

**Belastungen, Kontrollüberzeugungen,
Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation,
Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von
Patienten in stationärer Behandlung
und ihren Angehörigen**

**– Eine Analyse wechselseitiger Bedingungen
bei Patienten mit Schizophrenie, bipolar affektiven Störungen, Depressionen
und Persönlichkeitsstörungen –**

Band I

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät II (Psychologie)

vorgelegt von

Rita Bauer

Universität Regensburg

19. März 2010

Regensburg, 2010

Erstgutachter:

Prof. Dr. med. Clemens Cording (Emeritus)
Stv. Äztl. Direktor des Bezirksklinikums Regensburg
Honorarprofessor an der Universität Regensburg

Zweitgutachter:

Prof. Dr. phil. Helmut Lukesch
Lehrstuhl Experimentelle Psychologie an der Philosophischen
Fakultät II der Universität Regensburg

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die es mir ermöglicht haben, diese Arbeit zu schreiben:

Herrn Prof. Dr. med. H. E. Klein, dem Direktor des Bezirksklinikums Regensburg danke ich, dass er dieser Erhebung zugestimmt hat.

Herrn Prof. Dr. med. C. Cording, dem ehemals stellvertretenden Direktor des Bezirksklinikums Regensburg, danke ich, dass er es mir ermöglicht hat, das Thema dieser Arbeit als mein Dissertationsthema zu wählen. Herrn Priv.-Doz. Dr. H. Spießl, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Landshut und Lehrbeauftragter an der Universität Regensburg, möchte ich für seine kontinuierliche und stets fachlich kompetente Betreuung und Unterstützung danken.

Herrn Prof. Dr. phil. H. Lukesch vom Lehrstuhl Experimentelle Psychologie der Universität Regensburg danke ich für seine Bereitschaft, meine Arbeit mit zu betreuen, seine Fach-Kompetenz und sein Interesse am Thema dieser Arbeit.

Mein Dank gilt weiterhin den Kolleginnen Frau Dipl.-Psych. T. Neuner und Frau Sandra Erndt, die mich im Rahmen ihrer Diplom- bzw. Dissertationsarbeit in der Datenerhebung für diese Erhebung unterstützt haben, meinen Kolleginnen in der Forschungsgruppe Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie und Medizinrecht am Bezirksklinikum Regensburg, Frau Dipl.-Psych. B. Hübner-Liebermann, Frau Dipl.-Psych. Veronika Steinkohl, Frau Dipl.-Psych. M. Helmbrecht sowie Frau H. Gebhardt, durch deren Unterstützung ich die BADO-Daten in dieser Studie berücksichtigen konnte, sowie Herrn Dr. rer. nat. M. Rudolf am Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie und Methoden der Psychologie der Technischen Universität Dresden, der mir bezüglich spezifischer statistischer Fragen mit seiner Fachkompetenz zur Seite stand.

Mein ganz besonderer Dank gilt jedoch all jenen Patienten und ihren Angehörigen, die mir durch ihr Vertrauen und ihre Bereitschaft zur Teilnahme diese Arbeit möglich gemacht haben. Nur durch ihre Offenheit in der Beantwortung der Fragebögen gelang der vorliegende Einblick in das Erleben und Miterleben einer psychischen Erkrankung.

INHALTSVERZEICHNIS

BAND I

1. EINLEITUNG	9
1.1 Belastungen der Angehörigen	12
<i>1.1.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen</i>	<i>12</i>
<i>1.1.2 Erhebung/Messung</i>	<i>13</i>
<i>1.1.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente</i>	<i>13</i>
<i>1.1.2.2 Methodische Probleme der Erhebung</i>	<i>14</i>
<i>1.1.3 Einschätzung durch die Patienten</i>	<i>15</i>
1.2 Kontrollüberzeugungen	16
<i>1.2.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen</i>	<i>16</i>
<i>1.2.2 Erhebung/Messung</i>	<i>18</i>
<i>1.2.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente</i>	<i>18</i>
<i>1.2.2.2 Methodische Probleme der Erhebung</i>	<i>18</i>
<i>1.2.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie</i>	<i>20</i>
<i>1.2.3.1 Kontrollüberzeugungen von Patienten</i>	<i>20</i>
<i>1.2.3.2 Kontrollüberzeugungen von Angehörigen</i>	<i>21</i>
1.3 Krankheitsbewältigungsstrategien	23
<i>1.3.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen</i>	<i>23</i>
<i>1.3.2 Erhebung/Messung</i>	<i>25</i>
<i>1.3.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente</i>	<i>25</i>
<i>1.3.2.2 Methodische Probleme der Erhebung</i>	<i>25</i>
<i>1.3.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie</i>	<i>26</i>
<i>1.3.3.1 Krankheitsbewältigungsstrategien von Patienten</i>	<i>26</i>
<i>1.3.3.2 Krankheitsbewältigungsstrategien von Angehörigen</i>	<i>27</i>
1.4 Behandlungszufriedenheit	28
<i>1.4.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen</i>	<i>28</i>
<i>1.4.2 Erhebung/Messung</i>	<i>30</i>
<i>1.4.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente</i>	<i>30</i>
<i>1.4.2.2 Methodische Probleme der Erhebung</i>	<i>30</i>
<i>1.4.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie</i>	<i>34</i>
<i>1.4.3.1 Behandlungszufriedenheit von Patienten</i>	<i>34</i>
<i>1.4.3.2 Behandlungszufriedenheit von Angehörigen</i>	<i>35</i>
1.5 Lebensqualität	37
<i>1.5.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen</i>	<i>37</i>
<i>1.5.2 Erhebung/Messung</i>	<i>39</i>
<i>1.5.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente</i>	<i>39</i>
<i>1.5.2.2 Methodische Probleme der Erhebung</i>	<i>40</i>
<i>1.5.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie</i>	<i>41</i>
<i>1.5.3.1 Lebensqualität von Patienten</i>	<i>41</i>
<i>1.5.3.2 Lebensqualität von Angehörigen</i>	<i>42</i>

1.6 Befindlichkeit unter Medikation	43
<i>1.6.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen</i>	43
<i>1.6.2 Erhebung/Messung</i>	44
<i>1.6.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente</i>	44
<i>1.6.2.2 Methodische Probleme der Erhebung</i>	44
<i>1.6.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie</i>	45
1.7 Schweregrad der Erkrankung (Clinical Global Impression, CGI), psychosoziales Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning, GAF) und stationäre Verweildauer als Surrogat-Parameter für die Schwere der Krankheit	46
<i>1.7.1 Definitionen</i>	46
<i>1.7.2 Aspekte der Erhebung/Messung</i>	47
<i>1.7.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie</i>	48
2. FRAGESTELLUNG	49
3. METHODE	51
3.1 Durchführung	51
3.2 Erhebungsinstrumente	53
3.3 Stichprobe	57
<i>3.3.1 Patientenstichprobe</i>	57
<i>3.3.2 Angehörigenstichprobe</i>	72
<i>3.3.3 Stichprobe der Non-Responder</i>	76
3.4 Datenanalyse	78
4. ERGEBNISSE	81
4.1 Belastungen der Angehörigen	81
<i>4.1.1 Deskriptive Statistik</i>	81
<i>4.1.1.1 Subjektives Belastungsempfinden der gesamten Analysestichproben und der Diagnosesubgruppen</i>	81
<i>4.1.1.2 Subjektives Belastungsempfinden der Patienten-Angehörigen-Paare</i>	81
<i>4.1.1.3 Darstellung der objektiven Belastungen der Angehörigen</i>	87
<i>4.1.2 Vergleich der Belastungseinschätzungen von Patienten und Angehörigen</i>	90
<i>4.1.3 Inhaltsanalytische Auswertung des Belastungsfragebogens (FBA)</i>	92
<i>4.1.4 Test- und Itemanalyse des Belastungsfragebogens (FBA)</i>	95
<i>4.1.4.1 Reliabilitätsanalysen</i>	95
<i>4.1.4.2 Inter-Item-Korrelationen</i>	97
<i>4.1.4.3 Faktorenanalysen</i>	99
4.2 Kontrollüberzeugungen	104
<i>4.2.1 Deskriptive Statistik</i>	104
<i>4.2.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen</i>	104
<i>4.2.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare</i>	104

4.2.2 Vergleich der Kontrollüberzeugungen von Patienten und Angehörigen	107
4.2.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen	107
4.2.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare	112
4.3 Krankheitsbewältigung	117
4.3.1 Deskriptive Statistik	117
4.3.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen	117
4.3.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare	117
4.3.2 Vergleich der Krankheitsbewältigung von Patienten und Angehörigen	120
4.3.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen	120
4.3.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare	125
4.3.3 Inhaltsanalytische Auswertung des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV)	131
4.4 Behandlungszufriedenheit	132
4.4.1 Deskriptive Statistik	132
4.4.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen	132
4.4.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare	134
4.4.2 Vergleich der Behandlungszufriedenheit von Patienten und Angehörigen	136
4.4.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen	136
4.4.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare	137
4.4.3 Inhaltsanalytische Auswertung des Fragebogens zur Behandlungszufriedenheit (ZUF-8)	138
4.5 Lebensqualität	139
4.5.1 Deskriptive Statistik	139
4.5.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen	139
4.5.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare	139
4.5.2 Vergleich der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen	144
4.5.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen	144
4.5.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare	149
4.6 Subjektives Wohlbefinden unter neuroleptischer Medikation	154
4.7 Zusammenhänge der Konzepte Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigung, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität Wohlbefinden unter Medikation sowie weiterer Kennwerte zur Erkrankung	157
4.7.1. Korrelationsanalysen	158
4.7.1.1 Analysestichprobe der Patienten	158
4.7.1.2 Analysestichprobe der Angehörigen	160
4.7.2 Regressionsanalysen	166
4.7.2.1 Analysestichprobe der Patienten	166
4.7.2.1.1 Belastungen der Angehörigen eingeschätzt durch die Patienten	166
4.7.2.1.2 Kontrollüberzeugungen	169
4.7.2.1.3 Krankheitsbewältigung	171
4.7.2.1.4 Behandlungszufriedenheit	173
4.7.2.1.5 Lebensqualität	174
4.7.2.1.6 Subjektives Wohlbefinden unter neuroleptischer Medikation	176
4.7.2.1.7 Schweregrad der Erkrankung (CGI-Werte)	178
4.7.2.1.8 Psychosoziales Funktionsniveau (GAF-Werte)	180

4.7.2.1.9 Verweildauer	181
4.7.2.2 Analysestichprobe der Angehörigen	182
4.7.2.2.1 Belastungen der Angehörigen eingeschätzt durch die Angehörigen	182
4.7.2.2.2 Kontrollüberzeugungen	185
4.7.2.2.3 Krankheitsbewältigung	187
4.7.2.2.4 Behandlungszufriedenheit	189
4.7.2.2.5 Lebensqualität	190
4.7.3 Regressionsbäume (Classification and Regression Trees/CART)	192
4.7.3.1 Abhängige Variable subjektive Belastungen der Angehörigen	193
4.7.3.2 Abhängige Variable depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien der Angehörigen	195
4.7.3.3 Abhängige Variable Krankheitsverarbeitungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken der Angehörigen	197
4.7.4 Clusteranalysen	199
4.7.4.1 Analysestichprobe der Patienten	199
4.7.4.2 Analysestichprobe der Angehörigen	202
4.7.5 Strukturgleichungsmodelle	204
4.7.5.1 Analysestichprobe der Patienten	204
4.7.5.2 Analysestichprobe der Angehörigen	209
4.8 Vergleich der Stichproben der Responder und Non-Responder	215

BAND II

5. DISKUSSION	217
5.1 Methodische Aspekte	217
5.2 Charakteristische Belastungen der Angehörigen	222
5.2.1 Objektive und subjektive Belastungen	222
5.2.2 Belastungen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des Erkrankten	228
5.2.3 Vergleich der Belastungseinschätzung der Patienten und der Angehörigen	232
5.3 Charakteristische Kontrollüberzeugungen	235
5.3.1 Analysestichprobe der Patienten	235
5.3.2 Analysestichprobe der Angehörigen	237
5.3.3 Vergleich der Kontrollüberzeugungen der Patienten und der Angehörigen	238
5.4 Charakteristische Krankheitsbewältigungsstrategien	240
5.4.1 Analysestichprobe der Patienten	240
5.4.2 Analysestichprobe der Angehörigen	243
5.4.3 Vergleich der Bewältigungsstrategien der Patienten und der Angehörigen	245
5.5 Charakteristika der Behandlungszufriedenheit	247
5.5.1 Analysestichprobe der Patienten	247
5.5.2 Analysestichprobe der Angehörigen	249
5.5.3 Vergleich der Behandlungszufriedenheit der Patienten und der Angehörigen	251

5.6 Einschätzungen zur Lebensqualität	253
<i>5.6.1 Analysestichprobe der Patienten</i>	<i>253</i>
<i>5.6.2 Analysestichprobe der Angehörigen</i>	<i>255</i>
<i>5.6.3 Vergleich der Lebensqualität der Patienten und der Angehörigen</i>	<i>256</i>
5.7 Schweregrad der Erkrankung der Patienten	258
5.8 Befinden der Patienten unter Medikation	260
5.9 Prädiktoren bezüglich Belastungserleben und maladaptiven Verarbeitungsformen der Angehörigen	262
<i>5.9.1 Prädiktoren für eine hohe subjektive Belastung der Angehörigen</i>	<i>262</i>
<i>5.9.2 Prädiktoren für maladaptive Krankheitsbewältigungsformen der Angehörigen</i>	<i>265</i>
<i>5.9.2.1 Prädiktoren für depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien der Angehörigen</i>	<i>265</i>
<i>5.9.2.2 Prädiktoren für Bagatellisierung und Wunschdenken als Krankheitsverarbeitungsstrategie von Angehörigen</i>	<i>268</i>
5.10 Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der Belastungen der Angehörigen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Befindlichkeit unter Medikation und den Surrogatparametern zur Schwere der Erkrankung	269
<i>5.10.1 Analysestichprobe der Patienten</i>	<i>269</i>
<i>5.10.1.1 Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen</i>	<i>269</i>
<i>5.10.1.2 Ergebnisse der clusteranalytischen Auswertung</i>	<i>276</i>
<i>5.10.1.3 Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle</i>	<i>277</i>
<i>5.10.2 Analysestichprobe der Angehörigen</i>	<i>281</i>
<i>5.10.2.1 Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen</i>	<i>281</i>
<i>5.10.2.2 Ergebnisse der clusteranalytischen Auswertung</i>	<i>286</i>
<i>5.10.2.3 Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle</i>	<i>287</i>
5.11 Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Qualität der Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen in der psychiatrischen Klinik	290
<i>5.11.1 Bessere Aus- und Fortbildung der professionellen Helfer</i>	<i>290</i>
<i>5.11.2 Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen</i>	<i>302</i>
<i>5.11.3 Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Resilienzforschung</i>	<i>308</i>
5.12 Weiterer Forschungsbedarf	310
6. ZUSAMMENFASSUNG	312
7. LITERATURVERZEICHNIS	314
8. ANHANG	350

1. EINLEITUNG

In unserer Leistungsgesellschaft an einer psychischen Störung zu erkranken bedingt meist schmerzhaft Veränderungen im Leben der Betroffenen, in ihrer Teilhabe am Arbeits- und sozialem Leben, ihrer Autonomie und ihrem Wohlbefinden (Bengel et al., 2003; Betensky et al., 2008; Conley, Ascher-Svaum, Zhu, Farie & Kinon, 2007). Häufig stark mitbetroffen, aber immer noch weniger im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung, ist das Leben der nächsten Angehörigen der Erkrankten. Auch sie werden meist zwangsläufig mit Problemen der (ständigen) Fürsorge um den Erkrankten, finanziellen Belastungen und vor allem mit vielfältigen emotionalen Belastungen konfrontiert, welche von Zukunftsängsten, Problemen der Abgrenzung, Trauer über erhoffte und nun vermeintlich versagte gemeinsame Lebensziele mit dem Erkrankten bis hin zu Ängsten vor einer eigenen psychischen Erkrankung reichen können (Schmid, Cording & Spießl, 2007; Schmid, Spießl & Cording, 2005a, b; Schmid, Spießl, Vukovich & Cording 2003).

Die Veränderungen der letzten zwei Jahrzehnte in der stationären wie auch der ambulanten Versorgung von Patienten¹ mit psychischen Erkrankungen haben ferner nicht immer zu einer Verbesserung der individuellen Situation der Betroffenen beigetragen (Bengel et al., 2003; Taylor et al., 2009). So bemüht man sich heute zwar, mit Hilfe von psychoedukativen Programmen Krankheitswissen und Compliance der Patienten zu verbessern. Auch die Behandlungszufriedenheit von Patienten und Angehörigen wurde in der Konkurrenz der verschiedenen Versorgungsträger und ihrem Mühen um volle Auslastung ihrer Bettenkapazität zu einem wichtigen Evaluationskriterium im Gesundheitswesen. Andererseits bedingt der stetige Kostendruck immer kürzere Verweildauern von durchschnittlich deutlich kränkeren Patienten als noch in den 90iger Jahren (Capdevielle, Boulenger, Villebrun & Ritchie, 2009; Hübner-Liebermann, Hajak & Spießl, 2008; Spießl, Binder, Cording, Klein & Hajak, 2006). Die neue Maxime „Weg von der Defizit- hin zu einer Ressourcenorientierung“ (Grawe & Grawe-Gerber 1999; Haug et al., 1990; Schmid, 2007) fördert und unterstützt adaptive Krankheitsbewältigungsstrategien der Erkrankten, rückt aber auch die Familien der Erkrankten als mögliche Leistungserbringer wieder an eine zentrale Stelle der möglichen Verantwortlichen.

¹ Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Entsprechend dieser Veränderungen in der Praxis weitet auch die klinische Forschung in den letzten Jahren ihren bisher eher einseitigen Blick von der Belastungsforschung langsam zu einer umfassenderen Sichtweise auf vorhandene Ressourcen der Erkrankten und ihrer Angehörigen sowie auf Möglichkeiten zur Förderung adaptiver Krankheitsbewältigungsstrategien (Bengel et al., 2003; Fischer, Shumway & Owen, 2002; Jungbauer, Bischof & Angermeyer, 2001a).

Erhebungen zu Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungszufriedenheit von Patienten oder (selten *und* ihren) Angehörigen findet man heute zu den verschiedenen psychiatrischen Hauptdiagnosegruppen bereits relativ viele (Greenberg, Kraig, Knudsen & Aschbrenner, 2006; Hellerstein, Seiramarco, Almeida & Batchelder, 2008; Spießl, Cording & Klein, 1995, 1997; Schmid, Neuner, Cording & Spießl, 2006). In diesen Studien wird jedoch das jeweils untersuchte Konstrukt meist isoliert erhoben und bestenfalls den Belastungen (Caqueo-Uribe, Gutierrez-Maldonado & Miranda-Castillo, 2009; Fujino & Okamura, 2009; Östman & Hansson, 2001) oder den Einbußen an Lebensqualität/Wohlbefinden der Patienten und/oder der Angehörigen gegenübergestellt (Fan & Chen, 2009; Sales, 2003). Umfassendere Studien, die diese Konstrukte der Belastungen, Einbußen an Lebensqualität und Befindlichkeit unter Medikation mit den eher ressourcenorientierten Konstrukten der Krankheitsbewältigungsstrategien und Kontrollüberzeugungen sowie den Evaluationskriterien zur Qualitätssicherung, Behandlungszufriedenheit und stationären Verweildauer in Beziehung setzen, fehlen bisher für alle psychiatrischen Diagnosegruppen.

Die komplexe Lebenssituation der von einer psychischen Erkrankung Betroffenen bedarf jedoch auch einer umfassenden und differenzierten Erhebung. Ziel der vorliegenden Studie ist deshalb, die derzeit weitgehend unverbunden nebeneinander stehenden Konzepte

- „*Kontrollüberzeugungen*“ (Brand, 1982; Krampen, 1985; Lasar & Loose, 1994; Lohaus, 1992) und
- „*Krankheitsbewältigungsstrategien*“ (Lazarus & Folkman, 1984; Roe & Chopra, 2003; Solomon & Draine, 1995a) sowie die
- „*objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen infolge der Erkrankung*“ (Jungbauer, Bischof & Angermeyer, 2001a; Jungbauer, Mory & Angermeyer, 2002b; Mory, Jungbauer, Bischof & Angermeyer, 2002)

mit den subjektiven Outcome-Variablen

- „*Befindlichkeit unter Medikation*“ (Naber, 1995; Naber, Karow & Lambert, 2005; Naber et al., 2001),
- „*Behandlungszufriedenheit*“ (Cording, 1995a, 1995b; Gaebel, Schneider & Janssen, 2000; Spießl et al., 1995; Spießl, Krischker, Spindler, Cording & Klein, 1996; Swoboda, Kühnel, Waanders & König, 2000)
- und „*Lebensqualität*“ (Becker & Daimond, 1997; Lauer & Mundt, 1995; Stieglitz, 1996)

sowie den objektiven Outcome-Variablen

- *Schweregrad der Erkrankung* (Global Assessment of Functioning, GAF),
- *psychosoziales Funktionsniveau des Patienten* (Clinical Global Impression; CGI) und
- *Verweildauer in der Klinik*

zu einem integrativem Gesamtkonzept zu verbinden. Dabei soll jeweils die Perspektive der Patienten wie der Angehörigen erhoben werden und es sollen mögliche Unterschiede in Abhängigkeit von den Diagnosegruppen „Schizophrenie“ (ICD-10: F20), „unipolare Depression“ (ICD-10: F32/33), „bipolar affektive Störung“ (ICD-10: F31) bzw. „Persönlichkeitsstörung“ (ICD-10: F60/61) berücksichtigt werden.

Einleitend sollen zunächst die fünf Konzepte „Belastungen der Angehörigen“, „Kontrollüberzeugungen“, „Krankheitsbewältigung“, „Behandlungszufriedenheit“, „Lebensqualität“ und „Subjektives Wohlbefinden unter Medikation“ sowie die objektiven Outcome-Variablen Schwere der Erkrankung (GAF-Werte), psychosoziales Funktionsniveau (CGI-Werte) und Verweildauer in der Klinik näher beschrieben werden. Ferner sollen modelltheoretische Aspekte und Kontroversen sowie vorhandene Erhebungsinstrumente und methodische Probleme der Erhebung wie auch der jeweilige Stand der Forschung benannt werden.

1.1 Belastungen der Angehörigen

1.1.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen

Bereits im Jahre 1948 verwendet Treudley den Begriff „burden on the family“ (Treudley, 1994, S. 407) und verstand darunter „consequences for those in close contact with a severely disturbed psychiatric patient“. Nachhaltiger prägte jedoch die Definition von Hoenig und Hamilton (1966) die folgenden Forschungsarbeiten, welche zwischen objektiver und subjektiver Belastung differenzieren. *Objektive Belastungen* beinhalten nach ihrer Definition die Symptomatik des Patienten, sein Verhalten sowie Veränderungen in der Verteilung der Haushaltsaufgaben, in den innerfamiliären und sozialen Beziehungen sowie Veränderungen im Arbeitsleben, in der Freizeitgestaltung und der physischen Gesundheit infolge der psychischen Erkrankung des Familienmitgliedes. Unter die *subjektiven Belastungen* werden dagegen die Gefühle der Angehörigen und das Ausmaß, in dem Belastungen erlebt werden, subsumiert (Hoenig & Hamilton, 1966; 1969).

Auch aktuelle Konzepte zum Belastungserleben lehnen sich an diese Differenzierung an (Awad & Voruganti, 2008; Schene, Tessler, Gamache & Wijngaarden, 2001). Meist wird jedoch inzwischen auf differenzierte stresstheoretische Modelle zurückgegriffen, in denen primäre und sekundäre Bewertungsprozesse unterschieden (Lazarus & Folkman, 1984) oder vorhandene Bewältigungsversuche/-potenziale mit einbezogen werden (Bhatia, Tucker & Kapoor, 2003; Magliano et al., 2000; Scazufca & Kuipers, 1999); vgl. Abb. 1.1).

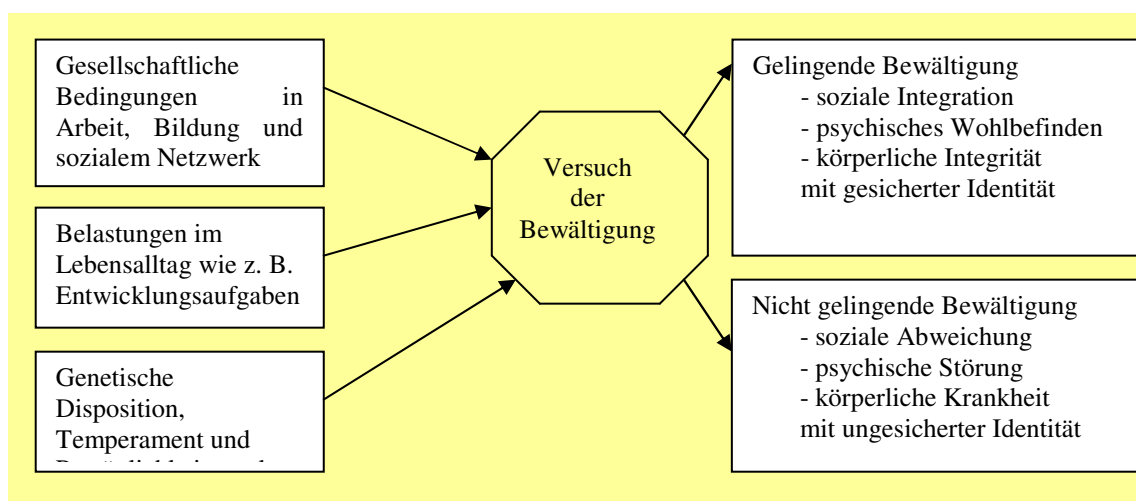


Abbildung 1.1: Das Belastungs-Bewältigungsmodell nach Hurrelmann (2004, S. 160)

1.1.2 Erhebung/Messung

1.1.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente

Es existiert heute eine Vielzahl von Instrumenten zur Erhebung der Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker, welche unterschiedlich genau Problemkategorien systematisieren (Baronet, 1999; Schene, Tessler & Gamache, 1994; Reine, Lancon, Simeoni, Duplan & Auquier, 2003; Schene et al., 2001). Während beispielsweise Polio, North und Foster (1998) 15 für Angehörige psychisch Kranker problematische Bereiche in ihrer Analyse identifizieren, fassen Pai und Kapur (1981) die Belastungen der Angehörigen in ihrem Interview Schedule in sechs Kategorien zusammen. Wijngaarden und Mitarbeiter (2000) ordnen in ihrem Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ-EU) 71 Belastungen vier Subskalen zu.

Ein auf einer umfassenden Literaturrecherche in der Medline-Datenbank und der Sichtung von 15 deutschen und angloamerikanischen Fragebögen zum Belastungserleben von Angehörigen entwickelter Belastungsfragebogen (Schmid, Neuner, Spießl & Hausner, in Vorbereitung), dessen Gütekriterien derzeit in einer großen Multizenterstudie mit 11 Universitätskliniken weiter evaluiert werden (Schmid, Schielein, Spießl, & Bauer, 2008; Schmid, Schmink, Pfennig & Bauer, 2009) und dessen Kurzfassung in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet, umfasst sieben Kategorien (vgl. Abb. 1.2 und Anhang G):

- * Zeitlicher Betreuungsaufwand
- * Finanzielle Belastungen
- * Berufliche Belastungen
- * Gesundheitliche Belastungen
- * Einschränkungen in der Freizeitgestaltung
- * Emotionale Belastungen
- * Belastungen infolge mangelnder institutioneller Unterstützung.

Abbildung 1.2: Kategorien des Belastungserlebens von Angehörigen psychisch Kranker nach Schmid et al. (in Vorbereitung) und Schmid et al. (2003)

Einen Überblick über derzeit eingesetzte Erhebungsinstrumente, ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede geben Schene und Mitarbeiter (1994, 2001).

1.1.2.2 Methodische Probleme der Erhebung

Die methodischen Probleme der Erhebung der Belastungen von Angehörigen sind vielfältig. Dies spiegelt sich zum Teil in der Vielzahl der mittlerweile vorhandenen Erhebungsinstrumente wieder, die sich alle bereits in der Definition und Konzeptualisierung des Begriffs „Belastung“ voneinander unterscheiden. Jungbauer und Mitarbeiter (2001a) betonen vier Schwachstellen in der Angehörigenbelastungsforschung: (1) zu ungenaue Definition der Belastung von Angehörigen als abhängige Variable, (2) Mangel an Längsschnittstudien, (3) zu wenig qualitative „sinnverstehende“ Forschungsstrategien und (4) Nichtbeachtung der jeweiligen erkrankungsspezifischen Beziehungsstrukturen zum Patienten, die die Belastungen von Angehörigen modifizieren.

Insbesondere bezüglich der letztgenannten Schwachstellen erkennt man erst in den letzten Jahren die Notwendigkeit der differenzierteren Belastungserhebung in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des Patienten (Jungbauer et al., 2001a) und von der Art der Beziehung zum Patienten. Die Belastungen von Ehepartnern, Eltern, Kindern und Geschwistern des Erkrankten sind nur zum Teil nach Art und Ausmaß ähnlich. In Abhängigkeit von der familiären Rolle haben Angehörige spezifische Belastungen und bilden somit eine jeweils eigens zu untersuchende Subgruppe (Franz, 2005; Jungbauer, 2002; Schmid & Helmbrecht, 2008; Smith & Greenberg 2008). Beispielsweise ist ein minderjähriges Kind eines psychotischen alleinerziehenden Elternteils anders vom Erkrankten abhängig, wird weniger oder gar nicht über die Erkrankung des Elternteils aufgeklärt und hat häufig viel stärkere Ängste, ebenfalls an der Erkrankung des Elternteils zu erkranken, als der Ehepartner eines depressiv Erkrankten (Helmbrecht, Lukesch & Schmid, 2009; Mattejat & Lisofsky, 1998; Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000; Schmid, Helmbrecht & Lukesch, 2009). Ebenso sind die unterschiedlichen Strukturen in Gesellschaft und insbesondere im Gesundheitswesen beim Vergleich amerikanischer und deutschsprachiger Studien jeweils mit zu bedenken.

Die uneinheitliche Konzeptualisierung des Begriffs „Belastung“ und die heterogenen Stichproben bedingen ferner, dass die in Studien jeweils ermittelten Einflussfaktoren auf das Ausmaß der Belastungen meist unterschiedlich sind (Baronet, 1999; Lowyck et al., 2001, 2004; McDonell, Short, Berry & Dyck, 2003; Ohaeri, 2003). Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist deshalb in der Regel nur bedingt gegeben.

1.1.3 Einschätzung durch die Patienten

In der Belastungsforschung wurden bisher die Belastungen der Angehörigen psychisch Kranker fast stets über die Einschätzung durch die Angehörigen selbst abgefragt (Angermeyer, Matschinger, Holzinger, 1997; Jungbauer et al., 2001a; Schene et al., 2001; Schmid et al., 2003). Sämtliche vorhandenen Erhebungsinstrumente zum Belastungserleben von Angehörigen sind zur Selbsteinschätzung durch die Angehörigen konzipiert und formuliert. Lediglich eine Studie befasste sich bisher mit der Einschätzung der Belastungen der Angehörigen durch professionelle Mitarbeiter, hier den betreuenden Krankenpflegekräften (Nguyen, 2009).

Die Einschätzung der Belastung der Angehörigen durch die Patienten wurde in der bisherigen deutschen wie angloamerikanischen Forschung stark vernachlässigt. Da jedoch eine erste Studie von Cousineau, McDowell, Hotz und Hebert (2003) an chronisch Erkrankten konkrete Hinweise darauf gibt, dass Patienten durch das Gefühl, ihrem Angehörigen „Ballast“ zu sein, wiederum ebenfalls belastet sind, soll die Einschätzung der Belastung der Angehörigen durch die Patienten in dieser Studie erstmals miterhoben werden. Ferner liegen keine Studien vor, die Hinweise darauf geben, dass Patienten der Blick für die (belastete) Situation ihrer Angehörigen fehlt. Die spezifischen Symptome der meisten psychischen Störungen können zwar (zunächst) eine starke Selbstfokussierung der Patienten fördern. Die in manchen Angehörigengruppen gängige Meinung, dass Patienten mit psychischen Störungen die Einschätzung der (belasteten) Situation ihrer nächsten Angehörigen infolge ihrer Psychopathologie schlichtweg fehlt, ist ein Fehlschluss, der in der Forschung bisher keineswegs belegt ist.

Die vorliegende Erhebung soll deshalb dazu Ergebnisse liefern. Konvergenzen und Divergenzen in der Wahrnehmung der objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen entsprechend der Differenzierung von Hoenig und Hamilton (1966) sollen analysiert werden, um konkrete Interventionen zur Belastungsreduktion von Angehörigem *und* Patienten ableiten zu können.

1.2 Kontrollüberzeugungen

1.2.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen

Das Konzept der Kontrollüberzeugungen („locus of control“) stammt ursprünglich aus der sozialen Lerntheorie (Rotter, 1966, 1975; Bandura, 1977). Rotter (1966, S. 1) unterschied zunächst zwischen *externalen* und *internalen Kontrollüberzeugungen*. Er subsumiert unter dem Begriff externe Kontrollüberzeugungen Ereignisse, welche nicht als notwendige Folge eigenen Handelns erkannt werden, sondern als Ergebnis von Glück und Schicksal oder als Ergebnis der Macht und des Wissens anderer gesehen werden. Internale Kontrollüberzeugungen liegen nach Rotter dagegen vor, wenn die Person die Folgen seines Handelns seinem eigenen Verhalten oder seinen eigenen Charaktereigenschaften zuschreibt.

Levenson (1974, 1981) greift Rotters Zweiteilung auf, differenziert aber die externalen Kontrollüberzeugungen weiter in Kontrollüberzeugungen von Personen, die an eine Kontrolle durch mächtige andere („powerful others“) glauben, und Kontrollüberzeugungen von Personen, die an eine Kontrolle durch Zufall („chance“) oder Schicksal („fate“) glauben. Dieses Konzept der Dreiteilung ist heute in der Forschung am besten etabliert und liegt auch dem in der vorliegenden Arbeit verwendeten Fragebogen von Lohaus und Schmitt (1989) zugrunde, welcher zwischen Internalität (= das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig vom eigenen Handeln angesehen), sozialer Externalität (= das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig vom Handeln anderer) und fatalistischer Externalität (= das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig von Zufall oder Schicksal angesehen) unterscheidet.

Wallston und Wallston (1982) differenzieren die Dreiteilung von Levenson in Bezug auf gesundheitsspezifische Aspekte noch weiter. Sie gehen neben den reinen Mustern (rein internal, rein sozial-external, rein fatalistisch-external) noch von fünf theoretischen Kombinationstypologien von Kontrollüberzeugungen aus (doppelt external, „believer in control“, „type thought not to exist“, „Yea-Sayer“, „Nay-Sayer“). So besteht die Kombination des „believer in control“-Typus aus hohen Internalitäts- und sozialen Externalitäts- bei gleichzeitig niedrigen Fatalismuswerten. Diese Kombination wird insbesondere bei der Krankheitsbewältigung als günstig angesehen, da sie sowohl die Eigenverantwortung des Patienten impliziert, als auch die Bereitschaft, den

Anweisungen und Ratschlägen von anderen zu folgen. Dieses Verhalten von Patienten beeinflusst wiederum die Reaktionen der Angehörigen positiv: Sie spüren, dass der Erkrankte ihre Meinung anerkennt und ihre Ratschläge z. B. hinsichtlich einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme befolgt. Sowohl Erkrankungsverlauf wie die Beziehung zwischen Patient und Angehörigen können somit durch die Überzeugungen des „believer in control-Typus“ positiv beeinflusst werden.

Andere Autoren (Foon, 1987; Krampen, 1989a) brachten den Begriff der „generalisierten Erwartungshaltung“ in die Diskussion um die Definition des „locus of control“ ein, welcher sich jedoch in der Klinischen Psychologie bisher nicht durchsetzen konnte.

Kontrollüberzeugungen können ferner unterschiedliche Abstraktionsgrade aufweisen. Von generalisierten, bereichsübergreifenden Kontrollüberzeugungen lassen sich bereichsspezifische abgrenzen, welche auf bestimmte Lebenskontexte, wie zum Beispiel den Bereich Gesundheit und Krankheit, bezogen sind.

Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass sich Kontrollüberzeugungen auf das Krankheitsverhalten im Allgemeinen und auf die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung im Speziellen auswirken. Die Frage, ob jedoch Kontrollüberzeugungen den Krankheitsbewältigungsstrategien zuzuordnen sind, wird in der Forschung unterschiedlich beantwortet. Während Nerenz, Leventhal und Love (1982) sowie Lang und Faller (1998) den Unterschied zu Bewältigungsstrategien hervorheben, indem sie davon ausgehen, dass Vorstellungen über Ursachen einer Erkrankung den Vorstellungen über Bewältigungsstrategien klar vorangehen, begründen andere Forscher (Hasenbring, 1988) ihre Zuordnung zu den Bewältigungsstrategien damit, dass aufkommende Kontrollüberzeugungen zum Beispiel beim „Grübeln“ bzw. „Rumifizieren“ über die Frage, „Warum gerade ich diese Krankheit bekommen haben“ zugleich auch mögliche Bewältigungsstrategien darstellen können. Neuere Konzepte sehen in Kontrollüberzeugungen eine zentrale Bestimmungsgröße für den Prozess der Krankheitsbewältigung (Manne & Glassman, 2000; Klonowicz, 2001).

1.2.2 Erhebung/Messung

1.2.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente

Das von Rotter (1966) entwickelte Erhebungsinstrument, das auf seiner Zweiteilung in externale und internale Kontrollüberzeugungen basiert und in seiner ursprünglichen Version 100 Items beinhaltete, wird heute, wenn überhaupt, nur noch in den gekürzten Versionen verwendet, welche zudem über deutlich bessere Gütekriterien als die Originalversion verfügen (Mielke, 1982a). Neuere, häufiger verwendete deutschsprachige Instrumente mit guten bis befriedigenden Gütekriterien sind der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen von Krampen (1991) sowie die ebenfalls von Krampen bearbeitete deutschsprachige Version der IPC-Scales von Levenson (1981), welche die Kontrollüberzeugungen mit den Skalen Internalität, sozial bedingte Externalität und fatalistische Externalität zu erfassen sucht. In letztere drei Skalen differenziert auch der von Lohaus und Schmitt (1989) entwickelte Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG), welcher in der vorliegenden Studie Verwendung finden soll.

Lefcourt (1991) zeigt in einem guten Überblick auf, dass es zahlreiche weitere Messinstrumente zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen gibt. Leider wurde dabei auf die Wiedergabe teststatistischer Kennwerte verzichtet, was eine Bewertung der Instrumente hinsichtlich ihrer Gütekriterien erschwert.

1.2.2.2 Methodische Probleme der Erhebung

Fragebögen zu Kontrollüberzeugungen bedingen die gleichen Probleme wie andere Persönlichkeitsfragebögen: Zunächst ist der Einfluss des momentanen psychischen Zustandes bzgl. der Item-Beantwortung und der Bedeutung verschiedener Antworttendenzen zu nennen (vgl. im Überblick Krampen, 1982, S. 121 ff.). Ferner ist der Kontext der Datenerhebung bezüglich der Beantwortung der Fragen nach sozialer Erwünschtheit von hoher Bedeutung. Bei freiwilliger Testung im Rahmen einer therapieorientierten Diagnostik oder in der Forschung scheinen Verfälschungstendenzen jedoch nicht oder eher schwächer aufzutreten (Krampen, 1985). Eine weitere Problematik betrifft die Normierung der Stichprobe. Das in der sozialen Lerntheorie postulierte Kontinuum zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit wurde häufig

mit dem eindimensionalen Konzept internaler (gesund) versus externaler (krank) Kontrollüberzeugung annähernd gleichgesetzt (Mielke, 1982a). Nicht beachtet wurde dabei jedoch, dass hohe Internalität ebenso wie hohe Externalität ein Korrelat extrem unrealistischer Erwartungen sein kann. Während Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle das Ergebnis hoher Externalität sein können, kann hohe Internalität mit Omnipotenzgefühlen und Selbstüberschätzungen sowie kaum erfüllbaren Ansprüchen an die eigene Person verbunden sein (Krampen, 1985). Beide Extreme sind jedoch durch einen gewissen Grad an Realitätsverlust gekennzeichnet und psychopathologisch auffällig. Es muss bei der Erhebung von Kontrollüberzeugungen berücksichtigt werden, dass es sich bei diesen nicht um ein normatives Kontinuum handelt, das in seinen Extremausprägungen zur Bestimmung von Persönlichkeitsmerkmalen (und von Therapiezielen) geeignet ist. Aussagen über Therapie- und Entwicklungsziele können also allenfalls dann gemacht werden, wenn neben der Art der vorliegenden Kontrollüberzeugungen zusätzliche Merkmale beachtet werden wie die objektiv gegebene Kontrollierbarkeit von Handlungs- und Lebenssituationen sowie die bei einer Person vorhandenen kognitiven und behavioralen Kompetenzen.

1.2.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie

Kontrollüberzeugungen werden auf der Basis von Erfahrungen der Kontrollierbarkeit von Ereignissen gebildet. Im Bereich der Klinischen Psychologie sind in diesem Zusammenhang die Art der psychischen Störung sowie Dauer und Schweregrad der Erkrankung entscheidende Bezugsgrößen.

1.2.3.1 Kontrollüberzeugungen von Patienten

Mit steigender *Dauer einer Erkrankung* bzw. der *Erkrankungshäufigkeit* ist eine Zunahme der sozialen Externalität bei Patienten mit psychischen Störungen zu vermuten (Lohaus, 1992) und auch belegt (Lasar & Loose, 1994). Ferner belegen Wallston und Wallston (1982) für chronisch kranke Patienten vermehrt sozial-externe Kontrollüberzeugungen weitgehend unabhängig von der Art ihrer Erkrankung. Mit zunehmendem *Schweregrad der Erkrankung* nehmen entsprechend der meist tatsächlichen Abnahme von Kontrollmöglichkeiten i. d. R. die internalen Kontrollüberzeugungen ab und die externalen Überzeugungen zu (Lohaus, 1992).

Große Relevanz haben Kontrollüberzeugungen bezüglich *therapeutischer Interventionen* (Krampen, 1985), wobei heute davon ausgegangen wird, dass je nach individueller Ausprägung der Kontrollüberzeugung bestimmte Therapieformen besonders wirksam sind (Foon, 1987; Krampen, 1985). Nach den Studien von Foon (1987) profitieren internal orientierte Personen eher von non-direktiven, unstrukturierten Therapieangeboten, während für external orientierte Personen eher strukturierte und direkte Therapieformen günstig sind. Bezüglich der Frage, ob internale oder externalen Kontrollüberzeugungen hinsichtlich des therapeutischen Erfolges förderlicher sind, warnen jedoch die meisten Forscher davor, internale versus externalen Kontrollüberzeugungen in die Dichotomie gut versus schlecht einteilen zu wollen (Lefcourt, 1991; Krampen, 1982, 1985; Mielke, 1982b; Skinner, 1995). Allenfalls können bestimmte Kombinationen von externalen und internalen Überzeugungen die Krankheitsbewältigung günstig beeinflussen, wie z. B. der bereits in Kapitel 1.2.3.1 beschriebene „believer in control“-Typus nach Wallston und Wallston (1982).

Beziehungen zwischen Kontrollüberzeugungen und anderen psychologischen Konzepten sind vor allem hinsichtlich der Beziehungen zwischen

Kontrollüberzeugungen und Kausalattributionen (Krampen, 1982; Skinner, 1995), gelernter Hilflosigkeit (Brand, 1982; Krampen, 1982; Skinner, 1995), Compliance (Lohaus, 1992) und Selbstwertgefühl (Goodman, Cooley, Sewell & Leavitt, 1994) belegt.

Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und der *Art der psychischen Störung des Patienten* wurden ebenfalls bereits analysiert. In einer schizophrene und depressive Patienten vergleichenden Studie sind signifikant mehr externe Kontrollüberzeugungen in der Subgruppe der schizophren erkrankten Patienten belegt (Goodman et al., 1994). Diese Ergebnisse decken sich mit zum Teil sehr frühen Studien (Cash & Stack, 1973; Duke & Mullens, 1973; Harrow & Ferrante, 1969; Lasar & Loose, 1994; Lottmann, Davis & Gustafson, 1973) und der klinischen Erfahrung.

Ebenfalls in der Studie von Goodman und Mitarbeitern (1994) ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem geringeren *Selbstwertgefühl* und vermehrten externalen Kontrollüberzeugungen der schizophrenen wie depressiven Patienten belegt, der sich nicht in der gesunden Kontrollgruppe finden lässt. Der Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und vermehrten externalen Kontrollüberzeugungen wurde bereits früh wiederholt belegt (Birchwood, Mason, MacMillan & Healy, 1993; Moyal, 1977; Prociuk, Breen & Lussier, 1976).

1.2.3.2 Kontrollüberzeugungen von Angehörigen

Studien zu Kontrollüberzeugungen von Angehörigen psychisch Kranker liegen kaum vor. In der Regel wird bis heute vermutet, dass sich die Kontrollüberzeugungen von Angehörigen nicht von denen der Normalbevölkerung unterscheiden.

Die wenigen vorhandenen Studien befassen sich allesamt mit Zusammenhängen zwischen dem Konzept „Expressed Emotions“ und Kontrollüberzeugungen. So untersuchten Bentsen und Mitarbeiter (1997) die Kontrollüberzeugungen von 70 Angehörigen von schizophren Erkrankten in Zusammenhang mit dem Konzept der „Expressed Emotions“. Sie finden Zusammenhänge zwischen external-sozialen Kontrollüberzeugungen und feindseligen Äußerungen („criticism“) der Angehörigen gegenüber den Erkrankten sowie zwischen external-fatalistischen Kontrollüberzeugungen und emotionalem Überengagement der Angehörigen („emotional overinvolvement“). Eine weitere Studie von Holley (1998) mit 65 Angehörigen von Patienten aus dem schizophrenen Erkrankungsspektrum findet jedoch

genau gegenläufige Zusammenhänge. In ihrer Untersuchung belegt sie Zusammenhänge zwischen internalen Kontrollüberzeugungen bei feindselig eingestellten Angehörigen und vermehrt externalen Kontrollüberzeugungen bei Angehörigen, bei denen kaum feindselige Äußerungen gegenüber den Erkrankten erhoben werden konnten. Diese konträren Untersuchungsergebnisse zeigen deutlich den Bedarf an weiteren Forschungsarbeiten.

Eine neue, umfangreiche Untersuchung in den Niederlanden an 3.570 Arbeitnehmern aus der Normalbevölkerung (Michon et al., 2008) belegt einen signifikanten Zusammenhang zwischen vermehrten externalen Kontrollüberzeugungen und andauernden Beeinträchtigungen der beruflichen Funktionsfähigkeit.

Diese wenigen und noch wenig differenzierten Forschungsergebnisse weisen auf weiteren Forschungsbedarf sowohl für die Gruppe der Patienten als auch die der Angehörigen hin. Ferner fehlen bisher Studien, welche die Kontrollüberzeugungen von Patienten im Kontext der Kontrollüberzeugungen ihrer Angehörigen beleuchten und Zusammenhänge sowie mögliche wechselseitige Einflussfaktoren untersuchen. Eine erste explorative Studie bezüglich der subjektiven Krankheitstheorien an einer kleinen Stichprobe von sechs schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen erfasst die Vorstellungen zur Kontrollierbarkeit (Stark & Stolle, 1994; Stolle & Stark, 1994). Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie belegen, dass vier der sechs Patienten und alle sechs Angehörigen den Beginn der Psychose als schicksalhaften Kontrollverlust beschreiben, bei dem keine internalen Einflussmöglichkeiten bestanden hätten. Deutliche Veränderungen ergaben sich jedoch nach der akuten Erkrankung. Hier entfielen die meisten der angegebenen, zumeist mehrfachen Antworten der Patienten auf die Kategorie internale Kontrollierbarkeit im Sinne von innenbezogenen Versuchen zur Einflussnahme auf den eigenen Gesundheitszustand. Ebenso stellen alle sechs Angehörigen Überlegungen an, ob bzw. wie sie selbst am besten Einfluss auf den weiteren Verlauf der psychotischen Erkrankung ausüben könnten. Bei den Angehörigen überwogen jedoch Vorstellungen zur Kontrollierbarkeit, die außerhalb der Kontrollmöglichkeiten des Betroffenen lagen (Stolle & Stark, 1994).

In der vorliegenden Studie sollen die Kontrollüberzeugungen der untersuchten Patienten und Angehörigen basierend auf der Dreiteilung von Levenson (1974; 1981) insbesondere hinsichtlich ihrer Einflüsse auf die Art der Krankheitsbewältigung der Patienten und Angehörigen untersucht werden.

1.3 Krankheitsbewältigungsstrategien

1.3.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen

Lazarus und Folkman (1984) definieren „*Bewältigung*“ (engl. „*coping*“) als „*the constantly changing thoughts and behaviours that people use in order to manage stressful situations*“.

Während sich der Begriff des Copings auf die Bewältigung belastender Ereignisse im Allgemeinen bezieht, bildet Krankheitsbewältigung nur einen Teilbereich des allgemeinen Bewältigungsverhaltens. Für diesen spezifischen Bereich hat sich im deutschsprachigen Raum die Definition von Heim (1988) durchgesetzt, nach der Krankheitsverarbeitung „*das Bemühen (ist), bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional-kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten*“.

Diese Definition differenziert zwischen den Ebenen des Fühlens, Denkens und Handelns im Prozess der Krankheitsverarbeitung. Dementsprechend stellen Lang und Faller (1998) ein integratives Modell vor, nach dem sich subjektive Krankheitstheorien (kognitive Ebene/Kontrollüberzeugungen) und Krankheitsverhalten (Handlungsebene) über das Krankheitserleben (emotionale Ebene) wechselseitig beeinflussen und zusammen auf die Bewältigungsstrategien wirken (vgl. Abb. 1.3).

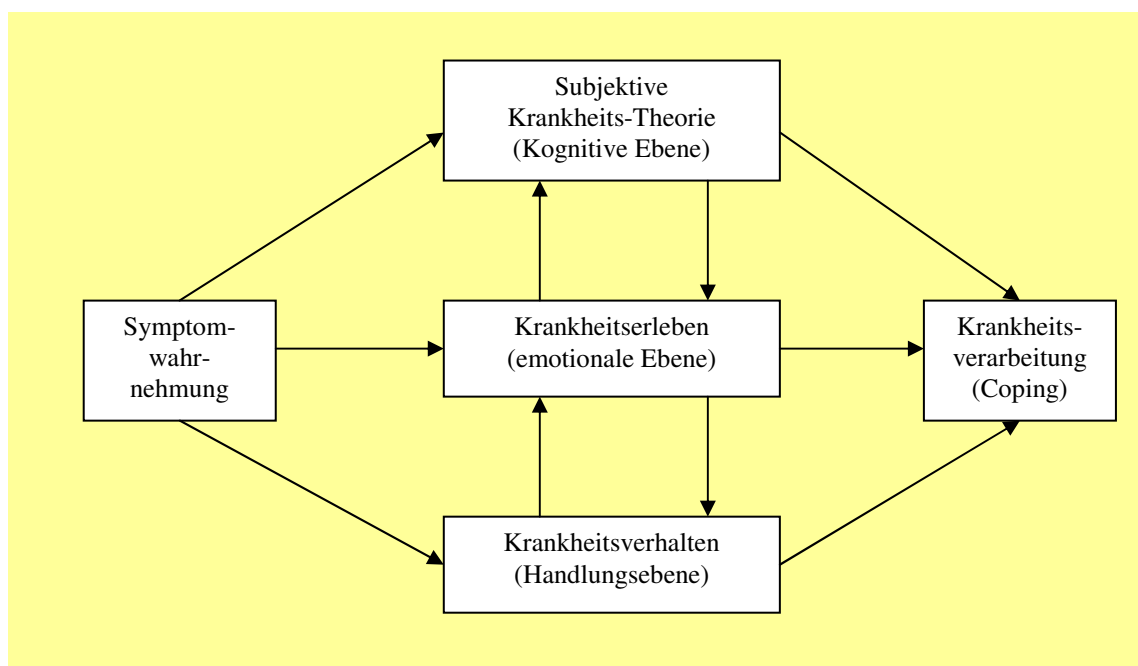


Abbildung 1.3: Ebenen der Krankheitsbewältigung nach Lang und Faller (1998)

Viele neuere Modelle zur Krankheitsbewältigung basieren auf der *transaktionalen Theorie der Krankheitsverarbeitung*, welche von Lazarus und Folkman (1984) auf der Basis der sozialen Stresstheorie in den sechziger Jahren entwickelt wurde. Ausgehend von den Ergebnissen der Stressforschung zeigten sie, dass nicht nur die Belastung als solche für die Bewältigung ausschlaggebend ist, sondern dass die *subjektive Bewertung (appraisal)* des Individuums entscheidend ist. Bewältigung als Teil eines jeden Stressvorganges läuft demnach in vier aufeinanderfolgenden Schritten ab: Auf eine bedrohliche Belastung nimmt das Individuum zunächst eine primäre Einschätzung (primary appraisal) vor, in der der Stressor subjektiv bewertet wird (kognitiv-emotional). In einem zweiten Schritt werden die zur Verfügung stehenden Reaktionsmöglichkeiten daraufhin überprüft, inwieweit sie zur Bewältigung des vorliegenden Stressors eingesetzt werden können (secondary appraisal). Der daran anschließende Einsatz verschiedener Bewältigungsstrategien (coping strategies) und die Bewertung ihrer Effizienz (re-appraisal) wird als prozesshaftes Geschehen verstanden. Der gesamte Copingprozess verläuft demnach nicht unidirektional, sondern zirkulär und benützt laufend sowohl persönlichkeits- wie situationsbezogene Merkmale.

Inzwischen gibt es zahlreiche Weiterentwicklungen dieses Modells von Lazarus und Folkman, wie z. B. das kognitiv-behaviorale Konzept der Krankheitsentwicklung von Hasenbring (1990, 1998) oder das Konzept von Weis (1998), welches die Bedeutung antezedenter Merkmale der Person (z. B. Selbstkonzept), der Situation und des sozialen Umfeldes betont.

Zuletzt soll das salutogenetische Konzept von Antonovsky (1987, 1993) an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, da Antonovsky es selbst als eine Theorie des Coping versteht (1993a). In dieses Konzept des Kohärenzgefühls gehen drei Komponenten ein, die bei der Bewältigung von Belastungen eine Rolle spielen: Die Verstehbarkeit („comprehensibility“) der Belastung, die Handhabbarkeit („manageability“) der Belastung und die Sinnhaftigkeit („meaningfulness“), die es der Person ermöglichen, die Belastung als Herausforderung zu sehen.

1.3.2 Erhebung/Messung

1.3.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente

Die Auswahl an Inventaren zur Erfassung von Bewältigungsstrategien ist heute groß (Rüger, Blomert & Förster, 1990; Westhoff, 1993). Spezifisch zum Coping im Sinne von Krankheitsverarbeitung entwickelte z. B. Heim (1986) mit seinen *Berner Bewältigungsformen* für den deutschen Sprachraum ein Interview zur Selbsteinschätzung, welches die Strategien negatives emotionales Coping, kognitives Umbewerten, Ausweichen und Handeln erfasst. Klauer, Ferring und Filipp (1989) erheben mit ihrem Selbsteinschätzungs-Fragebogen zu Formen der Krankheitsbewältigung die Strategien Grübeln, Suche nach sozialer Einbindung, Bedrohungsabwehr, Suche nach Information und Suche nach Halt in der Religion. Ebenfalls aus dem Jahr 1989 stammt der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung von Muthny, der in der vorliegenden Arbeit als Erhebungsinstrument ausgewählt wurde und deshalb bei den Erhebungsinstrumenten im Kapitel Methode näher beschrieben wird. Alle drei Inventare haben relativ gute Werte bei den Reliabilitäts- bzw. Validitätsanalysen; sie unterscheiden sich jedoch deutlich in ihren theoretischen Annahmen wie in der Anzahl der Items.

1.3.2.2 Methodische Probleme der Erhebung

Die Probleme in der Erhebung der Krankheitsbewältigungsstrategien sind vielfältig. Zunächst sind die theoretischen Annahmen, die den einzelnen Erhebungsinstrumenten zugrunde liegen, sehr heterogen. Ferner basieren die meisten Inventare auf Selbsteinschätzungen, eine ergänzende Bewertung durch Fremdeinschätzung fehlt meist. Hinzu kommt, dass die meisten Fragebögen expertengeneriert sind. Interviews mit Betroffenen wurden selten durchgeführt. Schließlich ist die Frage offen, wie viele Items oder Themenkomplexe ein valider Fragebogen enthalten muss. Zudem hängen die individuellen Krankheitsverarbeitungsstrategien auch vom Zeitpunkt der Erkrankung, dem Krankheitsstadium, der Art der Erkrankung und Behandlung, dem persönlichen und sozialen Hintergrund des Erkrankten sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab (Muthny, 1993, S. 69). Angloamerikanische Erhebungsinstrumente können deshalb nicht einfach für den deutschen Sprachraum übersetzt werden. Notwendige kontrollierte Längsschnittstudien sind äußerst aufwändig und fehlen bisher weitgehend.

1.3.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie

1.3.3.1 Krankheitsbewältigungsstrategien von Patienten

Die Bewältigungsstrategien von Patienten mit psychischen Störungen wurden in den letzten Jahren häufig untersucht. Als häufigste Formen der Krankheitsverarbeitung zeigen sich über viele Diagnosegruppen hinweg „compliancebezogene Strategien“ und „Vertrauenssetzung in die Ärzte“. Ebenfalls einen hohen Stellenwert haben „Selbstermutigung“, „Informationssuche“ und „soziale Vergleichsprozesse“ (Bengel et al., 2003; Lam, Wong & Sham, 2001). Diese Ergebnisse unterstreichen die wichtige Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung bei der Krankheitsverarbeitung.

Des Weiteren erfährt der Bereich Spiritualität/Religiosität als Krankheitsbewältigungsstrategie in den letzten Jahren neue Aufmerksamkeit (Borras et al., 2007; Klein & Albani, 2007; Phillips & Stein, 2007; Seyringer, Friedrich, Stompe, Frottier, Schrank & Frühwald, 2007). Insbesondere ist inzwischen mehrfach belegt, dass Religiosität die Behandlungsbereitschaft und -zufriedenheit bei Patienten tendenziell steigert (Borras et al., 2007; Logan & Romans, 2002; Koenig, McCullough & Larson, 2001).

Eine Auswertung von 27 Studien zum Bewältigungsverhalten von depressiven Patienten (Christensen & Kessing, 2005) belegt, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit höher ist bei Patienten, welche bevorzugt emotionszentrierte oder vermeidende Bewältigungsstrategien einsetzen. Versuchen Patienten dagegen sich der Situation anzupassen, so steigt die Wahrscheinlichkeit einer Remission und es sinkt das Risiko des Rückfalls signifikant in der Hälfte der Fälle.

Christens und Kessing (2005) weisen ferner auf die Diskrepanz zwischen der inzwischen guten theoretischen Fundierung des Konstruktes „coping“ und der Berücksichtigung und Förderung von Bewältigungsstrategien in der klinischen Praxis hin. Sie zeigen weiteren Forschungsbedarf bezüglich der komplexen Zusammenhänge zwischen Stressoren, Bewältigungsstrategien und den spezifischen Eigenheiten der jeweiligen psychiatrischen Diagnose auf; erst dann könnten konkrete Handlungsempfehlungen für die Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen gegeben werden.

1.3.3.2 Krankheitsbewältigungsstrategien von Angehörigen

Die Bewältigungsstrategien von Angehörigen psychisch Kranker sind heute bereits recht gut untersucht. Sie setzen vielfältige Bewältigungsstrategien ein (Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2008) und unterscheiden sich in diesen im Vergleich zur Normalbevölkerung nicht (Östman & Hansson, 2001). Ferner sind inzwischen Zusammenhänge zwischen (mal-)adaptiven Krankheitsverarbeitungsstrategien von Angehörigen und Belastungen (Budd, Oles & Hughes, 1998) bzw. Stress (Friedman-Yakoobian, Mamani & Mueser, 2009; Ramirez Garcia, Hernandez & Dorian, 2008; Rao, 2009) sowie zwischen positiven Kognitionen und Resilienz der Angehörigen (Zausziewski, Bekhet & Suresky, 2009) untersucht.

Psychoedukationsprogramme zur Unterstützung der Angehörigen in ihrer Krankheitsbewältigung zeigen signifikante Effekte im Vergleich zur Routinebehandlung (Bäumel, Pitschel-Walz, Basan & Kissling, 1999; Kulhara, Chakrabarti, Avasthi, Sharma & Sharma, 2009; Lewis et al., 2009; Sibitz, Amering, Gössler, Unger & Katschnig, 2007).

Eine systematische Erfassung der Bewältigungsstrategien der Angehörigen in Abhängigkeit von der Art ihrer Beziehung zum Patienten (Eltern, Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Geschwister) (Jungbauer & Angermeyer, 2003) sowie differenzierte vergleichende Untersuchungen in Abhängigkeit von der psychiatrischen Diagnose des Erkrankten fehlen bis heute bzw. liegen nur für einzelne Untergruppen vor. So untersuchten verschiedene Forschungsgruppen die Bewältigungsstrategien von Angehörigen schizophren erkrankter Familienmitglieder (Budd, Oles & Hughes, 1998; Fortune, Smith & Garvey, 2005; Magliano, et al., 1998; Rammohan, Rao & Subbakrishna, 2002; Scazufca & Kuipers, 1999), während z. B. die Bewältigungsstrategien von Angehörigen bipolar Erkrankter (Chakrabarti & Gill, 2002; Van der Voort, Goossens & Van der Bijl, 2007) bisher viel seltener untersucht wurden.

Die Untersuchung der Art der bevorzugten Krankheitsbewältigung in der vorliegenden Studie soll insbesondere Hinweise darauf geben, welche Zusammenhänge zwischen adaptiven bzw. maladaptiven Bewältigungsstrategien von Patienten und Angehörigen mit deren Lebensqualität sowie mit den Belastungen der Angehörigen bestehen.

1.4 Behandlungszufriedenheit

1.4.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen

Die Definitionsversuche zur „Zufriedenheit“ im Allgemeinen und zur „Kundenzufriedenheit“ im Speziellen sind in der Literatur der 70er und 80er Jahre unter dem Stichwort „consumer satisfaction“ und in der Literatur der 90er Jahre unter der Bezeichnung „customer satisfaction“ zahlreich. So definiert beispielsweise Meffert (1992, S. 115) Konsumentenzufriedenheit als „die Übereinstimmung zwischen den subjektiven Erwartungen und der tatsächlich erlebten Motivbefriedigung bei Produkten oder Dienstleistungen“.

Ein sehr frühes Modell zur Entstehung von Zufriedenheit stammt von Thibaut und Kelley (1959, S. 21-23). Sie postulierten einen Vergleichsanker (CL = Comparison-Level), der als Erfahrungswert den psychologisch bedeutungsvollen Mittelpunkt einer „Unzufriedenheits-Zufriedenheits-Skala“ repräsentiert. Demnach wird ein Stadium als positiv (zufrieden) bzw. negativ (unzufrieden) angesehen, wenn die Bewertung eines Ereignisses oberhalb bzw. unterhalb des Vergleichsniveaus eingeschätzt wird. Unklar und unbeantwortet bleiben bei diesem Konzept die Fragen zur Problematik der Fixierung bzw. zur Veränderung der Vergleichsanker. Es konnte beispielsweise nicht bestätigt werden, dass im Fall von Zufriedenheit eine CL-Niveauerhöhung erfolgt, oder im Fall von negativen Erfahrungen eine Senkung bewirkt wird. Unter welchen Bedingungen sich der psychologisch bedeutungsvolle Vergleichsanker bei Zufriedenheitsprozessen verändert, ist demnach nicht geklärt worden (Huber, 1983, S. 43). Ein Beitrag zu Lösung dieses Problems findet sich bei Becker (1991, S. 35). Er weist auf eine These hin, die auf den Mathematiker Daniel Bernoulli zurückgeht, der eine alte menschliche Erfahrung im Sinne des Fechnerschen Gesetzes zu quantifizieren versucht: Das Mehr an Zufriedenheit, das ein bestimmter „Gewinn“ vermittelt, richtet sich nach dem bisherigen Besitz: Je mehr man bereits von einem bestimmten Gut zur Verfügung hat, desto mehr muss man hinzugewinnen, um einen bestimmten Befriedigungszuwachs zu erreichen (Becker, 1991, S. 35). Auch die Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957) und das Assimilations-Akkomodations-Modell (Piaget, 1970) liefern Vorschläge, die Veränderungen des „Vergleichsankers“ erklären könnten.

Ein Modell der Kundenzufriedenheitsgenese von Yi (1990, S. 81) ist in Abbildung 1.4 dargestellt. Erwartungen üben dabei einen multiplen Einfluss auf die Kundenzufriedenheit aus: Erstens moderieren Erwartungen die Leistungswahrnehmung und beeinflussen so mittelbar die Kundenzufriedenheit. Zweitens haben sie einen unmittelbar bewertenden Einfluss, indem sie als Referenzwert für die Leistungsbeurteilung fungieren. Drittens haben sie einen unmittelbar verzerrenden Einfluss auf die Kundenzufriedenheit, der nicht durch den subjektiven Vergleichsprozess erklärt werden kann.

Es lässt sich zusammenfassen, dass trotz der obengenannten Modelle einer inzwischen großen Zahl verschiedener korrelativer Studien (z. B. Larson, 1978; Bradburn & Caplovitz, 1965; Gotlieb, Grewal & Brown, 1994) sowie einiger experimentell-theoretischer Arbeiten (z. B. Boulding, Kalra, Staelin & Zeithaml, 1993; Danaher & Mattson, 1994; Hannöver, Dogs & Kordy, 2000) auch heute noch keine umfassende sozialpsychologische Theorie existiert, die den Begriff „Zufriedenheit“ zufriedenstellend definiert und die Entstehung von Zufriedenheit umfassend erklärt.

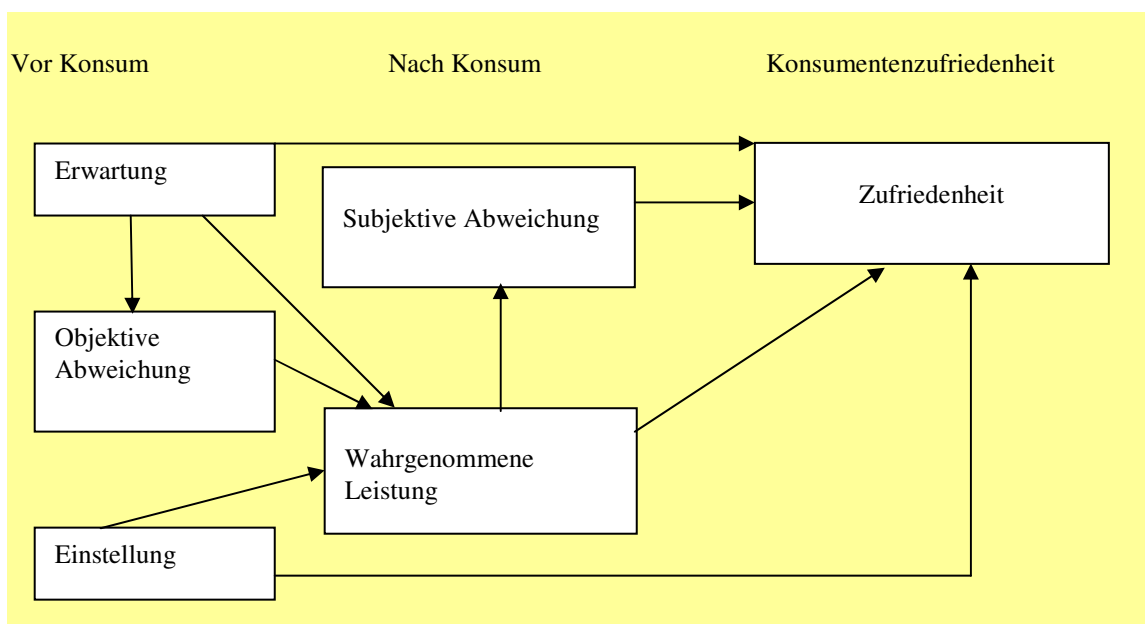


Abbildung 1.4: Prozess der Kundenzufriedenheitsgenese nach Yi (1990, S. 81)

1.4.2 Erhebung/Messung

1.4.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente

Da Patientenzufriedenheit inzwischen ein gängiges Evaluationskriterium im ambulanten wie stationären Setting ist, hat sich ein fast unübersehbarer Markt kommerzieller Anbieter von Erhebungen zur Zufriedenheitsmessung im Gesundheitssektor entwickelt. Dementsprechend gibt es eine Fülle von meist selbstentwickelten und wenig überprüften Instrumenten zur Erhebung von Globalbeurteilungen von Zufriedenheit bis hin zu Bewertungen ausführlich erhobener Einzelaspekte. Bezüglich der Erhebung der globalen Behandlungszufriedenheit von psychiatrischen Patienten und Angehörigen wird im deutschen Sprachraum jedoch der auch dieser Studie zugrunde liegende Fragebogen ZUF-8 am häufigsten verwendet (vgl. die genauere Beschreibung in Kapitel 3.2).

1.4.2.2 Methodische Probleme der Erhebung

Die zahlreichen methodischen Probleme bei der Erhebung der Behandlungszufriedenheit decken sich zum Teil mit bereits genannten Problemen der bisher dargestellten Konzepte. Leimkühler (1995) sowie Leimkühler und Müller (1996) führen die theoretischen und methodischen Defizite bei der Erhebung der Patientenzufriedenheit näher aus, welche analog auch für die Erfassung der Angehörigenzufriedenheit gelten. Ihre Einwände sind:

1. Trotz der Fülle von empirischen Studien ist der *Begriff der Zufriedenheit* kaum reflektiert. Er wird vielfach als selbstevident vorausgesetzt.
2. Auffallend ist, dass in den meisten Studien die Zufriedenheitsraten kaum unter 90 % liegen. Wird dagegen differenzierter nach einzelnen Aspekten der materiellen, professionellen und psychosozialen Versorgung gefragt, zeigen sich durchaus Differenzen zur *Globalzufriedenheit* (vgl. hierzu auch Spießl, Cording & Klein, 1997).
3. Grundsätzlich treffen alle Nachteile von Selbstratingverfahren zu. Insbesondere können *Konfundierungen* mit der jeweils eingesetzten Skalenart, mit der psychiatrischen Diagnose und Symptomatik des Erkrankten oder mit der generellen Lebenszufriedenheit die Güte der Erhebung beschränken.

4. Die meisten Erhebungsinstrumente sind selbstgeneriert und wenig überprüft. Für die *Validität* der Zufriedenheitseinschätzungen ist es jedoch nicht unwichtig, ob die Qualitätskriterien von Experten aufgestellt oder in Interviews von den Betroffenen selbst behauptet werden, da die Prioritäten von Experten nicht notwendigerweise mit denen der direkt Betroffenen übereinstimmen müssen (Spießl, Spießl & Cording, 1999; Bäuml et al., 1999; Hansson; Björkman & Berglund, 1993; Kai et al., 1993).
5. Die Anlage der meisten Zufriedenheitsstudien zielt eher auf eine *Legitimationsfunktion* gegenüber den Befragten, als dass diese Erhebungen in ein umfassendes Evaluationsprogramm integriert und die Zufriedenheitsitems systematisch zu objektiven Behandlungsaspekten in Beziehung gesetzt würden.

Ruggeri, Dall'Angola, Agostani und Risoffi (1994) sehen hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften weitere Probleme bei der Erhebung des Konstrukts Zufriedenheit mit der psychiatrischen Versorgung:

1. *Das Problem der „Nicht-Antworte“*: Gründe für die Ablehnung der Teilnahme an der Befragung sind oftmals Misstrauen oder Passivität der Befragten, obgleich gerade diese Antwortgruppe für die Zufriedenheitsanalyse interessant wäre. Spießl und Mitarbeiter (2009) belegen, dass hier mit einem hohen Prozentsatz nicht erhobener sog. „latenter“ Unzufriedenheit gerechnet werden muss.
2. *Das Problem der inhaltlichen Validität*: Zum einen besteht die Schwierigkeit, die wahren Gefühle der Befragten zu erheben. Zur Erhöhung der Validität ist es daher unabdingbar, die Vieldimensionalität der Aspekte durch Befragung der direkt Betroffenen zu erheben (Spießl et al., 1999). Zum anderen ist belegt, dass Patienten oder professionelle Mitarbeiter den Grad der Zufriedenheit anders bewerten als Angehörige (Leavey, King, Cole, Hoar, & Johnson-Sabine, 1997; Ruggeri & Dall'Agnola, 1993; Grella & Grusky, 1989; Prager & Tonaka, 1980).
3. *Das Problem der Reliabilität*: In der Zufriedenheitsforschung wurde dieses Gütekriterium häufig vernachlässigt. Ware, Snyder, Wright und Davies (1983) erhoben, dass nur 11 von 81 empirischen Studien zur Zufriedenheit mit medizinischen Dienstleistungen Reliabilitätskoeffizienten angeben. Ruggeri und Dall'Agnola (1993) kamen jedoch in ihren Studien mit Patienten und Angehörigen auf eine Test-Retest-Reliabilität von .70. Dies belegt, entgegen der bisherigen Annahme, dass Zufriedenheit mit den medizinischen Institutionen

eine akzeptabel stabile Größe bei der Bewertung darstellt. Dies bestätigen auch die jeweils hohen Werte der internen Konsistenz in den Studien zur „Nutzerzufriedenheit“ von Patienten (Spießl et al., 2009), Angehörigen (Spießl, Schmid, Vukovich & Cording, 2004) und von niedergelassenen Ärzten und sozialpsychiatrischen Diensten (Spießl, Semsch, Cording & Klein, 2001). Ebenso spricht die hohe Reliabilität der Bewertungen von professionellen Helfern und Patienten in der Untersuchung von Slade, Phelan und Thornicroft (1998) und die von Thornicroft, Gooch, O'Driscoll und Reda (1993) ermittelte Test-Retest-Reliabilität von .51 und einer durchschnittlichen Inter-Rater-Reliabilität von .82 für die Stabilität der Größe Zufriedenheit.

Ein weiteres Problem ist das *Messniveau der Daten* und die darauf aufbauenden Analyseverfahren. Gemäß den üblichen Vorgehensweisen erfolgen die Messungen des subjektiven Wohlbefindens auf ordinalem Messniveau, die Skalenwerte werden jedoch oft wie metrische Daten behandelt. Huber (1983) hat zur Klärung der Frage, wie sinnvoll die direkte Einschätzung der Zufriedenheit als subjektive Selbsterfahrung ist, Messversuche mit vier verschiedenen numerischen Skalen durchgeführt. Dabei interessierte primär, ob die Messwerte von selbsteingeschätzter Zufriedenheit mit dem jeweiligen Messinstrument (bipolare 7stufige Skala, 7stufige Likertskala, Plus-Minus-Skala, offene Skala) variieren. Das Ergebnis war: Die mittlere absolute Abweichung betrug bei allen Vergleichen nahezu einen Skalenpunkt. Vor allem die Vorgabe von positiven Wertsymbolen (z.B. + oder +1, +2, +3) provoziert eine Verzerrung der Messungen in Richtung dieser positiven Wertangabe.

Schließlich muss bei der Interpretation der Ergebnisse auch bedacht werden, dass Veränderungen des Anspruchsniveaus durch Anpassungsvorgänge zu einer resignativen bzw. „*Pseudozufriedenheit*“ führen können (Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975, S. 32). Diese hohe Zufriedenheit kann mit der Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957) und dem Assimilations-Akkomodations-Modell (Piaget, 1983) erklärt werden: Werden die Erwartungen der Angehörigen nicht erfüllt, kommt es zu einer kognitiven Dissonanz zwischen Erwartung und Realität und damit zu intrapersonellen Spannungen und Unzufriedenheit. „Das Vorhandensein von Dissonanz bewirkt Druck in Richtung auf Dissonanzreduktion oder Vermeidung von Dissonanzerhöhung. Dieser Druck wirkt sich unter anderem in Verhaltensänderungen, Kognitionsänderungen und dahingehend aus, dass man sich auch neuen Informationen und neuen Meinungen aussetzt“ (Festinger, 1957, S. 31).

Auf diese Weise kommen inkonsistente Zufriedenheitsäußerungen zustande, etwa dass der Angehörige allgemein zufrieden ist, sich aber z. B. mehr Einbeziehung in die Behandlung des Patienten wünschen würde. Das Assimilations-Akkomodations-Modell (Piaget, 1983, S. 106-109) geht davon aus, dass der Mensch nach einem Gleichgewichtszustand zwischen Person und Umwelt strebt. Dieser lässt sich entweder durch Angleichung der Umwelt an die Person (Assimilation) oder durch Angleichung der Person an die Umwelt (Akkomodation) erreichen. Da es Angehörigen kaum möglich sein wird, die Umwelt zu verändern, z. B. die zu geringe Zeit der Ärzte für regelmäßige Gespräche, bleibt ihnen nur die Anpassung an die Alltagsrealität der Klinik, um einen relativ stabilen Gleichgewichtszustand aufrechtzuerhalten. Je weniger eine Person in der Lage ist, Einfluss auf ihre Situation zu nehmen, umso mehr neigt sie zu resignativer Anpassung, d. h. zu einer positiven Bewertung einer defizitären Realität. Hohe Zufriedenheit kann folglich Ausdruck einer resignativen Anpassung sein.

Aufgrund der vielfältigen Erhebungsprobleme konnte bisher kein allgemein anerkanntes Standardverfahren zur Erhebung der Zufriedenheit von Patienten entwickelt werden. Da sich ferner alle bisherigen Studien in Methode, Evaluationszeitpunkt, Setting und Stichprobe unterscheiden, fehlt auch eine Metaanalyse der bisherigen Studien.

Die Konsequenz aus diesen theoretischen und methodischen Schwierigkeiten ist jedoch nicht, dass Zufriedenheitsmaße für die psychiatrische Versorgung nicht herangezogen werden sollten. Schon Ipsen (1978) erhebt dagegen folgenden Einwand: Selbst wenn die Zufriedenheit wissenschaftlich nicht mit einer guten Reliabilität erhoben werden kann, ist sie doch als Zufriedenheit vorhanden. D. h., auch wenn Erhebungsinstrumente zur Zufriedenheit mit besseren Gütekriterien noch nicht entwickelt werden konnten, darf die Zufriedenheit von Konsumenten im Rahmen der Qualitätsverbesserung nicht einfach außen vor gelassen werden. Ebenso plädiert Glatzer (1992):

„Grundlage der Messung von Glück, Zufriedenheit und anderen subjektiven Sachverhalten sind in der Regel einfach Skalen, in denen die Befragten ihr Wohlbefinden einstufen. Dies kann in verbal bezeichneten Kategorien erfolgen, ... oder notenmäßig Dabei ist es durchaus fraglich, ob es dasselbe bedeutet, wenn sich mehrere Individuen beispielsweise auf einer Elf-Punkte Skala bei „Sechs“ einstufen. Aber die Prüfung der Frage, ob die Individuen falsche oder leichtfertige Angaben ... machen (z. B. in Wiederholungsbefragungen, in ergänzenden Tiefeninterviews und in Fremdeinschätzungen ... durch Freunde), führte zu einer weitgehenden Bestätigung der Validität der Angaben“ (S. 53)

1.4.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie

1.4.3.1 Behandlungszufriedenheit von Patienten

Die Behandlungszufriedenheit der Patienten ist in Abhängigkeit von ihrer psychischen Störung unterschiedlich gut untersucht. Die meisten Studien haben die Behandlungszufriedenheit bei schizophrenen Patienten erhoben (Haan et al., 2002; Prince, 2006; Ruggeri et al., 2003; Tyson et al., 2001).

Vergleichende Untersuchungen zeigen, dass schizophrene und schizoaffektiv erkrankte Patienten weniger zufrieden sind als Patienten mit affektiven Störungen (Spießl, Cording & Klein, 2000). Unterschiede in der Behandlungszufriedenheit zwischen unipolar depressiven und bipolar affektiv erkrankten Patienten konnten dagegen in einer umfangreichen Studie mit 493 Patienten nicht nachgewiesen werden (Kessing, Hansen, Ruggeri & Bech, 2006). Spießl und Mitarbeiter (2009) belegen, dass nicht die Diagnose des Patienten der entscheidende Einflussfaktor für die Bewertung der (Un-) Zufriedenheit mit der Behandlung ist, sondern die Psychopathologie des Erkrankten.

Über alle Diagnosegruppe hinweg fällt ferner auf, dass die Erkrankten häufig sehr zufrieden mit ihrer Behandlung sind (vgl. hierzu auch den Hinweis zu den hohen Globalzufriedenheitswerten in Kapitel 1.4.2.2 „Methodische Probleme der Erhebung“) und auch im Vergleich mit der Bewertung durch ihre Angehörigen zufriedener sind (Tyson et al., 2001; Fischer et al., 2002).

Verschiedene Autoren haben bereits mögliche soziodemographische und krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit untersucht (Blenkiron & Hammill, 2003; Längle et al., 2002; Leiß & Kallert, 2001). Die aktuellste Studie (Spießl et al., 2009) zeigt keinerlei signifikanten Einfluss von soziodemographischen oder krankheitsbezogenen Variablen auf die Behandlungszufriedenheit der Patienten. Zu berücksichtigen ist jedoch der Einfluss von Depressivität auf die Bewertung von Patientenzufriedenheit (Jacob & Bengel, 2000, 2002).

Studien, welche die Behandlungszufriedenheit von psychiatrischen Patienten mit der ihrer Angehörigen vergleichen, liegen kaum vor. Eine qualitative Studie zur Zufriedenheit mit der Behandlungskontinuität in der Einschätzung von Patienten und ihren Angehörigen wurde von Jones und Mitarbeitern der „Echo group“ im Jahr 2009 publiziert. Quantitative Arbeiten fehlen bisher.

1.4.3.2 Behandlungszufriedenheit von Angehörigen

Während es eine Vielzahl von Studien über die Zufriedenheit von *Patienten* mit der stationären Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen gibt, ist die Zahl der Untersuchungen über die Zufriedenheit von *Angehörigen* psychiatrischer Patienten noch eher gering, wenn auch wachsendes Interesse besteht (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi & Morosini, 2002). Ruggeri (1994) gibt einen Überblick über empirische Studien und Reviews zum Stand der Forschung zur Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen zwischen den Jahren 1982-93. Eine frühere Übersicht stammt von Lebow (1983) und belegt den Stand der Forschung zur „consumer satisfaction“ bis 1983. Eine aktuelle Übersichtsarbeit, insbesondere spezifisch im Bezug auf die Zufriedenheit von Angehörigen, fehlt jedoch, was als Konsequenz der geringen Forschungstätigkeit interpretiert werden kann.

Die wenigen Ergebnisse der vorhandenen Studien sollen zur Vermeidung einer doppelten Anführung erst bei der Diskussion der Ergebnisse dieser Arbeit besprochen werden. Inhaltlich können die in den Zufriedenheitsstudien bewerteten Items z. B. folgenden bei Vieten und Brinkmann (2000) angeführten fünf Bereichen zugeordnet werden:

- Besuchssituation,
- Information/Beteiligung der Angehörigen,
- Betreuung/Behandlung des Patienten,
- Angebote/Hilfen für Angehörige und
- Veränderungsprozess in der Einrichtung.

Untersuchungen bezüglich der Zufriedenheit der Angehörigen in Abhängigkeit von ihren Erwartungen an die Klinik zeigen, dass die Angehörigen insbesondere mit ihrer Information über Therapie und Verlauf, ihrer Aufklärung über die Erkrankung, ihrer Unterstützung im Umgang mit dem Patienten und ihrer Information über Wiedereingliederungsmöglichkeiten des Patienten unzufrieden sind (Schmid, Spießl, Vukovich & Cording, 2003; Spießl, Schmid, Binder & Cording, 2005; Spießl, Schmid, Cording, Klein & Adler, 2005a). Diskrepanzen zwischen Erwartungen und Zufriedenheit der Angehörigen bezüglich der stationär-psychiatrischen Behandlung finden sich insbesondere hinsichtlich der psychotherapeutischen Gespräche mit dem Patienten sowie der Information der Angehörigen über Therapie, Medikamente,

Nebenwirkungen und Behandlungsverlauf (Spießl, Schmid, Vukovich & Cording, 2004; Spießl, Schmid, Wiedemann & Cording, 2005c).

Die Erfassung der Behandlungszufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit dem ZUF-8 als einem Parameter der Ergebnisqualität soll in der vorliegenden Untersuchung unter Berücksichtigung der Zusammenhänge mit der Befindlichkeit unter Medikation, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Lebensqualität und Belastungsempfinden Hinweise für notwendige Verbesserungen in der Behandlung von Patienten und Angehörigen liefern.

1.5 Lebensqualität

1.5.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen

Lebensqualität („quality of life“) ist ein subjektives, nicht direkt beobachtbares Konstrukt, dessen Definition bereits seit den 70er Jahren intensiv diskutiert wird. Eine allgemein anerkannte Definition gibt es bis heute nicht. Konsens besteht darin, dass eine operationale Definition sinnvoll ist und dass das Konstrukt Lebensqualität über mehrere Dimensionen messbar ist, die im Erleben (Wohlbefinden) und Verhalten (Funktionsfähigkeit) des Befragten liegen. Andere Personen (z. B. behandelnde Therapeuten, Angehörige von Erkrankten) können zwar auch Beurteilungen abgeben, sie stellen aber eine andere Perspektive dar und sind nicht mit der Selbstbeurteilung identisch (Bullinger, 1991).

Im Wesentlichen werden in der Forschung physisches und psychisches Wohlbefinden, Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und der Umwelt sowie die Funktionsfähigkeit und Selbständigkeit im Alltag als zentrale Dimensionen der Lebensqualität angesehen (Ware, 1987). Andere ergänzen diese Dimensionen der Lebensqualität noch um medizinische und ökonomische Aspekte des Lebens (Bullinger, 1991). Einigkeit besteht darin, dass Lebensqualität ein multidimensionales und dynamisches Konzept ist. In der Medizin wird speziell von gesundheitsbezogener Lebensqualität gesprochen, da hier die möglichen Beeinträchtigungen durch Krankheit und/oder Behinderung besondere Berücksichtigung erfahren. Beispielhaft soll deshalb das Modell zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Bullinger (1996) dargestellt werden (vgl. Abb. 1.5).

Da die regen Bemühungen einzelner Autoren und Arbeitsgruppen eine unübersehbare Vielzahl an Definitionen zur Lebensqualität generiert haben (Ravens-Sieberer, Cieza, Bullinger, Steinbüchel & Pöppel, 2000; Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000), soll als allgemeingültige, interkulturell einsetzbare Definition die Formulierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dieser Arbeit zugrunde liegen. Sie bildet auch die Basis für die Entwicklung des in dieser Arbeit benützten Erhebungsinstrumentes WHOQOL und lautet:

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen

Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (WHOQOL-Group, 1994)

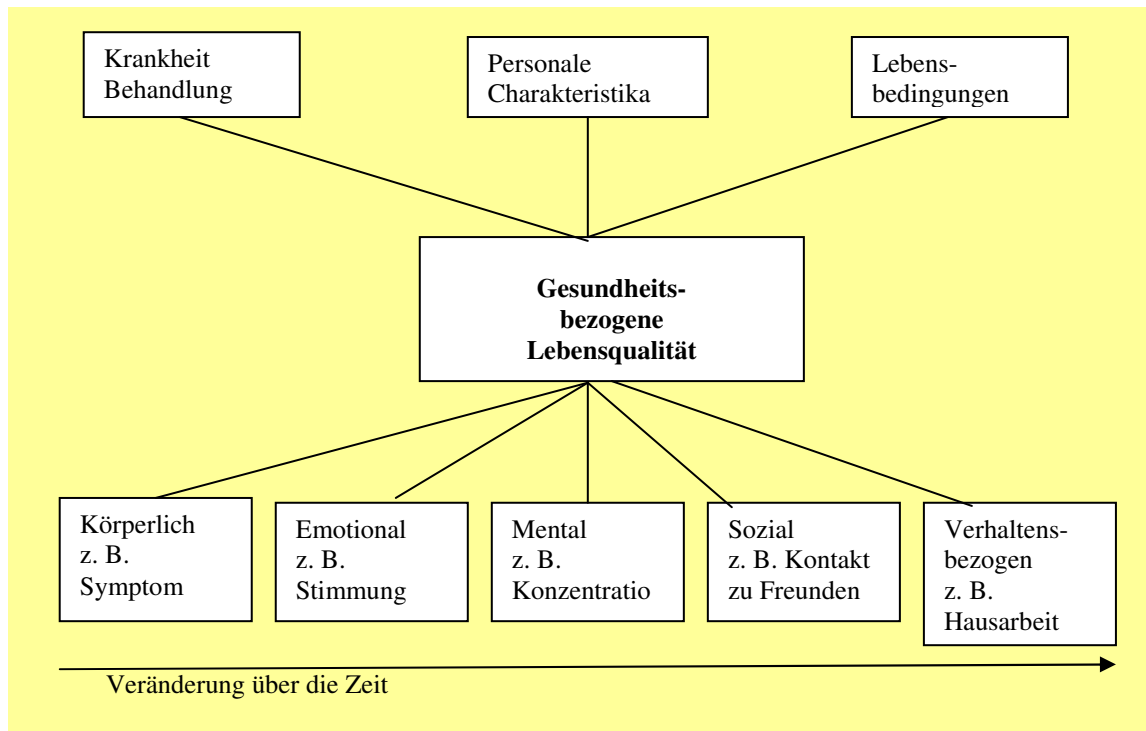


Abbildung 1.5: Theoretisches Modell der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Determinanten (oben) und Komponenten (unten) nach Bullinger (1996)

1.5.2 Erhebung/Messung

1.5.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente

Bereits 1997 lagen über 1000 Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität vor (Bullinger, 1997) und ihre Zahl ist weiter gewachsen.

Gill und Feinstein (1994) untersuchten in einer umfangreichen Literaturrecherche 75 Studien, in denen 159 verschiedene Lebensqualitätsmessinstrumente verwendet wurden. Die am häufigsten verwendeten Erhebungsinstrumente waren das Sickness Impact Profile (Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981), der Functional Living Index-Cancer (Schipper, Clinch, McMurray & Lewitt, 1984) und der Karnofsky Performance Index (Karnofsky & Burchenal, 1949). Von den 159 Erhebungsinstrumenten wurden 136 nur einmal benützt. Definiert wurde der Begriff Lebensqualität nur 11 Mal (15 %), begründet war die Auswahl des verwendeten Instrumentes nur in 27 Fällen (36 %) und einen zusammenfassenden Gesamtscore zur Lebensqualität gab es nur bei 27 von 71 (38 %) Studien.

Stieglitz (1996), Ravens-Sieberer, Cieza, Bullinger, Steinbüchel und Pöppel (2000) sowie Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) geben jeweils einen umfassenden Überblick über Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität bei Patienten mit psychischen Störungen. Die Wahl des Instrumentes richtet sich nach dem Kontext und der Aufgabenstellung der Studie, dem Ziel der Untersuchung sowie nach der physischen und psychischen Verfassung der zu befragenden Personen.

Kennzeichen der krankheitsspezifischen Messinstrumente ist es, möglichst nah am Erleben der Patienten mögliche Veränderungen infolge der Erkrankung zu erfassen. Um zusätzliche Informationen zu erhalten, ist die Kombination mit einem generischen (krankheitsübergreifenden) Instrument häufig sinnvoll, da die spezifischen Fragebögen bedeutende Outcome-Variablen, wie zum Beispiel die erhaltene soziale Unterstützung, zum Teil zugunsten ihrer Spezifizierung vernachlässigen.

Neuere Entwicklungen in der Erfassung der Lebensqualität versuchen im Gegensatz zu den Anfangszeiten der Lebensqualitätsforschung, die Fragebögen möglichst kurz zu halten. Skalen mit drei Items sind durchaus gängig. Es besteht das Bestreben, die Erhebungsinstrumente so einfach wie möglich zu halten, um die Patientenbelastung zu reduzieren.

1.5.2.2 Methodische Probleme der Erhebung

Kilian (1995) betitelt seinen Artikel mit der Gretchen-Frage: „Ist Lebensqualität messbar?“ und plädiert dafür, die klassische Polarisierung zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden in der Analyse der Lebensqualität aufzugeben. Die methodischen Schwierigkeiten in der Erhebung der Lebensqualität sind tatsächlich zahlreich, aber die Lebensqualitätsforschung hat in den letzten Jahrzehnten bereits einige Probleme gelöst (Eack & Newhill, 2007; Katschnig, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2000).

Nach Pukrop (2003) bleiben jedoch vor allem drei Problembereiche bestehen:

- unterschiedliche Forschungstraditionen bei der begrifflichen Bestimmung des Begriffs Lebensqualität,
- die definitorische Unbestimmtheit des Lebensqualitäts-Konstruktes,
- die Konstruktkonfundierung und Mangel an Spezifität.

Weitere, auch auf heute konzipierte Studien zur Lebensqualitätserhebung häufig zutreffende Kritikpunkte formulierte bereits Lauer (1996). Er bemängelt:

- nur ein Teil der Untersuchungen ist explizit um Repräsentativität der Stichprobe bemüht;
- ein weiteres Problem ist die Stichprobenhomogenität. Ungefähr ein Viertel der Studien zur Lebensqualität wurde an homogenen Stichproben Schizophrener durchgeführt. Alle sonstigen Untersuchungen umfassen gemischte Diagnosestichproben, wobei jedoch meist wieder der Anteil schizophrener Probanden zwischen zwei Dritteln und drei Vierteln der Stichprobengröße liegt;
- ferner überwiegen die wenig aussagekräftigen querschnittlichen Studiendesigns. Dadurch ist zwar ein Vergleich mit der Normalbevölkerung oder mit anderen Erkrankungen möglich, die Effekte verschiedener Interventionen auf die Lebensqualität lassen sich damit jedoch nicht abschätzen;
- die Erfassung der Lebensqualität basiert auf unterschiedlich langen Interviews und Fragebögen, welche oft nur wenige Gemeinsamkeiten mit den Erfassungsmethoden der Lebensqualität in anderen Bereichen haben.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die bisher existierenden krankheitsübergreifenden und krankheitsspezifischen Konzepte einen beschränkten, allerdings methodisch akzeptablen Zugang zur Erforschung der Lebensqualität darstellen (Bullinger, 2002).

1.5.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie

1.5.3.1 Lebensqualität von Patienten

Hinsichtlich ihrer Lebensqualität sind wiederum die schizophren Erkrankten die am besten untersuchte Diagnosegruppe (Lauer, 1996; Stieglitz, 1996). Insbesondere im Hinblick auf die Nebenwirkungen von Psychopharmaka wurde die Lebensqualität zu einem bevorzugten Evaluationskriterium der Behandlung (Hwang et al., 2009; Naber et al., 2001; Naber, Karow & Lambert, 2002; Voruganti et al., 2000, 2002; Yen et al., 2008). Für die Gruppe der schizophren Erkrankten gilt heute als gesichert (Lauer, 1996)

- dass schizophrene Patienten zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten im Verlauf ihrer Erkrankung bei verschiedenen Erhebungsmethoden niedrigere Lebensqualitätswerte zeigen als die Normalbevölkerung,
- dass schizophren Erkrankte, welche gemeindenäher betreut werden, selbst bei stationären Patienten vergleichbaren psychopathologischen Befunden, über eine bessere Lebensqualität berichten,
- dass sowohl die Symptomschwere wie die Rückfallhäufigkeit negativ mit der Lebensqualität korreliert und
- dass ähnlich wie in der Normalbevölkerung das Selbstwertgefühl ein wichtiger Prädiktor der Lebensqualität ist.

Zahlreiche Studien untersuchten mögliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität von Patienten mit psychischen Störungen. So wurden Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Bewältigungsstrategien (Ritsner et al., 2003; Schmid, Neuner, Cording & Spießl, 2006b), Symptomatik (Adewuja & Makanjuola, 2009; Gazalle et al., 2007; Gorna, Jaracz, Rybakowski & Rybakowski, 2008; Hofer et al., 2004; Norman et al., 2000), Stress (Colovic, Lecic-Tosevski, Mandic & Toskovic, 2009), Wirkung von Neuroleptika (Chee, 2009; Franz, Lis, Plüddemann & Gallhofer 1997; Hertling et al., 2003; Naber & Dose, 2005; Naber et al., 2001; Schmid, Neuner, Cording & Spießl, 2006a) und soziodemographischem Hintergrund (Dimitriou, Anthony & Dyson, 2009; Trompenaars et al., 2005b; Salokangas, Honkonen, Stengård & Koivisto, 2001) untersucht. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss insbesondere der inzwischen vielfach replizierte Einfluss von Depressivität auf die Einschätzung der Lebensqualität berücksichtigt werden (Berlim, McGirr & Fleck, 2008; Dias, Brissos, Frey & Kapczinski, 2008; Ohaeri, Awadalla & Gado, 2009).

1.5.3.2 Lebensqualität von Angehörigen

Obgleich die Zahl der Studien zur Lebensqualität von Angehörigen psychisch Kranker bisher sehr gering ist, stimmen die Ergebnisse der wenigen vorliegenden Studien dahingehend überein, dass die Lebensqualität der Angehörigen infolge der psychischen Erkrankung ihres Familienmitgliedes beeinträchtigt ist (Fischer, Kemmler & Meise, 2004; Fleischmann & Klupp, 2004; Foldemo, Gullberg, Ek & Bogren, 2005; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006; Walton-Moss, Gerson & Rose, 2005).

Nach der Erhebung von Fleischmann und Klupp (2004) an 304 Angehörigen psychisch Kranker ist die Lebensqualität der Angehörigen vor allem in den sozialen und psychischen Dimensionen beeinträchtigt.

Einflussfaktoren auf die Lebensqualität von Angehörigen wurden bisher nur in einer Studie explizit erhoben: Foldemo und Mitarbeiter (2005) belegen eine Korrelation zwischen vermehrten Belastungen der Angehörigen und geringer Lebensqualität im Allgemeinen. Weitere Korrelationen betreffen geringere Werte auf den Subskalen „Familie“ und „Soziales“ des erhobenen Quality of Life Index (QLI), welche wiederum mit erhöhten Belastungen signifikant korrelieren (Foldemo et al., 2005).

Die Erfassung der Lebensqualität der Patienten und Angehörigen mit dem bewährten Erfassungsinstrument WHOQOL-BREF soll in der vorliegenden Studie einerseits Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Belastungsempfinden der Angehörigen aufzeigen, andererseits den Einfluss von Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien und verschiedenen Parametern für die Schwere der Erkrankung auf die Lebensqualität klären.

1.6 Befindlichkeit unter Medikation

1.6.1 Definition und modelltheoretische Aspekte/Kontroversen

Die subjektive Befindlichkeit (engl. „subjective well-being“) umfasst nach Lambert und Mitarbeiter (2004) die fünf Dimensionen Selbstkontrolle, mentale Funktion, emotionale Regulation, physische Funktion und soziale Integration, welche wiederum von sechs Einflüssen vorrangig bestimmt werden (vgl. Abb. 1.6).

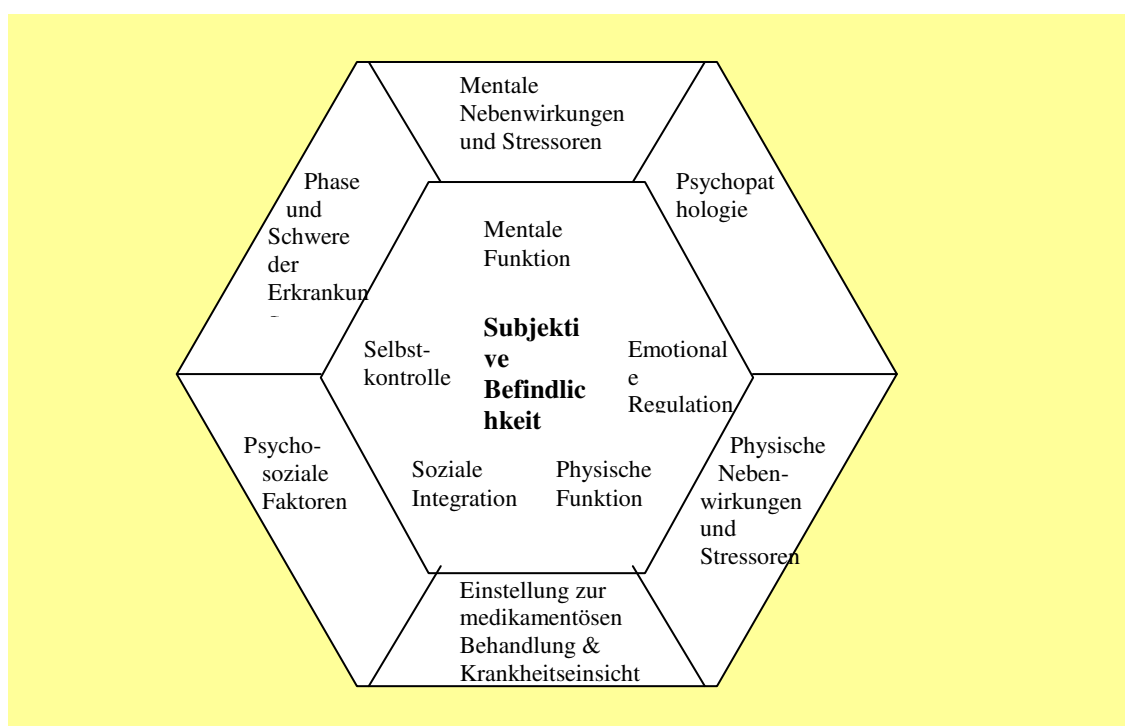


Abbildung 1.6: Einflüsse (äußerer Bereich) auf die fünf Dimensionen (innerer Bereich) der subjektiven Befindlichkeit (nach Lambert et al., 2003, zitiert nach Blaeser-Kiel, 2006, S. 3).

Weitere Definitionen dezidiert zum subjektiven Wohlbefinden unter Medikation liegen nicht vor. Die Übergänge zum Konstrukt „Lebensqualität“ sind jedoch fließend. Insbesondere im angloamerikanischen Sprachbereich werden die Studien zur Befindlichkeit unter Medikation mit spezifischen Erhebungsinstrumenten zur „quality of life“ erhoben. Ferner existieren wenige Definitionen und Erhebungsinstrumente zur „subjective experience“ (De Haan, Weisfelt, Dingemans, Linszen & Wouters, 2002).

1.6.2 Erhebung/Messung

1.6.2.1 Vorhandene Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrumente zur Befindlichkeit unter Medikation sind im angloamerikanischen Bereich unter dem Begriff „subjective experience of deficits“ oder „subjective deficits syndrom scale“ zu finden. Ihre Zahl ist jedoch gering (Liddle & Barnes, 1988; Jaeger, Bitter, Czobor & Volavka, 1990; Selten, Sijben, Bosch, Omloo-Vissen & Warmerdam, 1993). Ferner sind diese drei Erhebungsinstrumente keine reinen Selbstbeurteilungsskalen, die Beurteilung des Interviewers fließt zum Teil in die Bewertung mit ein.

Im deutschsprachigen Raum liegt ausschließlich der von Naber et al. (2001) entwickelte Fragebogen „Subjektives Wohlbefinden unter Neuroleptika (SWN)“ vor, mit dem sich die Effekte von Neuroleptika auf die von Lambert und Mitarbeitern beschriebenen fünf Dimensionen der subjektiven Befindlichkeit (vgl. Abb. 1.6) differenziert messen lassen. Es ist ein reines Selbstbeurteilungsinstrument mit 38 Items in der Langfassung. Die Gütekriterien dieses Erhebungsinstrumentes sind sowohl für die Lang- wie für die Kurzversion gut (De Haan et al., 2002; Naber, 1995; Naber et al., 2001).

1.6.2.2 Methodische Probleme der Erhebung

Der Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens ist eher gering, da er in der Kurzversion (SWN-K) nur 20 Items umfasst, welche auf einer sechsstufigen Antwortskala zu beurteilen sind. Die Bereitschaft zum Ausfüllen des Fragebogens ist deshalb eher hoch.

Da das Erhebungsinstrument jedoch vornehmlich für den Einsatz bei Patienten mit neuroleptischer Medikation validiert wurde, fehlen bisher die Testgütekriterien für ein Patientenkontext mit anderer als neuroleptischer Medikation. Inhaltlich kann der Fragebogen zwar gut auch bei psychiatrischen Patienten anderer Medikation eingesetzt werden, die Interpretation der Ergebnisse bei dieser Patientenkontext muss jedoch unter diesem Vorbehalt erfolgen.

1.6.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie

Es besteht kein Zweifel, dass das Befinden unter Medikation einen großen Einfluss auf die Lebensqualität wie die Compliance der Erkrankten ausübt (Donohoe, et al., 2001; Naber, Walther, Kircher, Hayek & Holzbach, 1994; Putten, May & Marder, 1981). Umso mehr wundert es, dass angesichts des enormen Gebrauchs von Neuroleptika und anderer Psychopharmaka die subjektive Befindlichkeit der Patienten unter Medikation in der industrieunabhängigen Forschung wenig Aufmerksamkeit erfährt. De Haan und Mitarbeiter (2002) vermuten den mangelnden Konsens bezüglich der Definition des Konstruktes „Befindlichkeit unter Medikation“ als Ursache dieser Forschungslücke.

Auch ist die Zahl der Studien, die die Beziehung zwischen Befindlichkeit unter Medikation und Lebensqualität untersuchen, noch eher gering (Angermeyer & Matschinger, 2000; Karow & Naber, 2002; Larsen & Gerlach, 1996; Naber, 1995; Wehmeier et al., 2008). Etwas besser ist dagegen die Beziehung zwischen Befindlichkeit unter Medikation, unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Einstellungen der Patienten bzw. Angehörigen untersucht, wobei die Ergebnisse noch uneinheitlich sind und weiterer Untersuchung bedürfen (Hofer et al., 2002; Kampmaan et al., 2000; Lambert et al., 2004).

Depression, ein bekannter Einflussfaktor auf die Ergebnisse der Befindlichkeit unter Medikation im Einsatz von anderen Fragebögen (Beekman et al., 2002; Barnes, et al., 1989; Johnson, 1981), konnte für den SWN-Fragebogen nicht durchgängig als Einflussfaktor bestätigt werden (Bandelow et al., 1990, 1992). Korrelationen finden sich jedoch zwischen dem SWN und der Psychopathologie des Patienten (Lambert et al., 2009b; Naber, 1995; Putzhammer, Perfahl, Pfeiff & Hajak, 2005) sowie anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten bezüglich Stimmung (Profile of Mood Scale POMS), Befindlichkeit (Befindlichkeitsscale BFS) und Lebensqualität (Naber, 1995; Bullinger, Kirchberger & van Steinbüchel, 1993) und dem Konstrukt „Compliance“ (Naber, 1995; Naber et al., 2005).

Die Erfassung der Befindlichkeit unter Medikation soll in dieser Studie insbesondere als möglicher Einflussfaktor auf die Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität der Patienten und Angehörigen untersucht werden. Ferner sollen mögliche Zusammenhänge zwischen Befindlichkeit unter Medikation des Patienten mit dem Belastungsempfinden der Angehörigen aufgezeigt werden.

1.7 Schweregrad der Erkrankung (Clinical Global Impression, CGI), psychosoziales Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning, GAF) und stationäre Verweildauer als Surrogat-Parameter für die Schwere der Krankheit

1.7.1 Definitionen

Die *Clinical Global Impression* Rating-Skalen werden häufig verwendet, um die Schwere der Erkrankung von Patienten mit psychischen Störungen zu bewerten. Auf zwei Skalen werden der Schweregrad der Erkrankung und die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung zu erfassen gesucht. Die *Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S)* ist eine 7-Punkte-Skala von 1 = überhaupt nicht krank bis 7 = sehr schwer krank, auf der der Arzt die Schwere der Erkrankung des Patienten zum Zeitpunkt der Bewertung beurteilt, bezogen auf die Erfahrungen des Arztes mit Patienten, die die gleiche Diagnose haben. Die *Clinical Global Impression Improvement Scale (CGI-I)* ist ebenfalls eine 7-Punkte-Skala, auf welcher der Arzt von 1 = sehr viel besser bis 7 = sehr viel schlechter einschätzt, inwieweit sich die Krankheit im Vergleich zum Behandlungsbeginn verändert hat.

Die *Global Assessment of Functioning (GAF)* Skala ist eine psychologische Skala zur Erfassung des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus einer Person. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis schwerer Krankheit in einem Wertebereich von 1 = ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schaden bis 100 = hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum beurteilt. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Die *stationäre Verweildauer* in der Klinik findet in Studien häufig in zwei Ausprägungen Berücksichtigung: Als Verweildauer des aktuellen/letzten stationären Aufenthaltes des Patienten in der Klinik oder als *kumulierte Verweildauer* der stationären Aufenthalte eines Patienten seit Krankheitsbeginn oder in einem bestimmten Zeitraum. Die Einheit wird jeweils in Tagen gemessen.

1.7.2 Aspekte der Erhebung/Messung

Der *CGI-S* und *CGI-I* sind leicht durchzuführende Beurteilungsskalen zur Erfassung der Therapieeffekte, die bei allen psychischen Störungen eingesetzt werden können. Die Vorteile der CGI-Skalen sind deren Einfachheit: Die Skalen sind klinisch leicht verständlich und benötigen kein Rater-Training. Ferner haben sie sich in vielen Studien als robustes und sensibles Maß erwiesen (Lambert et al., 2009; Moos, Nichol & Moos, 2002; Stefanopoulou, Lafuente, Saez Fonseca & Huxley, 2009).

Die Nachteile der CGI-Skalen liegen in der – bis zu einem gewissen Grad – subjektiven Bewertung durch den Rater. Ferner liegt eine gewisse Beliebigkeit vor, wann i. d. R. der Arzt nach der erstmaligen Bewertung des Schweregrades des Patienten die weitere Bewertung der Veränderung infolge der Behandlung vornimmt. Auch hieraus ergibt sich ein gewisses Maß an Subjektivität in Bezug auf die Zeitpunkte und die Häufigkeit der CGI-Bewertungen (National Institute of Mental Health, 1970). In der klinischen Praxis erfolgen die Ratings meist bei Aufnahme und Entlassung des Patienten im Rahmen der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO, Cording et al., 1995). Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass der Rater des CGI-I zu Beginn und Ende der Behandlung derselbe sein sollte. Für die Bewertung einer Veränderung sind vertiefte Kenntnisse über das Befinden des Patienten zu Behandlungsbeginn und -ende notwendig. Ist die klinische Verlaufsgeschichte nicht bekannt, kann das Erhebungsinstrument nicht genutzt werden.

Die genannten Vor- und Nachteile der CGI-Bewertung treffen in gleichem Ausmaß auf die *Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)* zu (Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995; Startup, Jackson & Bendix, 2002). Eine weitere Kritik bezieht sich auf die Validität der GAF-Skala: Roy-Byrne, Dagadakis, Unutzer und Ries (1996) belegten bereits früh, dass die GAF-Skala sehr stark mit den Symptomen der Erkrankung korreliert, jedoch weniger mit dem psychosozialen Funktionsniveau des Patienten. Sie plädieren deshalb dafür, die GAF-Skala bei Messungen des Funktionsniveau von Patienten niemals als alleiniges Erhebungsinstrument zu verwenden.

Die GAF-Skala findet Anwendung innerhalb der Achse V des DSM-IV und innerhalb der Achse 1 des OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, 2006) sowie (meist zusammen mit der Erfassung der CGI-Werte) im Rahmen der psychiatrischen Basisdokumentation.

1.7.3 Stand der Forschung in der Klinischen Psychologie

Da sowohl die CGI- wie die GAF-Werte inzwischen in vielen deutschen Kliniken im Rahmen der psychiatrischen Basisdokumentation routinemäßig miterhoben werden (Cording 1995a, 1995b; Hübner-Liebermann, Spießl, Spindler & Cording, 2000; Hübner-Liebermann, Hajak & Spießl, 2008), werden sie heute als leicht zur Verfügung stehende Maße für die Krankheitsschwere in Studien häufig berücksichtigt. Viele Studien verwenden sowohl CGI- wie GAF-Werte (Huber, Albrecht, Hautum, Henrich & Klug, 2009; Jones et al., 1995; Startup et al., 2002), besonders häufig wird jedoch zumindest der GAF-Wert als Surrogat-Parameter für die Schwere der Erkrankung herangezogen (Schennach-Wolff et al., 2009; Placentino et al., 2009; Skärsäter et al., 2009).

Studien über Zusammenhänge der CGI- bzw. GAF-Werten finden sich vor allem mit dem Vorliegen von Positiv- bzw. Negativsymptomatik (meist erhoben mit der Positiv and Negative Symptoms Scale (PANSS) (Reiné et al., 2005; Möller et al., 2005; Salome, Petitjean, Germain & Demant, 2004) sowie hinsichtlich der Lebensqualität von Patienten (Foldemo et al., 2005; Jabs, Krause, Althaus, Stöber & Pfuhlmann, 2004; König, Roick & Angermeyer, 2007; Llorca, Bouhors, Moreau-Mallet, French investigators group, 2008; Reiné et al., Salome et al., 2004) sowie hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit von Patienten (Llorca, et al., 2008; Möller et al., 2005; Spießl et al., 2009) und Verweildauer in der Klinik (Hübner-Liebermann et al., 2008).

In der vorliegenden Studie sollen die objektiven Outcome-Variablen CGI und GAF-Werte bei Aufnahme und Entlassung sowie die Verweildauer während des aktuellen Aufenthaltes und die kumulierte Verweildauer der stationären Aufenthalte der Patienten seit 1995 als wichtige Parameter der Ergebnisqualität in Zusammenhang mit den subjektiven Konzepten der Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Belastungen der Angehörigen sowie den subjektiven Outcome-Variablen Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität untersucht werden.

2. FRAGESTELLUNG

In der vorliegenden Studie soll die komplexe Lebenssituation von schizophren, unipolar depressiv, bipolar affektiv bzw. persönlichkeitsgestörten Patienten und ihren jeweiligen Angehörigen umfassend und differenziert erhoben werden, um Ansatzpunkte für diagnosenspezifische Unterstützungsmöglichkeiten und Verbesserungen in der stationär-klinischen Praxis im Sinne der Qualitätsentwicklung ableiten zu können.

Die bisher weitgehend unverbunden nebeneinander stehenden Konzepte „Belastungen des Angehörigen infolge der Erkrankung“, „Kontrollüberzeugungen“, „Krankheitsbewältigungsstrategien“, „Behandlungszufriedenheit“ und „Lebensqualität“ sollen sowohl aus der Sicht des Patienten als auch aus der des nächsten Angehörigen erhoben und anschließend zu einem integrativen Modell verbunden werden. Ergänzend sollen dabei auch die Schwere der Erkrankung des Patienten und seine kumulierte Verweildauer in der Klinik berücksichtigt werden. Die Studie will folgende Fragestellungen beantworten:

1. Welche objektiven und subjektiven Belastungen sind für Angehörige in Abhängigkeit von der psychischen Erkrankung (Schizophrenie, bipolar affektive Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen) ihres Familienmitgliedes charakteristisch?
2. Welche Aspekte sind für die Angehörigen aus ihrer eigenen Sicht, welche sind aus Sicht der Patienten besonders belastend (= subjektives Belastungsempfinden)?
3. Unterscheiden sich die Einschätzung der Belastungen der Angehörigen aus der Sicht von Angehörigen und Patienten?
4. Welche Kontrollüberzeugungen charakterisieren die Stichprobe der Patienten in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung des Patienten und welche sind bezeichnend für die Stichprobe der Angehörigen?
5. Welche Bewältigungsstrategien wenden die Patienten bzw. Angehörigen der untersuchten Stichproben an?
6. Wie schätzen die Patienten bzw. Angehörigen ihre Lebensqualität ein?
7. Unterscheiden sich die Kontrollüberzeugungen und Bewältigungsstrategien von Patienten und Angehörigen?

8. Wie hängen die erhobenen Konstrukte Belastungen, Befindlichkeit unter Medikation, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität zusammen? Welche Verarbeitungsformen sind in Bezug auf das Belastungsempfinden/die Lebensqualität von Patienten bzw. Angehörigen adaptiv, welche maladaptiv?
9. Gibt es soziodemographische bzw. krankheitsbezogene Variablen, die Prädiktoren für eine hohe subjektive Belastung oder für eine maladaptive Verarbeitungsform sind und besonderen Bedarf an professioneller Unterstützung aufzeigen?

Ziel dieser umfassenden und differenzierten Analyse ist es, ggf. diagnosenspezifische Unterstützungsmöglichkeiten und Verbesserungen in der stationären Behandlung zur Senkung der Psychopathologie der Patienten und Verbesserung ihrer Reintegration ableiten zu können. Ferner sollen im Sinne von Prävention mithilfe der Fragebögen Patienten bzw. Angehörige identifiziert werden, welche infolge ihres starken emotionalen Belastungsempfindens bei gleichzeitig bestehenden ungünstigen Kontrollüberzeugungen und maladaptiven Krankheitsbewältigungsstrategien eine „Hochrisikogruppe“ für Rückfälle bzw. für eine eigene Erkrankung darstellen und deshalb besonderer professioneller Unterstützung bedürfen. Dafür ist auch der Vergleich der Einschätzung der Belastungen von Angehörigen aus ihrer eigenen Sicht und aus der Sicht des Patienten hilfreich. Mit Hilfe der evidenzbasierten Therapiemethoden Psychoedukation und Problemlösetraining für Patienten und Angehörige bestünde dann die Möglichkeit, negative Kognitionen und maladaptive Krankheitsbewältigungsstrategien durch entlastende Kontrollüberzeugungen und adaptivere Bewältigungsstrategien zu ersetzen. Neben einer möglichen Verbesserung von objektiven Outcome-Variablen wie die Senkung der Wiederaufnahmeraten und Verweildauern im Krankenhaus der Patienten könnten ebenso subjektive Outcome-Variablen wie die Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten und Angehörigen verbessert werden.

3. METHODE

3.1 Durchführung

Die Studie wurde den Oberärzten, Stationsärzten, Diplompsychologen und Stationsleitern der 11 allgemeinspsychiatrischen Stationen des Bezirksklinikums Regensburg schriftlich vorangekündigt (vgl. Anhänge A und B). Danach wurden zunächst in 11 Datenerhebungen im Abstand von jeweils zwei Wochen alle schizophren oder unipolar depressiv erkrankten Patienten (gemäß ICD-10: F20 bzw. F32/33 nach Dilling, Mombour & Schmidt, 2005), die sich an den jeweiligen Stichtagen in vollstationärer oder teilstationärer Behandlung im Bezirksklinikum befanden, in die Fragebogenstudie aufgenommen. Ebenfalls im zweiwöchigen Abstand wurden dann in 36 Datenerhebungen alle bipolar affektiv erkrankten Patienten oder persönlichkeitsgestörten Patienten (gemäß ICD-10: F31 bzw. F60/61 nach Dilling et al., 2005) aufgesucht.

Die Identifizierung der Patienten erfolgte mit Hilfe der routinemäßig erfassten Daten der Basisdokumentation (DGPPN-BADO, Cording et al., 1995; Hübner-Liebermann et al., 2000; vgl. Tab. I-1 & Tab. I-2 im Anhang). Patienten, die nach Einschätzung ihrer behandelnden Therapeuten aufgrund ihrer aktuellen Psychopathologie nicht in der Lage waren, an der Studie teilzunehmen, wurden in Rücksprache mit ihren Therapeuten erst befragt, wenn sich ihre akute psychische Symptomatik gebessert hatte.

Die mittels der BADO identifizierten Patienten wurden persönlich in ihren jeweiligen Zimmern auf Station besucht und über die Fragebogenstudie informiert. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Anonymität und Datenschutz wurden zugesichert. Es wurde darauf geachtet, dass die Patienten bei ihrer Befragung über ihre Teilnahme an der Studie alleine angesprochen werden konnten. Mitpatienten im Zimmer bzw. Besucher wurden freundlich gebeten, das Zimmer kurz zu verlassen. Patienten, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten, erhielten die Patienteninformation (vgl. Anhang C) und die Patientenversion des Fragebogens (vgl. Anhang D) ausgehändigt. Ferner lag dem Fragebogen ein Rückkuvert bei, damit der ausgefüllte Fragebogen von den Patienten verschlossen auf ihrer jeweiligen Station zur Weiterleitung abgegeben werden konnte. Erbatene Hilfe der Patienten beim Ausfüllen des Fragebogens, wurde diese von der Projektmitarbeiterin geleistet, sofern es sich nur um Verständnisfragen zum Ausfüllen des Fragebogens handelte.

Neben der Bitte um ihre eigene Teilnahme an der Studie wurden die Patienten außerdem um ihre Erlaubnis gebeten, ihrem nächsten Angehörigen bzw. ihrer nächsten Bezugsperson die Angehörigenversion des Fragebogens (vgl. Anhang E) zusenden zu dürfen. Als nächster Angehöriger bzw. nächste Bezugsperson sollte dabei die Person genannt werden, mit der der jeweilige Patient im engsten persönlichen Kontakt (engstes Vertrauensverhältnis, meiste gemeinsam verbrachte Zeit) steht. Die Angabe des nächsten Angehörigen war – wie die eigene Teilnahme des Patienten – freiwillig und mit keinen Vergünstigungen oder Nachteilen für seine Person verbunden. Auf Letzteres wurde der Patient explizit hingewiesen. Willigte der Patient in die Zusendung eines Fragebogens an seinen nächsten Angehörigen ein, so wurde er um die Angabe der Adresse und Telefonnummer dieses Angehörigen und um seine Unterschrift zur Einverständniserklärung (vgl. Anhang E) gebeten. Erinnernte der Patient nur die Telefonnummer seines Angehörigen, so wurde dieser von der Projektmitarbeiterin telefonisch über die Studie informiert und um seine Teilnahme gebeten. Anonymität und Datenschutz wurde zugesichert. Stimmte der Angehörige seiner Befragung zu, erhielt er per Post die Angehörigenversion des Fragebogens mit einem Anschreiben (vgl. Anhang F, G) und einem frankierten Rückumschlag. Die Ethikkommission des Universitätsklinikums Regensburg befürwortete die Studie am 27.7.2004.

Die behandelnden Therapeuten waren bezüglich der Frage der Einwilligungsfähigkeit bei fraglicher Psychopathologie der Patienten stets kooperativ, auch wenn aufgrund langwieriger Krankheitsverläufe wiederholte Nachfragen der Projektmitarbeiterin notwendig waren. Ausfälle in der Datenerhebung ergaben sich, da 38 Patienten infolge von häufigen Therapien außerhalb ihrer eigenen Station bzw. infolge von (Stadt-)Ausgängen trotz wiederholter Besuche und Nachfragen der Projektmitarbeiterinnen nicht auf ihrer Station angetroffen werden konnten (vgl. Tab. 3.1). Weiterhin mussten viele Patienten an die Rückgabe ihres ausgefüllten Fragebogen erinnert bzw. zum Ausfüllen des zunächst in Empfang genommenen Fragebogens erneut motiviert werden. Somit wurden manche Patienten zur Erhöhung des Rücklaufs wiederholt aufgesucht. Ebenso wurden zur Erhöhung der Rücklaufquote der an die Angehörigen versandten Fragebögen diejenigen Angehörigen, die den Fragebogen nicht zurückgesandt hatten, an je zwei Stichtagen pro Diagnosegruppe der Patienten ein zweites Mal angeschrieben und um die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens gebeten (vgl. Anhang H). Diesem Erinnerungsschreiben wurde erneut der Fragebogen und ein frankierter Rückumschlag beigelegt.

3.2 Erhebungsinstrumente

Die Belastungen der Angehörigen wurden mit einem selbstgenerierten *Fragebogen zum Belastungserleben der Angehörigen (FBA)* ermittelt, der auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche in der Medline-Datenbank und der Sichtung von 15 deutschen und angloamerikanischen Fragebögen zum Belastungserleben von Angehörigen entwickelt wurde (Schmid et al., in Vorbereitung) und derzeit in erweiterter Form in einer großen Multizenterstudie an 11 psychiatrischen Universitätskliniken weitere Anwendung findet (Schmid et al., 2008; Schmid, Schmink et al., 2009).

Der Fragebogen besteht aus sieben Themenbereichen: „Zeitlicher Betreuungsaufwand“, „Finanzielle Belastungen“, „Berufliche Belastungen“, „Gesundheitliche Belastungen“, „Einschränkungen in der Freizeitgestaltung“, „Emotionale Belastungen“ und „Belastungen infolge mangelnder institutioneller Unterstützung“. In jedem dieser Themenbereiche wird mit einem Item die objektive Belastung (Auftreten einer Belastung), mit dem anderen die subjektive Belastung (Intensität) erhoben. In offenen Fragen wird ferner die Möglichkeit angeboten, die Art der objektiven Belastung näher zu spezifizieren. Die subjektive Belastung wird anhand einer vierstufigen Rating-Skala von „1 = extrem stark belastend“ bis „4 = nicht belastend“ bewertet. Aus der Summe der Werte dieser Intensitätsbewertung wird ein Gesamtbelastungswert ermittelt. Der Fragebogen enthält zusätzlich je eine offene Frage bezüglich der größten Belastung im letzten Jahr, ein Item in Bezug auf weitere, von der Erkrankung unabhängige Belastungen, ein Item bezüglich möglicher positiver Veränderungen infolge der Erkrankung und ein Item zur Einschätzung der Lebenszufriedenheit. Die Angehörigenfragebogenversion beinhaltet zusätzlich ein Item bezüglich erhaltener Unterstützung durch andere Familienmitglieder bzw. Bekannte in der Fürsorge um den Erkrankten.

Die Patienten erhalten eine adaptierte Version des Angehörigenfragebogens (vgl. Anhang D, G). Die Überprüfung der Testgütekriterien dieses Fragebogens erfolgt derzeit in der bereits genannten Multizenterstudie (Schmid, Schmink et al., 2009). Ein Stichprobenumfang von mindestens 500 wird hierfür angestrebt und scheint erreichbar.

Der ebenfalls eingesetzte, von Lohaus und Schmitt (1989) entwickelte Fragebogen zur Erhebung von *Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*, beinhaltet die drei Dimensionen „Internalität“, „soziale Externalität“ und „fatalistische

Externalität“ mit jeweils sieben Items (vgl. Anhang Tab. I-6). Die Bewertung dieser 21 Aussagen erfolgt anhand einer sechsstufigen Antwortskala von „1 = trifft sehr zu“ bis „6 = trifft gar nicht zu“. Für die drei Subskalen werden die Gesamtrohwerte jeweils addiert, umgepolt und transformiert. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) des KKG liegen im Bereich von .64 bis .77, die Retest-Reliabilitäten im Bereich von .66 bis .78 (Lohaus & Schmitt, 1989). Die faktorenanalytische Bestätigung der drei Domänen erfolgte durch Lohaus und Schmitt (1989). Ihre Analysen belegen ferner Interkorrelationen zwischen den drei Domänen von weniger als .15, was die Unabhängigkeit der Domänen voneinander belegt.

Zur Erfassung der Bewältigungsstrategien der Patienten und Angehörigen wurde die Kurzform des *Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)* von Muthny (1989) eingesetzt. Die abgefragten 35 Items sind fünf Skalen zugeordnet: „Depressive Verarbeitung“ (fünf Items), „Aktiv problemorientiertes Coping“ (fünf Items), „Ablenkung und Selbstaufbau“ (fünf Items), „Religiosität und Sinnsuche“ (fünf Items) und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (drei Items) (vgl. im Anhang Tab. I-5). Die Bewertung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Rating-Skala von „1 = gar nicht zutreffend“ bis „5 = sehr stark zutreffend“. In der Auswertung des Fragebogens werden die Rohpunkte der fünf Skalen jeweils aufsummiert und es wird ein Mittelwert berechnet. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der fünf Skalen liegen nach Muthny (1989) zwischen .68 und .77, in der Überprüfung durch Hardt und Mitarbeiter (2003) lagen die interne Konsistenz zwischen .54 und .80. Ferner liegen die Interkorrelationen der Subskalen nach Muthny (1989) unter .46, so dass auch hier eine zufriedenstellende Unabhängigkeit zwischen den fünf Subskalen belegt ist.

Die Behandlungszufriedenheit wurde mit der von Spießl et al. (1996) modifizierten Version des *ZUF-8* erhoben. Der *ZUF* ist eine deutsche Adaptation (Schmidt et al., 1989, 1994) des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) von Atkisson und Zwick (1983). Es gibt eine Variation mit 17 und eine mit acht Items. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf den *ZUF-8*, welcher acht Items zur Einschätzung der Behandlungszufriedenheit und ein zusätzliches Item zur Erhebung der subjektiven Befindlichkeit beinhaltet. Die Beurteilung erfolgt auf einer vierstufigen Rating-Skalen mit vier Punktwerten für die positivste Bewertung und einem Punkt für die negativste Bewertung der neun Aussagen. In der Auswertung werden die Punktwerte der Items 1-8 zu einem Gesamtscore aufsummiert. Ergänzend beinhaltet der modifizierte *ZUF-8* drei offene Fragen bzgl. möglicher Aussagen, was an der Klinik am wenigsten/bzw. am

besten gefallen hat sowie eine Frage bezüglich weiterer Anmerkungen zur Behandlung. Für die Angehörigen wurde eine adaptierte Version des Patientenfragebogens erstellt (vgl. Anhang D, G). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) des Fragebogens liegt bei .90 (Spießl et al., 1996). Die Reliabilität des ZUF-8 ist generell hoch. So berichten Atkisson und Zwick in ihrer Originalarbeit (1983) einen Wert für Cronbachs Alpha von .93, die Analyse von Schmidt und Mitarbeiter (1989) belegt einen Wert von .87 für ihre deutsche Übertragung und in der Untersuchung von Hannover et al. (2000) liegt der Wert für die interne Konsistenz bei .94. Insgesamt können die Testgütekriterien für den ZUF-8 als gut erfüllt bewertet werden (Hannöver et al., 2000).

Die *subjektive Lebensqualität* der Patienten und Angehörigen wurde mit dem *WHOQOL-BREF* (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000), einer Kurzform des WHOQOL-100, erfasst. Dieser auch international häufig eingesetzte Fragebogen umfasst 26 Items, die vier Domänen zugeordnet sind: „Physisches Wohlbefinden“ (sieben Items), „Psychisches Wohlbefinden“ (sechs Items), „Soziale Beziehungen“ (drei Items), und „Umwelt“ (acht Items). Ergänzend enthält dieser Fragebogen zwei Items zur Globalbeurteilung der eigenen Lebensqualität bzw. Gesundheit (vgl. Tab. I-3 im Anhang). Die Bewertung der Items erfolgt mittels fünfstufiger Rating-Skalen. Für die Auswertung werden die Skalenwerte in einen Wertebereich von 0-100 transformiert. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subskalen des WHOQOL-BREF liegen für die Stichprobe psychiatrischer Patienten nach den Analysen von Angermeyer et al. (2000) zwischen .72 und .83. Die jeweiligen Domänen klären einen Varianzanteil von 50-70 % der Globallebensqualität auf (Angermeyer et al., 2000). Die faktorenanalytische Bestätigung der Subskalen erfolgte durch Trompenaars, Masthoff, van Heck, Hodiamont und de Vries (2005a). Ihre Analysen belegen ferner Korrelationen der Subskalen des WHOQOL-BREF mit den entsprechenden Subskalen der ausführlichen Version des WHOQOL-100 von .88 bis .96.

Das Wohlbefinden der Patienten unter Medikation wurde mit der von Naber et al. (2001) entwickelte Kurzversion des Fragebogens „*Subjektives Wohlbefinden unter Neuroleptika (SWN-K)*“ erhoben. In 20 Items, welche den fünf Skalen „Emotionale Regulation“, „Selbstkontrolle“, „Mentale Funktionen“, „Soziale Integration“ und „Physisches Wohlbefinden“ zugeordnet sind, wird das Wohlbefinden der Patienten erfragt (vgl. Anhang Tab. I-4). Die Beurteilung der Items erfolgt auf einer sechsstufigen Antwortskala von „1 = überhaupt nicht“ bis „6 = sehr stark“. Für die Auswertung werden manche Items umgepolt, bevor eine Summenbildung für die einzelnen

Subskalen erfolgt und ein Gesamtwert durch Addition der fünf Subskalenwerte ermittelt werden kann. Die internen Konsistenzen der fünf Skalen liegen nach Naber und Mitarbeiter (2001) zwischen .63 und .82, die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) des Globalscores beträgt .92 und die Interkorrelationen zwischen den entsprechenden Subskalen liegen in der Langversion im Bereich von .91 und .98, für die Kurzversion stehen diese Gütekennwerte noch aus.

Ein Abkürzungsverzeichnis zu den verwendeten Skalen/Variablen der verwendeten Fragebögen sowie deren Wertebereichen ist in Anhang I-7 zusammengestellt.

Um eine differenzierte Auswertung der sechs eingesetzten Fragebögen zu ermöglichen, wurden ferner in einem einseitigen (Patientenversion) bzw. zweiseitigen (Angehörigenversion) Fragebogen soziodemographische Angaben erfragt (vgl. Anhang D bzw. G). Weitere *soziodemographische und den Klinikaufenthalt betreffende Daten* der Patienten wurden über den routinemäßig erhobenen DGPPN-BADO-Datenpool ermittelt (vgl. Anhang Tab. I-1 und I-2).

Die aktuelle Medikation der Patienten wurde direkt aus den Patientenakten auf den jeweiligen Stationen ermittelt.

3.3 Stichprobe

3.3.1 Patientenstichprobe

Alle Patienten der Diagnosegruppen Schizophrenie (ICD-10: F20), unipolare Depression (ICD-10: F32/33), bipolar affektive Erkrankung (ICD-10: F31) und Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60/61), die sich an den jeweiligen Stichtagen in voll- oder teilstationärer Behandlung im Bezirksklinikum Regensburg befanden, wurden in die Fragebogenstudie eingeschlossen.

Von den 816 in die Studie aufgenommenen Patienten waren 102 (12.5 %) Patienten bereits wieder entlassen worden, bevor sie bzgl. ihrer Teilnahme an der Studie befragt werden konnten. Weitere 14 (1.7 %) Patienten konnten in Rücksprache mit ihren behandelnden Therapeuten aufgrund ihrer schweren Psychopathologie und mangelnden Einwilligungsfähigkeit auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt ihrer stationären Behandlung in die Studie aufgenommen werden, sechs (0.7 %) Patienten mussten aufgrund einer Intelligenzminderung ($IQ < 70$) und zehn (1.2 %) aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse ausgeschlossen werden.

Somit konnten 684 Patienten bezüglich ihrer eigenen Teilnahme befragt werden, 328 Patienten willigten in die Teilnahme ein und füllten den Fragebogen tatsächlich aus. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 48.0 %.

Bezüglich der Befragung ihres nächsten Angehörigen gaben 292 (42.7 %) Patienten ihr Einverständnis, während 335 (49.0 %) dies ablehnten. 44 (6.4 %) Patienten gaben an, keinen Angehörigen zu haben und 13 (1.9 %) Patienten wollten ihren Angehörigen zunächst selbst bezüglich seiner Bereitschaft zur Studienteilnahme befragen, wurden jedoch kurzfristig entlassen (vgl. Tab. 3.1).

Die Bereitschaft der Patienten zur eigenen Teilnahme und bezüglich ihres Einverständnisses zur Befragung ihres nächsten Angehörigen ist in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten in Tabelle 3.2 dargestellt.

Von den 492 Patienten, die sich zunächst bereit erklärt hatten, an der Fragebogenerhebung teilzunehmen, gaben 328 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Responserate von 66.7 %.

Die Patienten benötigten im Durchschnitt 52 Minuten zum Ausfüllen des Fragebogens, das angegebene Minimum lag bei 5, das Maximum bei 900 Minuten. Die Ausfüllquote lag bei den Patienten im Durchschnitt bei 91.3 % aller Werte des

Fragebogens. Die fehlenden Werte wurden anhand des EM-Verfahrens (expectation maximization algorithm) (Schafer, 1997) aufgefüllt.

Die im Fragebogen abgefragten soziodemographischen Merkmale der Analysestichprobe der Patienten sind in Tabelle 3.3 genauer dargestellt.

Weitere personen- und krankheitsbezogene Variablen wurden anhand des von den Ärzten/Psychologen routinemäßig bei Aufnahme und Entlassung ausgefüllten BADO-Datenpools erhoben. Die in den Analysen berücksichtigte Auswahl der Routinedaten ist in Tabelle 3.4 dargestellt.

Tabelle 3.1.: Teilnahme der Patienten an der Studie

	F20		F31		F32/33		F60/61		Gesamt	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
Anzahl der Patienten in der Stichprobe	307	100	154	100	154	100	201	100	816	100
Patient kurzfristig entlassen	38	12.0	18	11.7	2	1.3	44	21.9	102	12.5
Patient aus der Studie ausgeschlossen	17	4.3	3	1.9	3	1.9	7	3.5	30	3.7
- aufgrund Psychopathologie	11	2.6	1	0.6	0	0	2	1.0	14	1.7
- aufgrund Intelligenzminde- rung	1	0.3	1	0.6	1	0.6	3	1.5	6	0.7
- aufgrund zu schlechter Deutschkenntnisse	5	1.3	1	0.6	2	1.3	2	1.0	10	1.2
Befragte Patienten	252	82.1	133	86.4	149	96.8	150	74.6	684	83.8
bezüglich ihrer eigenen Teilnahme:	252	100	133	100	149	100	150	100	684	100
Patient willigt in eigene Teilnahme an der Studie ein und füllt den Fragebogen auch tatsächlich aus (Response rate)	117	72.2	62	61.4	84	75.0	65	52.0	328	48.0
Non-Responder:	135	37.9	71	19.9	65	18.3	85	23.9	356	52.0
- Patient lehnt eigene Teilnahme an Studie ab	91	67.4	33	46.5	37	56.9	31	36.5	192	53.9
- Patient willigt zwar in Teilnahme an Studie ein, füllt den Fragebogen dann aber nicht aus	44	32.6	38	53.5	28	43.1	54	63.5	164	46.1
bezüglich ihres Einverständnisses zur Angehörigenbefragung:	252	100	133	100	149	100	150	100	684	100
- Patient willigt in Befragung seines Angehörigen ein	102	40.5	54	40.6	81	54.4	55	36.7	292	42.7
- Patient lehnt Angehörigenbefragung ab	127	50.4	74	55.6	60	40.3	74	49.3	335	49.0
- Patient hat keinen Angehörigen	18	7.1	2	1.5	6	4.0	18	12.0	44	6.4
- Patient will Angehörigen persönlich wegen Teilnahme fragen	5	2.0	3	2.3	2	1.3	3	2.0	13	1.9

Tabelle 3.2: Teilnahme der Patienten an der Studie in Bezug auf ihre Einwilligung zur Angehörigenbefragung

		Patient erlaubt Angehörigen- befragung	Patient lehnt Angehörigen- befragung ab	Patient hat keinen Angehörigen	Patient will Angehörigen persönlich wg. Teilnahme befragen	Summe
F20	Patient nimmt teil	47	53	12	5	117
	Patient nimmt nicht teil	55	74	6	0	135
	Gesamt	102 (40.5 %)	127 (50.4 %)	18 (7.1 %)	5 (2.0 %)	252 (100 %)
F31	Patient nimmt teil	26	32	1	3	62
	Patient nimmt nicht teil	28	42	1	0	71
	Gesamt	54 (40.6 %)	74 (55.6 %)	2 (1.5 %)	3 (2.3 %)	133 (100 %)
F32/33	Patient nimmt teil	80	28	6	2	84
	Pat. nimmt nicht teil	1	32	0	0	65
	Gesamt	81 (54.4 %)	60 (40.3 %)	6 (4.0 %)	2 (1.3 %)	149 (100 %)
F60/61	Patient nimmt teil	27	27	8	3	65
	Pat. nimmt nicht teil	27	47	10	0	85
	Gesamt	55 (36.7 %)	74 (49.3 %)	18 (12.0 %)	3 (2.0 %)	150 (100 %)
Summe		292 (42.7 %)	335 (49.0 %)	44 (6.4 %)	13 (1.9 %)	684 (100 %)

Tabelle 3.3: Beschreibung der Analysestichprobe der Patienten (n = 328) anhand soziodemographischer Variablen

Merkmal	Merkmalsausprägung	F20		F31		F32/33		F60/61		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
Geschlecht des Patienten	Männlich	85	72.6	29	46.8	31	36.9	24	36.9	159	48.5
	Weiblich	32	27.4	33	53.2	53	63.1	41	63.1	169	51.5
Alter des Patienten	Bis einschl. 25 Jahre	24	20.5	1	1.6	3	3.6	19	29.2	47	14.3
	26 bis einschl. 35 Jahre	36	30.8	8	12.9	7	8.3	17	26.2	68	20.8
	36 bis einschl. 45 Jahre	33	28.2	20	32.3	21	25.0	21	32.3	95	28.9
	45 bis einschl. 55 Jahre	19	16.2	18	29.0	21	25.0	4	6.2	70	21.4
	Älter als 56 Jahre	5	/ 4.3	15	24.2	32	38.1	4	6.2	48	14.6
Familienstand des Patienten	Ledig	88	75.2	21	33.9	14	16.7	39	60.0	162	49.4
	Verheiratet / Zusammenlebend	9	7.7	27	43.5	51	60.7	16	24.6	103	31.4
	Getrennt lebend / Geschieden	10	8.5	5	8.1	10	11.9	10	15.4	35	10.7
	Verwitwet	0	0.0	2	0.1	8	9.5	0	0.0	10	3.0
	Fehlende Angabe	10	8.5	7	11.3	1	1.2	0	0.0	18	5.5
Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und Klinik	Bis 20 km	41	35.0	17	27.4	22	26.2	30	46.2	110	33.5
	Bis 50 km	25	21.4	15	24.2	15	17.9	14	21.5	69	21.0
	Mehr als 50 km	43	36.8	22	35.5	40	47.6	18	27.7	123	37.5
	Fehlende Angabe	8	6.8	8	12.9	7	8.3	3	4.6	26	7.9
Monatliches Familien- Netto- Einkommen	Bis 1500 €	65	55.6	21	33.9	34	40.5	34	52.3	154	47.0
	Bis 2000 €	15	12.8	16	25.8	15	17.9	9	13.8	55	16.8
	Bis 3000 €	5	4.3	4	6.5	16	19.0	10	15.4	35	10.7
	Über 3000 €	7	6.0	6	9.7	7	8.3	2	3.1	22	6.7
	Fehlende Angabe	25	21.4	15	24.2	12	14.3	10	15.4	62	18.9

Fortsetzung Tabelle 3.3: Beschreibung der Analysestichprobe der Patienten (n = 328) anhand soziodemographischer Variablen

Merkmal	Merkmalsausprägung	F20		F31		F32/33		F60/61		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
Patient hat einmal/mehrmals Selbsthilfegruppe besucht	Ja	41	35.0	12	19.4	18	21.4	18	27.7	89	27.1
	Nein	68	20.6	42	67.7	60	71.4	45	69.2	215	65.6
	Fehlende Angabe	8	2.4	8	12.9	6	7.1	2	3.1	24	7.3
Patient fühlt sich mit kirchlicher/spiritueller Gruppe verbunden	Ja	35	29.9	25	40.3	14	16.0	15	23.1	89	27.1
	Nein	72	61.5	30	48.4	60	71.4	48	73.8	210	64.0
	Fehlende Angabe	10	8.6	7	11.3	10	11.9	2	3.1	29	8.8

Tabelle 3.4: Beschreibung der Analysestichprobe der Patienten anhand ausgewählter Variablen des BADO-Datenpools (n = 328)

Merkmal	Merkmalsausprägung	F20 [n]	F20 [%]	F31 [n]	F31 [%]	F32/33 [n]	F32/33 [%]	F60/61 [n]	F60/61 [%]	Gesamt [n]	Gesamt [%]
Wohnsituation des Patienten bei Aufnahme	Privatwohnung/möbliertes Zimmer/Wohngemeinschaft	95	81.2	49	79.0	79	94.0	52	80.0	275	83.8
	Betreutes Wohnen /Therapeutisches Heim	10	8.6	2	3.2	1	1.9	2	3.1	15	4.6
	Altenwohnheim/Pflegeheim	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
	Justizvollzugsanstalt	1	0.9	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	0.3
	Ohne festen Wohnsitz	1	0.9	1	1.6	0	0.0	0	0.0	2	0.6
	Sonstiges	1	0.9	2	3.2	0	0.0	2	3.1	8	2.4
	Fehlende Angabe	8	6.8	7	11.3	4	4.8	9	13.8	26	7.9
	Allein in Privatwohnung	55	47.0	18	29.0	25	29.8	19	29.2	117	35.7
	Eltern(-teil)	30	25.6	6	9.7	3	3.6	11	16.9	50	15.2
	(Ehe-)Partner	5	4.3	15	24.2	31	48.8	2	3.1	53	16.1
Patient lebt bei Aufnahme zusammen mit...	mit (Ehe-)Partner und Kind(em)	6	5.1	11	17.7	19	10.7	16	24.6	52	15.9
	Schwester/Bruder	8	6.8	2	3.2	1	1.2	3	4.6	14	4.3
	Anderen Verwandten	4	3.4	0	0.0	2	2.4	0	0.0	6	1.8
	Bekannten/WG	9	7.7	2	3.2	2	2.4	3	4.6	16	4.9
	Fehlende Angabe	0	0.0	8	12.9	1	1.2	11	16.9	20	6.1
	Kein Schulabschluss	7	6.0	0	0.0	23	2.3	1	1.5	10	3.0
Schulabschluss	Sonderschulabschluss	3	2.6	1	1.6	0	0.0	2	3.1	6	1.8
	Hauptschulabschluss	41	35.0	12	19.4	36	42.9	20	30.8	109	33.2
	Mittlere Reife/Techn. Oberschule	10	8.5	13	21.0	16	19.0	8	12.3	47	14.3
	(Fach-)Abitur	28	23.9	11	17.7	14	16.7	11	16.9	64	19.5
	Unbekannt/unklar	14	11.9	13	21.0	4	4.8	12	18.5	43	13.1
	Fehlende Angabe	14	11.9	12	19.4	12	14.3	11	16.9	49	14.9

Fortsetzung Tabelle 3.4: Beschreibung der Analysestichprobe der Patienten anhand ausgewählter Variablen des BADO-Datenpools (n = 328)

Merkmal	Merkmalsausprägung		F20		F31		F32/33		F60/61		Gesamt	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
Berufliche Situation	Berufstätig, Vollzeit	13	11.1	11	17.7	25	29.8	13	20.0	62	18.9	
	Berufstätig, Teilzeit/Gelegentlich	2	1.7	4	6.5	7	8.3	3	4.6	16	4.9	
	Mithelfender Familienangehöriger	1	0.9	1	1.6	1	1.2	0	0.0	3	0.9	
	Hausfrau/-mann	1	0.9	4	6.5	11	13.1	3	4.6	19	5.8	
	Ausbildung, Umschulung	7	6.0	2	3.2	2	2.4	9	13.8	20	6.1	
	Beschützt beschäftigt	6	5.1	5	8.1	0	0.0	3	4.6	14	4.3	
	Arbeitslos gemeldet	20	17.1	4	6.5	9	10.7	12	18.5	45	13.7	
	Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	39	33.3	16	25.8	11	13.1	7	10.8	73	22.3	
	Altersrente/Pension	2	1.7	2	3.2	12	14.3	0	0.0	16	4.9	
	Anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	14	12.0	1	1.6	1	1.2	1	1.5	17	5.2	
	Unbekannt/unklar	10	8.5	9	14.5	3	3.6	10	15.4	32	9.8	
	Fehlende Angabe	2	1.7	3	4.8	2	2.4	4	1.5	11	3.4	
Jemals Suizidversuch	Ja	17	14.5	2	3.2	27	32.1	22	33.8	68	20.7	
	Nein	75	64.1	51	82.2	36	42.9	29	44.6	191	58.2	
	Fehlende Angabe	25	21.4	9	14.5	21	25.0	14	21.5	69	21.0	
Suizidalität (Mehrfachnennungen möglich)	Suizidal bei Aufnahme	11	9.4	13	21.0	40	47.6	33	50.8	97	29.6	
	Suizidgedanken bei Aufnahme	9	7.7	10	16.1	30	35.7	25	38.5	74	22.6	
	Suizidversuch bei Aufnahme	2	1.7	1	1.6	10	11.9	8	12.3	21	8.5	
	Nicht suizidal bei Aufnahme	101	86.3	40	64.5	39	46.4	23	35.4	203	61.9	
	Fehlende Angabe	5	4.3	9	14.5	5	6.0	9	13.8	28	8.4	
Bedrohungen im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	Nein	91	77.8	46	74.2	79	94.0	53	81.5	269	82.0	
	Körperverletzung	4	3.4	0	0.0	2	2.4	0	0.0	6	1.8	
	Sachbeschädigung	2	1.7	2	3.2	0	0.0	1	1.5	5	1.5	
	Bedrohliches Verhalten	16	13.6	6	9.7	0	0.0	3	4.6	25	7.6	
	Fehlende Angabe	4	3.4	8	2.9	3	3.6	8	12.3	23	7.0	

Fortsetzung Tabelle 3.4: Beschreibung der Analysestichprobe der Patienten anhand ausgewählter Variablen des BADO-Datenpools (n = 328)

Merkmal	Merkmalsausprägung	F20 [n]	F20 [%]	F31 [n]	F31 [%]	F32/33 [n]	F32/33 [%]	F60/61 [n]	F60/61 [%]	Gesamt [n]	Gesamt [%]
Rechtsgrundlage 24 Stunden nach Aufnahme	Freiwillig	96	82.1	54	87.1	79	94.0	61	93.9	290	88.4
	Nach BGB	15	12.8	3	4.8	1	1.2	1	1.5	20	6.1
	UGB-Unterbringung	3	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.9
	Unbekannt/unklar	2	1.7	4	6.5	2	2.4	1	1.5	9	2.7
	Fehlende Angabe	1	0.9	1	1.6	2	2.4	2	3.0	6	1.8
Betreuungssitua- tion 24 Stunden nach Aufnahme	Keine Betreuung	63	53.9	43	69.4	75	89.3	51	78.5	232	70.7
	Betreuung beantragt/besteht	49	41.9	11	17.7	6	7.1	7	10.7	73	22.3
	Fehlende Angabe	5	4.3	8	12.9	3	3.6	7	10.8	23	7.0
Psychisch erkrankte	Ja	20	17.1	9	14.5	14	16.7	16	24.6	59	18.0
Familienmit- glieder ersten Grades	Nein	52	44.4	50	80.6	48	57.1	23	35.4	156	65.5
	Fehlende Angabe	45	38.5	3	4.8	22	26.2	26	40.0	113	34.5
Probleme bei der Psychopharma- kotherapie	Entfällt (keine Medikamente)	1	0.9	0	0.0	0	0.0	8	12.3	9	2.7
	Ja (Therapieresistenz, Nebenwirkungen, mangelnde Compliance)	22	18.8	4	6.5	1	1.2	4	6.2	31	9.5
	Keine besonderen Probleme	84	71.8	49	79.0	74	88.1	44	67.7	251	76.5
	Fehlende Angabe	10	8.5	9	14.5	9	10.7	9	13.8	37	11.3
	Ja	30	25.6	17	27.4	22	26.2	10	15.4	79	24.1
Angehöriges präche/ Psychoedukation	Nein	78	66.7	35	56.5	57	67.8	47	72.3	217	66.2
	Fehlende Angabe	9	7.7	10	16.1	5	6.0	8	12.3	32	9.8
Bedrohungen bzw. Tätigkeiten während des stationären Aufenthaltes	Keine/unzutreffend	98	83.8	51	82.3	75	89.3	56	86.2	278	84.8
	Körperverletzung	0	0.0	2	3.2	0	0.0	1	1.5	3	0.9
	Sachbeschädigung	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
	Bedrohliches Verhalten	9	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	3.0
	Fehlende Angabe	9	7.7	9	14.5	9	10.7	8	12.3	36	11.0

Fortsetzung Tabelle 3.4: Beschreibung der Analysestichprobe der Patienten anhand ausgewählter Variablen des BADO-Datenpools (n = 328)

Merkmal	Merkmausprägung	F20 [n]	F20 [%]	F31 [n]	F31 [%]	F32/33 [n]	F32/33 [%]	F60/61 [n]	F60/61 [%]	Gesamt [n]	Gesamt [%]
Suizidversuch während des stationären Aufenthaltes	Nein	107	107	53	85.5	72	85.7	57	87.7	289	88.1
	Suizid	0	0.0	0	0.0	1	1.2	0	0.0	1	0.3
	Suizidversuch	2	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.6
	Unbekannt/unklar	8	6.8	9	14.5	11	13.1	8	12.3	36	11.0
(Teil-)stationäre Weiterbehand- lung	Ja	9	7.7	0	0.0	8	9.5	8	12.3	25	7.6
	Keine/unzutreffend	97	82.9	53	85.5	67	79.8	49	75.4	266	81.1
	Fehlende Angabe	11	9.4	9	14.5	9	10.7	8	12.3	37	11.3
Komplementäre Weiterversorg- ung	Wohnen (betreutes Einzelwohnen/ Wohngruppe/psychiatr. Pflegeheim)	5	4.3	1	1.6	1	1.2	2	3.1	9	2.7
	Arbeit (berufliche Rehabilitation/ geschützter Arbeitsplatz)	8	6.8	1	1.6	0	0.0	3	4.6	12	3.6
	Sonstige	1	0.9	0	0.0	2	2.4	2	3.1	5	1.5
	Keine/unzutreffend	93	79.5	51	82.2	70	83.3	51	78.5	265	80.8
	Fehlende Angabe	10	8.5	9	14.5	11	13.1	7	10.8	37	11.3
	Keine	0	0.0	8	12.9	6	7.1	13	20.0	27	8.2
Ambulante Nachbetreuung/ Weiterbehand- lung (Mehrfachnenn- ungen möglich)	Praktischer Arzt/Allgemeinarzt	17	14.5	20	32.3	26	31.0	10	15.4	73	22.3
	Niedergelassener Psychiater	75	64.1	34	54.8	44	67.7	22	33.8	175	53.4
	Niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut	0	0.0	3	4.8	5	7.7	3	4.6	11	3.4
	Psychologe/psych. Psychotherapeut	1	0.9	1	1.6	0	0.0	7	10.8	14	4.3
	Eigene psychiatrische Ambulanz	18	15.4	8	12.9	11	16.9	9	13.8	46	14.0
	Sonstige	4	3.4	2	3.2	1	1.5	0	0.0	7	2.1
	Fehlende Angabe	2	1.7	11	17.7	16	19.0	12	18.5	41	12.5

Tabelle 3.5 listet die deskriptiven Kennwerte des psychosozialen Funktionsniveaus (GAF-Werte) der Patienten sowie des Schweregrades ihrer Erkrankung (CGI-Werte), ihre stationäre Verweil- sowie Erkrankungsdauer auf.

Die Verbesserung im Schweregrad der Erkrankung der Patienten während ihres stationären Aufenthaltes reicht im Mittel von 2.7 Punktwerten bei den bipolar erkrankten Patienten bis zu 3.4 Punktwerten bei den persönlichkeitsgestörten Patienten bei einer möglichen Spannweite von 7 Punktwerten. Die Verbesserung im Schweregrad der Erkrankung für die Gesamtstichprobe liegt bei 3.1 Punktwerten mit einer Standardabweichung von 0.9.

Das psychosoziale Funktionsniveau verbessert sich während des stationären Aufenthaltes bei einer möglichen Spannweite von 100 im Mittel um 20.9 Punktwerte. Die Standardabweichungen der Gesamtstichprobe für das psychosoziale Funktionsniveau bei Aufnahme beträgt 14.2 bzw. bei Entlassung 12.9 Punktwerte. Am meisten profitieren die bipolar affektiv erkrankten Patienten, ihre Verbesserung im psychosozialen Funktionsniveau beträgt 26.2 GAF-Punktwerte. Bei den unipolar depressiv Erkrankten liegt die Verbesserung bei 22.6 Punktwerten, bei den schizophrenen bei 21.6 Punktwerten und bei den persönlichkeitsgestörten Patienten bei 13.3 Punktwerten.

Bezüglich der Verbesserungen im Schweregrad der Erkrankung sowie im psychosozialen Funktionsniveau sind auch im Diagnosevergleich die unterschiedlich langen Verweildauern der stationären Aufenthalte mit zu berücksichtigen. Sie variieren von 43.8 Tagen bei den bipolar affektiv Erkrankten über 63.5 Tage bei den unipolar depressiv Erkrankten und 69.7 Tagen bei den schizophrenen Patienten bis zu 78.3 Tagen bei den persönlichkeitsgestörten Patienten.

Die kumulierte Verweildauer beträgt im Mittel 158.8 Tage bei einer Standardabweichung von 188.6. Die kumulierte Verweildauer ist bei den schizophrenen Patienten mit 182 Tagen, gefolgt von den bipolar affektiv Erkrankten mit 174 Tagen am höchsten.

Die Erkrankungsdauer der Gesamtstichprobe liegt im Mittel bei 11.8 Jahren mit einer Standardabweichung von 10.4. Sie ist in unserer Patientenstichprobe mit 16 Jahren am längsten bei den bipolar affektiv Erkrankten und am wenigsten lang bei den schizophrenen Erkrankten mit 10.1 Jahren.

Tabelle 3.5: Deskriptive Kennwerte der CGI- und GAF-Werte sowie der Verweil- und Erkrankungsdauer der Patienten (n=358)

	F20			F31			F32/33			F60/61			Gesamtschichtprobe						
	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	M ^(a)	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis	
CGI-A ^{e)}	6.1	6.3	6.0	5.8	6.1	6.1	6.0	5.8	6.1	6.1	6.0	6.0	6.0	0.8	3	8	-0.3	0.8	
CGI-E-S ^{f)}	5.5	5.5	5.2	5.4	5.4	5.4	5.0	5.4	5.4	5.4	5.0	5.0	5.0	1.1	2	8	-0.1	-0.2	
CGI-E-J ^{g)}	3.1	2.7	2.9	3.4	3.1	3.1	3.0	3.4	3.1	3.1	3.0	3.0	3.0	0.9	2	7	1.1	3.0	
GAF-A ^{h)}	35.0	37.9	39.1	44.0	38.4	38.4	40.0	44.0	38.4	38.4	40.0	30.0	30.0	14.2	1	95	0.3	.03	
GAF-max ⁱ⁾	63.4	70.1	69.4	62.8	66.1	66.1	70.0	62.8	66.1	66.1	70.0	70.0	70.0	14.3	13	100	-0.3	.05	
GAF-E ^{j)}	56.3	64.1	61.7	57.3	59.3	59.3	60.0	57.3	59.3	59.3	60.0	60.0	60.0	12.9	3	90	-0.8	2.2	
Verweildauer [Tage]	69.7	43.8	63.5	78.3	64.8	64.8	43.0	78.3	64.8	64.8	43.0	17.0	17.0	95.7	4	1045	7.0	62.5	
Kumulierte Verweildauer [Tage] ^{k)}	182.8	174.8	124.4	150.8	158.8	158.8	84.5	150.8	158.8	158.8	84.5	36.0	36.0	188.6	4	1117	2.3	5.5	
Erkrankungsdauer [Jahre]	10.1	16.0	10.6	13.1	11.8	11.8	9.0	13.1	11.8	11.8	9.0	1.0	1.0	10.4	0	46	1.2	1.0	

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} CGI-A = Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme, ^{f)} CGI-E-S = Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung (severity), ^{g)} CGI-E-I = Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt (improvement); ein hoher Wert bedeutet hier eine geringe Verbesserung oder gar eine Verschlechterung des Befindens), ^{h)} GAF-A = GAF-Wert des Patienten bei Aufnahme, ⁱ⁾ GAF-max = maximaler GAF-Wert des Patienten im letzten Jahr, ^{j)} GAF-E = GAF-Wert des Patienten bei Entlassung, ^{k)} = kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995

Die genauere Beschreibung der verordneten Medikation in Abhängigkeit von der Diagnose der Patienten ist in Tabelle 3.6 dargestellt. Insgesamt erhielten 55.2 % der gesamten Patientenstichprobe atypische Neuroleptika (Clozapin, Amisulprid, Quetiapin, Risperidon, Olanzapin, Ziprasidon, Aripiprazol), 14.3 % nahmen klassische Neuroleptika (Haloperidol, Fluphenazin, Flupentixol) ein. 25.0 % der Patienten bekamen selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) und 18.9 % trizyklische Antidepressiva verordnet. Antikonvulsiva und Anxiolytika erhielten je 20.7 % der untersuchten Stichprobe.

Tabelle 3.6: Medikation der Analysestichprobe der Patienten (n = 328)

Medikation**		F20 [n = 117] [n]	F31 [n = 62] [n]	F32/33 [n = 84] [n]	F60/61 [n = 65] [n]	Gesamt [n = 328] [n] [%]
TZA (Trizyklische Antidepressiva)	Verordnet	6	7	31	18	62 18.9
	Nicht verordnet	111	55	53	47	266 81.1
SSRI (Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer)	Verordnet	11	7	39	25	82 25.0
	Nicht verordnet	106	55	45	40	246 75.0
SNRI (Selektive Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer)	Verordnet	0	2	4	2	8 2.4
	Nicht verordnet	117	60	80	63	320 97.6
SSNRI (Selektive Serotonin-Noradre- nalin-Wiederaufnahmehemmer)	Verordnet	2	3	14	8	27 8.2
	Nicht verordnet	115	59	70	57	301 91.8
MAOH (Monoaminoxidasehemmer)	Verordnet	0	0	2	0	2 0.6
	Nicht verordnet	117	62	82	65	326 99.4
Andere Antidepressiva	Verordnet	1	3	27	10	41 12.5
	Nicht verordnet	116	59	57	55	287 87.5
Konventionelle Antipsychotika	Verordnet	27	11	6	3	47 14.3
	Nicht verordnet	90	51	78	62	281 85.7
Atypische Antipsychotika	Verordnet	99	36	26	20	181 55.2
	Nicht verordnet	18	26	58	45	147 44.8

** Zählweise: Auch wenn einem Patienten z. B. in der Umstellungsphase zwei verschiedene TZA gegeben werden, wurde diese Medikation nur einmal pro Patient kodiert

Fortsetzung Tabelle 3.6: Medikation der Analysestichprobe der Patienten (n = 328)

Medikation**		F20 [N = 117] [n]	F31 [N = 62] [n]	F32/33 [N = 84] [n]	F60/61 [N = 65] [n]	Gesamt [N = 328] [n] [%]
Mittelpotente Antipsychotika	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	6 111	6 56	2 82	2 63	16 312 4.9 95.1
Niedrigpotente Antipsychotika	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	10 107	10 52	7 77	3 62	30 298 9.1 90.9
Lithium	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	1 116	21 41	13 71	4 61	39 289 11.9 88.1
Stimmungsstabilisierer/ Antikonvulsiva	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	12 105	32 30	13 71	11 54	68 260 20.7 79.3
Anxiolytika/Benzodiazepine	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	23 94	12 50	21 63	12 53	68 260 20.7 79.3
Hypnotika/Z-Substanzen	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	2 115	6 56	5 79	9 56	22 306 6.7 93.3
Stimulantien/Analeptika	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	0 117	0 62	0 84	3 62	3 325 0.9 99.1
Entwöhnungs-/Entgiftungsmittel	Dem Patient verordnet Nicht verordnet	2 115	0 62	0 84	3 62	5 323 1.5 98.5
Gesamtzahl der verordneten Medikation		202	156	210	133	701 100
Anzahl der durchschnittlich verordneten Medikation pro Patient		1.7	2.5	2.5	2.1	2.1 -

** Zählweise: Auch wenn einem Patienten z. B. in der Umstellungsphase zwei verschiedene TZA gegeben werden, wurde diese Medikation nur einmal pro Patient kodiert

3.3.2 Angehörigenstichprobe

Die Bereitschaft der Angehörigen zur Teilnahme ist in Abhängigkeit von der Diagnose ihres erkrankten Familienmitgliedes in Tabelle 3.7 dargestellt.

Von den 292 Angehörigen, für die die Einwilligung des Patienten zur Befragung vorlag, waren 12 (4.1 %) unter der angegebenen Adresse postalisch nicht erreichbar und eine korrekte Adresse konnte auch nicht ermittelt werden. 11 (3.8 %) Angehörige wurden nicht angeschrieben, wenn bekannt war, dass diese selber schwer (psychisch) erkrankt waren, oder es ihnen aufgrund ihrer Intelligenzminderung oder Demenz nicht möglich sein würde, den Fragebogen auszufüllen. 6 (2.1 %) weitere Angehörige sagten bereits während des Telefonats (es war bei ihnen keine Adresse bekannt) ihre Teilnahme ab.

263 Angehörigen konnte somit ein Fragebogen zugesandt werden bzw. der Fragebogen direkt über den Patienten dem Angehörigen ausgehändigt werden. 145 Angehörige sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Responserate von 55.1 %. Die Responserate konnte jedoch nur erreicht werden, da 123 Angehörige nach einer Frist von vier Wochen ohne Fragebogenrücklauf erneut angeschrieben wurden. 47 (17.9 %) Fragebögen konnten durch diese Erinnerung in die Auswertung miteinbezogen werden.

Die Angehörigen benötigten im Durchschnitt 38 Minuten zum Ausfüllen des Fragebogens, das Minimum lag bei 10, das Maximum bei 120 Minuten. Die Ausfüllquote lag bei den Angehörigen im Durchschnitt bei 93.6 % aller Werte des Fragebogens. Die fehlenden Werte wurden anhand des EM-Verfahrens (expectation maximization algorithm) (Schafer, 1997) aufgefüllt.

Die im Fragebogen abgefragten soziodemographischen Merkmale der Analysestichprobe der Angehörigen sind in Tabelle 3.8 genauer dargestellt.

Tabelle 3.7: Teilnahme der Angehörigen an der Studie

	F20		F31		F32/33		F60/61		Gesamt	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
Anzahl der Angehörigen in der Stichprobe	102	100	54	100	81	100	55	100	292	100
Postalisch nicht erreichte Angehörige	3	2.9	3	5.6	5	6.2	1	1.8	12	4.1
Nicht angeschriebene Angehörige*	3	2.9	6	11.1	0	0	2	3.6	11	3.8
Absage des Angehörigen nach Telefonat	1	1.0	3	5.6	0	0	2	3.6	6	2.1
Angehörige, die einen Fragebogen zugesandt erhielten	95	93.1	42	77.8	76	93.8	50	90.9	263	90.1
postalisch erreichte Angehörige	92	90.2	39	72.2	71	87.7	49	89.1	251	86.0
durch Patienten befragte Angehörige	3	2.9	3	5.6	7	8.6	5	9.1	18	6.2
Mit Erinnerungsschreiben erneut befragte Angehörige	37	40.2	25	64.1	35	49.3	26	53.1	123	49.0
Angehörige, die den Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt haben (Response**)	46	48.4	24	61.5	50	70.4	25	51.0	145	57.8
Nach dem ersten Anschreiben	27	25.5	19	48.7	28	39.4	24	49.0	98	39.0
Nach dem zweiten Anschreiben	19	17.6	5	12.8	22	31.0	1	2.0	47	18.7

* z.B. da bekannt war, dass der angegebene Angehörige selber schwer (psychisch) erkrankt ist oder aufgrund seiner Intelligenzminderung nicht fähig ist, den Fragebogen auszufüllen.

** bezogen auf die postalisch erreichten Angehörigen

Tabelle 3.8: Beschreibung der Analytestichprobe der Angehörigen (n = 145) anhand soziodemographischer Variablen

Merkmal	Merkmalsausprägung	Anzahl [n]	Prozent [%]
Geschlecht des Angehörigen	Männlich	60	41.4
	Weiblich	82	56.6
	Fehlende Angabe	3	2.1
Alter des Angehörigen	Bis einschl. 40 Jahre	35	24.1
	41 bis einschl. 50 Jahre	42	29.0
	51 bis einschl. 60 Jahre	37	25.5
	Älter als 60 Jahre	28	19.3
	Fehlende Angabe	3	2.1
Höchster Schulabschluss des Angehörigen	Haupt-/Volksschule	72	49.7
	Mittlere Reife/Realschule	35	24.1
	Abitur/Fachabitur	7	4.8
	Universität/Hochschule	27	18.6
	Fehlende Angabe	4	2.8
Berufliche Situation des Angehörigen	Vollzeit	53	36.6
	Teilzeit	26	17.9
	Hausfrau/-mann	25	17.2
	Arbeitslos	9	6.2
	Nicht berufstätig/in Rente	27	18.6
	Fehlende Angabe	5	3.4
Familienstand des Angehörigen	Alleinstehend	25	17.2
	Zusammenlebend	116	80.0
	Fehlende Angabe	4	2.8
Beziehung zum Patienten	Ehepartner/in	58	40.0
	Elternteil	47	32.4
	Kind	11	7.6
	Geschwister	15	10.3
	Freund/in	9	6.2
	Andere	1	0.7
	Fehlende Angabe	4	2.8
Angehöriger eines an ... erkrankten Patienten	ICD-10: F20	46	31.7
	ICD-10: F31	24	16.6
	ICD-10: F32/33	50	34.5
	ICD-10: F60/61	25	17.2
Angehöriger lebt mit Patient in einem Haushalt zusammen	Ja	89	61.4
	Nein	51	35.2
	Fehlende Angabe	5	3.4
Monatliches Familien-Netto-Einkommen	Bis 1500 €	52	35.9
	Bis 2000 €	30	20.7
	Bis 3000 €	35	24.1
	Über 3000 €	21	14.5
	Fehlende Angabe	7	4.8

Fortsetzung Tabelle 3.8: Beschreibung der Analysestichprobe der Angehörigen (n = 145) anhand soziodemographischer Variablen

Merkmal	Merkmalsausprägung	Anzahl [n]	Prozent [%]
Unmittelbarer Kontakt mit Patienten in der Woche	Bis 35 Stunden	70	48.3
	Über 35 Stunden	65	44.8
	Fehlende Angabe	10	6.9
Entfernung zwischen Wohnort des Angehörigen und der Klinik	Bis 20 km	36	24.8
	Bis 50 km	32	22.1
	Mehr als 50 km	73	50.3
Der Angehörige ist gesetzlicher Betreuer des Patienten	Fehlende Angabe	4	2.8
	Ja	26	17.9
	Nein	112	77.2
Der Angehörige hat einmal/mehrmals eine Angehörigengruppe besucht	Fehlende Angabe	7	4.8
	Ja	24	16.6
	Nein	114	78.6
Der Angehörige fühlt sich mit einer kirchlichen/spirituellen Gruppe verbunden	Fehlende Angabe	7	4.8
	Ja	50	34.5
	Nein	89	61.4
	Fehlende Angabe	6	4.1

3.3.3 Stichprobe der Non-Responder

328 Patienten willigten in die Teilnahme ein und füllten den Fragebogen auch tatsächlich aus, während 356 Patienten die Teilnahme an der Studie ablehnten oder zunächst einwilligten, dann aber den Fragebogen nicht ausfüllten (vgl. Tab. 3.1). Dies entspricht einer Non-Responder-Quote von 52 %.

Mit Hilfe der Code-Identifizierung und des BADO-Datenpools erfolgte eine Non-Responder-Analyse. Die Beschreibung der Stichprobe der Non-Responder anhand ausgewählter soziodemographischer Merkmale ist in Tabelle 3.9 dargestellt.

Tabelle 3.9: Beschreibung der Analysestichprobe der Patienten, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten (= Non-Responder, n = 356) anhand soziodemographischer Merkmale

Merkmal	Merkmalsausprägung	Gesamt [n]	Gesamt [%]
Geschlecht des Patienten	Männlich	138	38.8
	Weiblich	218	61.2
Jemals Suizidversuch	Ja	75	21.1
	Nein	186	52.2
	Fehlende Angabe	95	26.7
Bedrohungen (Körperverletzung, Sachbeschädigung, bedrohliches Verhalten) im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	Ja	20	5.6
	Nein	308	86.5
	Fehlende Angabe	28	7.9
Rechtsgrundlage 24 h nach Aufnahme: Freiwillig	Ja	299	84.0
	Nein	53	14.9
	Fehlende Angabe	4	1.1
Rechtsgrundlage 24 h nach Aufnahme: Unterbringung nach BGB	Ja	35	9.8
	Nein	317	89.0
	Fehlende Angabe	4	1.1
Rechtsgrundlage 24 h nach Aufnahme: Unterbringung nach UBG	Ja	2	0.6
	Nein	350	98.3
	Fehlende Angabe	4	1.1
Gesetzliche Betreuung bei Entlassung	Ja	106	29.8
	Nein	206	57.9
	Fehlende Angabe	44	12.4
Probleme bei Psychopharmakotherapie: Therapieresistenz	Ja	24	6.7
	Nein	289	81.2
	Fehlende Angabe	43	12.1
Probleme bei Psychopharmakotherapie: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Ja	14	3.9
	Nein	299	84.0
	Fehlende Angabe	43	12.1
Probleme bei Psychopharmakotherapie: Mangelnde Compliance	Ja	21	5.9
	Nein	292	82.0
	Fehlende Angabe	43	12.1

Weitere krankheitsbezogene Variablen, welche anhand des BADO-Datenpools erhoben und in den Analysen berücksichtigt wurden, sind: Alter bei Aufnahme, Alter bei Erkrankungsbeginn (Age at onset), CGI- und GAF-Werte bei Aufnahme und Entlassung, Verweildauer während des aktuellen Aufenthaltes in Tagen, kumulierte Verweildauer in der Klinik seit 1995 in Tagen sowie die Erkrankungsdauer in Jahren. Diese deskriptiven Kennwerte sind in Tabelle 3.10 dargestellt.

Die Ergebnisse des Vergleichs der Stichprobe der Responder mit den Non-Respondern sind im Ergebnisteil in Kapitel 4.8 zusammengefasst.

Tabelle 3.10: Deskriptive Kennwerte der CGI- und GAF-Werte sowie weitere krankheitsbezogene Merkmale der Analysestichprobe der Non-Responder (n = 356)

	<i>Gesamtstichprobe</i>							
	<i>M^{a)}</i>	<i>Media</i> <i>n</i>	<i>Modu</i> <i>s</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>Min^{c)}</i>	<i>Max^{d)}</i>	<i>Schief</i> <i>e</i>	<i>Kurtosi</i> <i>s</i>
Alter bei Aufnahme in die Klinik	41.8	42.0	42	13.6	18	79	0.3	-0.6
Alter zu Erkrankungsbeginn (Age at onset)	29.3	25.0	20	14.5	4	74	0.8	-0.1
CGI-A ^{e)}	6.0	6.0	6	0.8	3	8	-0.2	0.5
CGI-E-S ^{f)}	5.5	6.0	6	1.1	3	8	0.0	-0.6
CGI-E-I ^{g)}	3.2	3.0	3	0.9	2	7	0.7	1.2
GAF-A ^{h)}	38.9	40.0	30	14.0	10	72	-0.1	-0.6
GAF-max ⁱ⁾	66.9	69.0	70	12.6	15	100	-0.2	0.7
GAF-E ^{j)}	59.1	60.0	60	12.5	10	95	-0.5	1.0
Verweildauer [Tage]	74.5	46.0	29	164.4	4	2192	10.8	130.2
Kumulierte Verweildauer ^{k)} [Tage]	190.5	116.5	29	209.0	8	1226	2.2	5.1
Erkrankungsdauer [Jahre]	12.8	10.0	2	10.1	0	42	0.7	-0.3

Anmerkungen: ^{a)} *M* = Mittelwert, ^{b)} *SD* = Standardabweichung, ^{c)} *Min* = Minimum, ^{d)} *Max* = Maximum, ^{e)} CGI-A = Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme, ^{f)} CGI-E-S = Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung (severity), ^{g)} CGI-E-I = Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt (improvement), ^{h)} GAF-A = GAF-Wert des Patienten bei Aufnahme, ⁱ⁾ GAF-max = maximaler GAF-Wert des Patienten im letzten Jahr, ^{j)} GAF-E = GAF-Wert des Patienten bei Entlassung, ^{k)} = kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995

3.4 Datenanalyse

Die Analyse der Daten wurde vornehmlich mit dem Statistikprogramm PASW Statistics 17 durchgeführt.

Die paarweise Zuordnung der Daten der Patienten und der Angehörigen erfolgt über einen nummerierten Code in der Fußzeile der Fragebögen (C://documente/001/patient/fragebogen; vgl. Anhang D, G). Die für die paarige Zuordnung der Daten mit den Daten des DGPPN-BADO-Pools notwendige Namens-Identifizierung wurde nach der Ergänzung der Daten durch den BADO-Datenpool gelöscht. Somit war die Anonymität der Studienteilnehmer gewährleistet. Ebenfalls mithilfe der Code-Identifizierung und Daten des BADO-Datenpools wurde eine Non-Responder-Analyse gerechnet.

Der Vergleich der Belastungseinschätzungen der Angehörigen, der Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität der Analytestichprobe der Patienten mit der Analytestichprobe der Angehörigen erfolgte für die gesamten Analytestichproben und Diagnosesubgruppen ebenso wie für die Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare. Dabei wurden die Gesamtscores und gegebenenfalls die Subskalen-Scores der eingesetzten Fragebögen berücksichtigt. Die Überprüfung der Scores auf Normalverteilung erfolgte mit Hilfe des Kolmogoroff-Smirnov-Tests. Die Summenscores und Subskalen wurden ferner anhand des Levene-Tests bezüglich ihrer Varianzhomogenität überprüft. Anschließend wurden t-Tests für zwei unabhängige Stichproben bei Varianz-Gleichheit bzw. Mann-Whitney-Tests bei ungleichen Varianzen gerechnet.

Der direkte Vergleich der von den Angehörigen tatsächlich erlebten Belastung mit der von den Patienten geschätzten Belastung der Angehörigen wurde anhand der Analyse der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe vorgenommen. Die paarige Zuordnung wurde anhand des Codes in der Fußzeile der Fragebögen durchgeführt. Da davon ausgegangen werden musste, dass aufgrund der Verschiedenheit von tatsächlich erlebter Belastung der Angehörigen und durch die Patienten geschätzter Belastung der Angehörigen eine unterschiedliche Skalenstreckung vorliegen kann, konnten an dieser Stelle keine t-Tests gerechnet werden. Es musste auf non-parametrische Verfahren zurückgegriffen werden. Da weder der Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtest noch der Vorzeichentest Bindungen berücksichtigt, wurden Chi-Quadrat-Tests berechnet.

Zur Analyse des Fragebogens zum Belastungserleben der Angehörigen (FBA) wurden Reliabilitätsanalysen, Inter-Item-Korrelationen und Faktoranalysen gerechnet. In den Reliabilitätsanalysen, welche sowohl für die gesamte Patienten- als auch die gesamte Angehörigenstichprobe dargestellt werden, wurden die Trennschärfekoeffizienten durch Korrelation der einzelnen Items mit dem Skalenwert bestimmt. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) wurde als Reliabilitätsmaß für die Belastungsskala ermittelt. Weiterhin wurden Inter-Item-Korrelationen nach Pearson berechnet und latente Merkmale mittels Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse) identifiziert.

Der Belastungsfragebogen (FBA), der Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) sowie der Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) beinhalteten offene Fragen, so dass hier zusätzlich inhaltsanalytische Auswertungen durchgeführt wurden.

Die Auswertungen zum subjektiven Wohlbefinden unter Medikation erfolgten ausschließlich an der Patientenstichprobe. Da nur vereinzelt davon ausgegangen werden muss, dass auch Angehörige regelmäßig Psychopharmaka einnehmen, wurde der Fragebogen zum Befinden unter Medikation nur in der Patientenstichprobe erhoben.

Zur Erfassung der Zusammenhänge zwischen den Konzepten Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigung, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität und Wohlbefinden unter Medikation wurden für die Analysestichproben der Patienten und der Angehörigen Pearson-Korrelationen für alle Subskalen und Gesamtscores berechnet. In die Korrelationsanalysen wurden ferner die aus der Faktorenanalyse ermittelten Belastungsfaktoren eingeschlossen.

Weiterhin wurden multiple lineare Regressionsanalysen (Rückwärts-Verfahren) für die jeweiligen Subskalen- und Summenscores der beiden Analysestichproben als abhängige Variablen berechnet, wobei auch die BADO- und soziodemographischen Variablen als unabhängige Variablen in die Berechnungen mit eingegangen sind. Für die Analysestichprobe der Patienten wurden zusätzlich Regressionsanalysen auf das subjektive Wohlbefinden unter neuroleptischer Medikation, auf die CGI- und GAF-Werte sowie die Verweildauer des stationären Aufenthalts der Patienten gerechnet. Für die Analysestichprobe der Patienten wie der Angehörigen wurden weiterhin Regressionsanalysen auf die aus der Faktorenanalyse des Belastungsfragebogens extrahierten Faktoren berechnet. Kriterien für die Auswahl der dargestellten Regressionsmodelle waren eine hohe Varianzaufklärung wie auch eine repräsentative

Fallzahl. In allen multiplen Regressionsanalysen wurde das Modellwahlkriterium des korrigierten R^2 verwendet, um möglichen Kollinearitätsproblemen entgegenzuwirken.

Als zusätzliches exploratives Verfahren zur Identifikation von Prädiktoren für eine hohe subjektive Belastung der Angehörigen bzw. für die maladaptiven Krankheitsverarbeitungsstrategien „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ innerhalb der Angehörigenstichprobe wurden Klassifikationsbäume (Classification and Regression Trees/CART) mit Hilfe der Software „Answer Tree/Version 2.0“ eingesetzt.

Ziel der Clusteranalysen war es, die Patienten bzw. die Angehörigen zu Clustern zu gruppieren, um zu analysieren, ob sich charakteristische Untergruppen innerhalb dieser Stichproben finden lassen.

Um abschließend je ein integratives Modell bezüglich der Zusammenhänge der erhobenen Konzepte für die Gesamtanalysestichproben der Patienten und der Angehörigen zu erhalten, wurden Strukturgleichungsmodelle (Structural Equation Modelling, SEM) mit Hilfe der Software „Amos 16“ berechnet. Dafür wurden zunächst nach der Methode der Mittelwerte fehlende Werte im Datensatz ersetzt und die Daten mit Hilfe von „z-Werten nach Variablen“ standardisiert. Es sollte zunächst sowohl für die Gesamtanalysestichprobe der Patienten und der Angehörigen je ein ausführliches Modell dargestellt werden, das nach Sichtung der aktuellen Literatur hypothesengeleitet alle sinnvoll denkbaren Zusammenhänge zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen einschließt. Bei der Berechnung der Modelle wurden ferner die Variablen berücksichtigt, welche sich in den Regressionsanalysen als stärkste Prädiktoren erwiesen. Zusätzlich fanden die CGI- und GAF-Werte sowie die kumulierte Verweildauer als objektive Kriterien Eingang. In einem zweiten Schritt wurde für jede Gesamtstichprobe anhand der Signifikanzen des ausführlichen Modells je ein gekürztes Strukturgleichungsmodell mit möglichst guten Anpassungsmaßen und Gütekennwerten gesucht.

4. ERGEBNISSE

4.1 Belastungen der Angehörigen

4.1.1 Deskriptive Statistik

4.1.1.1 Subjektives Belastungsempfinden der gesamten Analysestichproben und der Diagnosesubgruppen

In Tabelle 4.1 ist die Deskription der subjektiven Belastungs-Items (Intensität der Belastung) für die Stichprobe der Patienten ($n = 328$) dargestellt. Die Patienten schätzen vor allem die zeitlichen und emotionalen Belastungen der Angehörigen hoch ein.

Tabelle 4.2 zeigt die deskriptiven Kennwerte der subjektiven Belastungs-Items für die Analysestichprobe der Angehörigen ($n = 145$). In ihrer Selbsteinschätzung bewerten die Angehörigen insbesondere ihre emotionalen und gesundheitlichen Belastungen hoch.

Die subjektiven Belastungen (Intensität der Belastung) der Angehörigen für die jeweiligen Belastungsbereiche sind weiter differenziert nach den Diagnosegruppen in Tabelle 4.3 dargestellt. Unabhängig von der Diagnose des erkrankten Familienmitgliedes werden von den Angehörigen jeweils vor allem die emotionalen und gesundheitlichen Belastungen als besonders belastend wahrgenommen. Die beruflichen Belastungen werden dagegen von den Angehörigen der bipolar Erkrankten wie von den Angehörigen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen relativ häufig als wenig oder nicht belastend eingeschätzt.

4.1.1.2 Subjektives Belastungsempfinden der Patienten-Angehörigen-Paare

Tabelle 4.4 enthält die deskriptiven Kennwerte der subjektiven Belastungs-Items für die an der paarigen Auswertung beteiligten Patienten ($n = 111$). Tabelle 4.5 zeigt diese Kennwerte für die an der paarigen Auswertung beteiligten Angehörigen ($n = 111$). Die Patienten der Pairstichprobe schätzen vor allem die emotionalen und zeitlichen Belastungen ihrer Angehörigen als hoch ein, während die Angehörigen in der Selbstbewertung insbesondere ihre emotionalen und gesundheitlichen Belastungen infolge der Erkrankung ihres Familienmitglieds als hoch bewerten.

Tabelle 4.1: Deskriptive Kennwerte des subjektiven Belastungsempfindens der Angehörigen eingeschätzt durch die Patienten (n = 328)

Belastung (Intensität)	Gesamtstichprobe Patienten (n = 328)											
	F20 (n = 117) M ^(a)	F32/33 (n = 84) M ^(a)	F31 (n = 62) M ^(a)	F60/61 (n = 65) M ^(a)	M ^(a)	Median	Modus	SD ^(b)	Min ^(c)	Max ^(d)	Schiefte	Kurtosis
Zeitlich	2.5	2.7	2.7	2.4	2.6	3.0	3.0	1.0	1.0	4.0	-0.1	-0.9
Finanziell	1.9	2.0	1.9	1.8	1.9	2.0	1.0	1.0	1.0	4.0	0.7	-0.7
Beruflich	1.7	1.8	1.6	1.6	1.7	1.0	1.0	0.9	1.0	4.0	1.1	-0.0
Gesundheitlich	2.1	2.4	2.4	2.1	2.2	2.0	3.0	1.0	1.0	4.0	0.2	-1.2
Freizeit	1.8	1.9	1.8	1.6	1.8	2.0	1.0	0.9	1.0	4.0	0.9	-0.2
Emotional	2.3	2.5	2.5	2.5	2.4	3.0	3.0	1.0	1.0	4.0	-0.2	-1.1
Institutionell	1.9	2.0	1.9	1.4	1.8	2.0	1.0	1.0	1.0	4.0	0.9	0.3
Globalscore	13.7	15.3	14.6	13.1	14.1	14.0	7.0	4.7	7.0	28.0	0.4	-0.2

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum; Skalierung: 1 = nicht belastend, 2 = wenig belastend, 3 = stark belastend, 4 = extrem stark belastend

Tabelle 4.2: Deskriptive Kennwerte des subjektiven Belastungsempfindens der Angehörigen eingeschätzt durch die Angehörigen (n = 145)

Belastung (Intensität)	Gesamtschichtprobe Angehörigen (n = 145)											
	F20 (n = 46) <i>M^{a)}</i>	F32/33 (n = 50) <i>M^{a)}</i>	F31 (n = 24) <i>M^{a)}</i>	F60/61 (n = 25) <i>M^{a)}</i>	<i>M^{a)}</i>	<i>Media</i> <i>n</i>	<i>Modus</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>Min^{c)}</i>	<i>Max^{d)}</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>
Zeitlich	2.2	2.2	2.8	2.3	2.3	2.0	2.0	0.8	1.0	4.0	0.0	-0.5
Finanziell	2.1	2.2	2.1	2.5	2.2	2.0	2.0	0.9	1.0	4.0	0.2	-0.8
Beruflich	2.0	2.1	1.7	1.9	2.0	2.0	1.0	0.9	1.0	4.0	0.4	-0.9
Gesundheitlich	2.7	2.4	2.7	2.5	2.5	3.0	3.0	0.8	1.0	4.0	-0.5	-0.2
Freizeit	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1	2.0	2.0	0.8	1.0	4.0	0.3	-0.6
Emotional	2.9	2.7	2.9	2.9	2.8	3.0	3.0	0.8	1.0	4.0	-0.8	0.5
Institutionell	2.1	2.0	2.2	2.1	2.1	2.0	1.0	0.9	1.0	4.0	0.2	-1.3
Globalscore	16.0	15.3	16.7	16.2	15.9	16.0	14.0	3.7	7.0	28.0	0.1	0.5

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum; Skalierung: 1 = nicht belastend, 2 = wenig belastend, 3 = stark belastend, 4 = extrem stark belastend

Tabelle 4.3: Deskriptive Kennwerte des subjektiven Belastungsempfindens der Angehörigen eingeschätzt durch die Angehörigen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des erkrankten Familienmitgliedes

Subjektive Belastung der Angehörigen im Bereich	F20 (n = 36)				F32/33 (n = 40)				F31 (n = 18)				F60/61 (n = 17)				Gesamt (n = 145)			
	1) [%]	2) [%]	3) [%]	4) [%]	1) [%]	2) [%]	3) [%]	4) [%]	1) [%]	2) [%]	3) [%]	4) [%]	1) [%]	2) [%]	3) [%]	4) [%]	1) [%]	2) [%]	3) [%]	4) [%]
Zeitlich	18.2	47.7	31.8	2.3	16.7	47.9	33.3	2.1	10.0	25.0	45.0	20.0	16.7	41.7	37.5	4.2	16.2	43.3	35.3	5.1
Finanziell	22.2	42.2	35.6	0.0	22.9	43.8	27.1	6.3	35.0	30.0	30.0	5.0	20.8	29.2	33.3	16.7	24.2	38.7	31.4	5.8
Beruflich	31.8	40.9	20.5	6.8	26.0	42.0	30.0	2.0	59.1	13.6	27.3	0.0	54.2	12.5	25.0	8.3	37.9	32.1	25.7	4.3
Gesundheitlich	6.8	27.2	59.1	6.8	10.0	44.4	42.0	4.0	4.5	27.3	59.1	9.1	20.8	16.7	58.3	4.2	10.0	31.4	52.9	5.7
Freizeit	26.7	48.9	24.4	0.0	22.0	56.0	18.0	4.0	31.8	31.8	27.3	9.1	33.3	25.0	37.5	4.2	27.0	44.7	24.8	3.5
Emotional	8.9	15.6	55.6	20.0	8.2	22.4	59.2	10.2	4.5	13.6	72.7	9.1	12.5	4.2	66.7	16.7	8.6	15.7	61.4	14.3
Institutionell	32.6	27.9	34.9	4.7	33.3	35.4	31.3	0.0	31.8	18.2	45.5	4.5	45.8	12.5	29.2	12.5	35.0	26.3	34.3	4.4

Anmerkungen: Skalierung: 1 = nicht belastend, 2 = wenig belastend, 3 = stark belastend, 4 = extrem stark belastend

Tabelle 4.4: Deskriptive Kennwerte des subjektiven Belastungsempfindens der Angehörigen eingeschätzt durch die Patienten der Patienten-Angehörigen-Paare (n = 111)

Belastung (Intensität)	Gesamtstichprobe Patienten - Paare (n = 111)											
	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
Zeitlich	2.6	2.8	3.1	2.9	2.8	3.0	3.0	0.8	1.0	4.0	-0.2	-0.8
Finanziell	2.1	2.2	2.2	1.9	2.0	2.0	2.0	0.9	1.0	4.0	0.3	-0.8
Beruflich	1.9	1.9	1.3	1.6	1.8	1.0	1.0	0.9	1.0	4.0	0.8	-0.4
Gesundheitlich	2.3	2.6	2.7	2.4	2.5	3.0	3.0	0.9	1.0	4.0	-0.1	-0.8
Freizeit	2.0	2.0	1.9	2.1	2.0	2.0	2.0	0.9	1.0	4.0	0.6	-0.5
Emotional	2.4	2.6	2.6	3.0	2.6	3.0	3.0	0.9	1.0	4.0	-0.3	-0.8
Institutionell	1.9	2.0	1.7	1.5	1.8	2.0	2.0	0.9	1.0	4.0	0.8	-0.2
Globalscore	15.1	15.9	15.3	15.2	15.4	15.0	15.0	3.9	7.0	27.0	0.2	0.2

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum; Skalierung: 1 = nicht belastend, 2 = wenig belastend, 3 = stark belastend, 4 = extrem stark belastend

Tabelle 4.5: Deskriptive Kennwerte des subjektiven Belastungsempfindens der Angehörigen eingeschätzt durch die Angehörigen der Patienten-Angehörigen-Paare (n = 111)

Belastung (Intensität)	Gesamtstichprobe Angehörige - Paare (n = 111)											
	F20 (n = 36) M ^(a)	F32/33 (n = 40) M ^(a)	F31 (n = 18) M ^(a)	F60/61 (n = 17) M ^(a)	M ^(a)	Median	Modus	SD ^(b)	Min ^(c)	Max ^(d)	Schiefe	Kurtosis
Zeitlich	2.1	2.2	2.7	2.1	2.2	2.0	2.0	0.8	1.0	4.0	0.1	-0.5
Finanziell	2.1	2.1	2.0	2.5	2.2	2.0	2.0	0.9	1.0	4.0	0.3	-0.8
Beruflich	2.0	2.0	1.7	1.9	2.0	2.0	1.0	0.9	1.0	4.0	0.4	-1.0
Gesundheitlich	2.6	2.4	2.8	2.4	2.5	3.0	3.0	0.8	1.0	4.0	-0.4	-0.4
Freizeit	2.0	2.0	2.2	2.0	2.0	2.0	2.0	0.8	1.0	4.0	0.4	-0.5
Emotional	2.8	2.7	2.9	2.7	2.8	3.0	3.0	0.8	1.0	4.0	-0.8	0.5
Institutionell	2.2	2.0	2.2	2.2	2.1	2.0	3.0	0.9	1.0	4.0	0.1	-1.2
Globalscore	15.8	15.2	16.5	15.8	15.1	16.0	14.0	3.6	7.0	24.0	-0.1	0.0

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum; Skalierung: 1 = nicht belastend, 2 = wenig belastend, 3 = stark belastend, 4 = extrem stark belastend

4.1.1.3 Darstellung der objektiven Belastungen der Angehörigen

Die objektiven Belastungen der Analysestichprobe der Angehörigen (n = 145) infolge der Erkrankung des Patienten werden in Abhängigkeit von der Erkrankung ihres Familienmitgliedes dargestellt. Weiterhin erfolgt eine Gegenüberstellung der inhaltsanalytischen Belastungsauswertung der Analysestichprobe der Angehörigen mit der inhaltsanalytischen Belastungsauswertung der Analysestichprobe der Patienten (n = 328).

Tabelle 4.6 zeigt, wie viele Angehörige differenziert nach der Erkrankung ihres Familienmitgliedes das Vorhandensein von Belastungen in den Bereichen „Beruf“, „Gesundheit“, „Freizeit“, „Emotional“ und „Institutionell“ angeben (objektive Belastung).

Tabelle 4.6: Objektive Belastung der Angehörigen in den Bereichen „Beruf“, „Gesundheit“, „Freizeit“, „Emotional“ und „Institutionell“

Objektive Belastung Bereich	F20 (n = 46)		F32/33 (n = 50)		F31 (n = 24)		F60/61 (n = 25)		Gesamt (n = 145)	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]
Beruf	30.4	65.2	34.0	66.0	29.2	62.5	40.0	56.0	33.1	63.4
Gesundheit	78.3	19.6	70.0	30.0	83.3	8.3	76.0	20.0	75.9	21.4
Freizeit	45.7	50.0	60.0	40.0	62.5	29.2	60.0	36.0	55.9	40.7
Emotional	78.3	19.6	88.0	10.0	83.3	8.3	80.0	16.0	82.8	13.8
Institutionell	43.5	50.0	40.0	56.0	58.3	33.3	48.0	48.0	45.5	49.0

Am häufigsten werden somit von den Angehörigen sowohl in der Gesamtstichprobe wie in den Substichproben differenziert nach der Diagnose der Patienten emotionale Belastungen angegeben. Die Angehörigen der schizophrenen und der bipolar affektiv erkrankten Patienten geben ebenso häufig auch gesundheitliche Belastungen an.

In Tabelle 4.7 wurden die objektiven Einschränkungen in der Freizeitgestaltung weiterhin nach ihrer Häufigkeit differenziert. In der Gesamtanalysegruppe der Angehörigen erfahren 82.6 % „manchmal“ oder „oft“ Einschränkungen in ihrer Freizeitgestaltung.

Tabelle 4.7: Objektive Einschränkungen in der Freizeitgestaltung der Angehörigen differenziert nach ihrer Häufigkeit

Einschränkungen in der Freizeitgestaltung	F20 (n = 46) [%]	F32/33 (n = 50) [%]	F31 (n = 24) [%]	F60/61 (n = 25) [%]	Gesamt (n = 145) [%]
nie	0.0	0.0	6.3	0.0	1.2
selten	20.0	6.7	31.3	13.3	16.3
manchmal	64.0	53.3	31.3	40.0	50.0
oft	16.0	40.0	31.3	46.7	32.6

Tabelle 4.8 beinhaltet die differenziertere Darstellung der objektiven zeitlichen Belastungen der Angehörigen.

Tabelle 4.8: Objektive zeitliche Belastungen der Angehörigen

Objektive zeitliche Belastung	F20 (n = 46) [%]	F32/33 (n = 50) [%]	F31 (n = 24) [%]	F60/61 (n = 25) [%]	Gesamt (n = 145) [%]
< 1 Std./Woche	20.5	12.2	15.8	4.2	14.0
1-3 Std./Woche	27.3	14.3	15.8	25.0	20.6
4-6 Std./Woche	27.3	28.6	15.8	16.7	24.3
7-10 Std./Woche	6.8	10.2	10.5	25.0	11.8
11-15 Std./Woche	11.4	10.2	10.5	4.2	9.6
> 15 Std./Woche	6.8	24.5	31.6	25.0	19.9

In der Gesamtanalysegruppe der Angehörigen haben durchschnittlich die meisten Angehörigen (24.3 %) eine zeitliche Belastung von 4-6 Stunden pro Woche. 41.3 % der Angehörigen habe eine zeitliche Belastung von mindestens 7 Stunden pro Woche. Einen Zeitaufwand von über 15 Stunden pro Woche geben insbesondere die Angehörigen der bipolar affektiv Erkrankten an (31.6 %).

In Tabelle 4.9 sind die objektiven finanziellen Belastungen der Angehörigen dargestellt.

Tabelle 4.9: Objektive finanzielle Belastungen der Angehörigen

Objektive finanzielle Belastung pro Monat	F20 (n = 46) [%]	F32/33 (n = 50) [%]	F31 (n = 24) [%]	F60/61 (n = 25) [%]	Gesamt (n = 145) [%]
Keine Unterstützung	23.8	24.4	35.0	25.0	26.0
Weniger als 50€	14.3	15.6	5.0	8.3	12.2
51 bis 100€	7.1	13.3	5.0	20.8	11.5
101 bis 200€	21.4	17.8	20.0	12.5	18.3
201 bis 300€	16.7	15.6	5.0	8.3	13.0
301 bis 500€	9.5	6.7	5.0	12.5	8.4
Mehr als 500€	7.1	6.7	25.0	12.5	10.7

26 % der Gesamtanalysegruppe der Angehörigen geben an, den Erkrankten nicht finanziell zu unterstützen. 32.1 % der Angehörigen haben dagegen monatliche Aufwendungen von mindestens 200 Euro für den Erkrankten. Mehr als 500 Euro monatliche Belastung infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes geben insbesondere die Angehörigen der bipolar affektiv Erkrankten an (25.0 %).

4.1.2 Vergleich der Belastungseinschätzungen von Patienten und Angehörigen

Berücksichtigt werden sowohl die Items bezüglich der objektiven als auch der subjektiven Belastung sowie der Gesamtsummenscore der subjektiven Belastung.

Wie Tabelle 4.10 zeigt, bestehen in der objektiven Belastungseinschätzung nach Alpha-Fehler-Adjustierung (adjustiertes $\alpha = .003$) zwei signifikante Unterschiede zwischen Patienten und Angehörigen: In der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe bezüglich der emotionalen Belastungseinschätzung der persönlichkeitsgestörten Patienten ($\chi^2 = 3.38$, $p \leq .002$) sowie in der gesamten Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe bezüglich der finanziellen Belastungseinschätzung ($\chi^2 = 68.8$, $p \leq .001$). Persönlichkeitsgestörte Patienten der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe geben mehr objektive emotionale Belastungen der Angehörigen infolge ihrer Erkrankung an als ihre Angehörigen dies angeben (vgl. Tab. 4.11). Ferner geben die Patienten der gesamten Patienten-Angehörigen-Stichprobe weniger objektive finanzielle Belastungen ihrer Angehörigen an, als ihre Angehörigen dies angeben (vgl. Tab. 4.12). Lässt man die Alpha-Fehler-Adjustierung unberücksichtigt, liegen auf dem Signifikanzniveau von $p \leq .05$ fünfzehn weitere Unterschiede vor, welche in einer größeren Stichprobe überprüft werden sollten.

Tabelle 4.11: Objektive emotionale Belastungen der persönlichkeitsgestörten Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe (n = 17)

Objektive emotionale Belastung	Angehörige Gesamt [%]	Patienten Gesamt [%]
Ja	76.5	87.5
Nein	23.5	12.5

Tabelle 4.12: Objektive finanzielle Belastungen der gesamten Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe (n = 111)

Objektive finanzielle Belastung	Angehörige Gesamt [%]	Patienten Gesamt [%]
Keine Unterstützung	30.7	35.4
Weniger als 50 €	9.9	8.1
51 bis 100 €	10.9	13.1
101 bis 200 €	16.8	15.2
201 bis 300 €	10.9	7.1
301 bis 500 €	10.9	11.1
Mehr als 500 €	9.9	10.1

Tabelle 4.10: Vergleich der Belastungseinschätzungen zwischen Patienten (n = 111) und Angehörigen (n = 111) anhand von Chi-Quadrat-Tests

Skala	F20 (n = 36)			F32/33 (n = 40)			F31 (n = 18)			F60/61 (n = 17)			Gesamtstichprobe Paare (n = 111)		
	n	p- Wert		n	p- Wert		n	p- Wert		n	p- Wert		X ²	df	p- Wert
Zeitliche Belastung (objektiv)	33	.913		36	.015		14	.319		17	.186		26.75	25	100 .369
Zeitliche Belastung (subjektiv)	32	.639		35	.426		15	.791		17	.358		5.41	9	99 .797
Finanzielle Belastung (objektiv)	30	.035		30	.012		14	.282		15	.250		68.75	36	89 .001 ⁺
Finanzielle Belastung (subjektiv)	33	.329		33	.157		15	.163		15	.254		15.61	9	96 .076
Berufliche Belastung (objektiv)	31	.952		36	.188		16	.541		17	.036		3.92	1	100 .048
Berufliche Belastung (subjektiv)	31	.790		35	.453		16	.042		17	.036		12.30	9	99 .199
Gesundheitliche Belastung (objektiv)	33	.484		37	.501		16	.383		17	.074		1.82	1	100 .177
Gesundheitliche Belastung (subjektiv)	32	.127		37	.011		16	.078		17	.283		19.52	9	102 .021
Einschränkungen Freizeitgestaltung (obj.)	31	.354		37	.509		15	.067		16	.696		1.30	2	99 .521
Einschränkungen Freizeitgestaltung (subj.)	32	.037		36	.005		15	.247		16	.216		16.23	9	99 .062
Emotionale Belastung (objektiv)	32	.094		36	.740		15	.448		16	.002 ⁺		3.38	1	99 .066
Emotionale Belastung (subjektiv)	33	.108		35	.349		15	.033		16	.010		13.45	9	99 .143
Belastung bzgl. mangelnder institutioneller Unterstützung (objektiv)	31	.388		35	1.00		16	.091		17	.200		0.61	1	100 .434
Belastung bzgl. mangelnder institutioneller Unterstützung (subjektiv)	31	.616		34	.578		16	.414		17	.233		14.88	9	98 .094
Globalscore (subjektiv)	28	.004		30	.110		14	.335		14	.122		369.1	306	86 .008

Anmerkungen: ⁺ $p \leq .003$ (adjustiertes $\alpha = .003$);  : $p \leq .05$

4.1.3 Inhaltsanalytische Auswertung des Belastungsfragebogens (FBA)

Für die Bereiche der beruflichen, gesundheitlichen, emotionalen und institutionellen Belastung bestand die Möglichkeit, die Belastungen mit eigenen Worten genauer zu beschreiben. Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung sind in Tabelle 4.13 dargestellt, wobei jeweils die häufigsten Nennungen aufgeführt werden. Um einen Vergleich mit der Sicht des Patienten zu gewährleisten, sind an dieser Stelle auch die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Belastungsauswertung der Patienten berücksichtigt.

Tabelle 4.13: Inhaltsanalytische Belastungsauswertungen der Angehörigen (n = 145) und Patienten (n = 328) im Vergleich

	Angehörige	[%]	Patienten	[%]
Beruf	Ausfüllquote	30.3	Ausfüllquote	18.9
	1) Vermehrter Stress in der Arbeit	43.2	1) Vermehrter Stress in der Arbeit	45.9
	2) Änderung der Arbeitszeit	29.6	2) Änderung der Arbeitszeit	11.5
	3) Probleme bei der Arbeitsausübung	11.4	3) Zeitliche Belastung durch Erkrankung	11.5
Gesundheit	Ausfüllquote	75.2	Ausfüllquote	45.1
	1) Schlafstörungen	54.1	1) Schlafstörungen	41.2
	2) Erschöpfung	46.8	2) Depressive Verstimmung	33.1
	3) Depressive Verstimmung	36.7	3) Erschöpfung	31.1
Emotional	Ausfüllquote	82.8	Ausfüllquote	54.0
	1) Angst vor Rückfall des Patienten	60.0	1) Hilflosigkeit	39.0
	2) Zukunftsängste	45.0	2) Angst vor Rückfall des Patienten	34.5
	3) Hilflosigkeit	38.3	3) Zukunftsängste	26.6
Institutionell	Ausfüllquote	44.1	Ausfüllquote	23.5
	1) Mangelnde Information über Erkrankung und Behandlung	40.6	1) Wohnortferne Behandlung	42.9
	2) Wohnortferne Behandlung	39.1	2) Mangelnde Information über Erkrankung und Behandlung	33.8
	3) Mangelnde Miteinbeziehung in Behandlung/-entscheidungen	28.1	3) Sonst nur Einzelnennungen	

Durch offene Fragen war es im Belastungsfragebogen möglich, die größte Belastung im letzten Jahr inhaltlich zu beschreiben. 54.5 % der Angehörigen machten davon Gebrauch und nennen an erster Stelle emotionale Belastungen (35.4 %), an zweiter Stelle institutionelle Belastungen (29.1 %). Auch 54.3 % der Patienten beschreiben die maximale Belastung ihres Angehörigen im letzten Jahr inhaltlich, wobei sie ebenfalls die emotionale Belastung (43.8 %) an erster Stelle nennen, gefolgt von den institutionellen Belastungen (15.7 %).

44.1 % der Angehörigen geben an, unabhängig von der Erkrankung ihres Familienangehörigen im letzten Jahr weitere starke Belastungen erlebt zu haben. Sie nennen in ihren inhaltlichen Ausführungen vor allem die Fürsorge für kleine Kinder (37.5 %) und die Pflege von älteren Familienangehörigen (17.2 %). Ebenso geben 30.8 % der Patienten an, unabhängig von ihrer Erkrankung noch weitere Belastungen gehabt zu haben. Vor allem die Fürsorge für kleine Kinder (31.7 %) sowie der Pflege anderer Familienangehörigen (23.8 %) finden Erwähnung.

Die ebenfalls offene Frage im Belastungsfragebogen, ob es infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes auch positive Veränderungen in ihrem Leben gegeben habe, bejahen 36.6 % und verneinen 60.0 % der Angehörigen (bei 3.4 % fehlenden Angaben). 96.2 % der Angehörigen, die positive Veränderungen bejahen, führen diese auch inhaltlich genauer aus: Sie nennen vor allem eine Verbesserung von zwischenmenschlichen Beziehungen (33.3 %). Bezüglich der befragten Patienten bejahen 45.1 % und verneinen 44.8 % (bei 10.1 % fehlenden Angaben) die Frage, ob es in ihrem Leben auch positive Veränderungen infolge ihrer Erkrankung gab. 91.2 % der Patienten, die positive Veränderungen angeben, führen dies auch inhaltlich aus. Sie nennen vor allem eine Besserung von zwischenmenschlichen Beziehungen (34.7 %), eine bewusstere Lebenseinstellung und intensiveren Genuss (8.9 %) sowie positive Veränderungen in ihrem beruflichen Leben (8.9 %).

55.2 % der Angehörigen werden durch andere Familienmitglieder oder Bekannte in ihrer Fürsorge um ihr erkranktes Familienmitglied unterstützt, 38.6 % der Angehörigen geben an, keine Unterstützung von Dritten zu erfahren und bei 6.2 % der Angehörigen fehlen diese Angaben. 96.3 % der Angehörigen, die erhaltene Unterstützung angeben, beantworten die offene Frage, von welcher Person sie dabei unterstützt werden: An erster Stelle nennen sie ihre Geschwister (26.0 %), an zweiter Stelle ihre Eltern (24.7 %), an dritter Stelle ihre Kinder (23.4 %) und an vierter Stelle ihre Ehepartner (19.5 %).

Die Angehörigen fühlen sich durchschnittlich mit 3.9 Verwandten und mit 4.2 Freunden eng verbunden, von welchen sie 3.9 mindestens einmal im Monat treffen. Die Patienten fühlen sich im Mittel mit 4.0 Verwandten und 3.9 Freunden eng verbunden. Davon treffen sie 3.9 von ihnen mindestens einmal im Monat.

8.6 % der Angehörigen geben an, mit ihrem Leben sehr zufrieden zu sein, 75.0 % sind mit ihrem Leben zufrieden, 14.3 % sind unzufrieden und 1.4 % sehr unzufrieden mit ihrem Leben. In der Stichprobe der Patienten sind 13.0 % mit ihrem Leben sehr zufrieden, 42.7 % zufrieden, 32.0 % unzufrieden und 12.3 % sehr unzufrieden.

4.1.4 Test- und Itemanalyse des Belastungsfragebogens (FBA)

4.1.4.1 Reliabilitätsanalysen

Die Reliabilitätsanalyse des Belastungsfragebogens erfolgte sowohl für die gesamte Patientenstichprobe ($n = 328$) als auch für die gesamte Angehörigenstichprobe ($n = 145$). Die Reliabilitätsanalyse des Fragebogens bezüglich der Patientenstichprobe konnte auf der Grundlage von 270, die der Angehörigenstichprobe auf der Basis von 129 Fragebögen berechnet werden. In die Reliabilitätsanalyse werden die sieben Items bezüglich der subjektiven Belastung aufgenommen, aus welchen der Gesamtsummenscore des Fragebogens gebildet wird. Die Trennschärfekoeffizienten liegen für die Patientenstichprobe zwischen $r = .50$ und $r = .72$, für die Angehörigenstichprobe im Bereich von $r = .33$ und $r = .56$ (vgl. Tab. 4.14). Hinsichtlich der Patienteneinschätzungen trennt das Item bezüglich der subjektiven Einschätzung der institutionellen Belastung sehr gut zwischen stark und weniger stark belasteten Angehörigen. Auf der Grundlage der Angehörigenselbsteinschätzungen trennt dagegen das Item bezüglich der Einschränkungen in der Freizeitgestaltung besonders gut die hoch von den weniger stark belasteten Angehörigen. Als Reliabilitätsmaß für die Belastungsskala wurde für die Patientenstichprobe eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von $\alpha = .84$ ermittelt, für die Angehörigenstichprobe eine interne Konsistenz von $\alpha = .74$.

Tabelle 4.14: Trennschärfekoeffizienten der Items und interne Konsistenz des FBA bei Wegfall des jeweiligen Items

Item bzgl. der subjektiven Belastung der Angehörigen im Bereich:	Patientenstichprobe		Angehörigenstichprobe	
	Trennschärfekoeffizient	Interne Konsistenz bei Wegfall des Items	Trennschärfekoeffizient	Interne Konsistenz bei Wegfall des Items
Gesundheit	.56	.82	.46	.71
Beruf	.50	.83	.33	.74
Emotional	.58	.81	.40	.72
Institutionell	.72	.79	.54	.69
Freizeit	.59	.81	.56	.68
Zeitlich	.63	.81	.53	.69
Finanziell	.52	.82	.39	.72

Die Reliabilitätsanalyse des Belastungsfragebogens erfolgt zusätzlich für jede Diagnosegruppe getrennt. Die Kennwerte für die Reliabilitätsanalysen zu den

schizophrenen, unipolar depressiven, bipolar affektiven und persönlichkeitsgestörten Patientenstichproben und ihren Angehörigen sind in Tabelle 4.15 dargestellt.

Tabelle 4.15: Kennwerte zu den Reliabilitätsanalysen des FBA der schizophrenen, unipolar depressiven, bipolar affektiven und persönlichkeitsgestörten Patientenstichproben und ihren Angehörigen

	Patientenstichprobe							
	F20 (n = 95)		F32/33 (n = 71)		F31 (n = 48)		F60/61 (n = 56)	
Cronbachs Alpha [α]	.88		.81		.78		.81	
Belastungsbereich der Angehörigen	TK	IKW	TK	IKW	TK	IKW	TK	IKW
Gesundheit	.61	.87	.51	.79	.45	.77	.54	.79
Beruf	.55	.88	.39	.81	.54	.75	.46	.81
Emotional	.73	.85	.59	.77	.34	.79	.56	.79
Institutionell	.84	.84	.58	.77	.71	.71	.70	.76
Freizeit	.69	.86	.56	.78	.52	.75	.51	.80
Zeitlich	.66	.86	.60	.77	.60	.74	.66	.77
Finanziell	.60	.87	.57	.78	.42	.78	.44	.81
	Angehörigenstichprobe							
	F20 (n = 41)		F32/33 (n = 44)		F31 (n = 20)		F60/61 (n = 24)	
Cronbachs Alpha [α]	.71		.76		.59		.86	
Belastungsbereich der Angehörigen	TK	IKW	TK	IKW	TK	IKW	TK	IKW
Gesundheit	.35	.69	.31	.56	.62	.70	.66	.83
Beruf	.37	.69	.18	.60	.59	.71	.33	.88
Emotional	.41	.68	.25	.58	.12	.80	.68	.81
Institutionell	.59	.64	.40	.53	.50	.73	.65	.83
Freizeit	.53	.65	.48	.50	.58	.71	.67	.83
Zeitlich	.39	.69	.59	.45	.67	.71	.60	.84
Finanziell	.37	.70	.04	.65	.42	.75	.70	.82

Anmerkungen: TK = Trennschärfekoeffizient, IKW = Interne Konsistenz bei Wegfall des Items, Werte unter .30 in Fettdruck

Während hinsichtlich der Patienteneinschätzungen in allen vier Diagnosegruppe wiederum das Item bezüglich der subjektiven Einschätzung der institutionellen Belastung sehr gut zwischen stark und weniger stark belasteten Angehörigen trennt, weisen die Angehörigenselbsteinschätzungen in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten weniger deutlich auf einen Belastungsbereich als besonders gut trennend zwischen hoch und weniger stark belasteten Angehörigen hin.

4.1.4.2 Inter-Item-Korrelationen

In der Patientenstichprobe ($n = 328$) korrelieren alle sieben Items des Belastungsfragebogens hochsignifikant ($p \leq .01$) miteinander. Insbesondere fällt die hohe Korrelation der gesundheitlichen Belastung mit der emotionalen Belastung, der beruflichen Belastung sowie der Belastung hinsichtlich der Freizeitgestaltung auf (vgl. Tab. 4.16).

Tabelle 4.16: Pearson-Korrelationen der Items des Belastungsfragebogens der Patientenstichprobe (Werte über .50 in Fettdruck)

	Zeitlich	Finanziell	Beruf	Gesundheit	Freizeit	Emotional	Institutionell
Zeitlich		.41 ⁺⁺	.38 ⁺⁺	.47 ⁺⁺	.46 ⁺⁺	.42 ⁺⁺	.29 ⁺⁺
Finanziell	.41 ⁺⁺		.39 ⁺⁺	.41 ⁺⁺	.35 ⁺⁺	.31 ⁺⁺	.31 ⁺⁺
Beruf	.38 ⁺⁺	.39 ⁺⁺		.56⁺⁺	.41 ⁺⁺	.42 ⁺⁺	.35 ⁺⁺
Gesundheit	.47 ⁺⁺	.41 ⁺⁺	.56⁺⁺		.51⁺⁺	.62⁺⁺	.47 ⁺⁺
Freizeit	.46 ⁺⁺	.35 ⁺⁺	.41 ⁺⁺	.51⁺⁺		.45 ⁺⁺	.38 ⁺⁺
Emotional	.42 ⁺⁺	.31 ⁺⁺	.42 ⁺⁺	.62⁺⁺	.45 ⁺⁺		.47 ⁺⁺
Institutionell	.29 ⁺⁺	.31 ⁺⁺	.35 ⁺⁺	.47 ⁺⁺	.38 ⁺⁺	.47 ⁺⁺	

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

Für die Angehörigenstichprobe ($n = 145$) sind die Pearson-Korrelationen der Items des Belastungsfragebogens der Angehörigenstichprobe in Tabelle 4.17 dargestellt. Fast alle Items des Belastungsfragebogen korrelieren hochsignifikant ($p \leq .01$) miteinander. Wie bereits in der Patientenstichprobe fällt auch hier die besonders hohe Korrelation zwischen den gesundheitlichen und emotionalen Belastungen auf. Ebenso hoch korrelieren die zeitlichen Belastungen mit der Belastung hinsichtlich der Freizeitgestaltung (vgl. Tab. 4.17).

Tabelle 4.17: Pearson-Korrelationen der Items des Belastungsfragebogens der Angehörigenstichprobe (Werte über .50 in Fettdruck)

	Zeitlich	Finanziell	Beruf	Gesundheit	Freizeit	Emotional	Institutionell
Zeitlich		.14	.28 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.53⁺⁺	.32 ⁺⁺	.18 ⁺
Finanziell	.14		.18 ⁺	.17	.29 ⁺⁺	.22 ⁺	.29 ⁺⁺
Beruf	.28 ⁺⁺	.18 ⁺		.36 ⁺⁺	.27 ⁺⁺	.23 ⁺⁺	.22 ⁺
Gesundheit	.33 ⁺⁺	.17	.36 ⁺⁺		.41 ⁺⁺	.53⁺⁺	.25 ⁺⁺
Freizeit	.53⁺⁺	.29 ⁺⁺	.27 ⁺⁺	.41 ⁺⁺		.37 ⁺⁺	.26 ⁺⁺
Emotional	.32 ⁺⁺	.22 ⁺	.23 ⁺⁺	.53⁺⁺	.37 ⁺⁺		.33 ⁺⁺
Institutionell	.18 ⁺	.29 ⁺⁺	.22 ⁺	.25 ⁺⁺	.26 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	

Anmerkungen: ⁺) $p \leq .05$, ⁺⁺) $p \leq .01$

4.1.4.3 Faktorenanalysen

Sowohl für die Patienten- als auch für die Angehörigenstichprobe wurden Faktorenanalysen für die sieben Items bezüglich der Belastungsintensität berechnet. Es wurde die Methode der Hauptkomponentenanalyse (PCA) gewählt.

Bei der *Patientenstichprobe* weist der Scree-Test auf eine ein- oder eine zweifaktorielle Lösung hin (vgl. Abb. 4.1).

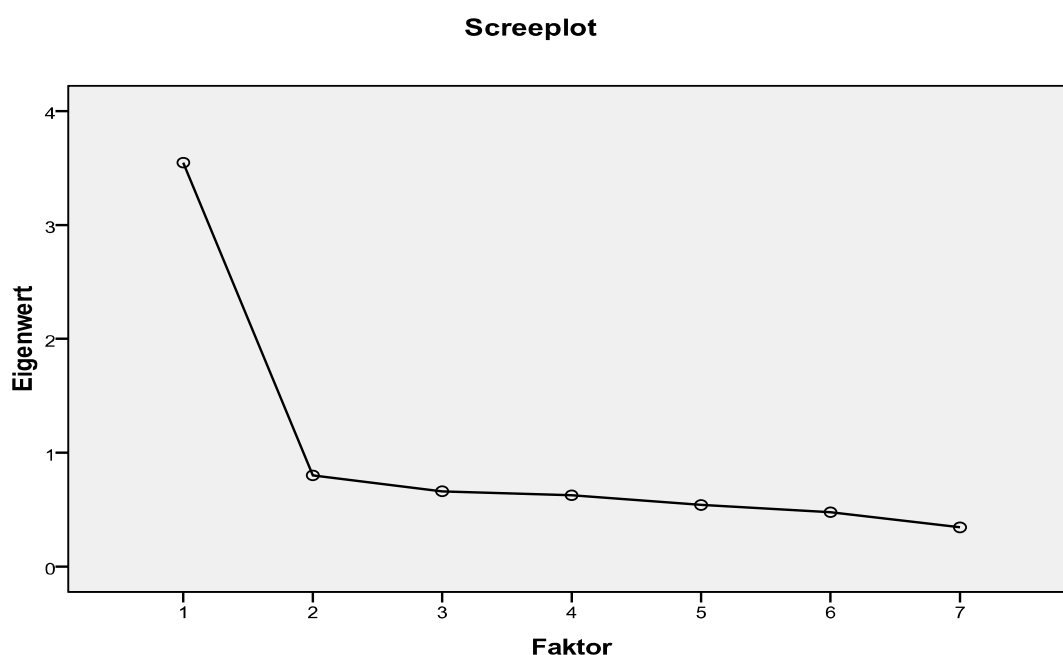


Abbildung 4.1: Eigenwertediagramm (Patientenstichprobe)

Der Eigenwerte der zwei Faktoren betragen $\lambda = 3.55$ und $\lambda = 0.80$. Sie klären zusammen 62.1 % der Gesamtvarianz auf (vgl. Tab 4.18).

Tabelle 4.18: Faktoreigenwerte und aufgeklärte Varianz für die Faktoren 1 und 2 (PCA)

Faktor	Eigenwert λ	Varianz [%]	Kumulierte Varianz [%]
1	3.55	50.7	50.7
2	0.80	11.5	62.1

Nach der PCA wurde für die zweifaktorielle Lösung eine Varimax-Rotation durchgeführt. Da die nach der Varimax-Rotation durchgeführten zwei Faktoren inhaltlich besser interpretierbar sind als die einfaktorielle Lösung, wurde die

zweifaktorielle Lösung bevorzugt. Tabelle 4.19 zeigt die Faktoreigenwerte sowie die aufgeklärte Varianz der Faktoren 1 und 2 nach der Varimax-Rotation.

Tabelle 4.19: Faktoreigenwerte und aufgeklärte Varianz der Faktoren 1 und 2 (Varimax-Rotation)

Faktor	Eigenwert λ	Varianz [%]	Kumulierte Varianz [%]
1	2.32	33.1	33.1
2	2.03	29.0	62.1

In Tabelle 4.20 sind die Faktorladungen der sieben Items für die Zwei-Faktoren-Lösung nach der Varimax-Rotation dargestellt.

Tabelle 4.20: Faktorladungen der Items der zweifaktoriellen Lösung (PCA)

Item	Faktor 1	Faktor 2
Institutionelle Belastung	.80	.08
Emotionale Belastung	.79	.25
Gesundheitliche Belastung	.70	.46
Einschränkungen in der Freizeitgestaltung	.52	.49
Berufliche Belastung	.47	.54
Zeitliche Belastung	.26	.74
Finanzielle Belastung	.10	.82

Bortz (1999) empfiehlt zur Auswahl bedeutsamer Faktorladungen vier Faktorladungen $> .60$ bzw. zehn Faktorladungen $> .40$. Aufgrund der geringen Itemanzahl des Fragebogens wurde für die Auswahl bedeutsamer Faktorladungen das strengere Kriterium (Faktorladungen $> .60$) gewählt. Diesem Anspruch genügen die Items „Einschränkungen in der Freizeitgestaltung“ und „Berufliche Belastung“ nicht. Sie werden deshalb nicht als Bestandteil des ersten Faktors aufgefasst. Die Faktorenanalyse liefert demnach die folgenden zwei Faktoren: „Institutionelle, emotionale und gesundheitliche Belastung (IEGB)“ als ersten Faktor und „Zeitliche und finanzielle Belastung (ZFB)“ als zweiten Faktor.

Die Kommunalitäten der sieben Items betragen zwischen $h^2 = .51$ und $h^2 = .70$, wobei das Item „Gesundheitliche Belastungen“ mit $h^2 = .70$ die höchste Kommunalität

aufweist. Die ermittelten Faktoren klären also die Varianz dieses Items im Vergleich zu den anderen Items am besten auf (vgl. Tab. 4.21).

Tabelle 4.21: Kommunalitäten (h^2) der zweifaktoriellen Lösung

Item	Kommunalität h^2
Gesundheitliche Belastung	.70
Emotionale Belastung	.68
Finanzielle Belastung	.68
Institutionelle Belastung	.64
Zeitliche Belastung	.61
Einschränkungen in der Freizeitgestaltung	.52
Berufliche Belastung	.51

Der für die *Angehörigenstichprobe* durchgeführte Screetest lässt ebenfalls auf eine ein- oder zweifaktorielle Lösung schließen (vgl. Abb. 4.2).

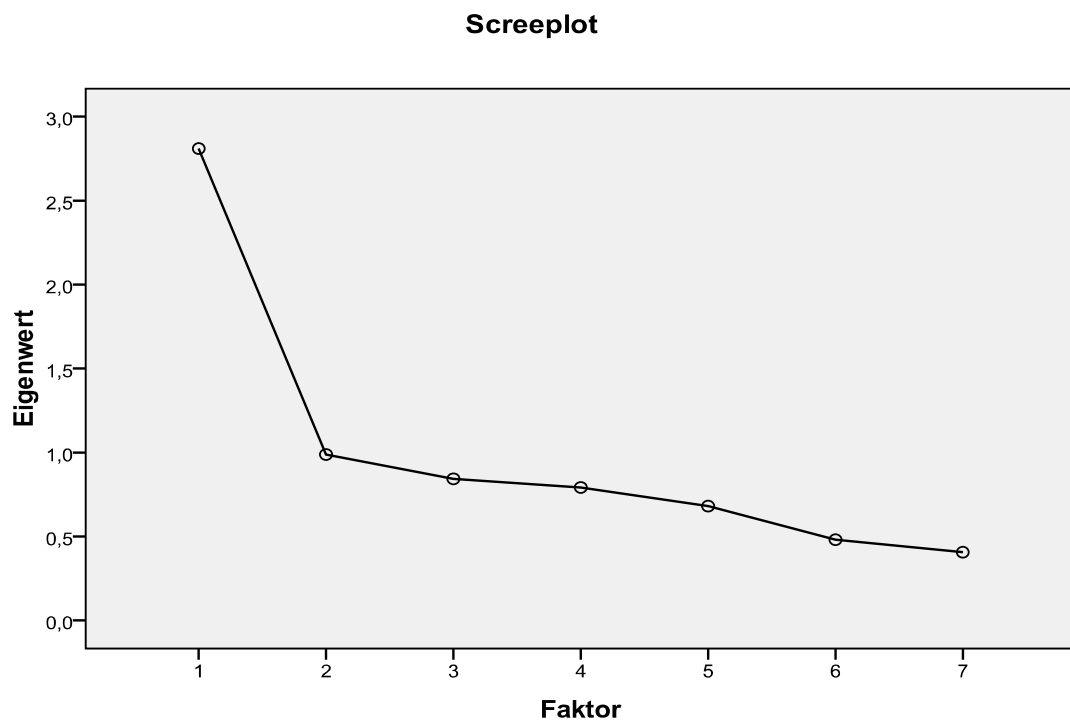


Abbildung 4.2: Eigenwerte (Angehörigenstichprobe)

Die Eigenwerte der zwei Faktoren betragen $\lambda = 2.81$ und $\lambda = 0.99$. Sie klären zusammen 54.3 % der Gesamtvarianz auf (vgl. Tab. 4.22).

Tabelle 4.22: Faktoreigenwerte und aufgeklärte Varianz für die Faktoren 1 und 2 (PCA)

Faktor	Eigenwert λ	Varianz [%]	Kumulierte Varianz [%]
1	2.81	40.1	40.1
2	0.99	14.1	54.3

Nach der PCA wurde für die zweifaktorielle Lösung eine Varimax-Rotation durchgeführt. Da die nach der Varimax-Rotation durchgeführten zwei Faktoren hier ebenso wie in der Patientenstichprobe inhaltlich besser interpretierbar sind als eine einfaktorielle Lösung, wurde auch hier der zweifaktoriellen Lösung der Vorzug gegeben. Tabelle 4.23 zeigt die Faktoreigenwerte sowie die aufgeklärte Varianz der Faktoren 1 und 2 nach der Varimax-Rotation.

Tabelle 4.23: Faktoreigenwerte und aufgeklärte Varianz der Faktoren 1 und 2 (Varimax-Rotation)

Faktor	Eigenwert λ	Varianz [%]	Kumulierte Varianz [%]
1	2.39	34.1	34.1
2	1.41	20.2	54.3

In Tabelle 4.24 sind die Faktorladungen der sieben Items für die Zwei-Faktoren-Lösung nach der Varimax-Rotation dargestellt.

Tabelle 4.24: Faktorladungen der Items der Zwei-Faktoren-Lösung (Varimax-Rotation)

Item	Faktor 1	Faktor 2
Zeitliche Belastung	.77	-.05
Gesundheitliche Belastung	.73	.17
Einschränkungen in der Freizeitgestaltung	.73	.21
Emotionale Belastung	.62	.34
Berufliche Belastung	.55	.17
Institutionelle Belastung	.22	.74
Finanzielle Belastung	.09	.81

Aufgrund der geringen Itemanzahl des Fragebogens war die Auswahl bedeutsamer Faktorladungen wiederum am strengeren Kriterium (Faktorladungen $> .60$) orientiert. Diesem Anspruch genügt das Item „Berufliche Belastung“ nicht und wird infolgedessen nicht als Bestandteil des ersten Faktors aufgefasst. Die Faktorenanalyse liefert demnach die folgenden zwei Faktoren: „Zeitliche, gesundheitliche, emotionale Belastung und Einschränkungen in der Freizeitgestaltung (ZGEB)“ als ersten Faktor und „Finanzielle und institutionelle Belastung (FIB)“ als zweiten Faktor.

Die Kommunalitäten der sieben Items betragen zwischen $h^2 = .33$ und $h^2 = .66$, wobei das Item „Berufliche Belastungen“ mit $h^2 = .33$ die geringste Kommunalität aufweist. Die ermittelten Faktoren klären also die Varianz dieses Items im Vergleich zu den anderen Items am schlechtesten auf (vgl. Tab. 4.25).

Tabelle 4.25: Kommunalitäten (h^2) der Zwei-Faktoren-Lösung

Item	Kommunalität h^2
Finanzielle Belastung	.66
Zeitliche Belastung	.59
Institutionelle Belastung	.59
Einschränkungen in der Freizeitgestaltung	.57
Gesundheitliche Belastung	.56
Emotionale Belastung	.50
Berufliche Belastung	.33

4.2 Kontrollüberzeugungen

4.2.1 Deskriptive Statistik

4.2.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

In Tabelle 4.26 sind die deskriptiven Kennwerte der Subskalenscores des KKG für die Analysestichproben der Patienten ($n = 328$) und der Angehörigen ($n = 145$) aufgeführt. Bei den Patienten wie bei den Angehörigen sind die internalen Kontrollüberzeugungen am stärksten ausgeprägt. Sie stimmen somit Aussagen wie „Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben“ relativ häufig zu, während sie externalen Kontrollüberzeugungen wie z. B. den Überzeugungen, dass ihre Beschwerden von Zufall, Pech, Glück oder Schicksal abhängen, weniger zustimmen. Die zu bewertenden Aussagen (Iteminhalte) zu den drei untersuchten Subskalen des KKG sind im Anhang (Tab. I-6) genauer aufgeführt.

4.2.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

Tabelle 4.27 zeigt die deskriptiven Kennwerte der Subskalen des KKG für die an der paarigen Auswertung beteiligten Patienten und Angehörigen ($n = 111$). In dieser Stichprobe sind die internalen und sozial-externalen Kontrollüberzeugungen der Patienten gleich stark ausgeprägt, die fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen stimmen dagegen mit den Bewertungen der gesamten Patientenstichprobe überein. Die Angehörigen der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe unterscheiden sich dagegen kaum von den Angehörigen der gesamten Angehörigenstichprobe. Es überwiegen die internalen Kontrollüberzeugungen, gefolgt von den sozial-externalen und mit deutlichem Abstand folgen die fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen.

Tabelle 4.26: Deskriptive Kennwerte der Subskalsenscores des KKG für die Analysestichprobe der Patienten (n = 328) und der Angehörigen (n = 145)

KKG	Gesamtstichprobe Patienten (n = 328)						Gesamtstichprobe Angehörigen (n = 145)					
	F20 (n = 117) M ^{a)}	F32/33 (n = 84) M ^{a)}	F31 (n = 62) M ^{a)}	F60/61 (n = 65) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
I ^{e)}	28.8	25.3	28.8	26.8	27.6	28.0	28.0	6.7	7.0	45.9	-0.1	0.2
SE ^{f)}	28.0	26.0	26.8	24.6	26.6	27.0	24.0	6.7	7.0	42.0	-0.1	0.2
FE ^{g)}	23.4	23.0	22.7	20.4	22.6	22.0	17.0	7.9	7.0	43.7	0.4	-0.2
KKG	F20 (n = 46) M ^{a)}	F32/33 (n = 50) M ^{a)}	F31 (n = 24) M ^{a)}	F60/61 (n = 25) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
	F20 (n = 46) M ^{a)}	F32/33 (n = 50) M ^{a)}	F31 (n = 24) M ^{a)}	F60/61 (n = 25) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
I ^{e)}	27.1	26.5	25.3	25.8	26.4	27.0	30.0	5.3	20.0	36.0	-0.7	0.3
SE ^{f)}	24.1	23.9	21.5	21.1	23.1	23.0	26.0	5.4	9.0	42.0	0.0	0.5
FE ^{g)}	19.5	20.7	18.4	16.3	19.2	19.0	20.0	6.0	7.0	32.0	0.3	-0.4

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} I = Internalität, ^{f)} SE = Soziale Externalität, ^{g)} FE = Fatalistische Externalität; Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einer hohen Kontrollüberzeugung

Tabelle 4.27: Deskriptive Kennwerte der Subskalscores des KKG für die Patienten-Angehörigen-Paare (n = 111)

KKG	Gesamtstichprobe Patienten - Paare (n = 111)									
	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}
I ^{e)}	26.5	25.5	28.1	26.6	26.5	27.5	28.0	6.3	7.0	42.0
SE ^{f)}	29.0	26.0	25.6	23.1	26.5	27.0	28.0	5.8	9.0	42.0
FE ^{g)}	24.8	23.1	19.8	21.2	22.9	22.0	22.0	7.9	9.0	42.0
Kurtosis										
I ^{e)}	0.3					-0.2				
SE ^{f)}	0.8					-0.3				
FE ^{g)}	-0.1					0.5				
KKG	Gesamtstichprobe Angehörigen - Paare (n = 111)									
	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}
I ^{e)}	27.6	26.3	25.1	26.5	26.6	28.0	28.0	5.2	10.0	36.0
SE ^{f)}	24.2	24.0	22.3	21.0	23.3	23.0	26.0	5.4	9.0	42.0
FE ^{g)}	19.4	20.1	18.5	16.9	19.1	19.0	17.0	5.9	7.0	32.0
Kurtosis										
I ^{e)}	0.4					-0.7				
SE ^{f)}	0.8					0.1				
FE ^{g)}	-0.3					0.2				

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} I = Internalität, ^{f)} SE = Soziale Externalität, ^{g)} FE = Fatalistische Externalität; Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einer hohen Kontrollüberzeugung

4.2.2 Vergleich der Kontrollüberzeugungen von Patienten und Angehörigen

4.2.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

Die Skala der Internalität ($z = 1.17$, $p > .05$) weist normalverteilte Daten auf. Für die Skalen der sozialen Externalität ($z = 2.77$, $p \leq .05$) und der fatalistischen Externalität ($z = 2.12$, $p \leq .05$) liegt jedoch keine Normalverteilung vor. Da für die Skala der Internalität ($F = 6.63$, $p \leq .05$) keine Varianzhomogenität gegeben ist, wurde für alle drei Skalen der non-parametrische Mann-Whitney-Test gerechnet. In Tabelle 4.28 sind die Ergebnisse der Tests für den Vergleich der Analysestichprobe der Patienten ($n = 328$) mit der Analysestichprobe der Angehörigen ($n = 145$) dargestellt.

Tabelle 4.28: Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der Patienten- ($n = 328$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 145$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	Mann-Whitney-Test							
	z-Wert	Signifikanz	Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
I ^{d)}	-1.54	.124	27.6	6.7	225.3	26.4	5.3	205.2
SE ^{e)}	-5.77	.000⁺⁺	26.6	6.3	246.2	23.1	5.4	170.6
FE ^{f)}	-4.10	.000⁺⁺	22.6	7.9	239.3	19.2	6.0	185.3

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} I = Internalität, ^{e)} SE = Soziale Externalität, ^{f)} FE = Fatalistische Externalität

Demnach verfügen in der gesamten Analysestichprobe die Patienten sowohl über höhere sozial-externale als auch über höhere fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als die Angehörigen.

Analysestichprobe der schizophrenen Patienten und ihre Angehörigen

Die Skala der Internalität ($z = 1.31$, $p > .05$) weist normal verteilte Daten auf. Für die Skalen der sozialen Externalität ($z = 1.81$, $p \leq .05$) und der fatalistischen Externalität ($z = 1.76$, $p \leq .05$) liegt jedoch keine Normalverteilung vor. Für die Skala der Internalität ($F = 6.95$, $p \leq .05$) ist keine Varianzhomogenität gegeben. In Tabelle 4.29 sind die Ergebnisse der Tests für den Vergleich der Analysestichprobe der schizophrenen Patienten ($n = 117$) mit der Analysestichprobe der Angehörigen ($n = 46$) dargestellt.

Tabelle 4.29: Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der schizophrenen Patienten- ($n = 117$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 46$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test Patienten			Angehörige		
			$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$	$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$
I ^{d)}	-1.63	.103	28.8	7.3	85.8	27.1	5.0	72.4
SE ^{e)}	-3.80	.000⁺⁺	28.0	6.9	90.8	24.1	5.7	59.6
FE ^{f)}	-2.53	.011⁺	23.4	9.4	87.9	19.5	5.3	67.1

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} I = Internalität, ^{e)} SE = Soziale Externalität ^{f)} FE = Fatalistische Externalität

In der Analysestichprobe der schizophrenen Patienten verfügen die Patienten sowohl über höhere sozial-externale als auch über höhere fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als die Angehörigen.

Analysestichprobe der unipolar depressiv erkrankten Patienten und ihre Angehörigen

In der Analysestichprobe der unipolar depressiv erkrankten Patienten weisen alle Subskalen des KKG normalverteilte Daten auf: Internalität ($z = 0.77$, $p > .05$), soziale Externalität ($z = 1.32$, $p > .05$) sowie die fatalistische Externalität ($z = 0.89$, $p > .05$). Auch ist für alle Subskalen Varianzhomogenität gegeben: Internalität ($F = 0.07$, $p > .05$), soziale Externalität ($F = 0.51$, $p > .05$) sowie fatalistische Externalität ($F = 0.36$, $p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 4.30 dargestellt.

Tabelle 4.30: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben für den Vergleich der unipolar depressiven Patienten- ($n = 84$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 50$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Wert	t-Tests Signifikanz	Patienten		Angehörige	
			$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$M^{a)}$	$SD^{b)}$
I ^{c)}	-1.19	.235	25.3	5.3	26.5	5.2
SE ^{d)}	2.28	.025⁺	26.0	5.1	23.9	4.7
FE ^{e)}	2.11	.036⁺	23.0	5.7	20.7	6.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} I = Internalität, ^{d)} SE = Soziale Externalität, ^{e)} FE = Fatalistische Externalität

In der Analysestichprobe der unipolar depressiven Patienten verfügen die Patienten sowohl über höhere sozial-externale als auch über höhere fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als ihre Angehörigen.

Analysestichprobe der bipolar affektiv erkrankten Patienten und ihre Angehörigen

Die Skalen der Internalität ($z = 1.07$, $p > .05$) und der fatalistischen Externalität ($z = 1.06$, $p > .05$) weisen normalverteilte Daten auf, für die Skala der sozialen Externalität ($z = 1.61$, $p \leq .05$) liegt jedoch keine Normalverteilung vor. Ferner liegt für die Skalen der Internalität ($F = 1.19$, $p > .05$) und der fatalistischen Externalität ($F = 0.65$, $p > .05$) Varianzhomogenität vor, so dass für diese zwei Skalen der parametrische t-Test gerecht wurde. In Tabelle 4.31 sind die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sowie des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der Analysestichprobe der bipolar affektiv erkrankten Patienten ($n = 62$) mit der Analysestichprobe der Angehörigen ($n = 24$) dargestellt.

Tabelle 4.31: Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der bipolar affektiv erkrankten Patienten- ($n = 62$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 24$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Wert	t-Tests		Patienten		Angehörige	
		Signifikanz		$M^a)$	$SD^b)$	$M^a)$	$SD^b)$
I ^{d)}	2.19	.034⁺		28.8	6.7	25.3	4.9
FE ^{e)}	0.76	.046⁺		22.7	8.5	18.4	7.6
Skala	z-Wert	Mann-Whitney-Test		Patienten		Angehörige	
		Signi-fikanz		$M^a)$	$SD^b)$	$M^a)$	$SD^b)$
SE ^{f)}	-2.94	.003⁺⁺		26.8	6.6	41.6	21.5
						6.0	25.5

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} I = Internalität, ^{e)} FE = Fatalistische Externalität, ^{f)} SE = Soziale Externalität

In der Analysestichprobe der bipolar affektiven Patienten verfügen die Patienten demzufolge sowohl über höhere sozial-externale und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als ihre Angehörigen. Diesen Zusammenhang findet man auch bei den Patienten der anderen drei untersuchten Diagnosegruppen. Einzig die bipolar affektiven Patienten haben auch eine stärkere Ausprägung ihrer internalen Kontrollüberzeugungen im Vergleich zu ihren Angehörigen.

Analysestichprobe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihre Angehörigen

Normalverteilung ist für die Skalen der Internalität ($z = 0.54$, $p > .05$) und der fatalistischen Externalität ($z = 1.29$, $p > .05$) gegeben, nicht jedoch für die Skala der sozialen Externalität ($z = 1.41$, $p \leq .05$). Weiterhin sind die Varianzen der Skalen der Internalität ($F = 0.36$, $p > .05$) und der fatalistischen Externalität ($F = 1.83$, $p > .05$) homogen. In Tabelle 4.32 sind die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sowie des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der Analysestichprobe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($n = 65$) mit der Analysestichprobe der Angehörigen ($n = 25$) dargestellt.

Tabelle 4.32: Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der persönlichkeitsgestörten Patienten- ($n = 65$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 25$) (signifikante Werte in Fettdruck)

t-Tests								
Skala	<i>t</i> -Wert		Signifikanz	Patienten		Angehörige		
				<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	
I ^{d)}	0.65		.519	26.8	6.6	25.8	6.1	
FE ^{e)}	2.86		.005 ⁺⁺	20.4	6.4	16.3	4.9	
Mann-Whitney-Test								
Skala	<i>z</i> -Wert	Signi- fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}
SE ^{f)}	-2.61	.009 ⁺⁺	24.6	5.6	47.9	21.1	4.9	32.3

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} *M* = Mittelwert, ^{b)} *SD* = Standardabweichung, ^{c)} *MR* = Mittlerer Rang,

^{d)} *I* = Internalität, ^{e)} *FE* = Fatalistische Externalität, ^{f)} *SE* = Soziale Externalität

In der Analysestichprobe der persönlichkeitsgestörten Patienten verfügen die Patienten demzufolge sowohl über höhere sozial-externale und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als ihre Angehörigen.

4.2.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

Die Skala der Internalität ($z = 0.64$, $p > .05$) weist normalverteilte Daten auf und ist varianzhomogen ($F = 2.48$, $p > .05$). Für die Skalen der sozialen Externalität ($z = 2.14$, $p \leq .05$) und der fatalistischen Externalität ($z = 1.59$, $p \leq .05$) liegen jedoch keine normal verteilten Daten vor. In Tabelle 4.33 sind die Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben sowie der Mann-Whitney-Tests für die Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe ($n = 111$) dargestellt.

Tabelle 4.33: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für die Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe ($n = 111$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert		t-Tests		Patienten		Angehörige	
			Signifikanz					
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}
I ^{d)}	-0.23		.821		26.4	6.3	26.6	5.2
Skala	Mann-Whitney-Test							
	z- Wert	Signi- fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}
SE ^{e)}	-4.26	.000 ⁺⁺	26.5	5.8	125.2	23.3	5.4	89.3
FE ^{f)}	-3.40	.001 ⁺⁺	22.9	7.9	121.1	19.1	5.9	92.5

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} I = Internalität, ^{e)} SE = Soziale Externalität, ^{f)} FE = Fatalistische Externalität

Im Vergleich zu ihren Angehörigen besitzen die Patienten der Patienten-Angehörigen-Paar-Analyse höhere sozial-externe sowie höhere fatalistisch-externe Kontrollüberzeugungen.

Analysestichprobe der Paare schizophrene Patienten und ihre Angehörigen

Die Skala der Internalität ($z = 0.94$, $p > .05$) weist normalverteilte Daten auf, ist jedoch nicht varianzhomogen ($F = 5.21$, $p \leq .05$). Für die Skalen der sozialen Externalität ($z = 1.89$, $p \leq .05$) und der fatalistischen Externalität ($z = 1.65$, $p \leq .05$) liegt keine Normalverteilung vor. In Tabelle 4.34 sind die Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der schizophrenen Patienten mit ihren Angehörigen in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe ($n = 36$) dargestellt.

Tabelle 4.34: Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der schizophrenen Patienten mit ihren Angehörigen in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe ($n = 36$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
I ^{d)}	-0.78	.435	26.4	7.2	34.6	27.6	4.7	38.4
SE ^{e)}	-3.62	.000⁺⁺	29.0	6.2	45.4	24.2	5.5	27.6
FE ^{f)}	-2.52	.012⁺	24.8	9.9	42.7	29.4	5.3	30.3

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} I = Internalität, ^{e)} SE = Soziale Externalität, ^{f)} FE = Fatalistische Externalität

Die schizophrenen Patienten in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe haben im Vergleich zu ihren Angehörigen mehr sozial-externale und mehr fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen.

Analysestichprobe der Paare unipolar depressiv erkrankter Patienten und ihre Angehörigen

Für alle Skalen des KKG liegt Normalverteilung vor: Internalität ($z = 0.93$, $p > .05$), soziale Externalität ($z = 0.13$, $p > .05$) sowie die fatalistische Externalität ($z = 0.36$, $p > .05$). Ferner ist für alle Skalen auch Varianzhomogenität gegeben: Internalität ($F = 0.29$, $p > .05$), soziale Externalität ($F = 0.24$, $p > .05$) sowie fatalistische Externalität ($F = 0.01$, $p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 4.35 dargestellt.

Tabelle 4.35: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben für den Vergleich der unipolar depressiv erkrankten Patienten mit ihren Angehörigen in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe ($n = 40$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert	t-Tests Signifikanz	Patienten		Angehörige	
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}
I ^{c)}	-0.66	.511	25.5	5.4	26.3	5.3
SE ^{d)}	1.81	.074	26.0	5.1	24.0	4.6
FE ^{e)}	2.16	.034	23.1	6.2	20.1	5.9

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} *M* = Mittelwert, ^{b)} *SD* = Standardabweichung, ^{c)} I = Internalität, ^{d)} SE = Soziale Externalität, ^{e)} FE = Fatalistische Externalität

In der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe der unipolar depressiv erkrankten Patienten unterscheiden sich die Patienten bezüglich der drei untersuchten Skalen des KKG nicht von ihren Angehörigen.

Analysestichprobe der Paare bipolar affektiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Alle Skalen des KKG weisen hier normalverteilte Daten auf: Internalität ($z = 1.03$, $p > .05$), soziale Externalität ($z = 1.29$, $p > .05$) sowie fatalistische Externalität ($z = 0.72$, $p > .05$). Weiterhin ist für alle Skalen auch Varianzhomogenität gegeben: Internalität ($F = 0.28$, $p > .05$), soziale Externalität ($F = 1.40$, $p > .05$) sowie fatalistische Externalität ($F = 0.80$, $p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 4.36 dargestellt.

Tabelle 4.36: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben für den Vergleich der bipolar affektiv erkrankten Patienten mit ihren Angehörigen in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe ($n = 18$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert	t-Tests Signifikanz	Patienten		Angehörige	
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}
I ^{c)}	1.48	.151	28.1	6.4	25.1	4.5
SE ^{d)}	1.71	.098	25.6	5.1	22.3	5.9
FE ^{e)}	0.52	.606	19.8	6.5	18.5	8.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} *M* = Mittelwert, ^{b)} *SD* = Standardabweichung, ^{c)} I = Internalität, ^{d)} SE = Soziale Externalität, ^{e)} FE = Fatalistische Externalität

Die bipolar affektiv erkrankten Patienten in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe unterscheiden sich bezüglich der drei untersuchten Skalen des KKG nicht von ihren Angehörigen.

Analysestichprobe der Paare Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihre Angehörigen

Für alle Skalen des KKG liegt Normalverteilung vor: Internalität ($z = 0.40$, $p > .05$), soziale Externalität ($z = 0.72$, $p > .05$) sowie fatalistische Externalität ($z = 1.00$, $p > .05$). Ferner ist für alle Skalen auch Varianzhomogenität gegeben: Internalität ($F = 0.05$, $p > .05$), soziale Externalität ($F = 0.14$, $p > .05$) sowie fatalistische Externalität ($F = 0.50$, $p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 4.37 dargestellt.

Tabelle 4.37: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben für den Vergleich der persönlichkeitsgestörten Patienten mit ihren Angehörigen in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe ($n = 17$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Wert	t-Tests Signifikanz	Patienten		Angehörige	
			$M^a)$	$SD^b)$	$M^a)$	$SD^b)$
I ^{c)}	0.04	.967	26.6	6.1	26.5	6.5
SE ^{d)}	1.10	.280	23.1	5.0	21.0	5.7
FE ^{e)}	2.21	.035⁺	21.2	6.3	16.9	4.9

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} I = Internalität, ^{d)} SE = Soziale Externalität, ^{e)} FE = Fatalistische Externalität

Die persönlichkeitsgestörten Patienten in der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe haben mehr fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen als ihre Angehörigen. Bezüglich der internalen und sozial externalen Kontrollüberzeugungen unterscheiden sie sich nicht.

4.3 Krankheitsbewältigung

4.3.1 Deskriptive Statistik

4.3.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

In Tabelle 4.38 sind die deskriptiven Kennwerte der Subskalenscores des FKV für die Analysestichprobe der Patienten ($n = 328$) und der Angehörigen ($n = 145$) aufgeführt. Die Patienten wie die Angehörigen der Gesamtstichprobe wenden bevorzugt aktiv problemorientierte Krankheitsbewältigungsstrategien sowie Ablenkung und Selbstbau an. Am wenigsten häufig wenden die Patienten depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien und die Angehörigen Bagatellisierung und Wunschdenken an. Die Unterschiede in den Mittelwerten der fünf Subskalen des FKV sind in der Gesamtstichprobe der Patienten sehr gering. In der Gesamtstichprobe der Angehörigen sind die Unterschiede in der Anwendung der fünf abgefragten Krankheitsbewältigungsstrategien deutlicher.

4.3.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

Die deskriptiven Kennwerte für die an der paarigen Auswertung beteiligten Patienten ($n = 111$) und Angehörigen ($n = 111$) zeigt Tabelle 4.39. Für die Angehörigen der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe zeigt sich die gleiche Rangfolge in der Anwendung der Bewältigungsstrategien wie in der Gesamtstichprobe der Angehörigen. Die Patienten der Paar-Stichprobe wenden am wenigsten die Bewältigungsstrategie Religiosität und Sinnsuche an. Die anderen vier Krankheitsbewältigungsstrategien werden von den Patienten dieser Stichprobe im Durchschnitt jeweils gleich häufig angewandt.

Tabelle 4.39: Deskriptive Kennwerte der Subskalsenscores des FKV für die Patienten-Angehörigen-Paare (n = 111)

FKV	Gesamtstichprobe Patienten - Paare (n = 111)											
	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
DV ^{e)}	3.2	3.2	2.4	3.1	3.1	3.0	3.2	0.9	1.2	5.0	0.3	-0.3
APC ^{f)}	3.1	3.1	3.4	3.0	3.1	3.2	3.0	0.9	1.0	5.0	-0.8	-0.2
AS ^{g)}	3.4	2.7	3.3	3.1	3.1	3.2	3.4	0.8	1.0	5.0	-0.8	-0.2
RS ^{h)}	3.0	2.8	3.3	2.6	2.9	2.8	2.2	0.9	1.0	5.0	0.1	-0.8
BW ⁱ⁾	3.2	3.2	2.7	3.1	3.1	3.0	2.3	1.0	1.0	5.0	-0.0	-0.6
FKV	Gesamtstichprobe Angehörigen - Paare (n = 111)											
	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
DV ^{e)}	2.5	2.5	2.4	2.8	2.5	2.5	2.8	0.7	1.0	4.8	0.3	-0.3
APC ^{f)}	3.3	3.5	3.8	3.7	3.5	3.6	3.4	0.8	1.2	5.0	-0.6	0.2
AS ^{g)}	2.9	2.8	3.1	3.1	2.9	3.0	3.4	0.7	1.2	4.6	-0.3	0.2
RS ^{h)}	2.8	2.7	2.9	2.6	2.7	2.8	2.8	0.8	1.0	5.0	0.1	-0.0
BW ⁱ⁾	2.6	2.4	2.2	2.3	2.4	2.3	1.0	1.0	1.0	5.0	0.3	-1.0

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} DV = Depressive Verarbeitung,

^{f)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{g)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{h)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ⁱ⁾ Bagatellisierung/

Wunschdenken; Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einem starken Rückgriff auf die jeweilige Verarbeitungsstrategie

4.3.2 Vergleich der Krankheitsbewältigung von Patienten und Angehörigen

4.3.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

Für die Subskalen des FKV depressive Verarbeitung ($z = 2.11$, $p \leq .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 2.49$, $p \leq .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 1.54$, $p \leq .05$) sowie Bagatellisierung/Wunschdenken ($z = 2.73$, $p \leq .05$) ist keine Normalverteilung gegeben. Die Skala bezüglich der Religiosität und Sinnsuche weist zwar normalverteilte Daten auf ($z = 1.07$, $p > .05$) jedoch ist keine Varianzhomogenität gegeben ($F = 5.05$, $p \leq .05$). Die Ergebnisse der berechneten Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.40 dargestellt.

Tabelle 4.40: Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der Patienten- ($n = 328$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 145$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test					
			Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
DV ^{d)}	-4.49	.000⁺⁺	3.0	0.9	239.6	2.6	0.8	181.1
APC ^{e)}	-4.14	.000⁺⁺	3.2	0.9	204.9	3.5	0.8	258.7
AS ^{f)}	-2.21	.027⁺⁺	3.2	0.8	232.6	3.0	0.7	203.6
RS ^{g)}	-1.52	.128	3.0	0.9	228.3	2.8	0.8	208.4
BW ^{h)}	-5.73	.000⁺⁺	3.0	1.1	247.2	2.3	1.0	172.3

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{e)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{f)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{g)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{h)} Bagatellisierung/Wunschdenken

Bezüglich der Krankheitsbewältigung greifen die Patienten stärker auf depressive Verarbeitungsstrategien, Ablenkung und Selbstaufbau sowie Bagatellisierung und Wunschdenken zurück als ihre Angehörigen. Die Angehörigen dagegen nützen zur Krankheitsverarbeitung häufiger aktiv problemorientiertes Coping als die Patienten. Bezüglich der Verarbeitungsstrategie Religiosität und Sinnsuche bestehen keine Unterschiede zwischen den Patienten und Angehörigen.

Analysestichprobe schizophrene Patienten und ihre Angehörigen

Für die Subskalen depressive Verarbeitung ($z = 1.00$, $p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 0.79$, $p > .05$), Religiosität und Sinnsuche ($z = 1.32$, $p > .05$) sowie Bagatellisierung bzw. Wunschdenkens ($z = 0.93$, $p > .05$) liegen normalverteilte Daten vor, jedoch ist für die Skala Depressive Verarbeitung ($F = 5.52$, $p \leq .05$) und die Skala Religiosität und Sinnsuche ($F = 5.58$, $p \leq .05$) keine Varianzhomogenität gegeben. Die Skala Ablenkung und Selbstaufbau weist keine normalverteilte Daten auf ($z = 2.83$, $p \leq .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.41 dargestellt.

Tabelle 4.41: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und der Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der schizophrenen Patienten- ($n = 117$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 46$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Tests							
	t-Wert		Signifikanz	Patienten		Angehörige		
				<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>	
APC ^{d)}	-0.42		.674	3.3	0.9	3.4	0.9	
BW ^{e)}	1.91		.058	2.9	1.1	2.6	1.1	
Skala	Mann-Whitney-Test							
	z-Wert	Signi-fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>MR^{c)}</i>	<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>MR^{c)}</i>
DV ^{f)}	-1.19	.235	2.9	1.0	81.8	2.6	0.7	72.3
AS ^{g)}	-2.89	.004⁺⁺	3.3.	0.8	85.7	3.0	0.6	62.8
RS ^{h)}	-1.22	.224	3.0	1.0	81.8	2.8	0.8	72.2

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{e)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken, ^{f)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{g)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{h)} RS = Religiosität/Sinnsuche

Bezüglich der Krankheitsbewältigung greifen die schizophrenen Patienten stärker als ihre Angehörigen auf Ablenkung und Selbstaufbau zurück. Hinsichtlich der übrigen Bewältigungsstrategien bestehen keine Unterschiede zwischen den schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen.

Analysestichprobe unipolar depressiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Für die Subskalen depressive Verarbeitung ($z = 1.79$, $p \leq .05$), aktiv problemorientierten Coping ($z = 2.24$, $p \leq .05$) sowie Bagatellisierung bzw. Wunschdenkens ($z = 1.75$, $p \leq .05$) liegen keine normalverteilte Daten vor. Normalverteilt und varianzhomogen sind die Daten für die Skalen Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 0.52$, $p > .05$); ($F = 0.32$, $p > .05$) sowie Religiosität und Sinnsuche ($z = 0.11$, $p > .05$); ($F = 5.52$, $p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.42 dargestellt.

Tabelle 4.42: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und der Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der depressiven Patienten- ($n = 84$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 50$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Wert	Signifikanz	t-Tests				Angehörige	
			Patienten				$M^{a)}$	$SD^{b)}$
AS ^{d)}	-0.31	.760	$M^{a)}$	$SD^{b)}$			2.9	0.8
RS ^{e)}	1.13	.262	$M^{a)}$	$SD^{b)}$			2.7	0.8
Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test					
			Patienten			Angehörige		
			$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$	$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$
DV ^{f)}	-4.28	.000⁺⁺	3.2	0.7	75.0	2.5	0.8	46.4
APC ^{g)}	-3.36	.001⁺⁺	3.1	0.7	56.3	3.5	0.6	78.8
BW ^{h)}	-3.85	.000⁺⁺	3.1	0.7	75.0	2.3	0.8	49.2

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{e)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{f)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{g)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{h)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken

Bezüglich der Krankheitsbewältigung greifen die unipolar depressiven Patienten stärker auf depressive Verarbeitungsstrategien sowie Bagatellisierung und Wunschdenken zurück. Ihre Angehörigen wenden dagegen häufiger aktiv problemorientiertes Coping an. Bezüglich der Verarbeitungsstrategien Ablenkung und Selbstaufbau sowie Religiosität und Sinnsuche bestehen keine Unterschiede zwischen den unipolar depressiven Patienten und ihren Angehörigen.

Analysestichprobe bipolar affektiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Keine Normalverteilung besitzt die Subskala Bagatellisierung und Wunschdenken ($z = 1.69, p \leq .05$), während für die Subskalen depressive Verarbeitung ($z = 0.57, p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 0.88, p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 1.24, p > .05$) sowie Religiosität und Sinnsuche ($z = 0.99, p > .05$) normalverteilte Daten vorliegen. Varianzhomogenität ist für die Skalen depressive Verarbeitung ($F = 0.13, p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($F = 1.76, p > .05$) und Religiosität und Sinnsuche ($F = 0.20, p > .05$) gegeben, nicht aber für die Skala Ablenkung und Selbstaufbau ($F = 6.36, p \leq .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.43 dargestellt.

Tabelle 4.43: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und der Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der bipolar affektiven Patienten- ($n = 62$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 24$)

Skala	t-Wert	Signifikanz	t-Tests				Angehörige	
			Patienten				$M^{a)}$	$SD^{b)}$
DV ^{d)}	0.81	.422	2.6	0.9			2.5	0.8
APC ^{e)}	-.1.56	.124	3.4	0.9			3.8	0.8
RS ^{f)}	1.88	.064	3.2	1.0			2.7	1.0
Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test					
			Patienten			Angehörige		
			$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$	$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$
AS ^{g)}	-1.79	.074	3.4	0.9	39.8	3.0	0.6	30.1
BW ^{h)}	-3.12	.002⁺⁺	2.9	1.1	41.9	2.0	1.0	24.9

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{e)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping

^{f)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{g)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{h)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken

Die bipolar erkrankten Patienten greifen zu ihrer Krankheitsbewältigung stärker auf Bagatellisierung und Wunschdenken zurück als ihre Angehörigen. Hinsichtlich der anderen vier Bewältigungsstrategien bestehen keine Unterschiede zwischen den bipolar erkrankten Patienten und ihren Angehörigen.

Analysestichprobe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihre Angehörigen

Normalverteilte Daten weisen die Skalen depressive Verarbeitung, ($z = 1.34$, $p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 0.31$, $p > .05$) und Religiosität und Wunschdenken ($z = 0.74$, $p > .05$) auf, keine Normalverteilung besitzen die Skalen aktiv problemorientiertes Coping ($z = 1.52$, $p \leq .05$) sowie Bagatellisierung und Wunschdenken ($z = 1.49$, $p \leq .05$). Bezüglich der normalverteilten Daten liegt für alle drei Skalen Varianzhomogenität vor: Depressive Verarbeitung ($F = 0.07$, $p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($F = 0.46$, $p > .05$) und Religiosität und Sinnsuche ($F = 0.18$, $p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.44 dargestellt.

Tabelle 4.44: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und der Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($n = 65$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 25$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert	t-Tests		Patienten		Angehörige		
		Signifikanz		<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	
DV ^{d)}	2.64	.010 ⁺⁺		3.2	0.8	2.7	0.8	
AS ^{e)}	-0.51	.614		3.1	0.8	3.1	0.7	
RS ^{f)}	-0.90	.373		2.6	0.8	2.8	0.8	
Mann-Whitney-Test								
Skala	z- Wert	Signi- fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}
APC ^{g)}	-3.40	.001 ⁺⁺	3.0	0.8	38.9	3.7	0.8	59.6
BW ^{h)}	-3.11	.002 ⁺⁺	3.1	1.1	49.2	2.3	1.1	30.5

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{e)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau ^{f)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{g)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{h)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nutzen stärker depressive Verarbeitungsstrategien sowie Bagatellisierung und Wunschdenken. Angehörige wenden häufiger aktiv problemorientiertes Coping an. Ansonsten bestehen in dieser Stichprobe keine Unterschiede zwischen Patienten und Angehörigen.

4.3.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

Für die folgenden Skalen des FKV ist beim paarweisen Vergleich keine Normalverteilung gegeben: Depressive Verarbeitung ($z = 1.83$, $p \leq .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 2.03$, $p \leq .05$) sowie Bagatellisierung bzw. Wunschdenken ($z = 2.20$, $p \leq .05$). Die Skalen bezüglich der Ablenkung und Selbstbau ($z = 1.07$, $p > .05$); ($F = 5.26$, $p \leq .05$) sowie Religiosität und Sinnsuche ($z = 1.07$, $p > .05$); ($F = 4.62$, $p \leq .05$) weisen zwar normalverteilte Daten auf, jedoch ist keine Varianzhomogenität gegeben. Die Ergebnisse der berechneten Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.45 dargestellt.

Tabelle 4.45: Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der Patienten-Angehörigen-Paare ($n = 111$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
DV ^{d)}	-4.21	.000⁺⁺	3.1	0.9	125.4	2.5	0.8	89.9
APC ^{e)}	-3.15	.002⁺⁺	3.1	0.9	95.0	3.5	0.8	121.8
AS ^{f)}	-1.28	.199	3.1	0.8	113.4	2.9	0.7	102.6
RS ^{g)}	-1.27	.204	2.9	0.9	113.4	2.7	0.8	102.7
BW ^{h)}	-4.80	.000⁺⁺	3.1	1.0	129.0	2.4	1.0	88.4

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{e)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{f)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{g)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{h)} Bagatellisierung/Wunschdenken

Im Vergleich der Patienten-Angehörigen-Paare greifen die Patienten stärker als ihre Angehörigen auf depressive Verarbeitungsstrategien sowie Bagatellisierung und Wunschdenken zurück. Die Angehörigen dagegen nutzen häufiger aktiv problemorientiertes Coping als die Patienten. Bezüglich Religiosität und Sinnsuche als Verarbeitungsstrategie bestehen im paarweisen Vergleich keine Unterschiede zwischen den Patienten und Angehörigen.

Analysestichprobe der Paare schizophrene Patienten und ihre Angehörigen

Für alle Subskalen des FKV ist beim paarweisen Vergleich der Analysestichprobe der schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen Normalverteilung gegeben: Depressive Verarbeitung ($z = 1.18$, $p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 0.83$, $p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 1.18$, $p > .05$), Religiosität und Sinnsuche ($z = 1.06$, $p > .05$) sowie Bagatellisierung und Wunschdenken ($z = 1.06$, $p > .05$). Varianzhomogenität ist für die Daten der Skalen depressive Verarbeitung ($F = 3.91$, $p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($F = 0.00$, $p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($F = 1.04$, $p > .05$) sowie Bagatellisierung und Wunschdenken ($F = 2.07$, $p > .05$) gegeben, nicht aber für die Skala Religiosität und Sinnsuche ($F = 7.25$, $p \leq .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.46 dargestellt,

Tabelle 4.46: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für die Patienten-Angehörigen-Paare mit den schizophrenen Patienten ($n = 36$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert		t-Tests		Patienten		Angehörige	
			Signifikanz		<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}
DV ^{d)}	3.13		.003 ⁺⁺		3.2	1.0	2.5	0.7
APC ^{e)}	-0.79		.431		3.1	1.0	3.3	1.0
AS ^{f)}	2.78		.007 ⁺⁺		3.4	0.8	2.9	0.7
BW ^{g)}	2.64		.010 ⁺⁺		3.2	1.0	2.6	1.1
Mann-Whitney-Test								
Skala	<i>z</i> -Wert	Signi- fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}
RS ^{h)}	-0.85	.397	3.0	1.0	38.6	2.8	0.8	34.4

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{e)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping,

^{f)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{g)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken, ^{h)} RS = Religiosität/Sinnsuche

Im paarweisen Vergleich machen die schizophren erkrankten Patienten stärker als ihre Angehörigen von depressiven Verarbeitungsstrategien, von Ablenkung und Selbstaufbau sowie von Bagatellisierung und Wunschdenken Gebrauch.

Analysestichprobe der Paare unipolar depressiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Für die Subskalen depressive Verarbeitung ($z = 1.71, p \leq .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 1.62, p \leq .05$) sowie Bagatellisierung bzw. Wunschdenken ($z = 1.85, p \leq .05$) liegen keine normalverteilte Daten vor. Normalverteilt und varianzhomogen sind die Daten für die Skalen Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 0.64, p > .05$); ($F = 0.12, p > .05$) und Religiosität und Sinnsuche ($z = 0.27, p > .05$); ($F = 5.52, p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 4.47 dargestellt.

Tabelle 4.47: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für die Patienten-Angehörigen-Paare mit den unipolar depressiven Patienten ($n = 40$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Tests								
	t-Wert		Signifikanz	Patienten		Angehörige			
				M ^{a)}	SD ^{b)}	M ^{a)}	SD ^{b)}		
AS ^{d)}	-0.99		.325	2.7	0.7	2.9	0.7		
RS ^{e)}	0.76		.450	2.8	0.8	2.7	0.7		
Skala	Mann-Whitney-Test								
	z-Wert	Signi-fikanz	Patienten			Angehörige			
			M ^{a)}	SD ^{b)}	MR ^{c)}	M ^{a)}	SD ^{b)}	MR ^{c)}	
DV ^{f)}	-3.73	.000 ⁺⁺	3.2	0.7	48.2	2.5	0.8	29.3	
APC ^{g)}	-2.17	.030 ⁺	3.1	0.8	33.2	3.5	0.5	44.3	
BW ^{h)}	-3.63	.000 ⁺⁺	3.2	0.9	48.6	2.4	0.7	30.2	

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau, ^{e)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{f)} DV = Depressive Verarbeitung, ^{g)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{h)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken

Im Vergleich der Patienten-Angehörigen-Paare in der Stichprobe der unipolar affektiv erkrankten Patienten nützen die Patienten häufiger depressive Verarbeitung sowie Bagatellisierung und Wunschdenken zur Krankheitsbewältigung, die Angehörigen dagegen häufiger aktiv problemorientierte Copingstrategien.

Analysestichprobe der Paare bipolar affektiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Für alle Subskalen des FKV ist beim paarweisen Vergleich in der Analysestichprobe der bipolar affektiv erkrankten Patienten und ihren Angehörigen Normalverteilung gegeben: Depressive Verarbeitung ($z = 0.18, p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 0.81, p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 1.14, p > .05$), Religiosität und Sinnsuche ($z = 0.81, p > .05$) sowie Bagatellisierung und Wunschdenken ($z = 1.01, p > .05$). Ferner ist für alle Subskalen auch Varianzhomogenität gegeben: Depressive Verarbeitung ($F = 0.39, p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($F = 0.64, p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($F = 1.51, p > .05$), Religiosität und Sinnsuche ($F = 0.00, p > .05$) sowie Bagatellisierung und Wunschdenken ($F = 0.00, p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 4.48 dargestellt.

Tabelle 4.48: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben für die Patienten-Angehörigen-Paare mit den bipolar affektiv erkrankten Patienten ($n = 18$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert	t-Tests Signifikanz	Patienten		Angehörige	
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}
DV ^{c)}	0.05	.959	2.4	0.7	2.4	0.7
APC ^{d)}	-.1.37	.182	3.4	0.9	3.8	0.8
AS ^{e)}	1.16	.255	3.3	0.8	3.1	0.6
RS ^{f)}	1.28	.211	3.3	0.8	2.9	1.0
BW ^{g)}	1.61	.118	2.7	1.1	2.2	1.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} *M* = Mittelwert, ^{b)} *SD* = Standardabweichung, ^{c)} DV = Depressive Verarbeitung,

^{d)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping, ^{e)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau,

^{f)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{g)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken

Die bipolar affektiv erkrankten Patienten der paarweisen Auswertung unterscheiden sich hinsichtlich der fünf untersuchten Krankheitsbewältigungsstrategien nicht von ihren Angehörigen.

Analysestichprobe der Paare Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihre Angehörigen

In der Analysestichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare mit den persönlichkeitsgestörten Patienten weisen alle Subskalen des FKV normalverteilte Daten auf: Depressive Verarbeitung ($z = 0.69$, $p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($z = 1.20$, $p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($z = 0.51$, $p > .05$), Religiosität und Sinnsuche ($z = 0.51$, $p > .05$) sowie Bagatellisierung und Wunschdenken ($z = 0.79$, $p > .05$). Ferner ist für alle Subskalen auch Varianzhomogenität gegeben: Depressive Verarbeitung ($F = 0.01$, $p > .05$), aktiv problemorientiertes Coping ($F = 1.15$, $p > .05$), Ablenkung und Selbstaufbau ($F = 2.27$, $p > .05$), Religiosität und Sinnsuche ($F = 0.02$, $p > .05$) sowie Bagatellisierung und Wunschdenken ($F = 0.73$, $p > .05$). Die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 4.49 dargestellt.

Tabelle 4.49: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben für die Patienten-Angehörigen-Paare mit den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen Patienten ($n = 17$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert	t-Tests Signifikanz	Patienten		Angehörige	
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}
DV ^{c)}	1.03	.313	3.1	1.0	2.8	0.9
APC ^{d)}	-2.34	.025	3.0	0.9	3.7	0.8
AS ^{e)}	-0.22	.825	3.1	0.9	3.1	0.6
RS ^{f)}	0.09	.929	2.6	0.8	2.6	0.7
BW ^{g)}	1.91	.066	3.1	1.3	2.3	1.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} *M* = Mittelwert, ^{b)} *SD* = Standardabweichung, ^{c)} DV = Depressive Verarbeitung,

^{d)} APC = Aktiv problemorientiertes Coping ^{e)} AS = Ablenkung/Selbstaufbau,

^{f)} RS = Religiosität/Sinnsuche, ^{g)} BW = Bagatellisierung/Wunschdenken

Die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen der paarweisen Auswertung unterscheiden sich hinsichtlich der fünf untersuchten Krankheitsbewältigungsstrategien nicht von ihren Angehörigen.

4.3.3 Inhaltsanalytische Auswertung des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Am Ende des *Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV)* ist vorgesehen, von seinen 35 Items diejenigen drei Items zu nennen, die dem Patienten bzw. dem Angehörigen am meisten geholfen haben, um mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen fertig zu werden. Dabei soll für Platz eins das hilfreichste, für Platz zwei das am zweiten hilfreichste und für Platz drei das dritthilfreichste Item genannt werden.

72.0 % der Patienten (n = 236) wählten ein Item für den ersten Platz, 70.1 % (n = 230) für den zweiten und 68.6 % (n = 225) für den dritten Platz aus. Genannt wurde:

- auf Platz eins von 11.0 % der Patienten das Item „Vertrauen in die Ärzte setzen“, von 10.6 % das Item „Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen“ und von 9.3% das Item „Trost im religiösen Glauben suchen“,
- auf Platz zwei von 12.6 % das Item „Vertrauen in die Ärzte setzen“ und
- auf Platz drei von 7.1 % wiederum das Item „Vertrauen in die Ärzte setzen“.

80.0 % der Angehörigen (n = 116) wählten ein Item für den ersten Platz, 78.6 % (n = 114) ein Item für den zweiten Platz und 78.0 % (n = 113) ein Item für den dritten Platz. Genannt wurde:

- auf Platz eins von 18.1 % der Angehörigen das Item „Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen“, von 12.9 % „Aktive Anstrengung zur Lösung des Problems unternehmen“ und von 7.8 % das Item „Vertrauen in die Ärzte setzen“,
- auf Platz zwei von 8.8 % das Item „Sich selbst Mut machen“ und
- auf Platz drei von 11.5 % das Item „Vertrauen in die Ärzte setzen“.

4.4 Behandlungszufriedenheit

4.4.1 Deskriptive Statistik

4.4.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

Tabelle 4.50 zeigt die deskriptiven Kennwerte des Summenscores des ZUF-8 für die gesamten Analysestichproben der Patienten ($n = 328$) und der Angehörigen ($n = 145$) sowie für die Subgruppe der schizophrenen Patienten ($n = 117$), der unipolar depressiven ($n = 84$), der bipolar depressiven ($n = 62$) Patienten und der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($n = 65$). Die Angehörigen dieser vier Diagnosegruppen werden in Tabelle 4.51 mit ihren Kennwerten des ZUF-8 in gleicher Weise beschrieben.

Tabelle 4.50: Deskriptive Kennwerte des Summenscores des ZUF-8 für die Gesamt-Analysestichprobe der Patienten ($n = 328$) sowie für deren Subgruppen geordnet nach den Diagnosen F20, F31, F32/33 und F60/61 der Patienten

Diagnosegruppe [n]	ZUF-8 / PATIENTEN							
	$M^a)$	Median	Modus	$SD^b)$	$Min^c)$	$Max^d)$	Schiefe	Kurtosis
Gesamt [n = 328]	25.0	24.0	24.0	5.1	8.0	32.0	-1.0	1.0
F20 [n = 117]	24.6	25.0	28.0	5.6	8.0	32.0	-0.9	0.4
F31 [n = 62]	25.2	26.0	24.0	5.9	8.0	32.0	-1.9	3.5
F32/33 [n = 84]	26.0	26.0	27.0	3.4	14.0	32.0	-0.8	1.5
F60/61 [n = 65]	24.5	25.0	25.0	5.2	11.0	32.0	-0.8	1.6

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum; Skalierung: 1 = ziemlich unzufrieden, 2 = leicht unzufrieden, 3 = weitgehend zufrieden, 4 = sehr zufrieden. Die Bewertungen der acht Items des ZUF-8 werden zu einem Summenscore zusammengefasst.

Die Patienten sind im Mittel mit ihrer Behandlung „weitgehend zufrieden“. Die Summenscores weichen in ihren Mittelwerten nur wenig in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung der Patienten voneinander ab.

Tabelle 4.51: Deskriptive Kennwerte des Summenscores des ZUF-8 für die Gesamt-Analysestichprobe der Angehörigen (n = 145) sowie für deren Subgruppen geordnet nach den Diagnosen F20, F31, F32/33 und F60/61 der Patienten

Diagnose gruppe [N]	ZUF-8 / ANGEHÖRIGE							
	<i>M^{a)}</i>	<i>Median</i>	<i>Modus</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>Min^{c)}</i>	<i>Max^{d)}</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>
Gesamt [n = 145]	23.7	24.0	24.0	5.1	8.0	32.0	-1.0	1.0
F20 [n = 46]	24.2	25.0	24.0	4.7	10.0	32.0	-1.2	2.1
F31 [n = 50]	25.2	25.0	24.0	4.7	11.0	32.0	-1.1	2.8
F32/33 [n = 24]	24.2	25.0	24.0	4.5	10.0	31.0	-1.1	1.6
F60/61 [n = 25]	20.0	21.0	25.0	6.3	8.0	32.0	-0.3	-0.6

Anmerkungen: ^{a)} *M* = Mittelwert, ^{b)} *SD* = Standardabweichung, ^{c)} *Min* = Minimum, ^{d)} *Max* = Maximum; Skalierung: 1 = ziemlich unzufrieden, 2 = leicht unzufrieden, 3 = weitgehend zufrieden, 4 = sehr zufrieden. Die Bewertungen der acht Items des ZUF-8 werden zu einem Summenscore zusammengefasst.

Die Angehörigen sind im Mittel mit der Behandlung ihres erkrankten Familienmitgliedes „weitgehend zufrieden“. Einzig die Angehörigen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben eine etwas geringere Behandlungszufriedenheit. Sie sind im Mittel mit der Behandlung des Erkrankten „leicht unzufrieden“ bis „weitgehend zufrieden“.

4.4.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

In Tabelle 4.52 sind die deskriptiven Kennwerte des Summenscores des ZUF-8 für die an der paarigen Auswertung beteiligten Patienten dargestellt (Gesamtstichprobe $n = 111$) sowie für die Subgruppe der schizophrenen Patienten ($n = 36$), der bipolar affektiven ($n = 18$) und unipolar depressiven ($n = 40$) Patienten sowie der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($n = 17$).

Tabelle 4.52: Deskriptive Kennwerte des Summenscores des ZUF-8 für die Patienten der Paarauswertung ($n = 111$) sowie für deren Subgruppen geordnet nach den Diagnosen F20, F31, F32/33 und F60/61

ZUF-8 / PATIENTEN / PAARAUSWERTUNG								
Diagnose gruppe [N]	$M^a)$	Median	Modus	$SD^b)$	$Min^c)$	$Max^d)$	Schiefe	Kurtosis
Gesamt [n = 111]	25.0	25.0	24.0	4.2	9.0	32.0	-1.1	2.1
F20 [n = 36]	24.9	25.5	25.0	4.6	13.0	32.0	-0.9	0.8
F31 [n = 40]	24.9	25.0	25.0	4.7	9.0	32.0	-2.5	7.6
F32/33 [n = 18]	25.7	26.0	24.0	3.6	14.0	32.0	-0.7	1.9
F60/61 [n = 17]	23.5	23.0	22.0	3.8	17.0	32.0	-0.6	0.2

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum; Skalierung: 1 = ziemlich unzufrieden, 2 = leicht unzufrieden, 3 = weitgehend zufrieden, 4 = sehr zufrieden. Die Bewertungen der acht Items des ZUF-8 werden zu einem Summenscore zusammengefasst.

Tabelle 4.53 beschreibt die Angehörigen der Paarauswertung dieser vier Diagnosegruppen mit den Kennwerten des ZUF-8 in gleicher Weise.

Tabelle 4.53: Deskriptive Kennwerte des Summenscores des ZUF-8 für die Angehörigen der Paarauswertung (n = 111) sowie für deren Subgruppen geordnet nach den Diagnosen F20, F31, F32/33 und F60/61 der Patienten

ZUF-8 / ANGEHÖRIGE / PAARAUSWERTUNG								
Diagnose gruppe [N]	M^{a)}	Median	Modus	SD^{b)}	Min^{c)}	Max^{d)}	Schiefe	Kurtosis
Gesamt [n = 111]	23.9	24.0	24.0	5.0	10.0	32.0	-0.9	0.6
F20 [n = 36]	24.1	25.0	23.0	5.2	10.0	32.0	-1.2	1.5
F31 [n = 40]	25.2	25.0	24.0	4.7	11.0	32.0	-1.3	4.3
F32/33 [n = 18]	24.7	25.0	24.0	4.1	13.0	32.0	-0.9	1.2
F60/61 [n = 17]	20.1	19.0	13.0 ^{e)}	5.6	13.0	32.0	0.5	-0.3

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} = mehrere Modi vorhanden, der kleinste Wert wurde angegeben; Skalierung: 1 = ziemlich unzufrieden, 2 = leicht unzufrieden, 3 = weitgehend zufrieden, 4 = sehr zufrieden. Die Bewertungen der acht Items des ZUF-8 werden zu einem Summenscore zusammengefasst.

Die Patienten der Paar-Stichprobe sind mit ihrer Behandlung im Mittel „weitgehend zufrieden“.

Bei den Angehörigen der Paar-Stichprobe findet sich das gleiche Antwortmuster wie bei den Angehörigen der Gesamtstichprobe. Sie sind im Mittel mit der Behandlung ihres erkrankten Familienmitgliedes ebenfalls „weitgehend zufrieden“. Die Angehörigen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind im Durchschnitt „leicht unzufrieden“ bis „weitgehend zufrieden“.

4.4.2 Vergleich der Behandlungszufriedenheit von Patienten und Angehörigen

4.4.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

Der Summenscore des ZUF-8 der gesamten Analysestichprobe weist keine Normalverteilung auf ($z = 1.77$, $p \leq .05$). Die Scores der vier Diagnosesubgruppen nach ICD-10 weisen je normalverteilte Daten auf: F20 ($z = 0.86$, $p > .05$), F31 ($z = 0.83$, $p > .05$), F32/33 ($z = 1.23$, $p > .05$) und F60/61 ($z = 0.69$, $p > .05$). Ferner ist für alle vier Subgruppen Varianzhomogenität gegeben F20 ($F = 2.95$, $p > .05$), F31 ($F = 0.47$, $p > .05$), F32/33 ($F = 1.70$, $p > .05$) und F60/61: ($F = 2.32$, $p > .05$). Die Ergebnisse dieser Vergleiche der Analysestichproben der Patienten mit den Analysestichproben der Angehörigen sind in Tabelle 4.54 dargestellt.

Tabelle 4.54: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für die gesamte Analysestichprobe der Patienten und ihren Angehörigen sowie für deren Subgruppen geordnet den Diagnosen F20 ($n = 36$), F31 ($n = 18$), F32/33 ($n = 40$) und F60/61 ($n = 17$) der Patienten

Skala	t-Tests							
	<i>t</i> -Wert		Signifikanz	Patienten		Angehörige		
				<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	
F20	0.40		.693	24.6	5.6	24.2	4.7	
F31	-0.04		.967	25.2	5.9	25.2	4.7	
F32/33	2.59		.011⁺⁺	26.0	3.4	24.2	4.5	
F60/61	3.28		.002⁺⁺	24.5	5.2	20.1	6.3	
Skala	Mann-Whitney-Test							
	z- Wert	Signi- fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}
Gesamt	-3.11	.002⁺⁺	25.0	5.1	241.7	23.7	5.1	200.2

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang

Demzufolge sind sowohl die Patienten der gesamten Analysestichprobe wie die unipolar depressiven und persönlichkeitsgestörten Patienten signifikant zufriedener mit ihrer Behandlung als ihre Angehörigen. Die schizophrenen und bipolar affektiv Erkrankten unterscheiden sich dagegen bezüglich ihrer Behandlungszufriedenheit nicht von ihren Angehörigen.

4.4.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

Sowohl die Scores der vier Diagnosesubgruppen nach ICD-10 wie der Gesamt-Summenscore des ZUF-8 für die Paarauswertung weisen je normalverteilte Daten auf: F20 ($z = 0.47$, $p > .05$), F31 ($z = 0.50$, $p > .05$), F32/33 ($z = 0.46$, $p > .05$), F60/61 ($z = 0.46$, $p > .05$) und Gesamt ($z = 0.82$, $p > .05$). Ferner ist für alle vier Subgruppen und den Gesamtsummenscore Varianzhomogenität gegeben: F20 ($F = 0.12$, $p > .05$), F31 ($F = 0.02$, $p > .05$), F32/33 ($F = 0.14$, $p > .05$), F60/61 ($F = 3.66$, $p > .05$) und Gesamt ($F = 1.76$, $p > .05$). Die Ergebnisse dieser Vergleiche der Analysestichproben der Patienten-Angehörigen-Paare sind in Tabelle 4.55 dargestellt.

Tabelle 4.55: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben für die Paarauswertung der gesamten Analysestichprobe der Patienten und ihren Angehörigen sowie für deren Subgruppen geordnet nach den Diagnosen F20 ($n = 36$), F31 ($n = 18$), F32/33 ($n = 40$) und F60/61 ($n = 17$) der Patienten

Skala	t-Wert	Signifikanz	t-Tests			
			Patienten		Angehörige	
			$M^a)$	$SD^b)$	$M^a)$	$SD^b)$
F20	0.79	.431	25.0	4.6	24.1	5.2
F32/33	1.26	.212	25.8	3.6	24.7	4.1
F31	-0.18	.861	24.9	4.7	25.2	4.7
F60/61	1.92	.066	23.5	3.8	20.1	5.6
Gesamt	1.79	.076	25.0	4.2	23.9	5.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung

Laut der errechneten t-Tests unterscheiden sich die Patienten von den Angehörigen in der paarweisen Auswertung hinsichtlich ihrer Behandlungszufriedenheit weder in der gesamten Analysestichprobe signifikant noch in den Subgruppen differenziert nach den Diagnosen der Patienten. Tendenzielle Unterschiede finden sich in der Gesamtpaarstichprobe und in der Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare in Abhängigkeit von der Diagnose Persönlichkeitsstörung. Sowohl die Patienten der Gesamtpaarstichprobe wie die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind tendenziell etwas mehr mit ihrer Behandlung zufrieden als ihre Angehörige.

4.4.3 Inhaltsanalytische Auswertung des Fragebogens zur Behandlungszufriedenheit (ZUF-8)

66.8 % (n = 219) der 328 befragten Patienten nutzten die Rubrik „*Was hat Ihnen an unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ im ZUF-8. Davon nannten:

- 21.0 % die räumliche Ausstattung,
- 10.0 % die Haltung der Ärzte und des Pflegepersonals gegenüber den Patienten,
- 10.0 % zu wenig Zeit für Gespräche mit den Patienten,
- 8.7 % Belastungen durch Mitpatienten.

Von den befragten 145 Angehörigen machten 62.1 % (n = 90) von dieser Rubrik Gebrauch. Sie bemängelten vor allem Defizite in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen (25.6 %) und ebenfalls die räumliche Ausstattung (21.1 %).

Die Rubrik „*Was hat Ihnen an unserer Klinik am besten gefallen?*“ wurde von 76.8 % der Patienten (n = 252) und von 71.7 % der Angehörigen (n = 104) ausgefüllt. Von den Patienten nannten:

- 45.2 % die Freundlichkeit und Fürsorge der Ärzte und des Pflegepersonals,
- 17.5 % die Qualität des Essens,
- 15.5 % die Therapiegruppen.

Die Angehörigen nannten am häufigsten die Freundlichkeit der Ärzte und des Pflegepersonals (37.5 %), an zweiter Stelle stand bei ihnen die erfolgreiche Behandlung und gute Betreuung des Patienten (9.6 %).

Die Rubrik „*Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?*“ nutzten 34.2 % der Patienten (n = 112), wobei von diesen am häufigsten die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals genannt wurde (24.1 %). Auch 38.0 % der Angehörigen (n = 55) füllten diese Rubrik aus und wünschten sich vor allem einen stärkeren Miteinbezug der Angehörigen (20.0 %).

4.5 Lebensqualität

4.5.1 Deskriptive Statistik

4.5.1.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

Die deskriptiven Kennwerte für die Subskalenscores des WHOQOL-BREF sind für die Analysestichprobe der Patienten ($n = 328$) in Tabelle 4.56 und die Analysestichprobe der Angehörigen ($n = 145$) in Tabelle 4.57 dargestellt. Die globale Lebensqualität wird dabei von den Patienten wie von den Angehörigen im Vergleich zu den anderen vier Domänen des WHOQOL-BREF als am geringsten eingeschätzt. Sie umfasst die Bewertungen auf die Frage „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“ und die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“. Innerhalb der anderen vier untersuchten Domänen wird in der Patientenstichprobe die psychische Lebensqualität durchschnittlich am geringsten bewertet, die Lebensqualität bezüglich der Umwelt relativ am besten. In der Angehörigenstichprobe liegen ebenfalls die höchsten Bewertungen in der Lebensqualität bezüglich der Umwelt vor, am schlechtesten wird von den Angehörigen ihre Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen eingeschätzt. Stark unterdurchschnittlich wird ferner sowohl von den Patienten wie von den Angehörigen die psychische Lebensqualität in der Diagnosegruppe der Persönlichkeitsstörungen bewertet.

4.5.1.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

Die deskriptiven Kennwerte der Subskalen des WHOQOL-BREF für die Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare ($n = 111$) sind für die Patienten in Tabelle 4.58 und für die Angehörigen in Tabelle 4.59 ersichtlich. Die Einschätzungen der Patienten und Angehörigen der Paarstichprobe stimmen hinsichtlich des in der Gesamtstichprobe (4.5.1.1) genannten Antwortmusters überein. Auch in der Paarstichprobe wird von den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine auffallend niedrige psychische Lebensqualität genannt, während von den Angehörigen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen auffallend niedrig bewertet wird.

Tabelle 4.56: Deskriptive Kennwerte der Subskalenscores des WHOQOL-BREF für die Analysestichprobe der Patienten (n = 328)

WHOQOL-BREF	F60/61 (n = 65)				Gesamtstichprobe Patienten (n = 328)							
	F20 (n = 117)	F32/33 (n = 84)	F31 (n = 62)	M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
PH ^{e)}	62.2	49.0	62.0	48.8	56.0	57.1	57.1	19.2	7.1	100.0	0.1	-0.4
PS ^{f)}	59.5	41.8	62.9	34.9	50.4	50.0	58.3	23.6	0.0	100.0	-0.1	-0.8
SB ^{g)}	53.2	51.7	64.6	48.4	54.0	58.3	50.0	24.4	0.0	100.0	-0.2	-0.4
UM ^{h)}	62.1	63.5	69.0	54.9	62.3	62.5	65.6	18.0	0.0	100.0	-0.5	0.4
Global	56.5	39.5	55.2	35.1	47.6	50.0	50.0	25.3	0.0	100.0	0.2	-0.6

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} PH = Physische Lebensqualität, ^{f)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{g)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{h)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt, Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einer hohen Lebensqualität im jeweiligen Bereich

Tabelle 4.57: Deskriptive Kennwerte der Subskalenscores des WHOQOL-BREF für die Analysestichprobe der Angehörigen (n = 145)

WHOQOL-BREF	F20 (n = 46)	F32/33 (n = 50)	F31 (n = 24)	F60/61 (n = 25)	Gesamtstichprobe Angehörige (n = 145)							
	M ^{a)}	M ^{a)}	M ^{a)}	M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
PH ^{e)}	71.7	72.3	69.7	48.8	71.5	75.0	78.6	15.7	21.4	100.0	-0.7	0.2
PS ^{f)}	65.1	64.3	69.4	34.9	66.1	66.7	70.8	16.1	0.0	95.8	-1.2	2.6
SB ^{g)}	65.7	63.0	67.9	48.4	63.7	66.7	66.7	18.4	12.5	100.0	-0.5	0.1
UM ^{h)}	82.5	72.4	72.2	54.9	72.2	71.9	71.9	14.5	34.4	100.0	-0.4	-0.3
Global	65.5	58.3	64.3	35.2	62.3	62.5	75.0	18.3	0.0	100.0	-0.4	0.2

Anmerkungen:^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} PH = Physische Lebensqualität, ^{f)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{g)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{h)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt, Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einer hohen Lebensqualität im jeweiligen Bereich

Tabelle 4.58: Deskriptive Kennwerte der Subskalenscores des WHOQOL-BREF für die Patienten der Analysestichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare (n = 111)

WHOQOL-BREF	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	Gesamtstichprobe der Paare Patienten (n = 111)							
					M ^{a)}	Media n	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
PH ^{e)}	59.7	45.0	57.6	46.0	52.0	50.0	50.0	19.3	7.1	85.7	-0.1	-0.7
PS ^{f)}	58.6	39.0	58.8	31.3	47.5	45.8	79.2	23.2	0.0	95.0	0.0	-0.9
SB ^{g)}	55.5	49.3	67.1	44.8	53.6	58.3	33.3	23.1	0.0	100.0	-0.3	-0.3
UM ^{h)}	61.8	64.1	70.0	57.1	63.2	64.1	62.5	15.7	15.6	96.8	-0.4	-0.1
Global	57.5	34.0	54.2	34.4	45.0	37.5	25.0	26.4	0.0	100.0	0.2	-0.7

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} PH = Physische Lebensqualität, ^{f)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{g)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{h)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt, Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einer hohen Lebensqualität im jeweiligen Bereich

Tabelle 4.59: Deskriptive Kennwerte der Subskalenscores des WHOQOL-BREF für die Angehörigen der Analyses Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare (n = 145)

WHOQOL-BREF	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	Gesamtstichprobe der Paare								
					M ^{a)}	n				Angehörige (n = 111)			
						Media	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis	
PH ^{e)}	72.5	72.4	67.9	73.1	71.9	75.0	78.6	16.6	21.4	100.0	-0.7	0.2	
PS ^{f)}	65.6	65.3	67.2	69.9	66.4	70.8	70.8	16.6	0.0	95.8	-1.4	3.2	
SB ^{g)}	66.4	63.1	69.5	53.7	63.8	66.7	75.0	17.8	16.7	100.0	-0.5	0.5	
UM ^{h)}	72.5	72.7	69.8	70.5	71.9	71.9	71.9	14.3	34.4	100.0	-0.5	-0.0	
Global	66.0	61.3	64.8	62.5	63.5	62.5	75.0	17.9	25.0	100.0	-0.3	-0.3	

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, ^{e)} PH = Physische Lebensqualität, ^{f)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{g)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{h)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt, Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einer hohen Lebensqualität im jeweiligen Bereich

4.5.2 Vergleich der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen

4.5.2.1 Gesamte Analysestichproben und Diagnosesubgruppen

Keine der Skalen des WHOQOL-BREF weist Normalverteilung auf: physische Lebensqualität ($z = 4.03$, $p \leq .05$), psychische Lebensqualität ($z = 3.71$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = 2.17$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = 2.99$, $p \leq .05$) sowie die globale Lebensqualität ($z = 2.88$, $p \leq .05$). Die Ergebnisse des Vergleichs der Analysestichprobe der Patienten mit der Analysestichprobe der Angehörigen sind in Tabelle 4.60 dargestellt.

Tabelle 4.60: Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der Patienten- ($n = 328$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 145$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test					
			Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
PH ^{d)}	-8.07	.000⁺⁺	56.0	19.2	193.7	71.5	15.8	300.7
PS ^{e)}	-7.01	.000⁺⁺	50.4	23.6	197.5	66.1	16.1	290.4
SB ^{f)}	-4.26	.000⁺⁺	54.0	24.4	208.6	63.7	18.4	264.7
UM ^{g)}	-5.65	.000⁺⁺	62.3	18.0	202.2	72.2	14.5	276.7
Global	-6.32	.000⁺⁺	47.6	25.3	203.7	62.3	18.3	287.4

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} PH = Physische Lebensqualität, ^{e)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{f)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Demzufolge verfügen die Angehörigen im Vergleich zu den Patienten erwartungsgemäß über eine signifikant höhere Lebensqualität in allen fünf untersuchten Subskalen: Physische Lebensqualität, psychische Lebensqualität, Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen und Lebensqualität bezüglich der Umwelt sowie in der globalen Lebensqualität.

Analysestichprobe schizophrene Patienten und ihre Angehörigen

Die folgenden Skalen des WHOQOL-BREF weisen keine Normalverteilung auf: physische Lebensqualität ($z = 1.78$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = 1.67$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = 1.98$, $p \leq .05$) sowie globale Lebensqualität ($z = 1.52$, $p \leq .05$). Für die Skala der psychischen Lebensqualität ist zwar Normalverteilung gegeben ($z = 1.33$, $p > .05$), da jedoch inhomogene Varianzen vorliegen ($F = 10.89$, $p \leq .05$) wurde der non-parametrische Mann-Whitney-Test gewählt. Tabelle 4.61 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der schizophrenen Patienten mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.61: Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der schizophrenen Patienten- ($n = 117$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 46$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
PH ^{d)}	-3.24	.001⁺⁺	62.2	17.7	69.9	71.6	16.2	95.3
PS ^{e)}	-1.64	.101	59.5	20.7	73.7	65.1	13.8	86.5
SB ^{f)}	-3.34	.001⁺⁺	53.2	23.4	69.7	65.8	17.2	95.8
UM ^{g)}	-3.45	.001⁺⁺	62.1	19.9	68.9	72.5	12.3	95.8
Global	-2.14	.032⁺	56.5	25.5	74.1	65.5	14.7	90.9

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} PH = Physische Lebensqualität, ^{e)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{f)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Im Vergleich zu ihren schizophren erkrankten Familienmitgliedern verfügen die Angehörigen über eine signifikant höhere Lebensqualität in den Bereichen physische Lebensqualität, Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen, Lebensqualität bezüglich der Umwelt sowie in der globalen Lebensqualität, nicht aber im Bereich der psychischen Lebensqualität.

Analysestichprobe unipolar depressiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Keine der Skalen des WHOQOL-BREF weist Normalverteilung auf: physische Lebensqualität ($z = 3.46$, $p \leq .05$), psychische Lebensqualität ($z = 2.98$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = 1.45$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = 1.68$, $p \leq .05$) sowie die globale Lebensqualität ($z = 1.91$, $p \leq .05$). Die Ergebnisse des Vergleichs der Analysestichprobe der Patienten mit der Analysestichprobe der Angehörigen sind in Tabelle 4.62 dargestellt.

Tabelle 4.62: Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der unipolar depressiv erkrankten Patienten- ($n = 84$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 50$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test Patienten			Angehörige		
			$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$	$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$
PH ^{d)}	-6.71	.000⁺⁺	49.0	16.0	49.1	72.3	16.7	95.1
PS ^{e)}	-6.21	.000⁺⁺	41.8	19.2	50.4	64.4	17.7	92.9
SB ^{f)}	-2.98	.003⁺⁺	51.7	20.9	58.3	63.0	16.7	78.5
UM ^{g)}	-3.15	.002⁺⁺	63.5	14.0	58.3	72.4	14.8	79.9
Global	-4.46	.000⁺⁺	39.5	22.5	55.1	58.3	20.6	85.3

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} PH = Physische Lebensqualität, ^{e)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{f)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Demzufolge verfügen die Angehörigen im Vergleich zu den depressiv erkrankten Patienten über eine signifikant höhere Lebensqualität in allen fünf untersuchten Domänen.

Analysestichprobe bipolar affektiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Alle Skalen des WHOQOL-BREF sind hier normalverteilt: physische Lebensqualität ($z = .96, p > .05$), psychische Lebensqualität ($z = .86, p > .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = .65, p > .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = .55, p > .05$) sowie globale Lebensqualität ($z = .55, p > .05$). Keine Varianzgleichheit weisen jedoch die Skalen physische Lebensqualität ($F = 5.15, p \leq .05$) sowie die globale Lebensqualität ($F = 4.18, p \leq .05$) auf. Tabelle 4.63 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der bipolar affektiv erkrankten Patienten mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.63: Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben sowie des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der bipolar affektiv erkrankten Patienten- ($n = 62$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 24$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert	t-Tests		Patienten		Angehörige		
		Signifikanz		<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	
PS ^{d)}	-1.20	.235		62.9	22.9	69.4	15.9	
SB ^{e)}	-0.50	.619		64.6	26.6	67.9	23.0	
UM ^{f)}	-0.73	.469		69.0	17.9	72.2	16.5	
Mann-Whitney-Test								
Skala	z- Wert	Signi- fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}
PH ^{g)}	-1.34	.180	62.0	21.2	37.9	69.7	13.2	45.7
Global	-1.52	.128	55.2	26.3	38.7	64.3	19.1	47.6

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{e)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{f)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt, ^{g)} PH = Physische Lebensqualität

Im Vergleich zu ihren bipolar affektiv erkrankten Familienmitgliedern verfügen die Angehörigen in allen fünf Domänen über keine höhere Lebensqualität.

Analysestichprobe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihre Angehörigen

Die folgenden Skalen des WHOQOL-BREF weisen keine Normalverteilung auf: physische Lebensqualität ($z = 2.26$, $p \leq .05$), psychische Lebensqualität ($z = 2.85$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = 1.81$, $p \leq .05$) sowie globale Lebensqualität ($z = 2.22$, $p \leq .05$). Für die Skala der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen liegt Normalverteilung ($z = 1.03$, $p > .05$) und Varianzhomogenität ($F = 3.50$, $p > .05$) vor. Tabelle 4.64 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der persönlichkeitsgestörten Patienten mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.64: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für den Vergleich der persönlichkeitsgestörten Patienten ($n = 65$) mit der Angehörigenstichprobe ($n = 25$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Wert	t-Tests		Patienten		Angehörige	
		Signifikanz		$M^a)$	$SD^b)$	$M^a)$	$SD^b)$
SB ^{d)}	-1.52	.132		48.4	25.6	57.3	18.5
Skala	z-Wert	Mann-Whitney-Test		Patienten		Angehörige	
		Signifikanz		$M^a)$	$SD^b)$	$M^a)$	$SD^b)$
PH ^{e)}	-4.63	.000⁺⁺		48.8	17.6	36.8	70.9
PS ^{f)}	-5.43	.000⁺⁺		34.9	21.3	35.5	68.4
UM ^{g)}	-3.69	.000⁺⁺		54.9	17.0	37.5	71.6
Global	-5.17	.000⁺⁺		35.2	18.3	36.0	63.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{e)} PH = Physische Lebensqualität, ^{f)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Demzufolge verfügen die Angehörigen im Vergleich zu ihren persönlichkeitsgestörten Familienmitgliedern über eine signifikant höhere Lebensqualität in den Bereichen physische Lebensqualität, psychischen Lebensqualität, Lebensqualität bezüglich der Umwelt sowie in der globalen Lebensqualität, nicht aber in der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen.

4.5.2.2 Stichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare

Für die gesamte Analysestichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare weisen alle Skalen des WHOQOL-BREF keine Normalverteilung auf: physische Lebensqualität ($z = 3.36$, $p \leq .05$), psychische Lebensqualität ($z = 3.21$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = 1.57$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = 2.04$, $p \leq .05$) sowie globale Lebensqualität ($z = 2.74$, $p \leq .05$). Tabelle 4.65 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der Patienten mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.65: Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests für die Patienten-Angehörigen-Paare ($n = 111$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test					
			Patienten			Angehörige		
			$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$	$M^{a)}$	$SD^{b)}$	$MR^{c)}$
PH ^{d)}	-7.06	.000⁺⁺	52.0	19.3	78.8	71.9	16.6	138.9
PS ^{e)}	-6.18	.000⁺⁺	47.5	23.3	82.6	66.4	16.6	135.2
SB ^{f)}	-3.36	.001⁺⁺	53.6	23.1	94.3	63.8	17.8	122.7
UM ^{g)}	-4.01	.000⁺⁺	63.2	15.7	91.5	71.9	14.3	125.5
Global	-5.50	.000⁺⁺	45.0	26.4	85.8	63.5	17.9	132.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} PH = Physische Lebensqualität, ^{e)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{f)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Die Angehörigen weisen somit auch in der Paarauswertung erwartungsgemäß eine höhere Lebensqualität in allen fünf untersuchten Subskalen des WHOQOL-BREF als die Patienten auf.

Analysestichprobe der Paare schizophrene Patienten und ihre Angehörigen

Die folgenden Skalen des WHOQOL-BREF weisen normalverteilte Daten auf: psychische Lebensqualität ($z = .05$, $p > .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = 2.39$, $p > .05$) sowie die globale Lebensqualität ($z = 3.10$, $p > .05$), wobei für letztere jedoch keine Varianzhomogenität gegeben ist ($F = 3.10$, $p \leq .05$). Die physische Lebensqualität ($z = 3.36$, $p \leq .05$) wie die Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = 2.04$, $p \leq .05$) weisen hier keine Normalverteilung auf. Tabelle 4.66 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der Patienten mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.66: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und der Mann-Whitney-Tests für die schizophrenen Patienten-Angehörigen-Paare ($n = 36$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Wert	Signifikanz	t-Tests				Angehörige	
			Patienten				$M^a)$	$SD^b)$
PS ^{d)}	-1.85	.068	58.6	17.8			65.6	14.1
SB ^{e)}	-2.52	.014	55.5	19.4			66.4	17.2
Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test					
			Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
PH ^{f)}	-3.04	.002⁺⁺	59.7	16.1	28.5	72.5	17.3	43.3
UM ^{g)}	.3.14	.002⁺⁺	61.7	15.0	28.2	72.5	11.6	43.6
Global	-1.46	.145	57.5	26.1	32.5	66.0	16.0	39.4

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,
^{d)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{e)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{f)} PH = Physische Lebensqualität, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Die Angehörigen weisen somit auch in der Paarauswertung eine höhere Lebensqualität als die schizophrenen Patienten in den Domänen „Physisch“ und „Umwelt“ auf, nicht aber in den Domänen „Soziale Beziehungen“ und in der globalen Lebensqualität. Bezüglich der psychischen Lebensqualität unterscheiden sich die Angehörigen von den Patienten in der Paarauswertung, im Gegensatz zur Gesamtauswertung, nicht.

Analysestichprobe der Paare unipolar depressiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Die folgenden Skalen des WHOQOL-BREF weisen keine normalverteilten Daten auf: physische Lebensqualität ($z = 2.66$, $p \leq .05$), psychische Lebensqualität ($z = 2.65$, $p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = 1.51$, $p \leq .05$) sowie globale Lebensqualität ($z = 1.97$, $p \leq .05$). Die Skala Lebensqualität bezüglich der Umwelt ist normalverteilt ($z = 1.17$, $p > .05$) und weist Varianzhomogenität auf ($F = 0.02$, $p > .05$). Tabelle 4.67 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der unipolar depressiv erkrankten Patienten mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.67: Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben und der Mann-Whitney-Tests für die unipolar depressiv erkrankten Patienten-Angehörigen-Paare ($n = 40$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	t-Tests							
	t-Wert		Signifikanz		Patienten		Angehörige	
					M ^{a)}	SD ^{b)}	M ^{a)}	SD ^{b)}
UM ^{d)}	-2.70		.009 ⁺⁺		64.1	13.4	72.7	15.1
Skala	Mann-Whitney-Test							
	z-Wert	Signi-fikanz	Patienten			Angehörige		
			M ^{a)}	SD ^{b)}	MR ^{c)}	M ^{a)}	SD ^{b)}	MR ^{c)}
PH ^{e)}	-5.47	.000 ⁺⁺	45.0	18.4	25.7	72.4	17.7	53.9
PS ^{f)}	-5.14	.000 ⁺⁺	39.0	20.1	26.6	65.3	18.5	53.1
SB ^{g)}	-2.99	.003 ⁺⁺	49.3	22.0	32.3	63.1	15.9	47.6
Global	-4.76	.000 ⁺⁺	34.0	23.8	27.7	61.3	19.6	52.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang,

^{d)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt, ^{e)} PH = Physische Lebensqualität,

^{f)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{g)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen

Die Angehörigen weisen somit auch in der Paarauswertung eine höhere Lebensqualität in allen fünf untersuchten Domänen als die unipolar depressiv erkrankten Patienten auf.

Analysestichprobe der Paare bipolar affektiv erkrankte Patienten und ihre Angehörigen

Alle Skalen des WHOQOL-BREF weisen normalverteilte Daten auf: physische Lebensqualität ($z = .095$, $p > .05$), psychische Lebensqualität ($z = .95$, $p > .05$), Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = .32$, $p > .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = .28$, $p > .05$) sowie die globale Lebensqualität ($z = .93$, $p > .05$), wobei für letztere jedoch keine Varianzhomogenität gegeben ist ($F = 6.32$, $p \leq .05$). Tabelle 4.68 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der bipolar affektiv erkrankten Patienten mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.68: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für die bipolaren Patienten-Angehörigen-Paare ($n = 18$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	<i>t</i> -Wert	t-Tests		Patienten		Angehörige		
		Signifikanz		<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	
PH ^{d)}	-1.66	.107		57.6	21.0	67.9	13.9	
PS ^{e)}	-1.16	.253		58.8	24.0	67.2	17.2	
SB ^{f)}	-0.31	.762		67.1	23.8	69.5	21.7	
UM ^{g)}	0.03	.977		70.0	15.6	69.8	16.0	
Skala	Mann-Whitney-Test							
	z- Wert	Signi- fikanz	Patienten			Angehörige		
			<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}	<i>M</i> ^{a)}	<i>SD</i> ^{b)}	<i>MR</i> ^{c)}
Global	-1.20	.251	54.2	26.8	15.6	64.8	17.9	19.6

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} PH = Physische Lebensqualität, ^{e)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{f)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Die Angehörigen weisen somit auch in der Paarauswertung in allen fünf Domänen des WHOQOL-BREF keine höhere Lebensqualität als die bipolar affektiv erkrankten Patienten auf.

Analysestichprobe der der Paare Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihre Angehörigen

Außer der Skala Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($z = 2.39, p > .05$) weisen die Skalen des WHOQOL-BREF keine normalverteilten Daten auf: physische Lebensqualität ($z = 3.36, p \leq .05$), psychische Lebensqualität ($z = 3.36, p \leq .05$), Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($z = 3.36, p \leq .05$) sowie die globale Lebensqualität ($z = 3.36, p \leq .05$) wobei für Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen keine Varianzhomogenität gegeben ist ($F = 3.10, p \leq .05$). Tabelle 4.69 zeigt die Ergebnisse des paarweisen Vergleichs der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit ihren Angehörigen.

Tabelle 4.69: Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests für die persönlichkeitsgestörten Patienten-Angehörigen-Paare ($n = 17$) (signifikante Werte in Fettdruck)

Skala	z-Wert	Signifikanz	Mann-Whitney-Test Patienten			Angehörige		
			$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$	$M^a)$	$SD^b)$	$MR^c)$
PH ^{d)}	-3.49	.000⁺⁺	46.0	19.3	11.0	73.1	15.6	22.7
PS ^{e)}	-3.93	.000⁺⁺	31.3	22.0	10.1	69.9	17.4	23.4
SB ^{f)}	-0.65	.539	44.8	27.2	15.4	53.6	16.9	17.6
UM ^{g)}	-1.91	.056	57.1	20.3	13.3	70.5	16.9	19.7
Global	-3.72	.000⁺⁺	34.4	16.8	10.7	62.5	18.2	23.0

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} PH = Physische Lebensqualität, ^{e)} PS = Psychische Lebensqualität, ^{f)} SB = Lebensqualität bzgl. der sozialen Beziehungen, ^{g)} UM = Lebensqualität bzgl. der Umwelt

Die Angehörigen weisen somit auch in der Paarauswertung eine höhere Lebensqualität als die persönlichkeitsgestörten Patienten in den Domänen „Physisch“ und „Psychisch“ und in der globalen Lebensqualität auf, nicht aber in der Domäne „Soziale Beziehungen“. Im Gegensatz zur Gesamtauswertung weisen sie ferner auch in der Domäne Lebensqualität bezüglich der Umwelt keine höhere Lebensqualität auf.

4.6 Subjektives Wohlbefinden unter neuroleptischer Medikation

Tabelle 4.70 gibt eine Übersicht über die deskriptiven Kennwerte der jeweiligen Summen- und Subskalenscores des Fragebogens zur subjektiven Befindlichkeit unter Neuroleptika (SWN-K) für die Analysestichprobe der Patienten.

Die Mittelwerte der fünf untersuchten Subskalen liegen fast alle relativ nahe beieinander. Auffallend reduziert sind im Durchschnitt der Gesamtstichprobe die Befindlichkeitswerte der Patienten bezüglich der mentalen Funktionen. Hinsichtlich der Auswertungen in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten fallen vor allem die reduzierten Werte im physischen Wohlbefinden der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sowie die ebenfalls deutlich geringeren Werte der unipolar depressiv Erkrankten im Bereich der mentalen Funktionen auf.

Der Globalsummenscore zum Wohlbefinden ist bei den bipolar affektiv Erkrankten am höchsten, gefolgt von den Einschätzungen der schizophren Erkrankten. Bei den unipolar depressiv Kranken und insbesondere bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist der Globalsummenscore dagegen deutlich niedriger.

Die deskriptiven Kennwerte der Summen- und Subskalenscores für die an der paarigen Auswertung beteiligte Patientenstichprobe sind in Tabelle 4.71 dargestellt. Die für die Gesamtstichprobe der Patienten genannten Antwortmuster finden sich ebenso in der Paarstichprobe.

Tabelle 4.70: Deskriptive Kennwerte der Summen- und Subskalenscores des SWN-K für die Analysestichprobe der Patienten (n = 328)

SWN-K	Gesamtstichprobe Patienten (n = 328)											
	F20 (n = 117) M ^{a)}	F32/33 (n = 84) M ^{a)}	F31 (n = 62) M ^{a)}	F60/61 (n = 65) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
Selbstkontrolle	17.2	15.3	17.6	15.2	16.4	16.0	19.0	4.1	6.0	24.0	-0.2	-0.5
Physisches Wohlbefinden	17.2	13.7	17.5	12.1	15.4	16.0	14.0	5.3	3.0	24.0	-0.3	-0.6
Mentale Funktionen	16.6	12.8	17.0	14.2	15.2	15.6	16.0	5.1	4.0	24.0	-0.2	-0.7
Emotionale Regulation	18.2	14.9	18.9	13.3	16.5	17.0	14.0	5.1	5.0	24.0	-0.3	-0.8
Soziale Integration	16.9	15.7	18.5	14.3	16.3	17.0	20.0	4.6	4.0	24.0	-0.5	-0.2
Global	86.0	73.2	90.0	69.6	80.3	80.4	70.0	20.3	25.0	120.0	-0.2	-0.7

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einem hohen subjektiven Wohlbefinden unter Medikation im jeweiligen Bereich

Tabelle 4.71: Deskriptive Kennwerte der Summen- und Subskalenscores des SWN-K für die an der paarigen Auswertung beteiligte Patientenstichprobe (n = 111)

SWN-K	Gesamtstichprobe Patienten (n = 111)											
	F20 (n = 36) M ^{a)}	F32/33 (n = 40) M ^{a)}	F31 (n = 18) M ^{a)}	F60/61 (n = 17) M ^{a)}	M ^{a)}	Median	Modus	SD ^{b)}	Min ^{c)}	Max ^{d)}	Schiefe	Kurtosis
Selbstkontrolle	16.6	15.1	17.2	13.9	15.8	16.0	19.0	4.2	6.0	24.0	-0.3	-0.5
Physisches Wohlbefinden	17.9	12.9	16.5	11.5	14.9	16.0	16.0	5.5	4.0	24.0	-0.2	-0.7
Mentale Funktionen	17.0	11.8	14.8	14.1	14.4	15.0	16.0	5.3	4.0	24.0	-0.2	-0.7
Emotionale Regulation	18.7	14.2	17.8	13.2	16.2	16.0	14.0	5.1	5.0	24.0	-0.2	-1.0
Soziale Integration	16.9	15.3	18.1	13.7	16.1	17.0	14.0	4.8	4.0	24.0	-0.5	-0.5
Global	87.2	70.4	85.2	68.0	78.7	79.0	70.0	20.9	25.0	120.0	-0.2	-0.4

Anmerkungen: ^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} Min = Minimum, ^{d)} Max = Maximum, Wertebereich: Hohe Werte entsprechen einem hohen subjektiven Wohlbefinden unter Medikation im jeweiligen Bereich

4.7 Zusammenhänge der Konzepte Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigung, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Wohlbefinden unter Medikation sowie weiterer Kennwerte zur Erkrankung

Die Darstellung der Zusammenhänge der bisher isoliert beschriebenen Konzepte erfolgt über Korrelations- und Regressionsanalysen sowie über Strukturgleichungsmodelle.

Die Korrelationsanalysen werden differenziert an der Analysestichprobe der Patienten und der Analysestichprobe der Angehörigen dargestellt.

Die Regressionsanalysen der Analysestichprobe der Patienten umfassen die Prädiktion der Konstrukte der Belastungen der Angehörigen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, subjektives Wohlbefinden unter neuroleptischer Medikation, CGI-Werte, GAF-Werte und der Verweildauer des Patienten in der Klinik. Regressionsanalysen der Analysestichprobe der Angehörigen wurden berechnet bezüglich der Prädiktion der Konstrukte Belastungen der Angehörigen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität.

Strukturgleichungsmodelle konnten aufgrund der Stichprobengrößen je für die Gesamtstichprobe der Patienten ($n = 328$) wie der Angehörigen ($n = 145$) berechnet werden. Für die Diagnosesubgruppen F20, F32/33, F31 und F60/61 konnten jedoch aufgrund der jeweiligen Stichprobengrößen sowohl innerhalb der Patientenstichprobe wie auch innerhalb der Angehörigenstichprobe keine Strukturgleichungsmodelle berechnet werden.

Im Folgenden wurden die Subskalen- und Gesamtsummenscores des Belastungsfragebogens anhand der Multiplikation mit „-1“ transformiert, um die Interpretation der Korrelations- und Regressionsanalysen sowie des Strukturgleichungsmodells zu vereinfachen.

Ein Verzeichnis der in den Korrelations- und Regressionstabellen verwendeten Abkürzungen sowie eine Darstellung der jeweiligen Wertebereiche der verwendeten Fragebögen finden sich in Tabelle I-7 im Anhang.

4.7.1. Korrelationsanalysen

4.7.1.1 Analysestichprobe der Patienten

An dieser Stelle werden nur die wichtigsten Korrelationen dargestellt, einen genauen Überblick gibt Tabelle 4.72. Nach α -Fehleradjustierung ($\alpha = .002$) bestehen für die 21 (Sub-)Skalen 128 signifikante Korrelationen, von welchen die Folgenden besonders erwähnenswert sind:

Die Behandlungszufriedenheit korreliert jeweils positiv mit der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($r = .31, p \leq .001$), der Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($r = .41, p \leq .001$), dem globalen Lebensqualitätsscore ($r = .21, p \leq .001$), den sozial-externalen Kontrollüberzeugungen ($r = .27, p \leq .001$) sowie den aktiv problemorientierten Copingstrategien ($r = .19, p \leq .001$).

Die Subskalen des SWN-K Selbstkontrolle, physisches Wohlbefinden, mentale Funktion, emotionale Regulation, soziale Integration und der Summenscore korrelieren jeweils positiv mit den (Sub-)Skalen der Lebensqualität der Patienten, der physischen Lebensqualität, psychischen Lebensqualität, der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen, der Lebensqualität bezüglich der Umwelt und der globalen Lebensqualität ($.32 \leq r \leq .81, p \leq .001$). Die Befindlichkeit unter Medikation korreliert ferner negativ mit einem depressiven Verarbeitungsstil ($-.29 \leq r \leq -.43, p \leq .001$) und positiv mit der Verarbeitungsstrategie Ablenkung und Selbstaufbau ($.24 \leq r \leq .37, p \leq .001$).

Die psychische Lebensqualität korreliert jeweils negativ mit einer depressiven Krankheitsverarbeitungsstrategie ($r = -.42, p \leq .001$) und der Strategie Bagatellisierung und Wunschdenken ($r = -.28, p \leq .001$) und positiv mit den Krankheitsverarbeitungsstrategien aktiv problemorientiertes Coping ($r = .41, p \leq .001$); Ablenkung und Selbstaufbau ($r = .37, p \leq .001$) sowie Religiosität und Sinnsuche ($r = .21, p \leq .001$).

Internale ($r = .31, p \leq .001$) und sozial externe ($r = .19, p \leq .001$) Kontrollüberzeugungen korrelieren positiv mit der globalen Lebensqualität.

Ein depressiver Krankheitsverarbeitungsstil korreliert negativ mit den Skalen des SWN-K ($-.29 \leq r \leq -.43, p \leq .001$) sowie mit den Skalen der Lebensqualität ($-.18 \leq r \leq -.45, p \leq .001$). Ein aktiv problemorientierter Verarbeitungsstil korreliert dagegen positiv mit den (Sub-)Skalen der Lebensqualität ($.13 \leq r \leq .41, p \leq .001$). Die Krankheitsverarbeitungsstrategie „Ablenkung und Selbstaufbau“ korreliert positiv mit

sämtlichen Subskalen des SWN-K ($.24 \leq r \leq .37$, $p \leq .001$). Die Verarbeitungsstrategie „Religiosität und Sinnsuche“ korreliert positiv mit der Behandlungszufriedenheit ($r = .19$, $p \leq .001$), mit der psychischen Lebensqualität ($r = .21$, $p \leq .001$) und der globalen Lebensqualität ($r = .22$, $p \leq .001$) sowie mit allen drei Skalen des KKG ($.25 \leq r \leq .33$, $p \leq .001$).

Der Belastungsglobalscore korreliert negativ mit der Subskala Selbstkontrolle des SWN-K ($r = -.30$, $p \leq .001$), der physischen ($r = -.22$, $p \leq .001$) und der psychischen Lebensqualität ($r = -.21$, $p \leq .001$) sowie positiv mit dem depressiven Verarbeitungsstil ($r = .25$, $p \leq .001$). Patienten, die ihre Angehörigen als stark belastet einschätzen, greifen vermehrt auf depressive Verarbeitungsstrategien zurück bzw. Patienten, die depressive Verarbeitungsstrategien nutzen, schätzen ihre Angehörigen als stark belastet ein.

4.7.1.2 Analysestichprobe der Angehörigen

Nach α -Fehleradjustierung ($\alpha = .003$) finden sich für die 15 (Sub-)Skalen 24 signifikante Ergebnisse (vgl. Tab. 4.73). Folgende sind besonders erwähnenswert:

Fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen korrelieren negativ mit der psychischen Lebensqualität ($r = -.34, p \leq .001$) und der Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($r = -.30, p \leq .001$) sowie positiv mit depressiven Verarbeitungsstrategien ($r = .40, p \leq .001$) und der Verarbeitungsstrategie Religiosität und Sinnsuche ($r = .33, p \leq .001$).

Ein depressiver Krankheitsverarbeitungsstil korreliert ferner negativ mit der psychischen Lebensqualität ($r = -.40, p \leq .001$), der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ($r = -.33, p \leq .001$) und der Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($r = -.27, p \leq .001$) sowie positiv mit der Verarbeitungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken ($r = .42, p \leq .001$). Eine aktiv problemorientierte Bewältigungsstrategie korreliert mit der Lebensqualität bezüglich der Umwelt ($r = .29, p \leq .001$) sowie den Krankheitsverarbeitungsstilen Ablenkung und Selbstaufbau ($r = .39, p \leq .001$) und Religiosität und Sinnsuche ($r = .28, p \leq .001$).

Die Belastungseinschätzung der Angehörigen korreliert negativ mit ihrer Behandlungszufriedenheit ($r = -.30, p \leq .001$) sowie positiv mit depressivem Krankheitsverarbeitungsstil ($r = .35, p \leq .001$) und der Verarbeitungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken ($r = .31, p \leq .001$). D. h. Angehörige, die auf diese Arten der Bewältigung zurückgreifen, sind stärker belastet bzw. stärker belastete Angehörige wenden insbesondere depressive Bewältigungsstrategien und Bagatellisierung und Wunschdenken an. Einen Überblick bezüglich der genauen Einzelkorrelationen gibt Tabelle 4.73.

Tabelle 4.72: Pearson-Korrelationen der Subskalen- und Gesamtscores bezüglich der Patientensichprobe (n = 328)

	ZUF-8	SWN-K-SK	SWN-K-PW	SWN-K-MF	SWN-K-ER	SWN-K-SI	SWN-K-Global	QOL-PH	QOL-PS	QOL-SB	QOL-UM	QOL-Global
ZUF-8		.02	.05	.08	.14 ⁺	.11	.10	.13 ⁺	.13 ⁺	.31 ⁺⁺	.41 ⁺⁺	.21 ⁺⁺
SWN-K-SK	.02		.59 ⁺⁺	.63 ⁺⁺	.60 ⁺⁺	.52 ⁺⁺	.78 ⁺⁺	.55 ⁺⁺	.62 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.36 ⁺⁺	.47 ⁺⁺
SWN-K-PW	.05	.59 ⁺⁺		.70 ⁺⁺	.71 ⁺⁺	.59 ⁺⁺	.87 ⁺⁺	.66 ⁺⁺	.73 ⁺⁺	.32 ⁺⁺	.38 ⁺⁺	.65 ⁺⁺
SWN-K-MF	.08	.63 ⁺⁺	.70 ⁺⁺		.67 ⁺⁺	.64 ⁺⁺	.87 ⁺⁺	.62 ⁺⁺	.69 ⁺⁺	.35 ⁺⁺	.34 ⁺⁺	.58 ⁺⁺
SWN-K-ER	.14 ⁺	.60 ⁺⁺	.71 ⁺⁺	.67 ⁺⁺		.61 ⁺⁺	.86 ⁺⁺	.56 ⁺⁺	.72 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.40 ⁺⁺	.59 ⁺⁺
SWN-K-SI	.11	.52 ⁺⁺	.59 ⁺⁺	.64 ⁺⁺	.61 ⁺⁺		.80 ⁺⁺	.53 ⁺⁺	.62 ⁺⁺	.34 ⁺⁺	.43 ⁺⁺	.53 ⁺⁺
SWN-K-Global	.10	.78 ⁺⁺	.87 ⁺⁺	.87 ⁺⁺	.86 ⁺⁺	.80 ⁺⁺		.70 ⁺⁺	.81 ⁺⁺	.39 ⁺⁺	.46 ⁺⁺	.68 ⁺⁺
QOL-PH	.13 ⁺	.55 ⁺⁺	.66 ⁺⁺	.62 ⁺⁺	.56 ⁺⁺	.53 ⁺⁺	.70 ⁺⁺		.75 ⁺⁺	.42 ⁺⁺	.46 ⁺⁺	.63 ⁺⁺
QOL-PS	.13 ⁺	.62 ⁺⁺	.73 ⁺⁺	.69 ⁺⁺	.72 ⁺⁺	.62 ⁺⁺	.81 ⁺⁺	.75 ⁺⁺		.46 ⁺⁺	.57 ⁺⁺	.70 ⁺⁺
QOL-SB	.31 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.32 ⁺⁺	.35 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.34 ⁺⁺	.39 ⁺⁺	.42 ⁺⁺	.46 ⁺⁺		.48 ⁺⁺	.42 ⁺⁺
QOL-UM	.41 ⁺⁺	.36 ⁺⁺	.38 ⁺⁺	.34 ⁺⁺	.40 ⁺⁺	.43 ⁺⁺	.46 ⁺⁺	.46 ⁺⁺	.57 ⁺⁺	.49 ⁺⁺		.50 ⁺⁺
QOL-Global	.21 ⁺⁺	.47 ⁺⁺	.65 ⁺⁺	.58 ⁺⁺	.59 ⁺⁺	.53 ⁺⁺	.68 ⁺⁺	.63 ⁺⁺	.70 ⁺⁺	.42 ⁺⁺	.50 ⁺⁺	
KKG-I	-.03	.18 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.36 ⁺⁺	.31 ⁺⁺	.17 ⁺⁺	.29 ⁺⁺	.30 ⁺⁺	.32 ⁺⁺	.14 ⁺	.15 ⁺⁺	.31 ⁺⁺
KKG-EP	.27 ⁺⁺	.02	.14 ⁺	.03	.21 ⁺⁺	.14 ⁺	.13 ⁺	.08	.18 ⁺⁺	.07	.20 ⁺⁺	.19 ⁺⁺
KKG-EF	.03	-.10	-.02	-.05	.00	-.04	-.04	-.09	-.03	-.03	.04	.08
FKV-DV	.00	-.43 ⁺⁺	-.41 ⁺⁺	-.33 ⁺⁺	-.29 ⁺⁺	-.29 ⁺⁺	-.42 ⁺⁺	-.45 ⁺⁺	-.42 ⁺⁺	-.22 ⁺⁺	-.18 ⁺⁺	-.27 ⁺⁺
FKV-APC	.19 ⁺⁺	.18 ⁺⁺	.22 ⁺⁺	.17 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	.27 ⁺⁺	.28 ⁺⁺	.41 ⁺⁺	.13 ⁺	.24 ⁺⁺	.21 ⁺⁺
FKV-AS	.03	.25 ⁺⁺	.26 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	.37 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.30 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.37 ⁺⁺	.09	.17 ⁺⁺	.25 ⁺⁺
FKV-RS	.19 ⁺⁺	.11	.11	.11	.25 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	.18 ⁺⁺	.11	.21 ⁺⁺	.16 ⁺⁺	.15 ⁺	.22 ⁺⁺
FKV-BW	-.01	-.27 ⁺⁺	-.25 ⁺⁺	-.18 ⁺⁺	-.11	-.16 ⁺⁺	-.21 ⁺⁺	-.27 ⁺⁺	-.28 ⁺⁺	-.13 ⁺	-.19 ⁺⁺	-.13 ⁺
FBA-G	-.01	-.30 ⁺⁺	-.17 ⁺⁺	-.15 ⁺	-.08	-.10	-.17 ⁺⁺	-.22 ⁺⁺	-.21 ⁺⁺	-.07	-.15	-.04

Anmerkungen: ^{+) p ≤ .05, ^{++) p ≤ .01, bleibt signifikant nach α -Fehleradjustierung ($\alpha = .002$)}}

Fortsetzung Tabelle 4.72: Pearson-Korrelationen der Subskalen- und Gesamtscores bezüglich der Patientensterichprobe (n = 328)

	KKG-I	KKG-EP	KKG-EF	FKV-DV	FKV-APC	FKV-AS	FKV-RS	FKV-BW	FBA-G
ZUF-8	-.03	.27 ⁺⁺	.03	.00	.19 ⁺⁺	.03	.19 ⁺⁺	-.01	-.01
SWN-K-SK	.18 ⁺⁺	.02	-.10	-.43 ⁺⁺	.18 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.11	-.27 ⁺⁺	-.30 ⁺⁺
SWN-K-PW	.25 ⁺⁺	.14 ⁺⁺	-.02	-.41 ⁺⁺	.22 ⁺⁺	.26 ⁺⁺	.11	-.25 ⁺⁺	-.17 ⁺⁺
SWN-K-MF	.26 ⁺⁺	.03	-.05	-.33 ⁺⁺	.17 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	.11	-.18 ⁺⁺	-.15 ⁺
SWN-K-ER	.31 ⁺⁺	.21 ⁺⁺		-.29 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.37 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	-.11	-.08
SWN-K-SI	.17 ⁺⁺	.14 ⁺	-.04	-.29 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	-.16 ⁺⁺	-.10
SWN-K-Global	.29 ⁺⁺	.13 ⁺	-.04	-.42 ⁺⁺	.27 ⁺⁺	.30 ⁺⁺	.18 ⁺⁺	-.21 ⁺⁺	-.17 ⁺⁺
QOL-PH	.30 ⁺⁺	.08	-.09	-.45 ⁺⁺	.28 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.11	-.27 ⁺⁺	-.22 ⁺⁺
QOL-PS	.32 ⁺⁺	.18 ⁺⁺	-.03	-.42 ⁺⁺	.41 ⁺⁺	.37 ⁺⁺	.21 ⁺⁺	-.28 ⁺⁺	-.21 ⁺⁺
QOL-SB	.14 ⁺	.07	-.03	-.22 ⁺⁺	.13 ⁺	.09	.16 ⁺⁺	-.13 ⁺	-.07
QOL-UM	.15 ⁺⁺	.20 ⁺⁺	.04	-.18 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	.17 ⁺⁺	.15 ⁺	-.19 ⁺⁺	-.15 ⁺
QOL-Global	.31 ⁺⁺	.19 ⁺⁺	.08	-.27 ⁺⁺	.21 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.22 ⁺⁺	-.13 ⁺	-.04
KKG-I		.20 ⁺⁺	.11	-.09 ⁺⁺	.12 ⁺	.21 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	-.02 ⁺⁺	.07
KKG-EP	.20 ⁺⁺	.00	.40 ⁺⁺	.03	.31 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.04 ⁺⁺	.04
KKG-EF	.11	.40 ⁺⁺		.08	.05	.14 ⁺	.26 ⁺⁺	.12 ⁺	.09
FKV-DV	-.09	.03	.08		-.17 ⁺⁺	-.12 ⁺	.08	.44 ⁺⁺	.25 ⁺⁺
FKV-APC	.12 ⁺	.31 ⁺⁺	.05	-.17 ⁺⁺		.53 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	-.13 ⁺	-.04
FKV-AS	.21 ⁺⁺	.25 ⁺⁺	.14 ⁺	-.12 ⁺	.53 ⁺⁺		.46 ⁺⁺	-.01	-.03
FKV-RS	.25 ⁺⁺	.33 ⁺⁺	.26 ⁺⁺	.08	.33 ⁺⁺	.46 ⁺⁺		.07	.10
FKV-BW	-.02	.04	.12 ⁺	.44 ⁺⁺	-.13 ⁺	-.12	.07		.18 ⁺⁺
FBA-G	.07	.04	.09	.25 ⁺⁺	-.04	-.03	.10	.18 ⁺⁺	

Anmerkungen: ⁺) $p \leq .05$, ⁺⁺) $p \leq .01$, bleibt signifikant nach α -Fehleradjustierung ($\alpha = .002$)

Tabelle 4.73: Pearson-Korrelationen der Subskalen und Gesamtscores bezüglich der Angehörigenstichprobe (n = 145)

	ZUF-8	QOL-PH	QOL-PS	QOL-SB	QOL-UM	QOL-Global	KKG-I	KKG-EP	KKG-EF	FKV-DV	FKV-APC	FKV-AS	FKV-RS	FKV-BW	FBA-G
ZUF-8		.05	.02	.11	.19 ⁺	.13	-.14	.17 ⁺	.15	-.07	.19 ⁺	.03	.06	-.17 ⁺	-.30 ⁺⁺
QOL-PH	.05		.58 ⁺⁺	.18 ⁺	.42 ⁺⁺	.53 ⁺⁺	.19 ⁺	-.16	-.19	-.12	-.04	.05	-.09	-.09	-.18 ⁺
QOL-PS	.02	.58 ⁺⁺		.40 ⁺⁺	.58 ⁺⁺	.62 ⁺⁺	-.03	-.09	-.34 ⁺⁺	-.40 ⁺⁺	.21 ⁺	.09	.07	-.18	-.22 ⁺
QOL-SB	.11	.18 ⁺	.40 ⁺⁺		.40 ⁺⁺	.47 ⁺⁺	-.04	.22 ⁺⁺	-.14	-.33 ⁺⁺	.19 ⁺	-.03	.07	-.02	-.24 ⁺⁺
QOL-UM	.19 ⁺	.42 ⁺⁺	.58 ⁺⁺	.40 ⁺⁺		.44 ⁺⁺	-.05	.06	-.30 ⁺⁺	-.27 ⁺⁺	.29 ⁺⁺	-.02	.00	-.15	-.20 ⁺
QOL-Global	.13	.53 ⁺⁺	.62 ⁺⁺	.47 ⁺⁺	.44 ⁺⁺		.00	.00	-.15	-.24 ⁺⁺	.25	-.02	.11	-.05	-.08
KKG-I	-.14	.19 ⁺	-.03	-.04	-.05	.00		.10	-.03	-.02	-.04	.01	-.08	-.02	.12
KKG-EP	.17 ⁺	-.16	-.09	.22 ⁺⁺	.06	.00	.10		.21 ⁺	.06	.11	.11	.15	.17 ⁺	-.04
KKG-EF	.15	-.19 ⁺	-.34 ⁺⁺	-.14	-.30 ⁺⁺	-.15	-.03	.21 ⁺		.40 ⁺⁺	-.17 ⁺	-.10	.33 ⁺⁺	.24 ⁺⁺	.08
FKV-DV	-.07	-.12	-.40 ⁺⁺	-.33 ⁺⁺	-.27 ⁺⁺	-.24 ⁺⁺	-.02	.06	.40 ⁺⁺		-.10	.19 ⁺	.14	.42 ⁺⁺	.35 ⁺⁺
FKV-APC	.19 ⁺	-.04	.21 ⁺	.19 ⁺	.29 ⁺⁺	.15	-.04	.11	-.17 ⁺	-.10		.39 ⁺⁺	.28 ⁺⁺	-.04	.19 ⁺
FKV-AS	.03	.05	.09	-.03	-.02	-.02	.01	.11	-.10	.19 ⁺	.39 ⁺⁺		.19 ⁺	.25 ⁺⁺	.21
FKV-RS	.06	-.09	.07	.07	.00	.11	-.08	.15	.33 ⁺⁺	.14	.28 ⁺⁺	.19 ⁺		.17 ⁺	.24 ⁺⁺
FKV-BW	-.17	-.09	-.18 ⁺	-.02	-.15	-.05	-.02	.17 ⁺	.24 ⁺⁺	.42 ⁺⁺	-.04	.25 ⁺⁺	.17 ⁺		.31 ⁺⁺
FBA-G	-.30 ⁺⁺	-.18 ⁺	-.22 ⁺	-.24 ⁺⁺	-.20 ⁺	-.08	.12	-.04	.08	.35 ⁺⁺	.19 ⁺	.21 ⁺	.24 ⁺⁺	.31 ⁺⁺	

Anmerkungen: ^{+) p ≤ .05, ^{++) p ≤ .01, bleibt signifikant nach α -Fehleradjustierung ($\alpha = .003$)}}

Um auch die Zusammenhänge bezüglich der aus den Faktorenanalysen ermittelten Belastungsfaktoren und den übrigen Subskalen und Gesamtscores zu ermitteln, wurden sowohl für die Patienten- wie die Angehörigenstichprobe ebenfalls Pearson-Korrelationen berechnet (vgl. Tab. 4.74).

Tabelle 4.74: Pearson-Korrelationen der aus der Faktorenanalyse ermittelten Belastungsfaktoren mit den Subskalen und Gesamtscores der Patientenstichprobe (n = 328) und der Angehörigenstichprobe (n = 145)

	Patientenstichprobe		Angehörigenstichprobe	
	Institution, Emotionen, Gesundheit betreffender Belastungsfaktor (IEGB)	Zeit und Finanzen betreffender Belastungsfaktor (ZFB)	Zeit, Gesundheit, Emotionen und Freizeit betreffender Belastungsfaktor (ZGEFB)	Institution und Finanzen betreffender Belastungsfaktor (IFB)
ZUF-8	-.10	.09	-.04	-.37 ⁺⁺
SWN-K-SK	-.21 ⁺⁺	-.22 ⁺⁺	-	-
SWN-K-PW	-.13 ⁺	-.11	-	-
SWN-K-MF	-.13 ⁺	-.08	-	-
SWN-K-ER	-.09	-.03	-	-
SWN-K-SI	-.08	-.06	-	-
SWN-K-Global	-.15 ⁺	-.09	-	-
QOL-PH	-.18 ⁺⁺	-.13 ⁺	-.12	-.15
QOL-PS	-.16 ⁺⁺	-.13	-.25 ⁺⁺	-.01
QOL-SB	-.12 ⁺	.03	-.21 ⁺	-.12
QOL-UM	-.15 ⁺	-.06	-.10	-.21 ⁺
QOL-Global	-.01	-.06	-.07	-.03
KKG-I	.11	-.02	.12	.05
KKG-EP	.01	.06	.04	-.11
KKG-EF	.04	.09	.06	.04
FKV-DV	.23 ⁺⁺	.12	.35 ⁺⁺	.11
FKV-APC	-.01	-.05	.17	.10
FKV-AS	.03	-.08	.20 ⁺	.06
FKV-RS	.11	.03	.24 ⁺⁺	.08
FKV-BW	.09	.17 ⁺⁺	.26 ⁺⁺	.19 ⁺
FBA-G	.73 ⁺⁺	.68 ⁺⁺	.82 ⁺⁺	.56 ⁺⁺
IEGB	1		-	-
ZFB		1	-	-
ZGEFB	-	-	1	
IFB	-	-		1

Anmerkungen: ⁺⁾ $p \leq .05$, ⁺⁺⁾ $p \leq .01$, bleibt signifikant nach α -Fehleradjustierung ($\alpha = .002$ in der Patientenstichprobe und $\alpha = .003$ in der Angehörigenstichprobe)
Sowohl in der Patienten- wie in der Angehörigenstichprobe korrelieren die zwei faktorenanalytisch ermittelten Belastungsfaktoren je positiv und hochsignifikant mit dem Belastungsglobalscore ($.56 \leq r \leq .82$, $p \leq .001$).

In der Patientenstichprobe bestehen weitere, nach α -Fehleradjustierung signifikante Korrelationen zwischen der Subskala Selbstkontrolle des SWN und den zwei faktorenanalytisch bestimmten Belastungsfaktoren IEGB ($r = -.21$, $p \leq .001$) und ZFB ($r = -.22$, $p \leq .001$) sowie zwischen einem depressivem Krankheitsverarbeitungsstil und dem Institution, Emotionen und Gesundheit betreffendem Belastungsfaktor (IEGB) ($r = .23$, $p \leq .001$).

Die einzige weitere nach α -Fehleradjustierung signifikante Korrelation der Angehörigenstichprobe besteht zwischen dem depressivem Krankheitsverarbeitungsstil und dem Zeit, Gesundheit, Emotionen und Freizeit betreffenden Belastungsfaktor (ZGEFB) ($r = .35$, $p \leq .001$).

4.7.2 Regressionsanalysen

Da die Items „Berufliche Belastung“ und „Einschränkungen in der Freizeitgestaltung“ des Fragebogens zur Belastung der Angehörigen (FBA) nicht als Bestandteil der aus der Faktorenanalyse extrahierten Faktoren zu betrachten sind, werden sie in den Regressionsanalysen nicht berücksichtigt.

4.7.2.1 Analysestichprobe der Patienten

4.7.2.1.1 Belastungen der Angehörigen eingeschätzt durch die Patienten

Prädiktoren für die durch die Patienten *eingeschätzte Belastung* ihres Angehörigen sind: Selbstkontrolle und emotionale Regulation unter Medikation, psychische Lebensqualität und depressiver Verarbeitungsstil des Patienten, seine Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, sein Familienstand und, ob Bedrohungen bzw. Tötlichkeiten während des stationären Aufenthaltes von dem Patienten ausgingen (vgl. Tab. 4.75).

Verheiratete oder mit einem Partner/in zusammenlebende Patienten mit guter emotionaler Regulation aber geringer Selbstkontrolle unter Medikation, welche während ihres stationären Aufenthalts bedrohliches Verhalten zeigten, halten ihren Angehörigen für stärker belastet. Ebenso weisen vermehrte depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien der Patienten, eine geringe psychische Lebensqualität und eine eher höhere Zufriedenheit mit ihrem Leben auf eine stärkere Belastungseinschätzung der Angehörigen durch die Patienten hin. Die durch die Prädiktoren aufgeklärte Varianz beträgt 27.8 %.

Tabelle 4.75: Prädiktion der durch die Patienten eingeschätzten Belastung ihres Angehörigen mittels multipler linearer Regressionsanalyse

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
SWN-K-ER	.245	.012
Familienstand verheiratet oder zusammenlebend	.293	.000
FKV-DV	.149	.030
Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthaltes	.132	.030
Zufriedenheit	-.200	.019
QOL-PS	-.247	.017
SWN-K-SK	-.297	.000

Anmerkungen: $F = 11.687$, $df = 7$, $p \leq .000$, $R^2 = 27.8$, $n = 220$

Für die zwei durch die Faktorenanalyse ermittelten Belastungsfaktoren wurden ebenfalls Prädiktoren ermittelt (vgl. Tab. 4.76).

Ehepartner und eher jüngere Patienten, welche nicht zum ersten Mal erkrankt sind, eine geringere physische Lebensqualität und vermehrte interne Kontrollüberzeugungen aufweisen, halten ihren Angehörigen in den Bereichen „Institutionelle, emotionale und gesundheitliche Belastung (IEGB)“ für stärker belastet.

Tabelle 4.76: Prädiktion des durch die Patienten eingeschätzten Faktors „Institutionelle, emotionale und gesundheitliche Belastung der Angehörigen (IEGB)“ mittels multipler linearer Regressionsanalyse

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
Beziehung zum Patienten: Ehepartner	.268	.000
KKG-I	.176	.008
Alter bei Aufnahme	-.141	.036
Ersterkrankung	-.157	.014
QOL-PH	-.235	.002

Anmerkungen: $F = 8.672$, $df = 5$, $p \leq .000$, $R^2 = 16.7$, $n = 223$

Prädiktoren für die „Zeitliche und finanzielle Belastung (ZFB)“ als zweiten Faktor der Faktorenanalyse sind die Selbstkontrolle des Patienten unter Medikation, das Alter bei der Aufnahme, der Familienstand, ob der Patient in einer therapeutischen Wohngemeinschaft lebt und ob Fixierungen sowie Aggressionen während des Aufenthalts vorkamen (vgl. Tab. 4.77).

Jüngere, verheiratete oder in einer festen Partnerschaft lebende Patienten, welche nicht in einer therapeutischen Wohngemeinschaft leben, über wenig Selbstkontrolle unter Medikation verfügen und Bedrohungen/Tätlichkeiten während ihres stationären Aufenthalts aufwiesen, ohne dass sie fixiert wurden, halten ihre Angehörigen in den Bereichen „Zeitliche und finanzielle Belastung (ZFB)“ für stärker belastet.

Tabelle 4.77: Prädiktion des durch die Patienten eingeschätzten Faktors „Zeitliche und finanzielle Belastung der Angehörigen (ZFB)“ mittels multipler linearer Regressionsanalyse

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthaltes	.328	.000
Familienstand verheiratet oder zusammenlebend	.249	.000
Alter bei Aufnahme	-.164	.018
Therapeutische Wohngemeinschaft	-.176	.008
SWN-K-SK	-.179	.006
Fixierung während des stationären Aufenthaltes	-.278	.002

Anmerkungen: $F = 7.186$, $df = 6$, $p \leq .000$, $R^2 = 17.4$, $n = 212$

4.7.2.1.2 Kontrollüberzeugungen

Die Prädiktoren der jeweiligen *Kontrollüberzeugung* (KKG) sind in Tabelle 4.78 dargestellt.

Die für eine interne Kontrollüberzeugung ermittelten Prädiktoren sind die Behandlungszufriedenheit, die mentalen Funktionen unter Medikation, der Verarbeitungsstil Religiosität und Sinnsuche, die Zufriedenheit mit dem Leben sowie die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsgestörte Patienten, die mit der Behandlung unzufrieden sind, gute mentale Funktionen unter Medikation besitzen, auf Religiosität und Sinnsuche als Bewältigungsstrategie zurückgreifen und mit ihrem Leben zufrieden sind, besitzen hohe interne Kontrollüberzeugungen. Die Varianzaufklärung beträgt 23.6 % (n = 270).

External-soziale Kontrollüberzeugungen weisen die Patienten auf, welche vermehrt aktiv problemorientiertes Coping sowie Religiosität und Sinnsuche als Bewältigungsstrategien anwenden, über eine hohe Behandlungszufriedenheit verfügen und deren durch den Therapeuten beurteiltes psychosoziales Funktionsniveau bei Aufnahme besser ist. Des Weiteren erweist sich die Diagnose des Patienten als Prädiktor: Diejenigen Patienten, die weder an einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60/61) noch an einer unipolar affektiven Erkrankung (ICD-10: F32/33) leiden, greifen vermehrt auf external-soziale Kontrollüberzeugungen zurück. Die durch die aufgeführten Prädiktoren aufgeklärte Varianz beträgt 27.7 % (n = 262).

External-fatalistische Kontrollüberzeugungen weisen eher nach der Entlassung gesetzlich betreute Patienten mit einer schlechten Selbstkontrolle unter Medikation auf sowie Patienten, die vermehrt Religiosität und Sinnsuche als Bewältigungsstrategie einsetzen und keine positiven Veränderungen infolge der Erkrankung sehen. Die Varianzaufklärung liegt bei 20.1 % (n = 246).

Tabelle 4.78: Prädiktoren der Kontrollüberzeugungen (Skalen des KKG) der Patienten mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Wert und Signifikanzniveau

	KKG-I	KKG-EP	KKG-EF
ZUF-8	-.139 [*]	.264 ^{**}	
SWN-K- SK			-.153 ^{**}
SWN-K-MF	-.156 [*]		
FKV-AS		.131 [*]	
FKV-RS	.227 ^{**}	.220 ^{**}	.323 ^{**}
Positive Veränderung			.257 ^{**}
Zufriedenheit	-.325 ^{**}		
GAF bei Aufnahme		.153 ^{**}	.258 ^{**}
Diagnose F60/61	.125 [*]	-.203 ^{**}	
Diagnose F32/33		-.158 ^{**}	

Anmerkungen: ^{*}) $p \leq .05$, ^{**}) $p \leq .01$

4.7.2.1.3 Krankheitsbewältigung

In Tabelle 4.79 ist die Prädiktion der *Bewältigungsstrategien* (FKV) dargestellt.

Ein depressiver Verarbeitungsstil wird von einer mangelnden Selbstkontrolle, einer geringen physischen Lebensqualität sowie einer für die Angehörigen sehr hoch eingeschätzten Belastung vorhergesagt. Die durch die Prädiktoren aufgeklärte Varianz beträgt 30.7 % (n = 255).

Prädiktoren eines aktiv problemorientierten Verarbeitungsstils sind die psychische Lebensqualität, sozial-externale Kontrollüberzeugungen, Zufriedenheit mit dem Leben sowie die Frage, ob Therapieresistenz vorliegt. Patienten ohne vorliegende Therapieresistenz, mit hoher psychischer Lebensqualität, hohen sozial-externalen Kontrollüberzeugungen und einer geringen Zufriedenheit mit dem Leben wenden signifikant häufiger aktiv problemorientierte Verarbeitungsstile an. Die aufgeklärte Varianz beträgt 24.8 % (n = 253).

Ablenkung und Selbstaufbau als Verarbeitungsstil wird vorhergesagt von einer hohen psychischen Lebensqualität, hohen sozial-external wie sozial-fatalistischen Kontrollüberzeugungen sowie dem Vorhandensein von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und von Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthaltes. Die Varianzaufklärung liegt bei 19.5 % (n = 256).

Auf die Bewältigungsstrategie Religiosität und Sinnsuche greifen eher ältere männliche Patienten zurück, die mit der Behandlung zufrieden sind, obgleich sie unerwünschte Arzneimittelwirkungen haben. Weitere Prädiktoren sind sowohl interne wie external-fatalistische Kontrollüberzeugungen und positive Veränderungen infolge der Erkrankung. Die hier aufgeführten Prädiktoren klären 25.3 % der Varianz auf (n = 235).

Bei der Prädiktion des Verarbeitungsstils Bagatellisierung und Wunschdenken erweisen sich die Selbstkontrolle, das physische Wohlbefinden sowie die emotionalen Regulationen unter Medikation, die Lebensqualität bezüglich der Umwelt sowie das durch den Therapeuten beurteilte psychosoziale Funktionsniveau bei Aufnahme als signifikante Prädiktoren. Patienten mit einem höheren psychosozialen Funktionsniveau bei Aufnahme und guten emotionalen Regulationen, aber mangelnder Selbstkontrolle und schlechtem physischem Wohlbefinden unter Medikation sowie einer geringen Lebensqualität bezüglich der Umwelt verwenden häufiger den Verarbeitungsstil Bagatellisierung und Wunschdenken. Die Varianzaufklärung beträgt 14.1 % (n = 269).

Tabelle 4.79: Prädiktion der Bewältigungsstrategien (Skalen des FKV) der Patienten mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Wert und Signifikanzniveau

	FKV-DV	FKV-APC	FKV-AS	FKV-RS	FKV-BW
ZUF-8				.144 [*]	
SWN-K-SK	-.313 ^{**}				-.224 ^{**}
SWN-K-PW					-.244 ^{**}
SWN-K-ER					.211 [*]
QOL-PH	-.275 ^{**}				
QOL-PS		.433 ^{**}	.302 ^{**}		
QOL-UM					-.129 [*]
KKG-I				.155 [*]	
KKG-EP		.287 ^{**}	.141 [*]	.269 ^{**}	
KKG-EF			.126 [*]		
FBA-G	.100				
GAF-A					.147 [*]
Positive Veränderung Zufriedenheit mit dem Leben		.164 [*]		-.265 ^{**}	
Therapieresistenz		-.133 [*]			
Unerwünschte Arzneimittelwirkun- gen			.169 ^{**}	.173 ^{**}	
Bedrohungen/Tätli- chkeiten während des stationären Aufenthaltes			.115 [*]		
Alter				.172 ^{**}	
Geschlecht				.137 [*]	

Anmerkungen: ^{*)} $p \leq .05$, ^{**) $p \leq .01$}

4.7.2.1.4 Behandlungszufriedenheit

Signifikante Prädiktoren der *Behandlungszufriedenheit* (ZUF-8) sind die WHOQOL-BREF-Domänen psychische Lebensqualität, Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen sowie Lebensqualität bezüglich der Umwelt, die KKG-Subskala sozial-externale sowie fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen und ob eine gesetzliche Betreuung für den Patienten bei der stationären Aufnahme vorliegt. Sie klären zusammen 33.9 % der Varianz auf (vgl. Tab. 4.80).

Eine hohe Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen wie bezüglich der Umwelt, eine geringe psychische Lebensqualität, hohe sozial-externale und geringe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen sowie keine gesetzliche Betreuung bei der stationären Aufnahme sagen eine hohe Behandlungszufriedenheit voraus (vgl. Tab. 4.80). Weitere objektive Kriterien wie der durch den Therapeuten eingeschätzte Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung haben auf die Behandlungszufriedenheit keinen signifikanten Einfluss.

Tabelle 4.80: Prädiktion der Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) der Patienten mittels multipler linearer Regressionsanalyse

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
QOL-UM	.366	.007
KKG-EP	.314	.000
QOL-SB	.162	.007
KKG-EF	-.115	.049
QOL-PS	-.184	.006
Gesetzliche Betreuung bei Aufnahme	-.205	.000

Anmerkungen: $F = 20.995$, $df = 6$, $p \leq .000$, $R^2 = 33.9$, $n = 263$

4.7.2.1.5 Lebensqualität

In Tabelle 4.81 ist die Prädiktion der *Lebensqualität (WHOQOL-BREF)* dargestellt.

Patienten mit guten mentalen Funktionen und gutem physischen Wohlbefinden unter Medikation, die kaum depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien nutzen und eher sehr zufrieden mit ihrem Leben sind, weisen eine bessere physische Lebensqualität auf. Die Varianzaufklärung beträgt 52.7 % (n = 278).

Für eine hohe psychische Lebensqualität erweisen sich eine soziale Integration, gute Selbstkontrolle und physisches Wohlbefinden unter Medikation, die Anwendung aktiv problemorientierter Verarbeitungsstrategien, eine hohe Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt sowie das männliche Geschlecht als hochsignifikante Prädiktoren. Sie klären mit 74.7 % einen sehr hohen Varianzanteil auf (n = 274).

Patienten, die über eine hohe Selbstkontrolle unter Medikation und eine große Zufriedenheit mit dem Leben verfügen, ferner weiblichen Geschlechts sind und keine Aggressionen während ihres stationären Aufenthaltes aufweisen, haben eine bessere Lebensqualität in dem Bereich der sozialen Beziehungen. Die durch die Prädiktoren aufgeklärte Varianz beträgt 23.1 % (n = 259).

Eine hohe Lebensqualität bezüglich der Umwelt ist abhängig von einer guten Behandlungszufriedenheit, einer hohen sozialen Integration, internalen Kontrollüberzeugungen, geringer Verwendung des Verarbeitungsstils Bagatellisierung und Wunschdenken, Familienstand verheiratet oder zusammenlebend sowie Freiwilligkeit bezüglich der stationären Aufnahme, keine Suizidgedanken und einem hohem CGI-Wert (Clinical Global Impression). Die Varianzaufklärung beträgt 44.0 % (n = 224).

Bezüglich der globalen Lebensqualität erweisen sich die Prädiktoren Behandlungszufriedenheit, physisches Wohlbefinden, soziale Integration, Zufriedenheit mit dem Leben und positive Veränderungen als signifikant. Patienten, mit guter Behandlungszufriedenheit, die unter Medikation ein hohes physisches Wohlbefinden aufweisen, gut sozial integriert sind, zufriedener mit ihrem Leben sind und positive Veränderungen infolge der Erkrankung nennen können, verfügen über eine höhere globale Lebensqualität. Die Varianzaufklärung ist mit 56.3 % sehr hoch (n = 274).

Tabelle 4.81: Prädiktion der Lebensqualität (Skalen des WHOQOL-BREF) der Patienten mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Werte und Signifikanzniveau

	QOL-PH	QOL-PS	QOL-SB	QOL-UM	QOL-Global
ZUF-8					.134**
SWN-K-PW	.328**	.323**			.445**
SWN-K-SK		.190**	.213**		
SWN-K-MF	.251**				
SWN-K-SI		.137**			.128*
FKV-DV	-.145**				
FKV-APC		.175**			
Positive Veränderung					-.092*
Zufriedenheit mit Leben	-.206**	-.339**	-.336**		-.273**
Geschlecht		.094**	-.123**		
Bedrohungen/ Tätlichkeiten während des stationären Aufenthaltes			-.126**		

Anmerkungen: *) $p \leq .05$, **) $p \leq .01$

4.7.2.1.6 Subjektives Wohlbefinden unter neuroleptischer Medikation

Tabelle 4.82 stellt die Prädiktion der *subjektiven Befindlichkeit unter Medikation* (SWN-K) dar.

Eine hohe psychische Lebensqualität, eine geringe depressive Verarbeitung der Erkrankung, ein geringer Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme nach Einschätzung des behandelnden Therapeuten sowie Patienten, die sich als für ihre Angehörigen sehr belastend einschätzen sind signifikante Prädiktoren für ein hohes Ausmaß an Selbstkontrolle unter Medikation. Die Varianzaufklärung beträgt 46.1 % (n = 236).

Sehr gute Prädiktoren des physischen Wohlbefindens unter Medikation sind eine gute physische, psychische wie globale Lebensqualität zusammen mit einer geringen depressiven Verarbeitung, einem nicht chronischen Verlauf der Erkrankung sowie fehlender Nennung von positiven Veränderungen nach der Erkrankung. Sie klären 61.1 % der Varianz auf (n = 247).

Die mentalen Funktionen unter Medikation werden von der physischen, psychischen, globalen und der Lebensqualität bezüglich der Umwelt vorhergesagt. Patienten, die über eine hohe physische, psychische und globale Lebensqualität sowie eine geringe Lebensqualität bezüglich der Umwelt verfügen, weisen eine bessere mentale Funktion auf. Die vier Prädiktoren klären mit 52.2 % einen hohen Anteil der Varianz auf (n = 297).

Auf die Subskala der emotionalen Regulation haben die Skalen psychische Lebensqualität, globale Lebensqualität, internale Kontrollüberzeugungen und die Krankheitsverarbeitungsstrategie Ablenkung und Selbstaufbau signifikanten Einfluss. Patienten die häufig die Verarbeitungsstrategie Ablenkung und Selbstaufbau benützen sowie über eine hohe psychische wie globale Lebensqualität und hohe internale Kontrollüberzeugungen verfügen, besitzen eine bessere emotionale Regulation. Die vier genannten Prädiktoren klären 54.3 % der Varianz auf (n = 284).

Hochsignifikante Prädiktorvariablen bezüglich der sozialen Integration des Patienten sind die psychische und globale Lebensqualität der Patienten sowie ihr Geschlecht. Eine hohe psychische wie globale Lebensqualität und weibliches Geschlecht sagen eine bessere soziale Integration des Patienten voraus. Die Varianzaufklärung liegt bei 42.2 % (n = 299).

Relevante Prädiktoren für die globale Befindlichkeit unter Medikation sind wiederum die psychische und globale Lebensqualität, ein depressiver Verarbeitungsstil sowie das Geschlecht des Patienten. Eine hohe psychische wie globale Lebensqualität, geringe depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien sowie weibliches Geschlecht sind signifikante Prädiktoren für die globale Befindlichkeit. Die aufgeklärte Varianz ist mit 69.9 % sehr hoch ($n = 276$).

Tabelle 4.82: Prädiktion der subjektiven Befindlichkeit unter Medikation (Skalen des SWN-K) der Patienten mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Wert und Signifikanzniveau

	SWN-K. -SK	SWN-K. PW	SWN-K. MF	SWN-K. ER	SWN-K. SI	SWN-K. Global
QOL-PH		.213 ^{**}	.206 ^{**}			
QOL-PS	.484 ^{**}	.338 ^{**}	.458 ^{**}	.512 ^{**}	.510 ^{**}	.602 ^{**}
QOL-UM			-.104 [*]			
QOL-Global		.271 ^{**}	.193 ^{**}	.183 ^{**}	.194 ^{**}	.239 ^{**}
KKG-I				.091 [*]		
FKV-DV	-.242 ^{**}	-.094 [*]				-.126 ^{**}
FKV-AS				.113 [*]		
FBA-G	-.145 ^{**}					
CGI-A	-.145 ^{**}					
Geschlecht					-.149 ^{**}	-.087 [*]
Chronischer Verlauf		-.103 [*]				
Positive Veränderung		.096 [*]				

Anmerkungen: ^{*)} $p \leq .05$, ^{**) $p \leq .01$}

4.7.2.1.7 Schweregrad der Erkrankung (CGI-Werte)

Die Prädiktion des durch den behandelnden Therapeuten mittels CGI eingeschätzten *Schweregrades der Erkrankung* bei Aufnahme ist in Tabelle 4.83 dargestellt.

Der Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme (CGI-A) lässt sich vorhersagen durch die Prädiktoren bipolar affektive Störung, Selbstkontrolle und mentale Funktion unter Medikation, Lebensqualität bezüglich der Umwelt, kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995, deutliches Abweichen von früheren Zuständen als zur Aufnahme führender Zustand, gesetzliche Betreuung bei Aufnahme und Therapieresistenz. Demzufolge werden die Patienten bei Aufnahme als besonders krank eingeschätzt, welche an einer bipolar affektiven Störung leiden, wenig Selbstkontrolle unter Medikation aber gute mentale Funktionen sowie eine gute Lebensqualität bezüglich der Umwelt haben. Weitere Prädiktoren sind eine hohe kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995, das Vorliegen von Therapieresistenz in der Psychopharmakotherapie sowie das Bestehen einer gesetzlichen Betreuung und ein deutliches Abweichen von früheren Zuständen als Art des zur Aufnahme führenden Zustandes.

Tabelle 4.83: Prädiktion des CGI bei Aufnahme der Patienten mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Wert und Signifikanzniveau

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
Therapieresistenz	.249	.000
Diagnose F31	.170	.007
Kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995	.165	.010
SWN-K-MF	.158	.050
Betreuung bei Aufnahme	.151	.019
QOL-UM	.129	.050
Art des zur Aufnahme führenden Zustands: Deutliches Abweichen von früheren Zuständen	.117	.055
SWN-K-SK	-.225	.005

Anmerkungen: $F = 7.484$, $df = 8$, $p \leq .000$, $R^2 = 21.9$, $n = 223$

Für den Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung (CGI-E-S) sowie für die Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt (CGI-E-I) wurden keine Prädiktoren ermittelt, da die Datenerhebung jeweils zeitnah zur stationären Aufnahme des Patienten erfolgte und bei Entlassung nicht wiederholt wurde. Eine regressionsanalytische Auswertung würde deshalb zu erheblichen, nicht akzeptablen Verzerrungen führen. Aus demselben Grund wurde auch die Prädiktion des durch den behandelnden Therapeuten eingeschätzten *psychosozialen Funktionsniveaus* der Patienten bei Entlassung (GAF-E) sowie dessen Maximalwert im letzten Jahr (GAF-max) unterlassen.

4.7.2.1.8 Psychosoziales Funktionsniveau (GAF-Werte)

Die Prädiktion des durch den behandelnden Therapeuten eingeschätzten *psychosozialen Funktionsniveaus* der Patienten bei Aufnahme zeigt Tabelle 4.84.

Der behandelnde Therapeut schätzt das psychosoziale Funktionsniveau bei Aufnahme hoch ein, wenn der Patient an einer Persönlichkeitsstörung leidet, der Patient eine hohe Selbstkontrolle und soziale Integration, aber eher geringe mentale Funktionen und geringe emotionale Regulationen unter Medikation aufweist, wenn der Patient über hohe sozial-externe Kontrollüberzeugungen verfügt und als Krankheitsverarbeitungsstrategie bevorzugt Bagatellisierung und Wunschdenken einsetzt. Weitere Prädiktoren für eine hohe Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus bei Aufnahme sind eine eher geringe kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995 sowie das Fehlen von Suizidgedanken bei Aufnahme und das Fehlen von Therapieresistenz.

Tabelle 4.84: Prädiktion des GAF-Wertes bei Aufnahme mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Wert und Signifikanzniveau

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
SWN-K-SK	.257	.007
Diagnose F60/61	.197	.007
SWN-K-SI	.153	.093
FKV-BW	.143	.039
KKG-EP	.141	.044
Suizidgedanken bei Aufnahme ohne Suizidversuch	-.136	.057
Kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995	-.219	.001
Therapieresistenz	-.223	.001
SWN-K-MF	-.232	.021
SWN-K-ER	-.242	.20

Anmerkungen: $F = 5.630$, $df = 10$, $p \leq .000$, $R^2 = 23.6$, $n = 193$

4.7.2.1.9 Verweildauer

Die Prädiktoren der *Verweildauer des stationären Aufenthalts* sind in Tabelle 4.85 dargestellt.

Eine längere Verweildauer lässt sich vorhersagen anhand eines schlechteren durch den Therapeuten beurteilten psychosozialen Funktionsniveaus bei Aufnahme, einer bestehenden gesetzlichen Betreuung bei Aufnahme, einer schlechteren globalen Lebensqualität des Patienten und wenn die Patienten weder verheiratet sind, noch mit einem/r Partner/in zusammen leben. Die aufgeklärte Varianz beträgt 15.2 %.

Tabelle 4.85: Prädiktion der Verweildauer mittels multipler linearer Regressionsanalyse: Beta-Werte und Signifikanzniveau

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
Betreuung bei Aufnahme	.235	.000
Familienstand verheiratet/zusammenlebend	-.147	.016
GAF-A	-.153	.010
QOL-Global	-.214	.000

Anmerkungen: $F = 11.236$, $df = 4$, $p \leq .000$, $R^2 = 15.2$, $n = 256$

4.7.2.2 Analysestichprobe der Angehörigen

Da das Item „Berufliche Belastung“ des Fragebogens zur Belastung der Angehörigen (FBA) nicht als Bestandteil der aus der Faktorenanalyse extrahierten Faktoren zu betrachtet ist, wird es in den Regressionsanalysen nicht berücksichtigt.

4.7.2.2.1 Belastungen der Angehörigen eingeschätzt durch die Angehörigen

Tabelle 4.86 gibt einen Überblick über die Prädiktoren der *Belastungen* der Angehörigen in ihrer eigenen Einschätzung.

Bei der Vorhersage der globalen Belastung sind die Verarbeitungsstrategien ein wichtiger Bestandteil: Angehörige, die aktiv problemorientiert bewältigen und vermehrt die Bewältigungsstrategie Religiosität und Sinnsuche einsetzen sind stärker belastet. Weitere Prädiktoren für eine starke globale Belastung der Angehörigen sind geringe psychische Lebensqualität, eine geringe Behandlungszufriedenheit sowie das Vorliegen eines chronischen Krankheitsverlaufes bei dem Patienten und Bedrohungen/Tätlichkeiten des Erkrankten während seines stationären Aufenthaltes. Die aufgeklärte Varianz beträgt 35.4 %.

Tabelle 4.86: Prädiktion der geschätzten Belastung der Angehörigen mittels multipler linearer Regressionsanalyse

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
FKV-APC	.263	.003
Chronischer Verlauf der Erkrankung	.237	.004
FKV-RS	.204	.019
Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthaltes	.170	.041
ZUF-8	-.247	.003
QOL-PS	-.294	.001

Anmerkungen: $F = 9.230$, $df = 6$, $p \leq .000$, $R^2 = 35.4$, $n = 108$

Für die zwei durch die Faktorenanalyse ermittelten Belastungsfaktoren wurden ebenfalls Prädiktoren ermittelt (vgl. Tab. 4.87). Angehörige von bipolar affektiv

Erkrankten sowie Erkrankten mit einem chronischen Krankheitsverlauf, Angehörige mit einer geringen psychischen Lebensqualität sowie Angehörige, welche vermehrt die Krankheitsbewältigungsstrategien depressive Verarbeitung und Religiosität und Sinnsuche einsetzen, halten sich in den Bereichen „Zeit, Gesundheit, Emotionen und Freizeit (ZGEFB)“ für stärker belastet. Die Varianzaufklärung liegt hier bei 27.6 %.

Tabelle 4.87: Prädiktion des „Zeit, Gesundheit, Emotionen und Freizeit betreffenden Belastungsfaktors (ZGEFB)“ mittels multipler linearer Regressionsanalyse

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
Chronischer Verlauf der Erkrankung	.253	.002
FKV-DP	.235	.009
FKV-RS	.209	.013
Diagnose F31	.206	.012
QOL-PS	-.184	.041

Anmerkungen: $F = 8.554$, $df = 5$, $p \leq .000$, $R^2 = 27.6$, $n = 118$

Prädiktoren des „Institution und Finanzen betreffenden Belastungsfaktors (IFB)“ als zweiten Faktor der Faktorenanalyse sind die Behandlungszufriedenheit sowie die Zufriedenheit des Angehörigen mit dem Leben insgesamt, die berufliche Situation des Angehörigen sowie die Frage, ob eine Betreuung bei der stationären Aufnahme des Erkrankten vorliegt (vgl. Tab. 4.88). Angehörige welche eine hohe Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt aber geringe Behandlungszufriedenheit aufweisen sowie Angehörige, welche nicht in Vollzeit berufstätig sind und für deren Patienten bereits zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine Betreuung besteht, halten sich in den Bereichen „Institution und Finanzen“ für stärker belastet. Die Varianzaufklärung beträgt 23.2 %.

Tabelle 4.88: Prädiktion des Faktors „Institution und Finanzen betreffende Belastungen (IFB)“ mittels multipler linearer Regressionsanalyse

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
Zufriedenheit des Angehörigen mit dem Leben	.195	.023
Gesetzliche Betreuung bei Aufnahme	.177	.040
Angehöriger ist in Vollzeit berufstätig	-.195	.022
ZUF-8	-.347	.000

Anmerkungen: $F = 8.213$, $df = 4$, $p \leq .000$, $R^2 = .232$, $n = 114$

4.7.2.2.2 Kontrollüberzeugungen

Die Prädiktion der *Kontrollüberzeugungen* der Angehörigen ist in Tabelle 4.89 dargestellt.

Eine hohe interne Kontrollüberzeugung liegt vor, wenn die Angehörigen eine hohe physische Lebensqualität, aber eine geringe psychische Lebensqualität haben sowie, wenn das durch den Therapeuten beurteilte psychosoziale Funktionsniveau des Patienten bei Aufnahme niedrig ist. Ferner ist eine Entweichung des Patienten Prädiktor für hohe interne Kontrollüberzeugungen. Die durch diese Prädiktoren aufgeklärte Varianz liegt bei 15.1 % (n = 121).

External-soziale Kontrollüberzeugungen weisen eher die weiblichen Angehörigen auf, welche in Vollzeit berufstätig sind, eine gute Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen haben, sich einer kirchlichen Gruppe verbunden fühlen, aber auch vermehrt depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien nützen. Weitere Prädiktoren für hohe external-soziale Kontrollüberzeugungen sind eine mit unter 20 km eher geringe Entfernung zur Klinik sowie eine gute Behandlungszufriedenheit der Angehörigen. Dies ist bemerkenswert, da ein eher schwererer Krankheitsgrad des Patienten bei Entlassung ebenfalls ein Prädiktor für external-soziale Kontrollüberzeugungen darstellt. Die Varianzaufklärung beträgt 23.8 % (n = 107).

External-fatalistische Kontrollüberzeugungen liegen dagegen eher bei Angehörigen vor, die depressive Verarbeitungsstrategien und Religiosität und Sinnsuche vermehrt anwenden und aktiv problemorientiertes Coping eher weniger einsetzen, sowie bei Angehörigen, die über eine geringe psychische Lebensqualität verfügen und mit der Behandlung zufrieden sind. Ein weiterer Prädiktor für hohe external-fatalistische Kontrollüberzeugungen ist eine depressive Erkrankung (F32/33) des Patienten. Die durch diese Prädiktoren aufgeklärte Varianz beträgt 40.6 % (n = 131).

Tabelle 4.89: Prädiktion der Kontrollüberzeugungen (Skalen des KKG) der Angehörigen mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Werte und Signifikanzniveau

	KKG-I	KKG-EP	KKG-EF
ZUF-8		.233 [*]	.175 [*]
QOL-PH	.342 ^{**}		
QOL-PS	-.210 [*]		-.233 ^{**}
QOL-SB		.267 ^{**}	
FKV-DP		.174 ^{**}	.263 ^{**}
FKV-APC			-.225 ^{**}
FKV-RS			.371 ^{**}
GAF-A	.215 [*]		
CGI-E-I		.196 [*]	
Entweichung	.211 [*]		
Diagnose F32/33			.147 [*]
Bis 20 km Entfernung zur Klinik		.159 [*]	
Angehöriger fühlt sich kirchlicher Gruppe verbunden		-.174 [*]	
Geschlecht des Angehörigen		-.212 [*]	
Angehöriger ist in Vollzeit berufstätig		.225 [*]	

Anmerkungen: ^{*)} $p \leq .05$, ^{**) $p \leq .01$}

4.7.2.2.3 Krankheitsbewältigung

In Tabelle 4.90 ist die Prädiktion der *Bewältigungsstrategien* der Angehörigen dargestellt.

Die Angehörigen greifen vor allem dann auf depressive Verarbeitungsstrategien zurück, wenn sie eine geringe Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen haben, über hohe external-fatalistische Kontrollüberzeugungen verfügen, hohe Belastungen infolge der Erkrankung des Patienten haben und nicht Hausfrau/-mann oder in Rente sind. Die Varianzaufklärung beträgt 34.3 % (n = 126).

Eine gute Lebensqualität bezüglich der Umwelt, aber geringe physische Lebensqualität des Angehörigen, eine hohe Belastung infolge der Erkrankung des Patienten sowie weibliches Geschlecht des Angehörigen und, dass der Patient bisher nicht fixiert wurde, sagen aktiv problemorientierte Verarbeitungsstrategien des Angehörigen voraus. Die Prädiktoren klären zusammen 34.4 % der Varianz auf (n = 116).

Prädiktoren für die Anwendung der Krankheitsverarbeitungsstrategie Ablenkung und Selbstaufbau sind weibliches Geschlecht der Angehörigen, ein Familieneinkommen von über 3.000 Euro, eher hohe Belastungen infolge der Erkrankung und eine gute Behandlungszufriedenheit. Diese Verarbeitungsstrategie wird vor allem dann angewandt, wenn der Schweregrad der Erkrankung des Patienten eher gering ist, die Angehörigen mindestens einmal eine Angehörigengruppe besucht haben und der Angehörige nicht Hausfrau/-mann oder in Rente ist. Durch die Prädiktoren werden 29.0 % der Varianz aufgeklärt (n = 111).

Von Religiosität und Sinnsuche als Bewältigung machen eher die Angehörigen Gebrauch, deren Belastungen infolge der Erkrankung eher hoch sind, die bereits einmal eine Angehörigengruppe besucht haben, die sich ferner einer kirchlichen Gruppe verbunden fühlen, eine eher bessere psychische Lebensqualität und hohe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen haben. Ebenso sind ein eher schlechtes psychosoziales Funktionsniveau des Patienten bei der stationären Aufnahme, notwendige Fixierung des Patienten sowie ein Familieneinkommen über 3.000 Euro als Prädiktoren von Bedeutung. Die Varianzaufklärung ist mit 46.8 % recht hoch (n = 111).

Ein Familieneinkommen über 2.000 aber unter 3.000 Euro sowie insgesamt eher hohe Belastungen infolge der Erkrankung erweisen sich als Prädiktoren für die

Bewältigungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken. Die aufgeklärte Varianz beträgt 13.1 % (n = 129).

Tabelle 4.90: Prädiktion der Bewältigungsstrategien (Skalen des FKV) der Angehörigen mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Werte und Signifikanzniveau

	FKV-DV	FKV-APC	FKV-AS	FKV-RS	FKV-BW
ZUF-8			.172 [*]		
QOL-PH		-.219 ^{**}			
QOL-PS				.153 [*]	
QOL-SB	-.220 ^{**}				
QOL-UM		.379 ^{**}			
KKG-EF	.349 ^{**}			.314 ^{**}	
FBA-G	.249 ^{**}	.301 ^{**}	.215 [*]	2.99 ^{**}	.318 ^{**}
GAF-A				.195 ^{**}	
CGI-A			-.299 ^{**}		
Geschlecht des Angehörigen		-.264 ^{**}	-.199 [*]		
Fixierung des Patienten		-.230 ^{**}		.271 ^{**}	
Familieneinkommen über 3000 Euro			.197 [*]	.143 [*]	-.193 ^{**}
Angehöriger ist Hausfrau/-mann oder in Rente	-.174 [*]		-.224 [*]		
Teilnahme an Angehörigengesprächen/Psychoedukation			.191 [*]	.256 ^{**}	
Angehöriger fühlt sich kirchlicher Gruppe verbunden				-.293 ^{**}	

Anmerkungen: ^{*)} $p \leq .05$, ^{**) $p \leq .01$}

4.7.2.2.4 Behandlungszufriedenheit

Prädiktoren für eine hohe *Behandlungszufriedenheit* der Angehörigen sind ein höheres Alter des Angehörigen, eine hohe Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, eine hohe globale Lebensqualität, geringere Belastungen infolge der Erkrankung des Patienten, vermehrtes aktiv problemorientiertes Coping und wenig Bagatellisierung und Wunschdenken als Krankheitsverarbeitungsstrategie. Weitere Prädiktoren für eine hohe Behandlungszufriedenheit sind keine Bedrohungen oder Tötlichkeiten des Patienten während seines Aufenthaltes sowie wenn der Patient nicht an einer Persönlichkeitsstörung leidet (vgl. Tab. 4.91). Die aufgeklärte Varianz beträgt 39.2 % ($n = 111$).

Tabelle 4.91: Prädiktion der Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) mittels multipler linearer Regressionsanalyse: Beta-Werte und Signifikanzniveau

Prädiktorvariable	Beta	p-Wert
Zufrieden mit Leben	.396	.000
Alter des Angehörigen	.286	.001
WHOQOL-Global	.283	.004
FKV-APC	.250	.004
Bedrohungen/Tötlichkeiten während des stationären Aufenthaltes	-.148	.077
FKV-BW	-.191	.023
FBA-G	-.253	.007
Diagnose F60/61	-.272	.001

Anmerkungen: $F = 8.217$, $df = 8$, $p \leq .001$, $R^2 = 39.2$, $n = 111$

4.7.2.2.5 Lebensqualität

Die Prädiktoren der *Lebensqualität* der Angehörigen sind in Tabelle 4.92 dargestellt.

Eine hohe physische Lebensqualität wird vorhergesagt von hohen internalen und geringen external-sozialen Kontrollüberzeugungen, einer geringen globalen Belastung durch die Erkrankung des Patienten und einer hohen Zufriedenheit mit dem Leben. Auch wird eine gute physische Lebensqualität vorausgesagt, wenn der Patient keine Suizidgedanken bei der stationären Aufnahme hat und der Patient nicht BGB-rechtlich untergebracht wurde, sondern freiwillig zur Aufnahme kam. Die durch die genannten Prädiktoren aufgeklärte Varianz beträgt 30.3 % (n = 109).

Prädiktoren für eine höhere psychische Lebensqualität der Angehörigen sind geringe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen, eine hohe Zufriedenheit mit dem Leben, Ablenkung und Selbstaufbau als bevorzugte Krankheitsbewältigungsstrategie und eine geringe globale Belastung durch die Erkrankung des Patienten. Ferner weisen Angehörige, die nicht berufstätig bzw. bereits in Rente sind, sowie Angehörige von Patienten, welche in Teilzeit berufstätig sind, keine Suizidgedanken bei Aufnahme hatten und nicht zum ersten Mal stationär aufgenommen wurden (Rehospitalisierung) eine bessere psychische Lebensqualität auf. Die Varianzaufklärung ist mit 59.3 % sehr hoch (n = 107).

Eine gute Lebensqualität in Bezug auf die sozialen Beziehungen wird vorhergesagt von hohen sozial-externalen Kontrollüberzeugungen, wenig depressiven Krankheitsverarbeitungsstrategien sowie einer hohen Zufriedenheit mit dem Leben. Ferner weisen Angehörige mit akademischem Abschluss an einer Hochschule/Universität, die bis zu 35 Stunden pro Woche Kontakt mit dem Patienten haben sowie Angehörige, die derzeit Hausfrau/Hausmann sind, eine bessere Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen auf. Die durch diese Prädiktoren aufgeklärte Varianz beträgt 34.9 % (n = 136).

Prädiktoren für eine gute Lebensqualität im Bereich der Umwelt sind eine hohe Behandlungszufriedenheit des Angehörigen, geringe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen, eine hohe Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, ein Familieneinkommen über 3.000 Euro sowie keine BGB-rechtliche Unterbringung des Patienten. Die Varianzaufklärung beträgt 46.9 % (n = 127).

Die globale Lebensqualität ist hoch, wenn die Angehörigen eher jung sowie mit der Behandlung wie mit dem Leben insgesamt zufrieden sind, wenn bereits bei der stationären Aufnahme des Patienten eine gesetzliche Betreuung für den Patienten

besteht und der Angehörige Hausfrau/-mann ist. Die aufgeklärt Varianz liegt bei 44.8 % (n = 125).

Tabelle 4.92: Prädiktion der Lebensqualität (Skalen des WHOQOL-BREF) der Angehörigen mittels multipler linearer Regressionsanalysen: Beta-Wert und Signifikanzniveau

	QOL-PH	QOL-PS	QOL-SB	QOL-UM	QOL-Global
ZUF-8				.195**	.234**
KKG-I	.230**				
KKG-EP	-.211**		.233**		
KKG-EF		-.264**		-.224**	
FKV-DP			-.255**		
FKV-AS		.206**			
FBA-G	-.207**	-.141*			
Zufriedenheit	-.253**	-.570**	-.310**	-.414**	-.635**
Alter d. Angehörigen					-.158**
Angehöriger ist Hausfrau/-mann oder in Rente		.152*	.188*		.161*
Kontakt zum Patienten bis 35 Std./Woche			.151*		
Familieneinkommen über 3.000 Euro				.326**	
Angehöriger hat Abschluss an Uni/Hochschule			.160*		
Rehospitalisierung des Patienten		.177**			
Suizidgedanken des Patienten bei Aufnahme ohne Suizidversuch	-.237**	-.172**			
Rechtsgrundlage 24h nach Aufnahme: BGB	-.180*			-.176**	
Gesetzliche Betreuung					.155*
Patient arbeitet Teilzeit		.209**			

Anmerkungen: *) $p \leq .05$, **) $p \leq .01$

4.7.3 Regressionsbäume (Classification and Regression Trees/CART)

Als zusätzliches exploratives Verfahren zur Identifikation von Gruppenmerkmalen innerhalb der Angehörigenstichprobe wurden Klassifikationsbäume (CART) (Breiman, Friedman, Ohlson & Stone, 1984) eingesetzt. Es sollten soziodemographische bzw. krankheitsbezogene Variablen ermittelt werden, die Prädiktoren für eine hohe subjektive Belastung bzw. für die maladaptiven Krankheitsverarbeitungsstrategien „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ nach dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) sind und somit besonderen Bedarf an professioneller Unterstützung aufzeigen.

In die CART-Analysen wurden alle personen- und krankheitsbezogenen Variablen, die über den Erhebungsbogen (vgl. letzter Teilfragebogen in Anhang G) und die psychiatrische Basisdokumentation (BADO) (Cording et al., 1995) (vgl. Tab. I-1 und I-2) ermittelt wurden, berücksichtigt.

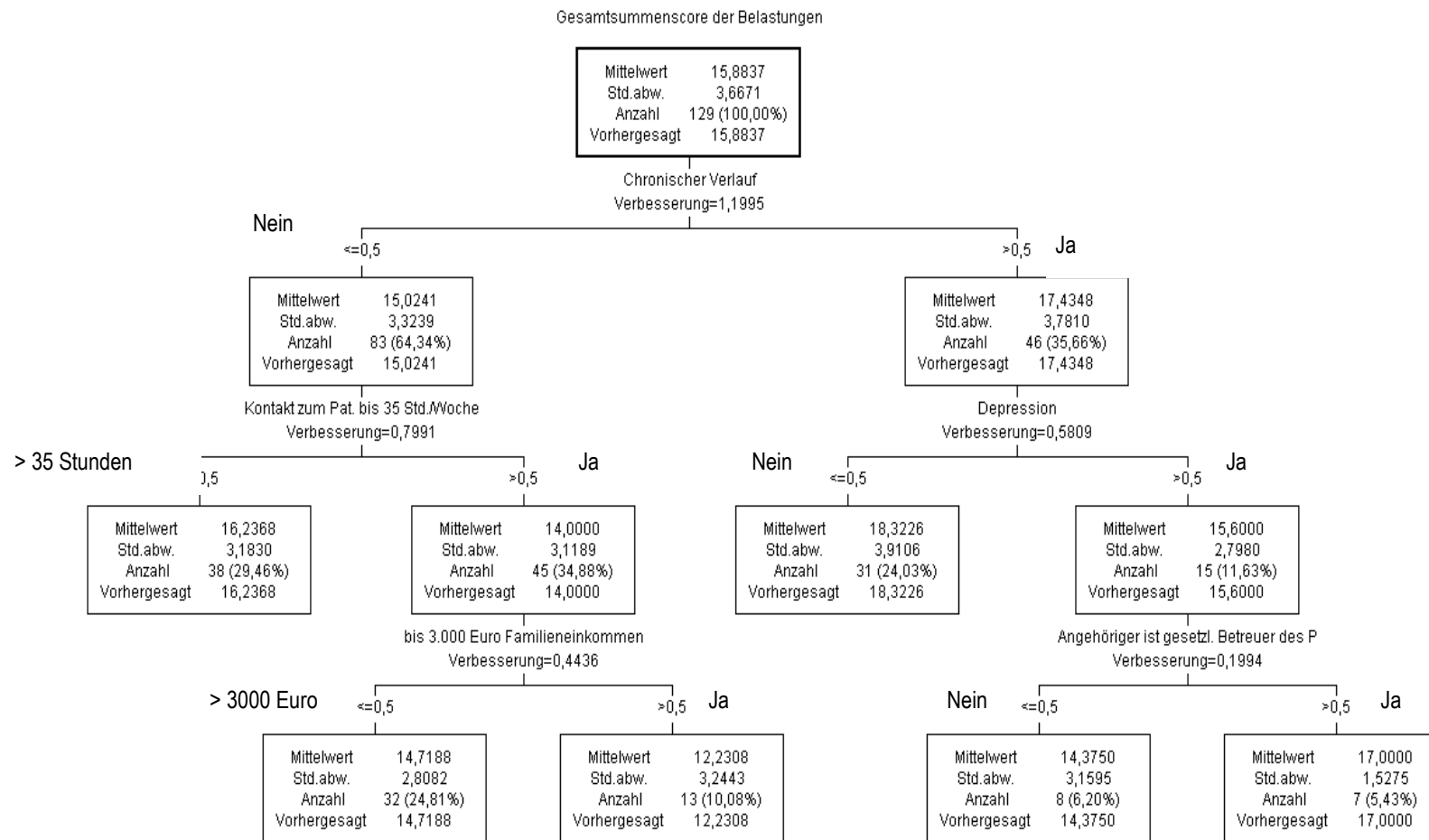
4.7.3.1 Abhängige Variable subjektive Belastungen der Angehörigen

129 der 145 Angehörigen der Stichprobe konnten in die Analyse eingeschlossen werden, 16 mussten aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen werden. Fünf Variablen differenzieren besonders gut zwischen Angehörigen, die viele Belastungen nennen (hoher Gesamtsumenscore der Belastungen) und Angehörigen mit wenigen Belastungen in Folge der Fürsorge für den Patienten (vgl. Abb. 4.3).

Mit dem Durchschnitt der Gesamtzahl der genannten Belastungen im Belastungsfragebogen (vgl. Tab. 4.2) ($M = 15.9$; $SD = 3.7$) als abhängige Variable zeigt sich, dass Angehörigen von Patienten mit chronischem Krankheitsverlauf mehr Belastungen ($M = 17.4$, $SD = 3.8$) erleben als Angehörigen von nicht chronisch kranken Patienten ($M = 15.0$, $SD = 3.3$).

Von den Angehörigen der chronisch kranken Patienten geben darüber hinaus diejenigen Angehörigen mehr Belastungen an, deren Familienmitglied nicht an einer Depression ($M = 15.6$, $SD = 2.8$), sondern an einer chronischen Schizophrenie, bipolar affektiven Störung oder Persönlichkeitsstörung leidet ($M = 18.3$, $SD = 3.9$). Von den Angehörigen der chronisch depressiv Erkrankten geben wiederum diejenigen Angehörigen mehr Belastungen an, welche die gesetzliche Betreuung für den Erkrankten übernommen haben ($M = 17.0$, $SD = 1.5$), im Vergleich zu den Angehörigen, die keine gesetzliche Betreuung für ihr erkrankten Familienmitglied übernommen haben ($M = 14.4$, $SD = 3.2$).

Von den Angehörigen der nicht chronisch kranken Patienten geben ferner diejenigen Angehörigen mehr Belastungen an, die mehr als 35 Stunden in der Woche Kontakt mit dem Erkrankten haben ($M = 16.2$, $SD = 3.2$), im Vergleich zu den Angehörigen, die weniger als 35 Wochenstunden mit dem Erkrankten verbringen ($M = 14.0$, $SD = 3.1$). Letztere lassen sich darüber hinaus bezüglich ihres Familieneinkommens unterscheiden: Diejenigen Angehörigen, die mehr als 3.000 Euro Familieneinkommen angeben ($M = 14.7$, $SD = 2.8$), nennen mehr Belastungen als die Angehörigen mit einem Familieneinkommen bis 3.000 Euro ($M = 12.2$, $SD = 3.2$).



4.7.3.2 Abhängige Variable depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien der Angehörigen

140 der 145 Angehörigen der Stichprobe konnten in die Analyse eingeschlossen werden, fünf mussten aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen werden. Mit dem Mittelwert der von den Angehörigen genannten depressiven Verarbeitungsstrategien als abhängige Variable (vgl. Abb. 4.4) zeigt sich, dass nicht berufstätige bzw. bereits berentete Angehörige ($M = 2.1$; $SD = 0.7$) weniger depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien anwenden als berufstätige Angehörige, arbeitslos gemeldete Angehörige und Hausfrauen/männer ($M = 2.7$; $SD = 0.8$).

Von den berufstätigen Angehörigen geben darüber hinaus diejenigen mehr depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien an, die in der Nähe der Klinik wohnen ($M = 3.0$; $SD = 0.8$) als diejenigen Angehörigen, die mehr als 50 km von der Klinik entfernt wohnen ($M = 2.5$; $SD = 0.7$).

Die berufstätigen Angehörigen mit mehr als 50 km Entfernung von der Klinik lassen sich ferner anhand ihres Familieneinkommens differenzieren: Angehörige mit einem Familieneinkommen über 3.000 Euro ($M = 2.7$; $SD = 0.7$) wenden mehr depressive Verarbeitungsstrategien an als Angehörige mit geringerem Familieneinkommen ($M = 2.1$; $SD = 0.6$). Letztere wiederum lassen sich noch einmal bezüglich des Krankheitsverlaufs ihrer erkrankten Familienmitglieder differenzieren: Treten Rezidive im Krankheitsverlauf des Patienten auf ($M = 1.9$; $SD = 0.5$), wenden die Angehörigen weniger depressive Verarbeitungsstrategien auf, als wenn es sich um Ersterkrankungen handelt ($M = 2.4$; $SD = 0.6$).

In der Gruppe der berufstätigen Angehörigen mit mehr als 3.000 Euro Familieneinkommen wenden Angehörige von Patienten mit einer abgeschlossenen Lehre ($M = 2.5$; $SD = 0.7$) weniger depressive Verarbeitungsstrategien an als die Angehörigen von Patienten ohne abgeschlossene Lehre ($M = 3.1$; $SD = 0.5$). Ferner wenden weiterhin in der Gruppe der Angehörigen von Patienten mit abgeschlossener Lehre diejenigen Angehörigen mehr depressive Verarbeitungsstrategien an, die keine Unterstützung durch Dritte in der Fürsorge für den Patienten ($M = 2.8$; $SD = 0.7$) erhalten, im Vergleich zu denjenigen Angehörigen, die von Dritten Unterstützung in der Fürsorge für den Patienten ($M = 2.3$; $SD = 0.6$) erhalten.

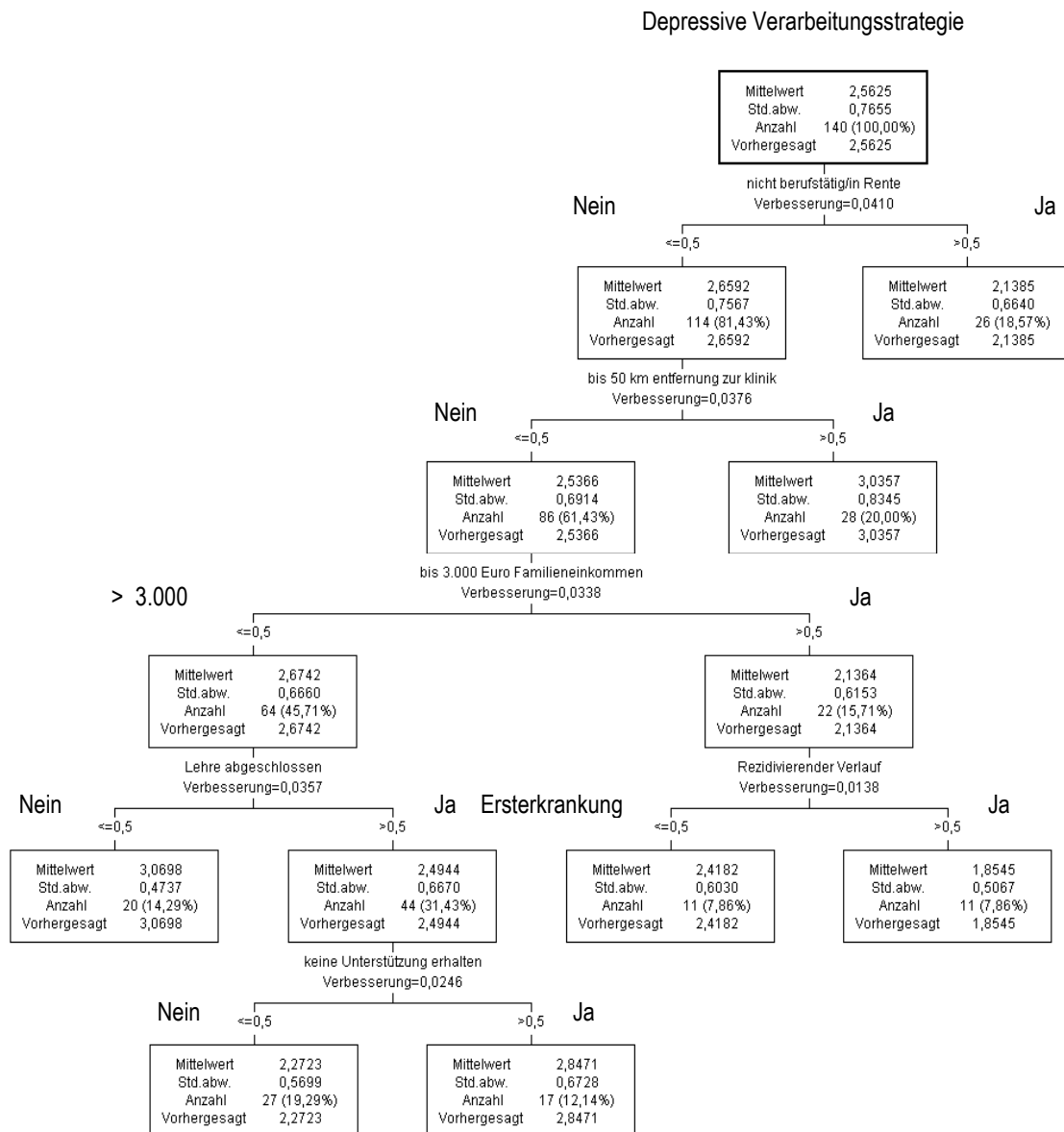


Abbildung 4.4: Regressionsbaum bzgl. depressiver Krankheitsverarbeitungsstrategien der Angehörigen

4.7.3.3 Abhängige Variable Krankheitsverarbeitungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken der Angehörigen

141 der 145 Angehörigen der Stichprobe konnten in die Analyse eingeschlossen werden, vier mussten aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen werden. Mit dem Mittelwert der von den Angehörigen genannten Krankheitsverarbeitungsstrategien „Bagatellisierung und Wunschdenken“ als abhängige Variable (vgl. Abb. 4.5) zeigt sich, dass Angehörige mit einem Familieneinkommen bis 1.500 Euro ($M = 2.7$; $SD = 1.0$) mehr bagatellisierende Verarbeitungsstrategien und Wunschdenken anwenden als Angehörige mit einem Familieneinkommen über 1.500 Euro ($M = 2.2$; $SD = 1.0$).

In der Gruppe der Angehörigen mit einem Familieneinkommen bis 1.500 Euro erweist sich ferner eine Arbeitslosigkeit des Patienten als relevante Variable: Angehörige dieser Subgruppe, deren erkranktes Familienmitglied arbeitslos ist ($M = 1.9$; $SD = 0.9$), bagatellisieren deutlich weniger und wenden weniger häufiger Wunschdenken an als Angehörige von nicht arbeitslosen Patienten ($M = 2.9$; $SD = 0.9$).

Letztere wiederum lassen sich danach differenzieren, ob die Angehörigen bereits ein Gespräch/Gespräche mit dem behandelnden Therapeuten in der Klinik hatten oder nicht: Angehörige, die solche Gespräche hatten ($M = 2.1$; $SD = 0.7$), wenden deutlich seltener die Krankheitsverarbeitungsstrategien „Bagatellisierung und Wunschdenken“ an als Angehörige, die bisher noch kein Gespräch mit dem behandelnden Therapeuten hatten ($M = 3.1$; $SD = 0.9$).

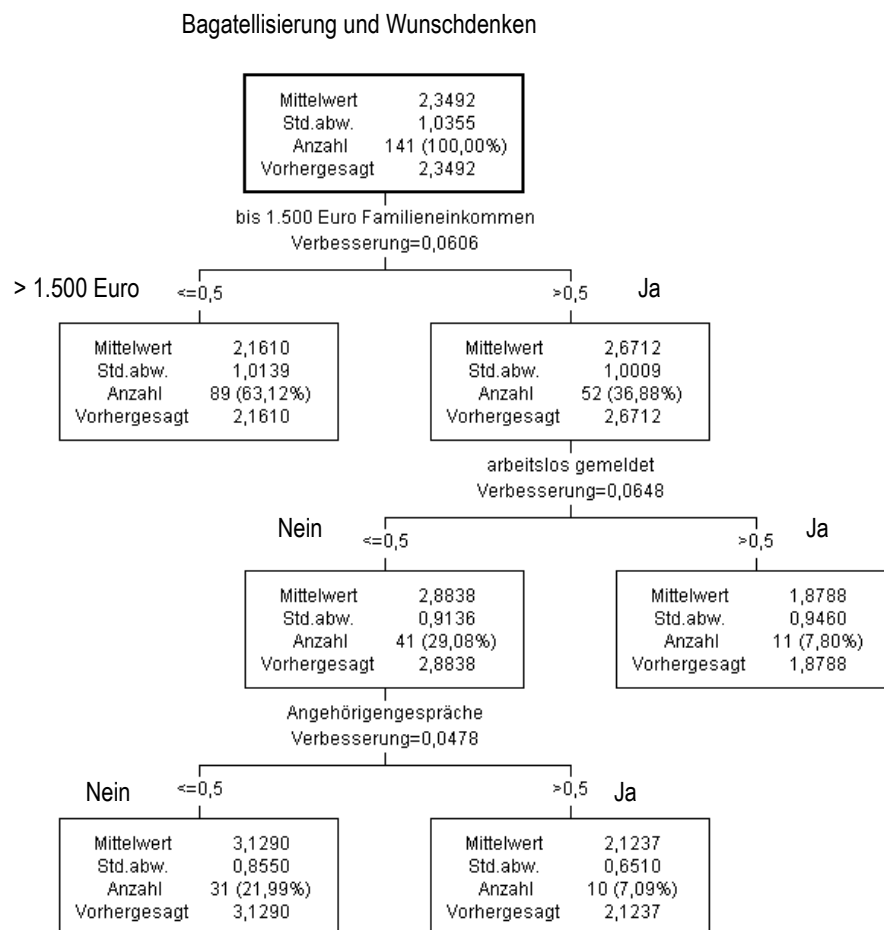


Abbildung 4.5: Regressionsbaum bzgl. der Krankheitsverarbeitungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken der Angehörigen

4.7.4 Clusteranalysen

Ziel der durchgeführten hierarchischen Clusteranalysen war es, die Patienten bzw. Angehörigen zu Clustern zu gruppieren, um zu analysieren, ob sich charakteristische Untergruppen innerhalb der Patienten- bzw. Angehörigengruppen finden lassen.

4.7.4.1 Analysestichprobe der Patienten

In der hierarchischen Clusteranalyse der Analysestichprobe der Patienten verweist das Dendrogramm (vgl. Abb. 4.6) auf eine 3-Cluster- oder eine 6-Cluster-Lösung. Da in der 6-Cluster-Lösung zwei Einzelpersonen je ein „Cluster“ bilden und ferner die 3-Cluster-Lösung sinnvoller interpretiert werden kann, wird in Tabelle 4.93 die 3-Cluster-Lösung vorgestellt.

In Cluster 1 sind vorwiegend ledige schizophrene, sehr schwer erkrankte Patienten mit langer kumulierter Verweildauer und häufig bestehender Therapieresistenz und gesetzlicher Betreuung zusammengefasst. Ihr Wohnort ist überwiegend über 50 km von der Klinik entfernt. Das Cluster umfasst 13 Patienten.

Cluster 2 umfasst mit 12 Patienten die häufig ledigen, schizophrenen oder bipolar affektiv erkrankten Patienten mit sehr langer Verweildauer, häufig aggressivem Verhalten während ihres Klinikaufenthaltes und häufig bereits bei der Aufnahme in der Klinik bestehender gesetzlicher Betreuung.

Cluster 3 ist mit 303 Patienten ein sehr großes Cluster. Hier werden sowohl schizophrene wie bipolar erkrankte Patienten, vor allem jedoch auch unipolar depressive und persönlichkeitsgestörte Patienten zusammengefasst, welche im Vergleich zu den Patienten der Cluster 1 und 2 weniger schwer erkrankt sind, eine geringere kumulierte Verweildauer haben und eher mit einem Partner/in zusammenleben als die Patienten der anderen beiden Cluster.

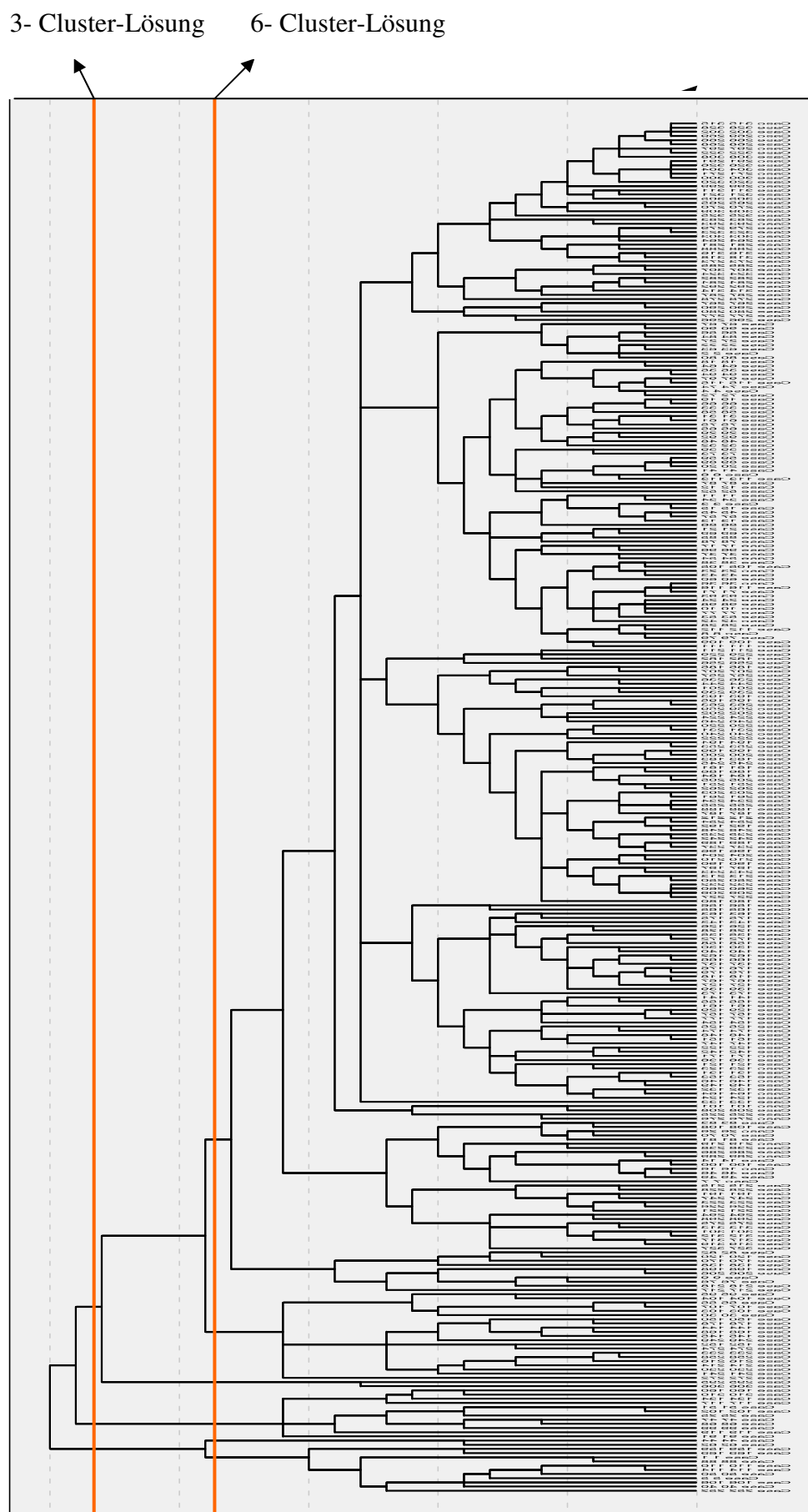


Abbildung 4.6: Dendrogramm zur Clusteranalyse der Patientenstichprobe ($n = 328$)

Tabelle 4.93: Mittelwerte der „Average Linkage“ (innerhalb der Gruppen) für die 3-Cluster-Lösung der Analysestichprobe der Patienten (n = 328)

Merkmal der Patienten	Mittelwert des Average Linkage innerhalb der Gruppen von Cluster		
	1	2	3
	[n = 13]	[n = 303]	[n = 12]
Diagnose Schizophrenie	.77	.33	.67
Diagnose bipolar affektive Störung	.15	.19	.25
Diagnose unipolare Depression	.08	.27	.0
Diagnose Persönlichkeitsstörung	.00	.21	.08
Wohnort über 50 km entfernt von Klinik	.69	.37	.25
Familieneinkommen über 3.000 Euro	.00	.07	.08
Kumulierte Verweildauer in der Klinik	184.4	156.9	244.3
GAF-Wert bei Klinikaufnahme	26.0	39.0	35.9
CGI-Wert bei Klinikaufnahme	6.9	6.0	6.3
Patient arbeitet (Voll- oder Teilzeit)	.2	.3	.3
Patient ist arbeitslos gemeldet	.2	.2	.1
Patient ist berentet (Erwerbsunfähigkeitsrente)	.3	.3	.4
Ersterkrankung	.2	.1	.1
Chronische Erkrankung	.3	.3	.1
Gesetzliche Betreuung bei Aufnahme	.5	.2	.6
Therapieresistenz	1.0	.0	.0
Angehörigengespräche	.3	.3	.5
Aggression während des Klinikaufenthaltes	.2	.0	1.0
Patient ist ledig	.8	.5	.5
Patient lebt mit Partner/in zusammen	.1	.3	.2

4.7.4.2 Analysestichprobe der Angehörigen

In der hierarchischen Clusteranalyse zur Analysestichprobe der Angehörigen verweist das Dendrogramm (vgl. Abb. 4.7) auf eine 7-Cluster-Lösung oder eine 10-Cluster-Lösung. Da in der 7-Cluster-Lösung sieben Personen in vier Clustern zusammengefasst werden und ferner die 10-Cluster-Lösung sinnvoller interpretiert werden kann, wird in Tabelle 4.94 die 10-Cluster-Lösung vorgestellt.

In Cluster 1 mit 46 Angehörigen sind häufig Eltern von eher jüngeren mittelschwer bis schwer chronisch erkrankten ledigen Patienten mit sehr langer kumulierter Verweildauer zusammengefasst. Die Angehörigen haben relativ häufig Gespräche mit den behandelnden Therapeuten geführt.

In Cluster 4 sind 21 Angehörige, meist eher älter und häufig Eltern oder Ehepartner von ausschließlich bipolar Erkrankten mit mittellanger kumulierter Verweildauer in der Klinik, zusammengefasst.

Cluster 6 wird von 55 Angehörigen gebildet, welche häufig Ehepartner von eher älteren, mit ihren depressiven oder persönlichkeitsgestörten Patienten zusammenlebenden Angehörigen sind. Die Patienten sind verhältnismäßig weniger schwer, aber häufiger chronisch krank, bei relativ kürzerer kumulierter Verweildauer.

In Cluster 9 sind 12 eher ältere Angehörige, häufig Eltern, von eher jungen ledigen ausschließlich persönlichkeitsgestörten Patienten mit eher nicht so schwerer Erkrankung aber relativ häufigen Suizidversuchen zusammengefasst.

In den anderen sechs Clustern werden je nur sehr wenige oder einzelne Angehörige abgebildet: Cluster 2 umfasst nur drei Angehörige von eher älteren, sehr schwer erkrankten schizophren oder bipolar erkrankten Patienten mit relativ vielen Suizidversuchen in der Vorgeschichte, aber auffallend kurzer kumulierter Verweildauer in der Klinik. In Cluster 3 und 5 ist jeweils nur eine Einzelperson, deren angehöriger Patient eine auffallend lange kumulierter Verweildauer von 717 bzw. 820 Tagen aufweist. Cluster 7 und 8 umfassen zwei bzw. drei einzelne Angehörige von Patienten mit je auffallend langer kumulierter Verweildauer von im Mittelwert 750 Tagen (Cluster 7) bzw. im Mittelwert 584.3 Tagen (Cluster 8) bei einer Standardabweichung von 188.6. In Cluster 10 ist dagegen ein Angehöriger eines persönlichkeitsgestörten Patienten mit auffallend geringer kumulierter Verweildauer und leichter Erkrankung.

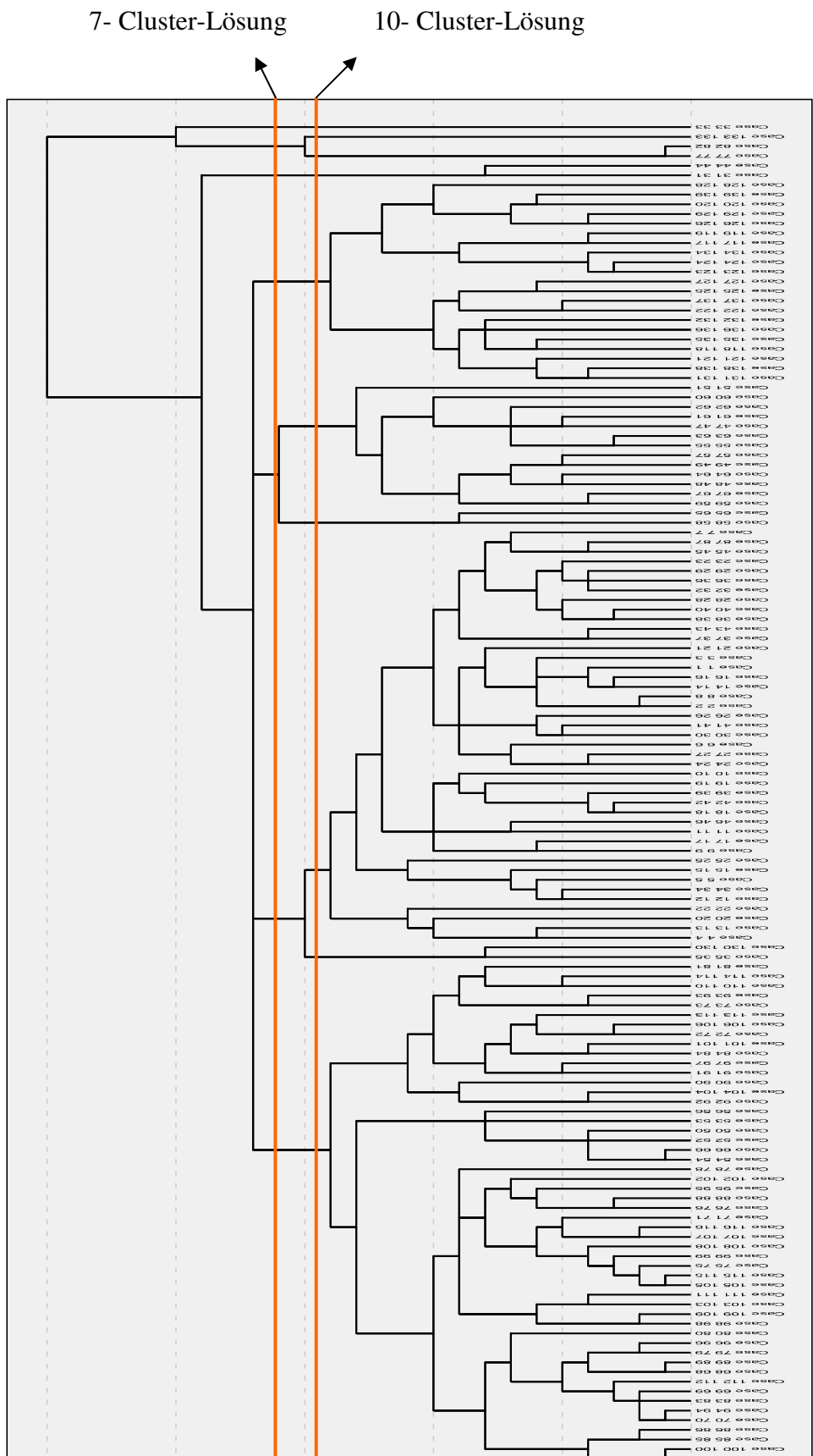


Abbildung 4.7: Dendrogram zur Clusteranalyse der Angehörigenstichprobe (n = 145)

4.7.5 Strukturgleichungsmodelle

4.7.5.1 Analytestichprobe der Patienten

Für die Analytestichprobe der Patienten wird ein ausführliches Strukturgleichungsmodell 1 (vgl. Abb. 4.8) und ein gekürztes Modell 2 (vgl. Abb. 4.9) dargestellt. In beide konnten jeweils alle 328 Patienten einbezogen werden.

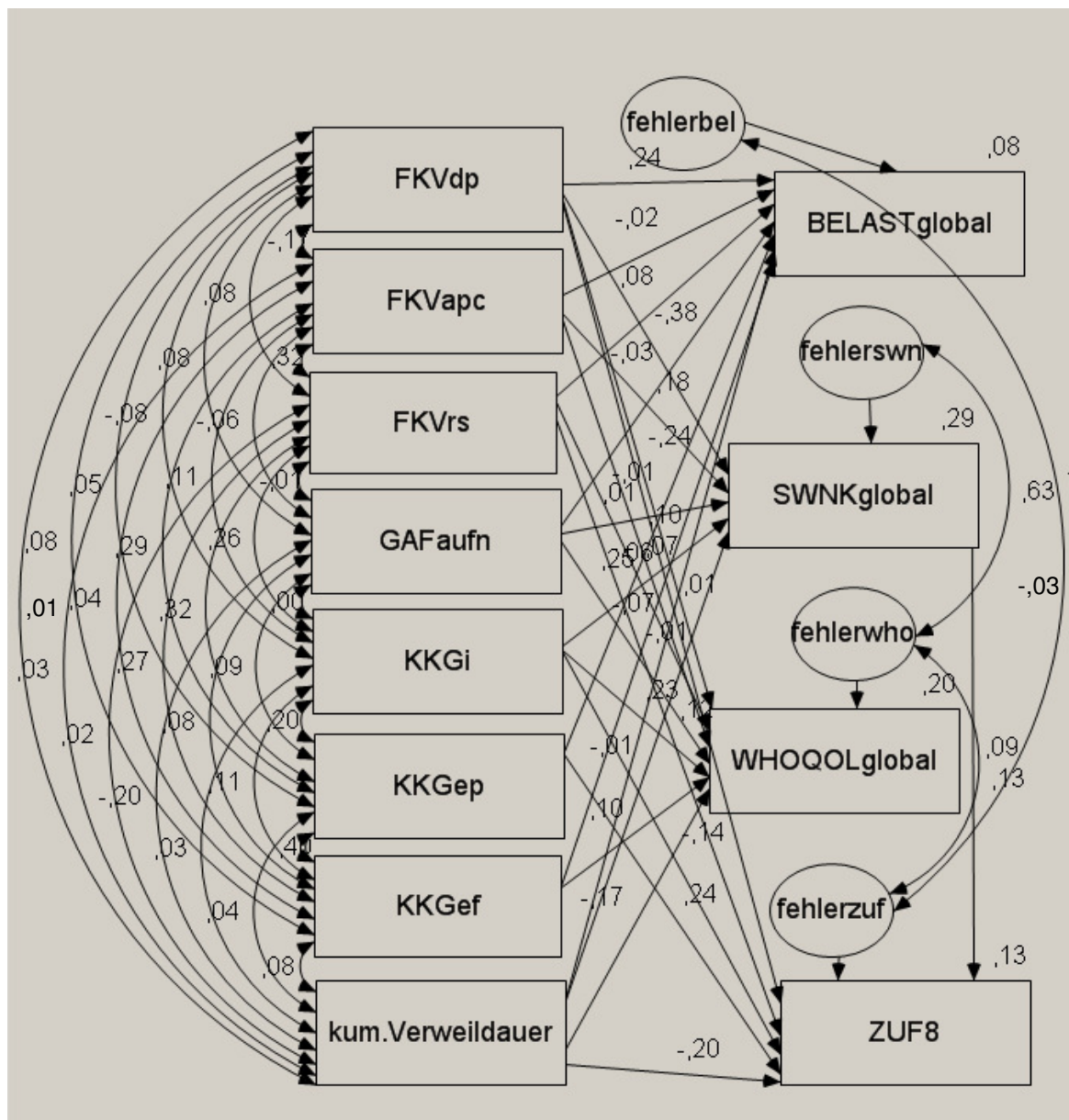


Abbildung 4.8: Ausführliches Strukturgleichungsmodell (= Modell 1) der Patientenstichprobe mit Schätzergebnissen der standardisierten Lösung

Tabelle 4.95 zeigt die Parameterschätzungen und Signifikanzen für das ausführliche Strukturgleichungsmodell zur Patientenstichprobe.

Tabelle 4.95: Parameterschätzungen (unstandardisiert) und Signifikanzen für das Strukturgleichungsmodell 1 zur Patientenstichprobe

Regressionsgewichte			Parameter-schätzungen	Signifikanzen
SWNKglobal	<---	FKVdp	-8.643	***
SWNKglobal	<---	FKVapc	4.374	***
SWNKglobal	<---	GAFaufn	.009	.906
SWNKglobal	<---	KKGi	.753	***
SWNKglobal	<---	kum.Verweildauer	-.001	.904
BELASTglobal	<---	FKVdp	1.281	***
BELASTglobal	<---	FKVapc	-.132	.719
WHOQOLglobal	<---	FKVapc	2.816	.081
BELASTglobal	<---	GAFaufn	-.009	.649
WHOQOLglobal	<---	GAFaufn	-.025	.797
WHOQOLglobal	<---	KKGi	.882	***
ZUF-8	<---	KKGi	-.103	.022
ZUF-8	<---	KKGep	.197	***
BELASTglobal	<---	kum.Verweildauer	-.002	.248
WHOQOLglobal	<---	kum.Verweildauer	-.022	.002
ZUF-8	<---	kum.Verweildauer	-.005	***
ZUF-8	<---	FKVdp	.085	.808
WHOQOLglobal	<---	FKVdp	-6.681	***
BELASTglobal	<---	FKVrs	.416	.227
WHOQOLglobal	<---	FKVrs	1.873	.149
ZUF-8	<---	FKVrs	.687	.038
BELASTglobal	<---	KKGef	.034	.396
WHOQOLglobal	<---	KKGef	.326	.017
ZUF-8	<---	SWNKglobal	.023	.150
BELASTglobal	<---	KKGep	-.007	.898

Anmerkungen: *** $p \leq .0005$; SWNKglobal = Summenscore des Fragebogens zur Befindlichkeit unter Medikation, BELASTglobal = Summenscore des Belastungsfragebogens, WHOQOLglobal = globale Lebensqualität, ZUF-8 = Behandlungszufriedenheit, FKVdp = depressive Krankheitsverarbeitung, FKVapc = aktiv problemorientiertes Coping, FKVrs = Religiosität und Sinnsuche, KKGi = interne Kontrollüberzeugungen, KKGep = sozial-externe Kontrollüberzeugungen, KKGef = fatalistisch-externe Kontrollüberzeugungen, GAFaufn = psychosoziales Funktionsniveau bei Aufnahme; kum.Verweildauer = kumulierte Verweildauer der stationären Aufenthalte seit 1995

In Abbildung 4.9 ist das gekürzte Strukturgleichungsmodell (= Modell 2) der Patientenstichprobe mit den Schätzergebnissen der standardisierten Lösung dargestellt.

Tabelle 4.96 zeigt die unstandardisierten Parameterschätzungen und Signifikanzen für dieses gekürzte Strukturgleichungsmodell.

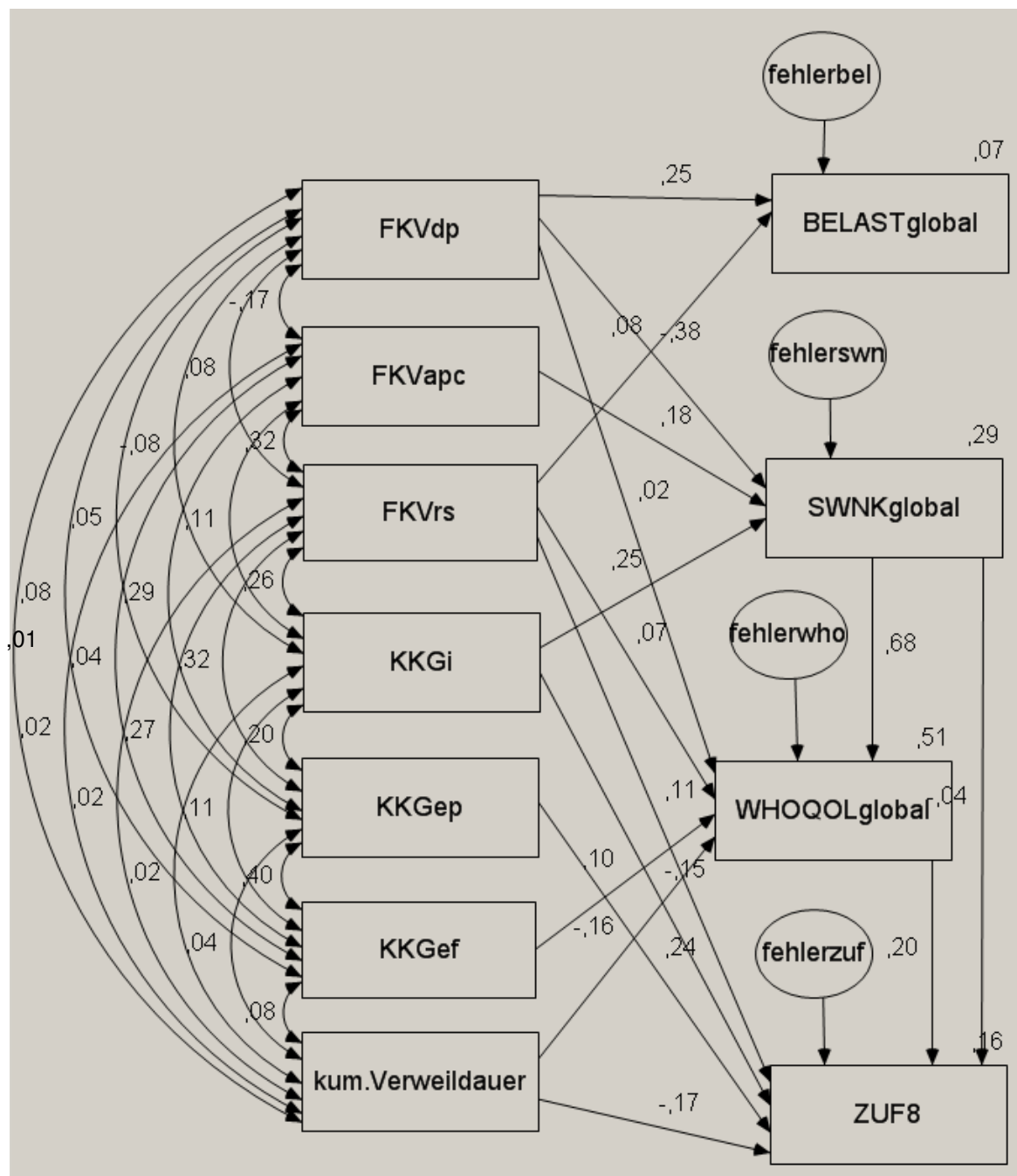


Abbildung 4.9: Gekürztes Strukturgleichungsmodell der Patientenstichprobe mit Schätzergebnissen der standardisierten Lösung

Tabelle 4.96: Parameterschätzungen (unstandardisiert) und Signifikanzen für das gekürzte Strukturgleichungsmodell (= Modell 2) zur Patientenstichprobe

Regressionsgewichte			Parameter-schätzungen	Signifikanzen
SWNKglobal	<---	KKGi	.758	***
SWNKglobal	<---	FKVapc	4.333	***
SWNKglobal	<---	FKVdp	-8.650	***
WHOQOLglobal	<---	SWNKglobal	.851	***
WHOQOLglobal	<---	kum.Verweildauer	-.021	***
WHOQOLglobal	<---	KKGef	.306	.026
WHOQOLglobal	<---	FKVrs	2.064	.086
WHOQOLglobal	<---	FKVdp	.605	.646
ZUF-8	<---	SWNKglobal	-.010	.616
ZUF-8	<---	WHOQOLglobal	.039	.010
ZUF-8	<---	kum.Verweildauer	-.004	.004
ZUF-8	<---	KKGep	.195	***
ZUF-8	<---	KKGi	-.116	.009
ZUF-8	<---	FKVrs	.621	.058
BELASTglobal	<---	FKVrs	.440	.154
BELASTglobal	<---	FKVdp	1.303	***

Anmerkungen: *** $p \leq .0005$; SWNKglobal = Summenscore des Fragebogens zur Befindlichkeit unter Medikation, BELASTglobal = Summenscore des Belastungsfragebogens, WHOQOLglobal = globale Lebensqualität, ZUF-8 = Behandlungszufriedenheit, FKVdp = depressive Krankheitsverarbeitung, FKVapc = aktiv problemorientiertes Coping, FKVrs = Religiosität und Sinnsuche, KKGi = interne Kontrollüberzeugungen, KKGep = sozial-externale Kontrollüberzeugungen, KKGef = fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen, kum.Verweildauer = kumulierte Verweildauer der stationären Aufenthalte seit 1995

Während in das ausführliche Modell 1 alle sinnvoll denkbaren Beziehungen der relevanten Outcome-Variablen aufgenommen worden sind, beinhaltet das gekürzte Modell nur die signifikanten Beziehungen (bis $p \leq .05$) des ausführlichen Modells, ergänzt durch drei weitere, das Gesamtmodell stützende Beziehungen. Alle signifikanten Regressionsgewichte des gekürzten Modells waren auch im ausführlichen Modell signifikant. Einzige Ausnahme ist der Beitrag, den die depressive Krankheitsverarbeitung zur Aufklärung der globalen Lebensqualität beisteuert. Sie fällt im gekürzten Modell mit $p = .646$ deutlich aus der Liste der signifikanten Regressionsgewichte.

Bereits im ausführlichen Modell fiel der objektive Parameter Schweregrad der Erkrankung (CGI-Werte) in den Modellberechnungen weg, im gekürzten Modell dann auch das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten (GAF-Werte). Mit Ausnahme der kumulierten Verweildauer sagen im gekürzten Modell ausschließlich subjektive

Parameter die subjektiven Outcome-Variablen geschätzte Belastung der Angehörigen, subjektiven Wohlbefinden unter Medikation, globale Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit voraus. Die kumulierte Verweildauer wirkt sich auf die Behandlungszufriedenheit und die globale Lebensqualität aus, wobei Patienten mit geringerer kumulierter Verweildauer in der Klinik eine höhere Behandlungszufriedenheit ($-.004$, $p = .004$) und eine höhere globale Lebensqualität ($-.021$, $p < .001$) haben.

Patienten, welche stark depressiv verarbeiten, schätzen ihre Angehörigen als stark belastet ein (1.303 , $p < .001$) und fühlen sich eher unwohl unter ihrer Medikation (-8.650 , $p < .001$). Der Einfluss eines depressiven Krankheitsverarbeitungsstils auf die globale Lebensqualität, welche im ungekürzten Modell noch belegt war (-6.681 , $p < .001$), findet sich im gekürzten Modell allerdings nicht ($.605$, $p = .646$). Der vermutete Zusammenhang zwischen einem aktiv problemorientierten Verarbeitungsstil des Patienten und seinem Wohlbefinden unter Medikation konnte bestätigt werden (4.333 , $p < .001$). Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitungsstrategie Religiosität und Sinnsuche mit der Behandlungszufriedenheit ($.621$, $p = .058$), der eingeschätzten Belastung der Angehörigen ($.440$, $p = .154$) sowie der globalen Lebensqualität (2.064 , $p = .086$) konnten nicht auf signifikanter Ebene gefunden werden.

Hohe internale Kontrollüberzeugungen der Patienten wirken sich positiv auf ihr subjektives Wohlbefinden unter Medikation aus ($.758$, $p < .001$), aber negativ auf ihre Behandlungszufriedenheit ($-.116$, $p = .009$). Hohe external-soziale Kontrollüberzeugungen reduzieren jedoch die Behandlungszufriedenheit des Patienten ($.195$, $p < .001$). Sind die external-fatalistischen Kontrollüberzeugungen hoch, findet sich ein noch signifikant positiver Zusammenhang mit der globalen Lebensqualität ($.306$, $p = .026$).

Ein weiterer signifikant positiver Zusammenhang findet sich zwischen der subjektiven Befindlichkeit des Patienten unter Medikation und seiner globalen Lebensqualität ($.851$, $p < .001$). Der vermutete Zusammenhang zwischen der Befindlichkeit unter Medikation und der Behandlungszufriedenheit des Patienten konnte dagegen nicht bestätigt werden ($-.010$, $p = .616$). Die globale Lebensqualität ist jedoch in diesem Modell ein signifikanter Prädiktor der Behandlungszufriedenheit ($.039$, $p = .010$).

Die Kennwerte und Gütekriterien der zwei Modelle sind in Tabelle 4.99 auf Seite 214 dargestellt. Die Anpassungsmaße beider Modelle liegen innerhalb der allgemein üblichen Referenzrahmen und sprechen für eine gute Anpassung des Modells an die vorliegenden Daten. Die jeweils aufgeklärten Varianzanteile der Kriterien sind ebenfalls in Tabelle 4.99 aufgeführt.

4.7.5.2 Analysestichprobe der Angehörigen

Das ausführliche Strukturgleichungsmodell (= Modell 1) der Angehörigenstichprobe ist in Abbildung 4.10 mit Schätzergebnissen der standardisierten Lösung dargestellt.

Tabelle 4.97 zeigt die Parameterschätzungen und Signifikanzen für dieses Modell.

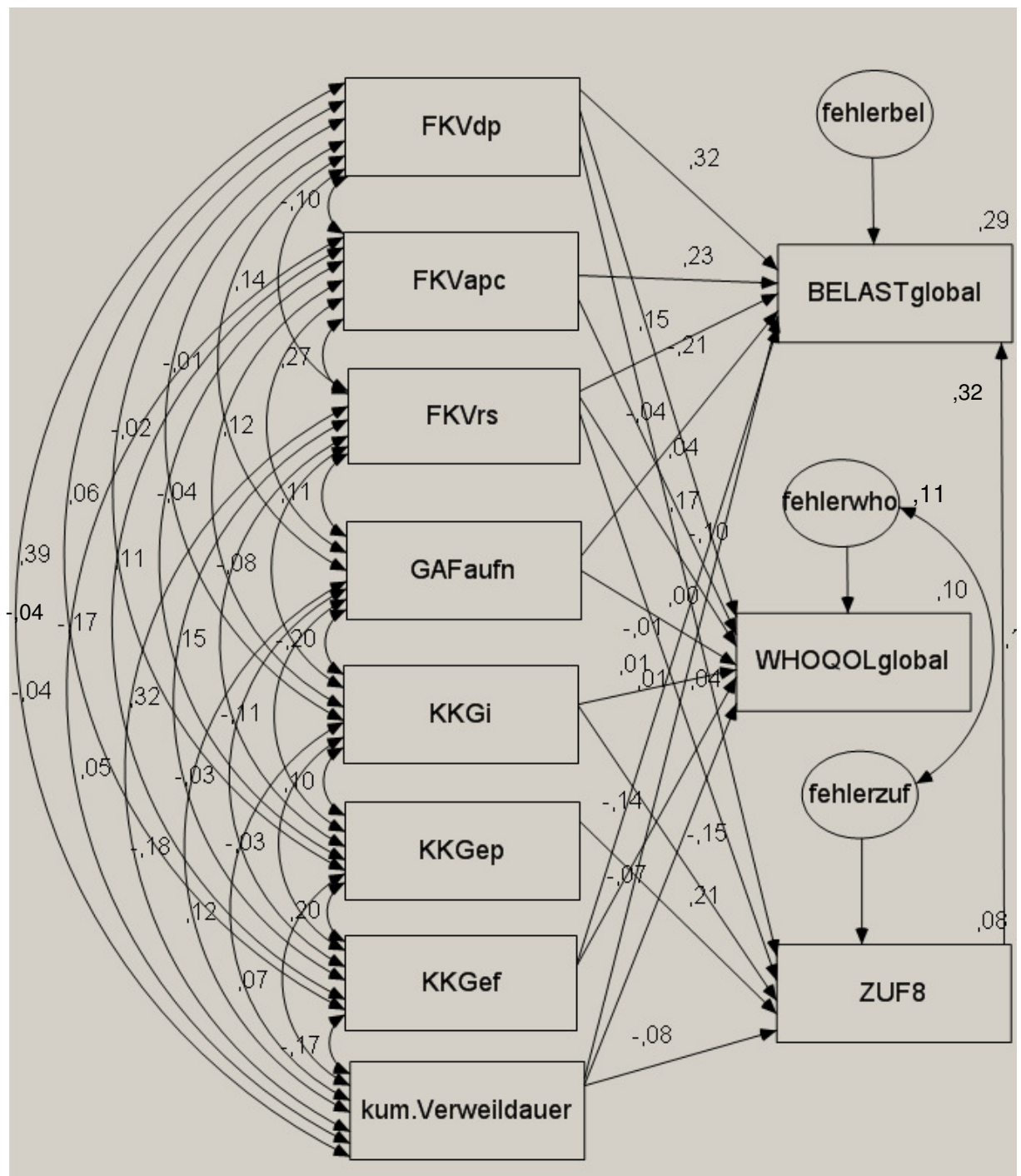


Abbildung 4.10: Ausführliches Strukturgleichungsmodell (= Modell 1) der Angehörigenstichprobe mit Schätzergebnissen der standardisierten Lösung

Tabelle 4.97: Parameterschätzungen (unstandardisiert) und Signifikanzen für das umfangreiche Strukturgleichungsmodell (= Modell 1) zur Angehörigenstichprobe

Regressionsgewichte			Parameter-schätzungen	Signifikanzen
ZUF-8	<---	KKGi	-.150	.071
ZUF-8	<---	KKGep	.197	.014
ZUF-8	<---	kum.Verweildauer	-.002	.346
ZUF-8	<---	FKVdp	-.637	.257
ZUF-8	<---	FKVrs	.244	.658
BELASTglobal	<---	FKVdp	1.527	***
BELASTglobal	<---	FKVapc	1.085	.005
WHOQOLglobal	<---	FKVapc	1.016	.626
BELASTglobal	<---	GAFaufn	-.010	.627
WHOQOLglobal	<---	GAFaufn	-.003	.975
BELASTglobal	<---	kum.Verweildauer	.000	.919
WHOQOLglobal	<---	FKVdp	-5.046	.017
BELASTglobal	<---	FKVrs	.694	.084
WHOQOLglobal	<---	FKVrs	4.037	.061
BELASTglobal	<---	KKGef	-.008	.884
WHOQOLglobal	<---	KKGef	-.433	.147
BELASTglobal	<---	ZUF-8	-.229	***
WHOQOLglobal	<---	kum.Verweildauer	-.007	.450
WHOQOLglobal	<---	KKGi	.052	.859

Anmerkungen: *** $p \leq .0005$; SWNKglobal = Summenscore des Fragebogens zur Befindlichkeit unter Medikation, BELASTglobal = Summenscore des Belastungsfragebogens, WHOQOLglobal = globale Lebensqualität, ZUF-8 = Behandlungszufriedenheit, FKVdp = depressive Krankheitsverarbeitung, FKVapc = aktiv problemorientiertes Coping, FKVrs = Religiosität und Sinnsuche, KKGi = interne Kontrollüberzeugungen, KKGep = sozial-externale Kontrollüberzeugungen, KKGef = fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen, GAFaufn = psychosoziales Funktionsniveau bei Aufnahme; kum.Verweildauer = kumulierte Verweildauer der stationären Aufenthalte seit 1995

In Abbildung 4.11 ist das gekürzte Strukturgleichungsmodell (= Modell 2) der Angehörigenstichprobe mit den Schätzergebnissen der standardisierten Lösung dargestellt. Tabelle 4.98 zeigt die unstandardisierten Parameterschätzungen und Signifikanzen für dieses gekürzte Strukturgleichungsmodell.

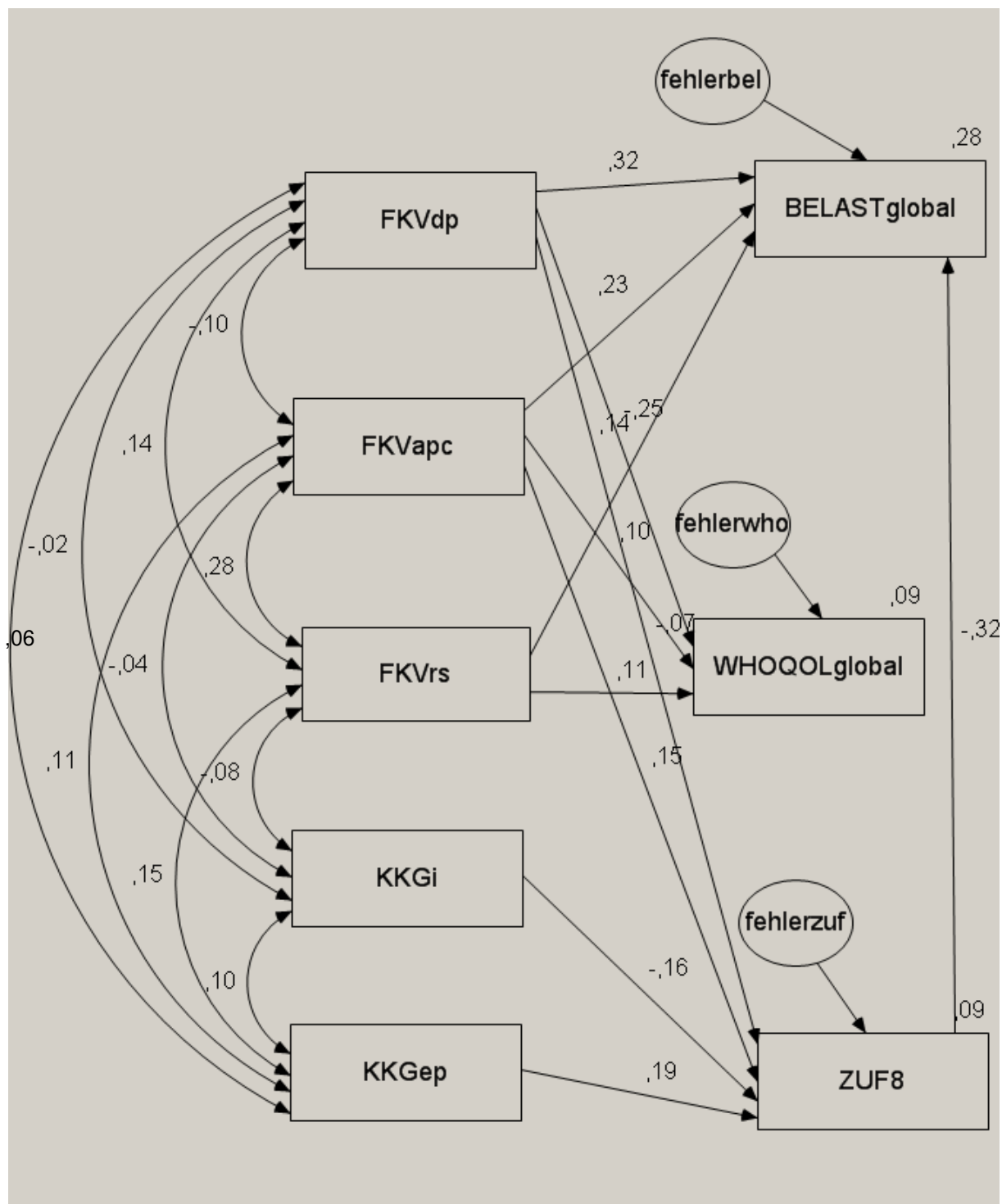


Abbildung 4.11: Gekürztes Strukturgleichungsmodell der Angehörigenstichprobe mit den Schätzergebnissen der standardisierten Lösung

Tabelle 4.98: Parameterschätzungen (unstandardisiert) und Signifikanzen für das gekürzte Strukturgleichungsmodell (= Modell 2) zur Angehörigenstichprobe

Regressionsgewichte			Parameter-schätzungen	Signifikanzen
ZUF-8	<---	FKVdp	-.488	.379
ZUF-8	<---	FKVapc	.989	.072
ZUF-8	<---	KKGep	.180	.024
ZUF-8	<---	KKGi	-.160	.050
BELASTglobal	<---	FKVdp	1.514	***
WHOQOLglobal	<---	FKVdp	-6.033	.002
BELASTglobal	<---	FKVapc	1.083	.004
WHOQOLglobal	<---	FKVapc	2.269	.261
WHOQOLglobal	<---	FKVrs	2.606	.190
BELASTglobal	<---	FKVrs	.660	.073
BELASTglobal	<---	ZUF-8	-.230	***

Anmerkungen: *** $p \leq .0005$; BELASTglobal = Summenscore des Belastungsfragebogens, WHOQOLglobal = globale Lebensqualität, ZUF-8 = Behandlungszufriedenheit, FKVdp = depressive Krankheitsverarbeitung, FKVapc = aktiv problemorientiertes Coping, FKVrs = Religiosität und Sinnsuche, KKGi = interne Kontrollüberzeugungen, KKGep = sozial-externe Kontrollüberzeugungen

Wie bei der Patientenstichprobe wurden auch hier in das ausführliche Modell 1 alle sinnvoll denkbaren Beziehungen der relevanten Outcome-Variablen aufgenommen. Im gekürzten Modell 2 fielen jedoch die objektiven Parameter Schweregrad der Erkrankung und kumulierte Verweildauer sowie der subjektive Parameter external-fatalistische Kontrollüberzeugungen weg. Mit Ausnahme der Behandlungszufriedenheit sagen in dem gekürzten Modell ausschließlich subjektive Parameter die subjektiven Outcome-Variablen Belastung der Angehörigen (Selbsteinschätzung), globale Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit voraus. Die Behandlungszufriedenheit der Angehörigen hat einen signifikanten Einfluss auf ihr Belastungsempfinden ($-.230$, $p < .001$).

Wie in der Patientenstichprobe die Patienten, so schätzen auch die Angehörigen, welche stark depressiv verarbeiten, sich selber als stark belastet infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes ein (1.514 , $p < .001$). Ferner haben depressive Verarbeitungsstile der Angehörigen einen signifikant negativen Einfluss auf ihre globale Lebensqualität (-6.033 , $p = .002$). Der vermutete signifikante Zusammenhang zwischen einem depressiven Verarbeitungsstil der Angehörigen und ihrer

Behandlungszufriedenheit findet sich allerdings nicht ($-.488, p = .379$). Ebenso konnten die vermuteten Zusammenhänge zwischen einem aktiv problemorientierten Krankheitsverarbeitungsstil und der Behandlungszufriedenheit der Angehörigen ($.989, p = .072$), bzw. ihrer globalen Lebensqualität ($2.269, p = .261$) nicht auf signifikanter Ebene gefunden werden. Dagegen hat der aktiv problemorientierte Verarbeitungsstil sehr wohl signifikanten Einfluss auf das globale Belastungsempfinden der Angehörigen ($1.083, p = .004$). Neben den depressiven und aktiv problemorientierten Verarbeitungsstilen hat jedoch auch die Krankheitsverarbeitungsstrategie Religiosität und Sinnsuche Einfluss auf das globale Belastungsempfinden der Angehörigen ($.660, p = .073$) und die globale Lebensqualität ($2.606, p = .190$), wenn auch keine signifikanten Werte vorliegen.

Hohe internale Kontrollüberzeugungen der Angehörigen haben einen negativen Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit ($-.160, p = .050$). Dieser Zusammenhang ist in der Patientenstichprobe ebenfalls belegt. Auch external-soziale Kontrollüberzeugungen haben Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit ($.180, p = .024$). Die beiden letztgenannten Zusammenhänge finden sich so auch in der Patientenstichprobe.

Die Kennwerte und Anpassungsmaße sind für die Modelle 1 und 2 der Angehörigenstichprobe mit den Daten der Patientenstichprobe in Tabelle 4.99 dargestellt. Die Maße liegen innerhalb der allgemein üblichen Referenzrahmen und sprechen für eine gute Anpassung der Modelle 1 und 2 an die vorliegenden Daten.

Tabelle 4.99 zeigt die Kennwerte und Gütekriterien mit Referenzrahmen der Strukturgleichungsmodelle zur Patienten- und Angehörigenstichprobe.

Tabelle 4.99: Kennwerte und Gütekriterien mit Referenzrahmen der Strukturgleichungsmodelle zur Patienten- und Angehörigenstichprobe

	Patientenstichprobe		Angehörigenstichprobe	
	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
Kennwerte				
χ^2 -Wert	16.91	22.70	10.96	3.95
Freiheitsgrade	10	18	7	7
χ^2 / df^1	1.69	1.26	1.56	0.56
Wahrscheinlichkeitslevel des Modells	.076	.203	.140	.786
Aufgeklärter Varianzanteil des Kriteriums				
BELASTglobal	.079	.071	.291	.275
SWNKglobal	.288	.289	-	-
WHOQOLglobal	.195	.507	.101	.088
ZUF-8	.133	.156	.076	.092
Anpassungsmaße				
NFI ²	.972	.961	.937	.968
CFI ³	.987	.991	.963	1.000
RMSEA ⁴	.046	.028	.063	.000

Anmerkungen: ¹Referenzrahmen ≤ 2.5 , ² und ³:Normed Fit Index (NFI) bzw. Comparative Fit Index (CFI) mit einem Referenzrahmen je ≥ 0.9 , ⁴ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) mit einem Referenzrahmen ≤ 0.05 bzw. bei $N < 250$ ist auch ≤ 0.08 ausreichend (vgl. Bühner, 2006, S. 58); BELASTglobal = Summenscore des Belastungsfragebogens, SWNKglobal = Summenscore des Fragebogens zur Befindlichkeit unter Medikation, WHOQOLglobal = globale Lebensqualität, ZUF8 = Behandlungszufriedenheit

4.8 Vergleich der Stichproben der Responder und Non-Responder

Die Non-Responder-Analyse bezüglich der soziodemographischen Merkmale zeigte, dass in der Gruppe der Non-Responder signifikant mehr Frauen ($X^2 = 11.24$, $p \leq .05$), mehr nicht freiwillig untergebrachte Patienten ($X^2 = 4.00$, $p \leq .05$), mehr Patienten mit mangelnder Compliance (Problemen bei der Psychopharmakotherapie) ($X^2 = 5.26$, $p \leq .05$) sowie mehr Patienten mit einer gesetzlichen Betreuung bei Entlassung ($X^2 = 5.74$, $p \leq .05$) sind als in der Gruppe der Responder (vgl. Tab. 4.100).

Tabelle 4.100: Unterschiede der Analysestichprobe der Responder (n = 328) bzw. Non-Responder (n = 356) bezüglich ihrer soziodemographischen Merkmale

Merkmal		Responder	Non-Responder	X^2 - Wert	df	p-Wert
Geschlecht des Patienten weiblich	Anzahl [n]	159	328	11.24	1	.001⁺⁺
	Erwartete Anzahl	180.8	296.3			
	Prozent [%]	42.2	57.8			
Jemals Suizidversuch: Ja	Anzahl [n]	68	75	0.40	1	.526
	Erwartete Anzahl	71.2	71.8			
	Prozent [%]	47.6	52.4			
Bedrohungen Ja	Anzahl [n]	25	20	1.06	1	.304
	Erwartete Anzahl	21.7	23.3			
	Prozent [%]	55.6	44.4			
Rechtsgrundlage 24 h nach Aufnahme: Freiwillig	Anzahl [n]	290	299	4.00	1	.046⁺
	Erwartete Anzahl	281.4	307.6			
	Prozent [%]	49.2	50.8			
Rechtsgrundlage 24 h nach Aufnahme: Unterbringung nach BGB	Anzahl [n]	20	35	3.13	1	.077
	Erwartete Anzahl	26.3	28.7			
	Prozent [%]	36.4	63.6			
Rechtsgrundlage 24 h nach Aufnahme: Unterbringung nach UBG	Anzahl [n]	3	290	0.30	1	.583
	Erwartete Anzahl	2.4	2.6			
	Prozent [%]	60.0	40.0			
Gesetzliche Betreuung bei Entlassung	Anzahl [n]	74	106	5.74	1	.017⁺
	Erwartete Anzahl	87.5	92.5			
	Prozent [%]	41.1	58.9			
Probleme bei Psychopharmakotherapie: Therapieresistenz	Anzahl [n]	13	24	2.76	1	.097
	Erwartete Anzahl	17.9	19.1			
	Prozent [%]	35.1	64.9			
Probleme bei Psychopharmakotherapie: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Anzahl [n]	12	14	0.05	1	.819
	Erwartete Anzahl	12.6	13.4			
	Prozent [%]	46.2	53.8			
Probleme bei Psychopharmakotherapie: Mangelnde Compliance	Anzahl [n]	8	21	5.23	1	.022⁺
	Erwartete Anzahl	14.0	15.0			
	Prozent [%]	27.6	72.4			

Anmerkungen: ⁺) $p \leq .05$, ⁺⁺) $p \leq .01$

Die Untersuchung der krankheitsbezogenen Merkmale zeigte, dass alle deskriptiven Kennwerte der CGI- und GAF-Werte sowie die weiteren krankheitsbezogenen untersuchten Variablen bis auf die kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995 ($z = 1.50$, $p \leq .05$) normalverteilt sind. Varianzhomogenität ist für alle untersuchten Variablen außer für die Variable Verbesserung des Schweregrades der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt (CGI-E-I) ($F = 7.11$, $p \leq .05$) gegeben. Die Ergebnisse des Vergleichs sind in Tabelle 4.101 dargestellt.

Tabelle 4.101: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben und des Mann-Whitney-Tests für die Analysestichprobe der Responder ($n = 328$) bzw. Non-Responder ($n = 356$) bezüglich krankheitsbezogener Merkmale

Skala	t-Tests							
	t- Wert	p- Wert	Responder		Non- Responder			
			<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>		
Alter bei Aufnahme	-.08	.935	41.6	14.0	41.8	13.4		
Age at onset	.65	.519	30.2	13.3	29.3	14.5		
CGI-A ^{d)}	.50	.620	6.0	0.8	6.0	0.8		
CGI-E-S ^{e)}	-.97	.332	5.5	1.1	5.5	1.1		
CGI-E-I ^{f)}	-2.08	.038⁺	3.0	0.9	3.2	0.9		
GAF-A ^{g)}	-.42	.675	38.4	14.2	38.9	14.0		
GAF-max ^{h)}	-.66	.511	66.1	14.3	66.9	12.6		
GAF-E ⁱ⁾	.22	.824	59.3	12.9	59.1	12.5		
Verweildauer [Tage]	-.92	.360	64.8	95.7	74.5	164.4		
Erkrankungsdauer [Jahre]	-1.07	.286	11.8	10.4	12.8	10.1		
Mann-Whitney-Test								
Skala	z- Wert	p- Wert	Responder		Non-Responder			
			<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>MR^{c)}</i>	<i>M^{a)}</i>	<i>SD^{b)}</i>	<i>MR^{c)}</i>
Kumulierte Ver- weildauer ^{j)} [Tage]	-.269	.007⁺⁺	161.2	188.6	271.2	190.5	209.0	308.6

Anmerkungen: ^{+) $p \leq .05$, ^{++) $p \leq .01$}}

^{a)} M = Mittelwert, ^{b)} SD = Standardabweichung, ^{c)} MR = Mittlerer Rang, ^{d)} CGI-A = Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme, ^{e)} CGI-E-S = Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung (severity), ^{f)} CGI-E-I = Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt (improvement), ^{g)} GAF-A = GAF-Wert des Patienten bei Aufnahme, ^{h)} GAF-max = maximaler GAF-Wert des Patienten im letzten Jahr, ⁱ⁾ GAF-E = GAF-Wert des Patienten bei Entlassung, ^{j)} = kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995

Es zeigten sich Unterschiede in der Variable Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt (CGI-E-I) sowie in der kumulierten Verweildauer des Patienten in der Klinik: Non-Responder haben eine größere Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt und eine signifikant längere kumulierte Verweildauer in der Klinik als die Responder.