel-Item aus jeder Subskala soll helfen, die Fragen besser zu verstehen: „Hat er/sie wegen der Erkrankung die Arbeitsstelle (Schule/Uni) aufgegeben?“ (Familienalltag); „Haben Verwandte, Freunde oder Nachbarn ihre Besuche bei Ihnen/Ihrer Familie aufgrund seines/ihres Verhaltens eingestellt oder reduziert?“ (Familienatmosphäre); „Müssen Aktivitäten wie Urlaub, Ausflüge,

Familientreffen ausfallen wegen seiner/ihrer Erkrankung?“ (Freizeitverhalten); „Leiden Sie unter Schuldgefühlen im Zusammenhang mit seiner/ihrer Erkrankung?“ (Wohlbefinden); „Müssen Sie aufgrund der Erkrankung finanzielle Rücklagen nutzen?“ (Finanzen). Die unter dem 30. Item angegebenen zusätzlichen Belastungen werden von dem Befragten ebenfalls auf einer dreistufigen Skala nach ihrem Schweregrad eingestuft.

Als Codierung der Items steht für die objektiven Belastungen bei „ja“ die 1 und bei „nein“ die 0 mit Ausnahme des Item 28, das umgepolt wird. Zur Erfassung des subjektiven Belastungsgrads wird „gar nicht belastet“ mit 0, „mäßig belastet“ mit 1 und „sehr belastet“ mit 2 kodiert, d.h., es wird nicht ein globaler Wert der subjektiven Belastung über die Gesamtsituation erhoben, wie bei Pai und Kapur (1981), sondern für jede einzelne mögliche objektive Belastung separat, da die jeweiligen Aspekte objektiver Belastung möglicherweise sehr unterschiedliche subjektive Belastungsniveaus für die Angehörigen erreichen können. Daraus ergeben sich folgende Kennwerte: Der Gesamtscore objektiver Belastungen als Summe aller Itemwerte der Dichotomie „ja/nein“ dividiert durch die Anzahl der 29 Items. Ein allgemeiner und bereichsspezifischer Gesamtscore(s) objektiver Belastungen sowie ein allgemeiner und bereichsspezifischer Gesamtscore(s) subjektiver Belastungen. Der Gesamtscore subjektiver Belastungen bezieht sich auf den maximal möglichen Gesamtbelastungsgrad, sowohl allgemein als auch bereichsspezifisch für jede Subskala. Errechnet wird dieser Wert, indem man die Summe aller gewichteten Itemwerte durch den maximalen subjektiven Gesamtbelastungsgrad (Itemzahl multipliziert mit 2; für den Gesamtscore demnach 58) dividiert. Zur Ermittlung der fünf bereichsspezifischen objektiven und subjektiven Belastungsscores wird entsprechend der Itemzahl pro Skala vorgegangen. Der theoretische Wertebereich aller Gesamtscores liegt zwischen 0 und 1.

Eine vorläufige Reliabilitätsprüfung an der Gesamtstichprobe der Münchner 5-Jahres-Follow-up Studie ergibt für den objektiven Belastungsquotienten über alle Bereiche ein Alpha von 0,83, für den subjektiven Belastungsquotienten ein Alpha von 0,88 sowie für die Gesamtskala ein Alpha von 0,92.

3.1.1.2 Befindlichkeitsskala (Bf-S)

Um die angegebenen Belastungen in Relation zur subjektiven Befindlichkeit setzen zu können, wurden zwei Selbstbeurteilungsinstrumente ausgewählt, die das Wohlbefinden der Angehörigen bzw. ihre Beeinträchtigungen durch psychische und somatische Symptome messen: mit der Befindlichkeitsskala (Bf-S) (von Zerssen 1976), wird der gesamte Bereich normaler und pathologischer Befindlichkeits(veränderungen) hinsichtlich aktueller Beeinträchtigungen erfasst. Die Rohwerte gehen in der vorliegenden Studie als transformierte T-Werte in die Berechnungen ein.

3.1.1.3 Selbstbeurteilte psychische Symptomatik (SCL-90-R)

Die Symptom-Check-List-90-R (SCL-90-R) (Derogatis 1977) gibt einen Überblick über die selbstbeurteilte aktuelle Symptombelastung anhand von neun Skalen, die in einen Gesamtscore (GSI) eingehen. Beschrieben werden die Bereiche „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“.

Diese Konzeption ist nicht mit einer ärztlich diagnostizierten Symptomatik zu verwechseln, sondern als mehrdimensionale subjektive Beschwerdeliste zu verstehen.

3.1.1.4 Copingstrategien (SEBV)

Für krankheitsbezogene Bewältigungsstrategien wurde die "Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens (SEBV)" von Ferring und Filipp (1989) verwendet, welche die deutschsprachige Version des Ways of Coping Check List (WCCL) (nach Folkman und Larzarus 1980) ist. Hier werden ereignis- und situationsspezifische Coping-Formen ermittelt, welche in zwei Subskalen als problemzentriertes (Änderung des Problems) und emotionszentriertes Coping (Regulation von Distress) differenziert werden.

Der Proband erhält folgende Anweisung: „Beim vorliegenden Fragebogen geht es darum, sich an typische, wiederkehrende Ereignisse im letzten Monat zu erinnern,

die mit der Erkrankung Ihres Angehörigen zusammenhängen und die Sie persönlich als negativ oder unangenehm empfunden haben. Wählen Sie bitte aus diesen für Sie unangenehmen Ereignissen ein häufiger auftretendes Ereignis aus.....“. Unter dieser Prämisse soll der Angehörige angeben, welche der aufgeführten Bewältigungsreaktionen für ihn zutreffend waren.

3.1.1.5 Internalität und Externalität (FKK)

Der „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)“ (Krampen 1991) dient der Erhebung von generalisierten Kontrollüberzeugungen, welche eine wichtige personale Ressource darstellen. Dieser Fragebogen ist ein Verfahren zur Erfassung von vier handlungstheoretisch definierten, situativ und zeitlich generalisierten Persönlichkeitsvariablen. Grob unterteilt lassen sich die 32 Items 4 generalisierten Kontrollüberzeugungen zuordnen: 1) „Internalität“ als die subjektiv wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben, 2) „sozial bedingte Externalität“ als subjektive Erwartung, daß wichtige Ereignisse vom Einfluß anderer abhängen, 3) „fatalistische Externalität“ als subjektive Erwartung, daß das Leben vom Schicksal abhängt und letztlich noch 4) das „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ als die subjektive Erwartung, daß in problematischen Situationen auch tatsächlich Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Jede der vier Skalen basiert auf 8 Items, die Einstellungen zu bestimmten Situationen beschreiben und die von Probanden auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt werden. Aus den vier verschiedenen Primärskalen werden 2 Sekundärskalen und eine Tertiärskala abgeleitet. Die erste Sekundärskala „generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ faßt die beiden Primärskalen „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ und „Internalität“ zusammen, die zweite Sekundärskala „generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen“ besteht aus den Skalen „soziale Externalität“ und „fatalistische Externalität“.

3.1.2 Patientenvariable

3.1.2.1 Diagnose

Die Diagnosestellung erfolgte durch die Projektärzte nach ICD 10. Eingeschlossen wurden die Ziffern:

F20-F29 (Schizophrenie, wahnhaft, schizotyp vorübergehende akute psychotische, induzierte wahnhaft, schizoaffektive und andere nicht organische psychotische Störungen) und

F30-F39 (affektive Störungen)

Für die vorliegende Dissertation wurden PatientInnen ausgewählt, die die Diagnose Major Depression erhalten hatten.

3.1.2.2 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Das allgemeine Funktionsniveau wurde mit der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (APA 1987) bestimmt. Die GAF fasst das gesamte Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik und der Störungen der sozialen Adaptation in einem Gesamturteil zusammen. Die Skala reicht von 1 bis 100, die Polung impliziert, dass niedrige Werte ein hohes Störungsmaß, hohe Werte ein niedriges Störungsmaß bedeuten.

3.1.2.3 Residualsymptomatik

Aus Gründen der klinischen Belastungen standen nicht immer genügend ärztliche Mitarbeiter zur Verfügung, um die zu den Katamnesezeitpunkten vorgesehenen Untersuchungen an allen Patienten durchzuführen, sodass die klinischen Daten nicht vollständig vorliegen. „Ersatzweise“ wurden daraufhin auf der Basis der Angehörigeninterviews zwei zusätzliche Patientenvariable konstruiert: zunächst wurde das Vorliegen eines Rückfalls (ja/nein) festgestellt, anschließend wurde, unabhängig davon, ob ein Rückfall vorlag oder nicht, die Ausprägung der Residualsymptomatik zu den beiden Katamnesezeitpunkten von der Projektleiterin auf einer 4-stufigen Ratingskala eingeschätzt:

1 = voll remittiert (Ankerbeispiele: „keine Symptome mehr“, „topfit“, „wieder ganz der Alte“, mitunter sogar zusätzliche positive Persönlichkeitsentwicklung)

2 = leichte Residualsymptomatik (Ankerbeispiele: „es geht ihm schon sehr gut, aber nach wie vor Grübeln, versucht aber, Dinge nicht so schnell an sich rankommen zu lassen“, „keine Symptome mehr, allerdings nicht mehr so ganz der Alte“)

3 = mäßige Residualsymptomatik (Ankerbeispiele: „langsamer, schwankender Verlauf“, „Auf und Ab“, noch schnell erschöpfbar und gereizt“, „zwar noch Symptome, aber mehr Selbständigkeit möglich“, „es geht ihm gut, ist aber noch nicht gefestigt“, „Zustand noch nicht ideal, aber gebessert“)

4 = schwere Residualsymptomatik (verschiedene medikamentöse und /oder psychosoziale Interventionen haben nicht zu einer Reduktion der Symptomatik geführt. Ankerbeispiel: „therapieresistent“)

Möller-Leimkühler betont, daß diese so konstruierte Patientenvariable natürlich nicht die durch den Arzt fremdbeurteilten klinischen Variable ersetzt, da hier die Angehörigenwahrnehmung als potenziell verzerrender Faktor eingeht, der möglicherweise zu Scheinkorrelationen zwischen Patientenzustand und Angehörigenbelastung führt.

3.2 Einschlusskriterien, Durchführung und Stichprobe

Einschlusskriterien für die PatientInnenstichprobe waren eine stationäre Behandlung bei der Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung aus den nach ICD-10 klassifizierten Kategorien.

Außerdem sollten die PatientInnen bei ihrer Familie leben oder zumindest in engem, wöchentlichen mindestens 15-stündigem Kontakt zu einem nahen Angehörigen stehen.

Folgende Ausschlusskriterien galten für die Münchner 5-Jahres-Follow-up-Studie:

Die Diagnose einer organisch begründbaren psychotischen Störung, die Diagnose einer Alkohol- oder Drogenpsychose zum Indexzeitpunkt, die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms, vorangegangene stationäre psychiatrische Therapien, unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache und fehlende Einwilligungsfähigkeit.

Diejenigen Patienten, die die Einschlußkriterien erfüllten, wurden über die Angehörigenstudie informiert und um ihr Einverständnis gebeten, Kontakt mit der von ihnen genannten wichtigsten Bezugsperson aufnehmen zu dürfen.

Die Befragung der Angehörigen fand etwa 3 Wochen nach Aufnahme des Patienten bzw. gegen Ende seines stationären Aufenthaltes statt. Der umfangreiche Fragenkatalog wurde von den Probanden zu Hause bearbeitet. Da die sukzessive Rekrutierung der Angehörigen ersthospitalisierter Patienten einen längeren Zeitraum erfordert und noch nicht abgeschlossen war, bezieht sich die vorliegende Dissertation auf eine vorläufige Stichprobe von $n=54$. Bei der 1-Jahres-Katamnese konnten von 54 Angehörigen 47 wieder erreicht werden, was einer Drop-out Rate von 13% entspricht.

3.3 Statistische Auswertung

Die statistischen Berechnungen wurden unter Verwendung von „SPSS für Windows“ (13.0.1) durchgeführt. Alle Daten wurden anhand des Kolmogorov-Smirnov-Test auf ihre Normalverteilung geprüft. Dieser Test ermöglicht eine Verteilungshypothese zu testen, bei welcher die Verteilungsfunktion der beobachteten und der theoretischen Häufigkeiten (z.B. einer Normalverteilung) miteinander verglichen werden. Dieser Test wird angewendet, wenn bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der Beobachtungswerte ein Verdacht aufkommt, daß diese nicht normalverteilt sein könnten.

Zur Signifikanz der Unterschiede zwischen zwei Gruppen (hier Depressive: $n=34$ und Schizophrene: $n=20$) hinsichtlich ordinalskaliert Variablen wie objektive und subjektive Belastungen, Coping und Kontrollüberzeugungen wird bei normalverteilten Beobachtungswerten ein T-Test durchgeführt.

Bei diesem Mittelwertdifferenztest (T-Test) lautet die Nullhypothese, daß die Differenz zwischen den Mittelwerten gleich Null ist.

Einerseits wird die Gleichheit der Varianzen unterstellt, andererseits wird mit den ungleichen Stichprobenvarianzen gearbeitet. Bei der ersten Möglichkeit wird ein Test vorgeschaltet, der die Behauptung der Gleichheit der Grundgesamtheitsstreuung prüft. Dieser Test ist der sogenannte Levene-Test auf Varianzgleichheit.

Wenn sich anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests Variablen als nicht normalverteilt herausstellen, wird anstatt des gängigen T-Tests, der normalverteilte Variablen voraussetzt, der Mann-Whitney-U-Test angewendet, der bezüglich der Normalverteilung toleranter ist. Der Mann-Whitney-U-Test eignet sich für Hypothesen, die sich auf die Daten von zwei voneinander unabhängigen Stichproben stützen und ist ein verteilungsfreies, non-parametrisches Verfahren für ordinalskalierte Variablen.

Mit Korrelationen werden die Beziehungen zwischen Variablen oder deren Ränge gemessen. Für Tabellen, in denen sowohl Zeilen als auch Spalten geordnete Werte enthalten, ergeben die Korrelationen den Korrelationskoeffizienten nach Spearman, als Rho (nur numerische Daten). Der Korrelationskoeffizient nach Spearman ist ein Zusammenhangsmaß zwischen Rangordnungen. Wenn beide Tabellenvariablen (Faktoren) quantitativ sind, ergibt sich unter Korrelationen der Korrelationskoeffizient nach Pearson, r , der ein Maß für den linearen Zusammenhang zwischen den Variablen darstellt. Die zu untersuchenden Daten sollten vor dem Berechnen eines Korrelationskoeffizienten auf Ausreißer getestet werden, da diese zu irreführenden Ergebnissen führen können. Es muß festgestellt werden, ob ein linearer Zusammenhang existiert. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson ist ein Maß für den linearen Zusammenhang. Wenn zwei Variablen miteinander in starker Beziehung stehen, der Zusammenhang aber nicht linear ist, ist der Korrelationskoeffizient nach Pearson keine geeignete Statistik zum Messen des Zusammenhangs. Wegen der geringen Fallzahl wurde auf den Einsatz von multivariaten Verfahren verzichtet.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation der Patienten

Die Stichprobe der Baseline-Erhebung besteht aus 54 Angehörigen, davon waren 28 männlich und 26 weiblichen Geschlechts mit einem mittleren Alter von 47,2 Jahren (Altersspanne liegt zwischen 23-67 Jahren). 20 Angehörige waren die engsten Bezugspersonen von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und 34 die von Patienten mit der Diagnose Depression.

In der 1-Jahres-Katamnese wurden 47 Angehörige (Drop-out Rate von 13%) befragt, davon waren 23 männlich und 24 weiblichen Geschlechts mit einem Durchschnittsalter von 50,1 Jahren (Altersspanne liegt zwischen 27-69 Jahren). In der 1-Jahres-Katamnese waren 16 schizophrene und 31 depressive Patienten beteiligt.

Sowohl in der Baseline als auch in der ersten Katamneseuntersuchung waren die Angehörigen in 10 Fällen ein Elternteil und in 44 Fällen der jeweilige Ehepartner /Lebenspartner.

4.1.1 Belastungen der Angehörigen anhand verschiedener Indikatoren

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der Angehörigenbelastungen (n=54)

	Mittelwerte	SD
Objektive Belastungen	0,291	0,196
Subjektive Belastungen	0,205	0,179
Befindlichkeit (Bf-S)	59,196	12,458
Psychische Symptomatik (GSI)	0,508	0,530

4.1.1.1 Objektive Belastungen

Bei dem Gesamtscore objektiver Belastungen (sc_ob) läßt sich anhand der Häufigkeitsverteilung (Abbildung 3) eine Normalverteilung der Werte vermuten.

Mit einem Kolmogorov-Smirnov-Test ($n=54$, $z=0,682$, $p=0,741$) wird diese Vermutung bestätigt: Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Hypothese, daß die Häufigkeitsverteilung nicht normalverteilt ist, liegt bei 74,1%. Daraus folgt, daß eine Normalverteilung angenommen werden kann. Die Häufigkeitsverteilung zeigt einen positiven Wert der Schiefe (Schiefe: 0,372), womit eine leicht rechtsschiefe Verteilung zu erkennen ist. Außerdem ist die Häufigkeitsverteilung flacher als eine Normalverteilung, was ein negativer Wert der Kurtosis bestätigt (Kurtosis: -0,21). In der Abbildung 3 ist ein hoher Wert zwischen 0,00 und 0,10 auffallend.

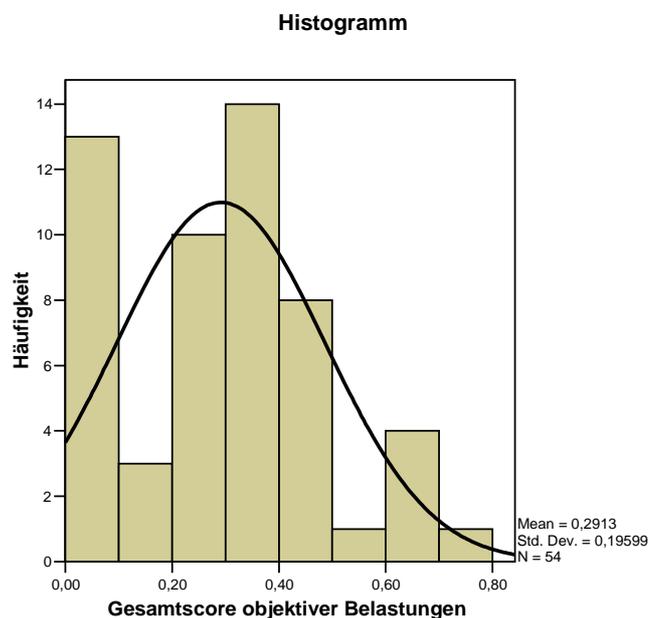


Abbildung 3: Normalverteilungskurve des Gesamtscores objektiver Belastungen anhand eines Histogramms.

Die objektiven Belastungen beziehen sich auf beobachtbare Veränderungen durch die Erkrankung des Patienten und lassen sich in 5 Bereiche (Familienalltag, Familienatmosphäre, Freizeit, Finanzen und Wohlbefinden) einteilen (Tabelle 2). Die höchsten objektiven Belastungen der Angehörigen sind in den Bereichen Familienalltag (MW=0,56) und Freizeit (MW=0,51) zu erkennen. Die Familienatmosphäre (MW=0,31) und das Wohlbefinden (MW=0,37) sind weniger beeinträchtigt, wobei die finanzielle Situation am wenigsten betroffen ist. Hier geben sogar 41% der Befragten überhaupt keine finanziellen Belastungen an.

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Bereiche objektiver Belastungen Angehöriger schizophrener und depressiver Patienten (n=54)

	<i>Mittelwerte</i>	<i>SD</i>
Familienalltag	0,557	0,289
Familienatmosphäre	0,305	0,280
Freizeit	0,514	0,315
Finanzen	0,161	0,187
Wohlbefinden	0,367	0,364

4.1.1.2 Subjektive Belastungen

Der allgemeine subjektive Belastungsgrad (bezogen auf den maximalen allgemeinen Belastungsgrad, unabhängig von der Anzahl individuell vorhandener objektiver Belastungen) weist ebenso wie der Gesamtscore objektiver Belastungen eine Normalverteilung auf. Ein Kolmogorov-Smirnov-Test bestätigt dies (n=54; z=1,055; p=0,215).

Betrachtet man die Mittelwerte (Tabelle 3) der verschiedenen Kategorien der subjektiven Belastungen, so zeigt sich die höchste Belastung (jedoch immer noch

im mittleren Bereich) im Wohlbefinden der Angehörigen. Die übrigen Bereiche, wie Familienalltag und –atmosphäre sowie der Freizeitbereich der Angehörigen sind nur sehr gering subjektiv belastet.

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Bereiche subjektiver Belastungen von Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten (n=54)

	Mittelwerte	SD
Familienalltag	0,202	0,316
Familienatmosphäre	0,165	0,209
Freizeit	0,237	0,277
Finanzen	0,034	0,083
Wohlbefinden	0,432	0,329

4.1.1.3 Befindlichkeit

Bei dem Befindlichkeitswert (bfs_t) liegt eine Häufigkeitsverteilung (MW=59,12; SD=12,46) vor, die auf eine Normalverteilung schließen läßt. Mit einem Kolmogorov-Smirnov-Test ($p=0,135$) wird diese Annahme bestätigt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Hypothese, daß die Häufigkeitsverteilung nicht normalverteilt ist, liegt bei 13,5%. Daraus läßt sich folgern, daß eine Normalverteilung angenommen werden kann, auch wenn sie nur knapp über dem Signifikanzniveau liegt.

Der Befindlichkeitswert der Angehörigen ist zum Zeitpunkt der Erstbefragung relativ hoch, d.h. daß ihre Befindlichkeit relativ schlecht ist. Verglichen mit dem Ausmaß ihrer Beschwerden mit der Bevölkerungsnorm (von Zerrssen 1976), liegen die Befindlichkeitswerte von Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten (MW=59,2; SD=12,46) deutlich höher als die Befindlichkeitswerte der „Normalbevölkerung“ (MW=50; SD=10) und verweisen auf eine ausgeprägte psychische Belastung.

4.1.1.4 Psychische Symptomatik

Die Ergebnisse der selbstbeurteilten psychischen Symptomatik zeigen in dieselbe Richtung. Der Mittelwert des Gesamtscores der SCL-90-R (GSI) liegt bei 0,51 (SD=0,53). Verglichen mit der Bevölkerungsnorm (MW=0,33, SD=0,19) liegen diese Werte weit höher und zeigen eine größere selbstbeurteilte psychische Symptomatik.

Bei einer Überprüfung der Werte anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests ($z=1,385$; $p=0,043$) kann eine Normalverteilung ausgeschlossen werden.

4.1.2 Potentielle Einflußfaktoren der Angehörigenbelastungen

4.1.2.1 Diagnose des Patienten

Tabelle 4 gibt einen Überblick, wie sich die Belastungswerte der Angehörigen zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation von Schizophrenen und Depressiven in der vorliegenden Stichprobe verteilen.

Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Belastungsvariablen in Abhängigkeit von der Diagnose (Depression und Schizophrenie) des Patienten (Mann-Whitney-U-Test)

Variable	Depression (n=34)		Schizophrenie (n=20)		P
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	
Objektive Belastungen	0,268	0,165	0,331	0,239	0,578
Subjektive Belastungen	0,182	0,139	0,242	0,232	0,767
Befindlichkeit	58,053	13,103	61,140	11,333	0,473
Psychische Symptomatik	0,514	0,547	0,498	0,515	0,900

Die Angehörigen depressiver Patienten geben durchschnittlich weniger Belastungen an als die Angehörigen schizophrener Patienten. Somit sind die Angehörigen schizophrener Patienten bezüglich ihrer objektiven und subjektiven Belastungen und in Hinsicht auf ihre Befindlichkeit stärker belastet. Eine Ausnahme zeichnet sich bei der psychischen Symptomatik (GSI) der Angehörigen ab, welche bei den Angehörigen depressiver Patienten etwas stärker ausgeprägt ist.

Alle Mittelwertsunterschiede sind jedoch nicht signifikant, wie sich anhand eines Mann-Whitney-U-Tests nachweisen läßt. Dies kann einerseits ein Effekt der geringen Fallzahl sein oder andererseits darauf hindeuten, daß eine depressive und schizophrene Erkrankung zu ähnlichen Belastungen der Angehörigen führt.

4.1.2.2 Psychosoziales Funktionsniveau des Patienten

Das mittlere psychosoziale Funktionsniveau der Patienten liegt bei 37,722, (SD=9,276). Diesbezüglich liegt der Mittelwert schizophrener Patienten (n=20) bei 31,700 (SD=8,517) unter dem Mittelwert depressiver Patienten (n=34) 41,265 (SD=7,844) und verweist damit auf ein höheres Störungsniveau der schizophrenen Patienten.

Der Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau der Patienten und den Angehörigenbelastungen wird mit einer Korrelation nach Pearson untersucht (Tabelle 5).

Tabelle 5: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen psychosozialen Funktionsniveau der Patienten und den Angehörigenbelastungen (n=54)

	GAF	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz
Objektive Belastungen	0,041	0,769
Subjektive Belastungen	0,055	0,694
Psychische Symptomatik	-0,037	0,788
Befindlichkeit	-0,150	0,279

Zwischen dem Psychosozialen Funktionsniveau der Patienten, der psychischen Symptomatik (GSI) ($r=-0,037$) und der Befindlichkeit der Angehörigen ($r=-0,150$) bestehen negative Korrelationen, die nicht signifikant sind. Die objektiven Belastungen ($r=0,41$) und subjektiven Belastungen ($r=0,055$) weisen zwar einen sehr geringen positiven Zusammenhang mit dem psychosozialen Funktionsniveau der Patienten auf, sind aber ebenfalls nicht signifikant. Insgesamt zeigt sich also, daß die Belastungen der Angehörigen in keinem statistischen Zusammenhang mit den untersuchten Patientenvariablen stehen.

4.1.2.3 Copingstrategien der Angehörigen

Die Mittelwerte des emotionszentrierten Bewältigungsverhalten sind etwas geringer als die des problemzentrierten Bewältigungsverhalten, wie in Tabelle 6 ersichtlich.

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionszentrierten und problemzentrierten Coping der Angehörigen (n=54)

	Mittelwert	SD
Emotionszentriertes Coping	0,427	0,216
Problemzentriertes Coping	0,513	0,226

Tabelle 7 zeigt die parametrische Korrelation nach Pearson von emotionszentriertem und problemzentriertem Coping der Angehörigen und deren objektiven und subjektiven Belastungen, Befindlichkeit und selbstbeurteilter psychischer Symptomatik.

Emotionsbezogenes Coping hängt signifikant mit der subjektiven Belastung ($r=0,302$, $p=0,026$), hoch signifikant mit der Befindlichkeit der Angehörigen ($r=0,455$, $p=0,001$) und mit der globalen psychopathologischen Beeinträchtigung der Angehörigen ($r=0,475$, $p=0,000$) zusammen.

Während zwischen objektiven Belastungen und Copingverhalten kein Zusammenhang erkennbar ist, zeigen sich hinsichtlich der subjektiven Belastungen, der Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik deutliche z.T. hochsignifikante Korrelationen.

Problembezogenes Coping ist dagegen mit keiner der Belastungsvariablen assoziiert, wirkt sich also nicht auf die Belastungen der Angehörigen aus.

Tabelle 7: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen emotionszentrierten und problemzentrierten Copingstrategien der Angehörigen und deren Belastungen (n=54)

	<i>Emotionszentriertes Coping</i>		<i>Problemzentriertes Coping</i>	
	<i>Korrelation nach Pearson</i>	<i>Signifikanz</i>	<i>Korrelation nach Pearson</i>	<i>Signifikanz</i>
Objektive Belastungen	0,158	0,252	-0,115	0,409
Subjektive Belastungen	0,302	0,026	-0,064	0,648
Befindlichkeit (Bf-S)	0,455	0,001	-0,044	0,753
Psychische Symptomatik (GSI)	0,475	0,000	0,036	0,795

4.1.2.4 Kontrollüberzeugungen der Angehörigen

Sowohl internale als auch externale Kontrollüberzeugungen bewegen sich im Normbereich bezüglich ihres Mittelwertes, wie in Tabelle 8 ersichtlich ist.

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen (n=54)

Kontrollüberzeugungen	Mittelwerte	SD
Internale (FKK_SKI)	50,22	10,563
Externale (FKK_PC)	46,056	11,085

Wie im Methodenkapitel bereits ausgeführt, lassen sich zwei Ausprägungen von Kontrollüberzeugungen unterscheiden, zum einen die internalen Kontrollüberzeugungen (=Selbstwirksamkeit), und zum anderen die externalen Kontrollüberzeugungen. Eine hohe Ausprägung von Selbstwirksamkeit bedeutet, ein starkes Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen zu haben, sich in seinen Handlungen sicher zu sein und diese als wirksam zu erleben. Unter diesen Aspekten stellt sich die Frage, inwieweit ein Zusammenhang zwischen den internalen Kontrollüberzeugungen und den Angehörigenbelastungen besteht.

Gemäß der theoretischen Annahmen könnte davon ausgegangen werden, daß je höher die internalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen, desto geringer ihr Belastungsgefühl durch die Erkrankung des Familienmitglied. Im Unterschied zur Selbstwirksamkeit bedeuten externale Kontrollüberzeugungen ein Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen und eine relative Hilflosigkeit. Demnach müßte für Externalität und Angehörigenbelastungen der umgekehrte Zusammenhang gelten: Je höher die externale Kontrollüberzeugung der Angehörigen, desto höher ihr Belastungsgefühl durch die Erkrankung des Familienmitglied und desto schlechter ihre Befindlichkeit.

Tabelle 9: Parametrische Korrelation nach Pearson der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen mit deren Belastungen (n=54)

	<i>Internale Kontrollüberzeugungen</i>		<i>Externale Kontrollüberzeugungen</i>	
	<i>Korrelation nach Pearson</i>	<i>Signifikanz</i>	<i>Korrelation nach Pearson</i>	<i>Signifikanz</i>
	Objektive Belastungen	-0,214	0,121	0,245
Subjektive Belastungen	-0,335	0,013	0,361	0,007
Befindlichkeit (Bf-S)	-0,520	0,000	0,386	0,004
Psychische Symptomatik (GSI)	-0,414	0,002	0,506	0,000

Der Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen und deren Belastungen wurde mit der parametrischen Korrelation nach Pearson berechnet (Tabelle 9). Die Daten bestätigen obige Annahmen: Bei der Untersuchung der Korrelationskoeffizienten der Selbstwirksamkeit bezogen auf alle Dimensionen der Angehörigenbelastungen (OB, SB, BFS, GSI) ist konsistent ein negativer Zusammenhang erkennbar. Im Falle der Befindlichkeit ($r=-0,520$, $p=0,00$) und der psychischen Symptomatik ($r=-0,414$, $p=0,002$) handelt es sich sogar um einen hochsignifikanten Zusammenhang. Umgekehrt verhält es sich mit den externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen, welche einen positiven Zusammenhang mit den Angehörigenbelastungen aufweisen. Der Gesamtscore

objektiver Belastungen ($r=0,245$, $p=0,074$) weist einen nicht signifikanten und der allgemeine subjektive Belastungsgrad ($r=0,361$, $p=0,007$), die Befindlichkeit ($r=0,386$, $p=0,004$) und die psychische Symptomatik ($r=0,506$, $p=0,000$) einen hochsignifikanten Zusammenhang auf.

4.2 Ergebnisse ein Jahr nach der Ersthospitalisation

4.2.1 Veränderungen der Belastungen der Angehörigen

In Tabelle 10 geht es um die Frage, ob signifikante Veränderungen der Angehörigenbelastungen ein Jahr nach der Ersthospitalisation des Patienten auftreten. Dies wurde mit einem T-Test für gepaarte Stichproben berechnet.

Ausschließlich der Befindlichkeitswert ($p=0,005$) und die subjektiven Belastungen ($p=0,041$) liegen über dem Signifikanzniveau. Die objektiven Belastungen ($p=0,069$) liegen knapp unter dem Signifikanzniveau. Ansonsten beträgt die Irrtumswahrscheinlichkeit für Mittelwertdifferenzen 33% bei der psychischen Symptomatik der Angehörigen, was zeigt, daß hier keine signifikante Veränderung dieser Belastungsvariable ein Jahr nach der Erstbefragung festgestellt werden kann.

Tabelle 10: Angehörigenbelastungen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben)

	N	t_0	t_1	T	Signifikanz
Objektive Belastungen	44	0,282 (SD=0,200)	0,223 (SD=0,214)	-1,868	0,069
Subjektive Belastungen	43	0,205 (SD=0,184)	0,161 (SD=0,190)	-2,106	0,041
Befindlichkeit (Bf-S)	47	58,649 (SD=12,836)	53,275 (SD=12,773)	-2,972	0,005
Psychische Symptomatik (GSI)	47	0,481 (SD=0,526)	0,429 (SD=0,461)	-0,989	0,328

4.2.1.1 Objektive Belastungen

Wie Tabelle 11 veranschaulicht, ist der Mittelwert des Gesamtscores objektiver Belastungen ein Jahr nach der Erstbefragung gesunken. Auffallend ist, daß 14% der Angehörigen nach einem Jahr überhaupt keine objektiven Belastungen mehr angeben im Gegensatz zum Vorjahr, wo es nur 4% waren.

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Bereiche der objektiven Belastungen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1

	<i>Baseline (t_0)</i>		<i>Katamnese I (t_1)</i>		<i>P</i>
	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	
Familienalltag	0,557	0,289	0,256	0,404	0,000
Familien- atmosphäre	0,305	0,280	0,247	0,439	0,498
Freizeit	0,514	0,315	0,203	0,413	0,000
Finanzen	0,161	0,187	0,094	0,304	0,239
Wohlbefinden	0,367	0,364	0,165	0,353	0,004

Nach unterschiedlichen Lebensbereichen differenziert zeigt Tabelle 12, wie sich die Mittelwerte der objektiven Belastungen im Einzelnen ein Jahr nach der Erstbefragung reduziert haben.

In allen Bereichen haben die Belastungen deutlich abgenommen, vor allem das Freizeitverhalten ist weniger belastet. 50% geben dabei sogar keinerlei Belastungen an.

Die Mittelwerte der ersten Katamnese befinden sich insgesamt in einem mäßigen Bereich. Fast die Hälfte der befragten Angehörigen gibt auch in den Bereichen Finanzen (48%) und Wohlbefinden (41%) keine Belastungen mehr an.

Tabelle 12: T-Test für gepaarte Stichproben unterschiedlicher Bereiche der objektiven Belastungen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 .

	N	t_0	t_1	T	Signifikanz
Familienalltag	46	0,549 (SD=0,308)	0,256 (SD=0,404)	-4,415	0,000
Familienatmosphäre	46	0,290 (SD=0,276)	0,247 (SD=0,438)	-0,683	0,498
Freizeitverhalten	46	0,511 (SD=0,328)	0,203 (SD=0,413)	-4,491	0,000
Finanzen	46	0,154 (SD=0,194)	0,093 (SD=0,304)	-1,193	0,239
Wohlbefinden	46	0,365 (SD=0,375)	0,165 (SD=0,353)	-3,081	0,004

4.2.1.2 Subjektive Belastungen

Auch bei dem allgemeinen subjektiven Belastungsgrad sind die Mittelwerte ein Jahr nach der Ersthospitalisation gesunken (Tabelle 13).

Bei Betrachtung der Mittelwerte der unterschiedlichen Kategorien von subjektiven Belastungen der Angehörigen, ist ein Jahr nach der Ersthospitalisation eine Verringerung der Mittelwerte festzustellen. Außer im Bereich Finanzen, bei welchen die Mittelwerte in der ersten Katamnese geringfügig höher sind. Die subjektive Belastung im Bereich Familienatmosphäre hat sich offensichtlich nur geringfügig verbessert.

Trotzdem befinden sich die Belastungsmittelwerte der 1-Jahres-Katamnese insgesamt auf einem sehr niedrigen Niveau. Es kann von einer schwachen subjektiven Belastung gesprochen werden. Sogar der relativ hohe Mittelwert des Wohlbefindens in der Erstbefragung ist auffallend gesunken. 31% geben in dieser Kategorie überhaupt keine subjektiven Belastungen an.

Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Bereiche subjektiver Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (n=46)

	<i>Baseline (t_0)</i>		<i>Katamnese1 (t_1)</i>		p
	Mittelwerte	SD	Mittelwerte	SD	
Familienalltag	0,202	0,316	0,128	0,318	0,260
Familienatmosphäre	0,165	0,209	0,160	0,358	0,991
Freizeit	0,237	0,277	0,106	0,346	0,019
Finanzen	0,034	0,083	0,042	0,285	0,850
Wohlbefinden	0,432	0,329	0,160	0,340	0,001

In Tabelle 14 sind die Ergebnisse eines T-Tests für gepaarte Stichproben aufgeführt. Dieser soll die Mittelwertdifferenzen (t_0 und t_1) bei den 5 Kategorien der subjektiven Belastungen genauer untersuchen. Bei den Werten der Familienatmosphäre zeigt sich eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 99%, was zu der statistischen Aussage paßt, daß sich die Mittelwerte zu den unterschiedlichen Befragungszeitpunkten nicht signifikant unterscheiden. Ähnlich, nur nicht prozentual betrachtet so stark ausgeprägt, verhält es sich mit den Signifikanzwerten des Familienalltags (26%) und den Finanzen (85%).

Tabelle 14: T-Test für gepaarte Stichproben verschiedener Bereiche subjektiver Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1

	<i>N</i>	<i>t₀</i>	<i>t₁</i>	<i>T</i>	<i>Signifikanz</i>
Familienalltag	46	0,192 (SD=0,311)	0,128 (SD=0,318)	-1,141	0,260
Familienatmosphäre	46	0,161 (SD=0,211)	0,160 (SD=0,358)	-0,011	0,991
Freizeit	46	0,237 (SD=0,287)	0,106 (SD=0,346)	-2,423	0,019
Finanzen	46	0,035 (SD=0,088)	0,042 (SD=0,285)	0,190	0,850
Wohlbefinden	45	0,418 (SD=0,329)	0,160 (SD=0,340)	-3,752	0,001

Interessant ist, daß das Freizeitverhalten mit 2% einen signifikanten und das Wohlbefinden mit 0,1% eine hochsignifikante Mittelwertdifferenz aufweist.

4.2.1.3 Befindlichkeit

Der Mittelwert der Befindlichkeit ist zum Zeitpunkt der Erstbefragung der Angehörigen höher als ein Jahr nach der Ersthospitalisation (Tabelle 15). Der Befindlichkeitswert hat sich insgesamt verringert, liegt aber immer noch deutlich über der Bevölkerungsnorm (MW=50, SD=10).

Tabelle 15: Befindlichkeit der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; n=47)

	t_0	t_1	T	Signifikanz
Befindlichkeit (Bf-S)	58,649 (SD=12,836)	53,275 (SD=12,773)	-2,972	0,005

4.2.1.4 Psychische Symptomatik

Der Mittelwert der psychischen Symptomatik der Angehörigen ist ebenfalls zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese niedriger als ein Jahr zuvor (Tabelle 16). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant und verweist auf weiterhin bestehende psychische Beschwerden der Angehörigen. Mit 0,429 liegt der Mittelwert ein Jahr nach der Ersthospitalisation des Patienten noch immer weit über der Bevölkerungsnorm (0,33; SD=0,19).

Tabelle 16: Psychische Symptomatik der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; n=47)

	t_0	t_1	T	Signifikanz
Psychische Symptomatik (GSI)	0,480 (SD=0,526)	0,429 (SD=0,461)	-0,989	0,328

4.2.2 Veränderungen der Einflußfaktoren und ihres Zusammenhanges mit den Angehörigenbelastungen

4.2.2.1 Diagnose des Patienten

Die Mittelwerte der Belastungen Angehöriger depressiver Patienten sind ein Jahr nach der Ersthospitalisation gesunken (Tabelle 17 und 18), wobei die Angehörigen über signifikant geringere objektive Belastungen berichten. Die Mittelwerte der Belastungen Angehöriger schizophrener Patienten sind in den

Bereichen der objektiven und subjektiven Belastungen sowie der Befindlichkeit ebenfalls geringer als in der Baseline, insbesondere hat sich die Befindlichkeit signifikant verbessert. Anders verhält es sich bei der psychischen Symptomatik, für welche ein geringfügig höherer Mittelwert ermittelt wurde.

Tabelle 17: T-Test für gepaarte Stichproben der Belastungen Angehöriger depressiver Patienten zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1

	N	t_0	t_1	T	Signifikanz
Objektive Belastungen	30	0,271 (SD=0,168)	0,189 (SD=0,194)	-2,113	0,043
Subjektive Belastungen	29	0,182 (SD=0,138)	0,137 (SD=0,161)	-1,670	0,106
Befindlichkeit (Bf-S)	31	57,053 (SD=13,284)	53,097 (SD=12,369)	-1,740	0,092
Psychische Symptomatik (GSI)	31	0,468 (SD=0,539)	0,357 (SD=0,389)	-1,891	0,068

Tabelle 18: T-Test für gepaarte Stichproben der Belastungen Angehöriger schizophrener Patienten zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1

	N	t_0	t_1	T	Signifikanz
Objektive Belastungen	14	0,305 (SD=0,262)	0,295 (SD=0,244)	-0,184	0,857
Subjektive Belastungen	14	0,251 (SD=0,255)	0,209 (SD=0,240)	-1,269	0,227
Befindlichkeit (Bf-S)	16	61,787 (SD=11,935)	53,619 (SD=13,935)	-2,741	0,015
Psychische Symptomatik (GSI)	16	0,505 (SD=0,515)	0,568 (SD=0,563)	0,633	0,537

4.2.2.2 Residualsymptomatik der Patienten

Betrachtet man den Mittelwert der Residualsymptomatik (MW=2,298), so ist ersichtlich, daß ein Jahr nach der Erstbefragung bei den Patienten eine leichte bis mäßige Residualsymptomatik vorliegt, wobei sich die Residualsymptomatik depressiver Patienten kaum von der der schizophrenen Patienten unterscheidet.

Bei Korrelation der Residualsymptomatik Depressiver mit den verschiedenen Belastungen der Angehörigen ist bei den objektiven und subjektiven Belastungen, der Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese durchgängig ein signifikanter Zusammenhang feststellbar (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen der Residualsymptomatik depressiver Patienten und den Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese

Residualsymptomatik Depressiver	N	Korrelation nach Pearson	Signifikanz
Objektive Belastungen	30	0,571	0,001
Subjektive Belastungen	29	0,483	0,008
Befindlichkeit (Bf-S)	31	0,531	0,002
Psychische Symptomatik(GSI)	31	0,554	0,001

Der Einfluß der Residualsymptomatik schizophrener Patienten ist dagegen deutlich schwächer ausgeprägt und erreicht keine Signifikanz (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen der Residualsymptomatik schizophrener Patienten und der Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese

Residualsymptomatik Schizophrener	N	Korrelation nach Pearson	Signifikanz
Objektive Belastungen	14	0,397	0,160
Subjektive Belastungen	14	0,336	0,241
Befindlichkeit (Bf-S)	16	0,332	0,210
Psychische Symptomatik(GSI)	16	0,308	0,246

4.2.2.3 Copingstrategien der Angehörigen

Sowohl die Mittelwerte des emotionszentrierten Bewältigungsverhalten, als auch des problemzentrierten Bewältigungsverhalten der Angehörigen sind ein Jahr nach der Ersthospitalisation gesunken. In beiden Fällen ist dieser Unterschied sogar signifikant (Tabelle 21).

Tabelle 21: Emotionszentriertes und problemzentriertes Bewältigungsverhalten der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; $n=47$)

	t_0	t_1	T	Signifikanz
Emotionszentrierte Bewältigung	0,426 (SD=0,221)	0,272 (SD=0,326)	-3,217	0,002
Problemzentrierte Bewältigung	0,505 (SD=0,235)	0,334 (SD=0,367)	-3,665	0,001

Emotionsbezogenes Coping hängt hochsignifikant mit den objektiven ($r=0,551$, $p=0,000$) und subjektiven Belastungen ($r=0,563$, $p=0,000$) der Angehörigen und signifikant mit ihrer Befindlichkeit ($r=0,318$, $p=0,029$) und psychopathologischen Beeinträchtigung ($r=0,448$, $p=0,002$) zusammen. Problembezogenes Coping korreliert signifikant mit den objektiven ($r=0,320$, $p=0,025$) und subjektiven ($r=0,341$, $p=0,025$) Belastungen und kaum mit der Befindlichkeit ($r=0,036$, $p=0,811$) und der psychischen Symptomatik ($r=0,166$, $p=0,265$) der Angehörigen (Tabelle 22).

Tabelle 22: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen den emotionszentrierten und problemzentrierten Copingstrategien der Angehörigen und deren Belastungen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese

	N	Emotionszentriertes Coping		Problemzentriertes Coping	
		Korrelation nach Pearson	Signifikanz	Korrelation nach Pearson	Signifikanz
Objektive Belastungen	44	0,551	0,000	0,320	0,034
Subjektive Belastungen	43	0,563	0,000	0,341	0,025
Befindlichkeit (Bf-S)	47	0,318	0,029	0,036	0,811
Psychische Symptomatik (GSI)	47	0,448	0,002	0,166	0,265

Der Vergleich mit den Ergebnissen aus der Baseline zeigen, daß bei der 1-Jahres-Katamnese Veränderungen des Zusammenhangs der Copingstrategien mit den Belastungen der Angehörigen auftreten.

Insgesamt ist der Zusammenhang bei emotionsbezogenem Coping und objektiven und subjektiven Belastungen im Vergleich zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation gestiegen (vgl. Tabelle 22 mit Tabelle 7). Umgekehrt ist es bei der Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik, die beim emotionszentrierten Coping in der 1-Jahres-Katamnese höhere Werte zeigen, wobei die Werte der psychischen Symptomatik sich nur sehr geringfügig verändert haben.

Während sich bei der Erstbefragung kein Zusammenhang zwischen problemzentrierten Coping und den Belastungen der Angehörigen ergab, zeigt sich nun, daß die objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen nun signifikant durch den Einsatz problemzentrierter Copingstrategien beeinflusst werden.

4.2.2.4 Kontrollüberzeugungen der Angehörigen

Die Mittelwerte der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen sind geringfügig höher zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese, wie in Tabelle 23 ersichtlich ist. Es besteht jedoch kein signifikanter Unterschied zum Zeitpunkt der Erstbefragung.

Tabelle 23: Internale und externale Kontrollüberzeugungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; $n=46$)

	t_0	t_1	T	Signifikanz
Selbstwirksamkeit	49,652 (SD=10,694)	50,304 (SD=10,826)	0,652	0,518
Externalität	46,283 (SD=11,475)	47,783 (SD=12,303)	1,387	0,172

Die internalen Kontrollüberzeugungen weisen einen negativen Zusammenhang mit den objektiven ($r=-0,296$, $p=0,051$), den subjektiven Belastungen ($r=-0,292$, $p=0,057$), der Befindlichkeit ($r=-0,419$, $p=0,004$) und der psychischen Symptomatik ($r=-0,371$, $p=0,011$) der Angehörigen auf. Nur die Befindlichkeit und die psychische Symptomatik der Angehörigen sind hier signifikant.

Anders verhält es sich bei den externalen Kontrollüberzeugungen, welche einen positiven Zusammenhang mit den Angehörigenbelastungen zeigen. Hier ist sogar ein hochsignifikanter Bezug zur Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik der Angehörigen erkennbar, wobei objektive und subjektive Belastungen auch einen signifikanten Zusammenhang aufweisen (Tabelle 24).

Tabelle 24: Parametrische Korrelation nach Pearson der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese

	N	Internale Kontrollüberzeugungen		Externale Kontrollüberzeugungen	
		Korrelation nach Pearson	Signifikanz	Korrelation nach Pearson	Signifikanz
Objektive Belastungen	44	-0,296	0,051	0,356	0,018
Subjektive Belastungen	43	-0,292	0,057	0,343	0,024
Befindlichkeit (Bf-S)	46	-0,419	0,004	0,506	0,000
Psychische Symptomatik (GSI)	46	-0,371	0,011	0,457	0,001

Bei einem Vergleich der Ergebnisse der Baseline und der 1-Jahres-Katamnese sind Unterschiede erkennbar (vgl. Tabelle 24 mit Tabelle 9). Der Zusammenhang der internalen Kontrollüberzeugungen und der Angehörigenbelastungen zeigt in den Bereichen der subjektiven Belastungen der Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik geringere Werte als zum Zeitpunkt der Erstbefragung, außer im Bereich der objektiven Belastungen, wo höhere Werte erkennbar sind. Auch bei dem Zusammenhang der externalen Kontrollüberzeugungen und der objektiven Belastungen und der Befindlichkeit liegen höhere Werte in der 1-Jahres-Katamnese im Vergleich zur Baseline vor. Gesunken sind die Werte der subjektiven Belastungen und der psychischen Symptomatik der Angehörigen im Zusammenhang mit den externalen Kontrollüberzeugungen in der 1-Jahres-Katamnese.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die unterschiedlichen Belastungen der Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation und ein Jahr danach zu untersuchen. Zu den Belastungen der Angehörigen zählen folgende Variablen: objektive Belastungen, subjektive Belastungen, die Befindlichkeit und die selbstbeurteilte psychische Symptomatik der Angehörigen. Außerdem werden verschiedene Einflußfaktoren auf die Angehörigenbelastung und potentielle Veränderungen ein Jahr nach der Erstbefragung der Angehörigen untersucht. Als mögliche Einflußfaktoren werden zum einen die Patientenvariable Diagnose, psychosoziales Funktionniveau und Residualsymptomatik der Patienten und zum anderen die emotionszentrierten und problemzentrierten Copingstrategien und Kontrollüberzeugungen der Angehörigen berücksichtigt.

Insgesamt verweisen die Ergebnisse auf beträchtliche Belastungen der Angehörigen, auch wenn die krankheitsbedingten objektiven und subjektiven Belastungen (FBA) relativ moderat ausfallen. Dies ist beispielsweise auch in der Studie von Hinrichsen und Lieberman (1999) der Fall und möglicherweise damit zu erklären, daß Angehörige dazu tendieren, ihre Belastungen zu unterschätzen, aber ihre Belastbarkeit zu überschätzen (Schulze-Mönking 2003). Dies wird plausibel, wenn die schlechte Werte für die Befindlichkeit und die psychischen Beschwerden herangezogen werden (s.u.).

Ein Jahr nach der Ersthospitalisation zeigt sich eine Abnahme der Belastungen der Angehörigen. Insgesamt sind alle Mittelwerte der Belastungsvariablen gesunken, jedoch ist nur die Verbesserung der Befindlichkeit der Angehörigen auf signifikantem Niveau.

Die objektiven Belastungen der Angehörigen in den unterschiedlichen Lebensbereichen (Familienalltag, -atmosphäre, Freizeit, Finanzen und Wohlbefinden) haben sich ein Jahr nach der Ersthospitalisation deutlich reduziert. Vor allem das Freizeitverhalten ist weniger belastet. 50% geben sogar keinerlei

Belastungen an. Fast die Hälfte der befragten Angehörigen gibt auch in den Bereichen Finanzen (48%) und Wohlbefinden (41%) keine Belastungen mehr an. Auch die unterschiedlichen Kategorien der subjektiven Belastungen der Angehörigen zeigen ein Jahr nach der Ersthospitalisation eine Verringerung der Mittelwerte, allerdings unterscheiden sich die Mittelwerte zu den unterschiedlichen Befragungszeitpunkten im Bereich Familienalltag, -atmosphäre und Finanzen nicht signifikant voneinander. Der Befindlichkeitswert ist zum Zeitpunkt der Erstbefragung der Angehörigen höher als ein Jahr nach der Ersthospitalisation und hat sich somit insgesamt verringert, liegt aber immer noch deutlich über der Bevölkerungsnorm.

Gleiches gilt für die psychische Symptomatik der Angehörigen. Da die psychischen Beschwerden der Angehörigen wie ihre Befindlichkeit zu beiden Befragungszeitpunkten über den Bevölkerungsnormen liegen, verweist dies auf ein konstant hohes psychisches Belastungsniveau trotz Abnahme der krankheitsbedingten objektiven und darauf bezogenen subjektiven Belastungen.

Die Werte der Copingstrategien der Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten liegen nah beieinander. Im Mittel liegt das emotionszentrierte Bewältigungsverhalten geringfügig unter dem problemzentrierten Bewältigungsverhalten der Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten. Bei Korrelation der Belastungen der Angehörigen und deren emotionalen Copingstrategien konnten z.T. hochsignifikante Zusammenhänge festgestellt werden.

Während zwischen objektiven Belastungen und Copingverhalten keinerlei Zusammenhang erkennbar ist, zeigen sich hinsichtlich der subjektiven Belastungen, der Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik deutliche z.T. hochsignifikante Korrelationen. Problembezogenes Coping wirkt sich dagegen nicht auf die Belastungen der Angehörigen aus.

Die Ergebnisse zeigen, daß emotionszentriertes Coping verbunden ist mit einer höheren subjektiven Belastung und einer schlechteren Befindlichkeit und psychischen Symptomatik. Die Vermutung liegt nah, daß erhöhte Belastungen und die schlechtere Befindlichkeit der Angehörigen das Resultat dieser Bewältigungsbemühungen sind, die auch ineffektive Strategien wie Grübeln, Selbstbeschuldigung oder sozialen Rückzug beinhalten.

Emotionszentriertes und problemzentriertes Bewältigungsverhalten der Angehörigen ist ein Jahr nach der Ersthospitalisation im Mittel niedriger, in beiden Fällen ist diese Differenz sogar signifikant. Interessant ist, daß problembezogene Copingstrategien im Verlauf an Bedeutung gewinnen, da sie nun signifikant zur Reduktion der objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen beitragen.

Die Ergebnisse bezüglich der Kontrollüberzeugungen der Angehörigen zeigen gemäß der theoretischen Annahmen, daß je höher die internalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen, desto geringer ihr Belastungsgefühl durch die Erkrankung des Familienmitglieds.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs der Selbstwirksamkeit und alle Bereiche der Angehörigenbelastung (OB,SB,BFS,GSI) ist konsistent eine negative Korrelation festzustellen. Umgekehrt verhält es sich mit den externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen, welche einen positiven Zusammenhang mit den Angehörigenbelastungen aufweisen, was die Hypothese bestätigt. Je höher die externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen, desto höher ihr Belastungsgefühl durch die Erkrankung des Familienmitglieds und desto schlechter ihre Befindlichkeit. Auch wenn Kontrollüberzeugungen als psychische Ressource betrachtet werden, ist nicht auszuschließen, daß andauernde Belastungen an dieser Ressource zehren können.

Hinsichtlich des Einflusses der Diagnose unterscheiden sich Angehörige von Schizophrenen und Depressiven zum Zeitpunkt der Erstbefragung in ihren objektiven und subjektiven Belastungen kaum. Die Angehörigen von schizophrenen Patienten geben zwar im Mittel höhere objektive und subjektive Belastungen an, auch hinsichtlich ihrer Befindlichkeit, doch diese Differenz ist nicht signifikant. Bezüglich der psychischen Symptomatik zeichnet sich eine Ausnahme ab, da diese bei den Angehörigen depressiver Patienten etwas stärker ausgeprägt ist.

In der Forschungsliteratur, welche den Zusammenhang zwischen Belastungen und Krankheitsvariablen untersucht, wird über ähnlich konsistente Ergebnisse berichtet. In den meisten Studien, sind keine Unterschiede zwischen verschiedenen Störungsarten zu finden. Auch bei Veltro et al.(1994) ergeben sich

nur geringfügig quantitative und qualitative Differenzen in den Belastungen bei Angehörigen von schizophrenen und depressiven Patienten.

Aufgrund einer Reihe von Untersuchungsergebnissen war erwartet worden, daß der Schweregrad der Störung im Zusammenhang mit den Angehörigenbelastungen steht (Biegel et al. 1994; Greenberg et al. 1997; Noh und Avison 1988; Pickett et al. 1997). Diese Annahme konnte in der vorliegenden Studie nicht bekräftigt werden, bei welcher das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten nicht mit den Angehörigenbelastungen korreliert. Somit kann eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Magliano et al. (1998) festgestellt werden, die ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen der aktuellen Symptomatologie und den objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen nachweisen konnte.

Ein Jahr nach der Ersthospitalisation haben sich alle Mittelwerte der Angehörigenbelastungen unabhängig von der Diagnose des Patienten verringert. Bei einer Differenzierung nach Diagnose zeigt sich, daß insbesondere die Angehörigen depressiver Patienten von einer Reduktion ihrer objektiven Belastungen berichten, die im Vergleich zu den nur geringen Veränderungen bei den Angehörigen der schizophrenen Patienten signifikant ist. Daß die Angehörigen der schizophrenen Patienten insgesamt doch stärker belastet erscheinen, wird durch die Entwicklung der selbstbeurteilten psychischen Symptomatik bestätigt: Während sie sich bei den Angehörigen der depressiven Patienten bessert, verschlechtert sie sich sogar bei den Angehörigen der schizophrenen Patienten im Ein-Jahres-Verlauf. Im Vergleich der Ergebnisse bei Baseline und ein Jahr nach der Ersthospitalisation der Patienten zeigen sich ebenfalls Veränderungen bzgl. der untersuchten Einflußfaktoren.

Da die Werte zum psychosozialen Funktionsniveau der Patienten bei der 1-Jahres-Katamnese nur unzureichend vorlagen, wurde statt dessen die Residualsymptomatik der Patienten nach Angaben der Angehörigen (auf Basis der qualitativen Interviews) berücksichtigt. Ein Jahr nach der Ersthospitalisation ist die Residualsymptomatik der Patienten im Mittel leicht bis mäßig ausgeprägt, hier ergaben sich keine Unterschiede in Abhängigkeit von der Diagnose. Hinsichtlich der differenziellen Effekte auf die Angehörigenbelastungen zeigt sich, daß die Residualsymptomatik depressiver Patienten hochsignifikant mit den

Angehörigenbelastungen korreliert, während die Residualsymptomatik der schizophrenen Patienten die Belastungen der Angehörigen kaum beeinflusst. Erklärungsbedürftig ist der Befund, daß die Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation nicht vom Zustand des Patienten (gemessen mit dem GAF) abhängen, wohl aber ein Jahr nach der Ersthospitalisation, wenn der Zustand des Patienten aus der Perspektive der Angehörigen berücksichtigt wird. Da es sich hier um subjektive, möglicherweise sogar um verzerrte Angaben handeln könnte, könnte die Variable „Residualsymptomatik nach Angaben des Angehörigen“ nicht valide sein. Dem ist folgendes entgegenzuhalten: Aufgrund der Tatsache, daß gerade schizophren erkrankte Patienten manchmal unvollständige und/oder geschönte Angaben über ihr Befinden und Verhalten machen, sind Ärzte auf die Berichte der Angehörigen angewiesen, die nach klinischer Erfahrung oft valider sind als die der Patienten. Die subjektive Wahrnehmung des Patientenzustands durch die Angehörigen selbst hat vermutlich größere Relevanz als die Einschätzung durch den Arzt, da Einstellungen, Befindlichkeit und Verhalten der Angehörigen eher durch deren subjektive Realitätssicht als durch einen objektiven klinischen Befund gesteuert wird (Möller-Leimkühler 2005).

5.2 Limitierungen der Studie

Eine Schwachstelle dieser Angehörigenstudie besteht darin, daß eine relativ hohe Heterogenität der Familiensituationen vorliegt. In einer größeren Stichprobe könnte die Bedeutung verschiedener Konstellationen für den Belastungs-Bewältigungszusammenhang untersucht werden. Interessant wäre dabei, inwieweit sich eine Eltern-Kind Beziehung oder Lebenspartnerschaft/Ehe auf die empfundenen Belastungen und das Copingverhalten auswirken. Im Gegensatz zur Angehörigenstichprobe hat sich die Patientenstichprobe, besonders bezogen auf den Schweregrad der Erkrankung, als relativ homogen erwiesen, was bei einer stationären Aufnahme auch zu erwarten ist.

Die Dauer der Erkrankung des Patienten stellt einen wichtigen Aspekt bei der Analyse von Angehörigenbelastungen dar, was die Forschungsliteratur belegt.

Jedoch war in der vorliegenden Studie der Faktor „zeitlicher Abstand seit der Ersterkrankung“, bzw. Dauer der Erkrankung nicht speziell festgestellt worden. Durch das Einschlußkriterium „Ersthospitalisation der Patient/Innen“ kann nicht per se von einer gewissen zeitlichen Nähe der Ersterkrankung ausgegangen werden.

Kritisch anzumerken wäre auch der zeitliche Zusammenhang zwischen Erkrankungsphase bzw. Remissionsphase und dem Zeitpunkt der Fragebogen-Beantwortung, welcher jedoch nicht eindeutig festgehalten ist. Die Interviews und Angehörigengespräche wurden in der Endphase des stationären Aufenthaltes der Ersthospitalisation durchgeführt, und die Angehörigen wurden gebeten, die Fragebögen so bald wie möglich auszufüllen. Jedoch in welcher Bewältigungsphase sich die Angehörigen beim Ausfüllen der Fragebögen befanden, konnte nicht erhoben werden. Studien weisen aber darauf hin, daß die Phase der Krankheitsbewältigung wahrgenommene Belastungen beeinflusst (Muscroft & Bowl 2000).

Interessante Einflußfaktoren könnten z.B. eine kurz bevorstehende oder bereits erfolgte Klinikentlassung sein oder eine bereits feststellbare Auswirkung der Medikation/Therapie. Die wahrgenommenen objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen können deshalb von Entlastungs- bzw. Belastungseffekten beeinflusst sein, welche mit dem stationären Aufenthalt, d.h. einer räumlichen Trennung und/oder einer sich abzeichnenden Wirkung einer medikamentösen Therapie zusammenhängen.

Wichtig ist auch der Aspekt, inwieweit die eigene Psychopathologie der Angehörigen noch genauer in einer klinischen Untersuchung erfasst werden müßte. Auf diese Weise könnte besser differenziert werden, wie viel an Belastung auf eine eigene Krankheit bzw. Vulnerabilität für psychische Störungen zurückzuführen ist und wie viel auf eine eventuelle Erkrankung des Angehörigen selbst.

Im Laufe der Münchner-5-Jahres-Follow-Up-Studie werden noch weitere Katamnese-Untersuchungen durchgeführt, bei welchen die Entwicklung der Belastungen der Angehörigen noch besser verfolgt werden kann. Interessant ist die Frage, ob die Belastungen und das Copingverhalten nach 2, 3 oder 4 Jahren abnimmt, stagniert oder gegebenenfalls sogar zunimmt. Zur zeitlichen

Entwicklung des Belastungs-Bewältigungszusammenhangs liegen kaum differenzierte Studien vor.

Da die vorliegende Arbeit auf einer relativ kleinen Stichprobe (n=54) basiert, müssen die Ergebnisse als vorläufig betrachtet werden. Hier sei auf den weiteren Verlauf der Münchner-5-Jahres-Follow-Up-Studie verwiesen, in dem fortlaufend Patienten und deren Angehörige eingeschlossen wurden, so daß mit weiterführenden Analysen und weiteren katamnestischen Betrachtungen gerechnet werden kann.

5.3 Schlußfolgerungen für die Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit wurde in den letzten zwanzig Jahren immer intensiver berücksichtigt, was unter anderem auch dem Einfluß der Angehörigenverbände psychisch Kranker zu verdanken ist. Nur leider besitzt die Angehörigenarbeit bis heute noch nicht den Stellenwert im Behandlungsrepertoire einer psychiatrischen Klinik oder in der ambulanten Versorgung, der ihr theoretisch und praktisch zukommen sollte. Hauptsächlich herrschen Defizite im Bereich der ausreichenden Information der Angehörigen über die Erkrankung ihres Familienmitglieds und seiner Behandlung. Außerdem wären die systematische Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung des Patienten sowie das Angebot von Angehörigengruppen und Psychoedukationsprogrammen (psychotherapeutisch orientierte Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten) sinnvoll.

Aufgrund der mittlerweile sehr kurzen stationären Behandlungsdauern und der Verkleinerung psychiatrischer Krankenhäuser kann eine weitere Zunahme der Belastungen der Angehörigen angenommen werden. Solche Belastungen sollten nicht nur durch strukturelle Hilfsangebote minimiert werden, sondern auch explizit zum Gegenstand angehörigenzentrierter Interventionen gemacht werden, wie dies erst seit kurzem geschieht (Wilms et al. 2003; Stengard 2003; Szmukler et al. 2003).

Relativ kurzfristig angelegte Informationsgruppen (z.B. 6 bis 8 Veranstaltungen) führen zwar zu einem wertvollen und unverzichtbaren Wissenszuwachs bei den Angehörigen und zu einer Verbesserung ihres Befindens, aber das Belastungserleben bleibt unverändert (Stengard 2003). Möglicherweise läßt sich dies nur durch längerfristig angelegte kontinuierliche Unterstützungsangebote erreichen.

Wichtig ist es, effektive Ansatzpunkte der Interventionen zu finden: z.B. durch welche Strategien können die Belastungen der Angehörigen am besten reduziert werden? Damit gezielte Ansatzpunkte identifiziert werden können, müssen Kenntnisse über die wichtigsten Prädiktoren von Angehörigenbelastungen ermittelt werden.

Die (vorläufigen) Ergebnisse dieser Studie lassen darauf schließen, daß die Berücksichtigung der subjektiven Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen sowie die emotionszentrierten Bewältigungsmuster ein sinnvoller Ansatz wäre. Durch die Verstärkung von Internalität und den Abbau von Externalität sowie ungünstiger emotionaler Copingstrategien könnten die Handlungskompetenzen der Angehörigen erhöht und Hilflosigkeit vermieden werden, die zu einem höheren Belastungsniveau beitragen.

Bisherige Studien zur Wirkung von Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen zeigen, daß hohe Selbstwirksamkeit über eine Erhöhung der Streßtoleranz den Umgang mit der Erkrankung des Familienmitglieds entscheidend erleichtert und zu einer besseren psychischen Befindlichkeit führt. Selbst in Hinblick auf Situationen, die objektiv nicht kontrollierbar sind, hat das Gefühl der subjektiven Kontrolle („Kontrollillusion“) positive emotionale Effekte (Möller-Leimkühler 2005).

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ist im Zusammenhang mit der Münchner 5-Jahres-Follow-up-Studie an Angehörigen ersthospitalisierter PatientInnen mit der Diagnose Depression oder Schizophrenie entstanden, die an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität durchgeführt wird (Möller-Leimkühler 2005).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, an einer Teilstichprobe unterschiedliche Belastungen der Angehörigen und potentielle Einflußfaktoren im 1-Jahres-Verlauf zu untersuchen.

Die Belastungen der Angehörigen wurden als objektive und subjektive Belastungen, als subjektive Befindlichkeit und als selbstbeurteilte psychische Symptomatik definiert, als potentielle Einflußfaktoren wurden die Patientenvariable Diagnose und psychosoziales Funktionsniveau sowie Copingstrategien und Kontrollüberzeugungen der Angehörigen in die Analyse einbezogen. Im einzelnen stellten sich die Fragen,

wie hoch die Belastungen bei einer Substichprobe der Angehörigen zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung waren,

durch welche Patienten- und Angehörigenvariable sie beeinflußt wurden,

ob sich die Belastungen im ersten Jahr nach der Ersthospitalisierung des Patienten veränderten und

ob sich der zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung gefundene Einfluß der Patienten- und Angehörigenvariable im 1-Jahres-Verlauf veränderte.

Aus der Gesamtheit der in der Münchner Angehörigen-Verlaufsstudie eingesetzten Messinstrumente wurden für die vorliegende Studie die entsprechenden Selbstbeurteilungsinstrumente ausgewählt: Der „Fragebogen zur Angehörigenbelastung“ (FBA modifiziert von Möller-Leimkühler nach Pai und Kapur 1981), die „Befindlichkeitsskala (Bf-S)“ (von Zerssen 1976), die „Symptom-Check-List-90R (SCL-90-R)“ (Derogatis 1977), die „Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhalten (SEBV)“ (Ferring und Filipp 1989), sowie der „Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)“ (Krampen 1991). Als Patientenvariable wurden die Diagnose des Patienten (Depression oder Schizophrenie), das allgemeine Funktionsniveau „Global Assessment of

Functioning scale (GAF)“ (APA 1987), sowie bei der 1-Jahres-Katamnese, die Residualsymptomatik der Patienten berücksichtigt.

Einschlußkriterien für die Patientenstichprobe waren eine stationäre Behandlung bei der Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung nach ICD-10. Außerdem sollten die Patienten bei ihrer Familie leben oder zumindest in engem, wöchentlichen mindestens 15-stündigem Kontakt zu einem nahen Angehörigen stehen.

Die Befragung der Angehörigen fand 3 Wochen nach Aufnahme des Patienten bzw. gegen Ende seines stationären Aufenthaltes statt. Da die sukzessive Rekrutierung der Angehörigen ersthospitalisierter Patienten einen längeren Zeitraum erforderte und noch nicht abgeschlossen war, bezieht sich die vorliegende Studie auf eine vorläufige Stichprobe von $n = 54$. Bei der 1-Jahres-Katamnese konnten von 54 Angehörigen 47 wieder erreicht werden, was einer Drop-out Rate von 13% entsprach.

Insgesamt dokumentieren die Ergebnisse ein beträchtliches Belastungsniveau der untersuchten Angehörigen. Die krankheitsbezogenen objektiven und subjektiven Belastungen waren zwar überraschend moderat, doch der Befindlichkeitswert und die selbstbeurteilte psychische Symptomatik waren signifikant schlechter im Vergleich zu der Bevölkerungsnorm. Der Vergleich beider Messzeitpunkte ergab zwar eine Abnahme der Belastungen der Angehörigen ein Jahr nach der Erstbefragung, doch lag die Befindlichkeit und psychische Symptomatik der Angehörigen weiterhin signifikant über den Normwerten. Die Patientenvariablen Diagnose und psychosoziales Funktionsniveau hatten zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation keinen Einfluß auf die Angehörigenbelastung. Im Unterschied dazu erwiesen sich emotionales Coping und externe Kontrollüberzeugungen als Einflußfaktoren, die die Angehörigenbelastung erhöht. Interne Kontrollüberzeugungen der Angehörigen gingen dagegen mit geringen Belastungen einher. Bei der 1-Jahres-Katamnese blieben diese Korrelationen stabil. Zusätzlich zeigte sich ein signifikanter Einfluß der Residualsymptomatik der Patienten (nach Angaben der Angehörigen) auf die Angehörigenbelastungen.

Zusammenfassend verweisen die Ergebnisse darauf, daß unabhängig vom Zustand des Patienten die Belastungen der Angehörigen durch ihre eigenen psychosozialen Ressourcen beeinflußt werden. Dies impliziert, daß in der professionellen Angehörigenarbeit stärker auf die verfügbaren Copingstrategien und Kontrollüberzeugungen der Angehörigen eingegangen werden müßte.

7 Literaturverzeichnis

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. (4. Aufl.). Dt. Bear. v. H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen: Hofgrete, Verlag für Psychologie.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). Washington DC.

ANTONOVSKY, A. (1987a): Unravelling the mystery of health. Jossey Bass London

ANTONOVSKY, A. (1987b): The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances* 4, 47-55.

ANTONOVSKY, A. (1993): The structure and the properties of sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.* 36, 725-733.

AVISON, W.R. (1999). The impact of mental illness on the family. In C.S. Aneshensel & J.C. Phelan. (Eds.). *Handbook of Sociology of Mental Health* (S.503-515). New York: Kluver.

BERGER, M. & STIEGLITZ, R.-D. (1999). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Kapitel 10. Schizophrenien und andere psychotische Störungen. S.406-475. Urban & Schwarzenberg – München –Wien –Berlin.

BERGER, M. & STIEGLITZ, R.-D. (1999). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Kapitel 11. Affektive Störungen. S.484-566. Urban & Sschwarzenberg – München –Wien –Berlin.

BIEGEL, D., MILLIGAN, S., PUTNAM, P., & SUNG, L.-Y. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal* 30 (5), 473-494.

BIRCHWOOD, M., & SMITH, J. (1987). Schizophrenia and the Family. In J. Orford (Ed.), *Coping with Disorder in the Family* (S. 7-38). London: Croon Helm.

BLEULER, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15 Aufl., Springer, Berlin.

BUDDEBERG, C., WOLF, C., SIEBER, M., RIEHL-EMDE, A., BERGANT, A., STEINER, R., LANDOLT-RITTER, C., RICHTER, D. (1991): Coping strategies and course of disease of breast cancer patients. *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 55, 151-157.

BUCHNER, E. (2001). *Angehörige von Psychatriepatienten und –patientinnen: Ihre Belastungen und ihr Bewältigungsverhalten*. Diplomarbeit im Fach klinische Psychologie an der LMU München.

BUDDEBERG, C., SIEBER, M., WOLF, C., LANDOLT-RITTER, C., RICHTER, D., STEINER, R. (1996): Are coping strategies related to disease outcome in early breast cancer? *J. Psychosom. Res.* 40, 255-264.

CLAUSEN, J. A., YARROW, M. R. (1955). The impacts of mental illness on the family. *Journal of Social Issues* 1955, 11:3-64.

COMER, R.J. (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

COOK, J. A. (1988). Who mothers the chronically mentally ill? *Family Relations*, 37, 42-49.

DEAN, C., SURTEES, P. G. (1989): Do psychological factors predict survival in breast cancer? *J. Psychosom. Res.* 33, 361-569.

FILIPP, S.-H. (1992): Could it be worse? The diagnosis of cancer as a prototype of traumatic life events. In: Montada, L., Philipp, S.-H., Lerner, M. J. (eds.): *Life crises and experiences of loss in adulthood*. Erlbaum, Hillsdale. NJ.

GRAD, J., SAINSBURY, P. (1966). Problems of caring for the mentally ill at home. Proc R Soc Med 1966; 59: 20-23.

HAMILTON, M. (1960). A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiat 23: 56-62.

JUNGBAUER, J., BISCHKOPF, J., ANGERMEYER, M.C. (2001) Psychiat Prax; 28: 105-114. Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

JUNGBAUER, J., BISCHKOPF, J., ANGERMEYER, M.C. (2001) „Die Krankheit hat unser Leben total verändert“ – Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. Psychiat Prax; 28: 133-138, Georg Thieme Verlag Stuttgart-New-York.

DEROGATIS, L.R. (1977). SCL-90-R, administration, scoring & procedures. Manual for the R(evised) Version. John Hopkins University School of Medicine.

HEIM, E., (1998). Coping- Erkenntnisstand der 90er Jahre. PPM Psychother. med. Psychol. 48 . Georg Thieme Verlag Stuttgart –New York. 321-337.

FADDEN, G., BEBBINGTON, P. & KUIPERS, L. (1987 a). The Burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. British Journal of Psychiatry, 150, 285-292.

FADDEN, G., BEBBINGTON, P. & KUIPERS, L. (1987 b). Caring and its burden: a study of the spouses of depressed patients. British Journal of Psychiatry, 151, 660-667.

FERRING, D. & FILIPP, H.-S., (1989). Bewältigung kritischer Lebensereignisse: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der „Ways of Coping Checklist“. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 10 (4), 1989-199.

FOLKMAN, S.,(1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 46, 839-852.

FRANK, E., KUPFER, D.J., PEREL, J.M., CORNES, C., JARRETT, D.B., MALLINGER, A.G., THASE, M.E., McEACHRAN, A.B. & GROCHOCINSKI, V.J., (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.

GAMACHE, G., TESSLER, R. C., & NICHOLSON,. (1995). Child care as a neglected dimension of family burden. In J.R. Greenley (Ed.), *Research in community an mental health*, Bd. 8, S. 63-90. Greenwich: JAI-Press.

GIBBONS, J.S., HORN, S.H., POWELL; J.M. & GIBBONS, J.L. (1984). Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatry service based on a DGH unit. *British Journal of Psychiatry*, 144, 70-77.

GREENBERG, J. A., KIM, H. W. & GREENLEY, J. R. (1997). Factors associated with subjektive burden in siblings of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 231- 241.

HAHLWEG, K., DÜRR, H. & MÜLLER, U. (1995). *Familienbetreuung schizophrener Patienten*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

HAMMEN, C. (1999). *Depression: Erscheinungsformen und Behandlung*. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

HAMMEN, C.L. & PETERS, S. D. (1978). Interpersonal consequences of depression: Responses to men and woman enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 322-332.

HOENIG, J., & HAMILTON, M., (1966). The schizophrenic patient and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry* 12, 165-167.

HOKANSON, J.E. HUMMER, J.T. & BUTLER, A.C. (1991). Interpersonal perceptions by depressed college students. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 443-457.

HOWES, M. J., HOKANSON, H. E. & LOEWENSTEIN, D. A. (1985). Induction of depressive affect after prolonged exposure to a mildly depressed individual. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1110-1113.

JABLENSKY, A. (1995). Schizophrenie: The Epidemiological Horizon. In: Hirsch, S.R., D.R. Weinberger (eds): *Schizophrenica*, pp.206-252. Blackwell Science, Oxford.

JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., ERNBERG, G., ANKER, M., KORTEN, A., COOPER, J. E., DAY, R., BERTELSEN, A., (1992). *Schizophrenica: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol.med. (Monograph Suppl.20)* Cambridge University Press, Cambridge

JUNGBAUER, J., BISCHKOPF, J., ANGERMEYER, M.C. (2001) *Psychiat Prax*; 28: 105-114. Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

JUNGBAUER, J., BISCHKOPF, J., ANGERMEYER, M.C. (2001) „Die Krankheit hat unser Leben total verändert“ – Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. *Psychiat Prax*; 28: 133-138, Georg Thieme Verlag Stuttgart-New-York.

KAY, S.R., FISZBEIN, A. & OPLER, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.

KEITNER, G. I. & MILLER, I.W. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 147:9, 1128-1137.

KEITNER, G. I., MILLER, I.W., EPSTEIN, N. B. (1986). The functioning of families of patients with Major Depression. *International Journal of Family Psychiatry*, 7,11-16.

KESSLER, R.C., McGONAGLE, K.A., ZHAO, S., NELSON, C.B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H. & KENDLER, K.S., (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-9.

KRAMPEN, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen-Toronto-Zürich: Hofgreffe.

LAZARUS, R. (1993a): Coping theory and research: past present, and future. *Psychosom. Med.* 55, 234-247.

LAZARUS, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

LAZARUS, R. & FOLKMAN, S., (1984a). Coping and Adaptation. In W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (S.282-325). New York: Guilford Press.

LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984b). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

LIBERMAN, R.P., JACOBS, H.E., BOONNE, S.E., FOY, D.W., DONAHOE, C.P., FALLOON, I.R.,BLACKWELL, G. & WALLACE, C.J. (1986). Fertigkeitstraining zur Anpassung Schizophrener an die Gesellschaft. In W. Böker & H.D.Brenner (Hrsg.). *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern: Huber.

MAGLIANO, L., FADDEN, G., ECNOMOU, M., XAVIER, M., HELD, T., GUARNERI, M., MARASCO, C., TOSINI, P. & MAJ, M. (1998). Social and

clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 413-419.

MANNION, E., MUESER, K., SOLOMON, P. (1994). Designing psychoeducational services for spouses of persons with serious mental illness. *Community Ment Health J* 1994; 30: 177-190.

MAURIN, J. & BOYD, D. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing* 4, 99-107.

MILLER, I., KABACOFF, R. I., KEITNER, G. I. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 302-312.

MÖLLER, H.-J., LAUX, G., DEISTER, A. (2001). *Duale Reihe; Psychiatrie und Psychotherapie; unter Mitarbeit von H. Braun-Scharm; pp.134; 2.Aufl.Georg Thieme Verlag 2001, S.73-170.*

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Aug; 255(4): 223-231.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. (2006). Multivariate prediction of relatives stress outcome one year after first hospitalization of schizophrenic and depressed patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 Mar; 256(2):122-130.

MUSCROFT, J. & BOWL, R. (2000). The impact of depression on caregivers and other family members: implication for professional support. *Counselling Psychology Quarterly*, 13 (1), 117 –134.

NOH, S. & AVISON, W. R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: Factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 377-389.

NUECHTERLEIN, K.H., SNYDER, D.S.& MINTZ, J. (1992). Wege zum Rückfall: Mögliche transaktionale Prozesse zwischen Ersterkrankung, Expressed Emotion und psychotischem Rückfall. In H.G. Brenner & W. Böker (Hrsg.), *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. Dynamische Wechselwirkungen relevanter Faktoren*. Bern: Huber.

PAI, S. & KAPUR, R. L., (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry* 138, 332-335.

PEARLIN, L. I. (1989): the sociological study of stress. *J. Health. Soc. Behav.* 30,241-256.

PICKET, S., GREENLEY, J. R., GRENSBERG, J.S. (1995). Off-timedness as a contributor to subjektive burdens for parents of offspring with severe mental illness. *Family relations*, 44, 195-201.

SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., KORTEN, A., ERNBERG, G., ANKER , M., COOPER , J. E., DAY, R. (1986). Early manifestations and first- contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol. Med.* 16, 909-928.

SCHENE, A.H., TESSLER, R.C. & GAMACHE, G.M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 228-240.

STENGARD, E. (2003). Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nord J Psychiatry* 57: 271-277.

STEPHENS, R. S., HOKANSON, J. E. & WELKER, R. A. (1987). Responses to depressed interpersonal behavior. Mixed reactions in a helping role. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1274-1282.

STRACK, S. & COYNE, J.C. (1983). Social confirmation of dysphoria: Shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 109-122

STURT, E., KUMAKURA, N. & DER, G. (1984). How depressing life is – lifelong risk of depressive disorder, a basis for comparison. *Journal of Affective Disorders*, 7, 109-122.

SZMUKLER, E., KUIPERS, E., JOYCE, J., HARRIS, T., LEESE, M., MAPHOSA, W., STAPLES, E. (2003). An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with a psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 411-418.

THOMAS, C., TURNER, P., MADEEN, F. (1988): Coping and the outcome of stoma surgery, *J. Psychosom. Res.* 32, 457-467.

VELTRO, F., MAGLIANO, L., LOBRACE, S., MOROSINI, P. L. & MAJ, M. (1994). Burden on key relatives of patients with schizophrenia vs. neurotic disorders: a pilot study. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 66-70.

WEISSMAN, M.M. ET AL. (THE CROSS-NATIONAL COLLABORATIVE GROUP). (1992). The changing rate of major depression: Cross national comparison. *JAMA*, 268 (21), 3098-3105.

WINOKUR, G., CLAYTON, P., REICH, T. (1969) *Manic Depressive Illness*. Mosby, St. Louis (M. O.).

WHO (1973), CREER & WING (1975): Symptome der akuten und chronischen Schizophrenie. Aus Berger et al. 1999. Kapitel 10. Schizophrenien und andere psychotische Störungen. S.410.

YARROW, M., CLAUSEN, J. & ROBBINS, P. (1955). The social meaning of mental illness. *Journal of Social Issues*, 11, 33-48.

ZERSSEN, D. VON. (1976). Die Befindlichkeits-Skala: Parallelförmige Bf-S und Bf-S'. Göttingen: Beltz_Test.

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der Angehörigenbelastungen (n=54)	38
Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Bereiche objektiver Belastungen Angehöriger schizophrener und depressiver Patienten (n=54)	40
Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Bereiche subjektiver Belastungen von Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten (n=54)	41
Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Belastungsvariablen in Abhängigkeit von der Diagnose (Depression und Schizophrenie) des Patienten (Mann-Whitney-U-Test).....	42
Tabelle 5: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen psychosozialem Funktionsniveau der Patienten und den Angehörigenbelastungen (n=54).....	44
Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionszentrierten und problemzentrierten Coping der Angehörigen (n=54)	45
Tabelle 7: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen emotionszentrierten und problemzentrierten Copingstrategien der Angehörigen und deren Belastungen (n=54)	46
Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen (n=54)	47
Tabelle 9: Parametrische Korrelation nach Pearson der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen mit deren Belastungen (n=54)	48
Tabelle 10: Angehörigenbelastungen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben)	49
Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Bereiche der objektiven Belastungen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1	50
Tabelle 12: T-Test für gepaarte Stichproben unterschiedlicher Bereiche der objektiven Belastungen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1	51

Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Bereiche subjektiver Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (n=46)	52
Tabelle 14: T-Test für gepaarte Stichproben verschiedener Bereiche subjektiver Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1	53
Tabelle 15: Befindlichkeit der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; n=47)	54
Tabelle 16: Psychische Symptomatik der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; n=47)	54
Tabelle 17: T-Test für gepaarte Stichproben der Belastungen Angehöriger depressiver Patienten zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1	55
Tabelle 18: T-Test für gepaarte Stichproben der Belastungen Angehöriger schizophrener Patienten zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1	56
Tabelle 19: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen der Residualsymptomatik depressiver Patienten und den Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese	57
Tabelle 20: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen der Residualsymptomatik schizophrener Patienten und der Belastungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese	57
Tabelle 21: Emotionszentriertes und problemzentriertes Bewältigungsverhalten der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; n=47)	58
Tabelle 22: Parametrische Korrelation nach Pearson zwischen den emotionszentrierten und problemzentrierten Copingstrategien der Angehörigen und deren Belastungen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese	59
Tabelle 23: Internale und externale Kontrollüberzeugungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der Erstbefragung t_0 und der 1-Jahres-Katamnese t_1 (T-Test für gepaarte Stichproben; n=46)	60

Tabelle 24: Parametrische Korrelation nach Pearson der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese	61
---	----

9. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Modell zur Ätiopathogenese von Depressionen.....	15
Abbildung 2: Theoretisches Modell zur Datenanalyse.....	28
Abbildung 3: Normalverteilungskurve des Gesamtscores objektiver Belastungen anhand eines Histogramms.....	39

10. Anhang: Fragebögen

Fragebogen zur Belastung von Angehörigen
 A.M.L. Möller-Lemkühler (nach Pai und Kapur)

Code: (bitte nicht ausfüllen)

Code Patient (bitte nicht ausfüllen)

Name:..... Datum:

Geburtsdatum:

Elternteil Geschlecht: männlich

(Ehe-)Partner weiblich

sonstiger Verwandter

ANLEITUNG

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Liste von Aussagen, die sich auf die psychische Erkrankung Ihres Familienmitglieds (Sohn, Tochter, Partner/in) beziehen. Sie beschreiben typische Erfahrungen von Angehörigen psychisch Kranker. Bitte gehen Sie jede Aussage der Reihe nach durch und geben Sie durch Ankreuzen des jeweiligen Antwortkästchens an

1. ob Sie die jeweilige Erfahrung in den letzten drei Monaten gemacht haben und
2. wenn ja, wie belastend Sie diese Erfahrung für Sie ist.

Bei allen diesen Aussagen geht es um Ihre ganz persönliche Sichtweise, deshalb gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

	Wie sehr fühlen Sie sich dadurch belastet?				
	JA	NEIN	gar nicht	mäßig	sehr
Familienalltag					
1. Hat er/sie wegen der Erkrankung die Arbeitsstelle (Schule, Uni) aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Distanziert er/sie sich von gemeinsamen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hilft er/sie nicht mehr im Haushalt (bei erkrankten Hausfrauen: Ist sie nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu führen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie oder ein anderes Familienmitglied mit gewohnheitsmäßigen Aktivitäten aufgehört oder diese reduziert, um mehr Zeit für ihn/sie zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Alltagsgewohnheiten durch sein/ihr Verhalten gestört? (Schlaf, Zeit für sich selbst, gemeinsame Mahlzeiten etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienatmosphäre					
6. Distanziert er/sie sich von anderen Familienmitgliedern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat sich die Atmosphäre in Ihrer Familie verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Wie sehr fühlen Sie sich dadurch belastet?				
	JA	NEIN	gar nicht	mäßig	sehr
8. Streiten Sie sich in der Familie darüber, wie man mit ihm/ihr am besten umgeht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Verwandte, Freunde oder Nachbarn ihre Besuche bei Ihnen/ Ihrer Familie aufgrund seines/ihrer Verhaltens eingestellt oder reduziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ziehen Sie sich von anderen zurück aus Scham oder Angst, daß andere mit dem Finger auf Sie zeigen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gibt es wegen seiner/ihrer Erkrankung weiterreichende Konflikte (z.B. bei Partnern: beabsichtigte Trennung, Konflikte zwischen Ihrer Familie und einer verwandten Familie, Erbschaftsstreitigkeiten etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitverhalten					
12. Sind Sie in Ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gibt es ein anderes Familienmitglied, das wegen der Erkrankung die Beschäftigung mit seinen Hobbies und Interessen einschränken muß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Müssen Aktivitäten wie Urlaub, Ausflüge, Familientreffen ausfallen wegen seiner/ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

			Wie sehr fühlen Sie sich dadurch belastet?		
	JA	NEIN	gar nicht	mäßig	sehr
Finanzen					
15. Hat er/sie wegen seiner/ihrer Erkrankung seine Arbeitsstelle verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hat er/sie von sich aus aufgehört zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sind Sie oder ein anderes Familienmitglied nicht mehr (voll) erwerbstätig, um zu Hause für ihn/sie sorgen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wird dadurch das Familieneinkommen reduziert bzw. haben Sie dadurch höhere Ausgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Erfordert seine/ihre Erkrankung vermehrte finanzielle Aufwendungen für Medikamente, Transport, Unterbringung, Behandlungen etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hat er/sie in letzter Zeit unmotiviert viel Geld ausgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Haben Sie in letzter Zeit andere hohe Ausgaben gehabt, die mit seiner/ihrer Erkrankung zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Haben Sie/Ihre Familie aufgrund des finanziellen Drucks auf bestimmte Aktivitäten wie Urlaub, Ausflüge, Familientreffen etc. verzichten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

			Wie sehr fühlen Sie sich dadurch belastet?		
	JA	NEIN	gar nicht	mäßig	sehr
23. Müssen Sie aufgrund der Erkrankung finanzielle Rücklagen nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Haben Sie Kredit aufnehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohlbefinden					
25. Leiden Sie unter Schuldgefühlen im Zusammenhang mit seiner/ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Haben Sie zeitweise ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit, wenn Sie an die Zukunft denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Haben Sie manchmal Angst, wenn Sie mit ihm/ihr zusammen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Haben Sie das Gefühl, daß Sie die Probleme im Zusammenhang mit seiner/ihrer Erkrankung im großen und ganzen meistern können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Fühlen Sie sich oder andere Familienmitglieder wegen der Konzentration auf ihn/sie vernachlässigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CIPS
 90

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

Initialen des Patienten: _____
 Unterschrift des Untersuchers: _____

Datum: / /
 Monat: / /
 Jahr: / /
 Stunde (Uhrz.): /

Rater-Nr.: / /
 Familien-Nr.: / /
 Kartennummer: / /

Bf-S

Folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen hinter der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in das Kästchen „weder – noch“. (Machen Sie keine Zeile aus!)

hier anfangen (1.–14.)				hier fortsetzen (15.–28.)			
Ich fühle mich jetzt:				Ich fühle mich jetzt:			
	eher	eher	weder-nach		eher	eher	weder-nach
1. frisch	<input type="checkbox"/>	matt	<input type="checkbox"/>	15. sündig	<input type="checkbox"/>	rein	<input type="checkbox"/>
2. teilnahmslos	<input type="checkbox"/>	teilnahmsvoll	<input type="checkbox"/>	16. sicher	<input type="checkbox"/>	bedroht	<input type="checkbox"/>
3. froh	<input type="checkbox"/>	schwermütig	<input type="checkbox"/>	17. verlassen	<input type="checkbox"/>	umsorgt	<input type="checkbox"/>
4. erfolgreich	<input type="checkbox"/>	erfolglos	<input type="checkbox"/>	18. ausgewogen	<input type="checkbox"/>	innerlich getrieben	<input type="checkbox"/>
5. versichert	<input type="checkbox"/>	friedlich	<input type="checkbox"/>	19. selbstsicher	<input type="checkbox"/>	unsicher	<input type="checkbox"/>
6. entschlossen	<input type="checkbox"/>	entschlusslos	<input type="checkbox"/>	20. schlaflos	<input type="checkbox"/>	wahllos	<input type="checkbox"/>
7. flexibel	<input type="checkbox"/>	weinerlich	<input type="checkbox"/>	21. beweglich	<input type="checkbox"/>	starr	<input type="checkbox"/>
8. aufgeregter	<input type="checkbox"/>	verstimmt	<input type="checkbox"/>	22. müde	<input type="checkbox"/>	ausgeruht	<input type="checkbox"/>
9. appetitlos	<input type="checkbox"/>	appetitfroh	<input type="checkbox"/>	23. zögernd	<input type="checkbox"/>	bestimmt	<input type="checkbox"/>
10. gesellig	<input type="checkbox"/>	zurückgezogen	<input type="checkbox"/>	24. ruhig	<input type="checkbox"/>	unruhig	<input type="checkbox"/>
11. unzuverlässig	<input type="checkbox"/>	vollwertig	<input type="checkbox"/>	25. schwunglos	<input type="checkbox"/>	schwungvoll	<input type="checkbox"/>
12. entspannt	<input type="checkbox"/>	gespannt	<input type="checkbox"/>	26. nutzlos	<input type="checkbox"/>	unentbehrlich	<input type="checkbox"/>
13. glücklich	<input type="checkbox"/>	unglücklich	<input type="checkbox"/>	27. schwerfällig	<input type="checkbox"/>	lebhaft	<input type="checkbox"/>
14. abweisend	<input type="checkbox"/>	zugänglich	<input type="checkbox"/>	28. überlegen	<input type="checkbox"/>	unterlegen	<input type="checkbox"/>

Codenummer / Name:

Geschlecht: männlich weiblich

Bildungsstand: Haupt-/Realschule Abitur abgeschl. Studium unbekannt

Alter:

Datum:



Anleitung
 Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:
 Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?
 Stärke Ihrer Zustimmung:
 Überhaupt nicht
 0 1 2 3 4
 sehr stark

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen [4] = „sehr stark“ an.
 Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

	Überhaupt nicht	0	1	2	3	4	sehr stark
1. Kopfschmerzen		0	1	2	3	4	
2. Nervosität oder innerem Zittern		0	1	2	3	4	
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen		0	1	2	3	4	
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühle		0	1	2	3	4	
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität		0	1	2	3	4	
6. zu kritischer Einstellung gegenüber anderen		0	1	2	3	4	
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat		0	1	2	3	4	
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind		0	1	2	3	4	
9. Gedächtnisschwierigkeiten		0	1	2	3	4	
10. Beunruhigung wegen Achlosigkeit und Nachlässigkeit		0	1	2	3	4	
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein		0	1	2	3	4	
12. Herz- und Brustschmerzen		0	1	2	3	4	
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße		0	1	2	3	4	
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken		0	1	2	3	4	
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen		0	1	2	3	4	
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört		0	1	2	3	4	
17. Zittern		0	1	2	3	4	
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann		0	1	2	3	4	
19. schlechtem Appetit		0	1	2	3	4	
20. Neigung zum Weinen		0	1	2	3	4	

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

	Überhaupt nicht	0	1	2	3	4	sehr stark
21. Schwächenheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht		0	1	2	3	4	
22. der Befürchtung, erlappet oder erwischt zu werden		0	1	2	3	4	
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund		0	1	2	3	4	
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren		0	1	2	3	4	
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen		0	1	2	3	4	
26. Sie beschuldigen über bestimmte Dinge		0	1	2	3	4	
27. Kreuzschmerzen		0	1	2	3	4	
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen		0	1	2	3	4	
29. Einsamkeitsgefühlen		0	1	2	3	4	
30. Schermut		0	1	2	3	4	
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen		0	1	2	3	4	
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren		0	1	2	3	4	
33. Furchtsamkeit		0	1	2	3	4	
34. Verletzlichkeit in Geföhlungen		0	1	2	3	4	
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimen Gedanken wissen		0	1	2	3	4	
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind		0	1	2	3	4	
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können		0	1	2	3	4	
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist		0	1	2	3	4	
39. Herzklopfen oder Herzjagen		0	1	2	3	4	
40. Übelkeit oder Magenverkrümmung		0	1	2	3	4	



Skizzen zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens

Die nachstehenden Aussagen sind so formuliert, daß sie typische, charakteristische Ereignisse im Leben beinhalten. Sie sind die Erfassung Ihrer typischen Bewältigungsverhalten.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	01121314	66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	01121314
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederschmerzen)	01121314	67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	01121314
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	01121314	68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	01121314
44. Einschichtschwierigkeiten	01121314	69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	01121314
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzu-kontrollieren, was Sie tun	01121314	70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	01121314
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	01121314	71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	01121314
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	01121314	72. Schreck- und Panikanfällen	01121314
48. Schwierigkeiten beim Atmen	01121314	73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	01121314
49. Hitzevallungen und Kälteschauern	01121314	74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	01121314
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	01121314	75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	01121314
51. Leere im Kopf	01121314	76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	01121314
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	01121314	77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	01121314
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	01121314	78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	01121314
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	01121314	79. dem Gefühl, wertlos zu sein	01121314
55. Konzentrationschwierigkeiten	01121314	80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	01121314
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	01121314	81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	01121314
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	01121314	82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	01121314
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	01121314	83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	01121314
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	01121314	84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	01121314
60. dem Drang, sich zu überessen	01121314	85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	01121314
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	01121314	86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	01121314
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	01121314	87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	01121314
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	01121314	88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	01121314
64. frühem Erwachen am Morgen	01121314	89. Schuldgefühlen	01121314
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	01121314	90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	01121314

Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens

Beim vorliegenden Fragebogen geht es darum, sich an typische, wiederkehrende Ereignisse im letzten Monat zu erinnern, die mit der Erkrankung Ihres Angehörigen zusammenhängen und die Sie persönlich als negativ oder unangenehm empfunden haben.

Wählen Sie bitte aus diesen für Sie unangenehmen Ereignissen ein häufiger auftretendes Ereignis aus und tragen Sie es in das unten stehende Kästchen ein.

Das unangenehme Ereignis ist:

Ich bekomme das Problem immer wieder gemeldet und vermute
etwas vermute.

Ich bekomme keine Arbeit oder andere Aktivitäten zu tun

Denken Sie nun einmal an das von Ihnen aufgeschriebene Ereignis zurück und versetzen Sie sich noch einmal in die Situation zum Zeitpunkt des Ereignisses. Zunächst beurteilen Sie bitte, wie Sie das Ereignis erlebt haben.

Bitte kreuzen Sie hier auf der jeweiligen Skala an,

- (1) wie „unangenehm“ das Ereignis war
- (2) wie „bedeutend“ das Ereignis war
- (3) wie stark Ihr Einfluß auf das Ereignis gewesen ist
- (4) wie „anspornend“ oder „lähmend“ Sie das Ereignis empfunden haben

wenig unangenehm sehr unangenehm

1 2 3 4 5

sehr große Bedeutung sehr geringe Bedeutung

1 2 3 4 5

ich hatte den Ablauf der Dinge jederzeit im Griff

ich stand dem Ablauf der Dinge ohnmächtig gegenüber

1 2 3 4 5

sehr anspornend

sehr lähmend

1 2 3 4 5

Im folgenden sind Aussagen aufgelistet, die Reaktionsmöglichkeiten auf solche Belastungen beschreiben. Bitte denken Sie daran, wie Sie meistens auf das von Ihnen ausgewählte Ereignis reagieren und kreuzen Sie dann bitte für jede Aussage entweder „JA“ oder „NEIN“ an.

Beziehen Sie jede Aussage auf das Ereignis.

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sie konzentrierten sich darauf, was als nächstes zu tun war - auf den nächsten Schritt, den Sie tun wollten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sie haben das Problem immer wieder gewälzt und versucht, es zu verstehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sie wandten sich der Arbeit oder anderen Aktivitäten zu, um sich davon abzulenken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sie meinten, es würde sich mit der Zeit ergeben, man könne nicht mehr tun als abzuwarten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sie verhandelten oder schlossen einen Kompromiß, um der Situation etwas Positives abzugewinnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sie taten etwas, das vermutlich nichts nützt, hatten dabei aber das Gefühl, wenigstens etwas zu tun. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sie brachten die verantwortliche Person dazu, ihre Meinung zu ändern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sie redeten mit jemandem, um mehr über die Situation zu erfahren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sie gaben sich selbst die Schuld. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sie hielten sich an etwas fest, das etwas Gutes aus der Situation machen könnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sie kritisierten sich oder belehrten sich selbst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sie versuchten, keine Möglichkeiten zu verspielen, sondern alles noch ein bißchen offen zu halten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Sie hofften auf ein Wunder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sie fügten sich Ihrem Schicksal; manchmal hat man einfach Pech. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	JA	NEIN
15. Sie machten weiter, als wäre nichts geschehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sie fühlten sich schlecht, weil Sie das Ereignis nicht vermeiden konnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sie behielten Ihre Gefühle für sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sie versuchten, nicht „schwarz zu malen“, auch die guten Seiten festzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sie schliefen mehr als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sie ärgerten sich über die Leute oder die Umstände, die das Problem verursachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sie nahmen das Mitleid oder Verständnis eines anderen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sie sagten sich selber Sachen vor, die es Ihnen leichter machten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sie bekamen eine neue Idee, etwas anderes und Schöpferisches zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sie versuchten, die ganze Sache zu vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sie ließen sich von Experten beraten und folgten dem Rat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sie veränderten sich als Person selbst in einer als positiv anzusehenden Weise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sie warteten ab, um zu sehen, was passieren würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sie machten etwas ganz Neues, was Sie unter anderen Umständen sonst nie getan hätten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sie versuchten, das Schlimme, das passiert war, einem anderen wiedergutzumachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sie entwarfen einen Plan, was Sie zu tun hatten, und führten ihn auch durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
31. Sie gaben sich mit dem nächstbesten zufrieden, statt mit dem, was Sie eigentlich wollten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sie ließen Ihre Gefühle irgendwie aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sie sahen ein, daß Sie das Unglück selbst heraufbeschworen hatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sie gingen aus der Situation besser heraus, als Sie hineingekommen waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sie redeten mit jemandem, der etwas Konkretes an dem Problem ändern konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sie haben das Ereignis zuerst hinter sich gelassen, versuchten sich auszuruhen oder Urlaub zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sie versuchten durch Essen, Trinken, Rauchen oder Medikamente, es sich besser gehen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sie taten etwas Waghalsiges und sehr Risikohaftes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Sie fanden neuen Glauben und eine wichtige Lebensweisheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Sie versuchten, nichts Überstürztes zu tun oder Ihrer ersten Neigung nicht nachzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Sie machten sich darüber lustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sie bewahrten Haltung und hielten die Ohren steif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sie entdeckten den Sinn des Lebens wieder neu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Sie führten eine Änderung ein, damit sich alles zum Besten weden würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Sie mieden den Umgang mit anderen Leuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Sie ließen sich nicht aus der Ruhe bringen und vermieden, viel darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sie baten eine von Ihnen hoch angesehene Person um Rat und verhielten sich danach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
48. Sie ließen andere nicht wissen, wie schlecht die Dinge standen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sie nahmen es auf die leichte Schulter, weigerten sich, die Sache ernst zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sie redeten mit jemandem darüber, wie Sie sich fühlten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Sie nahmen einen Standpunkt ein und kämpften für das, was Sie wollten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Sie ließen Ihren Ärger an anderen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Sie besannen sich auf vergangene Erfahrungen; Sie waren schon einmal in einer ähnlichen Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Sie nahmen alles eins nach dem anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Sie wußten, was zu tun war, also strengten Sie sich an und versuchten mit doppelter Kraft, alles in die Wege zu leiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Sie weigerten sich, das, was passiert war, wahrzuhaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Sie haben sich versprochen, daß es das nächste Mal anders sein würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Sie stießen auf einige verschiedene Lösungen für das Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Sie haben eingesehen, daß nichts auszurichten war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Sie wünschten, Sie wären eine stärkere Person - optimistischer und durchsetzungsfähiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Sie akzeptierten Ihre starken Gefühle, aber ließen Sie wenig Einfluß auf andere Angelegenheiten ausüben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Sie wünschten sich, daß Sie das, was passiert war, schnell ändern könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Sie wünschten sich, Ihre Gefühle und Empfindungen darüber ändern zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRAGENBOGEN TEK

	JA	NEIN
64. Sie änderten an sich selbst etwas, um mit dem Ereignis besser fertig werden zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Sie flüchteten sich in Tagträume und stellten sich Zeiten vor, zu denen es Ihnen einmal besser ging als in der Gegenwart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Sie stellten sich in Ihrer Phantasie vor, wie das Ereignis wohl ausgehen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Sie sann über phantastische Dinge nach und malten sich solche Sachen aus, die dazu beitragen konnten, daß sich Ihre Stimmung verbesserte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Sie wünschten sich, daß die Situation verschwinden oder sich in Nichts auflösen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Sie machten etwas anderes, was hier bisher nicht genannt wurde, nämlich:		

Allgemein gesehen handelte es sich bei dem Ereignis um eine Situation		
a) die Sie ändern oder an der Sie etwas ausrichten konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Sie akzeptieren oder ertragen mußten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) in der Sie erst besser Bescheid wissen mußten, bevor Sie hätten handeln können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) in der Sie sich zurückhalten mußten von dem, was Sie machen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie oben mehr als einmal die Antwort „JA“ angekreuzt haben, unterstreichen Sie bitte die Antwort, die die Situation am besten beschreibt!		
<i>Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!</i>		

FRAGEBOGEN FKK

G. Krampen

Name / Code: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Höchster Schulabschluß: _____

Beruf: _____ Ihr Geschlecht: o weiblich o männlich

ANLEITUNG

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen (durch deutliches Ankreuzen), das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ist ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

"Ich bin ein lebhafter Mensch."

-	-	-	-	+	++	+++
---	---	---	---	---	----	-----

Ist diese Aussage für Sie sehr falsch, durchkreuzen Sie bitte: ---

Ist diese Aussage für Sie falsch, durchkreuzen Sie bitte: --

Ist diese Aussage für Sie eher falsch, durchkreuzen Sie bitte: -

Ist diese Aussage für Sie eher richtig, durchkreuzen Sie bitte: +

Ist diese Aussage für Sie richtig, durchkreuzen Sie bitte: ++

Ist diese Aussage für Sie sehr richtig, durchkreuzen Sie bitte: +++

Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

© by Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, 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.

Recht-Nr. 01093/03

Seite -2-

Im folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Diese Aussage ist:		sehr falsch						sehr richtig
01.	Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht.	-	-	-	-	+	++	+++
02.	Zufällige Geschehnisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags.	-	-	-	-	+	++	+++
03.	Ich habe das Gefühl, daß vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt.	-	-	-	-	+	++	+++
04.	Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor.	-	-	-	-	+	++	+++
05.	Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt alleine von mir und meinem Verhalten ab.	-	-	-	-	+	++	+++
06.	Wenn ich Pläne schmiede, bin ich mir ganz sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird.	-	-	-	-	+	++	+++
07.	Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	-	-	-	-	+	++	+++
08.	Mehrdeutige Situationen mag ich nicht, da ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.	-	-	-	-	+	++	+++
09.	Wenn ich bekomme, was ich will, so spielt Glück meistens auch eine Rolle.	-	-	-	-	+	++	+++
10.	Andere Menschen verhindern oft die Verwirklichung meiner Pläne.	-	-	-	-	+	++	+++
11.	Ich kann mich am besten selbst durch mein Verhalten vor Krankheiten schützen.	-	-	-	-	+	++	+++
12.	Ich weiß oft nicht, wie ich meine Wünsche verwirklichen soll.	-	-	-	-	+	++	+++
13.	Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab.	-	-	-	-	+	++	+++
14.	Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt.	-	-	-	-	+	++	+++
15.	Ob ich einen Unfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	-	-	-	-	+	++	+++
16.	Ich kenne viele Möglichkeiten, mich vor Erkrankungen zu	-	-	-	-	+	++	+++

Seite -3-

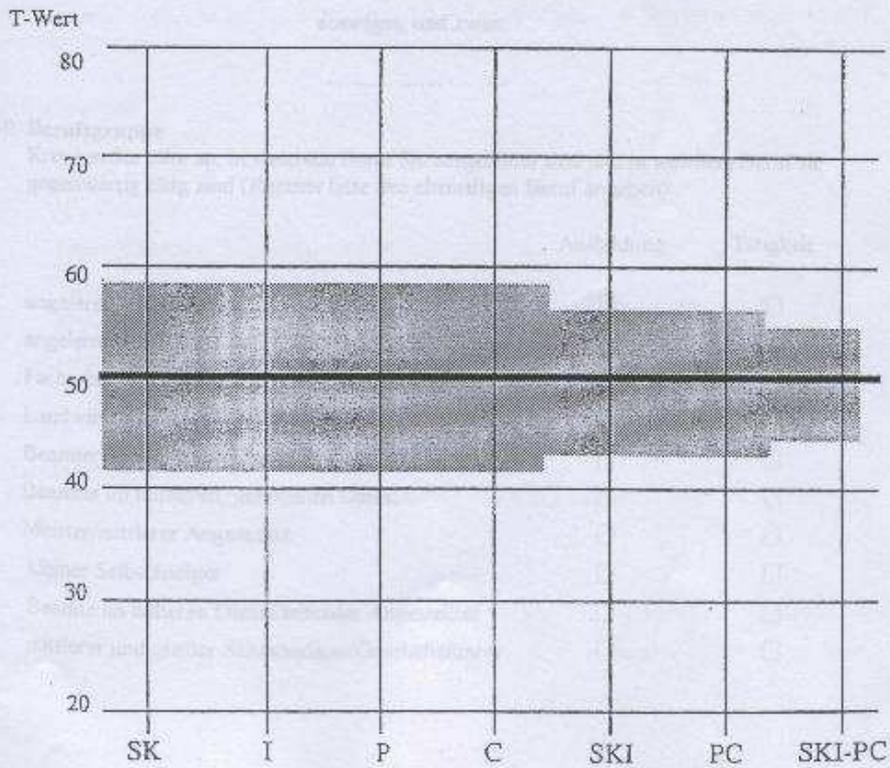
Diese Aussage ist:	sehr falsch	sehr richtig
17. Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen.	- - - - -	+ ++ +++
18. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	- - - - -	+ ++ +++
19. Um das zu bekommen, was ich will, muß ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein.	- - - - -	+ ++ +++
20. In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann.	- - - - -	+ ++ +++
21. Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten.	- - - - -	+ ++ +++
22. Mein Wohlbefinden hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer Menschen ab.	- - - - -	+ ++ +++
23. Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	- - - - -	+ ++ +++
24. Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in einer Situation machen soll.	- - - - -	+ ++ +++
25. Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will.	- - - - -	+ ++ +++
26. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starkem Maße von dem Verhalten anderer ab.	- - - - -	+ ++ +++
27. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengung und meines persönlichen Einsatzes.	- - - - -	+ ++ +++
28. Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein.	- - - - -	+ ++ +++
29. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute.	- - - - -	+ ++ +++
30. Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und meine Wünsche bestimmt.	- - - - -	+ ++ +++
31. Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht.	- - - - -	+ ++ +++
32. Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein.	- - - - -	+ ++ +++

Bitte hier nichts ausfüllen!

AUSWERTUNGSTABELLE

	SK	I	P	C	SKI	PC	SKI-PC
Summe 1							
Summe 2							
Gesamt-Rohwert							
Prozentrang (PR)							
T-Wert							

SKALENPROFIL



Demographische Standards

Wir möchten Sie noch um einige allgemeine Auskünfte zu Ihrer Person bitten.
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

1. **Staatsangehörigkeit** deutsch nicht deutsch

2. **Alter (Jahre)**

3. **Geschlecht** männlich weiblich

4. **Familienstand** ledig
verheiratet
geschieden/getrennt
verwitwet

5. **Anzahl der Kinder**
Alter der Kinder (in Jahren);;

6. **Wohnsituation**
Geben Sie bitte an, wie Sie leben. Es können mehrere der folgenden Antworten angekreuzt werden.

Ich lebe alleine
Ich lebe zusammen mit
 Partner/Partnerin
 Kind/Kindern
 Eltern/Elternteil
 Schwiegereltern/-eltern
 Verwandten
 sonstigen Personen

7. **Haushaltsgröße**
Wieviel Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

8. Schulbildung

Kreuzen Sie bitte den höchsten Abschluß an.

- Grund-/Hauptschule ohne Abschluß
- Grund-/Hauptschule mit Anschluß
- Mittlere Reife/Fachschulabschluß
- Abitur/Fachabitur
- Fach-/Hochschulstudium abgeschlossen

anderer Schulabschluß, und zwar

.....

9. Derzeitige Tätigkeit

- vollzeit erwerbstätig
- teilzeiterwerbstätig
- mithelfender Familienangehöriger
- arbeitslos
- Hausfrau/Hausmann
- berentet

sonstiges, und zwar:

.....

10. Berufsgruppe

Kreuzen Sie bitte an, in welchem Beruf Sie ausgebildet sind und in welchem Beruf sie gegenwärtig tätig sind (Rentner bitte den ehemaligen Beruf angeben)

	Ausbildung	Tätigkeit
ungelernter Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angelernter Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharbeiter, Handwerker, einfacher Angestellter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landwirt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter im einfachen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter im mittleren, gehobenen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meister/mittlerer Angestellte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleiner Selbständiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamte im höheren Dienst/leitender Angestellter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittlerer und großer Selbständiger/Geschäftsführer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Lebenslauf

Name: Amelie Bauer
Straße: Pütrichstr.4
Ort: 81667 München
Geburtsdatum: 28.10.1977
Geburtsort: Eberbach
Religionszugehörigkeit: röm. kath.
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: deutsch
Mutter: Beatrix Bauer
Vater: Prof. Dr. med. Michael Bauer

Schulbildung

1997 Abitur am Berthold-Gymnasium in Freiburg

Hochschulausbildung

1998-2003 Studium der Zahnmedizin an der LMU München

07/ 2003 Examen

Approbation als Zahnärztin

Beruf

2004 Als Vorbereitungsassistentenzahnärztin in einer
Münchener Zahnarztpraxis bei Fr. Dr. Fräßdorf-
Heyke tätig.

Seit 11/2004 Als Assistentenzahnärztin in Zahnarztpraxis München
Solln bei Hr. Rettstadt tätig.

Dissertation 2002-2007