

Diplomarbeit

**„Evaluation eines Interventionsprogramms
für Partner depressiv Erkrankter“**

Eingereicht von Gottlebe, Katrin, geb. am 25.02.1981 in Oschatz

Angefertigt an der

Universität Leipzig
Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie
Institut für Angewandte Psychologie und Sozialpsychologie

Betreuer: Dr. U. Wilms, DP N. Bull

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Universitätsklinikum Leipzig

Leipzig, den 6. Dezember 2004

Danksagung

Ich möchte mich bei den zahlreichen Partnerinnen und Partner bedanken, die sich mit der Teilnahme an dem Programm und besonders dem Ausfüllen der teilweise recht ausführlichen Fragebögen bereit erklärt haben. Ohne Ihren Einsatz wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Ich danke Nadine Bull für ihre Beratung in allen inhaltlichen und methodischen Fragen. Ebenso möchte ich Herrn Dr. Wilms für seine Anregungen zur Auswertung des Datenmaterials danken. Nicht zuletzt bedanke ich mich bei allen Mitarbeitern des Projekts.

Mein besonderer Dank gilt meiner Freundin Jacqueline, die trotz eigener Zeitknappheit immer ein paar Minuten zum Korrekturlesen oder für Diskussionen fand. Schließlich danke ich allen, die mich im letzten Jahr der Arbeit ermutigt und unterstützt haben, Jenny und meiner Familie.

Diese Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen „Kontextfaktoren in der Rehabilitation“ in dem Projekt „Belastungsbezogene Interventionen für Partner psychisch kranker Menschen – Optimierung der Kontextfaktoren in der Rehabilitation“. Das Projekt wird gefördert von der Deutschen Rentenversicherung und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01 GD 0107).

Zusammenfassung

Partner depressiv Erkrankter übernehmen in der Betreuung des Erkrankten wichtige Aufgaben und sind dadurch auch einer Vielzahl von **Belastungen** ausgesetzt. Die Erkrankung des Partners erweist sich meist als schwerwiegender Eingriff in das bisherige Leben der Familie. Die Folgen der anhaltenden Belastungen für den betreuenden Partner sind häufig Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit. Viele Partner sind in der **Bewältigung** dieser Situation auf sich selbst gestellt. Professionelle Angebote, die sich speziell an Partner Depressiver richten, sind nicht bekannt. An der Universität Leipzig wurde das **Unterstützungsprogramm** „Belastungsbezogene Interventionen für Partner psychisch kranker Menschen“ entwickelt. Das Programm stellt ein auf Selbstmanagement orientiertes Beratungsangebot dar, das sowohl nutzerorientiert als auch belastungsbezogen ist.

In der vorliegenden Arbeit werden die Effekte, die die Teilnahme an dem Programm auf die **Depressivität** (D), erhoben mit dem Beck-Depressions-Inventar, und die **Lebensqualität** (LQ), erhoben mit dem WHOQOL-BREF, von Partnern depressiv Erkrankter hat, untersucht. Zudem wird die **Akzeptanz** des Programms bei den Teilnehmern betrachtet. Es werden die Untersuchungswerte der Teilnehmer vor und nach der Teilnahme an dem Programm betrachtet. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Verbesserungen der D und der LQ nach der Teilnahme, wobei ein Großteil der Partner keine depressiven Symptome oder unterdurchschnittliche LQ zeigt. Frauen weisen höhere Werte für D und niedrigere Werte der LQ auf als Männer. In den Bereichen der LQ erfahren die weiblichen Teilnehmer eher eine Verschlechterung, wogegen die männlichen Teilnehmer sich zum Teil signifikant verbessern können. Als wichtiger Einflussfaktor für die Veränderung der D und LQ hat sich der Krankheitszustand des erkrankten Patienten herausgestellt. Das Programm wird von den Teilnehmern i.a. positiv bewertet.

Das Unterstützungsprogramm stellt einen Anfang für weitere Entwicklungen zur Unterstützung von Partnern depressiv Erkrankter dar. Es gilt, die erhobenen Kriterien unter Einbeziehung einer Kontrollgruppe auszuwerten und die Wirksamkeit für eine größere Untersuchungsgruppe und Teilnehmer, deren Partner an anderen psychischen Erkrankungen leiden, zu zeigen.

Gliederung

	Seite
1. Einleitung.....	7
 I. Theoretischer Teil	
2. Stress, Belastung und Bewältigung.....	9
2.1 Theoretische Konzepte.....	9
<i>2.1.1 Belastung und Stress.....</i>	<i>9</i>
<i>2.1.2 Bewältigung von Stressbelastungen.....</i>	<i>13</i>
2.2 Angehörige psychisch Kranker.....	15
<i>2.2.1 Belastungen.....</i>	<i>15</i>
2.2.1.1 Objektive Belastungen.....	15
2.2.1.2 Subjektive Belastungen.....	19
2.2.1.3 Moderierende Variablen.....	20
<i>2.2.2 Bewältigungsverhalten.....</i>	<i>22</i>
<i>2.2.3 Beanspruchungsfolgen.....</i>	<i>25</i>
3. Interventions- und Unterstützungsangebote für Angehörige psychisch Kranker.....	28
3.1 Angehörige psychisch Kranker in der psychiatrischen Versorgung.....	29
<i>3.1.1 Ziele.....</i>	<i>29</i>
<i>3.1.2 Angehörigenspezifische Konzepte in der psychiatrischen Versorgung....</i>	<i>29</i>
<i>3.1.3 Gruppenangebote für Angehörige psychisch Kranker.....</i>	<i>31</i>
3.1.3.1 Allgemeine Vorteile von Gruppenangeboten.....	31
3.1.3.2 Klassifikation von Gruppenangeboten.....	32
3.1.3.3 Gruppenangebote für Angehörige Depressiver.....	33
3.1.3.3 Zur Effektivität von Gruppenangeboten für Angehörige.....	34
<i>3.1.4 Die Arbeit mit Partnern depressiver Patienten.....</i>	<i>36</i>

3.2 Ein Unterstützungsprogramm für Partner psychisch Kranker.....	37
<i>3.2.1 Durchführung.....</i>	<i>38</i>
<i>3.2.2 Inhalt.....</i>	<i>40</i>
<i>3.2.3 Evaluationsmethodik.....</i>	<i>43</i>
4. Fragestellung und Hypothesen.....	45

II. Empirischer Teil

5. Methodik.....	47
5.1 Durchführung.....	47
5.2 Untersuchungsinstrumente.....	48
<i>5.2.1 Abhängige Variablen.....</i>	<i>48</i>
5.2.1.1 Fragebogen zur Akzeptanz des Programms.....	48
5.2.1.2 Beck-Depressions-Inventar BDI (Hautzinger et al., 1994).....	49
5.2.1.3 WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian und Matschinger, 2000).....	49
<i>5.2.2 Kontrollvariable.....</i>	<i>50</i>
5.2.2.1 Global Assessment of Functioning GAF (Piersma und Boes, 1997; Saß et al., 1998)	50
5.3 Teilnehmer.....	50
5.4 Analyse.....	58
6. Ergebnisse.....	60
6.1 Akzeptanz des Programms.....	60
<i>6.1.1 Hypothese 1.....</i>	<i>60</i>
6.2 Depressivität (BDI)	62
<i>6.2.1 Hypothese 2.....</i>	<i>64</i>
<i>6.2.2 Hypothese 3.....</i>	<i>65</i>
<i>6.2.3 Hypothese 4.....</i>	<i>67</i>
6.3 Lebensqualität (WHOQOL-BREF).....	67
<i>6.3.1 Hypothese 5.....</i>	<i>67</i>
6.3.1.1 Domäne 1 – Körperliches Wohlbefinden.....	68
6.3.1.2 Domäne 2 – Psychisches Wohlbefinden.....	69

6.3.1.3 Domäne 3 – Soziale Beziehungen.....	71
6.3.1.4 Domäne 4 – Umweltfaktoren.....	73
6.3.1.5 Domäne 5 – Allgemeine Lebensqualität.....	75
<i>6.3.2 Hypothese 6.....</i>	<i>77</i>
6.3.2.1 Domäne 1 – Körperliches Wohlbefinden.....	77
6.3.2.2 Domäne 2 – Psychisches Wohlbefinden.....	78
6.3.2.3 Domäne 3 – Soziale Beziehungen.....	79
6.3.2.4 Domäne 4 – Umweltfaktoren.....	80
6.3.2.5 Domäne 5 – Allgemeine Lebensqualität.....	81
<i>6.3.3 Hypothese 7.....</i>	<i>83</i>
6.3.3.1 Domäne 1 – Körperliches Wohlbefinden.....	84
6.3.3.2 Domäne 2 – Psychisches Wohlbefinden.....	86
6.3.3.3 Domäne 3 – Soziale Beziehungen.....	87
6.3.3.4 Domäne 4 – Umweltfaktoren.....	90
6.3.3.5 Domäne 5 – Allgemeine Lebensqualität.....	91
 7. Diskussion.....	 95
7.1 Akzeptanz des Programms.....	95
7.2 Depressivität	96
7.3 Lebensqualität	98
7.4 Kritische Bilanz der methodischen Umsetzung.....	101
 8. Schlussfolgerung.....	 102
 9. Literaturverzeichnis.....	 103
 10. Abbildungsverzeichnis.....	 112
 11. Tabellenverzeichnis.....	 113
 Anhang A Fragebogen zur Akzeptanz des Programms	
Anhang B Verteilung des Einkommens	
Anhang C Ergebnistabellen	

1. Einleitung

Depressionen gehören zu den schwersten Volkskrankheiten der entwickelten Welt, was in einer neueren Studie der WHO (Murray und Lopez, 1996) bestätigt wurde. Die unipolare Depression steht demnach gemessen an den Jahren, die der Erkrankte mit den Auswirkungen und Beeinträchtigungen der Depression leben muss, noch vor anderen körperlichen oder psychischen Erkrankungen (Murray und Lopez, 1996). Prävalenzraten von 6,3 % (4-Wochen-Prävalenz) und 18,6 % (Lebenszeitprävalenz) zeigen, dass eine Vielzahl von Personen von affektiven Störungen betroffen sind (Jacobi et al., 2004; Wittchen et al., 1999). In Deutschland müssen folglich gegenwärtig ca. vier Millionen Menschen mit den Auswirkungen einer Depression leben (Bischkopf, 2002), wobei die Betroffenen im Umfeld des Patienten ¹, insbesondere der Partner und die Familie, in diesen Zahlen nicht berücksichtigt sind.

In der Psychiatrie-Enquête (1975) wurde unter anderem die Forderung nach einer gemeindenahen Versorgung für psychisch Kranke formuliert. Im Zuge der Verwirklichung dieser Forderung kam es zu einer Dezentralisierung der stationären Einrichtungen und damit zu einer drastischen Reduzierung der Bettenzahlen der psychiatrischen Abteilungen. Dies führt dazu, dass psychisch kranke Patienten nach Abklingen der akuten Phase und sobald es ihr Gesundheitszustand zulässt, zunehmend in ihre Familien entlassen, um dann ambulant weiterbetreut zu werden. Ziel ist es, die Patienten so früh wie möglich wieder in ihre gewohnte Umgebung zu integrieren und das soziale Umfeld als Teil der Therapie und Rehabilitation zu nutzen. Für den Partner und die Familie bedeutet dies aber, dass sie die Betreuungstätigkeiten, die im Krankenhaus von professionellen Helfern übernommen würden, nun selbst erledigen müssen. Dies stellt für viele Familien, insbesondere für die (Ehe)partner, eine große Belastung dar, da häufig Unsicherheit im Umgang mit dem Erkrankten besteht und kein Wissen über die Erkrankung selbst vorhanden ist. Aus dieser Belastung können sich schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Angehörigen entwickeln.

Nachdem Angehörige, insbesondere Partner, psychisch Kranker von der Forschung lange ignoriert wurden, untersuchte man sie zunächst im Hinblick auf den Beitrag, den sie zur Verursachung oder Aufrechterhaltung der Krankheit geleistet haben könnten. Als Stichwort sei hier das „Expressed Emotions“-Konzept (Vaughn und Leff, 1976) genannt. Besonders auch unter dem Druck der sich neu bildenden Selbsthilfegruppen der Angehörigen wandte

¹ Die weibliche Form ist hier und im Folgenden immer mit gemeint.

sich die Forschung den Belastungen zu, die die Angehörigen und Familien der psychisch Erkrankten trugen. Untersuchungen, insbesondere zu Belastungen von Partnern psychisch Kranker blieben aber, besonders in Deutschland, eher rar.

Die Untersuchungen selbst betrachteten die Angehörigen als homogene Gruppe bezüglich der Beziehung zum Patienten oder der Diagnose. Unterschiede in der Belastung von Eltern, Ehepartnern oder Freunden wurden kaum untersucht. Angehörige von an Schizophrenie Erkrankten standen zwar häufig im Mittelpunkt der Untersuchungen, wohl unter der Prämisse, dass die Symptome der Schizophrenie besonders schwerwiegend und befremdlich sind. Die Gruppe der Angehörigen depressiv Erkrankter, insbesondere (Ehe-)partner, blieb aber bislang weitgehend unbetrachtet.

Diesen Tatsachen geschuldet, steht auch die Forschung zu Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige psychisch Kranker im allgemeinen und (Ehe)partnern depressiv Erkrankter im speziellen bislang noch an ihren Anfängen. Besonders im deutschsprachigen Raum sind kaum evaluierte Unterstützungsprogramme bekannt, die sich speziell an diese Gruppen richten. Hier sind häufig Selbsthilfegruppen die einzige Anlaufstelle für die Angehörigen.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Evaluation eines Unterstützungsprogramms für Partner psychisch Kranker, das im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts „Belastungsbezogene Interventionen für Partner psychisch kranker Menschen“ (Förderkennzeichen 01 GD 0107) an der Universität Leipzig entwickelt wurde. In diesem Rahmen soll die Gruppe der Partner an Depression Erkrankter betrachtet werden.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen Teil, in dem zunächst theoretische Konzepte zu Belastung und Belastungsbewältigung in Bezug auf die Angehörigenforschung dargestellt werden. Danach werden Untersuchungen zu den Belastungen und deren Folgen für Angehörige psychisch Kranker beschrieben. Im Anschluss werden Konzepte zur Unterstützung von Angehörigen psychisch Kranker vorgestellt, wobei der Fokus auf Angehörigen depressiv Erkrankter liegen wird. Das Unterstützungsprogramm, mit dessen Evaluation sich diese Arbeit beschäftigt, wird dargestellt. Im sich anschließenden empirischen Teil werden das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse der Evaluation des Unterstützungsprogramms dargestellt und diskutiert.

I. Theoretischer Teil

2. Stress, Belastung und Bewältigung

Im folgenden Abschnitt werden zunächst theoretische Konzepte von Belastung, Stress und Bewältigung in der Anwendung auf die Angehörigenforschung vorgestellt. Anschließend werden die Belastungen, die Angehörige psychisch Kranker tragen, und deren Folgen sowie Coping-Strategien dargestellt. Dabei soll auf die Gruppe der Partner depressiv Erkrankter besonders eingegangen werden.

2.1 Theoretische Konzepte

2.1.1 Stress und Belastung

Seit Mitte der 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts vollzog sich in den USA und England ein Perspektivenwechsel der Forschung weg von den Auswirkungen der Familie auf den psychisch Erkrankten hin zu den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Familie (Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer, 2001b). Im Zuge der Psychiatrie-Enquête (1975) und deren Forderung nach gemeindenaher und umfassender Versorgung rückte auch in Deutschland die Familie, in der der psychisch Kranke nun zunehmend lebte, in den Mittelpunkt der Forschung.

Zunächst stand die Beschreibung der Belastungen, die die Familien erlebten, im Mittelpunkt, um dadurch negative Folgen wie erhöhtes Krankheitsrisiko etc. der Angehörigen zu erklären. Der Begriff „(caregiver)-burden“ etablierte sich, worunter die Auswirkungen einer Erkrankung auf die Personen, die den Erkrankten pflegen, betreuen und unterstützen, verstanden wurde (Bischkopf, 2002). Dieser Begriff wurde in Abgrenzung zu „distress“ geprägt (Bischkopf, 2002), der eher allgemeines, durch die Lebensumstände verursachtes, Belastungserleben beschreibt (Maurin und Boyd, 1990).

Eine erste Einteilung von Belastung i.S.v. „burden“ trafen Hoenig und Hamilton (1966). Sie unterschieden objektive und subjektive Belastungsfaktoren. Als objektive Belastungen erhoben sie zum einen das „abnormale“, störende Verhalten des Erkrankten, zum anderen nachteilige Effekte auf den Haushalt der Familie wie finanzielle Einbußen, Unterbrechungen des Familienlebens, Auswirkungen auf die Kinder und die Gesundheit der Angehörigen. Jungbauer et al. (2001) beschrieben objektive Belastungen zusammenfassend als beobachtbare und unmittelbar greifbare negative Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Familie. Als subjektive Belastung untersuchten Hoenig und Hamilton (1966) das

Ausmaß, in dem sich der Angehörige tatsächlich beeinträchtigt fühlt. Sie betonten, dass Belastung von jedem Einzelnen im Umfeld des Erkrankten anders wahrgenommen werden kann. Dieses Belastungskonzept war außerordentlich einflussreich für die weitere Angehörigenforschung und wird noch heute verwendet.

Bislang konnte jedoch noch kein einheitliches theoretisches Rahmenkonzept oder eine einheitliche Operationalisierung von Belastung etabliert werden. Es existieren so viele Meinungen wie es Forscher auf diesem Gebiet gibt (Baronet, 1999). In einem Literaturüberblick konnten Maurin und Boyd (1990) folgende Dimensionen objektiver Belastung finden: Verhalten des Patienten, Rollenerfüllung des Patienten, generell nachteilige Effekte für den Angehörigen, finanzielle Kosten und Unterstützung für den Patienten. In Bezug auf die subjektive Belastung erweist sich die Suche nach Indikatoren weit schwieriger. Hier wurde die Verwendung von Indikatoren wie Beziehungsqualität, Lebensereignisse („stressful life events“), intrapsychische Vorgänge, wie Einstellung oder emotionale Reaktionen, vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte und der Persönlichkeit des betreuenden Familienangehörigen vorgeschlagen (Noh und Avison, 1988; Solomon und Draine, 1995b; zit. nach Bischof, 2002).

Maurin und Boyd (1990) schlagen folgendes Konzept zur Systematisierung der Beziehungen zwischen objektiven und subjektiven Belastungsaspekten vor (Abb. 1):

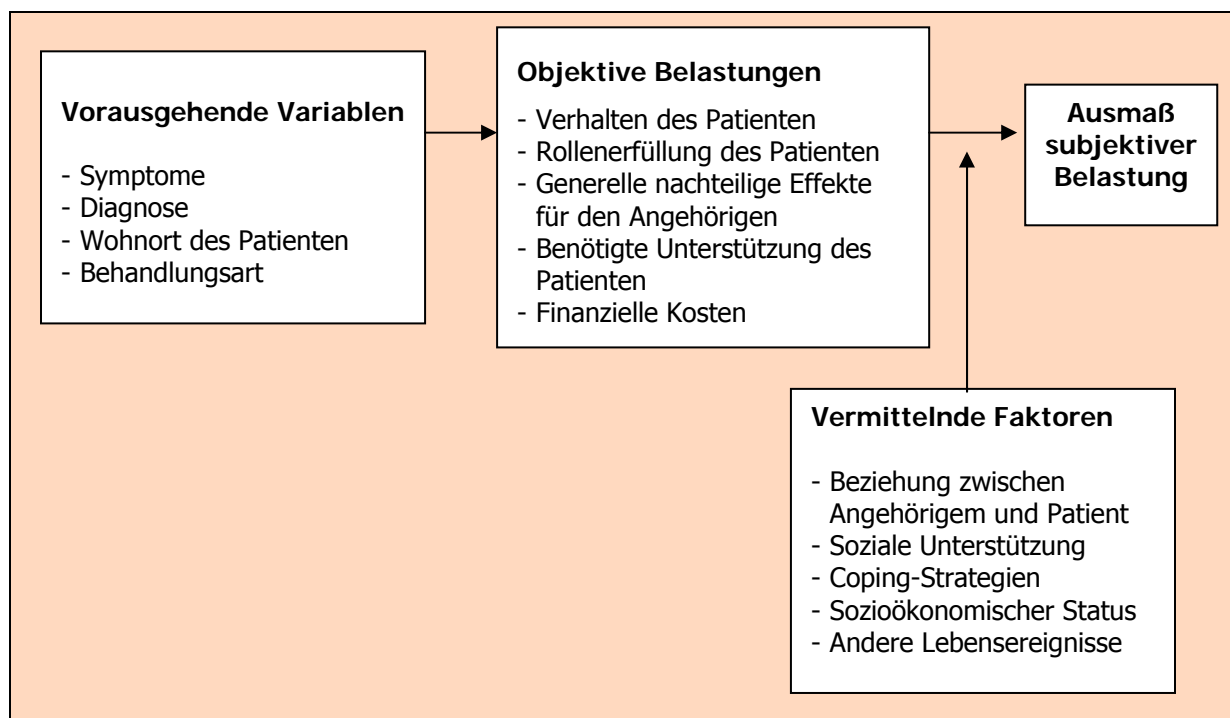


Abb. 1: Modell der Beziehung zwischen psychischer Erkrankung eines Familienmitglieds und dem Belastungserleben (Maurin und Boyd, 1990)

Dieses Konzept von Belastung weist einige Schwachpunkte auf. Es geht davon aus, dass nur objektiv Fassbares zum Erleben von Belastung und Stress führt. Der Angehörige kann sich aber auch durch „Nicht-Objektive“, emotionale Aspekte, wie z.B. Trauer um den Verlust der „gelebten bzw. erlebbaren Gegenwart“ (Jungbauer et al., 2001b, S. 28), belastet fühlen (Szmukler et al., 1996). Außerdem wird lediglich erklärt, welche Faktoren dazu führen, dass Angehörige psychisch Kranker subjektive Belastungen erleben. Die Frage, welche Folgen dieses Belastungserleben hat und wie diese aussehen können, bleibt unbeantwortet.

Mit dem zunehmenden Einfluss stresstheoretischer Konzepte (z.B. das transaktionale Stresskonzept von Lazarus und Mitarbeitern [z.B. 1966]) tritt das ursprüngliche Belastungskonzept von Hoenig und Hamilton (1966) zur Erklärung von Belastungen und Belastungsverarbeitung von Angehörigen in den Hintergrund (z.B. Solomon und Draine, 1995a; Szmukler et al., 1996).

Stress wird verstanden als Prozess, der über Bewertungsvorgänge bezüglich der Situationsmerkmale und den Bewältigungsmöglichkeiten der Person dazu führt, dass eine Situation als belastend erlebt wird oder nicht (vgl. z.B. Lazarus, 1966). Lazarus unterscheidet zwei Bewertungsprozesse. Zunächst erfolgt die primäre Bewertung der Situation bezüglich ihrer Relevanz für das Individuum. Danach werden die individuellen Bewältigungsfähigkeiten und -ressourcen geprüft (sekundäre Bewertung). Es sind also nicht die Belastungen per se, also die bloßen Merkmale der Situation, mit denen sich das Individuum auseinandersetzen muss, die zum Erleben von Stress führen, sondern erst die Bewertung dieser Auseinandersetzung führt zu einer Beanspruchung. Diese Bewertungsvorgänge sind nicht als bloße kognitive Abläufe zu sehen, vielmehr werden diese durch „kognitiv-emotionale Schemata, die in der Biographie erworben wurden“ (Schröder, 2002, S.5), bestimmt.

Im Mittelpunkt der Untersuchungen mit Angehörigen stehen nun die komplexen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Belastungsaspekten, wie sie zum Beispiel bei Maurin und Boyd (1990) dargestellt werden, und kognitiv-emotionalen Prozessen (Jungbauer et al., 2001b). Die durch die Erkrankung bestehenden objektiven Belastungen werden als potentielle Stressoren betrachtet, die subjektiven Belastungen, also die Wahrnehmung von Stress und Belastung, als Folge dieser Stressoren, moderiert von persönlichen Eigenschaften des Angehörigen, wie z.B. Coping-Strategien, Attributionsstil, Problemlösefähigkeit oder Locus of Control (Schene, 1990).

Szmukler et al. (1996) schlagen auf der Grundlage des Stress-Paradigmas von Lazarus und Folkman (1984) ein Modell vor, das auf die Situation des „caregiving“ besonders eingeht (Abb. 2). Das Modell umfasst, wie bei Maurin und Boyd (1990), objektive Belastungen (hier:

Stressoren) und vermittelnde Faktoren. Es stellt aber den kognitiven Prozess der Bewertung in den Mittelpunkt. Erstmals werden darin auch die Folgen von Belastungserleben in einem Modell für Angehörige berücksichtigt.

Die Krankheit des Patienten und die damit zusammenhängenden Verhaltensweisen, Funktionseinschränkungen und vom Angehörigen wahrgenommenen Störungen werden als Stressoren angesehen. Die Bewertung kann durch vermittelnde Faktoren wie die Persönlichkeit des Angehörigen, die Qualität der Beziehung zwischen Angehörigem und Patient oder soziale Unterstützung beeinflusst werden. Bei der Bewertung der Anforderungen der Betreuungssituation werden sowohl deren bedrohliche als auch positive Aspekte berücksichtigt. Das Wechselspiel aus Coping-Strategien des Angehörigen und dessen Bewertung der Situation führt zu Folgen im Sinne von physischen und psychischen Beeinträchtigungen.

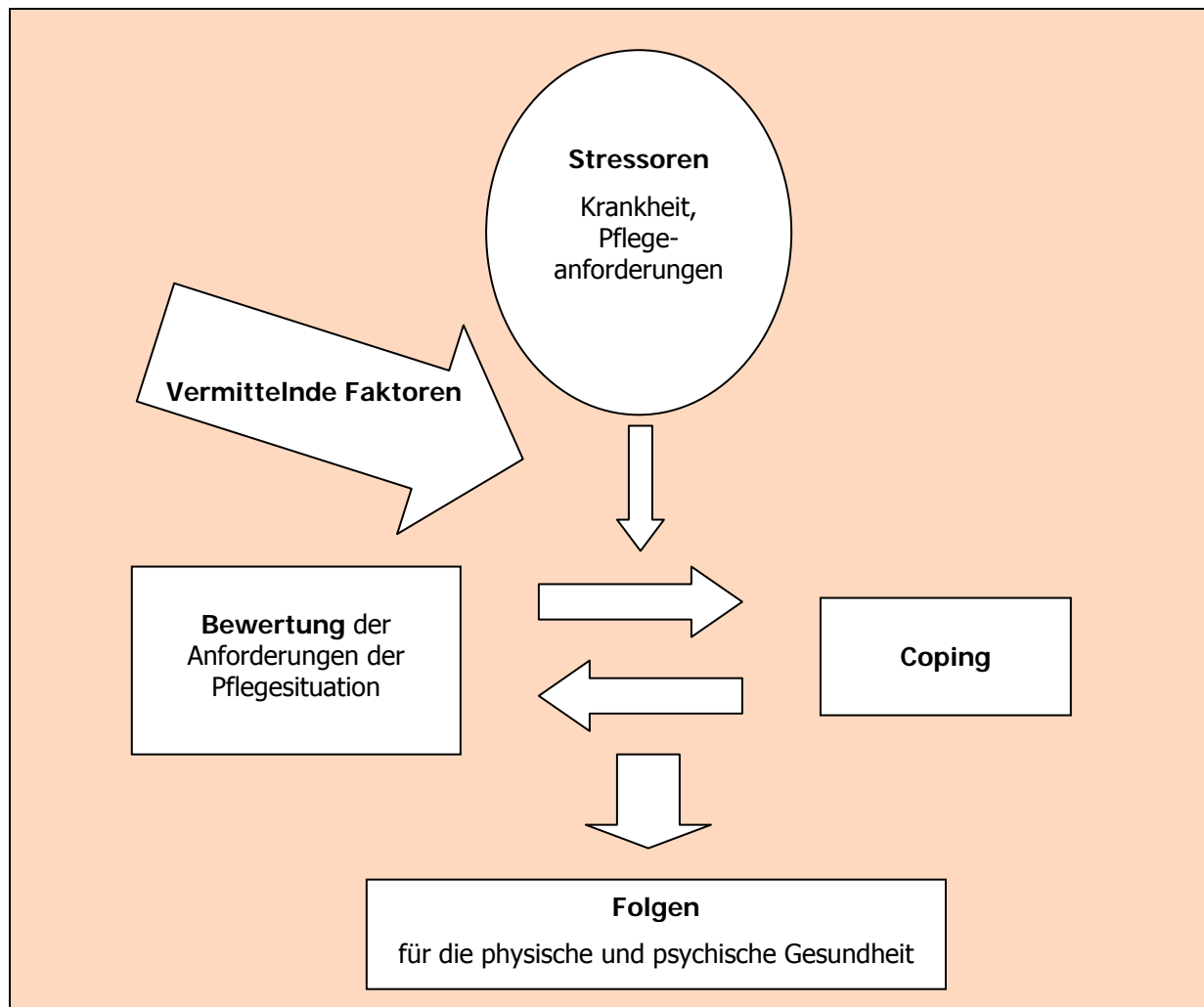


Abb. 2: Ein „Stress-Coping“-Modell für betreuende Angehörige (Szmukler et al., 1996)

Szmukler et al. (1996) stellen heraus, dass es sich bei den Folgen nicht zwangsläufig um manifeste Erkrankungen handeln muss, sondern dass vielmehr das Wohlbefinden eingeschränkt sein kann. Auch Scheuch und Schröder (1990) betonen, dass Folgen von Beanspruchung sowohl negativ (z.B. Einschränkungen des Wohlbefindens) als auch positiv (z.B. Weiterentwicklung) sein können.

Ein beeinträchtigtes Wohlbefinden und Krankheit kann verstanden werden als gestörtes Wechselverhältnis zwischen Mensch und Umwelt (Scheuch und Schröder, 1990). Die Umwelt stellt erhöhte Anforderungen an das Individuum, wodurch das Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt gestört ist. Der Körper reagiert auf dieses Ungleichgewicht mit erhöhter, aber zweckmäßiger Regulationstätigkeit. Verfügt das Individuum nicht über genügend Ressourcen, um die Homöostase der Körperfunktionen und das Gleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt wiederherzustellen, kommt es zu einer Dauermobilisierung des Körpers. Dieser chronische Stress zehrt alle verbliebenen Ressourcen auf und es kommt zu psychovegetativen Symptomen mit Krankheitswert (Schröder, 1996). In diesem Sinne kann auch die Situation von Angehörigen interpretiert werden. Durch die Erkrankung wird das Gleichgewicht der Familie gestört. Die Familie lebt über lange Zeit mit dem Patienten in einer Situation, in der die Angehörigen zusätzliche Aufgaben erfüllen müssen. Verfügen sie nicht über ausreichende Ressourcen, um ein neues Gleichgewicht herzustellen, führt dies zu Dauerbelastung und kann zu psychischen und physischen Beeinträchtigungen der Gesundheit der Angehörigen führen.

Durch den Einfluss stresstheoretischer Konzepte sind Entwicklungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien als wichtige Ressourcen in den Fokus der bislang eher defizit- und belastungsorientierten Forschung gerückt (Jungbauer et al., 2001b). Aber die Forschung zu diesen Themen steht noch an ihrem Anfang.

2.1.2 Bewältigung von Stressbelastungen

Im folgenden Abschnitt sollen die Grundzüge psychologischer Bewältigungskonzepte bei Stressbelastung dargestellt werden. Die Besonderheit von Coping im partnerschaftlichen Kontext soll herausgestellt werden.

Im transaktionalen Stresskonzept werden Bewältigungsprozesse als „spezifische, anforderungsbezogene Verhaltensqualitäten“ (Scheuch und Schröder, 1990, S. 102) verstanden, die sich unmittelbar an die kognitiven Bewertungsvorgänge anschließen. Die Bewältigungsprozesse sind in unterschiedlichem Maße für die Anforderungen der Situation passend und können durch Neubewertung verändert werden (Scheuch und Schröder, 1990).

Lazarus und Launier (1978) unterscheiden in ihrem Stresskonzept zwei Bewältigungsformen: problemorientiert-instrumentelles und emotionszentriert-palliatives Coping. Unter problemorientiert-instrumenteller Bewältigung werden Strategien gefasst, welche die stresserzeugenden Bedingungen der Situation beeinflussen, wie z.B. Veränderung des Kommunikationsverhaltens, problemlösendes Handeln oder Veränderung des Tagesablaufes. Strategien, die die körperlichen und emotionalen Reaktionen beeinflussen, werden als emotionszentriert-palliative Bewältigung bezeichnet. Beispiele hierfür sind Entspannung, Ablenkung oder Senkung des Anspruchsniveaus (vgl. Schröder, 1996).

Schröder (1996) nennt außerdem interventive Ansatzpunkte bei Stressbelastung. Zum einen können die Lebensumstände und Anforderungen verändert und umgestaltet werden, so dass „menschliche Wesensbesonderheiten“ (S.16) besser berücksichtigt werden. Dies knüpft an der objektiven Belastungsseite an. Zum anderen können Menschen befähigt und unterstützt werden, mit Belastungen umzugehen. Dies ist wichtig, da insbesondere in der gesundheitspsychologischen Forschung gezeigt werden konnte, dass sich ungünstige Coping-Stile auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirken können (Bodenmann, 2000). Dies schließt präventive Tätigkeit, z.B. über die Stärkung von Ressourcen oder die Sensibilisierung für die Entstehung von Stresszuständen, und Palliation, also die Linderung von Symptomen und Folgen von Stresszuständen, ein (Schröder, 1996).

Coping-Prozesse wurden bislang fast ausschließlich aus individuumszentrierter Perspektive betrachtet, so dass nur wenige theoretische Modelle zu Stress und Coping in der Partnerschaft vorliegen (Bodenmann, 2000). Bodenmann (2000) stellt in seinem Buch einige Ansätze zu dyadischem Coping dar, verweist aber darauf, dass empirische Überprüfungen noch ausstehen.

Dabei scheint Coping insbesondere im partnerschaftlichen Kontext besonders wichtig zu sein. Es zeigte sich, dass Paare, die Stress nicht angemessen bewältigen, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine negative Interaktion zu ihrem Partner aufweisen, was sich in der Folge ungünstig auf die Partnerschaftsstabilität auswirken kann (Bodenmann, Perrez und Gottmann, 1996).

Bodenmann (1995) versteht unter dyadischem Coping „Bemühungen eines Partners oder beider Partner, (...) bei der Stressbewältigung mitzuwirken und durch gezielte Bewältigungshandlungen eine neue Homöostase (...) herbeizuführen“ (S. 63). In diesem Konstrukt müssen Stresssignale des einen und Antwortreaktionen des anderen auf diese Stressäußerungen berücksichtigt werden. Je nach Problemkonstellation und in Abhängigkeit der Copingfähigkeiten und -ressourcen können dabei gemeinsame (z.B. gemeinsame

Lösungsdiskussionen), supportive (z.B. Ratschläge, Wertschätzung) und delegierende (z.B. Abgeben von Verantwortung an den Partner) dyadische Strategien verwendet werden (Bodenmann, Cina und Schwerzmann, 2001).

2.2 Angehörige psychisch Kranker

Lange Zeit wurden „Angehörige psychisch Kranker“ als homogene Gruppe betrachtet. Viele Untersuchungen zu Belastungen, Folgen von Belastung und Bewältigungsstrategien beziehen sich auf allgemeine Stichproben von Angehörigen psychisch Erkrankter. Eine Unterscheidung zwischen der Diagnose (Depression, Schizophrenie etc.) zum einen und der Art der Beziehung (Elternteil, Ehepartner, Verwandte etc.) zum anderen erfolgte nicht (Jungbauer et al., 2001b). Zwar wurden früh die Angehörigen schizophrener Patienten separat betrachtet (z.B. Hoenig und Hamilton, 1966). Angehörige depressiver Patienten wurden dagegen bis zu der Studie von Fadden, Bebbington und Kuipers (1987) nicht gesondert untersucht. Aufgrund von Untersuchungen ist davon auszugehen, dass gerade Depressionen spezifische Zäsuren im Alltag der Partnerschaften bedeuten (Reich, 2003).

In dem nun folgenden Abschnitt werden die objektiven und subjektiven Belastungen, die Folgen dieser Belastungen und Bewältigungsstrategien der Partner depressiver Patienten und anderer Angehöriger dargestellt.

2.2.1 Belastungen

Wie in Abschnitt 2.1.1 erwähnt, existiert kein einheitliches theoretisches Konzept bezüglich der Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker, weshalb auch die untersuchten Belastungsfaktoren sehr heterogen und schwer systematisierbar sind (Schmid et al., 2003). Trotzdem soll versucht werden, in Anlehnung an das o.g. Modell von Maurin und Boyd (1990) eine Ordnung herzustellen.

2.2.1.1 Objektive Belastungen

Menschen, die mit einem psychisch Erkrankten zusammenleben, sind in vielfältiger Weise belastet (Coyne et al., 1987), denn durch die Erkrankung ergeben sich für die übrigen Familienmitglieder ein Reihe von Veränderungen und Einschnitten. Besonders Ehepartner sind belastet, da sich mit der Erkrankung starke Veränderungen in der ehelichen Beziehung und der Rollenverteilung ergeben (Schmid et al., 2003).

Art und Ausmaß der Belastung sind abhängig vom derzeitigen psychiatrischen Status des Patienten, also ob er sich gerade in einer akuten Episode oder in der Remission der depressiven Episode befindet (Coyne et al., 1987; Jacob et al., 1987a).

Die Krankheitssymptome, die für die Umwelt, speziell für den gesunden Partner, unmittelbar erlebbare Konsequenzen der Erkrankung sind, werden als belastend beschrieben. Darunter zählen z.B. Antriebslosigkeit, Negativismus, Schlafstörungen, wahnhafte Symptome, Bewegungsunruhe, Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten, Suizidversuche, körperliche Symptome, Persönlichkeitsveränderungen, rasche Stimmungswechsel, Wut und Aggressivität sowie Problematisieren und Grübeln (Bischkopf, Wittmund und Angermeyer, 2002; Coyne et al., 1987; Fadden et al., 1987).

Dabei wirken sich die Symptome auf verschiedene Bereiche der Familie aus. Die Positivsymptomatik scheint eher die außerfamiliären Beziehungen zu belasten, wogegen die Negativsymptomatik die innerfamiliären Beziehungen und die Rollenverteilung der Partner beeinträchtigt (Schene, 1990). In akuten Phasen, in denen die Symptome besonders hervortreten, erleben die Partner größere Belastungen (Jacob et al., 1987a), nicht zuletzt deshalb, weil sie in diesen Phasen den Großteil der Verantwortung für Geld, Haushalt und Kinder tragen müssen (Bischkopf et al., 2002). Es zeigte sich, dass Belastung bei Partnern auch aus der Unvorhersehbarkeit der Krankheit aufgrund der wechselnden Symptomatik, der unbekannten Dauer oder dem Verlauf der Episode entsteht. Dies macht sowohl spontane Aktivitäten als auch längerfristige Planungen nahezu unmöglich, wodurch die Familie in ihren Unternehmungen stark eingeschränkt ist (Bischkopf et al., 2002).

Des Weiteren erfordert das Leben mit einem psychisch Erkrankten einen erheblichen Zusatzaufwand, sowohl zeitlich als auch finanziell. Angermeyer, Matschinger und Holzinger (1997) berichten, dass 18,7 % der Angehörigen mehr als 20 Stunden pro Woche für die Betreuung aufbringen. Ungefähr zwölf Prozent geben an, dass sie zwischen elf und 20 Stunden benötigen; 20,6 % wenden zwischen sechs und zehn Stunden auf. Die Zeit wird beispielsweise aufgewendet für die Hausarbeit, Beförderung und ständige Überwachung des Erkrankten (Baronet, 1999). Wittmund et al. (unveröff.) berichten, dass Partner die Rolle eines Case-Managers übernehmen. Sie koordinieren Termine und Behandlungsmaßnahmen, übernehmen die Kommunikation mit Vorgesetzten, Nachbarn und anderen Familienmitgliedern; sie beaufsichtigen das Compliance-Verhalten. Und nicht zuletzt halten sie das Familienleben aufrecht.

Mit der Erkrankung verschlechtert sich meist auch die finanzielle Situation der Familie. 41 % der Befragten gaben an, dass ihr finanzieller Status viel schlechter sei als vor der Erkrankung, was besonders zutrifft, wenn der Ehemann als Hauptverdiener erkrankt (Fadden et al., 1987). 66,6 % der Ehepartner berichten finanzielle Mehraufwendungen durch die Erkrankung (Mory et al., 2002). Finanzielle Belastungen entstehen zum einen durch zusätzliche krankheitsbedingte Ausgaben, wie Zuzahlungen oder Fahrtkosten, zum anderen

durch langfristige finanzielle Einbußen, wie Einkommensverluste beim Patienten und dem Angehörigen selbst (Mory et al., 2002). Patienten werden durch ihre Erkrankung oft erwerbsunfähig und erhalten nur noch Sozialhilfe, weshalb die Angehörigen zu deren Lebensunterhalt beisteuern müssen (Schmid et al., 2003). Es wird der soziale Abstieg befürchtet und teilweise auch erlebt (Bischkopf et al., 2002; Jacob et al., 1987a).

Dieser zeitliche und finanzielle Mehraufwand zieht eine Reihe weiterer Einschränkungen nach sich. Ihre eigene Arbeitstätigkeit haben viele Partner zwar nicht aufgegeben, aber ungefähr die Hälfte der Partner schildert, dass der Beruf eine zusätzliche Belastung sei aufgrund der Verantwortung, die sie für den Patienten zu tragen hätten (Fadden et al., 1987). Schmid et al. (2003) berichten, dass Angehörige eine weniger zeit- und energieaufwändige Arbeit annehmen mussten, um die zusätzliche Belastung zu Hause zu meistern. Andere verzichteten ganz auf ihre berufliche Tätigkeit oder ließen sich frühzeitig berenten.

Soziale und Freizeitaktivitäten leiden ebenfalls unter der Erkrankung des Partners. Die Hälfte der Befragten unternehmen keine gemeinsamen sozialen Aktivitäten mit dem erkrankten Partner, auch Freunde kämen weniger zu Besuch nach Hause (Fadden et al., 1987). Angehörige geben an, dass sie den Kontakt zu anderen Verwandten (25,3 %) und Freunden (33,6 %) verloren haben (Angermeyer et al., 1997). Ursachen dafür sind neben dem Zeitmangel, das Verhalten des Erkrankten, Erschöpfung des Angehörigen, Verhalten der anderen und eigene Befürchtungen und Hemmungen bzgl. der Erkrankung (Angermeyer et al., 1997). 71 % der Ehepartner geben an, dass sie wegen der Erkrankung Einschränkungen in ihren Freizeitaktivitäten erleben (Fadden et al., 1987). Angermeyer et al. (1997) berichtet, dass sich 25,7 % der Angehörigen häufig und 46 % gelegentlich in ihrer Freizeit eingeschränkt fühlen. Gründe dafür sind Bedenken, das Haus zu verlassen oder spontane Verabredungen zu treffen und das Gefühl, der Erkrankte brauche ständige Aufsicht und Fürsorge (Schmid et al., 2003).

Psychische Erkrankung ist mit Stigma belegt (z.B. Jorm et al., 1999). 30,3 % der Angehörigen fühlten sich bereits Diskriminierungen ausgesetzt (Angermeyer et al., 1997). Unabhängig, ob diese erlebt oder antizipiert werden, führt es dazu, dass die Familien die Erkrankung verheimlichen (Bischkopf et al., unveröff.; Schene, 1990) und sich sozial zurückziehen (Bischkopf et al., 2002; Fadden et al., 1987). Damit geht eine wichtige Quelle der sozialen Unterstützung verloren, was zu erhöhter Vulnerabilität für psychische Erkrankungen („minor mental illness“) führen kann (Schene, 1990).

Die Erkrankung verändert das alltägliche Zusammenleben tiefgreifend in Bezug auf die Familie, aber auch und in besonderem Maße in Bezug auf die Partnerschaft.

Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, haben großen Einfluss auf die Beziehung der (Ehe-)partner (Reich, 2003). Durch den chronischen Verlauf der Erkrankung ist es nötig, langfristig familiäre Aufgaben neu zu organisieren und die Rollen in der Partnerschaft neu zu verteilen (Bischkopf et al., 2002), da der erkrankte Partner seine früheren Rollen, z.B. die Haushaltsführung, nicht mehr erfüllen kann (Coyne, Thompson und Palmer, 2002) und dies nun der andere Partner erledigen muss (Halgin und Lovejoy, 1991). Besonders Ehemänner sehen diesen Umstand als Belastung an (Coyne et al., 2002). War die Rollenverteilung vorher eine eher traditionelle, kann ein Rollentausch besonders konfliktreich sein (Bischkopf et al., 2002).

Beziehungen innerhalb der Familie müssen neu gestaltet werden, da die Kommunikation in Partnerschaften mit depressiv Erkrankten beeinträchtigt ist (Bischkopf, 2002; Bischkopf et al., 2002; Fadden et al., 1987; Keitner et al., 1986). Die Ehepartner reden weniger miteinander, es gibt vergleichsweise häufiger Streit und Missverständnisse (Bischkopf, 2002). Man tauscht sich weniger über Gefühle aus (Coyne et al., 2002; Levkovitz et al., 2000). In den Gesprächen gibt es weniger Platz für die Themen des gesunden Partners (Bischkopf, 2002; Fadden et al., 1987). Zum einen wollen sie dem Patienten nicht unnötig Sorgen bereiten, zum anderen denken sie, dass dieser ohnehin nicht helfen könne (Fadden et al., 1987), nicht zuhören oder sich nicht auf das Thema konzentrieren könne (Bischkopf, 2002). Die Interaktion selbst ist von negativem Affekt und Mehrdeutigkeiten geprägt (Backenstraß et al., 1998; Backenstraß et al., 2001; Johnson und Jacob, 1997).

Die Störungen der Kommunikation haben auch Auswirkungen auf die Intimität und Sexualität des Paares. Die erkrankten Partner werden als fremd und kaum zugänglich erlebt (Bischkopf et al., 2002). Der „Ausdruck der emotionalen Verbundenheit“ (Bischkopf, 2002, S. 105) ist gestört. Ein Drittel der Befragten gibt an, dass sie keine sexuelle Beziehung mehr zu ihrem Partner haben, weitere 42 % beschreiben Schwierigkeiten (Fadden et al., 1987). Die depressiven Symptome selbst (z.B. Anhedonie und Libidoverlust) tragen ihren Teil zu den sexuellen Problemen bei (Bischkopf, 2002).

Neben vielen Studien, die auf die Defizite und Probleme in der Interaktion hinweisen (Bischkopf, 2002), konnten Backenstraß et al. zeigen, dass sich Paare mit einem depressiven Partner im Vergleich zu Paaren ohne depressiven Partner insgesamt freundlicher verhielten (Backenstraß et al., 2001) und mehr Vertrauen, Bestätigung, Hilfe und Schutz anboten (Backenstraß et al., 1998).

2.2.1.2 Subjektive Belastungen

Hoening und Hamilton (1966) erhoben ein globales Maß subjektiver Belastung, das unterschied, ob Angehörige „no burden“, „some burden“ oder „severe burden“ erlebten. Sie berichteten, dass 51 % der Befragten sich etwas belastet fühlten. Neun Prozent erlebten schwere Belastung. Vierzig Prozent erlebten dagegen keine Belastung.

Jones und Jones (1994) erhoben subjektive Belastung bezüglich konkreter Bereiche objektiver Belastung. Sie zeigten, dass sich 31 % durch das Zeitmanagement „sehr“ oder „etwas“ belastet fühlten. 28 % der Angehörigen wurden durch die pflegerischen Tätigkeiten, 21 % durch die Hausarbeit belastet. Es zeigte sich, dass das Ausmaß der erlebten Belastung bezüglich des Verhaltens des Erkrankten groß war. So fühlten sich 76 % durch die dadurch bestehende Scham belastet. 53 % empfanden die übermäßigen Forderungen belastend. 50 % erlebten Belastung durch gewalttätiges Verhalten, 43 % durch Suizidversuche.

Partner beschreiben die psychische Erkrankung als Stresssituation. Sie befürchten gesundheitliche Beeinträchtigungen und nehmen auch eigene Stressreaktionen wahr (Bischkopf, 2002).

Die durch die Erkrankung bestehenden Einschränkungen und Veränderungen lösen bei den Angehörigen vielfältige Emotionen aus, die als emotionale Belastung (Schmid et al., 2003) beschrieben werden können. Zusammenfassend zu nennen sind:

- Schuldgefühle
- Scham
- Hilflosigkeit
- Angst vor Rückfällen oder dem Suizid des Patienten
- Trauer und Verlustgefühle
- Zukunfts- und Existenzängste
- Einsamkeit
- ständiges Auf und Ab zwischen Hoffnung auf Besserung und Enttäuschung bei Rückfällen.

Ein Drittel der Befragten geben sich selbst die Schuld an der Erkrankung bzw. sehen sich als Mitverursacher (Schmid et al., 2003). Schuldgefühle werden oft durch Vorwürfe von Bekannten, Verwandten oder professionellen Helfern verstärkt (Angermeyer et al., 1997). Sie entstehen aber auch durch das Verhalten des Patienten, der z.B. auf Kontaktangebote wütend reagiert (Baumann und Lürßen, 1992). Damit einhergehend besteht große Scham bei den Angehörigen, weshalb die Krankheit versteckt wird und sich die Familie von der Umwelt abkapselt (Baumann und Lürßen, 1992; Schmid et al., 2003).

Die dadurch entstehende Einsamkeit wird durch die wachsende Entfremdung zwischen den Ehepartnern selbst verstärkt (Baumann und Lürßen, 1992). Viele Partner, besonders Ehefrauen, beschreiben Gefühle des Verlusts (50 %) sowie von Trauer und Schuld (ca. 66 %). Sie erleben Zukunftsängste. Drei Viertel der Befragten gab an, dass Wünsche und Hoffnungen, die sie mit der Ehe verbanden, unerfüllt geblieben seien (Fadden et al., 1987). Sie müssen nun Entscheidungen, die früher gemeinsam getroffen wurden, allein treffen. Die Zukunft der Familie muss neu betrachtet werden. Partner sind häufig gezwungen, ursprüngliche Zukunftspläne aufzugeben, da diese mit der Erkrankung nicht mehr vereinbar sind (vgl. Schmid et al., 2003). Für viele stellt sich die Frage, ob die Ehe oder Partnerschaft überhaupt weitergeführt werden kann. Untersuchungen zeigten, dass Paare mit einem depressiv erkrankten Partner ihre Ehe signifikant schlechter bewerten als „normale“ Paare und unzufriedener mit dieser sind (Basco et al., 1992; Fincham et al., 1997; Gotlib und Whiffen, 1989; Hell, 1998; Kahn, Coyne und Margolin, 1985).

Neben diesen eher negativen Bewertungen, empfinden einige Partner die neue Situation aber auch als Möglichkeit zur Weiterentwicklung, um z.B. unabhängiger und reifer zu werden (Bischkopf, 2002; Fadden et al., 1987).

Subjektive Belastungen wurden bei Partnern depressiv Erkrankter bislang wenig systematisch untersucht (Bischkopf, 2002). Untersuchungen, die das Ausmaß der erlebten Belastung explizit erfragen, sind, vermutlich aufgrund des Operationalisierungsproblems, rar geblieben. Stattdessen wandte sich die Forschung Faktoren zu, die das Bestehen und Erleben von Belastung moderieren.

2.2.1.3 Moderierende Variablen

Eine Diskrepanz zwischen objektiven und subjektiven Belastungen wurde schon früh, z.B. bei Hoenig und Hamilton (1969), nachgewiesen (zit. nach Jungbauer et al., 2001b). Angehörige fühlen sich demnach unabhängig vom tatsächlichen Ausmaß der Beeinträchtigungen belastet. Dies legte die Vermutung nahe, dass objektive Belastungen und das Erleben von Belastung durch andere Faktoren moderiert werden müssen (Jungbauer et al., 2001b; Maurin und Boyd, 1990).

Zunächst wurden soziodemographische Faktoren, wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status oder Verwandtschaftsverhältnis, hinsichtlich ihrer Rolle für die Belastungen von Angehörigen untersucht. Die Ergebnisse sind allerdings widersprüchlich.

In einer Metaanalyse konnte Baronet (1999) zeigen, dass Jüngere eher Stigmatisierung und Ängste bezüglich der eigenen Sicherheit und der anderer erleben. Noh und Avison (1988)

fanden, dass ältere Frauen eher erhöhte Belastung zeigten. Reinhard (1994) dagegen fand keine Beziehung zwischen Alter und Belastung.

Ebenso widerspruchsvoll sind die Ergebnisse zum Einfluss des Geschlechts des Angehörigen. Baronet (1999) findet in ihrer Metaanalyse keine Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Belastung. Jungbauer et al. (2001) weisen dagegen darauf hin, dass in einer Vielzahl von Studien weibliche Angehörige eine höhere Belastung tragen als männliche Angehörige (z.B. Fadden et al., 1987; Noh und Avison, 1988), was nicht zuletzt darauf zurückzuführen sei, dass Frauen in der Regel die Hauptlast der Betreuung zu tragen hätten. Dabei scheint sich die Anhäufung von verschiedenen Rollenanforderungen wie z.B. Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und Krankenbetreuung besonders ungünstig auszuwirken (Noh und Avison, 1988).

Die Befundlage für den sozioökonomischen Status bzw. das Bildungsniveau ist ebenfalls uneindeutig. Angehörige mit niedrigerem Bildungsniveau erleben höhere Belastungen (Noh und Turner, 1987), was in anderen Untersuchungen nicht bestätigt werden konnte (Noh und Avison, 1988; Reinhard, 1994). Baronet (1999) zeigte, dass zwischen Einkommen und Belastung kein Zusammenhang besteht. Es sei jedoch davon auszugehen, „dass ein niedriger sozioökonomischer Status als ‚Indexvariable‘ für weitere potentielle Belastungsfaktoren betrachtet werden kann“ (Jungbauer et al., 2001b, S.28).

Das Verwandtschaftsverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen wurde selten in Analysen eingeschlossen. Wasow (1985) fand, dass die psychische Erkrankung mit beziehungspezifischen Belastungsaspekten einhergeht, die Erkrankung also von Eltern oder Partnern durchaus anders wahrgenommen werden kann (zit. nach Jungbauer et al., 2001b). Andere Studien fanden keine Unterschiede in der Belastung von Eltern, Partnern oder anderen (Gibbons et al., 1984; Noh und Avison, 1988)

Betrachtet man allerdings Partnern depressiv Erkrankter als separate Gruppe, so zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven Belastungen (Benazon und Coyne, 2000; Coyne et al., 1987). Eine Erklärung ist das Symptombild der depressiven Erkrankung, dass eng mit den Beziehungen der Patienten verflochten und somit auch mit der Wahrnehmung subjektiver Belastung beim Partner verbunden ist. Durch diese Verflechtung scheint es schwieriger, die Symptome des erkrankten Partners als krankheitsbedingt zu interpretieren und losgelöst von der Beziehung zu betrachten (Bischkopf, 2002).

Einen Fortschritt bilden in diesem Zusammenhang Arbeiten, die das stresstheoretische Konzept aufgreifen und damit die Bedeutung von Risikofaktoren und psychosozialen Ressourcen berücksichtigen (Jungbauer et al., 2001b). Wichtige Mediatoren dabei sind

soziale Unterstützung (Noh und Avison, 1988; Solomon und Draine, 1995a), generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung (Noh und Avison, 1988; Noh und Turner, 1987) und spezifische Selbstwirksamkeitserwartung (Solomon und Draine, 1995a). Der Einfluss von belastenden Ereignissen auf die erlebte Belastung sinkt beispielsweise, wenn das Ausmaß an erlebter sozialer Unterstützung steigt. Niedrige Selbstwirksamkeitswerte führen dazu, dass der Partner eher als Belastung angesehen wird, was besonders für Ehefrauen gilt (Noh und Avison, 1988). Die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung (bzgl. der psychischen Erkrankung des Patienten) hängt eher mit Belastungserleben und -bewältigung zusammen als generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung (Solomon und Draine, 1995a). Auf spezifische Bewältigungsstrategien von Angehörigen psychisch Kranker wird im Folgenden (Abschnitt 2.2.2) eingegangen.

2.2.2 Bewältigungsverhalten

Birchwood und Cochrane (1990) erstellten als erste eine Taxonomie von Bewältigungsstrategien von nahen Angehörigen, zu der aber bislang eine Validierung fehlt (Magliano et al., 1996; Scherrmann, 1995). Sie identifizierten folgende Strategien: Vermeidung, Akzeptanz, konstruktive Reaktionen, Resignation, Neubewertung, desorganisierte Reaktionen, Kollusion und Einschränkung („coercion“) (zit. nach Magliano et al., 1996). Es stellt sich allerdings die Frage, ob Angehörige psychisch Kranker tatsächlich andere Bewältigungsstrategien einsetzen als „normale“ Menschen, die einer Belastung ausgesetzt sind.

Jungbauer und Angermeyer (2003) konnten die Vielfalt der verwendeten Bewältigungsstrategien in einer qualitativen Untersuchung von Partnern zeigen. Die von den Partnern eingesetzten Strategien beziehen sich auf verschiedene Aspekte:

- problembezogen (z.B. Informationsbeschaffung, krankheitsangepasster Lebensstil),
- belastungsbezogen (z.B. Regulierung der erlebten Stressreaktion durch Entlastung),
- kognitiv-emotional (z.B. Neubewertungen der Krankheit, deren Auswirkungen und der Bewältigungsmöglichkeiten).

Solomon und Draine (1995a) stellen heraus, dass besonders affektive Störungen mit ihrem zyklischen Verläufen, die Angehörigen stets vor neue akute Belastungssituationen stellen. In diesen Phasen scheinen die Familien oft überhaupt keine Zugang zu ihren Bewältigungsfähigkeiten bezüglich des symptomatischen Verhaltens der Patienten zu haben (Fadden et al., 1987). Zudem erhalten Angehörige oft nicht genügend Information über das krankheitsbedingt veränderte Verhalten, die Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose

(Fadden et al., 1987; Schmid et al., 2003), was den Umgang mit dem Verhalten der Patienten und der Erkrankung für sie erschwert (Schmid et al., 2003).

Der Umgang mit der veränderten Lebenssituation und Bewältigungsstrategien von Partnern depressiv Erkrankter wurden bislang selten untersucht (Bischkopf, 2002).

Fadden et al. (1987) befragten Partner Depressiver nach deren Bewältigungsverhalten. Es zeigte sich, dass ein Großteil kognitive Strategien einsetzte. 92 % der Partner wünschten sich, dass die Situation einfach vorbeigehen würde, 58 % suchten den Silberstreif am Horizont. Dagegen aßen, tranken oder rauchten 29 %, um sich besser zu fühlen. Ein Drittel tadelten oder kritisierten sich selbst. Hoffnung auf Heilung spielte eine große Rolle für die Partner, um die Situation der Erkrankung auszuhalten. Aber immerhin fast die Hälfte (45 %) wusste nicht, wie sie praktisch mit der Erkrankung und deren Folgen umgehen konnten.

Gotlib und Whiffen (1989) konnten zeigen, dass Ehemännern depressiver Patientinnen mehr dysfunktionale Coping-Strategien zeigten als eine Kontrollgruppe. Ähnliches fanden auch Solomon und Draine (1995a) in ihrer Untersuchung. Weibliche Angehörige zeigten mehr adaptives Coping, also Verhaltensstrategien, die dazu dienen, aktuellen oder potentiellen Stress zu reduzieren als männliche Angehörige. Coping stand dabei im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung, der Dichte des sozialen Netzwerks und der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.

Bischkopf (2002) untersuchte das Bewältigungsverhalten der Partner auf Basis einer qualitativen Studie. Dabei standen partnerschaftsbezogene Strategien der Bewältigung im Mittelpunkt. Es zeigten sich individuelle Bewältigungsformen, in denen beide Partner getrennt Wege der Bewältigung mit den Problemen der Erkrankung suchen und gemeinsame Bewältigungsformen, bei denen das Paar gemeinsam Wege sucht. Des Weiteren ließen sich diese Strategien in aktive und passive unterteilen.

Individuell-passive Bewältigungsformen sind gekennzeichnet von Resignation und Hoffnungslosigkeit. Hier flüchten sich die Partner in andere Aktivitäten, wie Hobbys oder Arbeit. Das Thema der Erkrankung wird in Gesprächen und gedanklich bewusst vermieden, indem z.B. Grübeln unterbunden wird. Dies kann als Form der Emotionsregulation angesehen werden. Bei individuell-aktiven Bewältigungsformen veranlasst der Partner den Depressiven, aktiv zu werden und gegen die Erkrankung anzukämpfen. Der Erkrankte wird aktiv in das Familienleben einbezogen, ihm werden Aufgaben übertragen, eigene Hobbys und Interessen gesucht. Ein Rückzug in die depressive Symptomatik wird vom Partner nicht geduldet. Voraussetzung für gemeinsame Bewältigungsformen ist ein gemeinsames Krankheitsverständnis der Partner. Gemeinsam-passive Bewältigungsformen können vielfältig

sein, vom gemeinsamen Abschieben der Verantwortung auf den Behandelnden über sich Fügen und Abwarten bis hin zur Akzeptanz der Depression mit einer Anpassung des Familienlebens an die Krankheit. Die gemeinsam-aktiven Bewältigungsformen haben zum Ziel, die Depression durch Neuordnung des partnerschaftlichen Systems zu beeinflussen. Die eigene Rolle in der Beziehung wird vom betreuenden Partner reflektiert, die Beziehung wird bilanziert, was entsprechend den Ergebnissen der Bilanz zu einer Veränderung der partnerschaftlichen Beziehung führt. So können beispielsweise Paare, die sich voneinander entfernt hatten, wieder zusammenrücken oder Paare, die vorher wenig miteinander gesprochen haben, wieder mehr miteinander reden.

Diese Bewältigungsformen sind nicht statisch, sondern können sich über die Zeit verändern. Aus gemeinsamer kann individuelle Bewältigung werden und umgekehrt, aus passiver kann aktive Bewältigung werden und umgekehrt, je nach Ergebnissen und Erfolg der bisherigen Strategien und individueller Fähigkeit zum Strategienwechsel.

Eine andere Studie zeigte dagegen, dass Partner im Verlauf der Erkrankung ihr Bewältigungsverhalten scheinbar nicht an Veränderungen der Situation, z.B. durch Verbesserung der Symptomatik des Partners, anpassen können (Krantz und Moos, 1987). Dies kann bedeuten, dass unter Umständen auch dysfunktionale Strategien beibehalten werden, wenn die Depression klinisch vorüber ist (Bischkopf, 2002). Dadurch wird Druck und Belastung aufrechterhalten und die Vulnerabilität für Depressivität („less severe depression“) steigt, wie die Ergebnisse von Mitchell, Cronkite und Moos (1983) nahe legen.

Unabhängig von den Bewältigungsformen, die Partner einsetzen, um mit der Situation der Erkrankung umzugehen, schildern sie ein Vielzahl von Entlastungsstrategien, die ihnen helfen, mit den konkreten Belastungen, die die Situation mit sich bringt, umzugehen (Bischkopf, 2002). Zu unterscheiden sind zum einen problemorientierte Strategien, also die Distanzierung von der belastenden Situation durch Berufstätigkeit oder Freizeitaktivitäten. Dadurch wird der Fluss des Alltags bewusst durchbrochen. Zum anderen distanzieren sich die Partner vom Erlebten durch das Sprechen mit einer anderen Person über die Situation oder das eigene Erleben und durch Aufschreiben in Form eines Tagebuchs (vgl. Bischkopf, 2002).

Spangenberg und Theron (1999) untersuchten den Zusammenhang von Coping-Strategien und der seelischen Gesundheit (Depression und Angst). Die Strategien des Problemlösens korrelieren negativ mit Depression, was bedeutet, dass, je mehr problemlösende Strategien die Befragten verwendeten, desto weniger depressiv waren sie, und umgekehrt. Mitchell et al. (1983) fanden, dass wenig problemlösende Strategien ein Prädiktor für depressive Symptome ist. Zu STAI-Werten (Angst) zeigten sich bei Spangenberg und Theron (1999)

keine signifikanten Zusammenhänge. Auch die Suche nach sozialer Unterstützung zeigte keine Zusammenhänge mit Depression oder Angst. Vermeidung dagegen korrelierte signifikant positiv mit Depression und Angst. Dies weist darauf hin, dass vermehrt depressive und ängstliche Symptome auftreten, wenn Partner vermeiden, sich mit der Situation der Erkrankung und deren Folgen auseinander zu setzen (Spangenberg und Theron, 1999). Vermeidung als Bewältigungsstrategie erscheint demnach als dysfunktionale Strategie im Umgang mit der erkrankungsbedingten Situation.

Mitchell et al. (1983) zeigten, dass problemlösende Strategien und soziale Unterstützung einen puffernden Effekt auf die Entwicklung depressiver Symptome bei Partnern hat. Außerdem wiesen Partner Depressiver anteilig mehr problemorientierte Strategien auf als Partner einer Kontrollgruppe. Die Autoren stellten fest, dass, ein großes Repertoire an Copingstrategien zu haben, der effektivste Copingstil ist.

2.2.3 Beanspruchungsfolgen

In welchem Grade Angehörige psychisch Kranker als Folge der Belastungen, die sie erleben, ihrerseits gesundheitliche Beeinträchtigungen erleben, bleibt trotz jahrelanger Forschung zu diesem Thema bis heute weitgehend unklar (Jungbauer et al., 2001b).

Vereinzelt wurde dargestellt, dass sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit der Familienmitglieder betroffen ist (Grad und Sainsbury, 1966; Hoenig und Hamilton, 1966). Dabei wurden die Schädigungen der Gesundheit der Angehörigen aber als objektive Belastungen angesehen.

Belastung wurde erst später, insbesondere im Zuge der stresstheoretischen Einflüsse, als Prädiktor für das Erleben von Stress angesehen (z.B. Noh und Avison, 1988; Noh und Turner, 1987). Damit konnte die Verbindung zwischen erhöhter subjektiver Belastung und einem erhöhten Erleben von psychischem Stress aufgezeigt werden (Noh und Turner, 1987).

Doch welche gesundheitlichen Folgen erleiden Angehörige psychisch Kranker? In einer Befragung von Angermeyer et al. (1997) gaben 87 % der Angehörigen an, dass sich die Erkrankung des Patienten negativ auf ihre Gesundheit auswirke. Es zeigte sich, dass sich rund zwei Drittel sehr stark bis mäßig stark in ihrer Gesundheit beeinträchtigt fühlten. Sie schilderten Symptome wie Grübeln, innere Unruhe, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und Mattheit. Neun von zehn Angehörigen klagten über psychische Beschwerden.

Bischkopf (2002) konnte in ihrer Arbeit zeigen, dass Partner die Belastung in akuten Phasen anders erleben als die langfristige Belastung, die durch das Leben und den Alltag mit dem Patienten entsteht. In akuten Belastungssituationen, wie sie z.B. durch Suizidversuche oder

Klinikeinweisung des Partners entstehen, erleben die betreuenden Partner ein Gefühl der Überforderung und Erschöpfung. Die Zeit bis zu Beginn der Behandlung wird als unsicher und unruhig empfunden. Die Partner beschreiben Schlafstörungen, Ängste und ein ständiges Gefühl der Anspannung. Empfinden die Partner ihr Leben mit dem Patienten als belastet, so kann dies langfristige Folgen für das Wohlbefinden des Partners haben. Die betreuenden Partner nehmen Veränderungen der eigenen Person wahr, wie z.B. den Verlust der Spontaneität. Zukunftssorgen und Ängste vor Rückfällen und der Bedrohung der Existenz führen zum Erleben einer andauernden Anspannung. Die Gefühle der Partner sind von Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit geprägt, wenn keine Symptombesserung auftritt oder sich die Partner am Ende ihrer Handlungsalternativen sehen. Sie erleben weniger Lebensfreude und Lebenslust, was bis hin zu Suizidgedanken führen kann.

Partner depressiver Patienten berichten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mehr Krankheiten und Gesundheitsprobleme wie Asthma, Rheuma und Bluthochdruck (Mitchell et al., 1983). Sie fühlen sich physisch erschöpft und nehmen ärztliche Hilfe, z.B. die ihres Hausarztes, in Anspruch (Halgin und Lovejoy, 1991). Damit werden die Partner der Erkrankten selbst zu Nutzern des Gesundheitsversorgungssystems oder der Rehabilitationseinrichtungen (Bull et al., unveröff.)

In ihren Arbeiten konnten Wilms, Wittmund und Angermeyer (2001, 2003) zeigen, dass Partner psychisch Kranker ein erhöhtes Gesundheitsrisiko besonders für psychische und psychosomatische Erkrankungen tragen. So ist die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht, z.B. für die Depression um den Faktor 1,6. Dabei ist insbesondere die Prävalenz für Mehrfachdiagnosen um 20 % höher als in der Normalbevölkerung. Die Partnerinnen haben eine 1,8- bis 2,5-fach höhere Gefährdung, an einer affektiven Störung, Angsterkrankung oder somatoformen Störung zu erkranken als Partner. Dabei war der mittels Gießener Beschwerdebogen (GBB) erfasste subjektiv erlebte Beschwerdedruck der wichtigste Prädiktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung.

Eine Erhöhung der Prävalenz psychischer Symptome besteht auch bei Partnern Depressiver. Fadden et al. (1987) zeigten, dass 38 % der Partner selbst an Depressionen oder Angst litten. In der Untersuchung von Benazon und Coyne (2000) berichteten die Partner mehr depressive Symptome, als es gemäß der Populationsnorm zu erwarten war. Auch Miller et al. (2000) bestätigten diese Ergebnisse. In dieser Untersuchung erreichten ca. 30 % der Partner das Kriterium einer Achse-I-Diagnose (nach DSM-III-R). Bei Spangenberg und Theron (1999) wurden 54 % der Partner selbst als depressiv (BDI-Werte) eingestuft. 84 % der Partner erlebten überdurchschnittliche Angst (STAI-Werte), davon zeigten 72 % sehr hohe Werte

(über dem 75. Perzentil). In der einzigen deutschsprachigen Untersuchung zu diesem Thema (Wilms, Wittmund und Angermeyer, 2001) erfüllen 37 % der Partner depressiver Patienten die diagnostischen Kriterien nach ICD 10 für irgendeine psychische Erkrankung, wobei die affektiven Störungen mit 31,5 % überwiegen, gefolgt von somatoformen Störungen (13,0 %) und Angsterkrankungen (11,1 %). Die 4-Wochen-Prävalenz für irgendeine psychische Störung beträgt 22,2 %. Ein Vergleich mit der Normalbevölkerung wurde allerdings nicht durchgeführt.

Diese Untersuchungen zeigen, dass die Partner selbst vielfältige gesundheitliche Beeinträchtigungen erleben, die sich aus den Belastungen im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung des Lebenspartners ergeben.

Partner depressiv Erkrankter sind einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Diese erweisen sich zumeist als schwerwiegende Eingriffe in ihr bisheriges Leben und werden individuell verschieden erlebt. Viele Partner sind in der Bewältigung dieser Situation auf sich selbst gestellt. Oft stehen nicht ausreichend Strategien zur Verfügung, um den wechselnden Anforderungen der veränderlichen Krankheitssymptomatik zu begegnen. Die Folgen der anhaltenden Belastungen für die körperliche und psychische Gesundheit der Partner sind nicht von der Hand zu weisen. Partner, wie auch andere Angehörige, brauchen Unterstützung und wünschen diese auch ausdrücklich (Angermeyer, Diaz Ruiz de Zárate und Matschinger, 2000).

Im nun folgenden Abschnitt soll der Fokus auf Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige psychisch Erkrankter, insbesondere Partner Depressiver, liegen.

3. Interventions- und Unterstützungsangebote für Angehörige psychisch Kranker

Die Art und das Ausmaß der Belastungen, denen Angehörige von psychisch Erkrankten ausgesetzt sind, wurden im vorangegangenen Kapitel 2 beschrieben.

Von professioneller Seite wünschen sich Angehörige, insbesondere Partner, Unterstützung und Entlastung in ihrer Situation (Angermeyer, Diaz Ruiz de Zárate et al., 2000). Zwar hat die Angehörigenarbeit in der psychiatrischen Versorgung zunehmend an Wichtigkeit gewonnen (Wiedemann und Buchkremer, 1996), doch die Bedürfnisse der Angehörigen nach Hilfestellung werden häufig ausgeklammert. Die Angehörigenarbeit kann verschiedene Ziele verfolgen, die nicht immer im Dienst der Angehörigen, sondern oft in dem des Patienten stehen. Professionelle Hilfsangebote, die speziell an den Belastungen der Angehörigen und deren Bewältigung ansetzen, sind bislang eher selten. Auch partnerschaftsspezifische Themen wurden in den Angeboten bisher wenig berücksichtigt.

Die Evaluation der Hilfsangebote steckt noch in den Anfängen. Besonders die zentrale Frage der Evaluationsforschung nach der Wirksamkeit eines Programms hinsichtlich seiner Zielsetzungen bleibt unbeantwortet (Mittag und Hager, 2000). Es ist somit oft unklar, ob die Hilfsangebote sinnvoll und wirklich hilfreich für die Angehörigen sind (Toseland und Rossiter, 1989). Dies sollte aber in den Zeiten der knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung wichtig sein, um die vorhandenen Geldmittel sinnvoll einzusetzen.

In diesem Abschnitt wird zunächst auf Konzepte der Arbeit mit Angehörigen psychisch Erkrankter eingegangen. Es werden Gruppenangebote für Angehörige depressiv Erkrankter und deren Wirksamkeit dargelegt. Auf die Arbeit mit Partnern Depressiver wird hingewiesen. Am Ende dieses Kapitels wird ein von der Universität Leipzig entwickeltes Unterstützungsprogramm für Partner psychisch Kranker vorgestellt.

3.1 Angehörige psychisch Kranker in der psychiatrischen Versorgung

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt, dass Angehörige zunehmend in den Therapieprozess integriert werden. Das Spektrum ist dabei breit gefächert. Die Ziele und Arten der Einbeziehung der Angehörigen werden im nachfolgenden beschrieben.

3.1.1 Ziele

Die Arbeit mit Angehörigen verfolgt verschiedene Ziele (Angermeyer, 1984). Zum einen soll die Auseinandersetzung der Angehörigen mit der psychischen Erkrankung unterstützt werden. Bei diesem Prozess geben die professionellen Helfer Unterstützung und Hilfestellung. Im Mittelpunkt stehen die Sorgen und Nöte der Angehörigen. Zum anderen ist ein wichtiges Ziel die Aktivierung und Mobilisierung des Selbsthilfepotentials der Angehörigen. Nicht zuletzt bietet die Arbeit mit Angehörigen für die therapeutisch Tätigen einen Einblick in die Situation der Familie, was ein umfassenderes Verständnis der Situation für den Behandelnden ermöglicht (Angermeyer, 1984; Keller und Schuler, 2002).

Angehörige werden oft auch aus Gründen, die den Patienten betreffen, in die Therapie einbezogen. Sie werden als wichtige Ressource für die Therapie des Patienten gesehen, die nicht ungenutzt bleiben soll (Reiter, 1995). Oftmals soll über den Angehörigen das Rückfallrisiko für den Patienten minimiert werden (Cuijpers, 1999; Mahnkopf und Müller, 1995; Reiter, 1995). Die Verhaltensweisen der Angehörigen sollen dahingehend beeinflusst und verändert werden, dass sich die Rehabilitationschancen für den Patienten erhöhen und Rückfälle verhindert werden können (Angermeyer, 1984). Die Angehörigen werden dazu als Co-Therapeuten in die Behandlung integriert, ohne dass man ihnen selbst Unterstützung im Umgang mit ihrer Situation anbietet.

3.1.2 Angehörigenspezifische Konzepte in der psychiatrischen Versorgung

Obwohl in der Psychiatrie-Personalverordnung nur zehn Minuten pro Woche für Angehörigengespräche vorgesehen sind, gibt es zahlreiche und sehr verschiedenartige Angebote für Angehörige psychisch Kranker (Schmid et al., 2003). Das Spektrum reicht von individueller, sporadischer Einbeziehung der Angehörigen, z.B. zur Unterstützung der Therapie, über Gruppenangebote, wie Angehörigenselbsthilfegruppen, bis hin zu Familien- bzw. Paartherapie (Wiedemann und Buchkremer, 1996).

Als konkrete Angebote nennen Schmid et al. (2003) Einzelgespräche, psychoedukative Angehörigengruppen, Angehörigeninformationstage, Angehörigenvisiten, „Trialog“, Angehörigenbriefe, Angehörigen-Beiräte/-Gesamtvertretungen und den Bundesverband der

Angehörigen psychisch Kranker e.V. Dabei sind Angehörigeninformationstage, Angehörigenvisiten und Angehörigenbriefe ökonomische und gut akzeptierte Möglichkeiten, die Angehörigen zu informieren und auf sie einzugehen. Der sog. „Trialog“ ermöglicht einen offenen Gedankenaustausch zwischen den Angehörigen, den Betroffenen und den professionellen Helfern. Um strukturelle Hindernisse abzubauen, politische sowie gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken, setzen sich in Kliniken die Angehörigen-Beiräte/-Gesamtvertretungen und in der Öffentlichkeit der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. ein.

Grundlegend werden drei Konzepte der Einbeziehung der Familie in die Therapie unterschieden: *Paar- bzw. Familientherapie*, *therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen* und *Angehörigenarbeit* (Wiedemann und Buchkremer, 1996). Sie unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes des Einflusses professioneller Helfer und haben besonders im Rahmen der Behandlung der Schizophrenie eine lange Tradition.

Das Ausmaß therapeutischen Einflusses ist in der *Familientherapie* am größten. Hier soll eine Veränderung des Problems durch die Veränderung der Interaktion der Familienmitglieder erfolgen. Auf Konzepte der Familientherapie soll im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden, da es sich um eine Therapie der Familie handelt und keine spezifische Hilfe für Angehörige darstellt.

Die *therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen* hat zum Ziel, sowohl den Angehörigen als auch dem Patienten zu helfen. Es entspricht dem englischsprachigen Konzept der „psychoeducation“ (Dixon et al., 2001; Solomon, 1996; Solomon et al., 1997). Patienten und Angehörige werden ausführlich über die Erkrankung, deren Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten informiert (Solomon, 1996; Wiedemann und Buchkremer, 1996). Außerdem werden Angehörige und Patienten auf Rückfälle vorbereitet, damit diese rechtzeitig erkannt und entsprechend reagiert werden kann (Mahnkopf und Müller, 1995; Wiedemann und Buchkremer, 1996). Durch therapeutische Strategien sollen die Kommunikations- und Copingfähigkeiten verbessert werden (Solomon, 1996), um so gefühlsmäßige Spannungen in der Beziehung abzubauen und die Lösung von Alltagsproblemen zu erleichtern (Wiedemann und Buchkremer, 1996). Die Ziele dieser therapeutischen Gruppenarbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen (Hell, 1988, zit. nach Schmid et al., 2003; Mahnkopf und Rahn, 1997):

- Entlastung der Angehörigen durch Verminderung von Schuld- und Versagensgefühlen, Auflösen der Vereinsamung, Begleitung und Bewältigung von Krisen

- Förderung der Angehörigen durch Vermittlung von Verständnis für die Erkrankung, Sensibilisierung für Beeinträchtigungen und verbliebene Fertigkeiten des Patienten, Erkennen und Üben von Problemlösefertigkeiten
- Beteiligung der Angehörigen an der Rückfallverhütung durch Information über Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten, Verbesserung der Wahrnehmung für Anzeichen eines Rückfalls.

In der *Angehörigenarbeit* stehen die Interessen und Bedürfnisse der Angehörigen im Mittelpunkt (Wiedemann und Buchkremer, 1996). Dieses Konzept kann mit dem im englischsprachigen Raum gebräuchlichen Konzept der „family education“ (Dixon et al., 2001; Solomon, 1996; Solomon et al., 1997) gleichgesetzt werden. Die Gruppen werden von professionellen Helfern geleitet (Wiedemann und Buchkremer, 1996), dies können auch ausgebildete „peers“ sein (Dixon et al., 2001). Die Gruppen werden ohne Anwesenheit der Patienten durchgeführt (Wiedemann und Buchkremer, 1996). Die Familienmitglieder sind also unter sich, lernen andere Betroffene kennen und können sich untereinander austauschen, was das Gefühl der Stigmatisierung verringern kann (Anderson et al., 1986). Sie erhalten Informationen und lernen mit den Problemen, die durch die Erkrankung entstanden sind, umzugehen. Dabei steht die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Wiedemann und Buchkremer, 1996, S. 527) im Mittelpunkt. Ziel ist, eine Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens durch eine Reduktion von Belastung und Stress zu erreichen (Dixon et al., 2001; Solomon, 1996). Eine positive Rückwirkung auf den Patienten ist zweitrangig (Solomon, 1996; Wiedemann und Buchkremer, 1996).

Im nachfolgenden konzentriert sich die Darstellung auf Gruppenangebote im Sinne der beiden zuletzt dargestellten Konzepte der *therapeutischen Gruppenarbeit mit Angehörigen* und der *Angehörigenarbeit* für Angehörige psychisch Kranker, insbesondere Angehörige Depressiver.

3.1.3 Gruppenangebote für Angehörige psychisch Kranker

3.1.3.1 Allgemeine Vorteile von Gruppenangeboten

Interventionen und Unterstützungsangebote, die als Gruppenangebote durchgeführt werden, bieten viele Vorteile, die Interventionen mit der einzelnen Familie nicht oder nur in geringem Ausmaß bieten können. Die Modalität der Gruppe ist daher besonders vorteilhaft für Angehörige (Toseland und Rossiter, 1989).

Die Mitgliedschaft in einer Angehörigengruppe bietet eine Auszeit von den Belastungen der Betreuungssituation, was von Angehörigen als entlastend erlebt wird (Angermeyer, Diaz Ruiz

de Zárate et al., 2000), und kann folglich dazu beitragen, dass weniger Überlastungen entstehen (Toseland und Rossiter, 1989). Gleichzeitig hebt die Gruppenmitgliedschaft die häufig entstandene Isolation und Einsamkeit auf (Pickett, Heller und Cook, 1998; Toseland und Rossiter, 1989). Die Angehörigen erleben, dass Andere ähnliche Situationen mit ähnlichen Gefühlen und Gedanken erleben (Mahnkopf und Rahn, 1997; Toseland und Rossiter, 1989). Sie können ihre Erfahrungen über Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten austauschen und ihre Gefühle teilen (Pickett et al., 1998; Toseland und Rossiter, 1989). Die Gruppenmitglieder können dem Einzelnen durch Lösungsvorschläge oder emotionale Unterstützung helfen, sich den sich verändernden Bedingungen einer zyklisch verlaufenden Krankheit, wie es die Depression ist, anzupassen (Pickett et al., 1998). Damit steht ihnen eine wertvolle Quelle des interpersonellen Lernens zur Verfügung (Pickett et al., 1998), von der sie gleichzeitig Unterstützung, Verständnis und Wertschätzung erfahren (Pickett et al., 1998; Toseland und Rossiter, 1989). Angehörige können durch diese Erfahrungen neue Hoffnung schöpfen (Toseland und Rossiter, 1989). Nicht zuletzt erhalten sie sowohl von den Professionellen als auch durch den Austausch mit anderen Betroffenen ein umfassendes Wissen über die Krankheit und deren Auswirkungen (Pickett et al., 1998; Toseland und Rossiter, 1989).

3.1.3.2 Klassifikation von Gruppenangeboten

Die in der Literatur beschriebenen Gruppenangebote für Angehörige sind vielfältig in Inhalt, Struktur und Aufbau. Sie werden oft als Programme konzipiert. Programme sind Interventionsmaßnahmen, die gekennzeichnet sind durch konkrete Handlungsanweisungen, in denen die Methode(n) oder Maßnahme(n) beschrieben werden (Mittag und Hager, 2000).

Die Gruppenangebote lassen sich nach folgenden Merkmalen klassifizieren (Bull et al., unveröff.):

- Entwicklung des Konzepts: „top-down“ oder „bottom-up“
- Expertendominanz oder Angehörigendominanz
- Informationsvermittlung oder Verhaltensmodifikation
- Störungshomogene oder -heterogene Gruppen
- Beziehungsspezifische oder -unspezifische Gruppen
- Offene oder geschlossene Gruppenkonzepte
- Reine Angehörigengruppen oder gemischte Gruppen
- Dauer der Angebote: kurz- oder langfristig

Viele Konzepte sind nach dem „top-down“-Ansatz entwickelt, was bedeutet, dass die Experten die Interventionsziele definieren und dementsprechend eine Interventionsstrategie

entwickelt haben (Bull et al., unveröff.). Es besteht allerdings die Gefahr, dass diese Inhalte die Bedürfnisse der Angehörigen nicht treffen (Pollio, North und Foster, 1998; Pollio, North und Osborne, 2002). Fragen z.B. zu interpersonellen und sozialen Themen oder Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten, die von den Familien als wichtig betrachtet werden, sind in vielen Curricula nicht enthalten (Pollio et al., 1998).

Die informationsvermittelnden Konzepte konzentrieren sich auf die Ätiologie, den Verlauf, die Behandlungsmöglichkeiten sowie das Management der Erkrankung. Teilweise werden auch gesetzliche Angelegenheiten, die Epidemiologie der Erkrankung oder die Integration in die Gemeinschaft thematisiert (Kazarian und Vanderheyden, 1992). Die Ansätze zur Verhaltensmodifikation, beispielsweise durch die Vermittlung von Problemlösefähigkeiten für eine effektive Bewältigung der krankheitsbedingten Schwierigkeiten, bauen häufig auf den vermittelten Informationen auf (Bull, unveröff.).

Die Organisation der Programme ist vielfältig. Das Angebot kann sich an Angehörige von Patienten aller psychiatrischen Diagnosen oder nur an die bestimmter Diagnosen richten. Ebenso kann es sich auf alle Angehörigen ungeachtet der verwandtschaftlichen Beziehung orientieren oder nur spezifisch auf Eltern, Partner oder Geschwister ausgerichtet sein (Schmid et al., 2003). Der Hauptanteil der Gruppenangebote richtet sich allerdings an Eltern oder an alle Angehörigen (Bull et al., unveröff.). Die Gruppen können offen oder geschlossen konzipiert sein; die Patienten können mit eingeladen sein (gemischte Gruppen) oder die Angehörigen bleiben unter sich (Schmid et al., 2003). Die Anzahl der Treffen selbst schwankt je nach Angebot zwischen einem und mehr als 16 Treffen (Cuijpers, 1999; Kazarian und Vanderheyden, 1992).

Jedes dieser Merkmale bietet seine eigenen Vor- und Nachteile (Bull et al., unveröff.), die bei der Konzeption eines Angebots abgewogen werden müssen.

3.1.3.3 Gruppenangebote für Angehörige Depressiver

Inhaltlich scheinen Angebote für Angehörige, die sich hauptsächlich an Angehörige von schizophrenen Patienten richten (Cuijpers, 1999; vgl. Kazarian und Vanderheyden, 1992), für Angehörige von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen unpassend, da die vermittelten Informationen sehr spezifisch sind (Pollio et al., 1998) und, wie oben dargestellt, jede psychiatrische Erkrankung charakteristische Belastungen mit sich bringt. Insbesondere wenn Informationen über die Ätiologie, den Verlauf sowie die Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung vermittelt werden, scheinen diagnosespezifische Angebote sinnvoll, da auf spezifische Fragen der Erkrankung eingegangen und das Wissen der anderen Teilnehmer leichter übertragen werden kann (Bull et al., unveröff.).

Die Zahl der Gruppenangebote für Angehörige depressiver Patienten hat in den letzten Jahren zugenommen. Gemischte Angehörigengruppen, also für Partner, Eltern und andere Angehörige, werden auf vielen deutschen und schweizerischen Depressionsstationen durchgeführt. Im Jahr 2002 gaben 27 von 38 befragten Stationen an, Angehörigengruppen durchzuführen oder zu planen. Die zeitliche und gestalterische Varianz der Angehörigengruppen ist allerdings sehr hoch (Keller und Schuler, 2002).

Die Leitung der Gruppen ist meist expertendominiert und wird von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern oder Pflegepersonal übernommen. Diese arbeiten in Zweier- oder Dreier-Teams, wobei ein Arzt stets Teil des Teams ist (z.B. Anderson et al., 1986; Harter, Kick und Rave-Schwank, 2002; Jacob et al., 1987b; Mahnkopf und Müller, 1995).

Die Angebote haben meist eine psychoedukative Ausrichtung (z.B. Anderson et al., 1986; Harter et al., 2002; Jacob et al., 1987b; Keller und Schuler, 2002; Mahnkopf und Müller, 1995). Insbesondere die Aufklärung über die Symptome depressiver Erkrankungen erscheint sinnvoll, da es Angehörigen schwer fällt, diese Symptome von alltäglichen Stimmungsschwankungen zu differenzieren (Bischkopf et al., 2002). Das Curriculum kann dabei festgelegt sein (Harter et al., 2002; z.B. Mahnkopf und Müller, 1995) oder es bleibt Freiraum, um auf die persönlichen Fragen und Probleme der Teilnehmer einzugehen (z.B. Keller und Schuler, 2002).

Die terminliche Gestaltung und Dauer der Gruppenangebote ist unterschiedlich. Es gibt einmalige Blockveranstaltungen (z.B. Anderson et al., 1986; Jacob et al., 1987b), mehrmalige Blockveranstaltungen (z.B. Harter et al., 2002; Mahnkopf und Müller, 1995) und regelmäßige wöchentliche oder 14-tägliche Treffen (z.B. Keller und Schuler, 2002).

Die Gruppen werden häufig als offene Angebote konzipiert. Die Anzahl der Teilnehmer ist demnach nicht limitiert, sodass die Gruppengröße z.B. bei Keller und Schuler (2002) zwischen einem und 21 Teilnehmern schwankte.

3.1.3.3 Zur Effektivität von Gruppenangeboten für Angehörige

Die Prüfung der Effektivität von Angeboten für Angehörige wurde bislang nur begrenzt realisiert (Solomon et al., 1997). Dennoch gibt es einige Ergebnisse, die die Effektivität von Unterstützungsangeboten unterstreichen; einheitliche Kriterien konnten allerdings noch nicht etabliert werden (Kazarian und Vanderheyden, 1992; Michalak et al., 2003). Die Ergebnisse einiger Studien werden nachfolgend in einem Überblick dargestellt.

Pickett et al. (1998) fanden bei Angehörigen psychisch Kranker, die an einer Gruppe teilnahmen, eine allgemeine Verbesserung der Bewältigung der Erkrankung, des Wissens über die Erkrankung und der Beziehung zum Patienten über den Verlauf eines Jahres.

Pollio et al. (2002) fanden ebenfalls eine Verbesserung der Ressourcen und des Wissens über die Krankheit. Die Teilnehmer gaben an, besser mit Krisen umgehen zu können. Außerdem führte die Teilnahme an dieser Gruppe zur Verringerung von Schuldgefühlen. Diese Effekte zeigten sich auch noch zwölf Monate nach Abschluss des Programms.

Dixon et al. (2001) konnten zeigen, dass die subjektive Belastung der Teilnehmer reduziert wurde. Sie empfanden kurz- bis mittelfristig weniger Besorgnis und Ärger. Die Autoren schlossen daraus, dass die allgemeine Befähigung, zu eigener Stärke und Selbstbewusstsein zu finden („empowerment“), es dem Angehörigen ermöglicht, adäquater auf die Situation mit dem Patienten zu reagieren.

Cuijpers (1999) zeigte in einer Metaanalyse, dass Interventionen auf bestimmte Aspekte von Belastung, wie z.B. psychischen Stress, die Beziehung zwischen Angehörigem und Patienten oder das familiäre Funktionsniveau, einen starken Einfluss haben, weniger aber auf andere Aspekte.

Von den Angehörigen selbst werden die Programme häufig gut akzeptiert und auch als hilfreich beurteilt (Kazarian und Vanderheyden, 1992).

Die Fragen zur Wirksamkeit depressionsspezifischer Angebote wurden bei deutschsprachigen Angehörigenangeboten kaum thematisiert. Oftmals werden lediglich Basisdaten der Teilnehmer wie Geschlecht, Verwandtschaftsverhältnis oder Kontinuität der Teilnahme erhoben (Harter et al., 2002; vgl. Keller und Schuler, 2002). Oder die Teilnehmer schätzen mit Hilfe von Zufriedenheitsmaßen (Michalak et al., 2003) Dimensionen wie Informationsvermittlung, Erfahrung von Entlastung oder gegenseitiger Hilfe ein (Harter et al., 2002). Dies kann aber nicht die Evaluation selbst sein (Kromrey, 2003). Kriterienbezogene Evaluationen in Bezug auf Gruppenangebote für Angehörige sind in Deutschland bislang nicht bekannt.

In englischsprachigen Angeboten wurden Ansätze diesbezüglich geschaffen. Es zeigte sich, dass die Teilnahme an einer Angehörigengruppe dazu führt, falsche Annahmen der Angehörigen abzubauen (Anderson et al., 1986). Außerdem verbesserte sich das Wissen über die Krankheit und die Einstellungen zur Krankheit; der persönliche Stress wurde vermindert (Mannion, Mueser und Solomon, 1994). In dieser Untersuchung wurde die soziale Unterstützung als Hauptwirkmechanismus identifiziert.

Unklar bleibt aber noch, welchen Elemente der Intervention die Effektivität bestimmen (Cuijpers und Stam, 2000). Eine Metaanalyse zeigte, dass Programme mit weniger als zehn Sitzungen keine Effekte zeigten (Cuijpers, 1999). Dies erscheint schlüssig, da die psychische Erkrankung selbst oft ein langwieriger und chronischer Prozess ist und damit eine länger andauernde Unterstützung der Angehörigen notwendig erscheint (Toseland und Rossiter, 1989). Unterstützungsprogramme sollten daher über eine punktuelle Versorgung hinausgehen und langfristige Möglichkeiten zum Austausch bieten (Bischkopf et al., 2002).

3.1.4 Die Arbeit mit Partnern depressiver Patienten

Es zeigt sich, dass depressive Patienten vorwiegend in einer Partnerschaft leben (Anderson et al., 1986; Linares und Campo, 2003). Schizophrene Patienten teilen ihr Leben seltener mit einem Partner als depressive Patienten (Mannion et al., 1994).

Die konkrete Angehörigenarbeit in der Behandlung von Depressionen beschränkt sich deshalb oftmals auf Paartherapien, ausgehend von der Annahme, dass Entstehung und Verlauf depressiver Störungen eng mit partnerschaftlichen bzw. familiären Bedingungen zusammenhängen (Reiter, 1995; Wiedemann und Buchkremer, 1996). Der Partner soll über seinen Beitrag an der Erkrankung aufgeklärt werden und sein Verhalten ändern, um so eine Verbesserung beim Patienten zu erreichen (Emanuel-Zuurveen und Emmelkamp, 1997). Paartherapie wird als günstig angesehen, wenn Eheprobleme vorherrschend sind, die Eheprobleme vom Patienten als Beitrag oder Auslöser der Erkrankung gesehen werden oder wenn der Patient über seine Ehe mehr besorgt ist als über die Erkrankung selbst (Beach, Fincham und Katz, 1998). Für Paare, auf die diese Vorraussetzungen nicht zutreffen, erscheint die Paartherapie als Angebot allerdings unpassend.

Gruppenangebote, die sich an Partner von depressiven Patienten richten, sind sowohl im englischsprachigen als auch im deutschsprachigen Raum bislang rar. Zu den Angeboten werden häufig alle Angehörigen des Patienten, also Partner, Eltern, Kinder, Geschwister und Freunde eingeladen (z.B. Anderson et al., 1986; Jacob et al., 1987b; Keller und Schuler, 2002; Mahnkopf und Müller, 1995).

Eine Befragung von Mannion et al. (1994) ergab allerdings, dass Partner andere Erwartungen an Gruppen haben als Eltern oder Geschwister. (Ehe)partner haben andere Informationsbedürfnisse und Themen, die sie belasten als Eltern (Angermeyer, Diaz Ruiz de Zárate et al., 2000; Angermeyer et al., 2000). So zeigte sich, dass Thematiken wie Grenzsetzung oder Zukunftsperspektiven für Partner und Eltern unterschiedliche Bedeutungen haben und unterschiedliche Befürchtungen mit sich bringen (Mannion et al., 1994). Besonders für partnerschaftsspezifische Themen finden sie in gemischten Gruppen

kaum Ansprechpartner (Bull et al., unveröff.). Dies führt oftmals dazu, dass die Partner sich sehr unzufrieden über die Angebote äußern und die Abbrecherquote bei bis zu 94 % liegt (Mannion et al., 1994).

Cuijpers und Stam (2000) plädieren für ein spezifisches Konzept zur Unterstützung von Lebenspartnern. Auch Bischkopf et al. (2002) unterstreichen die Notwendigkeit, partnerschafts- und familienbezogene Themen aus Sicht der Partner zu berücksichtigen. Diese Perspektive vermittelt den Partnern ein Gefühl von Akzeptanz, das die Selbsthilfe stärken und die individuelle Befähigung („empowerment“) fördern kann.

3.2 Ein Unterstützungsprogramm für Partner psychisch Kranker

Im Rahmen des Forschungsschwerpunkts des Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen „Kontextfaktoren in der Rehabilitation“ wurde an der Universität Leipzig das Unterstützungsprogramm „Belastungsbezogene Interventionen für Partner psychisch kranker Menschen“ entwickelt. Derzeit wird an der Evaluation des Programms gearbeitet.

Das Programm stellt ein selbstmanagementorientiertes Beratungsangebot dar, das sowohl nutzerorientiert als auch belastungsbezogen ist (Wilms et al., 2003). Das Programm richtet sich speziell an Lebenspartner depressiver und schizophrener Patienten und legt seinen Fokus auf die spezifischen Themen, Ziele und individuelle Ressourcen der Teilnehmer (Bull et al., unveröff.). Partner und ihre Strategien des Lebens mit einem psychisch kranken Menschen sollen im Mittelpunkt des Angebots stehen.

Ziel dieses Beratungs- und Unterstützungsangebots ist es zum einen, eine Belastungsreduktion und damit eine Verbesserung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit der betreuenden Lebenspartner herbeizuführen. Zum anderen soll mit dem Angebot durch den Aufbau von Kompetenzen und die Nutzung von Ressourcen des gesunden Partners ein Beitrag zur Gestaltung familienbezogener Rehabilitationskonzepte geleistet werden (Wilms et al., 2003).

Die Entwicklung der Inhalte des Programms erfolgte auf der Basis des „bottom-up“-Ansatzes (Bull et al., unveröff.). Ausgangspunkt sind die Belastungen, Bedürfnisse und Wünsche der Partner, die anhand von quantitativen und qualitativen Daten in der Vorläuferstudie „Ökonomische und gesundheitliche Belastungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen“ der Universität Leipzig (z.B. Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer, 2001a; Wilms et al., 2003; Wittmund, Bischkopf und Angermeyer, 2001) ermittelt wurden. Des Weiteren wurden Fokusgruppen mit Partnern durchgeführt, in denen die ermittelten Bedürfnisse ergänzt und validiert wurden. Es zeigten sich vier große Komplexe, in denen sich

die Lebenspartner von Patienten mit psychiatrischer Erkrankung Unterstützung wünschen (Bull et al., unveröff.). Diese werden in Abbildung 3 dargestellt.

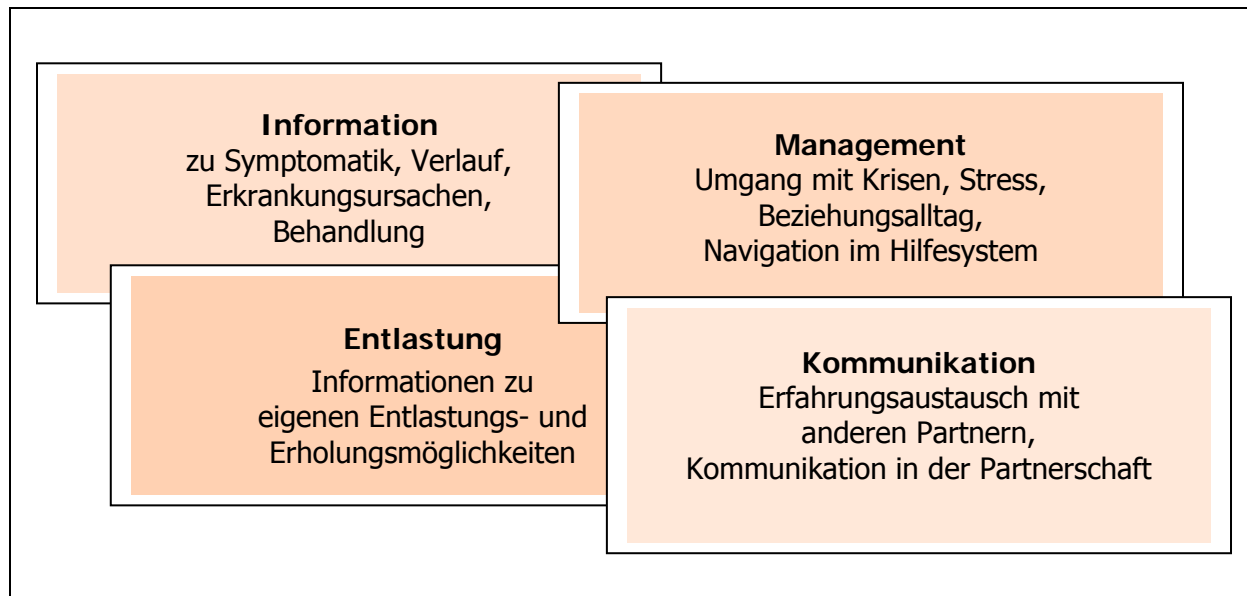


Abb. 3: Themen, zu denen sich Partner psychisch Kranker Unterstützung wünschen

3.2.1 Durchführung

Das Programm wird in geschlossenen Gruppen von sechs bis zu zehn Teilnehmern durchgeführt. Die Gruppen sind störungsspezifisch zusammengesetzt, da sich gezeigt hat, dass jedes Krankheitsbild spezifische Belastungsaspekte mit sich bringt und so ein besserer Erfahrungsaustausch möglich wird. Außerdem wird durch diese größere Ähnlichkeit der Teilnehmer der Solidarisierungseffekt verstärkt.

Die Sitzungen werden von einem multidisziplinären Team geleitet, das sich aus Psychologen, Ärzten und/oder Sozialarbeitern zusammensetzen kann.

Die Durchführung eines Gruppenzyklus dauert neun Monate. Innerhalb der ersten sechs Monate finden zwölf Sitzungen im zunehmenden Abstand von ein bis vier Wochen statt. Das vorsichtige Ausschleichen der Moderatorenpräsenz durch verlängerte Abstände zwischen den Sitzungen ist für die Aktivierung des Selbstmanagements wichtig. Drei Monate nach Abschluss des Programms wird eine Booster-Sitzung veranstaltet. Für die Sitzungen sind jeweils anderthalb Stunden vorgesehen.

Die Vermittlung der Inhalte der Informationsmodule erfolgt angehörigenorientiert. In den Modulen ist es vorgesehen, den Fragen der Teilnehmer entsprechend Informationen zum jeweiligen Thema zur Verfügung zu stellen. Diese Informationen werden z.T. von den Teilnehmern über den Austausch in der Gruppe selbst erarbeitet. Gleichzeitig werden die

Teilnehmer durch Hausaufgaben angeregt, diese Information im eigenen Alltag umzusetzen bzw. auf ihren eigenen Alltag zu beziehen.

Auch die Arbeit in Kleingruppen wird angeregt, z.B. durch selbstorganisierte Arbeit bei Hausaufgaben oder in den Gruppentreffen selbst. Diese, von den Teilnehmern zunehmend selbstständig genutzte, Kleingruppenarbeit dient zum einen dem Ausprobieren neuer Strategien, zum anderen der Förderung der sozialen Vernetzung der Gruppe. Die soziale Vernetzung vereinfacht die Aktivierung sozialer Unterstützung (Wilms et al., 2003).

Durch das Angebot einer Booster-Sitzung wird den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, ihr Wissen aufzufrischen, ihr Strategien anzupassen und ihre Krisenpläne zu überarbeiten (Wilms et al., 2003).

Ein wichtiger Bestandteil sind die gemischten Gruppentermine, zu denen auch die erkrankten Partner eingeladen sind. Diese gemeinsamen Gruppentermine geben den Patienten die Möglichkeit, einen Einblick in die Inhalte zu erlangen und eigene Wünsche und Befürchtungen bezüglich der Gruppe zu äußern. Außerdem kann durch die gemeinsame Teilnahme ein gleicher Kenntnisstand der Partner erreicht werden und so ein Grundstein für die Kommunikation über das erkrankungsbezogene Krisenmanagement (vgl. Abschnitt 3.2.2) gelegt werden (Bull et al., unveröff.).

Die Möglichkeit des selbstständigen Weiterbestehens der Gruppe wird regelmäßig thematisiert, wobei Unterstützung in Form von Räumlichkeiten o.ä. angeboten wird. In den Sitzungen werden zwar Informationen vermittelt und Strategien trainiert, um den Teilnehmern Sicherheit in der Anwendung der eigenen Strategien zu geben, jedoch steht immer die Anregung zum Selbstmanagement und der Transfer in den Alltag der Partner im Mittelpunkt. Die Teilnehmer erhalten keine Rezepte für den Umgang mit der Erkrankung oder dem Partner. Stets wird auf eigene Ressourcen und individuelle Lösungsmöglichkeiten aufgebaut. Die Selbstreflexion und die Eigenaktivität der Teilnehmer soll angeregt werden. Die Professionellen sind dabei lediglich Ratgeber bzw. Moderatoren.

3.2.2 Inhalt

Eine ausführliche Darstellung der Inhalte des Unterstützungsprogramm findet sich in Wilms et al. (2003) und Bull et al. (unveröff.).

Orientiert an den Wünschen der Partner, wurde das Programm inhaltlich in vier Module unterteilt (vgl. Tab. 1 in Abschnitt 3.2.1):

- Modul I – Information,
- Modul II – Stressmanagement,
- Modul III – Entspannungsmöglichkeiten,
- Modul IV – Kommunikation in der Partnerschaft.

Im Modul I erhalten die Teilnehmer Informationen zu ihren Fragen. Diese beziehen sich erfahrungsgemäß auf Krankheitsmodelle, Behandlungs- und Rehabilitationsansätze. Auf Basis verhaltenstheoretischer Modelle von Hautzinger (2000) für Depressionen und Kraemer und Möller (2000) für Schizophrenie werden krankheitsspezifische Informationen zu biologischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Aspekten der Symptomatik und des Verlaufs vermittelt. Des Weiteren wird sowohl über pharmakologische, medizinische als auch über psychologische, psychotherapeutische sowie soziotherapeutische Ansätze der Behandlung informiert. Auch Rehabilitationsmöglichkeiten werden angesprochen. Im Austausch mit anderen Partnern werden Verhaltensweisen im Umgang mit dem Erkrankten diskutiert. Besondere Berücksichtigung findet die Unterstützung der Partner bei der Navigation im Hilfesystem, um so den Partner aufzuzeigen, wo es möglich ist, sich in die Behandlung zu integrieren oder Verantwortlichkeiten abzugeben, um sich zu entlasten.

Im zweiten Modul erfolgt ein Perspektivenwechsel hin zu den Belastungen des betreuenden Partners. Unter verhaltenstheoretischen und belastungsbezogenen Aspekten werden Stressmanagementstrategien thematisiert. Anhand des „Waagemodells“ (Wilms, Wittmund und Mory, 2004) werden Real- und Idealzustände des Belastungs-Entlastungs-Gleichgewichts dargestellt, wobei speziell auf chronische Ungleichgewichtszustände und deren Konsequenzen im Sinne von Überlastungsreaktionen eingegangen wird. Das Ziel ist, Informationen über die Entwicklung von chronischen Ungleichgewichtszuständen zu vermitteln und die resultierenden Überlastungsreaktionen zu thematisieren. Weiterhin sollen die Teilnehmer für die eigene Belastungswahrnehmung sensibilisiert werden und alltagsbezogene Verhaltensänderungen angeregt werden.

Das dritte Modul stellt die Vermittlung und Aktivierung von Entspannungspotentialen in den Mittelpunkt. Es sollen potentiell erholsame Freizeitphasen verdeutlicht, bisher angewandte Strategien im Sinne der euthymen Therapie (Lutz und Koppenhöfer, 1983) optimiert und das

Zeit- und Belastungsmanagement angepasst werden. Durch den Austausch mit anderen Partnern geben sich die Teilnehmer gegenseitig Anregungen zu möglichen Entspannungsstrategien. Ferner werden Anhaltspunkte diskutiert, wie auch nicht veränderbare Belastungen ausgeglichen werden können.

In Modul IV liegt der Fokus auf der partnerschaftlichen Kommunikation und Veränderungen dieser, die aufgrund der Erkrankung auftreten können. Es werden Unterschiede in der Kommunikation in den verschiedenen Krankheitsphasen herausgearbeitet und Strategien ermittelt, wie die Kommunikation dementsprechend angepasst werden kann. Dabei wird auf typische Schwierigkeiten der partnerschaftlichen Kommunikation in der Erkrankungsphase, in erkrankungsfreien Phasen und Übergängen zwischen den Phasen eingegangen sowie Verhaltensstrategien diskutiert. Das Ziel ist es, ein partnerschaftlich abgestimmtes Krankheits- und Belastungsmanagement zu erreichen, das beispielsweise dabei helfen kann, günstige Zeitpunkte für erkrankungsbezogene Absprachen zu finden.

Auf Basis der Inhalte der vier Module werden in einem nächsten Schritt individuelle Krisenpläne entwickelt, die helfen sollen, erkrankungsbezogene Krisen, also „die Krise meines erkrankten Partners“, und Krisen des gesunden Partners, also „eigene Überlastung“, zu bewältigen. Der Schutz vor Überlastung des betreuenden Partners steht im Mittelpunkt, da dieser nur „gesund“ für eine Betreuung und Unterstützung des Erkrankten zur Verfügung steht.

Die Inhalte sind als Anhaltspunkte zur Durchführung der Sitzung zu verstehen. Stets ist Platz, um auf die Bedürfnisse der Teilnehmer, z.B. aktuelle oder akute Themen, einzugehen und die Sitzung bedürfnisorientiert umzugestalten.

In der nachfolgenden Tabelle (Tab. 1) werden der Ablauf, sowie die Themen und Inhalte des Programms zusammenfassend dargestellt.

Tab. 1: Ablauf und Inhalte des Interventionsprogramms

Sitzung	Zeitabstand	Struktur	Inhalte
1			Kennen lernen [mit Partner]; EZ 1
2	1 Woche	Information (Modul I)	Krankheitsmodell, Verlauf
3	1 Woche		Behandlungsansätze, Rehabilitation
4	1 Woche	Stressmanagement (Modul II)	Umgang mit Stressbelastungen
5	2 Wochen		Umsetzung der Informationen in den Alltag
6	2 Wochen		
7	2 Wochen	Entspannungsmöglichkeiten (Modul III)	Erarbeitung von Information
8	2 Wochen		Transfer
9	2 Wochen	Kommunikation in der Partnerschaft (Modul IV)	Erarbeitung von Information
10	2 Wochen		Transfer [mit Partner]
11	1 Monat	Individuelle Krisenpläne	Entwicklung von Krisenplänen
12	1 Monat		Abschied und Ausblick; EZ 2
13	3 Monate	Booster	Anwendung und Anpassung der vermittelten Inhalte [mit Partner]; EZ 3
	6 Monate		EZ 4

Anmerkung: EZ = Erhebungszeitpunkt

Zusammenfassend sind folgende wichtige Aspekte in der Konzeption des Programms zu nennen (Bull et al., unveröff.):

- ressourcen- und selbstmanagementorientiertes Training
- Arbeit in Kleingruppen
- Aktivierung sozialer Unterstützung
- multidisziplinäres Team
- Informationsvermittlung bezogen auf die Fragen der Teilnehmer

3.2.3 Evaluationsmethodik

Die wissenschaftliche Evaluation des Konzepts erfolgt in einem Kontrollgruppen-Design mit mehreren Erhebungszeitpunkten.

Die Stichprobe setzt sich aus Lebenspartnern von an Depression (F32, F33, F34.1) und Schizophrenie (F20.0-20.9) erkrankten Menschen zusammen. Die Rekrutierung der teilnehmenden Partner erfolgt zum einen im Anschluss an die Vorläuferstudie zu „Ökonomischen und gesundheitlichen Belastungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen“ als Angebot für bereits rekrutierte Teilnehmer, um nach Mitarbeit an der Bestandsaufnahme der Situation der Partner auch von dem daraus entwickelten Programm profitieren zu können. Zum anderen erfolgte die Rekrutierung über die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig und andere psychiatrische Versorgungseinrichtungen, wie z.B. das Park-Krankenhaus Leipzig, sowie die Psychiatrische Universitätsklinik Magdeburg und das Fachklinikum Brandis.

Die Evaluation erfolgt kriterienbezogen. Neben soziodemografischen Daten werden sowohl Daten zu psychischen und körperlichen Beschwerden, zur Lebensqualität, zur Stimmung und Befindlichkeit und zum Belastungserleben als auch Zufriedenheitsmaße (Akzeptanz des Programms) erfragt. Ferner wird der Krankheitszustand des Patienten erhoben und fließt als Kovariate in die Evaluation ein. Die Befragung erfolgt in schriftlicher Form anhand von Fragebögen. Die verwendeten Evaluationsinstrumente sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2: Evaluationsinstrumente und Erhebungszeitpunkte

Zielvariable	Instrument	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃
Soziodemographische Daten	Fragebogen (Eigenentwicklung nach Deck und Röckelein, 1999)	X			X
Subjektive Lebensqualität	Lebensqualitätsfragebogen WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian et al., 2000)	X	X	X	X
Körperliche Beeinträchtigungen	Gießener Beschwerdebogen GBB (Brähler und Scheer, 1995)	X	X	X	X
Psychische Beschwerden und Symptome	Beck-Depressions-Inventar BDI (Hautzinger et al., 1994)	X	X	X	X
	Beck Angstinventar BAI (Margraf und Ehlers, 1995)	X	X	X	X
Stimmung und Befindlichkeit	Irritationsskala (Mohr and Rigotti, 2004)	X	X	X	X
Belastungserleben und -folgen	Maslach Burnout Inventory MBI-D (dt. Bearb. von Enzmann und Kleiber, 1989) (adaptiert für Partner)	X	X	X	X
Akzeptanz des Programms	Fragebogen (Eigenentwicklung)			X	
Partnerschaftszufriedenheit	Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (Hahlweg, 1996) – verwendete Skala: Konfliktbereiche in der Partnerschaft (PL)	X			X
Krankheitszustand des Patienten	Global Assessment of Functioning GAF (Piersma und Boes, 1997)	X (P)	X (P)	X (P)	X (P)

Anmerkung: T = Befragungszeitpunkt, P = Partner

Die Befragung erfolgt zu vier Erhebungszeitpunkten - direkt vor dem Beginn des Programms (T₀), nach Abschluss des Programms (T₁) sowie drei (T₂) und neun (T₃) Monate nach Teilnahme am Programm, um kurz-, mittel- und langfristige Effekte untersuchen zu können (vgl. Tab. 1 in Abschn. 3.2.2).

In der vorliegenden Arbeit werden ausschließlich die kurzfristigen Effekte der Teilnahme auf die Depressivität und die Lebensqualität der Partner depressiv Erkrankter sowie die Akzeptanz des Programms untersucht. Auf einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe muss verzichtet werden, da diese Daten noch bis Mitte 2005 erhoben werden und demnach für die vorliegende Arbeit nicht zur Verfügung stehen.

4. Fragestellung und Hypothesen

Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Evaluation des beschriebenen Programms „Belastungsbezogene Interventionen für Partner psychisch kranker Menschen“ leisten. Sie wird untersuchen, ob die Durchführung des Interventionsprogramms einen Effekt auf die Partner von an Depression erkrankten Patienten hat. Es werden insbesondere das psychische Befinden und die Lebensqualität der betreuenden Partner untersucht. In der vorliegenden Arbeit werden folgende, zur Evaluation eingesetzte Instrumente betrachtet: Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger et al., 1994), der WHO-Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF) (Angermeyer, Kilian et al., 2000) sowie der Fragebogen zur Akzeptanz des Programms. Außerdem werden die Skala Global Assessment of Functioning (GAF) (Piersma und Boes, 1997; Saß et al., 1998) und weitere soziodemografische Daten herangezogen.

So ergeben sich, entsprechend der eingesetzten Evaluationsinstrumente, Hypothesen bezüglich dreier Fragenbereiche: die Akzeptanz des Programms durch die Teilnehmer sowie die Effekte der Teilnahme auf die Depressivität und die Lebensqualität der Teilnehmer. Beim Bereich der Lebensqualität werden die fünf Domänen Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen, Umweltfaktoren und die globale Einschätzung der Lebensqualität getrennt betrachtet.

Fragenbereich 1 (Akzeptanzfragebogen)

Wie bewerten die Teilnehmer das Unterstützungsprogramm (Akzeptanz)?

Hypothese 1:

Die Teilnehmer bewerten das Programm hinsichtlich seiner Durchführung und der geleisteten Hilfe als positiv.

Fragenbereich 2 (BDI)

Bringt die Teilnahme an dem Programm eine kurzfristige Veränderung der psychischen Beschwerden und Symptome (Depressivität) mit sich?

Hypothese 2:

- a) Das Ausmaß psychischer Beschwerden und Symptome sinkt bei der Gesamtstichprobe durch die Teilnahme am Programm.
- b) Es bestehen Unterschiede in der Veränderung des Ausmaßes psychischer Beschwerden und Symptome abhängig vom Depressivitätsniveau zu Beginn des Programms (T_0), aber nicht vom Geschlecht.

Hypothese 3:

Die Veränderung der Depressivität ist unabhängig vom Alter der Teilnehmer, aber nicht vom Depressivitätsniveau T_0 .

Hypothese 4:

Es wird vermutet, dass Faktoren wie der Krankheitszustand des Patienten, das Vorhandensein von Kindern oder weiteren zu betreuenden Personen, das Alter des Partners, die Dauer der Erkrankung, das Einkommen, Erwerbstätigkeit, das Geschlecht oder das Depressivitätsniveau zu T_0 die Veränderung der Depressivität beeinflusst. Welche Faktoren erklären die Veränderung des Ausmaßes psychischer Beschwerden und Symptome?

Fragenbereich 3 (WHOQOL-BREF)

Bringt die Teilnahme an dem Programm eine kurzfristige Veränderung in der Lebensqualität bzgl. der körperlichen Gesundheit, psychischen Gesundheit, sozialen Beziehungen, Umweltfaktoren und allgemeinen Lebensqualität mit sich?

Hypothese 5:

- a) Die Lebensqualität steigt durch die Teilnahme an dem Programm bei der Gesamtstichprobe.
- b) Es bestehen Unterschiede in der Veränderung der Lebensqualität abhängig von der Ausprägung der jeweiligen Domäne zu Beginn des Programms (T_0), aber nicht vom Geschlecht.

Hypothese 6:

Die Veränderung der Lebensqualität ist unabhängig vom Alter der Teilnehmer, aber nicht von der Ausprägung der jeweiligen Domäne zu T_0 .

Hypothese 7:

Es wird vermutet, dass Faktoren wie der Krankheitszustand des Patienten, das Vorhandensein von Kindern oder weiteren zu betreuenden Personen, das Alter des Partners, die Dauer der Erkrankung, das Einkommen, Erwerbstätigkeit, das Geschlecht oder die Ausprägung der jeweiligen Domäne zu T_0 die Veränderung der Lebensqualität beeinflusst. Welche Faktoren erklären die Veränderung der Lebensqualität?

II. Empirischer Teil

5. Methodik

In dem nun folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen bei der Untersuchung dargestellt. Zunächst erfolgt die Darlegung der Untersuchungsdurchführung, im Anschluss die Beschreibung der Untersuchungsinstrumente und der Stichprobe. Danach werden die Auswertungsmethoden vorgestellt.

5.1 Durchführung

In die Untersuchung wurden Ehe- und Lebenspartner depressiver Patienten eingeschlossen, die mit dem Patienten im gleichen Haushalt leben. Das Zusammenleben wird als Indikator für das Miterleben der Erkrankung angesehen. Die Patienten sollten mindestens 18 Jahre alt sein und die in Tabelle 3 dargestellten Diagnosekriterien erfüllen.

Tab. 3: Diagnosekriterien

Einschlussdiagnosen			
ICD 10			ICD 9
F 32	Depressive Episode	296.1	Endogene Depression, bisher nur monopolar
F 33	Rezidivierende depressive Störung	300.4	Neurotische Depression
F 34.1	Dysthymie		
Ausschlussdiagnosen			
F 43.21	Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung - längere depressive Reaktion	309.1	Länger dauernde depressive Reaktion

Die Rekrutierung der Partner erfolgte über die bereits genannten stationären, teilstationären und institutionell-ambulanten psychiatrischen Einrichtungen (vgl. Abschnitt 3.2.3).

Die Erhebung der Daten erfolgte von März 2002 bis August 2004. Die Befragung wurde anonym und in schriftlicher Form anhand von Fragebögen, die den teilnehmenden Partnern per Post zugesandt wurden, durchgeführt. Die Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen erfolgte in den Gruppentreffen.

Die Überprüfung der Fragestellung erfolgt anhand einer Prä-Post-Messung bei den Teilnehmern des Interventionsprogramms. Die Post-Messungen erfolgen zum zwölften Termin der Gruppentreffen (ein halbes Jahr nach Beginn der Gruppe) sowie zur Booster-Sitzung (drei Monate nach dem zwölften Termin). Aus den in Abschnitt 3.2.3 dargelegten Gründen muss auf den Vergleich mit einer Kontrollgruppe in dieser Arbeit verzichtet werden.

5.2 Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden werden die in dieser Untersuchung betrachteten Instrumente vorgestellt. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Instrumente, mit denen die Evaluationskriterien Depressivität, Lebensqualität und die Akzeptanz des Programms untersucht wurden. Im Anschluss folgt eine kurze Beschreibung der einbezogenen Kontrollvariable, mit welcher der Krankheitszustand des Patienten erhoben wurde.

5.2.1 Abhängige Variablen

5.2.1.1 Fragebogen zur Akzeptanz des Programms

In diesem eigens entwickelten Fragebogen werden die Teilnehmer gebeten, das Programm aus ihrer individuellen Sicht zu beurteilen.

Zum einen soll die inhaltliche Gestaltung des Programms und die Qualität der Durchführung der Gruppen durch die Teilnehmer eingeschätzt werden. So wird erfragt, über welche Inhalte die Teilnehmer gern mehr erfahren hätten und welche Inhalte entbehrlich / nicht erforderlich waren. Mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala (1 – sehr gut bis 5 – mangelhaft) soll beurteilt werden, ob die Darstellungen passend und die Mitarbeiter ausreichend vorbereitet waren, ob die inhaltlichen Wünsche berücksichtigt wurden und ob die Mitarbeit der Teilnehmer angeregt wurde.

Zum anderen soll das Programm hinsichtlich der geleisteten Hilfe eingeschätzt werden. Mittels einer fünfstufigen Likert-Skala (0 – gar nicht bis 4 – sehr stark) soll ein globales Urteil abgegeben werden, ob das Programm hilfreich war. Welche Aspekte des Programms konkret hilfreich waren, wird anhand von Ja-Nein-Entscheidungsfragen erfasst. Des Weiteren sollen Aspekte benannt werden, die aus der Sicht des Teilnehmers in dem Programm gefehlt haben. Aussagen, ob die Teilnehmer das Programm weiterempfehlen würden und ob sie weiterhin Kontakt zu anderen Teilnehmern halten werden, sollen Hinweise auf den Erfolg des Programms geben.

Der Fragebogen findet sich im Anhang A.

5.2.1.1 Beck-Depressions-Inventar BDI (Hautzinger et al., 1994)

Das Beck-Depressions-Inventar zählt zu den am weitesten verbreiteten Selbstbeurteilungsinstrumenten zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik (Richter, Werner und Bastine, 1994). Es entstand auf Grund klinischer Beobachtungen an depressiven Patienten und ist keiner ätiologischen Theorie verpflichtet. Die häufigsten und in den gegenwärtig gültigen psychiatrischen Diagnosesystemen als relevant betrachteten Beschwerden sind in 21 Items zusammengestellt (z.B. traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Entschlussunfähigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust u.a.).

Das BDI erweist sich auch für Verlaufsuntersuchungen geeignet, da es eine hohe interne Konsistenz und eine gute Änderungssensitivität aufweist (Richter et al., 1994).

5.2.1.2 WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian et al., 2000)

Der WHOQOL-BREF ist ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Das Instrument ist eine Kurzversion des WHOQOL-100. Grundlage dieser Instrumente ist die Definition der WHO von Lebensqualität als „die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (Angermeyer, Kilian et al., 2000, S. 10). Dieser Eindruck wird von der individuellen körperlichen Gesundheit, dem psychischen Zustand, den sozialen Beziehungen und den Beziehungen zur Umwelt beeinflusst.

Der WHOQOL-BREF besteht aus 26 Items, welche die Domänen

- Physisches Wohlbefinden,
- Psychisches Wohlbefinden,
- Soziale Beziehungen,
- Umweltfaktoren und
- die globale Einschätzung der Lebensqualität

erfassen. Die interne Konsistenz der Subskalen liegt zwischen 0,76 und 0,88 (Cronbachs α) (Angermeyer, Kilian et al., 2000). Kritisch anzumerken ist aber die sehr geringe Itemzahl der Skalen Soziale Beziehungen (3 Items) und Allgemeine Lebensqualität (2 Items). Der WHOQOL-BREF diskriminiert sehr gut zwischen gesunden Personen und Personen mit psychischen Erkrankungen (Angermeyer, Kilian et al., 2000).

Er ist geeignet für gesunde Personen und psychiatrische Patienten zwischen 18 und über 85 Jahren. Beide Instrumente liegen mittlerweile in mehr als 30 Sprachen vor, so dass eine weltweite Vergleichbarkeit von Lebensqualitätsdaten möglich ist.

5.2.2 Kontrollvariable

5.2.2.1 Global Assessment of Functioning GAF (Piersma und Boes, 1997; Saß et al., 1998)

Die GAF-Skala dient der Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten im psychischen, sozialen und beruflichen Bereich. Körperliche Einschränkungen werden ausdrücklich nicht mit einbezogen. Das Funktionsniveau soll vom Beurteiler auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit mit den entsprechenden Werten zwischen 0 und 100 bestimmt werden. Dem Beurteiler wird die Einordnung durch Beispiele für Funktionseinschränkungen und verbale Beschreibungen erleichtert (Saß et al., 1998, S. 47f.). Hohe Werte bedeuten wenige oder keine Beeinträchtigungen in der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Besonders niedrige Werte deuten auf eine starke Beeinträchtigung mit Selbst- oder Fremdgefährdung oder Unfähigkeit zu persönlicher Hygiene hin.

In der vorliegenden Untersuchung wird mit Hilfe der GAF-Skala durch den betreuenden Partner die Schwere der Erkrankung des Patienten eingeschätzt.

5.3 Teilnehmer

Allgemeine Daten

Die Stichprobe umfasst 51 Partner depressiver Patienten. Davon sind 30 (58,8 %) männlich und 21 (41,2 %) weiblich. Zum ersten Erhebungszeitpunkt sind die Partner im Durchschnitt 53,90 Jahre alt. Der jüngste Studienteilnehmer ist 26, der älteste 79 Jahre alt. Die Partnerinnen sind zwischen 26 und 73 Jahre alt ($M=54,21$), die Partner zwischen 34 und 79 Jahre ($M=53,69$). 88,2 % der Partner sind verheiratet, 5,9 % leben getrennt oder sind geschieden von einem vormaligen Partner, 3,9 % sind ledig und 2,0 % verwitwet von einem vormaligen Partner. Die Verteilung des Familienstandes bei Partnern und Partnerinnen ist aus Tabelle 4 abzulesen.

Tab. 4 : Familienstand der Partnerinnen und Partner

		Familienstand			
		Ledig	Verheiratet	Geschieden / getrennt lebend	Verwitwet
Partner Gesamt	N	2	45	3	1
	%	2,9	88,2	5,9	2,0
Partner	N	1	26	2	1
	%	3,3	86,7	6,7	3,3
Partnerinnen	N	1	19	1	0
	%	4,8	90,5	4,8	0

Im Haushalt der Partner leben zwischen zwei und fünf Personen einschließlich dem Partner selbst. Die Mehrzahl der Befragten (60,8 %) lebt zu zweit in ihrem Haushalt. Bei jeweils 15,7 % leben zwei bzw. drei weitere Personen und bei 7,8 % vier weitere Personen neben dem Partner selbst im Haushalt.

Ein Teil der Partner muss außerdem weitere Personen betreuen. 9,8 % betreuen eine, jeweils 2,0 % zwei bzw. drei weitere Personen.

86,3 % der Paare haben Kinder. Die Anzahl der Kinder liegt zwischen einem und vier Kindern. Bei 27,2 % der Paare leben Kinder unter 18 Jahren im gemeinsamen Haushalt (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Anzahl der Kinder

		Anzahl der Kinder				
		0	1	2	3	4
N		7	12	24	7	1
%		13,7	23,5	47,1	13,7	2,0
		Anzahl der Kinder unter 18 Jahren im gemeinsamen Haushalt				
		0	1	2	3	4
N		32	7	3	2	0
%		72,7	15,9	6,8	4,5	0

Partnerschaft

Die Partnerschaft der Befragten besteht seit mindestens 2,75 bis zu 54,08 Jahren ($M=25,21$). Seit durchschnittlich 24,04 Jahren leben die Partner in einem gemeinsamen Haushalt. Die Mehrzahl der Partner hat sich vor Ausbruch der Erkrankung kennen gelernt (78,4 %), 21,6 % lernten sich in einer erkrankungsfreien Phase kennen.

Schul- und Berufsausbildung der Partner

Der Großteil der Partner (52,9 %) hat einen Schulabschluss der Realschule bzw. der Polytechnischen Oberschule (POS). 21,6 % haben ein Abitur bzw. den Abschluss der Erweiterten Oberschule (EOS). Ebenfalls 21,6 % haben einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss. Jeweils 2,0 % der Partner haben einen Abschluss der 7. Klasse bzw. die Fachhochschulreife.

Die meisten Partner (43,1 %) haben eine beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) absolviert. An einer Hoch-, Fachhoch- bzw. Ingenieursschule studierten 33,3 % der Partner. Jeweils weitere 9,8 % lernten an einer Fachschule bzw. durchliefen eine beruflich-schulische Ausbildung. 3,9 % blieben ohne beruflichen Abschluss.

Erwerbstätigkeit und Einkommen

Die Mehrzahl der Partner ist ganztags berufstätig (47,1 %) oder arbeitet mindestens halbtags (2,0 %) bzw. in Altersteilzeit (2,0 %). 31,4 % der Partner befindet sich in Altersrente, 3,9 % erhalten eine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente. 9,8 % sind arbeitslos. Jeweils weitere 2,0 % befinden sich in einer Umschulung oder Arbeitsförderungsmaßnahme bzw. sind Hausfrau.

54,9 % der Partner sind als Angestellte, 33,3 % als Arbeiter tätig. 3,9 % haben den Posten eines Beamten, 2,0 % sind selbstständig.

Die Häufigkeitsverteilung des Nettohaushaltseinkommens der Familien ist in Abbildung 4 abzulesen. 19,6 % der Familien verfügen über ein Einkommen von maximal 1500 Euro pro Monat. Immerhin 9,8 % haben pro Monat über mehr als 3000 Euro zur Verfügung.

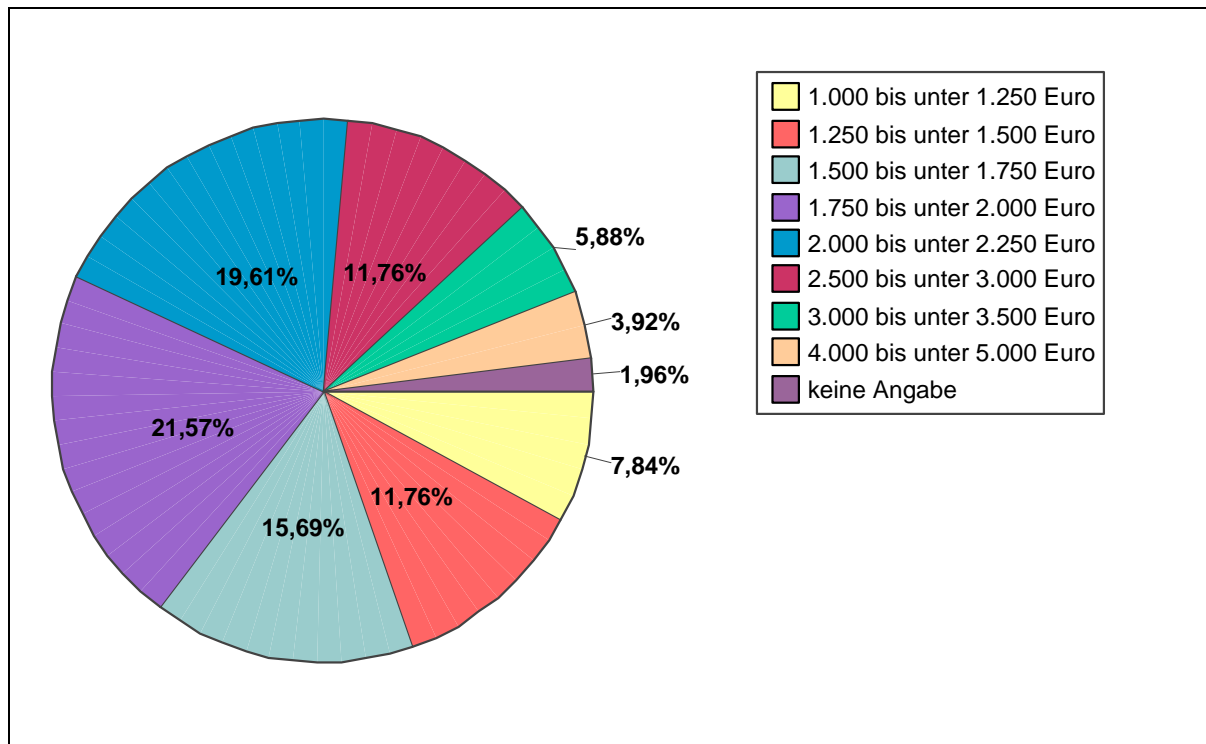


Abb. 4: Monatseinkommen des gemeinsamen Haushalts

Den Hauptanteil des Haushaltseinkommens bestreiten die gesunden Partner (54,9 %), insbesondere die männlichen Partner. 73,3 % der Männer sind im Gegensatz zu 28,6 % der Partnerinnen Hauptverdiener in ihrem Haushalt (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Partner als Hauptverdiener

		Hauptverdiener		
		Ja	Nein	Keine Angabe
Partner Gesamt	N	28	16	7
	%	54,9	31,4	13,7
Partner	N	22	5	3
	%	73,3	16,7	10
Partnerinnen	N	6	11	4
	%	28,6	52,4	19

Die Patienten tragen hauptsächlich durch den Bezug einer Altersrente zum Einkommen des Haushalts bei (49,0 %). 27,5 % der Patienten sind selbst erwerbstätig. 15,7 % erhalten Krankengeld, 2,0 % Arbeitslosengeld oder -hilfe. Weitere 3,9 % haben kein eigenes Einkommen. 2,0 % machten keine Angaben dazu. Eine Darstellung der Einkommensbezüge der Patienten findet sich in Abbildung 5.

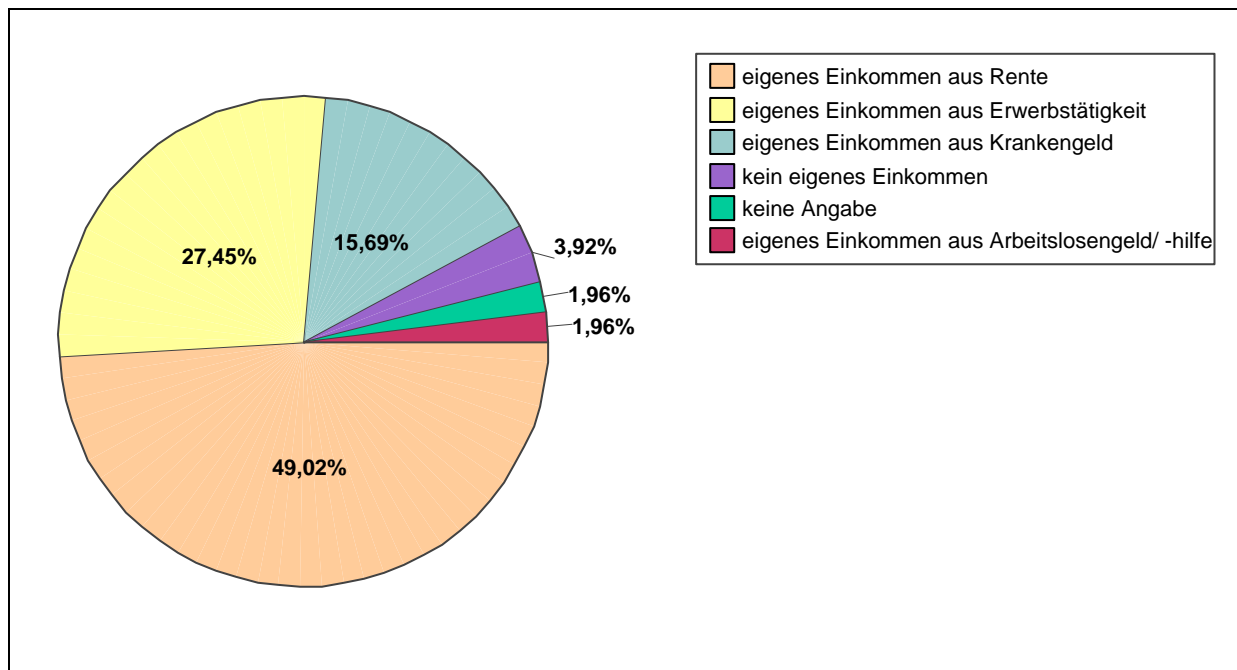


Abb. 5: Einkommenssituation der Patienten

Psychische Erkrankung und Betreuung der Patienten

Das psychische Problem des Patienten besteht seit durchschnittlich 10,65 Jahren ($SD=9,46$). Die erste Behandlung oder Betreuung wegen des psychischen Problems fand vor $M (SD) = 8,80 (9,23)$ Jahren statt. 90,2 % der Patienten befanden sich zum Erhebungszeitpunkt aufgrund der psychischen Erkrankung in Betreuung. Tabelle 7 zeigt, welche Betreuungsangebote von den Patienten in Anspruch genommen werden.

Tab. 7: Von Patienten in Anspruch genommene Betreuungsangebote

Art der Betreuung	N	%
Verbund gemeindenahe Psychiatrie, niedergelassene Psychologen oder Psychiater	32	62,7
Hausarzt / Facharzt	31	60,8
Stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses	11	21,6
Psychiatrische Tagesklinik	6	11,8
Andere Betreuung (Selbsthilfegruppe, Gruppengespräch)	2	3,9
Rehabilitationseinrichtung	1	2,0

Ein Großteil der Patienten nimmt mehrere Betreuungsangebote in Anspruch. 39,2 % werden durch zwei Institutionen betreut. 13,7 % der Patienten werden durch drei, 2,0 % durch vier Institutionen betreut.

Der GAF-Wert der Patienten, der durch die Partner eingeschätzt wurde, lag zwischen 25 und 94 - im Durchschnitt bei $M (SD) = 62,86 (18,68)$. Für die männlichen Patienten liegt er im Durchschnitt bei $M (SD) = 64,33 (20,187)$, für die Patientinnen bei $M (SD) = 64,63 (20,099)$.

Psychische Erkrankungen der betreuenden Partner

21,6 % der Partner gaben an, selbst an einer psychischen Erkrankung zu leiden, weshalb sie sich in nervenärztliche Behandlung begeben mussten und teilweise (5,9 %) auch stationär behandelt wurden. 9,8 % befanden sich zum Erhebungszeitpunkt immer noch in nervenärztlicher Behandlung, die im Mittel bereits $M (SD) = 8,83 (10,56)$ Jahre dauerte. 23,5 % der Partner gaben an, körperlich beeinträchtigt zu sein. 5,9 % besitzen einen Schwerbehindertenausweis.

Im Folgenden wird eine deskriptive Darstellung der psychischen Beschwerden und der Lebensqualität gegeben. Die Prüfung der Einflussfaktoren auf diese Variablen findet sich im Ergebnisteil (Kapitel 6).

Psychische Beschwerden der Partner vor und nach der Teilnahme

Die folgende Tabelle (Tab. 8) zeigt, dass die Mehrzahl der Partner keine klinisch relevanten Symptome der Depressivität laut BDI zeigen. Immerhin rund ein Siebentel der Teilnehmer zeigt ein mild depressives Bild. Der Vergleich der Ausprägungen zu beiden Zeitpunkten zeigt, dass 9,8 % der Teilnehmer sich nach der Teilnahme an dem Programm verbessern von milder Ausprägung zu Unauffälligkeit oder von klinisch relevanter Depression zu milder Ausprägung. 84,3 % erfahren keine Veränderung und 5,9 % verschlechtern sich von Unauffälligkeit zu milder Ausprägung oder von milder Ausprägung zu klinisch relevanter Depression.

Tab. 8: Depressivität vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1)

		Depressivität (Ausprägung im BDI)		
		unauffällig	mild	klinisch relevant
T_0	N	40	8	3
	%	78,4	15,7	5,9
T_1	N	42	7	2
	%	82,4	13,7	3,9

Lebensqualität der Partner vor und nach der Teilnahme

Die folgende Tabelle (Tab. 9) zeigt, dass sich der Großteil der Teilnehmer auf einem durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Niveau der Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit bewegt. Die Mehrheit der Teilnehmer (76,5 %) erfährt keine Veränderung des Niveaus ihrer körperlichen Gesundheit, 15,7 % erfahren eine Verbesserung und 7,8 % erleben körperliche Gesundheit als verschlechtert.

Tab. 9: Körperliche Gesundheit vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1)

		Domäne 1 – körperliche Gesundheit		
		unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
T_0	N	10	39	2
	%	19,6	76,5	3,9
T_1	N	7	41	3
	%	13,7	80,4	5,9

Aus Tabelle 10 ist abzulesen, dass die Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit bei allen Teilnehmern durchschnittlich oder überdurchschnittlich ist. Personen, die zu Beginn des Programm auf durchschnittlichem bzw. überdurchschnittlichem Niveau waren, bleiben auf diesem Niveau auch nach der Teilnahme an dem Programm.

Tab. 10: Psychische Gesundheit vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1)

		Domäne 2 – psychische Gesundheit		
		unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
T_0	N	0	49	2
	%	0	96,1	3,9
T_1	N	0	49	2
	%	0	96,1	3,9

Ihr Niveau der sozialen Beziehungen veränderten 80,4 % der Teilnehmer nach dem Programm nicht. Jeweils fünf Personen (9,8 %) haben sich nach der Teilnahme von unter- zu überdurchschnittlich verbessert bzw. von über- zu unterdurchschnittlich verschlechtert. Die folgende Tabelle (Tab. 11) zeigt, dass die sozialen Beziehungen des Großteils der Teilnehmer überdurchschnittlich sind.

Tab. 11: Soziale Beziehungen vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1)

		Domäne 3 – soziale Beziehungen		
		unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
T_0	N	16	0	35
	%	31,4	0	68,6
T_1	N	16	0	35
	%	31,4	0	68,6

Die Mehrzahl der Teilnehmer erlebt eine Verbesserung (43,1 %) oder keine Veränderung (17,6 %) der Umweltbedingungen. 39,2 % sehen eine Verschlechterung dieser. Zu beiden Zeitpunkten beurteilt der Großteil der Teilnehmer seine Umweltbedingungen auf einem durchschnittlichen Niveau (Tab. 12). 78,4 % verändern dieses Niveau nicht. 7,8 % können sich verbessern auf ein überdurchschnittliches Niveau, 13,7 % verschlechtern sich von überdurchschnittlich zu durchschnittlich.

Tab. 12: Umweltfaktoren vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1)

		Domäne 4 - Umweltfaktoren		
		unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
T_0	N	0	41	10
	%	0	80,4	19,6
T_1	N	0	44	7
	%	0	86,3	13,7

5.4 Analyse

Die Bestimmung der deskriptiven Maße und die Durchführung der prüfstatistischen Verfahren erfolgten mittels SPSS (Version 12.0).

Für die Berechnungen werden die Rohwerte des Beck-Depressionsinventars (BDI) und die Summenwerte der Skalen des WHO-Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF) herangezogen.

Die Auswertung der Daten wird zum einen über Mittelwertvergleiche (t-Test für abhängige und unabhängige Stichproben, Varianzanalyse mit Messwiederholung) erfolgen. Zum anderen wird mit Hilfe der Regressionsanalyse geprüft, welche Variablen Einfluss auf die Veränderung der psychischen Beschwerden (BDI) und der Lebensqualität (WHOQOL-BREF) haben.

Um für die Hypothesen 4 und 7 das beste Erklärungsmodell herausfiltern zu können, wird die schrittweise-rückwärts Methode der Regressionsanalyse verwendet. Es werden folgende Prädiktoren eingeschlossen (D – Dummy-Variable):

- Geschlecht (weiblich)(D)
- Alter des Partners zu T_0
- Erwerbstätigkeit (ganz- und halbtags)(D)
- Kontakt pro Woche (in Stunden)
- Einkommen (mittel, hoch) (D)
- Vorhandensein von Kindern (D)
- Anzahl von weiteren zu betreuenden Personen
- Dauer der Erkrankung des Partners
- Krankheitszustand zu Beginn des Programms
- Veränderung des Krankheitszustands (Differenz $T_0 - T_1$)
- Ausprägung der abhängigen Variable zu Beginn des Programms

Geschlecht und Alter werden als Kontrollvariablen in die Analyse eingeschlossen. Die Variable Einkommen wurde von ursprünglich 13 Kategorien in drei Kategorien umkodiert – niedriges Einkommen (bis 1750 Euro), mittleres Einkommen (1750 – 3000 Euro) und hohes Einkommen (ab 3000 Euro). Die Häufigkeitsverteilung des Einkommens kann in Tabelle B-1 im Anhang B eingesehen werden.

Die Berechnung der Effektstärken (ES) für die t-Tests erfolgt anhand einer Datenmaske im Internet (Jacobs, 2004).

Zur Klassifikation der Effektgrößen und aufgeklärten Varianzen wurden Empfehlungen von Cohen (1988, 1992), Gediga (1998) und Bortz und Döring (2002) herangezogen, die in folgender Tabelle (Tab. 13) dargestellt sind.

Tab. 13: Klassifikation der Effektgrößenmaße

	Klein	Mittel	Groß	Quelle
Effektgröße d	0,2	≥0,5	≥0,8	Cohen (1992), Bortz und Döring (2002)
Aufgeklärte Varianz η^2 (Eta-Quadrat)	0,01	≥0,06	≥0,14	Gediga (1998)
Bestimmtheitsmaß R^2	0,02	≥0,13	≥0,26	Cohen (1988)

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden signifikante Werte fett geschrieben und mit einem Sternchen für Signifikanz von $p \leq 0,05$ (Bsp.: **3,78 ***), mit zwei Sternchen für $p \leq 0,01$ (Bsp.: **3,78 ****) oder mit drei Sternchen für $p \leq 0,001$ (Bsp.: **3,78 *****) markiert. Besteht ein Trend auf dem 10%-Niveau, so werden diese Werte *kursiv* gedruckt.

6. Ergebnisse

Im nachstehenden Abschnitt werden die Ergebnisse bezüglich der Akzeptanz des Fragebogens, der Depressivität und der Lebensqualität der Teilnehmer dargestellt. Ergänzende Tabellen finden sich im Anhang C.

6.1 Zur Akzeptanz des Programms

Im Folgenden wird gezeigt, wie die Teilnehmer das Unterstützungsprogramm (Akzeptanz) bewerten. Dabei wird untersucht, wie die Teilnehmer das Programm in seinem Aufbau, seinen dargebotenen Inhalten und Hilfestellung bewerten.

6.1.1 Hypothese 1

Die Qualität und Art der Durchführung der Sitzungen wurde von den meisten Teilnehmern positiv beurteilt. Die inhaltliche Gestaltung der Sitzungen empfanden 54,9 % als meistens und 41,2 % als sehr passend (vgl. Tab. C-1 im Anhang). Die methodische Gestaltung, wie z.B. die Arbeitsweise und die Art der Darstellungen, fanden 90,2 % gut und sehr gut (vgl. Tab. C-2 im Anhang).

Die Moderatoren wurden von 88,2 % der Teilnehmer als gut bis sehr gut vorbereitet wahrgenommen. Auch die Anregung zur eigenen Mitarbeit wurde von 94,1 % der Teilnehmer als gut bis sehr gut bezeichnet. Der Großteil der Teilnehmer (90,2 %) empfand die eigenen inhaltlichen Wünsche in den Sitzungen gut bis sehr gut berücksichtigt (vgl. Tab. C-2 im Anhang).

Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer (47,1 %) hätte trotzdem gern mehr über einzelne Inhalte erfahren. Genannt wurden unter anderem:

- konkrete praxisbezogene Möglichkeiten des Umgangs mit dem Partner und Möglichkeiten, dem Partner zu helfen,
- die Gefühle des erkrankten Partners, insbesondere die Problematik von Nähe und Sexualität,
- Ursachen der Erkrankung,
- Betrachtung der spezifischen Probleme des Einzelnen,
- praktische Möglichkeiten der Entspannung, wie z.B. Entspannungstechniken.

Vereinzelt wünschten die Teilnehmer mehr Anschauungsmaterial und mehr Zeit für die Kleingruppenarbeit oder um bestimmte Aspekte vertiefen zu können. Ein eher geringer Anteil

(13,7 %) wünschte sich, dass bestimmte Themen wie z.B. die Probleme und das aktuelle Befinden der anderen Teilnehmer, weniger vertieft worden wären.

Die Partner beurteilten die Teilnahme an der Gruppe rückblickend als stark bis sehr stark hilfreich (80,4 %). Nur für 2,0 % war die Teilnahme kaum hilfreich (vgl. Tab. C-3 im Anhang). In Tabelle 14 sind die Häufigkeiten dargestellt, mit denen die Teilnehmer die Aspekte des Programms als hilfreich beurteilten.

Tab. 14: Häufigkeiten der als hilfreich beurteilten inhaltlichen Aspekte

Hilfreiche Aspekte	N	%
Information über die Erkrankung des Partners	44	86,3
Kontakt zu anderen Betroffenen	42	82,4
Umsetzung von Verhaltensstrategien in die Praxis	37	72,5
Stressbewältigungsstrategien	34	66,7
Austausch mit einem Psychologen	33	64,7
Entwicklung eines Krisenplans	31	60,8
Möglichkeiten der Entspannung	30	58,8
Austausch mit einem Arzt	30	58,8
Kleingruppenarbeit	28	54,9

Am häufigsten wurden die Informationen über die Erkrankung des Partners, der Kontakt zu anderen Betroffenen sowie die Umsetzung von Strategien in den Alltag als hilfreich beurteilt. Die Stressbewältigungsstrategien und der Austausch mit einem Psychologen wurden von rund zwei Drittel der Teilnehmer als hilfreich beurteilt. Über die Hälfte der Teilnehmer empfand die Entwicklung eines Krisenplanes, die Möglichkeiten zur Entspannung, den Austausch mit einem Arzt sowie die Arbeit in Kleingruppen als hilfreich.

Die Hälfte der Teilnehmer gibt an, mehr als 60 % der Inhalte der Veranstaltungen im Alltag anwenden zu wollen. Im Mittel werden die Teilnehmer 62 % der Inhalte im Alltag anwenden.

Die Mehrzahl der Partner (62,7 %) gibt an, dass sie auch nach dem Ende der Gruppenveranstaltungen Kontakt zu den anderen Teilnehmern halten werden. 98 % der Teilnehmer würden anderen Partner psychisch Kranker die Teilnahme an einer solchen Veranstaltung empfehlen.

Die Hypothese kann demnach bestätigt werden. Das Programm wurde von den Teilnehmern im Allgemeinen positiv beurteilt und als hilfreich betrachtet.

6.2 Depressivität (BDI)

Im folgenden Abschnitt wird gezeigt, welche Effekte die Teilnahme am Programm auf die Depressivität (psychische Beschwerden und Symptome) der Partner hat. Außerdem werden Faktoren, die auf die Veränderung der Depressivität Einfluss haben können, untersucht.

6.2.1 Hypothese 2

Es wird vermutet, dass das Ausmaß psychischer Beschwerden und Symptome nach der Teilnahme am Unterstützungsprogramm sinkt, wobei davon auszugehen ist, dass dieses bei Teilnehmern, die zu Beginn des Programms ein eher geringes Ausmaß psychischer Beschwerden angaben, weniger sinkt als bei jenen, die zu Beginn des Programms ein eher hohes Ausmaß psychischer Beschwerden zeigten. Um dies zu prüfen, wird die Stichprobe am Median der Variable Depressivität zu T_0 ($M = 5,000$) in zwei Teilstichproben geteilt (bezeichnet als niedrige und hohe Depressivität). Weiterhin wird der Einfluss, den das Geschlecht allein und in Verbindung mit dem Ausgangsniveau psychischer Beschwerden hat, untersucht.

Ein Vergleich der Mittelwerte von T_0 und T_1 zeigt, dass die Depressivität aller Teilnehmer, auch die der Frauen und Männer, leicht absinkt (vgl. Tab. C-4 und C-5 im Anhang). Auch für Personen mit hohem Depressivitätsniveau sinkt das Ausmaß psychischer Symptome und Beschwerden leicht ab (vgl. Tab. C-6 im Anhang). All diese Unterschiede erreichen aber keine statistische Signifikanz.

Die Mittelwerte für Personen mit niedrigem Depressivitätsausgangsniveau steigen leicht an, erreichen aber nur auf einem 10%-Niveau Signifikanz. Die Effektstärke weist nicht auf einen praktisch bedeutsamen Effekt hin (vgl. Tab. C-6 im Anhang).

Der Vergleich der Mittelwerte von Frauen und Männern mit niedrigem und hohem Depressivitätsniveau zeigt, dass die Mittelwerte sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit niedrigem Depressivitätsniveau ansteigen, also die Depressivität zunimmt. Bei Frauen und Männern mit hohem Depressivitätsniveau sinkt die Depressivität. Statistische Signifikanz erreicht aber lediglich der Mittelwertsunterschied der Frauen mit niedrigem Depressivitätsniveau zu T_0 . Die Effektstärke weist auf einen großen Effekt hin (vgl. Tab. C-7 im Anhang).

Die Varianzanalyse zeigt folgende in Tabelle 15 dargestellte Ergebnisse.

Tab. 15: Varianzanalyse für Depressivität

Quelle der Varianz	df	F	Partielles Eta-Quadrat
Gruppenvergleiche			
Depressivität zu T ₀ (D)	1	63,718 *	0,575
Geschlecht (G)	1	6,626 *	0,124
D * G	1	1,557 (n.s.)	0,032
Fehler innerhalb der Gruppen	47	(18,669)	
Messwiederholungsvergleiche			
Zeitpunkt (Z)	1	0,710 (n.s.)	0,015
Z * D	1	5,650 *	0,107
Z * G	1	0,034 (n.s.)	0,001
Z * D * G	1	1,352 (n.s.)	0,028
Fehler (Zeitpunkt)	47	(9,661)	

Anmerkungen: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Mittel der Quadrate

Es zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Zeitpunkt der Erhebung und der Depressivität zu T₀ mit einer mittleren aufgeklärten Varianz. Außerdem zeigen sich signifikante Hauptwirkungen für das Geschlecht mit einer mittleren aufgeklärten Varianz und für die Depressivität zu T₀ mit einer hohen aufgeklärten Varianz.

Die Wechselwirkungen von Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht, Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht und Depressivität zu T₀ sowie Geschlecht und Depressivität zu T₀ erreichen keine Signifikanz. Auch die Hauptwirkung für den Zeitpunkt der Erhebung ist nicht signifikant. Die aufgeklärten Varianzen sind gering.

Der erste Teil der Hypothese kann demnach nicht bestätigt werden. Das Ausmaß der Depressivität ist nach der Teilnahme am Programm nicht signifikant geringer.

Der zweite Teil der Hypothese kann allerdings bestätigt werden. Die Depressivität zu T₀ hat einen Einfluss auf die Veränderung der psychischen Beschwerden und Symptome, das Geschlecht hingegen nicht. An den Mittelwerten ist abzulesen, dass sich die Befindlichkeit der Personen mit geringem Depressivitätsniveau verschlechtert, die Befindlichkeit der Personen mit hohem Depressivitätsniveau sich hingegen verbessert.

Es zeigt sich außerdem, dass Frauen zu beiden Messzeitpunkten höhere Depressivitätswerte aufweisen als Männer. Ferner zeigt sich, dass sich die Personen mit niedriger Depressivität zu T₀ signifikant und in hohem Maße von jenen mit hoher Depressivität zu T₀ unterscheiden.

6.2.2 Hypothese 3

Es wird vermutet, dass das Alter keinen Einfluss auf die Veränderung der psychischen Beschwerden und Symptome hat, die Depressivität zu Beginn des Programms die Veränderung aber beeinflusst.

Zunächst wurde mit Hilfe einer Varianzanalyse geprüft, ob eine Wechselwirkung zwischen dem Zeitpunkt der Erhebung und dem Alter besteht.

Die Varianzanalyse ergab keine signifikanten Wirkungen. Die Hauptwirkung für den Zeitpunkt der Erhebung ($F = 0,000$; n.s.) erreicht ebenso wie die Wechselwirkung von Alter und Zeitpunkt der Erhebung ($F = 0,037$; n.s.) keine Signifikanz. Die Hauptwirkung für das Alter ($F = 3,153$; n.s.) erreicht zwar keine Signifikanz, weist aber eine mittlere Effektstärke auf (vgl. Tab C-8 im Anhang).

Die im Anschluss durchgeführte multiple lineare Regressionsanalyse, die neben dem Alter auch das Depressivitätsniveau zu T_0 als Prädiktor berücksichtigt, ergibt folgendes, in Tabelle 16 dargestelltes Modell. Es besteht keine Kollinearität (vgl. Tab. C-9 im Anhang). Die Residuen sind normalverteilt ($Z = 7,23$; n.s.).

Tab. 16: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Depressivität“

Variable	β	β^* (Beta-Gewichte)	t-Wert
Alter des Partners zu T_0	-0,040	-0,102	-0,856
Depressivität zu T_0	0,479	0,601	5,027 ***
Konstante	-0,509		-0,205

Anmerkungen: AV: Differenz BDI T_0 - T_1 ; $R^{2\text{adj}} = 0,318$; $F = 12,662 ***$, $N = 51$

Das Modell erreicht statistische Signifikanz mit einer sehr hohen aufgeklärten Varianz. Das Alter des Partners und das Niveau der Depressivität zu Beginn des Programms erklären also die Veränderung des Ausmaßes psychischer Beschwerden. Das Niveau der Depressivität zu Beginn des Programms beeinflusst gar als einzelner Prädiktor die Veränderung der psychischen Beschwerden. Da eine positive Differenz in diesem Modell für eine Verbesserung der psychischen Beschwerden steht, bedeutet dies, dass das Ausgangsniveau die Veränderung positiv beeinflusst. Teilnehmer mit höherer Depressivität zu Beginn des Programms zeigen eher eine Verbesserung ihrer psychischen Beschwerden. Ein niedrigerer Ausgangswert für Depressivität geht dagegen eher mit einer negativen bzw. gar keine

Veränderung einher. Je höher die Depressivität zu Beginn des Programms war, desto eher erlebt der Teilnehmer eine Verbesserung seines psychischen Befindens.

Die Hypothese kann bestätigt werden. Das Alter hat als einzelner Faktor keinen Einfluss auf die Veränderung der psychischen Beschwerden. Im Zusammenspiel mit der Depressivität zu Beginn des Programms beeinflusst es allerdings die Veränderung der psychischen Beschwerden. Das Ausgangsniveau der psychischen Beschwerden hat auch allein Einfluss auf die Veränderung.

6.2.3 Hypothese 4

Es wird vermutet, dass Faktoren wie der Krankheitszustand des Patienten, das Vorhandensein von Kindern oder weiteren zu betreuenden Personen, die Dauer der Erkrankung, das Einkommen, Erwerbstätigkeit, die zusammen verbrachte Zeit pro Woche oder das Depressivitätsniveau zu T_0 die Veränderung der Lebensqualität beeinflusst. Die folgende Regressionsanalyse untersucht, welche dieser Faktoren die Veränderung der psychischen Beschwerden erklären können.

In der folgenden Tabelle (Tab. 17) sind die Ergebnisse der schrittweisen Regression dargestellt. Die Spalte „Entfernte Variable“ enthält jeweils den Prädiktor, der aus dem Vorhersagemodell ausgeschlossen wurde. Die in derselben Zeile aufgeführten Kennwerte beziehen sich auf das Vorhersagemodell, aus dem alle oberhalb und in der Zeile genannten Prädiktoren ausgeschlossen wurden. Dies soll die Entscheidung für ein bestimmtes Erklärungsmodell verdeutlichen.

Tab. 17: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Depressivität“

	Entfernte Variable	R^2	R^{2adj}	F
1	Keine	0,537	0,391	3,675 ***
2	Hohes Einkommen (über 3000 Euro)	0,537	0,406	4,106 ***
3	Alter zu T_0	0,536	0,420	4,620 ***
4	Kinder	0,535	0,433	5,236 ***
5	Dauer der Erkrankung des Partners	0,531	0,442	5,943 ***
6	Geschlecht	0,526	0,449	6,826 ***
7	Kontakt	0,519	0,453	7,901 ***

Fortsetzung Tabelle 17

8	Veränderung des Krankheitszustands (Differenz T ₀ - T ₁)	0,499	0,443	8,967 ***
9	Erwerbstätigkeit	0,478	0,433	10,528 ***
10	Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	0,449	0,414	12,784 ***

Anmerkungen: AV: Differenz BDI T₀-T₁

Es zeigt sich, dass das Modell 7, in dem die Prädiktoren Veränderung des Krankheitszustands, die Anzahl weiterer zu betreuender Personen, Erwerbstätigkeit, Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro), der Krankheitszustand des Patienten zu T₀ und die Depressivität zu T₀ eingeschlossen sind, mit 45,3 % von allen Modellen die höchste Varianzaufklärung aufweist. Das Modell erreicht außerdem statistische Signifikanz. Alle eingeschlossenen Prädiktoren beeinflussen demnach die Veränderung der psychischen Beschwerden nach der Teilnahme am Programm. Es besteht keine Kollinearität (vgl. Tab. C-10). Die Residuen sind normalverteilt ($Z = 0,411$; n.s.).

In Tabelle 18 sind die Regressionskoeffizienten mit ihrem jeweiligen t-Wert aufgeführt. Auch hier bedeutet eine positive Differenz von T₀ und T₁ eine Verbesserung des psychischen Zustands des Teilnehmers. Ein positiver Einfluss des jeweiligen Prädiktors spricht demnach auch für einen inhaltlich positiven Einfluss auf die Veränderung des psychischen Zustands.

Tab. 18: Regressionskoeffizienten und t-Werte für Modell 7

Variable	Regressionskoeffizienten		t-Wert
	β	β^* (Beta-Gewichte)	
Depressivität zu T ₀	0,561	0,705	5,931 ***
Krankheitszustand des Patienten zu T ₀	0,075	0,330	2,303 *
Weitere zu betreuende Personen	1,592	0,199	1,762 (n.s.)
Veränderung des Krankheitszustands	-0,042	-0,177	-1,337 (n.s.)
Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	1,516	0,168	1,539 (n.s.)
Erwerbstätigkeit	1,368	0,152	1,395 (n.s.)
Konstante	-9,805		-3,929 ***

Anmerkungen: $R^{2adj} = 0,519$; $F = 7,901 ***$, $N = 51$

Es zeigt sich, dass die Prädiktoren Depressivität des Partners und Krankheitszustand des Patienten zu Beginn des Programms einzeln signifikanten Einfluss ausüben. Ein schlechter Gesundheitszustand des Patienten oder die geringe Depressivität des Partners zu Beginn des Programms führen eher zu einer Verschlechterung der psychischen Beschwerden des Partners. Der Krankheitszustand des Patienten beeinflusst die Veränderung der psychischen Beschwerden dabei in geringerem Maße. Die beiden Prädiktoren tragen zudem die größten Anteile zur Varianzaufklärung bei. An dieser Stelle zeigt sich, dass die Veränderung der psychischen Beschwerden maßgeblich von dem Depressivitätsniveau zu Beginn des Programms beeinflusst wird. Teilnehmer, denen es zu Beginn des Programms weniger gut geht, können eher von dem Programm profitieren als Personen, denen es zu Beginn des Programms verhältnismäßig gut geht. Auch der Krankheitszustand des Patienten, welcher als zusätzliche Belastung für den betreuenden Partner gesehen werden kann, leistet einen erheblichen Beitrag im Vorhersagemodell.

Das Modell zeigt also, dass die eingeschlossenen Prädiktoren Erwerbstätigkeit, weitere zu betreuende Personen, mittleres Einkommen, der Krankheitszustand des Patienten und die Depressivität des Teilnehmers zu Beginn des Programms die Veränderung der psychischen Beschwerden positiv beeinflussen, wohingegen die Veränderung des Krankheitszustandes des Patienten in Zusammenspiel mit den anderen Prädiktoren eher einen negativen Einfluss ausübt.

6.3 Lebensqualität (WHOQOL-BREF)

In dem nachfolgenden Abschnitt wird untersucht, welche Effekte die Teilnahme am Programm auf die Lebensqualität der Partner in den Bereichen körperliches und psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umweltfaktoren und auf die globale Einschätzung der Lebensqualität hat. Außerdem werden Faktoren, die die Veränderung der Lebensqualität nach der Teilnahme an dem Programm erklären können, geprüft.

6.3.1 Hypothese 5

Es wird vermutet, dass die Lebensqualität durch die Teilnahme an dem Programm steigt. Auch hier ist davon auszugehen, dass Personen, die zu Beginn des Programms bereits eine hohe Lebensqualität aufweisen, kaum Verbesserungen erleben werden. Deshalb wird die Stichprobe nach dem Median der jeweilig untersuchten Domäne zu T_0 in zwei Teilstichproben geteilt (bezeichnet als niedrige und hohe Ausprägung). Untersucht wird außerdem, welchen Einfluss das Geschlecht allein und in Verbindung mit dem jeweiligen Ausgangsniveau der

Domäne zu T_0 auf die Veränderung der Lebensqualität haben. Ergänzende Ergebnistabellen finden sich im Anhang.

6.3.1.1 Domäne 1 - körperliches Wohlbefinden

Ein Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe vor und nach der Teilnahme am Programm zeigt, dass die Lebensqualität bezüglich des körperlichen Wohlbefindens tendenziell ansteigt (vgl. Tab C-11 im Anhang). Auch das körperliche Wohlbefinden der männlichen Teilnehmer steigt an, das der weiblichen Teilnehmer sinkt dagegen leicht ab (vgl. Tab C-12 im Anhang).

Die Stichprobe wurde anhand des Medianes ($M = 16,5714$) in Personen mit hoher und niedriger körperlicher Gesundheit geteilt. Bei Personen mit niedrigem körperlichen Wohlbefinden steigt diese nach der Teilnahme am Programm, bei Personen mit hohem körperlichen Wohlbefinden sinkt der Mittelwert leicht (vgl. Tab C-13 im Anhang).

Auch bei Männern mit hohem und niedrigem körperlichen Wohlbefinden zu Beginn des Programms steigt die Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit an. Dagegen unterschieden sich Frauen mit hohem von Frauen mit niedrigem Ausgangsniveau. Frauen, die ihr körperliches Wohlbefinden zu Beginn des Programms niedrig einschätzten, verändern sich in ihrer Zufriedenheit nach dem Programm kaum. Frauen, die hohes körperliches Wohlbefinden aufwiesen, verschlechtern sich dagegen signifikant (vgl. C-14 im Anhang).

Die Ergebnisse der darauf gerechneten Varianzanalyse finden sich in Tabelle 19.

Tab. 19: Varianzanalyse für Domäne 1

Quelle der Varianz	df	F	Partielles Eta-Quadrat
Gruppenvergleiche			
Körperliche Gesundheit (kG) zu T_0	1	36,627 ***	0,438
Geschlecht (G)	1	1,208 (n.s.)	0,025
kG * G	1	0,016 (n.s.)	0,000
Fehler innerhalb der Gruppen	47	(4,817)	
Messwiederholungsvergleiche			
Zeitpunkt (Z)	1	0,043 (n.s.)	0,001
Z * kG	1	2,472 (n.s.)	0,050
Z * G	1	1,079 (n.s.)	0,022
Z * kG * G	1	0,179 (n.s.)	0,004
Fehler (Zeitpunkt)	47	(1,227)	

Anmerkungen: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Mittel der Quadrate

Es zeigt sich eine signifikante Hauptwirkung für die Lebensqualität bezüglich der körperlichen Gesundheit zu T_0 mit einer sehr hohen aufgeklärten Varianz. Die Wechselwirkungen von Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht, Zeitpunkt der Erhebung und körperlicher Gesundheit zu T_0 , Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht und körperlicher Gesundheit zu T_0 sowie Geschlecht und körperlicher Gesundheit zu T_0 erreichen keine Signifikanz. Auch die Hauptwirkungen für den Zeitpunkt der Erhebung und für das Geschlecht sind nicht signifikant. Die aufgeklärten Varianzen sind gering.

Die Ergebnisse zeigen demnach, dass sich das körperliche Wohlbefinden nicht verändert. Es zeigt sich auch, dass das Ausgangsniveau des körperlichen Wohlbefindens ebenso wie das Geschlecht keinen Einfluss auf die Veränderung der Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit haben. Teilnehmer, die mit ihrer körperlichen Gesundheit zu T_0 weniger zufrieden waren, erfahren keine signifikant anderen Veränderungen in der Lebensqualität als jene, die eher zufrieden waren. Auch Frauen erfahren keine anderen Veränderungen der körperlichen Gesundheit als Männer.

Es zeigt sich aber, dass sich die Personen mit niedrigem körperlichen Wohlbefinden zu T_0 signifikant und in hohem Maße von jenen mit hohem körperlichen Wohlbefinden zu T_0 unterscheiden. Sie schätzen ihr körperliches Wohlbefinden vor und nach der Teilnahme am Programm signifikant schlechter ein als Personen mit hoher körperlicher Gesundheit zu T_0 . Frauen, die zu Beginn des Programms ihre körperliche Gesundheit als hoch einschätzten, verschlechtern sich sogar signifikant.

Die Hypothese kann nur teilweise bestätigt werden. Das körperliche Wohlbefinden verändert sich nicht. Die körperliche Gesundheit zu T_0 hat ebenso wie das Geschlecht keinen Einfluss auf die Veränderung der körperlichen Gesundheit.

6.3.1.2 Domäne 2 - psychisches Wohlbefinden

Die Zufriedenheit mit dem psychischen Wohlbefinden steigt für die Gesamtstichprobe leicht an (vgl. Tab. C-15 im Anhang). Auch für Männer steigt das psychische Wohlbefinden, bei Frauen sinkt es dagegen (vgl. Tab. C-16 im Anhang).

Die Stichprobe wurde am Median ($M = 15,3333$) in Personen mit hohem und niedrigem psychischen Wohlbefinden geteilt. Das psychische Wohlbefinden sinkt bei Personen, die ihre psychische Gesundheit zu Beginn des Programms als hoch einschätzen. Bei Personen, die zu Beginn des Programms eher wenig mit ihrer psychischen Gesundheit zufrieden waren, steigt die Zufriedenheit leicht an (vgl. Tab. C-17 im Anhang).

Das psychische Wohlbefinden steigt bei Männern mit niedriger und hoher psychischer Gesundheit zu T_0 an. Der Unterschied bei Männern mit niedrigem psychischen Wohlbefinden zu Beginn des Programms erreicht zwar keine Signifikanz, die Effektstärke weist aber auf einen praktisch bedeutsamen Effekt hin. Bei Frauen mit hohem und niedrigem psychischen Wohlbefinden zu Beginn des Programms sinkt das psychische Wohlbefinden ab. Die Verschlechterung der Frauen mit hoher psychischer Gesundheit zu T_0 erreicht ebenfalls keine Signifikanz. Die mittlere Effektstärke lässt aber darauf schließen, dass der Effekt praktische Bedeutsamkeit hat (vgl. Tab. C-18 im Anhang).

In der folgenden Tabelle (Tab. 20) sind die Ergebnisse der Varianzanalyse dargestellt.

Tab. 20: Varianzanalyse für Domäne 2

Quelle der Varianz	df	F	Partielles Eta-Quadrat
Gruppenvergleiche			
Psychische Gesundheit (pG) zu T_0	1	50,538 ***	0,132
Geschlecht (G)	1	7,145 **	0,518
pG * G	1	1,207 (n.s.)	0,025
Fehler innerhalb der Gruppen	47	(2,940)	
Messwiederholungsvergleiche			
Zeitpunkt (Z)	1	0,299 (n.s.)	0,006
Z * pG	1	1,820 (n.s.)	0,037
Z * G	1	4,736 *	0,092
Z * pG * G	1	0,432 (n.s.)	0,09
Fehler (Zeitpunkt)	47	(1,620)	

Anmerkungen: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Mittel der Quadrate

Die Varianzanalyse zeigt für diese Domäne signifikante Hauptwirkungen der psychischen Gesundheit zu T_0 mit einer großen aufgeklärten Varianz und des Geschlechts mit einer sehr großen aufgeklärten Varianz. Die Wechselwirkung von Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht erreicht ebenfalls Signifikanz und weist eine mittlere aufgeklärte Varianz auf.

Die Wechselwirkungen Zeitpunkt der Erhebung und psychische Gesundheit zu T_0 , Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht und psychische Gesundheit zu T_0 sowie Geschlecht und psychische Gesundheit zu T_0 erreichen keine Signifikanz. Auch die Hauptwirkung für den Zeitpunkt der Erhebung ist nicht signifikant. Die aufgeklärten Varianzen sind gering.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit der Teilnehmer mit ihrer psychischen Gesundheit nicht signifikant steigt. Das Geschlecht und das Ausgangsniveau haben ebenfalls

keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des psychischen Wohlbefindens. Es zeigt sich aber, dass Frauen bzw. Personen mit niedrigem psychischen Wohlbefinden zu Beginn des Programms zu beiden Zeitpunkten signifikant niedrigere Werte der Zufriedenheit mit ihrer psychischen Gesundheit aufweisen als Männer bzw. Personen mit hohem psychischen Wohlbefinden.

Auch für das psychische Wohlbefinden kann die Hypothese nur teilweise bestätigt werden. Das psychische Wohlbefinden verändert sich nicht. Auf die Veränderung des psychischen Wohlbefindens hat die psychische Gesundheit zu Beginn des Programms ebenso wie das Geschlecht keinen Einfluss.

6.3.1.3 Domäne 3 - soziale Beziehungen

Auch für die Domäne Soziale Beziehungen zeigt sich eine tendenzielle Verbesserung für die Gesamtstichprobe (vgl. Tab. C-19 im Anhang). Vergleicht man die männlichen mit den weiblichen Teilnehmern, so wird deutlich, dass sich die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen bei männlichen Teilnehmern verbessert, die der Frauen sich hingegen verschlechtert (vgl. Tab. C-20 im Anhang).

Die Stichprobe wurde anhand des Medians ($M = 14,6667$) in Personen mit hoher und niedriger Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen geteilt. Bei Personen mit niedriger Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms steigt die Einschätzung der sozialen Beziehungen nach der Teilnahme am Programm an. Bei Personen mit hohem Niveau der sozialen Beziehungen sinkt diese (vgl. Tab. C-21 im Anhang).

Die Einschätzung der sozialen Beziehungen sinkt bei Männern mit hohem Ausgangsniveau und bei Frauen mit niedrigem und hohem Ausgangsniveau leicht ab. Männer, die ihre sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms niedrig einschätzen, verbessern sich nach dem Programm signifikant. Dieser Effekt ist auch stichprobenunabhängig bedeutsam (vgl. Tab. C-22 im Anhang).

Tabelle 21 zeigt die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Domäne Soziale Beziehungen.

Tab. 21: Varianzanalyse für Domäne 3

Quelle der Varianz	df	F	Partielles Eta-Quadrat
Gruppenvergleiche			
Soziale Beziehungen (sB) zu T ₀	1	45,831 ***	0,494
Geschlecht (G)	1	0,002 (n.s.)	0,000
sB * G	1	0,002 (n.s.)	0,000
Fehler innerhalb der Gruppen	47	(5,713)	
Messwiederholungsvergleiche			
Zeitpunkt (Z)	1	0,066 (n.s.)	0,001
Z * sB	1	3,007 (n.s.)	0,060
Z * G	1	2,706 (n.s.)	0,054
Z * sB * G	1	2,529 (n.s.)	0,051
Fehler (Zeitpunkt)	47	(2,670)	

Anmerkungen: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Mittel der Quadrate

Für die Domäne der sozialen Beziehungen zeigt die Varianzanalyse lediglich eine hoch signifikante Hauptwirkung für die sozialen Beziehungen zu T₀ mit einer sehr großen aufgeklärten Varianz. Die Wechselwirkung von Zeitpunkt und sozialen Beziehungen zu T₀ erreicht zwar lediglich auf einem 10%-Niveau Signifikanz, weist aber eine mittlere aufgeklärte Varianz auf.

Die Wechselwirkungen von Zeitpunkt und Geschlecht, Geschlecht und sozialen Beziehungen zu T₀ sowie Zeitpunkt und Geschlecht und sozialen Beziehungen zu T₀ erreichen keine Signifikanz. Auch die Hauptwirkungen für das Geschlecht und den Zeitpunkt sind nicht signifikant. Die aufgeklärten Varianzen sind klein.

Die Hypothese kann nur teilweise bestätigt werden. Die sozialen Beziehungen verändern sich nicht. Wie vermutet hat das Geschlecht keinen Einfluss auf die Veränderung der sozialen Beziehungen, das Ausgangsniveau der sozialen Beziehungen zu T₀ aber ebenso nicht. Teilnehmer mit einem niedrigen Niveau der sozialen Beziehungen zu T₀ erfahren keine signifikant anderen Veränderungen in ihren sozialen Beziehungen als jene mit einem hohen Niveau.

Es wird wiederum gezeigt, dass sich die Personen, die mit ihren sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms weniger zufrieden waren, signifikant von jenen unterschieden, die eine hohe Zufriedenheit aufwiesen. Personen mit niedrigem Ausgangsniveau schätzen ihre

sozialen Beziehungen zu beiden Messzeitpunkten signifikant schlechter ein als Personen mit hohem Ausgangsniveau. In der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen unterscheiden sich Frauen und Männer allerdings nicht voneinander.

6.3.1.4 Domäne 4 - Umweltfaktoren

Die Lebensqualität bezüglich der Umweltfaktoren der Gesamtstichprobe verschlechtert sich geringfügig (vgl. Tab. C-23 im Anhang). Männer erleben eine Verbesserung ihrer Umweltfaktoren, Frauen hingegen erfahren eine signifikante Verschlechterung der Zufriedenheit mit der Umwelt (vgl. Tab. C-24 im Anhang).

Die Stichprobe wurde anhand des Medianes ($M = 16,0000$) in Personen mit hoher und niedriger Einschätzung der Umweltfaktoren geteilt. Personen, die zu Beginn eine hohe Einschätzung ihrer Umweltfaktoren auswiesen, verschlechtern sich nach dem Programm. Personen mit eher geringer Einschätzung der Umwelt verbessern diese signifikant. Dieser Effekt ist aber praktisch weniger bedeutsam (vgl. Tab. C-25 im Anhang).

Frauen und Männer, die ihre Umweltfaktoren zu Beginn hoch einschätzten, verschlechtern sich nach dem Programm. Die Verschlechterung der Frauen erreicht zwar keine statistische Signifikanz, der Effekt ist aber von praktischer Bedeutsamkeit. Auch Frauen, die zu Beginn des Programms eine eher niedrige Einschätzung der Umweltfaktoren aufwiesen verschlechtern sich tendenziell. Männer, die ihre Umwelt eher negativ einschätzen, können sich dagegen signifikant verbessern. Auch dieser Effekt ist unabhängig von der Stichprobengröße praktisch bedeutsam (vgl. Tab. C-26 im Anhang).

In der folgenden Tabelle (Tab. 22) sind die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Domäne 4 dargestellt.

Tab. 22: Varianzanalyse für Domäne 4

Quelle der Varianz	df	F	Partielles Eta-Quadrat
Gruppenvergleiche			
Umweltfaktoren (UF) zu T ₀	1	46,796 ***	0,449
Geschlecht (G)	1	5,340 **	0,102
UF * G	1	0,021 (n.s.)	0,000
Fehler innerhalb der Gruppen	47	(2,028)	
Messwiederholungsvergleiche			
Zeitpunkt (Z)	1	0,983 (n.s.)	0,020
Z * UF	1	8,551 **	0,154
Z * G	1	9,174 **	0,163
Z * UF * G	1	0,501 (n.s.)	0,011
Fehler (Zeitpunkt)	47	(0,766)	

Anmerkungen: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Mittel der Quadrate

Die Varianzanalyse für die Domäne Umweltfaktoren zeigt signifikante Wechselwirkungen von Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht sowie Zeitpunkt der Erhebung und Umweltfaktoren zu T₀ mit mittleren aufgeklärten Varianzen. Des Weiteren zeigen sich signifikante Hauptwirkungen für die Umweltfaktoren zu T₀ und das Geschlecht, aber mit kleinen aufgeklärten Varianzen.

Die Wechselwirkungen Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht und Umweltfaktoren zu T₀ sowie Geschlecht und Umweltfaktoren zu T₀ erreichen keine Signifikanz. Auch die Hauptwirkung für den Zeitpunkt der Erhebung ist nicht signifikant. Die aufgeklärten Varianzen sind klein.

Für die Domäne Umweltfaktoren muss die Hypothese teilweise abgelehnt werden. Die Zufriedenheit mit den Umweltfaktoren verändert sich nicht. Es zeigt sich, dass die Umweltfaktoren zu T₀ Einfluss auf die Unterschiede der Umweltfaktoren hat, das Geschlecht kann diese Unterschiede aber ebenso erklären. Personen mit niedriger Zufriedenheit zu Beginn des Programms und Männer verbessern sich. Personen mit hoher Zufriedenheit und Frauen verschlechtern sich hingegen. Beide Faktoren zusammen erklären die Unterschiede allerdings nicht. Somit sind die Unterschiede in der Einschätzung der Umweltfaktoren geschlechtsspezifisch und spezifisch für das Ausgangsniveau der Beurteilung dieser Faktoren.

Weiterhin zeigt sich, dass sich Frauen und Männer sowie Teilnehmer mit hoher und niedriger Zufriedenheit mit den Umweltfaktoren zu T₀ in ihren Einschätzungen signifikant voneinander

unterscheiden. Männer schätzen ihre Umweltfaktoren zu beiden Zeitpunkten besser ein als Frauen. Personen mit hohem Ausgangsniveau der Umweltfaktoren schätzen ihre Umwelt besser ein als Personen mit niedrigem Ausgangsniveau.

6.3.1.5 Domäne 5 – allgemeine Lebensqualität

Die Allgemeine Lebensqualität steigt für die Gesamtstichprobe leicht an (vgl. Tab. C-27 im Anhang). Männern zeigen ebenfalls einen Anstieg der allgemeinen Lebensqualität, Frauen hingegen erfahren eine Verschlechterung (vgl. Tab. C-28 im Anhang).

Die Stichprobe wurde am Median ($M = 14,0000$) in Personen mit hoher und niedriger allgemeiner Lebensqualität geteilt. Personen mit niedrigem Ausgangsniveau der allgemeinen Lebensqualität erfahren eine signifikante Verbesserung dieser. Personen mit hohem Ausgangsniveau erleben dagegen eher eine nicht signifikante Verschlechterung. Beide Unterschiede haben praktische Bedeutsamkeit (vgl. Tab. C-29 im Anhang).

Frauen und Männer, die zu Beginn des Programms ihre allgemeine Lebensqualität als eher niedrig eingeschätzt haben, erleben signifikante Verbesserungen dieser. Frauen und Männer mit eher hoher allgemeiner Lebensqualität zu Beginn des Programms verschlechtern sich tendenziell. Unabhängig von der Stichprobengröße haben auch diese Effekte praktische Bedeutsamkeit (vgl. Tab. C-30 im Anhang).

Die in Tabelle 23 dargestellten Ergebnisse der Varianzanalyse für die allgemeine Lebensqualität zeigen eine hoch signifikante Wechselwirkung zwischen Zeitpunkt der Erhebung und Allgemeine Lebensqualität zu T_0 sowie eine hoch signifikante Hauptwirkung für die Allgemeine Lebensqualität zu T_0 mit hohen aufgeklärten Varianzen.

Tab. 23: Varianzanalyse für Domäne 5

Quelle der Varianz	df	F	Partielles Eta-Quadrat
Gruppenvergleiche			
Allgemeine Lebensqualität (ALQ) zu T ₀	1	47,048 ***	0,500
Geschlecht (G)	1	3,034 (n.s.)	0,061
ALQ * G	1	0,004 (n.s.)	0,000
Fehler innerhalb der Gruppen	47	(3,979)	
Messwiederholungsvergleiche			
Zeitpunkt (Z)	1	0,667 (n.s.)	0,014
Z * ALQ	1	17,639 ***	0,273
Z * G	1	0,776 (n.s.)	0,016
Z * ALQ * G	1	0,141 (n.s.)	0,045
Fehler (Zeitpunkt)	47	(1,987)	

Anmerkungen: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Mittel der Quadrate

Die Wechselwirkungen von Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht, von Geschlecht und Allgemeine Lebensqualität zu T₀ sowie Zeitpunkt der Erhebung und Geschlecht und Allgemeine Lebensqualität zu T₀ erreichen keine Signifikanz. Auch die Hauptwirkungen für das Geschlecht und den Zeitpunkt der Erhebung sind nicht signifikant. Die aufgeklärten Varianzen sind gering.

Der erste Teil der Hypothese kann nicht bestätigt werden. Die globale Einschätzung der Lebensqualität verändert sich nicht. Der zweite Teil der Hypothese wird bestätigt. Das Ausgangsniveau der allgemeinen Lebensqualität beeinflusst die Veränderung, das Geschlecht hingegen nicht. Personen mit niedriger allgemeiner Lebensqualität verbessern sich nach der Teilnahme an dem Programm, Personen mit hoher allgemeiner Lebensqualität verschlechtern sich hingegen.

Es zeigt sich, dass sich die Personen mit niedrigem Ausgangsniveau der allgemeinen Lebensqualität signifikant von jenen mit hohem Ausgangsniveau unterscheiden. Sie schätzen ihre allgemeine Lebensqualität zu beiden Messzeitpunkten signifikant niedriger ein als Personen mit hohem Niveau der allgemeinen Lebensqualität zu Beginn des Programms. In der Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität unterscheiden sich Frauen und Männer aber nicht voneinander.

Es lässt sich zusammenfassen, dass das Ausgangsniveau der Umweltfaktoren und der allgemeinen Lebensqualität die Veränderungen dieser Domänen signifikant beeinflussen.

Personen mit einem hohem Ausgangsniveau der jeweiligen Domäne verschlechtern sich. Personen mit einem niedrigen Ausgangsniveau erfahren eine signifikante Verbesserung in den jeweiligen Domänen. Diese Veränderungen zeigen sich auch tendenziell in den anderen Domänen. Das Geschlecht der Teilnehmer beeinflusst die Veränderung der Lebensqualität bezüglich der psychischen Gesundheit und der Umweltfaktoren. Frauen verschlechtern sich in diesen Domänen, wohingegen sich die männlichen Teilnehmer verbessern. Diese Richtung der Veränderung zeigt sich tendenziell auch in den anderen Domänen. Es zeigt sich ebenfalls, dass Frauen weniger zufrieden mit ihrer psychischen Gesundheit und ihren Umweltfaktoren sind als Männer. In allen Domänen unterschieden sich die Personen mit hohem Ausgangsniveau signifikant von jenen mit einem niedrigen Ausgangsniveau der jeweiligen Domäne.

6.3.2 Hypothese 6

Es wird vermutet, dass das Alter der Teilnehmer die Veränderung der Lebensqualität nicht beeinflusst. Des Weiteren wird ein Einfluss des Ausgangsniveaus der jeweiligen Domäne vermutet.

Die Ergebnisse der Prüfungen für die einzelnen Domänen werden im Folgenden vorgestellt. Zunächst wurde eine Varianzanalyse gerechnet, um eine Wechselwirkung zwischen dem Zeitpunkt und dem Alter aufzudecken. Im Anschluss wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt, um neben dem Alter auch die Ausprägung der jeweiligen Domäne zu T_0 als Prädiktor berücksichtigen zu können.

6.3.2.1 Domäne 1 - körperliches Wohlbefinden

Für die Domäne körperliche Gesundheit zeigt sich eine signifikante Hauptwirkung für das Alter ($F = 9,130$; $p \leq 0,05$) mit einer hohen Effektstärke. Die Hauptwirkung für die Zeit ($F = 1,141$; n.s.) sowie die Wechselwirkung zwischen Zeit und Alter ($F = 1,344$; n.s.) erreichen keine Signifikanz. Die aufgeklärten Varianzen sind gering (vgl. Tab. C-31 im Anhang).

Um eine Aussage über die Richtung der Hauptwirkung Alter treffen zu können, wird die Stichprobe am Median ($M = 53,333$) in zwei Teilstichproben geteilt. Darauf wird ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, der die über und unter 53jährigen vergleicht. Der Levené-Test ergibt eine Inhomogenität der Varianzen zu beiden Zeitpunkten (T_0 : $F = 14,929$, $p \leq 0,05$; T_1 : $F = 5,329$, $p \leq 0,05$), weshalb die adjustierten Werte verwendet wurden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tab. 24: *t-Test bei unabhängigen Stichproben für Domäne 1 nach Alter*

	Mittelwert (Standardabweichung)		df	t-Wert	ES
	Unter 53,3 Jahre	Über 53,3 Jahre			
T ₀	17,1429 (1,38013)	14,8132 (2,35840)	40,613	4,325 **	1,2057
T ₁	16,9829 (1,62062)	15,0989 (2,60197)	42,103	3,116 **	0,8691

Das in Tabelle 25 zusammengefasste Modell erreicht keine statistische Signifikanz und wird deshalb nicht inhaltlich interpretiert. Zudem weist es eine nur geringe Varianzaufklärung auf. Für den Prädiktor Körperliche Gesundheit zu T₀ besteht mäßige Kollinearität (vgl. Tab. C-32 im Anhang). Die Residuen sind nicht normalverteilt ($Z = 1,383$; $p \leq 0,05$), was dafür spricht, dass wichtige Faktoren in die Analyse nicht einbezogen wurden.

Tab. 25: *Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung des körperlichen Wohlbefindens“*

Variable	β	β^* (Beta-Gewichte)	t-Wert
Alter des Partners zu T ₀	-0,007	-0,049	-0,318
Körperliche Gesundheit zu T ₀	0,182	0,261	1,698
Konstante	-2,625		-1,082

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 1 T₀-T₁; $R^{2adj} = 0,044$; $F = 2,139$ (n.s.); $N = 51$

Die Hypothese kann teilweise bestätigt werden. Das Alter hat keinen Einfluss auf die Veränderung des körperlichen Wohlbefindens. Die körperliche Gesundheit zu Beginn des Programms hat allerdings ebenfalls keinen Einfluss. Es kann gezeigt werden, dass über 53jährige ihre körperliche Gesundheit zu beiden Zeitpunkten signifikant geringer einschätzen.

6.3.2.2 Domäne 2 - psychisches Wohlbefinden

Die Varianzanalyse ergab für die Domäne psychische Gesundheit keine signifikanten Effekte. Die Hauptwirkung für den Zeitpunkt ($F = 0,256$; n.s.) sowie das Alter ($F = 0,377$; n.s.) erreichen ebenso wie die Wechselwirkung von Alter und Zeitpunkt ($F = 0,153$; n.s.) keine Signifikanz. Die aufgeklärten Varianzen sind gering (vgl. Tab. C-33 im Anhang).

Mäßige Kollinearität besteht für den Prädiktor Psychische Gesundheit zu T₀ (vgl. Tab. C-34 im Anhang). Die Residuen sind normalverteilt ($Z = 0,644$; n.s.). Die Prüfung per

Regressionsanalyse zeigt folgendes Modell für die Veränderung des psychischen Wohlbefindens (Tab. 26).

Tab. 26: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung des psychischen Wohlbefindens“

Variable	β	β^* (Beta-Gewichte)	t-Wert
Alter des Partners zu T ₀	0,011	0,070	0,506
Psychische Gesundheit zu T ₀	0,300	0,295	2,139 *
Konstante	-5,248		(-2,124)

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 2 T₀-T₁; $R^{2adj} = 0,052$; $F = 2,361$ (n.s.); $N = 51$

Dieses Modell erreicht lediglich auf dem 10%-Niveau Signifikanz, weshalb von inhaltlichen Interpretationen abgesehen wird. Die aufgeklärte Varianz ist gering.

Die Hypothese kann teilweise bestätigt werden. Das Alter hat keinen Einfluss auf die Veränderung des psychischen Wohlbefindens, aber die psychische Gesundheit zu T₀ hat ebenfalls keinen Einfluss auf die Veränderung derselben.

6.3.2.3 Domäne 3 - soziale Beziehungen

Auch für die Domäne soziale Beziehungen ergeben sich keine signifikanten Wirkungen. Die Hauptwirkung für den Zeitpunkt ($F = 0,082$; n.s.) sowie das Alter ($F = 0,132$; n.s.) erreichen ebenso wie die Wechselwirkung von Alter und Zeitpunkt ($F = 0,185$; n.s.) keine Signifikanz. Die aufgeklärten Varianzen sind klein (vgl. Tab. C-35 im Anhang).

Für die Domäne Soziale Beziehungen ergab die Regressionsanalyse das in der folgenden Tabelle (Tab. 27) dargestellte Modell. Es besteht mäßige Kollinearität für den Prädiktor Soziale Beziehungen zu T₀ (vgl. Tab. C-36 im Anhang). Die Residuen sind normalverteilt ($Z = 0,835$; n.s.).

Tab. 27: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der sozialen Beziehungen“

Variable	β	β^* (Beta-Gewichte)	t-Wert
Alter des Partners zu T ₀	-0,007	-0,033	-0,247
Soziale Beziehungen zu T ₀	0,350	0,350	2,581 *
Konstante	-4,630		-1,837

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 3 T₀-T₁; $R^{2adj} = 0,089$; $F = 3,434 *$; $N = 51$

Das Modell mit den Prädiktoren Alter des Partners und Einschätzung der sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms erreicht statistische Signifikanz. Die beiden Prädiktoren erklären demnach gemeinsam die Veränderung der sozialen Beziehungen der Teilnehmer. Die durch dieses Modell aufgeklärte Varianz der Veränderung der sozialen Beziehungen ist als mittel zu bezeichnen. Die Einschätzung der sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms übt auch als einzelner Prädiktor signifikanten positiven Einfluss aus. Da für die Domänen des WHOQOL-BREF gilt, dass eine positive Differenz für eine Verschlechterung in den jeweiligen Domänen steht, bedeutet ein positiver Einfluss eines Prädiktors einen inhaltlich negativen Einfluss. Je höher die Einschätzung zu Beginn des Programms, desto eher kommt es zu einer Verschlechterung nach der Teilnahme an dem Programm. Dies bedeutet für die Domäne 3, dass eine niedrige Einschätzung der sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms eher mit einer Verbesserung der sozialen Beziehungen nach der Teilnahme am Programm einhergeht. Eine höhere Einschätzung führt dagegen eher zu einer Verschlechterung.

Die Hypothese kann hier teilweise bestätigt werden. Das Alter hat als einzelner Faktor keinen Einfluss auf die Veränderung der sozialen Beziehungen. Das Niveau der sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms bestimmt die Veränderung der sozialen Beziehungen in hohem Maße. Auch im Zusammenspiel können Alter und das Niveau der sozialen Beziehungen die Veränderungen vorhersagen.

6.3.2.4 Domäne 4 - Umweltfaktoren

Für die Domäne Umweltfaktoren ergeben sich in der Varianzanalyse keine signifikanten Wirkungen. Die Hauptwirkung für den Zeitpunkt ($F = 1,625$; n.s.), das Alter ($F = 0,076$; n.s.) sowie die Wechselwirkung von Alter und Zeitpunkt ($F = 1,994$; n.s.) sind nicht signifikant. Die aufgeklärten Varianzen sind gering (vgl. Tab. C-37 im Anhang).

Für die Domäne 4 zeigt die Analyse folgendes, in Tabelle 28 dargestelltes Modell. Der Prädiktor Umweltfaktoren zu T_0 weist mäßige Kollinearität auf (vgl. Tab. C-38 im Anhang). Die Residuen sind normalverteilt ($Z = 0,853$; n.s.).

Tab. 28: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Umweltfaktoren“

Variable	β	β^* (Beta-Gewichte)	t-Wert
Alter des Partners zu T_0	0,018	0,147	1,135
Umweltfaktoren zu T_0	0,363	0,408	3,142 **
Konstante	-6,569		-3,430 ***

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 4 T_0 - T_1 ; $R^{2adj} = 0,170$; $F = 6,115 **$; $N = 51$

Das Modell mit den Prädiktoren Alter und Einschätzung der Umweltfaktoren vor der Teilnahme am Programm klärt eine mittlere Varianz der Veränderung der Umweltfaktoren auf. Es erreicht zudem statistische Signifikanz. Auch hier zeigt sich, dass das Ausgangsniveau der Umweltfaktoren auch einzeln die Veränderung der Umwelteinschätzung vorhersagen kann. Der Prädiktor übt einen positiven Einfluss aus, was bedeutet, dass ein geringer Wert in den Umweltfaktoren eher mit einer Verbesserung einhergeht, ein hoher Wert dagegen eher mit einer Verschlechterung der Umweltfaktoren. Personen, die ihre Lebensqualität in Bezug auf ihre Umweltfaktoren eher negativ einschätzten, können also eher von der Teilnahme an dem Programm profitieren als Personen die eine positive Lebensqualität aufwiesen.

Die Hypothese kann auch hier teilweise bestätigt werden. Das Alter hat im Zusammenspiel mit dem Ausgangsniveau der Umwelteinschätzungen Einfluss auf die Veränderung der Umweltfaktoren. Als einzelner Faktor hat das Alter allerdings keinen Einfluss auf die Veränderung der Umweltfaktoren. Die Einschätzung der Umweltfaktoren zu Beginn des Programms beeinflusst die Veränderung nach der Teilnahme an dem Programm in hohem Maße.

6.3.2.5 Domäne 5 – allgemeine Lebensqualität

Für die Domäne allgemeine Lebensqualität zeigt sich eine signifikante Hauptwirkung für das Alter ($F = 5,247$; $p \leq 0,05$) mit einer mittleren Effektstärke. Die Hauptwirkung für die Zeit ($F = 1,340$; n.s.) sowie die Wechselwirkung zwischen Zeit und Alter ($F = 1,877$; n.s.) erreichen keine Signifikanz. Die aufgeklärten Varianzen sind klein. (vgl. Tab. C-39 im Anhang)

Um eine Aussage über die Richtung der Hauptwirkung Alter treffen zu können, wird wie schon bei Domäne 1 die Stichprobe anhand des Medianes ($M=53,333$) in zwei Teilstichproben geteilt. Darauf wird ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, der die über und unter 53-jährigen vergleicht. Der Levené-Test ergibt eine Inhomogenität der Varianzen zu beiden Zeitpunkten (T_0 : $F = 13,930$, $p \leq 0,05$; T_1 : $F = 4,933$, $p \leq 0,05$), weshalb

die adjustierten Werte verwendet wurden. Aus Tabelle 29 sind die Ergebnisse des T-Tests abzulesen.

Tab. 29: t-Test bei unabhängigen Stichproben für Domäne 5 nach Alter

	Mittelwert (Standardabweichung)		df	t-Wert	ES
	Unter 53,3 Jahre	Über 53,3 Jahre			
T ₀	14,8800 (1,64114)	13,2308 (2,53468)	43,031	2,769 **	0,7724
T ₁	14,9600 (1,83666)	13,6923 (2,51029)	45,799	2,064 *	0,5764

Teilnehmer unter 53,3 Jahren schätzen ihre allgemeine Lebensqualität zu beiden Zeitpunkten signifikant besser ein als Teilnehmer, die älter als 53,3 Jahre sind.

Die Regressionsanalyse ergibt für die allgemeine Lebensqualität folgendes Modell (Tab. 30). Wiederum besteht für den Prädiktor Allgemeine Lebensqualität zu T₀ mäßige Kollinearität (vgl. Tab. C-40 im Anhang). Die Residuen sind nicht normalverteilt ($Z = 1,582$; $p \leq 0,05$).

Tab. 30: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der allgemeinen Lebensqualität“

Variable	β	β^* (Beta-Gewichte)	t-Wert
Alter des Partners zu T ₀	-0,002	-0,009	-0,064
Allgemeine LQ zu T ₀	0,507	0,503	3,759 ***
Konstante	-7,300		-2,649 *

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 5 T₀-T₁; $R^{2adj} = 0,225$; $F = 8,256 ***$; $N = 51$

Das Modell erreicht sehr hohe statistische Signifikanz. Die Prädiktoren Alter und die Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität zu Beginn des Programms beeinflussen die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität. Auch hier ist das Niveau zu Beginn des Programms wieder ein signifikanter Einzelprädiktor für die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität. Personen mit einer niedrigen allgemeinen Lebensqualität verbessern sich, Personen mit hoher Lebensqualität verschlechtern sich eher. Die Varianzaufklärung ist mit 22,5 % sehr hoch.

Die Hypothese kann wiederum teilweise bestätigt werden. Das Alter hat als einzelner Faktor keinen Einfluss auf die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität. Es kann gezeigt werden, dass Ältere ihre allgemeine Lebenszufriedenheit zu beiden Zeitpunkten geringer

einschätzen. Dagegen hat das Niveau der allgemeinen Lebensqualität zu Beginn des Programms hohen Einfluss auf die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität. Die beiden Prädiktoren Alter und die Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität zu Beginn des Programms üben zusammen einen Einfluss auf die Veränderung aus.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Hypothese für alle Domänen teilweise bestätigt werden kann. Das Alter beeinflusst die Veränderung der Lebenszufriedenheit nicht. Es zeigte sich aber, dass Ältere ihre körperliche Gesundheit und allgemeine Lebenszufriedenheit niedriger einschätzten als jüngere Teilnehmer. Das Ausgangsniveau der sozialen Beziehungen, der Umweltfaktoren und der allgemeinen Lebensqualität bestimmt dagegen die Veränderung der jeweiligen Domänen in signifikantem Maße. In diesen Domänen bildet auch das Alter mit dem Ausgangsniveau der jeweiligen Domäne ein signifikantes Vorhersagemodell für die Veränderung in der Domäne.

6.3.3 Hypothese 7

Es wird vermutet, dass Faktoren wie der Krankheitszustand des Patienten, das Vorhandensein von Kindern oder weiteren zu betreuenden Personen, die Dauer der Erkrankung, das Einkommen, Erwerbstätigkeit, der Kontakt pro Woche oder das Niveau der jeweiligen Domäne zu T_0 die Veränderung der Lebensqualität beeinflusst.

In den nun folgenden Abschnitten wird untersucht, welche Faktoren geeignet sind, die Veränderung der Lebensqualität in den jeweiligen Domänen zu erklären?

Um die Entscheidung für ein bestimmtes Erklärungsmodell zu verdeutlichen, wird zunächst in jedem Abschnitt die Tabelle mit den Ergebnissen der schrittweisen Regression präsentiert. Darin wurden zur einfacheren Darstellungen lediglich jeweils die ausgeschlossenen Variablen mit den daraus für das Modell resultierenden Kennwerten angegeben. Das Erklärungsmodell, für welches sich entschieden wurde, wird im Anschluss ausführlicher dargelegt.

6.3.3.1 Domäne 1 - körperliches Wohlbefinden

Die Tabelle 31 zeigt, in welcher Reihenfolge nicht geeignete Prädiktoren ausgeschlossen wurden und welche Kennwerte sich für diese Modelle ergeben haben.

Tab. 31: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung des körperlichen Wohlbefindens“

	Entfernte Variable	R ²	R ^{2adj}	F
1	keine	0,316	0,100	1,463 (n.s.)
2	Weitere zu betreuende Personen	0,316	0,123	1,637 (n.s.)
3	Alter zu T ₀	0,315	0,144	1,843 (n.s.)
4	Kontakt	0,313	0,162	2,078 (n.s.)
5	Hohes Einkommen (über 3000 Euro)	0,311	0,179	2,367 *
6	Erwerbstätigkeit	0,305	0,192	2,702 *
7	Geschlecht	0,295	0,199	3,073 *
8	Dauer der Erkrankung des Partners	0,277	0,197	3,454 **
9	Kinder	0,252	0,187	3,874 **
10	Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	0,231	0,182	4,701 **

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 1 T₀-T₁

Das Modell 7 erreicht von allen Modellen mit 19,9 % die höchste Varianzaufklärung. Es schließt die Prädiktoren Veränderung des Krankheitszustands des Patienten, Dauer der Erkrankung des Partners, mittleres Einkommen, Krankheitszustand des Patienten zu T₀, das Vorhandensein von Kindern und die körperliche Gesundheit des Partners zu T₀ ein. Das Modell erreicht statistische Signifikanz, die Prädiktoren bilden demnach ein Gesamtmodell, das die Veränderung der körperlichen Gesundheit nach der Teilnahme an dem Programm vorhersagen kann. Die Residuen sind normalverteilt (Z = 0,826; n.s.). Es besteht allerdings eine mäßige Kollinearität des Prädiktors Körperliche Gesundheit zu T₀ (vgl. Tab. C-41 im Anhang).

Tab. 32: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 7

	Regressionskoeffizienten		t-Wert
	β	β^* (Beta-Gewichte)	
Körperliche Gesundheit zu T ₀	0,255	0,365	2,729 **
Veränderung des Krankheitszustands des Patienten	0,027	0,325	2,115 *
Krankheitszustand des Patienten zu T ₀	-0,035	-0,447	-2,873 **
Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	-0,569	-0,182	-1,400 (n.s.)
Kinder	-0,719	-0,159	-1,223 (n.s.)
Dauer der Erkrankung des Partners	-0,023	-0,137	-1,059 (n.s.)
Konstante	-0,718		-0,441 (n.s.)

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 1 T₀-T₁; R^{2adj} = 0,199; F = **3,0454 ***; N = 51

In Tabelle 32 ist zu sehen, dass die Prädiktoren Krankheitszustand zu Beginn des Programms und Veränderung des Krankheitszustands des Patienten sowie die körperliche Gesundheit des Partners zu Beginn des Programms die Veränderung der körperlichen Gesundheit auch als signifikante Einzelprädiktoren beeinflussen. Die körperliche Gesundheit zu Beginn des Programms hat einen positiven Einfluss, was, wie oben dargelegt, inhaltlich auf einen negativen Einfluss hinweist. Je höher die Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit zu Beginn des Programms war, desto eher kommt es nach der Teilnahme an dem Programm zu einer Verschlechterung. Auch die Veränderung des Krankheitszustandes hat einen positiven Einfluss auf die Veränderung der körperlichen Gesundheit. Für die Veränderung des Krankheitszustandes gilt ebenfalls, dass eine positive Differenz als Verschlechterung gilt, eine negative dagegen als Verbesserung. Demnach bedeutet der positive Einfluss des Prädiktors, dass Verschlechterungen im Krankheitszustand des Patienten auch zu Verschlechterungen in der körperlichen Gesundheit des Partners führen. Verbesserungen des Krankheitszustandes des Patienten führen dagegen auch zu Verbesserung in der körperlichen Gesundheit des Partners. Der Krankheitszustand des Patienten zu Beginn des Programms hat dagegen einen inhaltlich positiven Einfluss auf die Veränderung der körperlichen Gesundheit. Je besser es dem Patienten zu Beginn des Programms ging, desto geringer wird die Verschlechterung des Partners bzw. desto eher erlebt er eine Verbesserung nach der Teilnahme am Programm. Die drei signifikanten Prädiktoren tragen auch den größten Anteil zur Varianzaufklärung bei.

6.3.3.2 Domäne 2 - psychisches Wohlbefinden

Im Folgenden wird geprüft, welche der oben genannten Faktoren die Veränderung der psychischen Gesundheit bestimmen. Tabelle 33 zeigt die Ergebnisse der geprüften Modelle mit den entsprechenden Kennwerten.

Tab. 33: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung des psychischen Wohlbefindens“

	Entfernte Variable	R ²	R ^{2adj}	F
1	keine	0,468	0,300	2,783 **
2	Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	0,468	0,317	3,114 **
3	Kontakt	0,465	0,332	3,481 **
4	Weitere zu betreuende Personen	0,463	0,345	3,932 ***
5	Alter zu T ₀	0,460	0,357	4,463 ***
6	Kinder	0,452	0,362	5,061 ***
7	Dauer der Erkrankung des Partners	0,441	0,365	5,780 ***
8	Geschlecht	0,429	0,366	6,764 ***
9	Hohes Einkommen (über 3000 Euro)	0,416	0,366	8,206 ***

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 2 T₀-T₁

Die Modelle 8 und 9 erreichen dieselbe Varianzaufklärung. Im Folgenden wird aber Modell 9 dargestellt, da dieses weniger Prädiktoren einschließt und somit inhaltlich besser interpretiert werden kann.

Das Modell 9 erreicht mit 36,6 % eine hohe Varianzaufklärung. Die eingeschlossenen Prädiktoren Veränderung des Krankheitszustands des Patienten, Erwerbstätigkeit, Krankheitszustand des Patienten zu T₀ und psychische Gesundheit zu T₀ erreichen als Gesamtmodell auch sehr hohe statistische Signifikanz. Die Residuen sind normalverteilt (Z = 0,533; n.s.). Mäßige Kollinearität weist die Variable Psychische Gesundheit zu T₀ auf (vgl. Tab. C-42 im Anhang).

Die Zusammenfassung für das Modell ist in Tabelle 34 dargestellt.

Tab. 34: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 9

	Regressionskoeffizienten		t-Wert
	β	β^* (Beta-Gewichte)	
Veränderung des Krankheitszustands des Patienten	0,061	0,627	4,637 ***
Krankheitszustand des Patienten zu T_0	-0,043	-0,463	-3,312 **
Psychische Gesundheit zu T_0	0,448	0,440	3,721 ***
Erwerbstätigkeit	-0,820	-0,222	<i>-1,923 (n.s.)</i>
Konstante	-3,691		-2,105 *

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 2 T_0 - T_1 ; $R^{2adj} = 0,366$; $F = 8,206 ***$; $N = 51$

Ebenso wie für die Domäne körperliche Gesundheit zeigt sich für die psychische Gesundheit ein positiver Einfluss der Veränderung des Krankheitszustandes und der psychischen Gesundheit zu Beginn des Programms sowie ein negativer Einfluss des Krankheitszustandes des Patienten zu Beginn des Programms. Demnach gilt, je höher die psychische Gesundheit zu Beginn des Programms eingeschätzt wurde, desto eher kommt es nach der Teilnahme an dem Programm zu einer Verschlechterung bzw. je geringer die psychische Gesundheit, desto eher kommt es zu einer Verbesserung. Eine Verschlechterung des Krankheitszustandes des Patienten führt zu Verschlechterungen in der psychischen Gesundheit des Partners, Verbesserungen des Krankheitszustandes des Patienten dagegen auch zu Verbesserung in der psychischen Gesundheit. Je besser es dem Patienten zu Beginn des Programms ging, desto geringer wird die Verschlechterung des Partners bzw. desto eher erlebt er eine Verbesserung der psychischen Gesundheit nach der Teilnahme am Programm. Die Veränderung des Krankheitszustandes trägt hier den Großteil zur Varianzaufklärung bei.

6.3.3.3 Domäne 3 - soziale Beziehungen

Nun wird untersucht, welche der eingeschlossenen Prädiktoren, die Veränderung der sozialen Beziehungen nach der Teilnahme an dem Programm beeinflussen. Die folgende Tabelle (Tab. 35) zeigt die ausgeschlossenen Prädiktoren und die Kennwerte der jeweiligen Modelle.

Tab. 35: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der sozialen Beziehungen“

	Entfernte Variable	R ²	R ^{2adj}	F
1	keine	0,246	0,008	1,035 (n.s.)
2	Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	0,246	0,034	1,159 (n.s.)
3	Hohes Einkommen (über 3000 Euro)	0,146	0,057	1,304 (n.s.)
4	Veränderung des Krankheitszustands des Patienten	0,244	0,078	1,471 (n.s.)
5	Kinder	0,241	0,096	1,664 (n.s.)
6	Weitere zu betreuende Personen	0,237	0,113	1,193 (n.s.)
7	Alter zu T ₀	0,230	0,124	2,184 (n.s.)
8	Erwerbstätigkeit	0,227	0,141	2,645 *
9	Krankheitszustand des Patienten zu T ₀	0,218	0,150	3,200 *
10	Geschlecht	0,191	0,139	3,700 *
11	Dauer der Erkrankung des Partners	0,163	0,128	4,675 *
12	Kontakt	0,124	0,106	6,941 *

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 3 T₀-T₁

Das Modell 9 erreicht hier von allen Modellen die höchste Varianzaufklärung. Diese ist mit 15% aber nur als mittel zu bezeichnen. Das Modell erreicht statistische Signifikanz. Die eingeschlossenen Prädiktoren Dauer der Erkrankung des Partners, Geschlecht, Soziale Beziehungen zu T₀ und Kontakt bilden demnach ein signifikantes Erklärungsmodell für die Veränderungen der sozialen Beziehungen der Teilnehmer. Die Residuen sind normalverteilt ($Z = 0,933$; n.s.). Allerdings weist der Prädiktor Kontakt eine mäßige Kollinearität auf (vgl. Tab. C-43 im Anhang).

In Tabelle 36 sind die eingeschlossenen Prädiktoren sowie die entsprechenden Kennwerte dargestellt.

Tab. 36: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 9

	Regressionskoeffizienten		t-Wert
	β	β^* (Beta-Gewichte)	
Soziale Beziehungen zu T_0	0,294	0,294	2,158 *
Dauer der Erkrankung des Partners	-0,053	-0,204	-1,517 (n.s.)
Geschlecht	0,873	0,176	1,251 (n.s.)
Kontakt	0,011	0,173	1,251 (n.s.)
Konstante	-4,632		-2,530 *

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 3 T_0 - T_1 ; $R^{2adj} = 0,150$; $F = 3,200 *$; $N = 51$

Die sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms üben einen signifikant positiven Einfluss auf die Veränderung der sozialen Beziehungen aus. Je höher also die sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms eingeschätzt wurden, desto eher erleben die Teilnehmer eine Verschlechterung der sozialen Beziehungen nach der Teilnahme an dem Programm. Dagegen profitieren Teilnehmer mit niedrigem Ausgangsniveau eher von der Teilnahme, da sie eine Verbesserung bzw. weniger Verschlechterung erleben.

Die Dauer der Erkrankung, das Geschlecht, der Kontakt pro Woche sowie die sozialen Beziehungen zu Beginn des Programms beeinflussen demnach als Gesamtmodell die Veränderungen der sozialen Beziehungen nach der Teilnahme an dem Programm signifikant.

6.3.3.4 Domäne 4 – Umweltfaktoren

In der folgenden Tabelle (Tab. 37) sind die ausgeschlossenen Prädiktoren sowie die Kennwerte der Modelle dargestellt.

Tab. 37: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Umweltfaktoren“

	Entfernte Variable	R ²	R ^{2adj}	F
1	keine	0,505	0,349	3,234 **
2	Hohes Einkommen (über 3000 Euro)	0,505	0,365	3,618 ***
3	Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	0,505	0,381	4,080 ***
4	Alter zu T ₀	0,502	0,392	4,586 ***
5	Dauer der Erkrankung	0,499	0,404	5,230 ***
6	Kontakt	0,494	0,412	6,001 ***
7	Kinder	0,490	0,420	7,032 ***
8	Weitere zu betreuende Personen	0,473	0,415	8,086 ***
9	Erwerbstätigkeit	0,442	0,393	9,108 ***

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 4 T₀-T₁

Mit 42 % erreicht das Modell 7 die höchste Varianzaufklärung aller dargestellten Modelle. Die eingeschlossenen Prädiktoren Veränderung des Krankheitszustands des Patienten, Anzahl weiterer zu betreuender Personen, Erwerbstätigkeit, Krankheitszustand des Patienten zu T₀, Geschlecht und Einschätzung der Umweltfaktoren zu T₀ erreichen als Gesamtmodell statistische Signifikanz, haben demnach Einfluss auf die Veränderung der Einschätzung der Umweltfaktoren nach der Teilnahme am Programm. Die Variable Umweltfaktoren zu T₀ weist mäßige Kollinearität auf (vgl. Tab. C-44 im Anhang). Die Residuen sind normalverteilt (Z = 0,632; n.s.).

In Tabelle 38 sind die eingeschlossenen Prädiktoren mit den jeweiligen Regressionskoeffizienten und t-Werte dargestellt.

Tab. 38: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 7

	Regressionskoeffizienten		t-Wert
	β	β^* (Beta-Gewichte)	
Umweltfaktoren zu T_0	0,449	0,506	4,480 ***
Veränderung des Krankheitszustands des Patienten	0,026	0,355	2,405 *
Krankheitszustand des Patienten zu T_0	-0,021	-0,297	-2,088 *
Geschlecht	0,668	0,235	1,918 (n.s.)
Erwerbstätigkeit	-0,572	-0,204	-1,808 (n.s.)
Weitere zu betreuende Personen	-0,338	-0,135	-1,184 (n.s.)
Konstante	-5,562		-3,464 ***

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 4 T_0 - T_1 ; $R^{2adj} = 0,420$; $F = 7,032 ***$; $N = 51$

Wie bei der körperlichen und psychischen Gesundheit sind auch hier die Prädiktoren Krankheitszustand zu Beginn des Programms und Veränderung des Krankheitszustands des Patienten sowie die Einschätzung der Umweltfaktoren durch den Partner zu Beginn des Programms signifikante Einzelprädiktoren. Wiederum gilt, dass eine positive Einschätzung der Umweltfaktoren eher zu einer Verschlechterung nach der Teilnahme an dem Programm führt. Durch diesen Einfluss wird der vergleichsweise größte Anteil der Varianz erklärt. Eine Verbesserung des Krankheitszustandes des Patienten führt zu einer Verbesserung der Einschätzung der Umweltfaktoren des Partners und umgekehrt. Auch der Einfluss des Krankheitszustandes des Patienten vor der Teilnahme an dem Programm zeigt, dass Teilnehmer, deren Partnern es zu Beginn des Programms eher gut ging, sich in der Einschätzung der Umweltfaktoren weniger verschlechtern bzw. eher verbessern.

6.3.3.5 Domäne 5 – allgemeine Lebensqualität

Die Überprüfung der Modelle für die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität ist in der folgenden Tabelle (Tab. 39) dargestellt. Es zeigt sich, dass Modell 7 mit 37,8 % die höchste Varianzaufklärung aufweist. Die Residuen sind allerdings nicht normalverteilt ($Z = 1,061$; $p \leq 0,05$). Zudem weist die Variable Allgemeine Lebensqualität zu T_0 eine mäßige Kollinearität auf (vgl. Tab. C-45).

Tab. 39: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der allgemeinen Lebensqualität“

	Entfernte Variable	R ²	R ^{2adj}	F
1	keine	0,473	0,306	2,840 **
2	Alter zu T ₀	0,473	0,324	3,178 **
3	Kontakt	0,470	0,338	3,548 **
4	Hohes Einkommen (über 3000 Euro)	0,465	0,348	3,966 ***
5	Kinder	0,462	0,359	4,503 ***
6	Geschlecht	0,458	0,369	5,180 ***
7	Dauer der Erkrankung des Partners	0,453	0,378	6,062 ***
8	Mittleres Einkommen (1750 - 3000 Euro)	0,424	0,360	6,632 ***
9	Weitere zu betreuende Personen	0,398	0,345	7,597 ***
10	Erwerbstätigkeit	0,377	0,337	9,472 ***

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 5 T₀-T₁

Das Modell schließt die Prädiktoren Veränderung des Krankheitszustands des Patienten, Anzahl weiterer zu betreuender Personen, Erwerbstätigkeit, mittleres Einkommen (1750 – 3000 Euro), Krankheitszustand des Patienten und Allgemeine Lebensqualität zu T₀ ein und erreicht statistische Signifikanz. Diese Prädiktoren bilden demnach ein Vorhersagemodell für die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität nach der Teilnahme an dem Programm. Die Modellzusammenfassung findet sich in der folgenden Tabelle (Tab. 40).

Tab. 40: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 7

	Regressionskoeffizienten		t-Wert
	β	β* (Beta-Gewichte)	
Allgemeine Lebensqualität zu T ₀	0,667	0,662	5,398 ***
Veränderung des Krankheitszustands des Patienten	0,038	0,321	2,346 *
Krankheitszustand des Patienten zu T ₀	-0,034	-0,297	-2,059 *
Weitere zu betreuende Personen	-0,853	-0,210	-1,726 (n.s.)

Fortsetzung Tabelle 40

Erwerbstätigkeit	-0,852	-0,187	-1,571 (n.s.)
Mittleres Einkommen (1750 – 3000 Euro)	0,793	0,174	1,507 (n.s.)
Konstante	-7,281		-4,131 ***

Anmerkungen: AV: Differenz Domäne 5 T_0 - T_1 ; $R^{2adj} = 0,378$; $F = 6,062$ ***; $N = 51$

Auch bei der Veränderung der allgemeinen Lebensqualität zeigt sich der signifikante Einfluss der Einzelprädiktoren Veränderung des Krankheitszustands des Patienten, Krankheitszustand des Patienten und Allgemeine Lebensqualität zu T_0 . Der Einfluss, den diese Prädiktoren ausüben, ist derselbe wie in den Domänen körperliches und psychisches Wohlbefinden und Umweltfaktoren. Je höher die allgemeine Lebensqualität zu Beginn des Programms eingeschätzt wurde, desto eher kommt es nach der Teilnahme an dem Programm zu einer Verschlechterung bzw. je geringer die allgemeine Lebensqualität, desto eher kommt es zu einer Verbesserung. Eine Verschlechterung des Krankheitszustandes des Patienten führt zu Verschlechterungen in der allgemeinen Lebensqualität des Partners, Verbesserungen des Krankheitszustandes des Patienten dagegen auch zu Verbesserung in der allgemeinen Lebensqualität. Je besser es dem Patienten zu Beginn des Programms ging, desto geringer wird die Verschlechterung des Partners bzw. desto eher erlebt er eine Verbesserung der psychischen Gesundheit nach der Teilnahme am Programm. Der Prädiktor allgemeine Lebensqualität zu Beginn des Programm erklärt von allen Prädiktoren dem größten Anteil an der Varianz.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Prädiktoren Veränderung des Krankheitszustands des Patienten, Krankheitszustand des Patienten und Niveau der jeweiligen Domäne zu Beginn des Programms Einfluss auf die Veränderung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der Umweltfaktoren und der allgemeinen Lebensqualität haben. Auf die sozialen Beziehungen hat der Krankheitszustand jedoch keinen Einfluss. Hier zeigen sich im Gegensatz zu den anderen Domänen Prädiktoren wie Dauer der Erkrankung oder der Kontakt in der Woche. Weitere Einflussfaktoren auf die Lebensqualität sind die Erwerbstätigkeit, die Anzahl weiterer zu betreuender Personen oder Kinder, Geschlecht und mittleres Einkommen.

7. Diskussion

Im nun folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse bezüglich der Akzeptanz des Programms, der Depressivität und der Lebensqualität der Teilnehmer diskutiert. Außerdem wird die methodische Umsetzung der vorliegenden Untersuchung kritisch bilanziert.

7.1 Akzeptanz des Programms

Das Unterstützungsprogramm wurde von den Partnern hinsichtlich seiner methodischen und inhaltlichen Durchführung positiv beurteilt. Die Teilnehmer beurteilten es weiterhin als hilfreich um mit der eigenen Situation eines erkrankten Partners umzugehen. Diese positive Gesamtbeurteilung des Programms spricht für eine hohe „Kundenzufriedenheit“, im Allgemeinen wurden also die Bedürfnisse der Partner getroffen.

Die methodische Umsetzung der Inhalte wurde von den Teilnehmern positiv beurteilt. Zum Teil wurden auch Aspekte wie die Kleingruppenarbeit noch mehr gewünscht, was in späteren Gruppen beachtet werden sollte.

Die hohe inhaltliche Akzeptanz des Programms durch die Teilnehmer weist darauf hin, dass die Wünsche der Partner durch die im Vorfeld erhobenen Themen, die Partner psychisch Kranker beschäftigen, repräsentiert und in den Sitzungen dementsprechend umgesetzt werden konnten. Die Inhalte treffen die alltäglichen Bedürfnisse der Partner und werden somit auch im Alltag angewandt. Insbesondere die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und die Umsetzung von Verhaltenstrategien in die Praxis wurden als hilfreich angesehen.

Nicht zuletzt durch die Offenheit des Curriculums für aktuelle Probleme wurde diese gute Beurteilung erreicht. Diese Offenheit kann aber auch dazu führen dass für geplante Themen weniger Zeit bleibt oder diese weniger vertieft werden können, was von einzelnen Teilnehmern kritisiert wurde. In Anlehnung an die von den Teilnehmern als fehlend benannte Aspekte könnte in späteren Gruppenzyklen mehr auf praktische Möglichkeiten im Umgang mit dem Patienten und praktische Möglichkeiten der Entspannung eingegangen werden. Der von einigen Teilnehmern kritisierten unzureichenden Betrachtung des Einzelnen mit seinen Problemen kann wohl nur in einer an das Programm anschließenden individuellen Beratung Rechnung getragen werden.

Der Kontakt zu anderen Betroffenen wird von einem Großteil der Teilnehmer als hilfreich betrachtet und viele möchten auch nach dem Ende der Gruppenveranstaltung mit den

anderen Teilnehmern in Kontakt bleiben. Dies unterstreicht die Bedeutung der Unterstützungsmöglichkeiten, die andere Betroffenen geben können, weshalb auch die Möglichkeit des Gründens einer Selbsthilfegruppe immer wieder thematisiert und unterstützt werden sollte.

7.2 Depressivität

Der Großteil der Teilnehmer bewegt sich vor und nach der Teilnahme an dem Unterstützungsprogramm auf einem verglichen mit den Normen des Beck-Depressions-Inventars unauffälligen Niveau. Ein nur sehr geringer Anteil verschlechtert sich nach der Teilnahme auf ein mildes oder klinisch relevantes Niveau.

Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass die Belastung der Partner gemessen an dem Ausmaß psychischer Beschwerden, die sie erleben, nach der Teilnahme an dem Unterstützungsprogramm zwar nicht signifikant, aber dennoch tendenziell sinkt. Diese Verringerung der Depressivität erleben Frauen und Männer gleichermaßen. Depressivität als emotionales Verarbeitungsmuster scheint weniger schnell veränderbar zu sein als bloße Verhaltenskomponenten. So ist zu vermuten, dass sich mögliche signifikante Effekte erst zu einem späteren Erhebungszeitpunkt ergeben.

Es zeigt sich, dass Frauen höhere Depressivitätswerte aufweisen als Männer. Ursache dafür sind möglicherweise die Doppel- oder Mehrfachbelastungen, mit denen Frauen eher konfrontiert sind und auf die z.B. schon Noh und Avison (1988) hingewiesen haben. Bekannt ist aber auch, dass Frauen geneigter sind, Symptome zu berichten und eher einen Arzt aufzusuchen als Männer (Grünwald, Wolfersdorf und Barg, 1995). Da sich gezeigt hat, dass die erkrankten Partner und Partnerinnen einen ähnlichen Krankheitszustand aufweisen, kann die Vermutung ausgeschlossen werden, dass Frauen höhere Belastungen zeigen, weil sie bei ihren Partnern stärkere Formen der Erkrankung erleben als Männer bei ihren Partnerinnen. Wichtig ist aber, dass auch die weiblichen Teilnehmer nach der Teilnahme an dem Unterstützungsprogramm eine tendenzielle Verbesserung ihrer psychischen Beschwerden erleben.

Eine weitere bedeutsame Erkenntnis ist, dass Teilnehmer, die zu Beginn des Programms eine hohe Depressivität aufwiesen, nach der Teilnahme an dem Programm eine tendenzielle Verbesserung ihrer psychischen Beschwerden erleben. Diese Verbesserung kann auf einen natürlichen Reifungs- oder Lernprozess zurückzuführen sein, der nur durch einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe ausgeschlossen werden kann. Zu vermuten wäre, dass sich die Teilnehmer in den sechs Monaten zunehmend an die Situationen der Erkrankung angepasst

haben und demnach weniger psychische Belastung auf weisen. Dagegen spricht aber, dass Personen, die zu Beginn des Programms eine niedrige Depressivität berichteten, eher eine Verschlechterung erleben. Für diesen Effekt gibt es verschiedene Erklärungen. Zum einen ist es möglich, dass diese Personen erst durch den Austausch mit anderen Menschen für die eigenen Probleme sensibilisiert werden und so ihre Situation nach der Teilnahme realistischer einschätzen. Zum anderen scheint der Krankheitszustand des Patienten Einfluss auf die Entwicklung der Depressivität in den sechs Monaten zu haben. Die regressionsanalytischen Ergebnisse zeigen einen substantiellen Beitrag des Krankheitszustandes des Patienten zu Beginn des Programms auf die Veränderung der Depressivität des Partners nach der Teilnahme. Geht es dem erkrankten Partner zu Beginn des Programms schlecht, so scheint dies mit einer höheren Depressivität nach sechs Monaten einherzugehen. Daraus sollte aber nicht der Schluss gezogen werden, dass Teilnehmer, deren Partnern es zu Beginn des Programms eher schlecht geht, nicht von dem Programm profitieren können. Vielmehr weist es darauf hin, dass eine enge Verknüpfung zwischen dem Befinden des betreuenden Partners und dem Krankheitszustand des Patienten besteht, der in den Sitzungen beispielsweise durch die Möglichkeit des flexiblen Eingehens auf aktuelle Probleme Rechnung getragen werden könnte.

Andere soziodemografische oder partnerschaftsbezogene Merkmale, wie Alter und Geschlecht, die miteinander verbrachten Stunden pro Woche oder die Dauer der Erkrankung haben dagegen keinen Einfluss auf die Veränderung der Depressivität nach der Teilnahme an dem Programm. Diese Tatsache ist besonders interessant, zeigt sie doch, dass die Dauer der Erkrankung und damit die Zeit, in der das Paar einer Belastung ausgesetzt ist, sich nicht auf die Veränderung der Depressivität nach sechs Monaten auswirkt. Obwohl aufgrund des nicht zu leistenden Vergleichs mit einer Kontrollgruppe nicht von einer direkten Wirksamkeit des Unterstützungsprogramms gesprochen werden kann, zeigt dieser Umstand doch, dass Unterstützung auch noch nach länger erlebter Belastung durch die Erkrankung des Partners hilfreich sein kann.

Die enge emotionale Verbundenheit, die in einer Partnerschaft besteht, kann erklären, warum die Zeit, die die Partner miteinander verbringen keinen Einfluss auf die Veränderung der Depressivität nach der Teilnahme an dem Programm hat. Unabhängig, ob die Partner viel oder eher wenig Zeit miteinander verbringen, ändert es nicht an der Verbundenheit und der damit bestehenden Sorge und Belastung des gesunden Partners. Wenn wenig Kontakt zum erkrankten Partner besteht, weil dieser sich möglicherweise in stationärer Behandlung befindet, so beschäftigt sich der gesunde Partner trotzdem mit der Erkrankung und deren Folgen.

7.3 Lebensqualität

Für die Lebensqualität lässt sich feststellen, dass sich die Mehrzahl der Teilnehmer auf einem durchschnittlichen oder gar überdurchschnittlichen Niveau befindet. Die allgemeine Lebensqualität sowie die Lebensqualität bezüglich der psychischen und körperlichen Gesundheit, der sozialen Beziehungen und der Umweltfaktoren ist demnach durch die Belastungen, denen die betreuenden Partner ausgesetzt sind nicht dramatisch reduziert. Viele Teilnehmer scheinen, möglicherweise aufgrund der längeren Erfahrung mit der Erkrankung, schon auf Strategien zurückgreifen zu können, die sie mit der Situation gut umgehen lassen und die die Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität gering halten. Lediglich bei den sozialen Beziehungen zeigt sich eine Unzufriedenheit, die möglicherweise auf in der Literatur vielfach beschriebene Einschränkungen der sozialen Aktivitäten und des damit einhergehenden sozialen Rückzugs (z.B. Bischoff et al., 2002; Fadden et al., 1987) zurückzuführen ist.

Im Allgemeinen schätzen die Teilnehmer ihre Lebensqualität bezüglich der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der sozialen Beziehungen nach der Teilnahme an dem Programm tendenziell besser ein. Auch die allgemeine Lebensqualität verbessert sich nach der Teilnahme. Die Verbesserungen der Teilnehmer sind aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe auch hier nicht von interventionsunabhängigen Reifungsprozessen abzugrenzen. Eine Ursache, weshalb die Ergebnisse keine Signifikanz erreichen, kann in dem durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Anfangsniveau der Teilnehmer liegen. Die Teilnehmer sind zu Beginn des Programms bereits mit ihren Lebensumständen zufrieden, so dass bedeutende Verbesserungen nach der Teilnahme nicht mehr erreichbar sind.

Lediglich die Zufriedenheit mit den Umweltfaktoren sinkt. Dieses Sinken kann durch mögliche Umwelteinflüsse, die durch den Teilnehmer nicht beeinflussbar waren und die die erfragten Umweltmerkmale (z.B. Einkommen, Verkehrsanbindung, Freizeitaktivitäten) real verschlechtert haben, erklärt werden. Eine Untersuchung von Wilms, Mory und Angermeyer (2004) ergab, dass Ausgaben, die in Zusammenhang mit der Erkrankung stehen im Verlauf eines Jahres stark fluktuieren können, wobei besonders außergewöhnliche und nicht vorhersehbare Mehrausgaben die Haushaltskasse der Familie belasten. Auch die aktuellen Tendenzen der Selbstbeteiligung bei Arztbesuchen und wachsende Zuzahlungen können zusätzliche Mehrausgaben hervorrufen. Möglicherweise gab es auch Fahrplanänderungen der öffentlichen Verkehrsmittel, die die Verkehrsanbindung für den Teilnehmer verschlechterten.

Wie bei der Depressivität zeigt sich in der Lebensqualität der Teilnehmer der Effekt, dass Personen, die ihre Lebensqualität zu Beginn des Programms niedrig einschätzen zum Teil

signifikante Verbesserungen erleben. Personen, die ihre Lebensqualität dagegen hoch beurteilten, zeigen nach der Teilnahme eher eine Verschlechterung. Dieser Effekt ist bei der Beurteilung der Umweltfaktoren und der allgemeinen Lebensqualität signifikant. Es ist zu vermuten, dass die Verringerung der Lebensqualität bei Personen, die zu Beginn ein hohes Ausgangsniveau aufwiesen, auf eine realistischere Einschätzung ihrer eigenen Situation nach der Teilnahme an dem Programm zurückzuführen ist, die durch den Erfahrungsaustausch mit anderen hervorgerufen wird.

Für die allgemeine Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit gilt dieser Effekt auch für Frauen und Männer. Frauen und Männer, die zu Beginn des Programms ihre körperliche Gesundheit und ihre allgemeine Lebensqualität hoch einschätzen, verschlechtern sich nach der Teilnahme. Frauen und Männer, die in diesen Bereichen weniger zufrieden waren, können sich dagegen verbessern.

Für die Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit, den sozialen Beziehungen und den Umweltfaktoren gilt dieser Effekt allerdings nicht. Hier können sich nur die Männer, die diese Bereiche zu Beginn des Programms niedrig einschätzen, zum Teil signifikant verbessern.

Dieses Ergebnis unterstreicht der Trend, dass sich Frauen nach der Teilnahme an dem Programm bei den Umweltfaktoren signifikant und in den anderen Bereichen der Lebensqualität tendenziell verschlechtern, Männer sich dagegen verbessern. Betrachtet unter dem Aspekt, dass Frauen zu beiden Zeitpunkten in nahezu allen Bereichen eine geringere Lebensqualität aufweisen als Männer, scheint dies ein weiterer Hinweis darauf zu sein, dass Frauen häufiger als Männer Mehrfachbelastungen erleben (z.B. Noh und Avison, 1988) und durch diese Belastungen eher beeinträchtigt werden.

Eine Ursache kann der in den regressionsanalytischen Ergebnissen aufgezeigte Einfluss des Krankheitszustandes des Partners sein. Mit Ausnahme der sozialen Beziehungen zeigt sich ein substantieller Einfluss des Krankheitszustandes zu Beginn des Programms sowie die Veränderung des Krankheitszustandes nach der Teilnahme an dem Programm. Möglicherweise sind Frauen von einem schlechten oder sich verschlechternden Krankheitszustand des Partners eher betroffen als Männer, da ein schlechter Gesundheitszustand für sie vielleicht eher mit einer zusätzlichen Belastung und Einschränkung einhergeht. Dagegen spricht, dass auch Männer infolge der Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer Partnerin zusätzlich belastet sein können durch die Rollenneuverteilung und die sich daraus ergebende Verlegenheit oder Verunsicherung. Diese Gefühle und Empfindungen können aber möglicherweise durch den Austausch mit anderen Männern in der Gruppe besser aufgefangen werden.

Männer wenden sich in der Lebensmitte, wie es viele der Teilnehmer der untersuchten Stichprobe sind, eher der Familie und den familiären Aufgaben zu (Reich, 1998). Die Rollenneuverteilung unterstützt diese Entwicklung eher. Frauen dagegen orientieren sich in ihrer Lebensmitte her nach außen, z.B. durch die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit (Reich, 1998). Erkrankt der Partner, verändert sich an der Rollenverteilung nichts, sie müssen lediglich wieder zusätzliche Belastungen bewältigen und werden in ihrer Orientierung nach Außen eher eingeschränkt.

Die Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen hebt sich in ihren Effekten von den anderen Domänen ab. Es zeigt sich hier, dass Frauen zu Beginn des Programms signifikant höhere Werte aufweisen als Männer. Dieses Verhältnis kehrt sich allerdings nach der Teilnahme an dem Programm um. Möglicherweise haben die männlichen Teilnehmer zu Beginn des Programms weniger soziale Kontakte, die sich aber nach der Teilnahme und durch die dadurch möglicherweise entstandenen neuen Kontakte mit anderen Gruppenmitgliedern verbessert haben. So scheinen Männer von der in dem Programm angestrebten sozialen Vernetzung eher zu profitieren als Frauen. Diese Vermutungen ließen sich allerdings nur anhand eines Vergleichs mit einer Kontrollgruppe verifizieren. Außerdem zeigen sich nicht dieselben Einflussfaktoren wie in den anderen Bereichen, vielmehr scheinen hier neben dem Ausgangsniveau der sozialen Beziehungen eher die soziodemografischen und partnerschaftsbezogenen Merkmale Geschlecht, Dauer der Erkrankung und die miteinander verbrachten Stunden pro Woche eine Rolle zu spielen. Es ist zu vermuten, dass durch viele miteinander verbrachte Stunden und eine lange Dauer der Erkrankung die sozialen Beziehungen per se leiden. Der von Wilms et al. (2003) gefundene Einfluss des Krankheitszustandes auf die sozialen Beziehungen lässt sich hier nicht bestätigen.

Den durchaus positiven Bewertungen des Programms durch die Teilnehmer stehen somit eher negative Ergebnisse bezüglich der Veränderungen der Befindlichkeitsmaße von Depressivität und Lebensqualität entgegen. Diese Diskrepanz kann aber auf das bereits zu Beginn des Programms auf einem eher niedrigen liegendem Niveau der Merkmalsausprägungen erklärt werden. Die Ergebnisse weisen ferner darauf hin, dass sich die kurzfristige Wirkung des Programms nicht im Sinne einer Verbesserung der Befindlichkeit, sondern möglicherweise eher im subjektiv wahrgenommenen Wissens- und Kompetenzzuwachs der Teilnehmer insbesondere im Bereich der Wissens über die Erkrankung und der Verhaltenstrategien in der Praxis entfaltete.

7.4 Kritische Bilanz der methodischen Umsetzung

Ein Vorteil dieser Untersuchung ist, dass trotz der sehr spezifischen Untersuchungsgruppe, wie sie Partner depressiver Patienten darstellen, eine relativ große Anzahl von Teilnehmern für das Programm gewonnen werden konnte. Die Teilnehmer waren außerdem sehr motiviert zur Teilnahme und auskunftsbereit bezüglich der ihnen vorgelegten, z.T. recht langen Fragebögen.

In den vorangegangenen Abschnitten klangen aber auch einige Einschränkungen an der vorliegenden empirischen Untersuchung an. Zunächst ist festzuhalten, dass aufgrund der hier nicht untersuchten Kontrollgruppe keine direkten Schlüsse auf die Wirksamkeit des Unterstützungsprogramms gezogen werden können. Aussagen über die Wirksamkeit können nur aufgrund von Prä-Post-Vergleichen getroffen werden. Mögliche langfristige Effekte, die sich erst in einer Follow-up-Untersuchung zeigen, werden hier nicht betrachtet.

Auch lassen sich keine Aussagen über die konkreten Wirkmechanismen des Programms machen, da Merkmale bezüglich der Durchführung und inhaltlichen Gestaltung des Programms nicht variiert wurden. So ist einzuwenden, dass für die langfristigen Belastungen, die eine psychische Erkrankung mit sich bringt, das Durchführungsintervall des Programms möglicherweise zu kurz ist und somit nur einen „Tropfen auf den heißen Stein“ darstellt.

Auch Einflussfaktoren wie die Kohäsion der Gruppe oder die individuelle Zustimmung zu der Arbeitshaltung in der Gruppe wurden nicht kontrolliert. Die Gruppenkohäsion ist eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung des Ziels der sozialen Vernetzung und damit der Aktivierung sozialer Unterstützung. Die therapeutische Haltung der Moderatoren ist auf Selbstmanagement und Eigenaktivität ausgerichtet, womit aber möglicherweise nicht jeder Teilnehmer zurechtkommt. Die Wirkung der Intervention kann durch Probleme bei der Etablierung solcher Faktoren eingeschränkt werden.

Es ist zu vermuten, dass die Repräsentativität der Stichprobe, durch selektive Teilnahme der Partner eingeschränkt ist. Für die Teilnahme an dem Unterstützungsprogramm und damit an der Evaluation wurden ausschließlich Partner rekrutiert, die sich aus eigenem Interesse für die Teilnahme bereit erklärt hatten. Das bedeutet, dass Personen, die aus verschiedenen Gründen nicht an dem Programm teilnehmen wollten, nicht untersucht wurden. Möglicherweise wird das Programm eher von Teilnehmern in Anspruch genommen, die aufgrund ihrer Situation dringend Hilfe vom außen benötigen und sich diese durch die Teilnahme an dem Programm erhoffen. Diese Personen könnten aber schon so belastet sein, dass die Art der Hilfestellung, wie sie ein Unterstützungsprogramm bietet, nicht adäquat ist und somit nicht greifen kann (Bull et al., unveröff.). Dagegen scheint aber die Tatsache zu

sprechen, dass die Mehrzahl der Teilnehmer keine klinisch relevanten Zeichen von Depressivität oder unterdurchschnittliche Lebensqualität aufweisen, wie man es bei stark belasteten Personen vermuten könnte.

Auch soziodemografische Merkmale wurden nicht kontrolliert. So besteht die Stichprobe zwar aus mehr Partner als Partnerinnen, was zu vermuten ist, da eher Frauen von Depressionen betroffen sind (Piccinelli und Wilkinson, 2000; Wittchen, Knäuper und Kessler, 1994), aber andere Merkmale wurden nicht kontrolliert. Allerdings stellt sich die Frage, ob dies bei einer so spezifischen Untersuchungsgruppe aus organisatorischen Gründen überhaupt möglich ist.

Neben der Repräsentativität ist auch die Stichprobengröße diskutierbar. So ist die vorhandene Stichprobengröße zwar ausreichend, um mittlere Effekte aufzuzeigen (Bortz und Döring, 2002). Es ist aber davon auszugehen, dass die Veränderungen der Depressivität und der Lebensqualität nach der Teilnahme an dem Programm eher kleine Effekte aufweisen, wofür Bortz und Döring (2002) eine Stichprobengröße von 100 bis 200 Personen vorschlagen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Wirksamkeit des Programms anhand des Ausmaßes der erzielten Veränderung operationalisiert. Michalak et al. (2003) konnten zeigen, dass zwischen dieser indirekten Veränderungsmessung und retrospektiver Erfolgsbeurteilung durch den Teilnehmer selbst qualitative Unterschiede bestehen. Eine Reduktion der Symptome muss nicht zwangsläufig auch einer zufriedenstellenderen Lebenssituation führen und umgekehrt kann sich auch nach geringer Symptomreduktion Zufriedenheit einstellen. Diese subjektive Komponente der erlebten Veränderung wurde hier nur ansatzweise untersucht. Um Therapieverfahren umfassend beurteilen zu können, ist es unerlässlich beide Erfolgswerte zu erheben (Michalak et al., 2003).

8. Schlussfolgerung

Das Programm konnte zwar seine statistische Wirksamkeit nicht unter Beweis stellen. Trotzdem ist es ein Anfang für weitere Entwicklungen zur Unterstützung von Partnern depressiv Erkrankter. Nicht zuletzt zeigte sich, dass das Angebot von den Teilnehmern als positiv und hilfreich beurteilt wurde. Im Zusammenhang mit den langfristigen Belastungen einer psychischen Erkrankung ist die Anregung und Ermutigung eines selbstständigen Weiterbestehens der Gruppe nach Abschluss des Programms besonders wertvoll und wichtig.

Ziele sollten sein, zum einen die erhobenen Kriterien unter Einbeziehung der Kontrollgruppe auszuwerten, um damit weitreichendere Aussagen über die Wirksamkeit treffen zu können. Mögliche Verbesserungsvorschläge zur Durchführung und zum Inhalt des Programms sollten aufgeschoben werden bis ein vollständiges Bild über die Wirksamkeit des Programms besteht. Zum anderen ist es nötig die Wirksamkeit des Programms für eine größere Untersuchungsgruppe und für Teilnehmer, deren Partner an anderen psychischen Erkrankungen leiden, zu zeigen.

Des Weiteren sollte die Verankerung in der Praxis also in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen beispielsweise durch die Veröffentlichung eines Manuals forciert werden. Durch die Aufhebung der Störungshomogenität der Gruppen kann das Konzept möglicherweise besser in der Praxis adaptiert werden. Es zeigte sich, dass sich die Gruppen von Partnern Depressiver und Schizophrener nur zu Beginn, nämlich in ihren spezifischen Fragen zur Erkrankung, unterscheiden (Bull et al., unveröff.). Denkbar wäre, diese Termine getrennt anzubieten, alle anderen Themen dagegen zusammen zu besprechen. So wäre ein effektives und zeitnahes Angebot der Unterstützung auch für Versorgungseinrichtungen mit kleineren Einzugsgebieten möglich.

Die Frage, ob das Programm bei den Teilnehmern tatsächlich zu einer verringerten Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einer erhöhten Betreuungskompetenz führt, bleibt noch zu beantworten. In diesem Zusammenhang kann in weiteren Untersuchungen auch betrachtet werden, ob die Teilnahme des Partners an einem Unterstützungsprogramm für den erkrankten Partner positive Effekte, wie beispielsweise eine stabilere Gesundheit etc., mit sich bringt.

9. Literaturverzeichnis

- Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. P. und Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25, 185-205.
- Angermeyer, M. C. (1984). Der theorie-graue Star im Auge des Psychiaters. In Angermeyer, M. C. und Finzen, A. (Hrsg.). *Die Angehörigengruppe - Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe* (S. 17-24). Stuttgart: Enke.
- Angermeyer, M. C., Diaz Ruiz de Zárate, J. und Matschinger, H. (2000). Informations- und Unterstützungsbedarf von Angehörigen psychiatrischer Patienten. *Das Gesundheitswesen*, 62, 483-486.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. und Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. und Holzinger, A. (1997). Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 24, 215-220.
- Backenstraß, M., Fiedler, P., Kronmüller, K.-T. und Mundt, C. (1998). Zur Frage der Depressionsspezifität von partnerschaftlichem Interaktionsverhalten: Eine SASB-Studie ehelicher Beziehungsmuster. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 27, 271-280.
- Backenstraß, M., Kronmüller, K.-T., Reck, C., Fiedler, P. und Mundt, C. (2001). Wie Paarbeziehungen den Krankheitsverlauf depressiver Patienten beeinflussen können? *Psychotherapie im Dialog*, 2, 515-518.
- Baronet, A. M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19, 819-841.
- Basco, M. R., Prager, K. J., Pita, J. M., Tamir, L. M. und Stephens, J. J. (1992). Communication and intimacy in the marriages of depressed patients. *Journal of Family Psychology*, 6, 184-194.
- Baumann, K. S. und Lürßen, M. (1992). Lebensraum Familie: Situation von Angehörigen. In Bock, T. und Weigand, H. (Hrsg.). *Handwerksbuch Psychiatrie* (S. 173-195). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Beach, S. R., Fincham, F. D. und Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18, 635-661.
- Benazon, N. R. und Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71-79.

- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Bundesdrucksache 7/4200, Bonn 1975.
- Birchwood, M. und Cochrane, R. (1990). Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine*, 20, 857-865.
- Bischkopf, J. (2002). Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patienten - Eine qualitative Untersuchung. Freie Universität Berlin - Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. Online im Internet: <http://www.diss.fu-berlin.de/2003/10/index.html> [Stand 2004-11-4]
- Bischkopf, J., Jungbauer, J., Trosbach, J. und Angermeyer, M. C. (2003). "...weil das wahrscheinlich nicht akzeptiert wird als Krankheit" - Stigmatisierungserfahrungen von Partnern psychiatrischer Patienten. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Leipzig.
- Bischkopf, J., Wittmund, B. und Angermeyer, M. C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*, 47, 11-15.
- Bodenmann, G. (1995). *Bewältigung von Stress in Partnerschaften: Der Einfluss von Belastungen auf die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G., Cina, A. und Schwerzmann, S. (2001). Individuelle und dyadische Copingressourcen bei Depressiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 194-203.
- Bodenmann, G., Perrez, M. und Gottmann, J. M. (1996). Die Bedeutung des intrapsychischen Copings für die dyadische Interaktion unter Stress. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 1-13.
- Bortz, J. und Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brähler, E. und Scheer, J.-W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bull, N., Wittmund, B., Wilms, H.-U., Gühne, U. und Angermeyer, M. C. (2004). Ein Interventionsprogramm für Lebenspartner depressiver und schizophrener Patienten. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Leipzig.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B. und Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.

- Coyne, J. C., Thompson, R. und Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16, 26-37.
- Cuijpers, P. (1999). The effects of family intervention on relatives' burden: a meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 8, 275-285.
- Cuijpers, P. und Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*, 51, 379-
- Deck, R. und Röckelein, E. (1999). Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünden. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). *Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie"* (S. 85-102). Bonn: DRV-Schriften.
- Dixon, L., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A. und Hoffman, M. (2001). Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatric Services*, 52, 965-967.
- Emanuels-Zuurveen, L. und Emmelkamp, P. M. (1997). Spouse-aided therapy with depressed patients. *Behavior Modification*, 21, 62-77.
- Enzmann, D. und Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Fadden, G., Bebbington, P. und Kuipers, L. (1987). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.
- Fincham, F. D., Beach, S. R., Harold, G. T. und Osborne, L. N. (1997). Marital satisfaction and depression: different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8, 351-357.
- Gediga, G. (1998). *Skalierung - Eine Einführung in die Methodik zur Entwicklung von Test- und Messinstrumenten in den Verhaltenswissenschaften*. Münster: Lit-Verlag.
- Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M. und Gibbons, J. L. (1984). Schizophrenic Patients and their families: A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *British Journal of Psychiatry*, 144, 70-77.
- Gotlib, I. H. und Whiffen, V. E. (1989). Stress, coping, and marital satisfaction in couples with a depressed wife (Abstract). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21, 401-418.
- Grad, J. und Sainsbury, P. (1966). Problems of caring for the mentally ill at home. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59, 20-23.
- Grünewald, I., Wolfersdorf, M. und Barg, Th. (1995). Geschlechtsspezifische Aspekte der Depressionsbehandlung. *Psychotherapeut*, 40, 348-352.

- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Halgin, R. P. und Lovejoy, D. W. (1991). An integrative approach to treating the partner of a depressed person. *Psychotherapy*, 28, 251-258.
- Harter, Ch., Kick, J. und Rave-Schwank, M. (2002). Psychoedukative Gruppen für depressive Patienten und ihre Angehörigen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 163-
- Hautzinger, M. (2000). Depression. In Hautzinger, M. (Hrsg.). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S. 1-39). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. und Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI) - Testhandbuch*. Bern: Huber.
- Hell, D. (1988). Angehörigenarbeit und Schizophrenieverlauf. *Nervenarzt*, 59, 66-72.
- Hell, D. (1998). *Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Eine vergleichende Studie an 103 Kranken und ihren Ehepartnern*. Berlin: Springer.
- Hoenig, J. und Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.
- Hoenig, J. und Hamilton, M. W. (1969). *The desegregation of the mentally ill*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J. und Carpenter, L. L. (1987a). Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 395-400.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., Cornes, C. und Carpenter, L. L. (1987b). A psychoeducational workshop for depressed patients, family, and friends: description and evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 968-972.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltig, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. und Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Survey and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobs, B.: Einige Möglichkeiten zur Berechnung der Effektstärke. Online im Internet: URL http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/bedeutung/effektstaerketool.htm#Effektstaerke_abhaengig [Stand 2004-9-2].
- Johnson, S. L. und Jacob, T. (1997). Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 15-23.
- Jones, S. L. und Jones, P. K. (1994). Caregiver burden: who the caregivers are, how they give care, and what bothers them. *Journal of Health and Social Policy*, 6, 71-89.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H. und Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77-83.
- Jungbauer, J. und Angermeyer, M. C. (2003). Bewältigungsstrategien von Partnern schizophrener Patienten. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53, 295-301.
- Jungbauer, J., Bischof, J. und Angermeyer, M. C. (2001a). "Die Krankheit hat unser Leben total verändert" - Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 133-138.
- Jungbauer, J., Bischof, J. und Angermeyer, M. C. (2001b). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105-114.
- Kahn, J., Coyne, J. C. und Margolin, G. (1985). Depression and marital disagreement: the social construction of despair. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, 447-461.
- Kazarian, S. S. und Vanderheyden, D. A. (1992). Family education of relatives of people with psychiatric disability: a review. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 67-84.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Epstein, N. B. und et al (1986). The functioning of families of patients with major depression. *International Journal of Family Psychiatry*, 7, 11-16.
- Keller, F. und Schuler, B. (2002). Angehörigengruppen in der stationären Depressionsbehandlung. *Psychiatrische Praxis*, 29, 130-135.
- Kraemer, S. und Möller, H. J. (2000). Schizophrene Störungen. In Hautzinger, M. (Hrsg.). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S. 378-415). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Krantz, S. E. und Moos, R. H. (1987). Functioning and life context among spouses of remitted and nonremitted depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 353-360.
- Kromrey, H. (2003). Evaluierung und Evaluationsforschung: Begriffe, Modelle und Methoden. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 50, 11-26.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: US McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. und Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Lazarus, R. S. und Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In Pervon, L. A. und Lewis, M. (Hrsg.). *Internal and external determinants of behaviour* (S. New York: Plenum Press).

- Levkovitz, V., Fennig, S., Horesh, N., Barak, V. und Treves, I. (2000). Perception of ill spouse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without. *Journal of Affective Disorders*, 58, 237-240.
- Linares, J. und Campo, C. (2003). *Familientherapie bei Depressionen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Lutz, R. und Koppenhöfer, E. (1983). Kleine Schule des Genießens. In Lutz, R. (Hrsg.). *Genuss und Genießen. Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns*. (S. 112-125). Weinheim: Beltz.
- Magliano, L., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Morosini, P. L. und Maj, M. (1996). A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: development and factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 224-228.
- Mahnkopf, A. und Müller, H.-K. (1995). Informationszentrierte Angehörigengruppen bei depressiven Erkrankungen. *Psychiatrische Pflege*, 1, 43-46.
- Mahnkopf, A. und Rahn, E. (1997). Angehörigenarbeit in der Depressionsbehandlung. In Wolfersdorf, M. (Hrsg.). *Depressionsstationen* (S. 35-46). Heidelberg: Springer.
- Mannion, E., Mueser, K. und Solomon, P. (1994). Designing psychoeducational services for spouses of persons with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30, 177-190.
- Margraf, J. und Ehlers, A. (1995). *Beck Angstinventar (BAI)*. Bern: Huber.
- Maurin, J. T. und Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 99-107.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. und Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs: Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 94-103.
- Miller, I. W., McDermut, W., Gordon, K. C., Keitner, G. I., Ryan, C. E. und Norman, W. (2000). Personality and family functioning in families of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 539-545.
- Mitchell, R. E., Cronkite, R. C. und Moos, R. H. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 433-448.
- Mittag, W. und Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In Hager, W., Patry, J.-L. und Brezing, H. (Hrsg.). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen : Standards und Kriterien: ein Handbuch* (S. 102-126). Bern: Huber.
- Mohr, G. und Rigotti, T.: Die Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigungen: Irritation. Online im Internet: URL <http://www.uni-leipzig.de/~apsycho/irritation.html> [Stand 2004-11-4].

- Mory, C., Jungbauer, J., Bischof, J. und Angermeyer, M. C. (2002). Finanzielle Belastungen von Partnern psychisch Erkrankter. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 70, 71-77.
- Murray, C. J. L. und Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease. Global Burden of Disease Series*. London: Harvard University Press.
- Noh, S. und Avison, W. R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 377-389.
- Noh, S. und Turner, R. J. (1987). Living with psychiatric patients: implications for the mental health of family members. *Social Science and Medicine*, 25, 263-702.
- Piccinelli, M. und Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pickett, S. A., Heller, T. und Cook, J. A. (1998). Professional-led versus family-led support groups: exploring the differences. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 25, 437-445.
- Piersma, H. L. und Boes, J. L. (1997). The GAF and psychiatric outcome: a descriptive report. *Community Mental Health Journal*, 33, 35-41.
- Pollio, D. E., North, C. S. und Foster, D. A. (1998). Content and curriculum in psychoeducation groups for families of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 49, 816-822.
- Pollio, D. E., North, C. S. und Osborne, V. A. (2002). Family-responsive psychoeducation groups for families with an adult member with mental illness: Pilot results. *Community Mental Health Journal*, 38, 413-421.
- Reich, G. (1998). Paare in der Lebensmitte. *Psychotherapeut*, 43, 102-110.
- Reich, G. (2003). Depression und Paarbeziehung. *Psychotherapeut*, 48, 2-14.
- Reinhard, S. C. (1994). Living with mental illness: effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing and Health*, 17, 79-88.
- Reiter, L. (1995). Die Rolle der Angehörigen in der Therapie depressiver Patienten. *Psychotherapeut*, 40, 358-366.
- Richter, P., Werner, J. und Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 23, 3-19.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. und Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.
- Scherrmann, Th. E. (1995). Bewältigungsstrategien und Belastung von Angehörigen und Verlauf schizophrener Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 22, 244-248.
- Scheuch, K. und Schröder, H. (1990). *Mensch unter Belastung*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Schmid, R., Spießl, H., Vukovich, A. und Cording, C. (2003). Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen - Literaturübersicht und eigene Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 118-128.
- Schröder, H. (1996). Psychologische Interventionsmöglichkeiten bei Stressbelastung. In Schröder, H. und Reschke, K. (Hrsg.). *Intervention zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag* (S. 7-26). Regensburg: Roderer.
- Schröder, H. (2002). Als ein Vorwort: Beim Stress nichts Neues? In Schumacher, J., Reschke, K. und Schröder, H. (Hrsg.). *Mensch unter Belastung: Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 3-9). Frankfurt/ M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Solomon, P. (1996). Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 47, 1364-1370.
- Solomon, P. und Draine, J. (1995a). Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 1156-1160.
- Solomon, P. und Draine, J. (1995b). Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 419-427.
- Solomon, P., Draine, J., Mannion, E. und Meisel, M. (1997). Effectiveness of two models of brief family education: retention of gains by family members of adults with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 177-186.
- Spangenberg, J. J. und Theron, J. C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *Journal of Psychology*, 133, 253-262.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S. und Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Toseland, R. W. und Rossiter, C. M. (1989). Group interventions to support family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, 29, 438-448.

- Vaughn, C. E. und Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Wasow, M. (1985). Chronis schizophrenia and Alzheimer 's disease. The losses of parents, spouses and children compared. *Journal of Chronic Diseases*, 38, 711-716.
- Wiedemann, G. und Buchkremer, G. (1996). Familientherapie und Angehörigenarbeit bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 76, 524-544.
- Wilms, H.-U., Mory, C. und Angermeyer, M. C. (2004). Erkrankungsbedingte Kosten für Partner psychisch Kranker: Ergebnisse einer Mehrfacherhebung. *Psychiatrische Praxis*, 31, 177-183.
- Wilms, H.-U., Wittmund, B. und Angermeyer, M. C. (2001). Psychische Belastungen bei Partner psychisch Kranker. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 22 (4), 353-371.
- Wilms, H.-U., Wittmund, B. und Angermeyer, M. C. (2003). Belastungen von Partnern psychisch Kranker: Bestandsaufnahme und Interventionsmöglichkeiten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 171-182.
- Wilms, H.-U., Wittmund, B. und Mory, C. (2004). *Ein bisschen Angst hat schließlich jeder...* Dortmund: Borgmann.
- Wittchen, H.-U., Knäuper, B. und Kessler, R. C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 26), 16-22.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. und Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Das Gesundheitswesen*, 61, S216-S222.
- Wittmund, B., Bischof, J. und Angermeyer, M. C. (2001). Wie nehmen Lebenspartner depressiver Patienten die Krankheit wahr und welche Informationen brauchen sie? *Das Gesundheitswesen*, 63, 536-541.
- Wittmund, B., Bischof, J. und Angermeyer, M. C. (2003). Does marrying a mentally ill partner mean becoming an unpaid "case manager?" Requirements of case management tasks and multiple role occupancy in spouses of mentally ill patients. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Leipzig.

10. Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Modell der Beziehung zwischen psychischer Erkrankung eines Familienmitglieds und dem Belastungserleben (Maurin und Boyd, 1990).....	10
Abb. 2: Ein „Stress-Coping“-Modell für betreuende Angehörige (Szmukler et al., 1996).....	12
Abb. 3: Themen, zu denen sich Partner psychisch Kranker Unterstützung wünschen.....	38
Abb. 4: Monatseinkommen des gemeinsamen Haushalts.....	53
Abb. 5: Einkommenssituation der Patienten.....	54

11. Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. 1: Ablauf und Inhalte des Interventionsprogramms.....	42
Tab. 2: Evaluationsinstrumente und Erhebungszeitpunkte	44
Tab. 3: Diagnosekriterien.....	47
Tab. 4: Familienstand der Partnerinnen und Partner.....	51
Tab. 5: Anzahl der Kinder.....	51
Tab. 6: Partner als Hauptverdiener.....	53
Tab. 7: Von Patienten in Anspruch genommene Betreuungsangebote.....	54
Tab. 8: Depressivität vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1).....	55
Tab. 9: Körperliche Gesundheit vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1).....	56
Tab. 10: Psychische Gesundheit vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1).....	56
Tab. 11: Soziale Beziehungen vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1).....	57
Tab. 12: Umweltfaktoren vor (T_0) und nach der Teilnahme (T_1).....	57
Tab. 13: Klassifikation der Effektgrößenmaße.....	59
Tab. 14: Häufigkeiten der als hilfreich beurteilten inhaltlichen Aspekte.....	61
Tab. 15: Varianzanalyse für Depressivität.....	63
Tab. 16: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Depressivität“	64
Tab. 17: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Depressivität“	65
Tab. 18: Regressionskoeffizienten und t-Werte für Modell 7.....	66
Tab. 19: Varianzanalyse für Domäne 1.....	68
Tab. 20: Varianzanalyse für Domäne 2.....	70
Tab. 21: Varianzanalyse für Domäne 3.....	72
Tab. 22: Varianzanalyse für Domäne 4.....	74
Tab. 23: Varianzanalyse für Domäne 5.....	76
Tab. 24: t-Test bei unabhängigen Stichproben für Domäne 1 nach Alter.....	78
Tab. 25: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung des körperlichen Wohlbefindens“	78
Tab. 26: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung des psychischen Wohlbefindens“	79
Tab. 27: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der sozialen Beziehungen“	79

Tab. 28: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Umweltfaktoren“	81
Tab. 29: t-Test bei unabhängigen Stichproben für Domäne 5 nach Alter.....	82
Tab. 30: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Variable „Veränderung der allgemeinen Lebensqualität“	82
Tab. 31: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung des körperlichen Wohlbefindens“	84
Tab. 32: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 7.....	85
Tab. 33: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung des psychischen Wohlbefindens“	86
Tab. 34: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 9.....	87
Tab. 35: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der sozialen Beziehungen“	88
Tab. 36: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 9.....	89
Tab. 37: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der Umweltfaktoren“	90
Tab. 38: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 7.....	91
Tab. 39: Modelle der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Veränderung der allgemeinen Lebensqualität“	92
Tab. 40: Regressionskoeffizienten und t-Werte zu Modell 7.....	92