

Thema: Einflussfaktoren auf die Belastung von  
Angehörigen psychisch kranker Menschen

Englischer Titel: Factors influencing the burden of caregivers of the mentally ill

Masterarbeit

im Masterstudiengang

Psychologie

der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Themensteller: Prof. Dr. Michael Hock

Verfasserin: Lisa Anna Schneider

Matrikelnummer: 1602036

Email: lisa-anna-schneider91@web.de

Datum: April 2016

## **Zusammenfassung**

Das Ziel der vorliegenden Studie ist, Einflussfaktoren auf die Belastung der Angehörigen psychisch kranker Menschen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurde die Daten von N = 207 Teilnehmern einer Onlinebefragung analysiert.

Belastung wurde dabei als niedrige Lebenszufriedenheit (SWLS) operationalisiert. Als potenzielle Einflussfaktoren wurden demografische Variablen wie Alter, Geschlecht, verwandtschaftliche Beziehung, die Diagnose des Angehörigen mit der psychischen Erkrankung sowie Häufigkeit und Art des Kontakts erfasst. Zudem wurden die Erfahrungen mit der Versorgung (ECI), verschiedenen Arten der sozialen Unterstützung (ISEL), die angewandten Copingstrategien (COPE), die Big-Five Persönlichkeitsdimensionen (BFI-10) sowie Angst und Depressionswerte (STADI) erfasst.

Die Ergebnisse wurden mittels einer multiplen Regression mit schrittweisem Ausschluss der Variablen berechnet. Als relevante Variablen mit positivem Einfluss auf die Lebenszufriedenheit verbleiben im Regressionsmodell die Bewertungsunterstützung, Selbstwertunterstützung, emotionale Unterstützung sowie Euthymie. Als negativ beeinflussend zeigen sich dagegen die Variablen Alter, schwieriges Verhalten, Verhaltensrückzug, aktive Bewältigung sowie Aufgeregtheit.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	5
1.1	Begriffsklärung.....	9
1.1.1	Caregiver .....	9
1.1.2	Burden .....	9
1.2	Erwartete Effekte.....	10
1.2.1	Die Auswirkung der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen.....	10
1.2.2	Erfahrungen mit der Versorgung.....	10
1.2.3	Alter.....	12
1.2.4	Geschlecht .....	12
1.2.5	Diagnose.....	13
1.2.6	Verwandtschaftsbeziehung.....	13
1.2.7	Kontakt: Häufigkeit und Art.....	14
1.2.8	Soziale Unterstützung.....	14
1.2.9	Coping-Strategien.....	15
1.2.10	Persönlichkeitsfaktoren .....	17
1.2.11	Angst und Depression.....	17
2	Methoden.....	18
2.1	Stichprobe.....	18
2.2	Untersuchungsmaterial .....	21
2.2.1	Satisfaction with Life Scale.....	21
2.2.2	Experience of Caregiving Inventory.....	21
2.2.3	Interpersonal Support Evaluation List.....	22
2.2.4	Brief COPE.....	22
2.2.5	BFI-10 .....	23
2.2.6	STADI - Trait .....	24
2.3	Versuchsdurchführung .....	25
3	Ergebnisse .....	26
4	Diskussion .....	29
5	Literaturverzeichnis.....	35



# 1 Einleitung

Laut dem Weltgesundheitsbericht der WHO (Weltgesundheitsorganisation, 2002) ist weltweit jeder vierte Mensch im Laufe seines Lebens von einer psychischen oder neurologischen Erkrankung betroffen. Zum Zeitpunkt der Erhebung litten ca. 450 Millionen Menschen an einer psychischen Erkrankung, was einem Anteil von 14% der Weltbevölkerung entspricht. In Deutschland erfüllten 27.7% der Bevölkerung innerhalb der letzten 12 Monate die Diagnosekriterien für mindestens eine psychische Erkrankung (Jacobi et al., 2014). Betroffen sind jedoch nicht nur die Erkrankten, sondern auch ihre Angehörigen, da 50-90% der Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung, abgesehen von Akutbehandlungen in psychiatrischen Einrichtungen, in der Familie versorgt werden (Schulze & Rössler, 2005). Die Belastung der Angehörigen kann dabei groß sein und negative Auswirkungen auf die Gesundheit, vermehrtes Stresserleben, Depression und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, der physischen Gesundheit sowie der Selbstwirksamkeitserwartung umfassen. Eine zusätzliche Belastung kann die Veränderung der Beziehung zu dem Angehörigen mit psychischer Erkrankung darstellen, ebenso wie die Aufteilung von Zeit und Aufmerksamkeit, da beispielsweise weniger Zeit für soziale Aktivitäten der Familie oder für andere Familienmitglieder bleibt (Schulze & Rössler, 2005). Die Belastung ist dabei höher als bei langfristigen physischen Erkrankungen (Magliano, Fiorillo, Rosa, Malangone, & Maj, 2005). In dieser Studie wurden Angehörige von Menschen mit Schizophrenie und Menschen mit langwieriger psychischer Erkrankung verglichen, wobei auf Seiten der Angehörigen der Menschen mit Schizophrenie höhere subjektive Belastungen, weniger soziale Unterstützung und weniger Hilfe in Notfällen festgestellt wurden.

Trotz der hohen Relevanz des Themas handelt es sich um ein vergleichsweise junges Forschungsgebiet. Die erste Veröffentlichung dazu stammt aus dem Jahr 1955, beschäftigt sich aber eher mit Überlegungen zu Wahrnehmungsveränderungen von Ehefrauen nach der Erkrankung ihres Mannes (Yarrow, Schwartz, Murphy, & Deasy, 1955). Erst seit den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts ist die Anzahl der Veröffentlichungen gestiegen. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen wurden Familien zuvor eher als Teil der Pathogenese der Erkrankung betrachtet, besonders bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis z.B. "The intrafamilial environment of schizophrenic patients: Marital schism and marital skew" (Lidz, Cornelison, Fleck, & Terry, 1957). Zum anderen lebten vor der Enthospitalisierung und dem Aufkommen der Gemeindepsychiatrie Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen häufiger dauerhaft in Institutionen, also getrennt von ihren Familien (Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010).

Seitdem erfolgte ein Paradigmenwechsel in der Forschung zur Belastung der Angehörigen psychisch Kranker und ihr Beitrag zur Versorgung psychisch kranker Menschen wurde anerkannt (Ohaeri, 2003), was auch zu einer Erweiterung des Forschungsfeldes führte. Dies zeigt sich sowohl in der Anzahl der Publikationen als auch im Themenspektrum dieses Forschungsfeldes. Erweiterungen betreffen z.B. Untersuchungen, wie Familien besser unterstützt werden können, wie die Wahrnehmung von

Mitarbeitern des Gesundheitswesens verbessert werden kann, den Vergleich der Kosten der Versorgung bei unterschiedlichen Krankheitsbildern, Längsschnittuntersuchungen zum Belastungsverlauf sowie die Validierung von Erhebungsinstrumenten (Ohaeri, 2003). Hinzu kommen die Vergleiche unterschiedlicher Diagnosegruppen, kulturelle Aspekte der Belastung, z.B. durch Stigmatisierung, ebenso wie die Rolle der Situationsbewertung durch die Angehörigen bei der Prävention von Belastung (Schulze & Rössler, 2005). Zusammenfassend stellen die Autoren fest: „These new research developments reflect an increasing recognition of the contribution of families – away from stigma, shame, and blame. A focus on caregivers’ resources and competencies, and their input in effective mental health service delivery seems the way ahead” (S. 688).

Dennoch ist es noch ein weiter Weg, bis Angehörige als „caregiving experts and as genuine partners in both psychiatric practice and research“ akzeptiert werden (Schulze & Rössler, 2005, S. 688). Denn noch immer werden Angehörige nur selten in die Therapie miteinbezogen und fühlen sich allein gelassen mit den emotionalen, aber auch den praktischen Problemen, die die Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen mit sich bringt. Strukturierte Behandlungsprogramme unter Einbeziehung der Angehörigen bleiben die Ausnahme (Schulze & Rössler, 2005), ebenso wie die Organisation der Angehörigen in Selbsthilfegruppen. So waren nach Johnson (2000) nur ein Viertel der Angehörigen in organisierte Unterstützungsnetzwerke eingebunden. Zudem kannte weniger als die Hälfte der Angehörigen eine andere Familie mit einem psychisch kranken Familienmitglied – und das trotz der hohen Prävalenzraten. Dabei zeigen Interventionen mit Angehörigen zumindest kleine bis moderate Effekte, wie die Metaanalyse von Sorensen, Piquart, & Duberstein (2002) über  $N = 78$  Interventionsstudien belegt ( $d = .14$  bis  $.41$ ). Besonders wirksam zeigen sich in dieser Studie psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen, wobei der Effekt auf das Wissen und die Fähigkeiten höher war, als auf die Belastung und Depressionswerte und die Effekte für Partner<sup>1</sup> geringer waren als für die übrigen Angehörigen. Auch für bestehende Interventionsprogramme besteht also durchaus noch Optimierungsbedarf (s. auch 4. Diskussion).

Andererseits steigt der Druck auf versorgende Angehörige psychisch kranker Menschen nicht zuletzt auch durch soziodemografische Entwicklungen, die eine geringere Vernetzung innerhalb der Familien zur Folge haben, z.B. kleinere Familien durch niedrigere Geburtenraten, häufigere Trennungen und Scheidungen, mehr Familien mit Doppelverdienern sowie weniger generationenübergreifendes Zusammenleben. Dies führt dazu, dass Caregiver innerhalb der Familie weniger Unterstützung erhalten, während aus gesundheitspolitischer Sicht der Bedarf an informeller Versorgung psychisch Kranker steigt. (Viana et al., 2013).

Die Situation der Angehörigen psychisch kranker Menschen verbleibt also ein bedeutsamer Untersuchungsgegenstand, wobei trotz der inzwischen höheren Anzahl an Publikationen weiterhin Unklarhei-

---

<sup>1</sup> Für eine bessere Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit nur die männliche Form verwendet.

ten darüber bestehen, welche Faktoren bei der Belastung der Angehörigen psychisch kranker Menschen eine Rolle spielen, und wie diese sich gegenseitig beeinflussen. Ein Grund dafür ist, dass die Vergleichbarkeit der vorliegenden Arbeiten dadurch erschwert wird, dass Uneinigkeit über die zu verwendende abhängige Variable besteht. Erhoben werden unter anderem Maße der Lebenszufriedenheit, der Lebensqualität, der allgemeinen Gesundheit, der psychischen Gesundheit, der Depression sowie des subjektiven Wohlbefindens (z.B. Pinquart & Sörensen, 2004; Schulze & Rössler, 2005). Zwar gibt es Instrumente, die spezifisch der Erfassung der Belastung von Angehörigen psychisch kranker Menschen dienen, z.B. die Burden Assessment Scale (Reinhard, Gubman, Horwitz, & Minsky, 1994), diese sind jedoch nicht unumstritten, da das Konzept der *Caregiver Burden* die positiven Aspekte der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen vollständig außer Acht lässt (Ohaeri, 2003) und außerdem in den meisten Fällen der Auswertung die umstrittene Differenzierung in objektive und subjektive Belastung zu Grunde liegt (Szmukler et al., 1996). Kritisiert wird, dass dabei häufig nur die Belastung oder die psychische Gesundheit der Angehörigen im engsten Sinne erfasst wird (Harvey et al., 2008). Die Autoren schlagen vor, dass Belastung stattdessen als multidimensionales Konstrukt erfasst wird. Dieses Vorgehen berücksichtigt zudem, dass die Belastung durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen kein einfacher linearer Prozess ist, sondern sich aus der Interaktion individueller, familiärer und Umweltfaktoren ergibt (Jungbauer, Bischkopf, & Angermeyer, 2001a). In der vorliegenden Arbeit wurde daher das *Experience of Caregiving Inventory* (ECI, Szmukler et al., 1996) verwendet, das allgemein die Erfahrungen bei der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen erfasst und dabei sowohl positive als auch negative Aspekte berücksichtigt. Als allgemeineres Maß der Belastung wurde die Lebenszufriedenheit mit Hilfe der Satisfaction with Life Scale (SWLS, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) erhoben. Die Ergebnisse des Experience with Caregiving Inventory (ECI, Szmukler et al., 1996) gingen als Prädiktoren in die Analyse ein. Weiterhin gingen in die Analyse als potentielle Prädiktoren die demografischen Variablen Geschlecht, Alter, die Diagnose des Angehörigen, die Verwandtschaftsbeziehung, die Häufigkeit des Kontakts sowie die Art des Kontakts, also ob persönlicher Kontakt besteht oder der Kontakt in schriftlicher oder telefonischer Form gehalten wird. Zusätzlich wurden Angaben zur sozialen Unterstützung mit Hilfe der Interpersonal Support Evaluation List (ISEL, Cohen & Hoberman, 1983) erhoben, Angaben zu angewandten Copingstrategien mit dem COPE (Carver, 1997), die Big Five Persönlichkeitsdimensionen durch den BFI-10 (Rammstedt, Kemper, Klein, Beierlein, & Kovaleva, 2013) sowie Aufgeregtheits- und Depressionswerte. Diese wurden mit dem State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI, Laux, Hock, Bergner-Köther, Hodapp, & Renner, 2013) erfasst. Die Erwartungen zu den Ergebnissen werden in Abschnitt 1.2 erläutert.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, zu einer umfassenderen Einsicht in die beeinflussenden Faktoren der Belastung von Angehörigen psychisch kranker Menschen beizutragen. Dies soll zum einen dadurch erreicht werden, dass Faktoren, die sich zuvor in Einzeluntersuchungen als signifikant erwiesen, aufgenommen werden und in Form einer multiplen Regression mit schrittweisem Ausschluss der Variab-

len ausgewertet werden. Zudem wurden die Probanden nicht nur in Selbsthilfegruppen akquiriert, sondern auch in inhaltlich allgemeineren Facebook-Gruppen (s. 2.3 Versuchsdurchführung), um Verzerrungen auf Grund der Besonderheiten der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen zu verringern. Zum anderen wurde als abhängige Variable die Lebenszufriedenheit erfasst, statt der Caregiver Burden, so dass die Erfahrungen der Angehörigen mit der Versorgung als Prädiktoren in die Analyse der beeinflussenden Faktoren aufgenommen werden konnten. Eine weitere Besonderheit dieser Arbeit ist, dass Angst und Depression nicht in ihrer State-Form als Teil der abhängigen Variable erhoben wurden, sondern ihr Einfluss als Trait-Merkmal in die Analyse der Prädiktoren aufgenommen wurde. Zudem soll die Rolle der sozialen Unterstützung genauer untersucht werden. Obwohl soziale Unterstützung im Allgemeinen einen positiven Einfluss auf die Belastung der Angehörigen hat, gibt es inkonsistente Befunde zum Einfluss der instrumentellen Unterstützung. Ebenso sollen genauere Erkenntnisse dazu gewonnen werden, wodurch die Wahl der Copingstrategien, insbesondere, ob auf aktive oder passive Copingstrategien zurückgegriffen wird, beeinflusst wird. Untersucht werden zu diesem Zweck der Einfluss von sozialer Unterstützung, ob die Angehörigen zusammenleben sowie der Einfluss der Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion. Zuletzt sollten Angehörige von Patienten aus unterschiedlichen Diagnosegruppen und mit unterschiedlichen verwandtschaftlichen Beziehungen untersucht werden, um zu prüfen, ob ein signifikanter Einfluss durch Diagnose oder Verwandtschaftsbeziehung besteht. Denn hier liegen nach der Übersichtsarbeit von Schulze und Rössler (2005) die größten Forschungslücken vor.

Im Folgenden werden die untersuchten Konzepte definiert, sowie ein Überblick über die aktuelle Befundlage zu den Einflussfaktoren auf die Belastung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen gegeben. Aus dieser Befundlage werden Erwartungen für die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung abgeleitet.



## 1.1 Begriffsklärung

### 1.1.1 Caregiver

Als „Caregiver“ kann nach Spillman und Black (2005) jeder bezeichnet werden, der unbezahlte Hilfe für den Patienten zur Verfügung stellt, weshalb die wörtliche Übersetzung „Pflegekraft“ den Begriff in diesem Zusammenhang nur unzureichend wiedergibt. Die verwandtschaftliche Beziehung und die Wohnsituation können sehr unterschiedlich sein, weshalb Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski und Rosenheck (2005) folgenden operationale Definition vorschlagen: Ein „Caregiver“ kann jeder sein, der mindestens drei der folgenden Punkte erfüllt: (1) Ein Elternteil, Partner oder anderer Verwandter, der (2) regelmäßigen Kontakt mit dem Patienten aufrechterhält, (3) finanzielle Unterstützung leistet, (4) den Patienten regelmäßig in die Therapie begleitet und die Schwere seiner Erkrankung kennt sowie (5) eine Person ist, die den Gesundheitsfachkräften bekannt ist und im Notfall kontaktiert werden kann. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff mit „Angehöriger“ übersetzt.

Entsprechend beinhaltet das englische *Caregiving* „eine Mischung aus Pflege, Betreuung und Behandlung durch nahe Angehörige“, wobei keine Bezahlung erfolgt. Die Art der Hilfe kann dabei sehr unterschiedlich ausfallen und „Hilfe im Haushalt, Verabreichung von Medizin, Unterstützung bei der Regelung finanzieller Belange, Tagesstrukturierung [oder] Trost und Gemeinschaft spenden“ beinhalten (Burfeind, 2011, S.14). Für die vorliegende Arbeit wird der Begriff mit „Versorgung“ übersetzt.

### 1.1.2 Burden

Nach Hoenig und Hamilton (1966) lässt sich familiäre Belastung (englisch: „family burden“) unterteilen in objektive und subjektive Belastung. Die objektive Belastung lässt sich dabei definieren als das Ausmaß, in dem sich die Versorgung des psychisch kranken Angehörigen auf das Alltagsleben der Familie auswirkt, wie Einkommensverlust, Unterbrechung der Alltagsroutinen, Verhaltensauffälligkeiten des psychisch Kranken oder Beeinträchtigungen des Wohlbefindens anderer Familienmitglieder. Die subjektive Belastung beschreibt die psychologischen oder emotionalen Auswirkungen der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen, z.B. durch die erlebte Stigmatisierung der Erkrankung.

Dennoch sollte nicht vergessen werden, dass die Versorgung eines Angehörigen mit psychischer Erkrankung nicht nur eine Belastung darstellt, sondern auch positive Aspekte beinhaltet. Viele Angehörige berichten, dass sie ihre Rolle erfüllend und aufbauend erleben (Ohaeri, 2003). Daher wird in der vorliegenden Studie nicht die Belastung der Angehörigen, sondern ihre Erfahrungen mit der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen erhoben.

## 1.2 Erwartete Effekte

### 1.2.1 Die Auswirkung der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen

Die negativen Auswirkungen von Caregiving sind in der Literatur vielfältig untersucht. In einer Befragung unter Mitgliedern des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker e.V. gaben etwa ein Drittel der Befragten an, dass sie die Versorgung ihres psychisch kranken Angehörigen als schwere Belastung empfänden, ein weiteres Drittel bezeichnete die Belastung als moderat (Angermeyer, Matschinger & Holzinger, 1997). Die Belastung bei der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen scheint zudem höher zu sein, als bei der Versorgung eines Angehörigen mit chronischer physischer Erkrankung (Magliano et al., 2005). In ihrem Review stellten Savage und Bailey (2004) studienübergreifend niedrigere Lebenszufriedenheit, höhere selbstberichtete Depressionswerte und Besorgnis sowie eine erhöhte Anzahl psychischer Erkrankungen fest. Diese Effekte zeigten sich im Vergleich zu „Non-Caregivers“, also Menschen ohne chronisch kranken Angehörigen, an dessen Versorgung sie beteiligt sind (Schofield & Bloch, 1998), ebenso wie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Fleischmann & Klupp, 2004; St-Onge & Lavoie, 1997). Es erwies sich zudem, dass die psychische Belastung der versorgenden Angehörigen auch bei Kontrolle verschiedener möglicher Einflussfaktoren erhalten bleibt, so z.B. bei der Kontrolle von Einkommen und sozioökonomischen Gegebenheiten (Hirst, 2005), aber auch bei der Kontrolle von Alter, Geschlecht, Ausmaß an sozialer Unterstützung, Bildungsniveau, Einkommen und Ethnie (z.B. Cummins, 2001).

Es zeigen sich also studienübergreifend die belastenden Auswirkungen der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen. Die Operationalisierung der Belastung erfolgt dabei auf ganz unterschiedliche Weise. In der vorliegenden Arbeit wird die Belastung mit Hilfe der Lebenszufriedenheit erhoben (ISEL; Diener et al., 1985).

### 1.2.2 Erfahrungen mit der Versorgung

Im Folgenden werden Erwartungen spezifisch für die Subskalen des Experience with Caregiving Inventory (Szmukler et al., 1996) postuliert.

In Bezug auf das *schwierige Verhalten* der Angehörigen der Probanden lässt sich vermuten, dass der Einfluss auf die Belastung der Angehörigen besonders groß ist, da schwieriges Verhalten einer der wichtigsten Prädiktoren der Belastung ist (Ohaeri, 2003) und effektive Behandlung daher einer der wichtigsten Schritte um die Belastung der Angehörigen zu reduzieren. Laut der Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2004) zeigt sich dieser Effekt allerdings erst ab einem  $N > 230$ , sodass fraglich ist, ob die vorliegende Stichprobe ( $N = 207$ ) dafür ausreichend ist.

*Stigmatisierung* erleben nach Perlick et al. (2011) ungefähr 77% der Angehörigen. Nach Struening et al. (2001) erleben 70% der Angehörigen eine Stigmatisierung in Bezug auf den Erkrankten, unabhängig von dessen Diagnose. Dass die Stigmatisierung sich auch auf die Familie des Erkrankten bezieht erlebten 43% der 461 Befragten. Dies wird auch als Stigma by Association bezeichnet (Mehta & Farina, 1988). Wird die erlebte Stigmatisierung internalisiert, also die stigmatisierenden Ansichten anderer übernommen und auf sich selbst angewendet, kann dies zu einer erhöhten Belastung und Gefühlen wie Schuld und Scham führen (Corrigan, Watson, & Barr, 2006). Stigmatisierung kann in vielen verschiedenen Bereichen erlebt werden, (Angermeyer, Schulze, & Dietrich, 2003), z.B. in Interaktionen durch sozialen Ausschluss in Form von mangelndem Interesse, diskriminierenden Kommentaren oder einem Verheimlichen der Krankheit. Aber auch als strukturelle Diskriminierung durch mangelnde Ressourcen des Gesundheitssystems, wie mangelnde Unterstützungsangebote oder fehlende Notfallhilfen. Weitere Bereiche der Diskriminierung, die aber von den Angehörigen eher indirekt erlebt werden, sind: Das öffentliche Bild von psychischen Erkrankungen, z.B. die Assoziation von psychischen Erkrankungen mit gewalttätigem und gefährlichen Verhalten, sowie der erschwerte Zugang zu sozialen Rollen, was die möglichen Schwierigkeiten der Erkrankten betrifft, eine Arbeit zu finden oder eine Beziehung zu beginnen und aufrechtzuerhalten. Insgesamt ist zu erwarten, dass die erlebte Stigmatisierung der Angehörigen, unabhängig von den übrigen Erfahrungen mit der Versorgung, mit einer höheren erlebten Belastung korreliert (vgl. van der Sanden, Bos, Stutterheim, Pryor, & Kok, 2013; Östman, 2002). Weiterhin wird angenommen, dass Stigmatisierung mit der Subskala „Probleme mit Versorgungseinrichtungen“ korreliert (Drapalski et al., 2008). Dies lässt sich aber auch dadurch erklären, dass „Probleme mit Versorgungseinrichtungen“ als Bestandteil Stigmatisierung operationalisiert werden.

Viele Angehörige berichten *Probleme mit Versorgungseinrichtungen*. In einer Onlinestudie mit  $N = 168$  Angehörigen von Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen stellten Crowe und Lyness (2014) fest, dass nur ein Drittel der Teilnehmer zufrieden oder sehr zufrieden mit der Behandlung war. Mit 43% war etwas weniger als die Hälfte immerhin etwas zufrieden, aber etwa 20% gaben an, unzufrieden zu sein. Nicht nur Angehörige (Drapalski et al., 2008), sondern auch Psychiater und Psychologen empfinden die Versorgung von Angehörigen von psychisch schwer erkrankten Patienten als unzureichend (Kim & Salyers, 2008). Hauptgründe dafür sind nach Kim und Salyers (2008) mangelndes Interesse auf Seiten der Angehörigen und zu volle Zeitpläne auf Seiten der Psychologen und Psychiater. Dagegen stellte Smith (2003) bei einer Befragung unter Müttern von hauptsächlich Patienten mit Schizophrenie fest, dass ein hoher unbefriedigter Bedarf an Unterstützung besteht, aber praktische Gründe wie fehlende Zeit oder fehlende informelle Unterstützung die Inanspruchnahme verhindern. Auch berichten Angehörige von einem Mangel an Bestätigung und Kooperation durch die Mitarbeiter von Versorgungseinrichtungen (Eweron, Lützén, Svensson, & Andershed, 2010). In Angehörigenvisiten sind die wichtigsten zu klärenden Fragen welche Ursache die Erkrankung hat, wie die Angehörigen den Patienten im Genesungsprozess unterstützen können und wie sie zur Compliance

des Patienten beitragen können (Fähndrich, Kempf, Kieser, & Schütze, 2001). Übereinstimmend ergibt sich aus verschiedenen Untersuchungen, dass Probleme mit Versorgungseinrichtungen zu einer höheren Belastung der Angehörigen führen (Crowe & Lyness, 2014; St-Onge, Lavoie, & Cormier, 1995; Reinhard, 1994), sodass sich auch für die vorliegende Untersuchung eine höhere Belastung bei Problemen mit der Versorgungseinrichtung erwarten lässt.

### **1.2.3 Alter**

Die Studienlage zum Alter als Einflussvariable zeigt sich widersprüchlich. Die Mehrheit der vorliegenden Studien kommt zu dem Ergebnis, dass das Alter kein signifikanter Einflussfaktor ist (z.B. Hadryś, Adamowski, & Kiejna, 2011; Murray-Swank et al., 2006; Fleischmann & Klupp, 2004). Doch es gibt auch Studien, die darauf hinweisen, dass jüngere Angehörige stärker belastet sind (Armstrong-Esther, Hagen, Sandilands, Williams, & Smith, 2005; Goodhead & McDonald, 2007). Mögliche Erklärungen sind, dass jüngere Caregiver bei der Versorgung häufiger auf sich alleine gestellt sind (Goodhead & McDonald, 2007) und dass sie eher auf Vermeidungsstrategien zurückgreifen (Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2008). Kulturübergreifend zeigt sich jedoch, dass jüngere Kohorten, also im Alter zwischen 18 und 49 Jahren, weniger Zeit und finanzielle Mittel in die Versorgung psychisch kranker Angehörige investieren (Viana et al., 2013). Daher wird für die vorliegenden Daten angenommen, dass das Alter keinen signifikanten Einfluss auf die Belastung hat.

### **1.2.4 Geschlecht**

Übereinstimmend zeigen sich Frauen in den unterschiedlichsten Studien stärker belastet als Männer (Fleischmann & Klupp, 2004; Hirst, 2005; Johnson, 2000), auch für verschiedene Belastungsindikatoren, darunter allgemeine Belastung, Depression, subjektives Wohlbefinden und physische Gesundheit (Pinquart & Sörensen, 2006). In dieser Metaanalyse über  $N = 229$  Studien zeigten sich die Unterschiede zwischen der Belastung von männlichen und weiblichen Angehörigen als gering, aber als signifikant über die Veränderungen, die in der Allgemeinbevölkerung vorliegen, hinausgehend. Zudem bleiben Geschlechtsunterschiede auch dann erhalten, wenn die in die Versorgung investierte Zeit und die investierten finanziellen Mittel kontrolliert werden (Viana et al., 2013). Die höhere Belastung von weiblichen Angehörigen zeigt sich auch in einer verstärkten Teilnahme an Angehörigengruppen (Kronmüller et al., 2006). Als Erklärung für die beobachteten Geschlechtsunterschiede werden unterschiedliche Gründe diskutiert. Mögliche Erklärungen sind, dass Frauen häufiger primäre Caregiver sind (Jungbauer et al., 2001a) oder dass Frauen weniger soziale Unterstützung erhalten und weniger funktionale Coping-Strategien nutzen (Goodhead & McDonald, 2007). Auch für die vorliegende Untersuchung wird erwartet, dass sich die weiblichen Studienteilnehmerinnen belasteter zeigen.

### **1.2.5 Diagnose**

Verschiedene Untersuchungen belegen, dass die Diagnose keinen Einfluss auf die Belastung der Angehörigen hat. Beim Vergleich von affektiven, psychotischen und sonstigen psychischen Erkrankungen, darunter Persönlichkeitsstörungen und Anorexia Nervosa, wurden keine Unterschiede festgestellt (Östman, 2005), ebenso wenig wie beim Vergleich von Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie und Angehörigen von Patienten mit Depression (Wittmund, Nause, & Angermeyer, 2005). Auch das Vorliegen einer komorbiden Sucherkrankung beeinflusst die Ausprägung der Belastung nicht (Silver, 1999). Nach Hadryś et al. (2011) hat zudem auch der wahrgenommene Schweregrad der Erkrankung keinen Einfluss auf die Diagnose. Übereinstimmend beschreiben Jungbauer et al. (2001a) in ihrer Überblicksarbeit die Belastung von Angehörigen bei verschiedenen Diagnosen als vergleichbar, auch wenn unterschiedliche Gründe für die Belastung angegeben werden. So geben Angehörige von Patienten mit Schizophrenie die schizophrenen Symptome und devianten Verhaltensweisen als größte Belastung an, bei Angehörigen von Patienten mit affektiven Störungen stehen der Interessensverlust, das Grübeln, die Ermüdung und die Hoffnungslosigkeit sowie die Rückfallgefahr der Patienten im Vordergrund. Für Angst- und Zwangsstörungen können auf Grund der mangelnden Datenlage keine näheren Angaben gemacht werden. Auch für die vorliegenden Daten wird erwartet, dass die Art der Diagnose keinen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der Belastung hat.

### **1.2.6 Verwandtschaftsbeziehung**

Überlegungen zum Einfluss der Verwandtschaftsbeziehung auf die Belastung der Angehörigen psychisch kranker Menschen werden dadurch erschwert, dass in Studien häufig keinen genaueren Angaben zur Art der Verwandtschaft gemacht werden, sondern nur allgemein von „Angehörigen“ gesprochen wird, oder dass innerhalb einer Studie nur eine spezifische Verwandtschaftsbeziehung untersucht wird (Jungbauer et al., 2001a). Die Studien, die unterschiedliche Verwandtschaftsbeziehungen berücksichtigen, zeigen jedoch übereinstimmend das Muster, dass Partner und Eltern von Menschen mit psychischer Erkrankung am stärksten und Geschwister am wenigsten belastet sind (Chen & Lukens, 2011; Hirst, 2005; Östman, 2005; Zauszniewski & Bekhet, 2014). Doch auch Geschwister zeigen sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als belasteter (Schmid, Spießl, & Cording, 2005; Wolfe, Song, Greenberg, & Mailick, 2014), auch weil die Gefahr besteht, dysfunktionale Rollen innerhalb der Familie einzunehmen (Sanders, Szymanski, & Fiori, 2014). Die Belastung von Kindern mit psychisch kranken Eltern liegt im mittleren Bereich (Viana et al., 2013). Eine Untersuchung von Partnern und Eltern von Patienten mit Schizophrenie von Jungbauer, Wittmund, Dietrich und Angermeyer (2004) ergab, dass sich das Ausmaß der Belastung nicht unterscheidet, aber die Gründe dafür. Beiden gemeinsam ist die Belastung durch die Angst vor einem Rückfall sowie durch erlebte Persönlichkeitsveränderungen des Angehörigen. Bei Partnern stehen zudem Schwierigkeiten in der sexuellen Beziehung und die Notwendigkeit, gemeinsame Zukunftspläne zu überdenken, im Vordergrund, bei Eltern

dagegen die Angst für die Erkrankung mitverantwortlich zu sein sowie die Möglichkeit, dass das Kind in einer lebenslangen Abhängigkeit bleibt.

Entsprechend der empirischen Ergebnisse wird angenommen, dass Partner und Eltern die höchste Belastung zeigen, Kinder, deren Eltern erkrankt sind, eine Belastung im mittleren Bereich und Geschwister das niedrigste Ausmaß an Belastung aufweisen.

### **1.2.7 Kontakt: Häufigkeit und Art**

In einer amerikanischen Studie mit  $N = 221$  Teilnehmern identifizierten 76% der Teilnehmer mit schwerer psychischer Erkrankung mindestens ein Familienmitglied als Quelle sozialer Unterstützung. Durchschnittlich befinden sich 2.6 Familienmitglieder im jeweiligen sozialen Netzwerk, zu denen ein wöchentlicher Kontakt besteht, mit dem die Betroffenen überwiegend zufrieden sind (Penice-Duca, 2010). Für die Angehörigen wirkt sich die Häufigkeit des Kontakts, insbesondere das Zusammenleben jedoch eher negativ aus. Beim Zusammenleben der Probanden mit einem Angehörigen mit psychischer Erkrankung steigt die Belastung (Benazon & Coyne, 2000; Jones, Roth, & Jones, 1995; Östman, 2005) und entsprechend sinken das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit ab (Savage & Bailey, 2004). Auch wenn die Betroffenen nicht in einem Haushalt wohnen, steigt die Belastung, je häufiger Kontakt besteht (Thornicroft et al., 2004).

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Kontakthäufigkeit und die Art des Kontakts erhoben, dabei wird angenommen, dass die Belastung höher ist, je mehr Kontakt besteht, und wenn der Kontakt persönlich stattfindet.

### **1.2.8 Soziale Unterstützung**

Viele Studien belegen, dass soziale Unterstützung die Belastung durch die Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen verringern kann (Biegel, Ishler, Katz, & Johnson, 2008; Mackay & Pakenham, 2012; Möller-Leimkühler & Wiesheu, 2012) in dem Sinne, dass soziale Unterstützung eine Pufferwirkung auf Stress ausübt (Cohen & Wills, 1985). Ebenso wirkt sich soziale Unterstützung positiv auf das allgemeine Wohlbefinden aus (Webb et al., 1998). Zudem zeigen Angehörige mit mehr sozialer Unterstützung weniger depressive Symptome (Chen & Lukens, 2011) sowie eine höhere Lebenszufriedenheit (Schofield & Bloch, 1998). Doch es kann für Angehörige schwierig sein, die soziale Unterstützung zu bekommen, die sie brauchen, da sich das soziale Netzwerk im Lauf der Erkrankung häufig verkleinert und weniger soziale Unterstützung erhalten wird (Goodhead & McDonald, 2007; Magliano, Fiorillo, Rosa, Malangone, & Maj, 2005). Probanden mit einem an Schizophrenie erkranktem Partner berichten als Gründe für die Verkleinerung des sozialen Netzwerkes das Unverständnis der Umgebung für die Erkrankung sowie eine Verringerung der Bemühungen des Patienten, den Kontakt aufrecht zu

erhalten, aus Angst vor Vorurteilen. Dabei sind Partner durch den oft gemeinsamen Freundeskreis ebenfalls betroffen und empfinden den Verlust der sozialen Kontakte häufig als traumatisch (Goodhead & McDonald, 2007).

Dennoch ist die Befundlage in Bezug auf die Rolle der sozialen Unterstützung nicht konsistent positiv (Savage & Bailey, 2004). Es gibt unterschiedliche Überlegungen zu den Gründen dafür. Eine Möglichkeit ist, dass nicht die Quantität, sondern die Qualität der sozialen Unterstützung entscheidend ist, in manchen Studien jedoch nur die Größe des sozialen Netzwerks erhoben wird (Savage & Bailey, 2004). Eine weitere Möglichkeit ist, dass der Einfluss der sozialen Unterstützung mediiert wird durch die verwendete Copingstrategie, sodass sich soziale Unterstützung nur bei aktivem Coping positiv auswirkt (Blankfeld & Holahan, 1999). Miller et al. (2001) konnten zeigen, dass die Ergebnisse sich nach der Art der sozialen Unterstützung unterscheiden. Soziale Unterstützung hat viele unterschiedliche Dimensionen, für die Untersuchung der Belastung von Angehörigen sind nach Zarit und Edwards (2008) jedoch vor allem emotionale und instrumentelle Unterstützung bedeutsam, wobei instrumentelle Unterstützung das Ausmaß von praktischer Hilfe bezeichnet, emotionale Unterstützung dagegen die Verfügbarkeit von Trost, Zuspruch und Anerkennung. Während der Zusammenhang zwischen emotionaler Unterstützung und Belastungsindikatoren konsistent darauf hindeutet, dass sich emotionale Unterstützung positiv auf das Ausmaß der Belastung auswirkt, ist der Zusammenhang von instrumenteller Unterstützung weniger eindeutig. In der zusammenfassenden Arbeit von Miller et al. (2001) zeigt sich keine eindeutige Tendenz in der Auswirkung von instrumenteller Unterstützung, diese wirkte sich teilweise sogar negativ aus.

In der vorliegenden Arbeit wird daher vermutet, dass sich soziale Unterstützung insgesamt positiv auf die erlebte Belastung auswirkt, besonders emotionale Unterstützung, also die Subskala *Bewertungsunterstützung* des ISEL (Cohen & Hoberman, 1983). Zusätzlich soll untersucht werden, ob sich die Auswirkungen von unterschiedlichen Arten sozialer Unterstützung, vor allem von emotionaler und instrumenteller Unterstützung, unterscheiden.

### **1.2.9 Coping-Strategien**

Coping kann nach Turnbull und Turnbull (1993) definiert werden als die Dinge, die Menschen tun (aktiv oder gedanklich), um das Wohlergehen zu erhöhen und eine Beeinträchtigung durch stressreiche Situationen zu verhindern. Coping-Strategien sind jedoch nicht statisch, sondern können ständig angepasst werden (Lazarus & Folkman, 1984) und sind beeinflusst durch situative und persönliche Variablen, z.B. Verfügbarkeit von Unterstützung und Persönlichkeitsfaktoren (Nehra, Chakrabarti, Kulhara, & Sharma, 2005; Szmukler et al., 1996). Zwei Funktionen des Coping lassen sich unterscheiden: Zum einen, mit dem Problem, das den Stress verursacht, umzugehen, z.B. durch Planung oder positive Reinterpretation, was als aktives oder problemfokussiertes Coping bezeichnet wird. Zum anderen die

dazugehörigen Emotionen zu regulieren, also emotionsfokussiertes oder Vermeidungs-Coping (Lazarus & Folkman, 1984). Beispiele dafür sind Leugnung, Resignation oder Selbstvorwürfe.

Die negativen Auswirkungen von Vermeidungs-Coping sind vielfältig untersucht. Vermeidungs-Coping steht in signifikantem Zusammenhang mit erhöhten Depressionswerten (Savage & Bailey, 2004) und erhöhten Angstwerten (Spangenberg & Theron, 1999), vermehrten emotionalen Problemen im Selbstbericht (Wrosch, Amir, & Miller, 2011) sowie einer schlechteren Anpassung an die Lebenssituation (Mackay & Pakenham, 2012). Aktives Coping geht dagegen einher mit niedrigeren Depressionswerten (Savage & Bailey, 2004; Wrosch, Amir, & Miller, 2011).

Unterschiedliche Einflussfaktoren auf die verwendete Coping-Strategie werden diskutiert, z.B. die Höhe des Selbstwerts (Savage & Bailey, 2004) sowie das Vorliegen von Positiv- oder Negativsymptomatik (Webb et al., 1998). In Bezug auf den Einfluss der Persönlichkeit auf die verwendete Coping-Strategie gibt es Hinweise darauf, dass Neurotizismus in Zusammenhang mit weniger aktivem und mehr Vermeidungs-Coping steht, und auch Extraversion mit einer selteneren Verwendung von Vermeidungsstrategien korreliert (Hooker, Frazier, & Monahan, 1994). Nach Kartalova-O'Doherty und Doherty (2008) werden in den meisten Familien überwiegend aktive Coping-Strategien angewandt, bei Zusammenleben mit dem psychisch kranken Angehörigen werden diese jedoch häufiger mit Vermeidungsstrategien kombiniert. Übereinstimmend wird ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und aktivem Coping angenommen (Blankfeld & Holahan, 1999; Draine & Solomon, 1995). Bei Angehörigen mit höheren Werten für Angst und Depression wurde auch eine größere Tendenz zu Vermeidungsstrategien festgestellt (Spangenberg & Theron, 1999).

Dementsprechend wird für die vorliegenden Daten angenommen, dass sich aktives, problemfokussiertes Coping mit niedrigeren Belastungswerten einhergeht, während emotionsfokussiertes, bzw. Vermeidungs-Coping mit einer höheren Belastung in Zusammenhang steht. Als beeinflussende Faktoren werden die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung sowie das Zusammenleben mit dem Angehörigen untersucht, wobei vermutet wird, dass bei hoher sozialer Unterstützung eher aktive Coping-Strategien angewandt werden, bei Zusammenleben, bzw. häufigem Kontakt mit dem Angehörigen dagegen eher Vermeidungsstrategien zum Einsatz kommen. Ebenso wird ein vermehrter Einsatz von Vermeidungsstrategien erwartet, wenn höhere Werte für Angst und Depression vorliegen. Weiterhin untersucht wird der Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf die verwendeten Copingstrategien, unter der Annahme, dass Extraversion negativ und Neurotizismus positiv mit Vermeidungsstrategien korrelieren und für aktive Coping-Strategien ein umgekehrter Effekt beobachtet werden kann.



### **1.2.10 Persönlichkeitsfaktoren**

Der Einfluss der Persönlichkeit des versorgenden Angehörigen auf die Belastung ist noch nicht umfassend untersucht, vorliegende Studien beschäftigten sich eher mit Angehörigen von Patienten mit chronischer physischer Erkrankung. Übereinstimmend wirkt sich Neurotizismus dabei negativ auf die erlebte Belastung, das Wohlergehen sowie die Lebensqualität aus (Kim et al., 2015; Melo, Maroco, & Mendonça, 2011; Möller-Leimkühler & Wiesheu, 2012). In der Studie von Kim et al. (2015) mit  $N = 227$  Angehörigen von Patienten mit Krebs im Endstadium erwies sich dieser Effekt nach der Kontrolle der Depressionswerte jedoch als nicht mehr signifikant. Extraversion zeigt aber auch nach Kontrolle konfundierender Variablen einen positiven Einfluss auf die Belastung der Angehörigen (Kim et al., 2015), ebenso in einer Studie von Melo et al. (2011) über Angehörige von Demenzkranken. Dabei zeigte sich zudem der positive Einfluss von Verträglichkeit auf die Belastung.

Obwohl die Datenlage noch nicht umfassend ist, kann vermutet werden, dass die beschriebenen Effekte auch auf Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung zutreffen. Es wird also erwartet, dass sich Neurotizismus negativ, Extraversion und Verträglichkeit dagegen positiv auf die Belastung der Angehörigen auswirken.

### **1.2.11 Angst und Depression**

Zu Angst und Depression als Prädiktoren gibt es bisher in der Literatur nur wenig Befunde, da Angst und Depression häufiger als State erhoben und als Teil der Belastung operationalisiert werden. In der vorliegenden Arbeit wurde jedoch ihr Einfluss als Trait-Variable untersucht. Perlick et al. (2005) konnten zeigen, dass Angst und Depression die Wahrscheinlichkeit, Unterstützung durch das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen, erhöhen, auch nach Kontrolle des Distress und gesundheitlicher Beschwerden. Zudem scheinen Angst und Depression die Wahrscheinlichkeit, vermeidende Copingstrategien zu nutzen, zu erhöhen (Spangenberg & Theron, 1999).

Für die vorliegenden Ergebnisse wird daher erwartet, dass Angst und Depression mit niedrigerer Lebenszufriedenheit einhergehen sowie mit einer höheren Tendenz, Vermeidungsstrategien zu nutzen.

## 2 Methoden

### 2.1 Stichprobe

Die Probanden wurden online aus verschiedenen Selbsthilfegruppen und Angehörigenvereinigungen akquiriert. Von den insgesamt  $N = 225$  Personen, die die Studie abgeschlossen hatten, mussten  $n = 13$  ausgeschlossen werden, da sie entweder keine gültige Diagnose oder eine chronische physische Erkrankung, wie MS, Parkinson oder eine Form der Demenz als Diagnose angegeben hatten. Von den verbleibenden  $N = 212$  mussten weitere  $n = 6$  Personen ausgeschlossen werden, da sie weniger als 10 Minuten für das Ausfüllen der Studie gebraucht hatten, was es unwahrscheinlich macht, dass die Fragen tatsächlich inhaltlich bearbeitet wurden. Somit gingen  $N = 207$  Personen in die Analyse ein.

Wie in Tabelle 1 dargestellt sind die Probanden überwiegend weiblich (86%). Das Alter der Teilnehmer variiert von 18 bis 82 Jahren, der Altersdurchschnitt liegt bei  $M = 45.13$  Jahren (s. Abbildung 1).

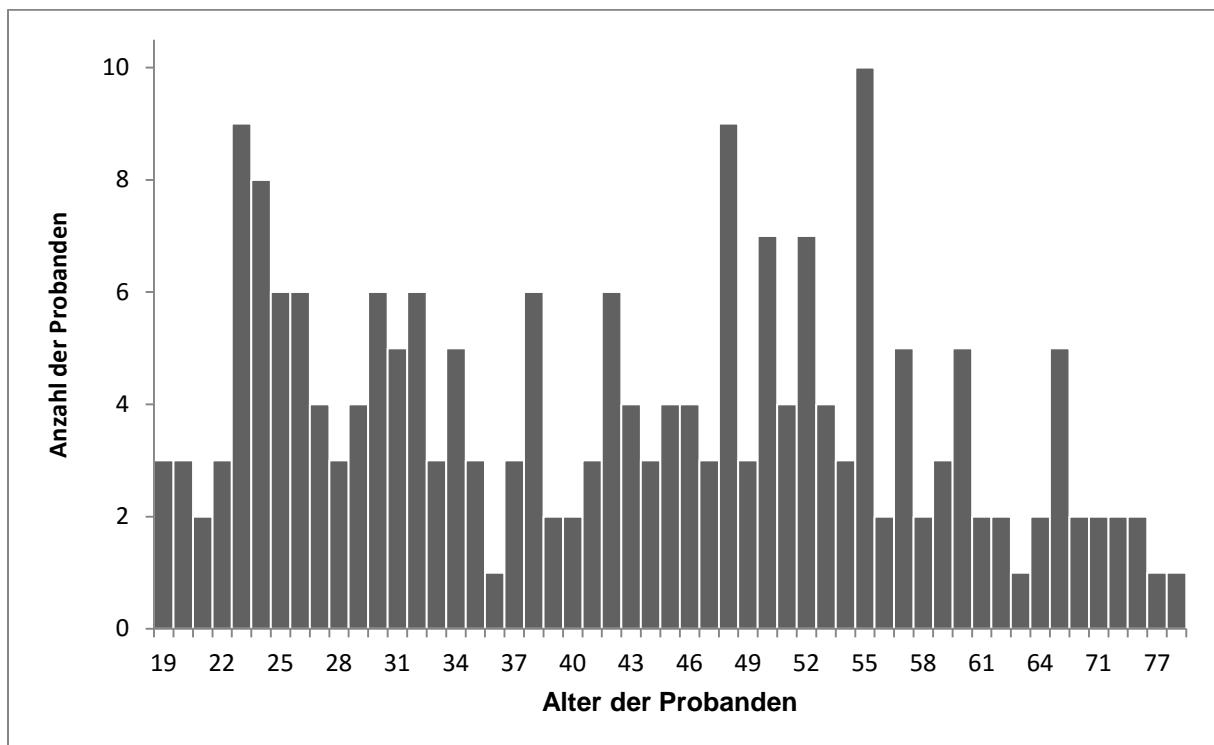


Abbildung 1. Alter der Probanden

Am häufigsten nahmen Menschen an der Erhebung teil, deren *Partner* von einer psychischen Erkrankung betroffen ist (37.2%), gefolgt von Eltern, deren *Kind* betroffen ist (28.0%) und Probanden, bei denen ein *Elternteil* unter einer psychischen Erkrankung leidet. (18.8%). Seltener waren Teilnehmer mit *Geschwistern* mit psychischer Erkrankung (9.2%), oder mit Angehörigen, die unter keine der oben genannten Kategorien fallen, in Tabelle 1 werden diese als *Sonstige* bezeichnet. Dazu gehören z.B. Schwiegereltern mit psychischer Erkrankung, Ex-Partner, Tante oder Onkel, Nichte oder Neffe sowie Schwager oder Schwägerin (vgl. Tabelle 1)

Tabelle 1. Absolute (n) und relative (%) Häufigkeitsangaben zu der Stichprobe

Stichprobenmerkmale	n	%
<i>Geschlecht</i>		
männlich	29	14.0
weiblich	178	86.0
<i>Diagnose</i>		
Angst und Zwang	11	5.3
Bipolare Störung	25	12.1
Depression	68	32.9
Persönlichkeitsstörung	19	9.2
Schizophrenie	77	37.2
Sucht	7	3.4
<i>Verwandtschaftsbeziehung</i>		
Partner	77	37.2
Kind	58	28.0
Eltern	39	18.8
Geschwister	19	9.2
Sonstige	14	6.8
<i>Kontakthäufigkeit</i>		
Täglich	104	50.2
Mehrmals die Woche	48	23.2
Einmal die Woche	19	9.2
Mehrmals im Monat	19	9.2
Einmal im Monat	4	1.9
Seltener	13	6.3
<i>Kontaktart</i>		
Persönlich	124	59.9
Sonstiges	83	40.1

Wie in Tabelle 1 dargestellt, litten die meisten Angehörigen der Probanden unter *Schizophrenie*, bzw. einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (37.2%) oder hatten *Depressionen* (32.9%). Der Einteilung des ICD-10 entsprechend wurden schizoaffektive Störungen, bei denen also sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zugerechnet. Weiterhin traten *bipolare Störungen* auf (12.1%) sowie *Persönlichkeitsstörungen* (9.2%) und *Angst- oder Zwangsstörungen* (5.3%). Unter die Kategorie Angst- und Zwangsstörungen zählt, ebenfalls der Einteilung des ICD-10 entsprechend, auch die Posttraumatische Belastungsstörung. Als letzte Kategorie gab es die *Suchterkrankungen*, unter die allerdings nur 3.4% der Angehöri-

gen fielen. Um die Auswertung des Einflussfaktors „Diagnose“ zu ermöglichen, wurde jeweils nur eine Erkrankung berücksichtigt. Bei Mehrfachnennungen wurde entweder die von den Teilnehmern als „schwer“ bezeichnete Diagnose gewertet, oder die als erstes genannte.

Zu Häufigkeit und Art des Kontakts lässt sich feststellen, dass die Probanden überwiegend *persönlichen Kontakt* mit ihrem Angehörigen haben (59.9%). *Sonstige* Arten des Kontakts sind telefonisch oder schriftlich, z.B. per Chat oder Email. Bei der Hälfte der Teilnehmer findet der Kontakt *täglich* statt (50.2%) oder *mehrmals in der Woche* (23.2%). Dagegen gaben 6.3% der Probanden an, *seltener als einmal im Monat* Kontakt zu ihrem Angehörigen zu haben.

## 2.2 Untersuchungsmaterial

Im Folgenden werden die bei der Erhebung verwendeten Fragebögen vorgestellt. Zusätzlich zu den dargestellten Verfahren wurden zu Beginn der Erhebung soziodemografische Variablen, also Alter und Geschlecht, erfasst sowie die Diagnose des psychisch erkrankten Angehörigen, die Verwandtschaftsbeziehung und Häufigkeit ebenso wie Art des Kontakts.

### 2.2.1 Satisfaction with Life Scale

Die Satisfaction with Life Scale dient der Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit (Diener et al., 1985). Die deutsche Version des SLWS besteht aus fünf Items, die Aussagen über die gegenwärtige Lebenssituation formulieren (Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth, 2011). Auf einer siebenstufigen Likert-Skala kann der Grad der Zustimmung angegeben werden, von 7 = „stimme völlig zu“ bis 1 = „stimme überhaupt nicht zu“, z.B.: „In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.“ Die interne Konsistenz ist in der Veröffentlichungsarbeit sehr zufriedenstellend mit  $\alpha = .92$  angegeben. In der vorliegenden Arbeit ist das standardisierte Cronbachs Alpha ähnlich hoch mit  $\alpha = .896$ .

### 2.2.2 Experience of Caregiving Inventory

In dem von Szmukler et al. (1996) veröffentlichten Fragebogen wird Abstand genommen von dem Begriff der Belastung (englisch: burden) der Angehörigen psychisch kranker Menschen, da zum einen die Operationalisierung Schwierigkeiten bereitet und der Begriff zum anderen eine Einschränkung bedeutet, da die Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen auch positive Aspekte mit sich bringen kann. Daher werden in dem vorliegenden Fragebogen allgemeiner die Erfahrungen bei der Versorgung von psychisch kranken Angehörigen erfasst. Dabei wurden zehn relativ unabhängige Dimensionen identifiziert, acht negative („schwieriges Verhalten“, „negativ-Symptomatik“, „Stigmatisierung“, „Probleme mit Versorgungseinrichtungen“, „Auswirkung auf die Familie“, „Notwendigkeit der Unterstützung“, „Abhängigkeit“ und „Sich Zugrunderichten“) und zwei positive („positive persönliche Erfahrung“ sowie „gute Seiten der Beziehung“). Insgesamt besteht der Fragebogen aus 66 Items, 52 negativen und 14 positiven, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „nie“ bis „fast immer“ nach ihrer Häufigkeit eingeschätzt werden. Z.B.: „Wie oft haben Sie im vergangenen Monat über ... nachgedacht?“ „was für ein Leben er/sie hätte haben können“, „Ich fühle mich hilfreich in meiner Beziehung zu ihm/ihr.“

Für jede Subskala wird mit einem Cronbachs Alpha zwischen  $\alpha = .74$  und  $\alpha = .91$  eine zufriedenstellende Reliabilität berichtet, ebenso wie für den Gesamtwert aus allen Items mit  $\alpha = .93$ . Bei den vorliegenden Ergebnissen ist das standardisierte Cronbachs Alpha für den gesamten Fragebogen identisch

mit  $\alpha = .938$ , die Reliabilität der Subskalen reicht von  $\alpha = .708$  in der Subskala *Stigmatisierung* bis zu  $\alpha = .855$  in der Subskala *schwieriges Verhalten*.

### 2.2.3 Interpersonal Support Evaluation List

In der 1983 von Cohen und Hoberman veröffentlichten Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) wird die wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung mit 40 Items erfasst. Um Antworttendenzen auszugleichen ist die Hälfte der Items positiv, die andere Hälfte der Items negativ formuliert. Der Fragebogen setzt sich aus vier Subskalen mit jeweils 10 Items zusammen, die unterschiedliche Aspekte der sozialen Unterstützung erfassen. Erfasst wird die Verfügbarkeit von „materieller Unterstützung“, „Bewertungsunterstützung“, also die Möglichkeit mit jemandem über eigene Probleme zu sprechen, die „Selbstwert-Unterstützung“, im Sinne einer positiven Vergleichsmöglichkeit von sich selbst mit Anderen, sowie „Zugehörigkeits-Unterstützung“, was die wahrgenommene Verfügbarkeit von Personen, mit denen etwas unternommen werden kann, bezeichnet. Die Items sind als Aussagen formuliert, für die auf einer vierstufigen Likert-Skala der Grad der Zustimmung angegeben werden kann. Ein Beispielitem aus der Subskala „Zugehörigkeits-Unterstützung“ lautet: „Es gibt einige Menschen, mit denen ich sprechen kann, wenn ich mich einsam fühle.“

Die Reliabilität ist mit einem Cronbachs Alpha von  $\alpha = .77$  für die Gesamtskala akzeptabel, die Reliabilität der einzelnen Subskalen variiert von  $\alpha = .60$  („Selbstwert-Unterstützung“) bis  $\alpha = .77$  („Bewertungs-Unterstützung“). Die Subskalen sind unabhängig voneinander, bis auf die Subskala „Zugehörigkeits-Unterstützung“. Diese korreliert moderat mit der Subskala „materielle Unterstützung“ ( $r = .56$ ), ebenso wie mit der Subskala „Bewertungs-Unterstützung“ ( $r = .46$ ). Cohen und Hoberman (1983) vermuten an dieser Stelle inhaltliche Gründe, da sie annehmen, dass ohne ein Gefühl der Zugehörigkeit andere Formen der sozialen Unterstützung gar nicht in Anspruch genommen werden können. Bei den vorliegenden Daten liegen die Werte für das standardisierte Cronbachs Alpha etwas höher, zwischen  $\alpha = .744$  und  $\alpha = .846$ .

### 2.2.4 Brief COPE

Der Brief COPE erfasst unterschiedliche Copingstrategien und –gedanken, die eine Person als Reaktion auf eine belastende Situation haben kann, in diesem Fall die Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen (Carver, 1997, ursprüngliche Langversion: Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Er ist mit 14 Subskalen bestehend aus jeweils zwei Items ein ökonomisches Messverfahren zur Erfassung des Copingverhaltens, da Coping meist im Rahmen umfangreicherer Erhebungen erfasst wird. Die Items wurden vom ursprünglichen COPE nach der Höhe ihrer Faktorenladung sowie ihrer praktischen Bewährung ausgewählt. Die Subskala „Selbstbeschuldigung“ wurde zusätzlich aufgenommen. Die

übrigen Subskalen lauten: „Ablenkung“, „aktive Bewältigung“, „Verleugnung“, „Alkohol und Drogen“, „emotionale Unterstützung“, „Verhaltensrückzug“, „Ausleben von Emotionen“, „instrumentelle Unterstützung“, „positive Umdeutung“, „Planung“, „Humor“ sowie „Akzeptanz und Religion“. Sie werden auf einer vierstufigen Likert-Skala nach ihrer Häufigkeit eingeschätzt, von 1 für „überhaupt nicht“ bis 4 für „sehr oft“. Ein Beispielitem aus der Subskala positive Umdeutung ist: „Ich habe versucht etwas Gutes in dem, was passiert ist, zu sehen.“

Die interne Reliabilität der einzelnen Subskalen reicht von  $\alpha = .57$  bis  $\alpha = .90$ . Auch für die vorliegenden Daten variieren die Reliabilitätswerte stark und reichen von  $\alpha = .428$  für die Subskala „positive Umdeutung“ bis zu  $\alpha = .939$  in der Subskala „Religiosität“. Nach Macdonald (2011) lassen sich die Skalen „aktive Bewältigung“, instrumentelle Unterstützung“ sowie „Planung“ (Items 2, 7, 10, 14, 23 und 25) dem problemfokussierten, bzw. aktiven Coping zuordnen, die übrigen Skalen dagegen dem emotionsfokussierten bzw. vermeidendem Coping. Nach dieser Einteilung ergibt sich für das aktive Coping ein Cronbachs Alpha von  $\alpha = .737$  und für das passive Coping  $\alpha = .711$ . Allerdings korrelieren die neugebildeten Subskalen hoch miteinander ( $r = .49$ ).

### 2.2.5 BFI-10

Laut dem Big-Five-Modell lässt sich die menschliche Persönlichkeit auf den fünf Dimensionen Verträglichkeit, Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Extraversion sowie Neurotizismus abbilden (McCrae & Costa, 1987). Zur Erfassung der Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen, auch in Anwendungskontexten mit begrenzter Untersuchungszeit, wurde das „ultra-ökonomische“ BFI-10 entwickelt (Rammstedt et al., 2013, S.1). Dabei werden die fünf Persönlichkeitsdimensionen mit je zwei Items abgefragt, was einer Bearbeitungszeit von ca. einer Minute entspricht. Die Items sind als Aussagen formuliert, wobei auf einer fünfstufigen Likert-Skala der Grad der Zustimmung von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „trifft voll und ganz zu“ angegeben werden kann. Ein Beispielitem aus der Subskala Neurotizismus ist: „Ich werde leicht nervös und unsicher.“

Statt der internen Konsistenz, die sich nach Ansicht der Autoren wegen der geringen Anzahl Items pro Subskala und der beabsichtigten Heterogenität der Items innerhalb einer Skala nicht als Schätzer der Reliabilität eignet, wurde auf die Retest-Reliabilität in einem Intervall von 6 bis 8 Wochen zurückgegriffen (Rammstedt et al., 2013). Diese liegt im Mittel für die Gesamtstichprobe bei  $r_{tt} = .56$ . Da dies für die vorliegenden Daten nicht möglich ist, wurde Cronbachs Alpha berechnet. Für vier Skalen liegen die Reliabilitätswerte zwischen  $\alpha = .405$  („Gewissenhaftigkeit“) und  $\alpha = .731$  („Extraversion“). Die Skala „Verträglichkeit“ wurde aus der weiteren Analyse ausgeschlossen, da die Reliabilität hierfür bei 0 liegt.

### 2.2.6 STADI - Trait

Das State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (Laux et al., 2013) dient der Erfassung von Angst und Depression als Zustand (state) sowie als überdauernde Eigenschaft (trait). In dieser Erhebung wurden ausschließlich die Trait-Subskalen genutzt. Diese bestehen aus 20 Items, z.B.: „Meine Nerven sind gespannt.“, deren Auftretenshäufigkeit auf einer vierstufigen Lickert-Skala von 1 = „fast nie“ bis 4 = „fast immer“ angegeben werden kann. Die Items lassen sich vier Subskalen zuordnen. Die Subskalen Aufgeregtheit und Besorgnis bilden affektive und kognitive Komponente der Angst ab, die Subskalen Euthymie und Dysthymie dagegen dienen der Erfassung der Depression.

Die Reliabilitätswerte erreichen global für die Traitskala  $\alpha = .93$ , für die Subskalen Trait-Angst  $\alpha = .88$  und Trait-Depression  $\alpha = .89$ . In der vorliegenden Untersuchung ergeben sich für die Reliabilität ähnlich hohe Werte von  $\alpha = .831$  für die Skala „Dysthymie“ bis  $\alpha = .89$  für die Skala „Besorgnis“.



## 2.3 Versuchsdurchführung

Die Probanden der Studie wurden online rekrutiert, zum einen in verschiedenen Facebook-Gruppen, darunter „Borderline Angehörige“, „Hilfe zur Selbsthilfe: Angehörige und Freunde von Suchtkranken“, „HPE-Hilfe für Angehörige und Freunde von Suchtkranken“ sowie „Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“. Aber auch thematisch unspezifischere Gruppen wie „Share and Care Bamberg“, „Psychologische Studien“ und „Altsasbachernetzwerk“. Weiterhin wurden Teilnehmer über die Homepage des „Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Deutschland“ gesucht und über die Emailverteiler des „Caritasverband Acher-Renchtal“, der „OASE sozialpsychiatrischer Dienst Bamberg“ und der „AWO-Beratungsstelle Bamberg“.

Die Studie wurde online mit Hilfe des Softwarepakets „SoSci-Survey“ durchgeführt. Nach den demografischen Angaben zu Geschlecht und Alter wurden die Verwandtschaftsbeziehung, die Diagnose des Angehörigen sowie Häufigkeit und Art des Kontakts erhoben. Es folgten die Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit mit Hilfe der Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985), die Erhebung Erfahrungen, die bei der Versorgung des psychisch kranken Angehörigen gemacht wurden durch das Experience with Caregiving Inventory (ECI; Szmukler et al., 1996) und die wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Interpersonal Support Evaluation List (ISEL; Cohen & Hoberman, 1983). Anschließend wurden die individuellen Copingstrategien und –gedanken mit der Kurzform des COPE (Carver, 1997; ursprüngliche Langversion: Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) erfasst sowie die Big Five Persönlichkeitsdimensionen in Form des BFI-10 (Rammstedt et al., 2013). Abschließend wurden Angst und Depressionswerte durch das State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI; Laux et al., 2013) erhoben.

Die Befragung fand von Juli bis Dezember 2016 statt und insgesamt schlossen  $N = 226$  Personen die Erhebung ab. Diese brauchten zur Bearbeitung der Studie  $M = 20.23$  min (s.a. auch 2.1 Stichprobe).

### 3 Ergebnisse

Die Daten wurden mittels multipler Regression mit schrittweisem Ausschluss der Variablen berechnet. Alle Variablen mit  $p \leq .1$  werden aus dem Modell entfernt. Im Modell verbleiben neun Variablen, die einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung der Lebenszufriedenheit leisten (s. Tabelle 2. Standardisierte **Koeffizienten**). Das Gesamtmodell erreicht eine Varianzaufklärung von 46.02% (bzw. adjustiertes  $R^2 = .4356$ ).

Tabelle 2. *Standardisierte Koeffizienten*

	<i>r</i>	$\beta$	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Alter	-0.2472	-0.1725	0.0572	-3.014	.0029
schwieriges Verhalten	-0.3266	-0.1760	0.0575	-3.059	.0025
Bewertungsunterstützung	0.3237	-0.1358	0.0775	-1.751	.0815
Selbstwertunterstützung	0.5092	0.2947	0.0738	3.995	.0001
emotionale Unterstützung	0.2664	0.1299	0.0673	1.930	.0551
Verhaltensrückzug	-0.3057	-0.0978	0.0605	-1.618	.1072
aktive Bewältigung	-0.0578	-0.1310	0.0551	-2.380	.0183
Aufgeregtheit	-0.3972	-0.1662	0.0610	-2.726	.0070
Euthymie	0.5139	0.2255	0.0701	3.219	.0015

$R = 0.6784$ ,  $R^2 = .4602$ ,  $Adj. R^2 = .4356$ ,  $F(9, 197) = 18.66$ ,  $p = .0$

Als relevante Einflussfaktoren verbleiben neun Variablen im Regressionsmodell. Von den demografischen Variablen zeigt sich nur das Alter als signifikant ( $\beta = -0.1725$ ,  $t = -3.014$ ,  $p = .0029$ ). Entgegen der Vorannahmen jedoch sind in den vorliegenden Daten nicht die jüngeren Caregiver stärker belastet, sondern die Lebenszufriedenheit sinkt mit dem Alter der versorgenden Angehörigen. Ebenfalls entgegen der Vorannahmen haben weder Diagnose noch Verwandtschaftsbeziehung einen signifikanten Einfluss im Regressionsmodell.

Als signifikante Subskala verbleibt aus dem ECI (Szmukler et al., 1996) nur das *schwierige Verhalten* mit  $\beta = -0.1760$ ,  $t = -3.059$ ,  $p = .0025$ , also wie erwartet mit negativem Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Dies ist die einzige signifikante Variable, die sich direkt auf den psychisch kranken Angehörigen bezieht. Entgegen den Erwartungen scheinen *Stigmatisierung* und *Erfahrungen mit den Versorgungseinrichtungen* in der vorliegenden Stichprobe eher eine untergeordnete Rolle zu spielen.

In Bezug auf die soziale Unterstützung, erhoben mit dem ISEL (Cohen & Hoberman, 1983) verbleibt zum einen den Erwartungen entsprechend die Subskala *Bewertungsunterstützung*, also emotionale Unterstützung, als signifikanter Einflussfaktor im Modell mit  $\beta = 0.1299$ ,  $t = 1.930$ ,  $p = .0551$ , zum anderen jedoch auch die Subskala *Selbstwertunterstützung* mit  $\beta = 0.2947$ ,  $t = 3.995$ ,  $p = .0001$ . Da meist nur emotionale und instrumentelle Unterstützung untersucht werden, nicht explizit Selbstwert-

unterstützung, ist dies ein neuer Aspekt. Bisherige Untersuchungen zum Einfluss der *instrumentellen Unterstützung* zeigten inkonsistente Ergebnisse, daher wird, auch wenn instrumentelle Unterstützung im finalen Modell nicht als signifikanter Einflussfaktor verbleibt, die Korrelation mit der Lebenszufriedenheit berichtet. Diese beträgt  $r = .34$  (s. Anhang), der Zusammenhang der instrumentellen Unterstützung mit der Lebenszufriedenheit ist in den vorliegenden Daten also gering, aber positiv.

Aus dem Fragebogen COPE (Carver, 1997) zu den von den Angehörigen genutzten Copingstrategien verbleibt die Subskala *emotionale Unterstützung* mit  $\beta = 0.1299$ ,  $t = 1.930$ ,  $p = .0551$ , was inhaltlich der Subskala Bewertungsunterstützung aus dem ISEL entspricht und den positiven Einfluss von emotionaler Unterstützung auf die Lebenszufriedenheit bestätigt. Als Variable mit negativem Einfluss auf die Lebenszufriedenheit verbleibt dagegen die Copingstrategie *Verhaltensrückzug* mit  $\beta = -0.0978$ ,  $t = -1.618$ ,  $p = .1072$ . Ebenso verbleibt die Subskala *aktive Bewältigung* als Faktor mit signifikantem Einfluss auf die Lebenszufriedenheit, allerdings entgegen der Erwartungen mit negativem Einfluss. Das Vorliegen eines Supressoreffektes wurde überprüft, die Korrelationen mit den übrigen Einflussvariablen liegen jedoch mit Korrelationen zwischen  $r = -.15$  und  $r = .18$  im niedrigen Bereich, wodurch ein Supressoreffekt ausgeschlossen werden kann. Die Korrelation mit Lebenszufriedenheit beträgt  $r = -.06$ . Überlegungen zu mögliche Gründe für den negativen Einfluss der aktiven Bewältigung auf die Lebenszufriedenheit werden in der Diskussion dargelegt (s. 4. Diskussion).

Weiterhin sollte untersucht werden, was die Nutzung von aktiven oder passiven Copingstrategien beeinflusst. Insgesamt wurde vermutet, dass aktives Coping eher einen positiven, passives Coping dagegen eher einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zeigt. Dies konnte nicht bestätigt werden, denn tatsächlich zeigt sich nur ein sehr geringer Zusammenhang mit der der Lebenszufriedenheit. Für passives Coping beträgt die Korrelation  $r = -.07$ , für aktives Coping  $r = 0$ . Auch der Zusammenhang zur erlebten sozialen Unterstützung lässt sich nach den vorliegenden Daten nicht bestätigen, mit Korrelationen zwischen  $r = -.04$  und  $r = .06$  für die einzelnen Subskalen des ISEL. Ebenso zeigen sich für die Variablen *Häufigkeit des Kontakts* und die nominalskalierte Variable *persönlicher Kontakt* keine korrelativen Zusammenhänge ( $r = -.02$  bis  $r = .07$ ). Die Persönlichkeitsdimension *Neurotizismus* weist einen geringen Zusammenhang mit der Nutzung aktiver Copingstrategien mit  $r = .14$  auf, aber keinen mit der Nutzung passiver Copingstrategien ( $r = .06$ ), die Tendenz zeigt sich also entgegengesetzt den Erwartungen, dass ein Zusammenhang zwischen Neurotizismus und der Nutzung passiver Copingstrategien besteht. Ähnlich zeigen sich die Ergebnisse für den Einfluss von *Extraversion*. Hier besteht entgegen den Erwartungen ein geringer Zusammenhang mit der Nutzung aktiver Copingstrategien mit  $r = .11$ , aber ebenfalls ein geringer Zusammenhang mit der Nutzung passiver Copingstrategien ( $r = .2$ ). Ein Zusammenhang war nur für die Nutzung aktiver Copingstrategien erwartet worden. Für aktives Coping lässt sich kein Zusammenhang mit Angstwerten nachweisen ( $r = -.06$  für Aufgeregtheit,  $r = -.03$  für Besorgnis) und auch für Dysthymie mit  $r = -.13$  und Euthymie mit  $r = .17$  sind die Zusammenhänge gering. Die Nutzung passiver Copingstrategien scheint unabhängig

von Euthymie mit  $r = .03$ , aber es besteht ein geringer Zusammenhang zur Dystymie mit  $r = .21$ , ebenso wie zu Aufgeregtheit mit  $r = .16$ . Der größte Zusammenhang besteht zur Besorgnis mit  $r = .28$ . Einschränkungen zur Interpretierbarkeit der Ergebnisse finden sich unter 4. Diskussion.

Für die Big Five Persönlichkeitsdimensionen, erhoben mit dem BFI-10 (Rammstedt et al., 2013) liegen keine signifikanten Ergebnisse vor. Für die mit dem STADI (Laux et al., 2013) erhobenen Angst- und Depressionswerte ergaben sich dagegen signifikante Ergebnisse zum einen für *Aufgeregtheit*, also die emotionale Komponente der Angst mit  $\beta = -0.1662$ ,  $t = -2.726$ ,  $p = .0070$ , also mit negativem Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Zum anderen verbleibt die *Euthymie* als beeinflussende Variable mit positiven Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit ( $\beta = 0.2255$ ,  $t = 3.219$ ,  $p = .0015$ ).

## 4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, Einflussfaktoren auf die Belastung der Angehörigen psychisch kranker Menschen zu untersuchen. Belastung wurde dabei als erniedrigte Lebenszufriedenheit mit der SWLS erfasst. Als potenzielle Einflussfaktoren wurden demografische Variablen wie Alter, Geschlecht, verwandtschaftliche Beziehung, die Diagnose des Angehörigen mit der psychischen Erkrankung sowie Häufigkeit und Art des Kontakts erfasst. Zudem wurden die Erfahrungen mit der Versorgung mit dem ECI, verschiedenen Arten der sozialen Unterstützung mit dem ISEL, die angewandten Copingstrategien mit dem COPE, die Big Five Persönlichkeitsdimensionen mit dem BFI-10 sowie Angst und Depressionswerte mit dem STADI erfasst.

Die Ergebnisse wurden mittels einer multiplen Regression mit schrittweisem Ausschluss der Variablen berechnet. Als relevante Variablen mit positivem Einfluss auf die Lebenszufriedenheit verbleiben im Regressionsmodell Bewertungsunterstützung, Selbstwertunterstützung, emotionale Unterstützung sowie Euthymie. Negativ beeinflussend sind dagegen die Variablen Alter, schwieriges Verhalten, Verhaltensrückzug, aktive Bewältigung sowie Aufgeregtheit. Die Varianzaufklärung für das Gesamtmodell erreicht ein adjustiertes  $R^2$  von .4356.

Allerdings muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, dass durch die multiple Regression mit schrittweisem Ausschluss der Variablen zwar die Wahrscheinlichkeit eines Supressoreffektes verringert werden kann, aber die Wahrscheinlichkeit für Fehler 1. Art erhöht wird. Daher kann für die im Regressionsmodell enthaltenen Variablen nicht mit Sicherheit ein signifikanter Einfluss angenommen werden. Optimal wäre eine Modellprüfung durch Kreuzvalidierung, dies ist jedoch auf Grund der Stichprobengröße nicht möglich.

Unerwartet waren sowohl der negative Einfluss des Alters sowie der aktiven Bewältigung. In der bisherigen Studienlage zeigte sich das Alter entweder gar nicht als Einflussfaktor, oder jüngere Caregiver zeigten sich stärker belastet. Dem widersprechen die vorliegenden Ergebnisse. Dabei handelt es sich nicht um einen generellen Trend, dass die Lebenszufriedenheit mit dem Alter auch in der Allgemeinbevölkerung absinkt. Die Ergebnisse des Deutschen Alterssurvey, durchgeführt vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (2012) konnten zeigen, dass die Lebenszufriedenheit in Deutschland im Alter konstant bleibt, bzw. in der Tendenz sogar leicht ansteigt. Weshalb sich die versorgenden Angehörigen in der vorliegenden Untersuchung mit steigendem Alter stärker belastet zeigten, müsste in weiterführenden Untersuchungen geklärt werden. Die aktive Bewältigung wurde durch die beiden Items „Ich habe meine Bemühungen darauf konzentriert, etwas an der Situation, in der ich bin, zu ändern“ sowie „Ich habe Maßnahmen ergriffen, um zu versuchen, meine Situation zu verbessern“ erfasst. Zunächst wurde ein Supressoreffekt vermutet, dieser konnte jedoch auf Grund der niedrigen Korrelationen mit den übrigen Einflussfaktoren ausgeschlossen werden. Eine weitere mögliche Erklärung des Effekts liegt in mangelnder Reliabilität oder Validität der Skala. Die Reliabilität liegt bei  $\alpha = .641$ , ist also fragwürdig. Auch die Validität der Skala lässt sich in Frage stellen. Bei der Konstruktion der in dieser Arbeit verwendeten Kurzform des COPE wurde eine explorative Faktorenana-

lyse durchgeführt, um die vom Autor konstruierten Subskalen zu bestätigen. Diese ergab jedoch, dass die Subskalen „aktive Bewältigung“, „Planung“ sowie „positive Umdeutung“ alle auf dem gleichen Faktor laden. Die Validität der Subskalen ist also eingeschränkt. Eine mögliche inhaltliche Erklärung für den vorliegenden Effekt wäre, dass eine umgekehrte Wirkrichtung vorliegt, also dass erst nachdem die Lebenszufriedenheit beeinträchtigt ist, Gegenmaßnahmen wie aktive Bewältigung ergriffen werden müssen. Eine Überprüfung des Effekts mit einem reliabeleren Fragebogen wäre daher wünschenswert. Dasselbe gilt für die Überprüfung der Einflussfaktoren auf die Nutzung passiver oder aktiver Coping-Strategien. Dabei wurden die Korrelationen mit sozialer Unterstützung, Häufigkeit und persönlicher Kontakt sowie die Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion, ebenso wie Angst- und Depressionswerte untersucht, die sich alle als gering zeigten. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass die Einteilung der Subskalen des COPE in passive und aktive Copingstrategien nicht vom Autor des Fragebogens vorgesehen ist und die Korrelation dieser beiden Subgruppen  $r = .49$  beträgt, es also trotz der inhaltlichen Plausibilität fraglich ist, ob diese Einteilung so vorgenommen werden kann. Im Regressionsmodell verbleiben zusätzlich zur Subskala aktive Bewältigung die Subskalen emotionale Unterstützung mit positivem Einfluss sowie die Subskala Verhaltensrückzug mit negativem Einfluss. Einschränkend müssen die bereits genannt methodischen Mängel des COPE berücksichtigt werden, sowie nach Mackay und Pakenham (2012) die starke Kontextabhängigkeit der Wirksamkeit von Copingstrategien, die sich besonders bei der facettenreichen und im einzelnen sehr unterschiedlich ausfallenden Caregiving Situation bemerkbar macht, sodass die Antwort auf die Frage, welche Copingstrategie zur Lebenszufriedenheit beiträgt, je nach Versorgungssituation sehr unterschiedlich ausfallen muss. Daher wäre die Entwicklung eines Fragebogens zum Coping speziell in Versorgungssituationen ein Vorteil für die Caregiving Forschung.

Die soziale Unterstützung betreffend zeigte sich zum einen die Subskala Bewertungsunterstützung, die der emotionalen Unterstützung entspricht, als signifikant. Dies wird auch durch die Signifikanz der COPE Subskala emotionale Unterstützung bestätigt. Zum anderen verbleibt die Subskala Selbstwertunterstützung als signifikanter Einflussfaktor. Diese wurde mit Items wie „Die meisten Leute, die ich kenne, schätzen mich.“ erhoben. Da meist nur emotionale und instrumentelle Unterstützung untersucht werden, nicht explizit Selbstwertunterstützung ist die Bedeutung der Selbstwertunterstützung ein interessanter neuer Aspekt, der in zukünftigen Erhebungen zum Einfluss der sozialen Unterstützung berücksichtigt werden sollte. Einen positiven Einfluss zeigte das Vorhandensein der mit dem STADI (Laux et al., 2013) erhobenen Euthymie, also einer positiven Grundstimmung. Negativ dagegen Aufregung als Trait erhoben. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass es für zukünftige Studien in diesem Bereich hilfreich sein könnte, Angst und Depression nicht nur in der State-Form als abhängige Variablen, sondern auch in der Trait-Form als Prädiktoren zu erheben.

Zudem war ein Ziel der vorliegenden Arbeit, den Einfluss verschiedener Diagnosen und unterschiedlicher verwandtschaftlicher Beziehungen zu prüfen. Weder Diagnose noch Verwandtschaftsbeziehung zeigten sich als signifikante Einflussfaktoren. Einschränkend muss jedoch bemerkt werden, dass das

Mengenverhältnis in Bezug auf die Diagnose sehr ungleich war, da die meisten Teilnehmer Angehörige von Patienten mit Depression oder einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis waren. Dies ist auch insofern überraschend, da nach Jacobi et al. (2014) Angststörungen in Deutschland die höchste Prävalenz haben, während Depressionen nur auf Platz zwei liegen, gefolgt von Substanzmissbrauch. In der vorliegenden Untersuchung gaben nur 5.3% der Teilnehmer an, dass ihr Angehöriger unter einer Angststörung litte. Es gibt allerdings auch insgesamt kaum Untersuchungen zur Belastung von Angehörigen von Patienten mit Angsterkrankungen. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass sich Angehörige von Menschen mit Depression oder einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis stärker belastet fühlen und daher eher Interesse an der Teilnahme einer Studie zur Belastung haben. Um dies zu beurteilen, sind jedoch weitere Untersuchungen nötig. Zudem wurde bei angegebenen Komorbiditäten nur die als „schwer“ bezeichnete Diagnose oder die als erstes genannte berücksichtigt. Bei zukünftigen Untersuchungen sollten, sofern die Stichprobe groß genug ist, auch Komorbiditäten berücksichtigt werden, oder, bei kleineren Stichproben, Diagnosen in einem Forced-Choice Verfahren ausgewählt werden, um sicher zu gehen, dass tatsächlich die vom Angehörigen als am schwerwiegendsten empfundene Diagnose berücksichtigt wird.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden können, da ein Teil der Teilnehmer in Selbsthilfegruppen akquiriert wurde. Dabei ist es wahrscheinlich, dass die Angehörigen, die sich zur Teilnahme an einer solchen Gruppe entscheiden, eine höhere Belastung aufweisen und nicht repräsentativ für die Gesamtheit der versorgenden Angehörigen sind (Schulz et al., 1997). Zudem konnte gezeigt werden, dass Teilnehmer an Selbsthilfegruppen in der Regel ein höheres Bildungsniveau, mehr Bereitschaft zu sozialem Engagement und einen vergleichsweise hohen soziökonomischen Status aufweisen (Jungbauer et al., 2001a). Da jedoch nicht alle Teilnehmer aus Selbsthilfegruppen rekrutiert wurden, sondern auch aus thematisch unspezifischeren Facebook-Gruppen, ist zu erwarten, dass sich die Verzerrungen im Vergleich zu anderen Untersuchungen in Grenzen halten. Dabei wäre es für zukünftige Untersuchungen dieser Art interessant zu erheben, auf welchem Weg die Teilnehmer auf die Studie aufmerksam wurden, da so die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen mit Angehörigen, die kein Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen, verglichen werden könnten.

Ein weiteres Problem bei der Interpretation der bisherigen Forschungsergebnisse ist, dass je nach Krankheitsbild oft unterschiedliche Gruppen von Angehörigen miteinander verglichen werden (Jungbauer et al., 2001a). So werden im Falle von schizophrenen Patienten häufig die Eltern oder andere Mitglieder der Herkunftsfamilie als Angehörige untersucht, vermutlich weil die Ablösung von der Primärfamilie oftmals durch den frühen Erkrankungsbeginn erschwert wird. Bei Patienten mit Depression werden dagegen weitaus häufiger die Ehepartner oder Kinder befragt. Diese erkrankungsspezifischen Beziehungsstrukturen bleiben häufig unberücksichtigt, obwohl der Vergleich von Eltern vs. Partner bzw. Kinder nicht unproblematisch erscheint. Dies erschwert die Generalisierbarkeit der Er-

gebnisse zur Belastung bei unterschiedlichen Verwandtschaftsbeziehungen und Diagnosen der Angehörigen. Wünschenswert wäre daher die Untersuchung der Belastung ganzer Familien, da so die Belastung der verschiedenen Familienmitglieder miteinander verglichen werden könnten und zudem Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug auf die Belastung des Betroffenen feststellbar wären (Crowe & Lyness, 2014). Ebenso finden die Veränderungen der Belastung im Krankheitsverlauf nur selten Beachtung in der Forschung, da überwiegend Querschnittsuntersuchungen vorliegen (Jungbauer et al., 2001a). Auch in den Kommentaren zur hier vorliegenden Untersuchung wurde angemerkt, wie sehr sich das Belastungserleben je nach der aktuellen Situation des Betroffenen verändern kann: „Mein Sohn war bis vor 3 Wochen im BKH krisenmäßig untergebracht, doch nun geht es ihm unerwartet gut. So war das Ausfüllen der Fragen schwierig“.

Neben den in dieser Studie erhobenen Prädiktoren gibt es noch einige weitere, deren Einfluss auf die Belastung der Angehörigen von psychisch kranken Menschen diskutiert wird und die aus ökonomischen Gründen nicht in die vorliegende Studie aufgenommen werden konnten. In Bezug auf die Erkrankung könnte zusätzlich erfasst werden, ob es sich um das erstmalige Auftreten der Erkrankung handelt und wie lange der Krankheitsausbruch zurückliegt, da gezeigt werden konnte, dass der Beginn einer psychischen Erkrankung für die Angehörigen besonders belastend ist (Gavois, Paulsson, & Fridlund, 2006; Jungbauer, Bischkopf, & Angermeyer, 2001b). Die Erbllichkeit der diagnostizierten psychischen Erkrankung kann eine zusätzliche Belastung darstellen, zum einen moderiert durch die erlebte Stigmatisierung, aber auch als unabhängiger Effekt (van der Sanden et al., 2013). Auf Seiten der Angehörigen kann die in die Versorgung des Angehörigen investierte Zeit in die Analyse mit aufgenommen werden, wobei die Belastung höher angegeben wird, je mehr Zeit in die Versorgung investiert wird (Hirst, 2005; Viana et al., 2013). In der vorliegenden Untersuchung wurde stattdessen allgemeiner nach der Häufigkeit des Kontakts gefragt, da auch Freizeit miteinander verbracht werden kann, ohne dass dies von den Betroffenen als „Versorgung“ bezeichnet wird. Ein weiterer möglicher Einflussfaktor ist die finanzielle Belastung der Angehörigen durch die Erkrankung die nach Viana et al. (2013) weltweit durchschnittlich 24% des mittleren Familieneinkommen beträgt und auch in Ländern mit hohem Einkommen noch bei 15% des mittleren Familieneinkommens liegt. Eng damit verwandt ist die Erfassung des sozioökonomischen Status der Familie, wobei ein niedrigerer sozioökonomischer Status mit höherer Belastung korreliert (Angermeyer, Matschinger, & Holzinger, 1997; Johnson, 2000; Viana et al., 2013). Neuere Studien beschäftigen sich zudem mit dem Einfluss des Köhärenzsinn (Suresky, Zauszniewski, & Bekhet, 2008) oder des inhaltlich verwandten „sense of mastery“ (z.B. Zauszniewski et al., 2010) als Resilienzfaktor. In Bezug auf die Belastung kann zusätzlich erhoben werden, ob der versorgende Angehörige ebenfalls unter einer physischen oder psychischen Erkrankung leidet (Angermeyer, Matschinger, & Holzinger, 1997; Hirst, 2005; Smith, 2003), dies wurde auch in den Kommentaren zur Untersuchung angeregt. Zuletzt könnten die Beziehungen innerhalb der Familie genauer untersucht werden, z.B. mit dem McMaster Family Assessment Device (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Dennoch muss abgewägt werden, welche Faktoren bedeutsam für



die Fragestellung sind, um die Untersuchung nicht zu sehr in die Länge zu ziehen und so die Drop-out Rate zu erhöhen.

Doch auch wenn in dieser Arbeit die Einflussfaktoren auf die Belastung der Angehörigen psychisch kranker Menschen im Vordergrund stehen, soll nicht unbeachtet bleiben, dass Angehörige auch positive Folgen berichten. Nach der Überblicksarbeit von Savage und Bailey (2004) sind die wichtigsten berichteten Effekte dabei: „Giving pleasure to the care recipient, maintaining the dignity and maximising the potential of the care recipient, experiencing enhanced relationships, meeting perceived responsibilities, sharing mutual love and support, and developing personally“ (S. 112). Die Mehrheit der Caregiver gibt an, auch Befriedigung aus der Versorgung ihres Angehörigen zu beziehen (Schofield & Bloch, 1998). In einer Interviewstudie mit Partnern von Patienten mit Schizophrenie wurde von den Betroffenen häufig eine symbiotische Partnerschaft beschrieben, vor allem, wenn die Symptomausprägung des Partner als moderat erlebt wird, wenn eine eigene psychische Erkrankung vorliegt und gegenseitiges Verständnis und Unterstützung vorhanden sind, z.B. ein geteiltes Bedürfnis nach einer geregelten Tagesroutine (Jungbauer et al., 2004). In der vorliegende Arbeit wurde versucht, die positiven Aspekte der Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen durch die Verwendung des ECI (Szmukler et al., 1996) zu berücksichtigen, der mit *positiven persönliche Erfahrungen* und *gute Seiten der Beziehung* zwei positive Subskalen enthält. Diese zeigten sich aber als nicht signifikant im Regressionsmodell. Gezeigt werden konnte jedoch, dass das Vorhandensein Euthymie, also einer positiven Stimmung, die Lebenszufriedenheit signifikant positiv beeinflusst.

Ein weiterer interessanter Forschungsansatz wäre, wie die Versorgung eines psychisch kranken Angehörigen endet und welche Auswirkungen dies hat. Bisher gibt es dazu noch wenig Ergebnisse. In einer Studie zu Partnern von Demenzkranken wurde jedoch festgestellt, dass nach der Institutionalisierung des Partners die psychische Belastung allmählich absinkt, nach dem Tod des Partners sich die physische Gesundheit jedoch verschlechtert (Bond, Clark, & Davies, 2003). Umfassendere Ergebnisse wären hierzu wünschenswert, auch für die praktische Angehörigenarbeit, um Angehörigen den Übergang aus der Versorgungssituation zu erleichtern.

Insgesamt zeigen sich Interventionen mit Angehörigen in der Regel als wirksam, auch wenn sie inhaltlich sehr unterschiedlich ausgerichtet sind. So gibt es Interventionen zur Reduzierung der Selbststigmatisierung (Perlick et al., 2011), Interventionen mit Schwerpunkt auf Psychoedukation oder die Reduzierung der psychischen Belastung (Pickett-Schenk et al., 2006) sowie Studien, die die verschiedenen Aspekte zu kombinieren versuchen (Schulze & Rössler, 2005). In einer Metaanalyse über  $N = 78$  Interventionsstudien zeigte sich, dass Effekte auf das Wissen und Fähigkeiten der Angehörigen höher waren als auf die Belastung, die Effekte insgesamt als eher klein bis moderat ( $d = .14$  bis  $.41$ ), wobei die Effekte allerdings meist nur kurzfristig untersucht wurden (Sorensen et al., 2002). Eine Reihe methodischer Mängel, z.B. in Bezug auf die mangelnde Vergleichbarkeit der abhängigen Variablen, große Unterschiede der Intensität und der Komplexität der Intervention sowie oftmals fehlende Follow-up

Untersuchungen müssen einschränkend genannt werden. Dennoch wird die prinzipielle Wirksamkeit von Interventionen mit Angehörigen belegt. Da besonders der Erkrankungsbeginn für die Angehörigen eine massive Belastung darstellt, sollten Interventionen möglichst zeitnah nach Diagnosestellung erfolgen (Jungbauer et al., 2001b). Auch kann die Angehörigenarbeit durch spezielle Trainings für Fachkräfte, die Angehörige betreuen, positiv beeinflusst werden. Kim und Salyers (2008) konnten zeigen, dass Mitarbeiter von Gesundheitszentren, die durch Trainings auf die Arbeit mit Angehörigen vorbereitet wurden, Familieninterventionen positiver gegenüberstanden, sich für diese Arbeit kompetenter fühlten, und mehr Hilfsangebote machten als Mitarbeiter, die kein Training erhalten hatten.

Ein Interessenskonflikt kann bei Familieninterventionen darüber bestehen, ob bei der Zielsetzung die Interessen des Patienten oder die der Angehörigen im Mittelpunkt stehen. Lange Zeit war, insbesondere bei der Therapie von Patienten mit Schizophrenie, das Ziel der Einbeziehung der Angehörigen, die Rehabilitationschancen des Patienten zu erhöhen und das Rückfallrisiko zu reduzieren (Lehman et al., 2004). Inzwischen geht es eher um „Hilfestellung, Entlastung und möglicherweise auch um die Mobilisierung von Selbsthilfepotenzialen“ der Angehörigen (Jungbauer et al., 2001a, S. 109). Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass bei der Arbeit mit Angehörigen vor allem der Umgang mit schwierigem Verhalten des psychisch kranken Angehörigen eine Rolle spielen sollte. Zudem spielt die soziale Integration eine wichtige Rolle. Daher sind Hilfestellungen zur Erhaltung oder zum Aufbau eines sozialen Netzwerks bedeutsam, um Verhaltensrückzug entgegen zu wirken und Quellen der sozialen Unterstützung, v.a. emotionaler und Selbstwertunterstützung aufrecht zu erhalten. Auch sollte beachtet werden, dass sich, nach der Datenlage der vorliegenden Studie, vor allem ältere Angehörige und zu Aufgeregtheit neigende Angehörige als stärker belastet zeigen und somit für diese ein höherer Unterstützungsbedarf besteht.

## 5 Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Holzinger, A. (1997). Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker [Burden of relatives of chronic psychiatric patients]. *Psychiatrische Praxis*, 24(5), 215–220.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma - a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593–602. doi:10.1007/s00127-003-0680-x
- Armstrong-Esther, C., Hagen, B., Sandilands, M., Williams, R., & Smith, C. (2005). A longitudinal study of home care clients and their informal carers. *British journal of community nursing*, 10(6), 284–291. doi:10.12968/bjcn.2005.10.6.18169
- Baronet, A. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19(7), 819–841. doi:10.1016/S0272-7358(98)00076-2
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 71–79. doi:10.1037/0893-3200.14.1.71
- Biegel, D. E., Ishler, K. J., Katz, S., & Johnson, P. (2008). Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7(1-2), 25–49. doi:10.1300/J160v07n01\_03
- Blankfeld, D. F., & Holahan, C. J. (1999). Social support, coping, and psychological adjustment among caregivers of head-injured patients. *Psychology & Health*, 14(4), 609–624. doi:10.1080/08870449908410753
- Bond, M. J., Clark, M. S., & Davies, S. (2003). The quality of life of spouse dementia caregivers: Changes associated with yielding to formal care and widowhood. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2385–2395. doi:10.1016/S0277-9536(03)00133-3
- Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. (2012). *Altern im Wandel: Zentrale Ergebnisse des deutschen Alterssurveys (DEAS)*.
- Burfeind, A. (2011). *Lebensqualität und Pflegeerfahrungen bei Angehörigen von Patienten mit psychotischen Störungen*. Lübeck.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267

- Chen, W.-Y., & Lukens, E. (2011). Well being, depressive symptoms, and burden among parent and sibling caregivers of persons with severe and persistent mental illness. *Social Work in Mental Health*, 9(6), 397–416. doi:10.1080/15332985.2011.575712
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99–125. doi:10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Crowe, A., & Lyness, K. P. (2014). Family functioning, coping, and distress in families with serious mental illness. *The Family Journal*, 22(2), 186–197. doi:10.1177/1066480713513552
- Cummins, R. A. (2001). The subjective well-being of people caring for a family member with a severe disability at home: A review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26(1), 83–100. doi:10.1080/13668250020032787
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 51, 1, 49(1).
- Draine, J., & Solomon, P. (1995). Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 46(11), 1156–1160. doi:10.1176/ps.46.11.1156
- Drapalski, A. L., Marshall, T., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., & Dixon, L. B. (2008). Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatric Services*, 59(6), 655–662. doi:10.1176/appi.ps.59.6.655
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180.
- Ewerton, M., Lützn, K., Svensson, E., & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: Experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(5), 422–432. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01539.x
- Fähndrich, E., Kempf, M., Kieser, C., & Schütze, S. (2001). Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routinangebots einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 28.
- Fleischmann, H., & Klupp, A. (2004). Zur Lebensqualität der Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 31, 114–116. doi:10.1055/s-2004-828450

- Gavois, H., Paulsson, G., & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 102–109. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00380.x
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German version of the satisfaction with life scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127–132. doi:10.1027/1015-5759/a000058
- Goodhead, A., & McDonald, J. (2007). *Informal caregivers literature review: A report prepared for the National Health Committee*.
- Hadryś, T., Adamowski, T., & Kiejna, A. (2011). Mental disorder in Polish families: Is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(5), 363–372. doi:10.1007/s00127-010-0200-8
- Harvey, K., Catty, J., Langman, A., Winfield, H., Clement, S., Burns, E. (2008). A review of instruments developed to measure outcomes for carers of people with mental health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 164–176. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01148.x
- Hirst, M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social science & medicine (1982)*, 61(3), 697–708. doi:10.1016/j.socscimed.2005.01.001
- Hoening, J., & Hamilton, M. W. (1966). Elderly psychiatric patients and the burden on the household. *Psychiatria et neurologia*, 152(5), 281–293.
- Hooker, K., Frazier, L. D., & Monahan, D. J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34(3), 386–392. doi:10.1093/geront/34.3.386
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304–319. doi:10.1002/mpr.1439
- Johnson, E. D. (2000). Differences among families coping with serious mental illness: A qualitative analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 126–134. doi:10.1037/h0087664
- Jones, S. L., Roth, D., & Jones, P. K. (1995). Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 46(2), 141–145. doi:10.1176/ps.46.2.141
- Jungbauer, J., Bischkopf, J., & Angermeyer, M. C. (2001a). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28.
- Jungbauer, J., Bischkopf, J., & Angermeyer, M. C. (2001b). "Die Krankheit hat unser Leben total verändert": Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 133–138.

- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Oxford Journals*, 30(3).
- Kartalova-O'Doherty, Y., & Doherty, D. T. (2008). Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: A mixed methods analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 19–28. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00583.x
- Kim, H.-H., Kim, S.-Y., Kim, J.-M., Kim, S.-W., Shin, I.-S., Shim, H.-J. (2015). Influence of caregiver personality on the burden of family caregivers of terminally ill cancer patients. *Palliative & supportive care*, 1–8. doi:10.1017/S1478951515000073
- Kim, H.-W., & Salyers, M. P. (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 337–345. doi:10.1007/s10597-008-9135-x
- Kronmüller, K.-T., Kratz, B., Karr, M., Schenkenbach, C., Mundt, C., & Backenstraß, M. (2006). Inanspruchnahme eines psychoedukativen Gruppenangebotes für Angehörige von Patienten mit affektiven Störungen. *Der Nervenarzt*, 77(3), 318–326. doi:10.1007/s00115-005-1894-9
- Laux, L., Hock, M., Bergner-Köther, R., Hodapp, V., & Renner, K. (2013). *Das State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Goldberg, R. (2004). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 193–217.
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114(3), 241–248.
- Macdonald, O. F. (2011). *Putting the puzzle together: Factors related to emotional well-being in parents of children with autism spectrum disorders*. University of South Florida, Florida.
- Mackay, C., & Pakenham, K. I. (2012). A stress and coping model of adjustment to caring for an adult with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 48(4), 450–462. doi:10.1007/s10597-011-9435-4
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C. de, Malangone, C., & Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social science & medicine (1982)*, 61(2), 313–322. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.064
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90. doi:10.1037/0022-3514.52.1.81

- Mehta, S. I., & Farina, A. (1988). Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology, 7*(2-3), 192.
- Melo, G., Maroco, J., & Mendonça, A. de. (2011). Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. *International journal of geriatric psychiatry, 26*(12), 1275–1282. doi:10.1002/gps.2677.
- Miller, B., Townsend, A., Carpenter, E., Montgomery, R. V. J., Stull, D., & Young, R. F. (2001). Social support and caregiver distress: A replication analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(4), S249-S256. doi:10.1093/geronb/56.4.S249
- Möller-Leimkühler, A. M., & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: The role of patient and caregiver characteristics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 262*(2), 157–166. doi:10.1007/s00406-011-0215-5
- Murray-Swank, A. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., Yang, Y., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness. *Psychiatric Services, 57*(3), 361–365. doi:10.1176/appi.ps.57.3.361
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia: A re-examination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(4), 329–336. doi:10.1007/s00127-005-0884-3
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry, 16*(4), 457–465. doi:10.1097/01.yco.0000079212.36371.c0
- Östman, M. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 181*(6), 494–498. doi:10.1192/bjp.181.6.494
- Östman, M. (2005). Family burden and relatives' participation in psychiatric care: Are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *International Journal of Social Psychiatry, 51*(4), 291–301. doi:10.1177/0020764005057395
- Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R., & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study. *Bipolar Disorders, 7*(2), 126–135. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00172.x
- Perlick, D. A., Nelson, A. H., Mattias, K., Selzer, J., Kalvin, C., Wilber, C. H., Huntington, B., Holman, C. S., & Corrigan, P. W. (2011). In our own voice - family companion: Reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services, 62*(12), 1456–1462. doi:10.1176/appi.ps.001222011
- Pernice-Duca, F. (2010). Family network support and mental health recovery. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(1), 13–27. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x
- Pickett-Schenk, S. A., Bennett, C., Cook, J. A., Steigman, P., Lippincott, R., Villagrancia, I., & Grey, D. (2006). Changes in caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with

- mental illness: Results of a randomized evaluation of a family-led education intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 545–553. doi:10.1037/0002-9432.76.4.545
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytic comparison. *Aging & mental health*, 8(5), 438–449. doi:10.1080/13607860410001725036
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P33-P45.
- Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2013). A short scale for assessing the big five dimensions of personality. *Methoden, Daten, Analysen*, 7(2), 233–249. doi:10.12758/mda.2013.013
- Reinhard, S. C. (1994). Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing & Health*, 17(2), 79–88. doi:10.1002/nur.4770170203
- Reinhard, S. C., Gubman, G. D., Horwitz, A. V., & Minsky, S. (1994). Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 17(3), 261–269. doi:10.1016/0149-7189(94)90004-3
- Sanders, A., Szymanski, K., & Fiori, K. (2014). The family roles of siblings of people diagnosed with a mental disorder: Heroes and lost children. *International Journal of Psychology*, 49(4), 257–262. doi:10.1002/ijop.12020
- Savage, S., & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: A review of the literature. *Australian Health Review*, 27(1), 111. doi:10.1071/AH042710111
- Schmid, R., Spießl, H., & Cording, C. (2005). Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73(12), pp. 736-749.
- Schofield, H., & Bloch, S. (1998). *Family caregivers: Disability, illness, and ageing*. St Leonards, N.S.W.: Allen & Unwin in association with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth).
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The caregiver health effects study. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 110–116.
- Schulze, B., & Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: Review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 684–691.
- Silver, T. (1999). Families of persons with mental illness and substance use related disorders: Considerations for service delivery. *Administration and Policy in Mental Health*, 26(5), 361–367. doi:10.1023/A:1021283201891



- Smith, G. C. (2003). Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 54(6), 871–877. doi:10.1176/appi.ps.54.6.871
- Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356–372. doi:10.1093/geront/42.3.356
- Spangenberg, J. J., & Theron, J. C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *The Journal of psychology*, 133(3), 253–262. doi:10.1080/00223989909599738
- Spillman, B. C., & Black, K. J. (2005). *Staying the course: Trends in family caregiving*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.
- St-Onge, M., & Lavoie, F. (1997). The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: Factors associated with their psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 25(1).
- St-Onge, M., Lavoie, F., & Cormier, H. (1995). Les difficultés perçues par des mères de personnes atteintes de troubles psychotiques face au système de soins professionnels. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 89. doi:10.7202/032335ar
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 52(12), 1633–1638. doi:10.1176/appi.ps.52.12.1633
- Suresky, M. J., Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2008). Sense of coherence and quality of life in women family members of the seriously mentally ill. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(3), 265–278. doi:10.1080/01612840701869601
- Szmukler, G., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31(137-148).
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 125–132. doi:10.1016/S0920-9964(03)00191-9
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1993). Participatory research on cognitive coping: From concepts to research planning. *Cognitive coping, families, and disability*, 1–14.
- van der Sanden, R. L. M., Bos, A. E. R., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 73–80. doi:10.1037/a0031752
- Viana, M. C., Gruber, M. J., Shahly, V., Alhamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., ... (2013). Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental

- Health (WMH) surveys. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 115–125. doi:10.1590/1516-4446-2012-0919
- Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K. T., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J., & Levinson, D. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophrenia Research*, 34, 169–180.
- Weltgesundheitsorganisation (Ed.). (2002). *The world health report: Vol. 2001. Mental health: New understanding, new hope* (repr). Geneva: World Health Organization.
- Wittmund, B., Nause, B., & Angermeyer, M. C. (2005). Alltagsbelastungen von Partnern psychisch Kranker - Ansätze für eine nutzerorientierte Angehörigenarbeit. *Psychiatrische Praxis*, 32(5), pp. 233-238.
- Wolfe, B., Song, J., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2014). Ripple effects of developmental disabilities and mental illness on nondisabled adult siblings. *Social Science & Medicine*, 108, 1–9. doi:10.1016/j.socscimed.2014.01.021
- Wrosch, C., Amir, E., & Miller, G. E. (2011). Goal adjustment capacities, coping, and subjective well-being: The sample case of caregiving for a family member with mental illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 934–946. doi:10.1037/a0022873
- Yarrow, M. R., Schwartz, C. G., Murphy, H. S., & Deasy, L. C. (1955). The psychological meaning of mental illness in the family. *Journal of Social Issues*, 11(4), 12–24. doi:10.1111/j.1540-4560.1955.tb00340.x
- Zarit, S. H., & Edwards, A. B. (2008). *Family caregiving: Research* (2nd ed.). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2014). Factors associated with the emotional distress of women family members of adults with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 102–107. doi:10.1016/j.apnu.2013.11.003
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *The Nursing clinics of North America*, 45(4), 613-26, vii. doi:10.1016/j.cnur.2010.06.007

## Anhang

Tabelle 3. Mittelwerte, Standardabweichungen und Korrelationen der Prädiktoren

	M	SD	ecineg	verh	symp	stigm	probl	ausw	unterst	abhaeng	zugr
ecipos	2.6	0.59	0.29**	0.04	0.26**	0.21**	0.26**	0.13	0.16*	0.26**	0.24**
ecineg	2.95	0.64		0.76**	0.69**	0.66**	0.74**	0.73**	0.77**	0.76**	0.74**
verh	3.1	0.92			0.54**	0.36**	0.44**	0.54**	0.58**	0.45**	0.43**
symp	3.34	0.95				0.39**	0.36**	0.34**	0.45**	0.5**	0.49**
stigm	2.69	0.87					0.38**	0.57**	0.41**	0.47**	0.44**
probl	2.7	0.91						0.47**	0.54**	0.57**	0.48**
ausw	3.03	0.86							0.5**	0.48**	0.43**
unterst	2.78	0.85								0.53**	0.54**
abhaeng	3.26	0.83									0.59**
zugr	2.81	0.83									
erfah	2.57	0.67									
bez	2.65	0.74									
mat	3.14	0.62									
bew	3.01	0.62									
selbst	2.95	0.46									
zug	3.04	0.58									
copeakt	3.14	0.55									
copepas	2.42	0.35									
ablenk	3.14	0.77									
bewaelt	3.14	0.69									
verleug	1.97	0.94									
drog	1.77	0.98									
emot	3	0.89									
rueck	1.9	0.84									
ausl	2.92	0.7									
instr	2.91	0.8									
umdeu	2.49	0.81									
beschul	2.67	0.89									
plan	3.36	0.68									
humor	1.71	0.82									
akze	3.01	0.84									
reli	2.05	1.06									
offen	3.71	0.97									
gewiss	3.76	0.74									
extra	3.29	0.99									
neuro	3.31	0.86									
lz	4.38	1.37									
aufg	2.39	0.64									
beso	2.51	0.77									
euth	2.4	0.64									
dysth	2.13	0.63									
hauf_kontakt	4.92	1.46									
pers_kontakt	0.6	0.49									

	erfah	bez	mat	bew	selbst	zug	copeakt	copepas	ablenk	bewaelt
ecipos	0.88**	0.81**	0.08	0.05	0.08	0.08	0.23**	0.21**	-0.02	0.15*
ecineg	0.29**	0.19**	-0.12	-0.29**	-0.24**	-0.19**	0.15*	0.31**	0.16*	0.11
verh	0.19**	-0.15*	-0.03	-0.15*	-0.16*	-0.11	0.12	0.22**	0.08	0.06
symp	0.26**	0.17*	-0.03	-0.16*	-0.13	-0.12	0.1	0.17*	0.11	0.06
stigm	0.18**	0.17*	-0.18**	-0.43**	-0.21**	-0.24**	0.02	0.24**	0.27**	0.1
probl	0.25**	0.19**	-0.04	-0.2**	-0.11	-0.1	0.21**	0.21**	0.05	0.19**
ausw	0.17*	0.04	-0.08	-0.23**	-0.15*	-0.13	0.11	0.25**	0.2**	0.09
unterst	0.17*	0.08	-0.15*	-0.21**	-0.26**	-0.16*	0.06	0.21**	0.09	0.01
abhaeng	0.17*	0.28**	-0.19**	-0.27**	-0.25**	-0.2**	0.15*	0.25**	0.12	0.1
zugr	0.2**	0.21**	-0.09	-0.18**	-0.18**	-0.11	0.07	0.28**	0.12	-0.01
erfah		0.43**	0.15*	0.11	0.07	0.12	0.24**	0.25**	0.01	0.15*
bez			-0.02	-0.03	0.06	0.01	0.15*	0.09	-0.04	0.09
mat				0.63**	0.56**	0.72**	0.24**	0.05	0.01	0.07
bew					0.57**	0.75**	0.33**	0.06	0.01	0.13
selbst						0.66**	0.26**	-0.04	0.11	0.18**
zug							0.31**	0.06	0.08	0.1
copeakt								0.49**	0.37**	0.79**
copepas									0.43**	0.35**
ablenk										0.47**

	verleug	drog	emot	rueck	ausl	instr	umdeu	beschul	plan	humor
ecipos	0.17*	0.03	0.13	-0.11	0.14*	0.14*	0.32**	0.08	0.26**	0.04
ecineg	0.38**	0.15*	-0.12	0.35**	0.01	-0.09	0.2**	0.31**	0.36**	0.13
verh	0.19**	0.06	-0.05	0.36**	0.09	0	0.08	0.11	0.22**	0.25**
symp	0.17*	0.12	-0.15*	0.14*	0.04	-0.11	0.17*	0.18**	0.31**	0.05
stigm	0.44**	0.18**	-0.28**	0.26**	-0.08	-0.24**	0.14*	0.33**	0.22**	-0.02
probl	0.32**	0.11	-0.04	0.2**	-0.05	0	0.16*	0.17*	0.32**	0.14*
ausw	0.31**	0.04	-0.14*	0.35**	-0.01	-0.08	0.19**	0.26**	0.28**	0.09
unterst	0.24**	0.15*	-0.04	0.3**	-0.02	-0.04	0.09	0.19**	0.17*	0.11
abhaeng	0.28**	0.09	-0.11	0.25**	0.06	-0.09	0.15*	0.24**	0.36**	0.04
zugr	0.32**	0.18*	0	0.24**	-0.04	-0.06	0.18*	0.39**	0.24**	0.01
erfah	0.19**	0.03	0.16*	-0.02	0.14*	0.19**	0.27**	0.01	0.21**	0.13
bez	0.09	0.02	0.05	-0.19**	0.1	0.03	0.27**	0.13	0.24**	-0.1
mat	-0.11	-0.06	0.36**	-0.15*	0.07	0.34**	0.12	-0.09	0.11	0.06
bew	-0.24**	-0.07	0.62**	-0.3**	0.15*	0.55**	0.08	-0.22**	0.03	0.05
selbst	-0.29**	-0.08	0.38**	-0.32**	0.06	0.3**	0	-0.24**	0.09	0.08
zug	-0.2**	-0.11	0.59**	-0.24**	0.13	0.48**	0.01	-0.11	0.09	0.04
copeakt	0.07	0.17*	0.5**	-0.19**	0.38**	0.74**	0.32**	0.14*	0.77**	0.1
copepas	0.49**	0.46**	0.36**	0.36**	0.44**	0.32**	0.57**	0.46**	0.47**	0.43**
ablenk	0.11	0.1	0.17*	0.16*	0.15*	0.12	0.11	0.09	0.32**	0.11
bewaelt	0.1	0.15*	0.15*	-0.15*	0.2**	0.33**	0.23**	0.08	0.52**	0.04
verleug		0.16*	-0.12	0.38**	0.06	-0.12	0.29**	0.39**	0.2**	0.08
drog			0.06	0.07	0.13	0.02	0.19**	0.32**	0.23**	0.12
emot				-0.17*	0.26**	0.75**	0.11	-0.03	0.18**	0.11
rueck					0.03	-0.21**	0.09	0.17*	-0.06	0.17*
ausl						0.4**	0.11	0.02	0.26**	0.16*
instr							0.13	-0.04	0.3**	0.1
umdeu								0.23**	0.38**	0.28**
beschul									0.31**	-0.01
plan										0.09
	akze	reli	offen	gewiss	extra	neuro	lz	aufg	beso	euth
ecipos	0.11	0.05	-0.05	0.01	0.19**	0.1	0.04	0.04	0.09	0.07
ecineg	-0.29**	0.05	-0.12	-0.03	-0.01	0.14*	-0.37**	0.36**	0.47**	-0.3**
verh	-0.22**	0.03	-0.08	-0.06	0.04	0.12	-0.33**	0.26**	0.33**	-0.14*
symp	-0.13	0.03	-0.12	-0.02	-0.02	0.09	-0.24**	0.25**	0.32**	-0.19**
stigm	-0.28**	0.06	-0.09	0.02	-0.12	0.15*	-0.25**	0.34**	0.37**	-0.3**
probl	-0.17*	0	-0.02	0.01	0	-0.01	-0.18**	0.15*	0.21**	-0.17*
ausw	-0.26**	0.06	-0.04	0.03	0.01	0.12	-0.26**	0.27**	0.33**	-0.21**
unterst	-0.18*	-0.02	-0.11	-0.03	-0.03	0.14	-0.37**	0.3**	0.36**	-0.28**
abhaeng	-0.21**	0.14*	-0.13	-0.01	0.02	0.14*	-0.37**	0.33**	0.43**	-0.36**
zugr	-0.28**	0.06	-0.12	-0.07	-0.04	0.11	-0.23**	0.3**	0.49**	-0.23**
erfah	0.1	0.07	0	0	0.15*	0.09	0.01	0.02	0.05	0.1
bez	0.09	0.01	-0.09	0.02	0.16*	0.09	0.07	0.06	0.1	0.01
mat	0.08	-0.02	0.12	0.07	0.35**	-0.24**	0.34**	-0.27**	-0.22**	0.44**
bew	0.19**	0.03	0.2**	0.12	0.35**	-0.17*	0.32**	-0.32**	-0.3**	0.46**
selbst	0.2**	-0.02	0.2**	0.26**	0.37**	-0.33**	0.51**	-0.41**	-0.4**	0.58**
zug	0.07	0.04	0.24**	0.12	0.44**	-0.23**	0.37**	-0.3**	-0.23**	0.53**
copeakt	0.12	0.23**	0.09	0.12	0.2**	-0.05	0	-0.06	-0.03	0.17*
copepas	-0.04	0.44**	0.02	-0.05	0.11	0.14*	-0.07	0.16*	0.28**	0.03
ablenk	-0.09	0.1	-0.03	0.16*	-0.07	0.06	-0.08	0.06	0.15*	0
bewaelt	0.15*	0.18*	0.12	0.21**	0.05	-0.09	-0.06	-0.1	-0.05	0.11
verleug	-0.26**	0.04	-0.05	0.07	-0.07	0.14*	-0.19**	0.23**	0.39**	-0.18**
drog	-0.23**	0.02	-0.05	-0.13	-0.02	0.17*	-0.04	0.17*	0.21**	-0.11
emot	0.05	0.17*	0.04	-0.01	0.29**	-0.09	0.27**	-0.17*	-0.13	0.31**
rueck	-0.29**	0.02	-0.09	-0.11	-0.12	0.22**	-0.31**	0.32**	0.37**	-0.21**
ausl	0.07	0.14	0.1	0.01	0.24**	0.04	0.03	0.06	0.11	0.19**
instr	0.12	0.17*	0.07	0	0.25**	-0.1	0.13	-0.17*	-0.16*	0.28**
umdeu	0.01	0.14*	-0.07	-0.06	0.09	0.04	0.04	0.02	0.11	0.03
beschul	-0.31**	0.06	-0.07	-0.11	-0.01	0.33**	-0.17*	0.33**	0.37**	-0.19**
plan	0	0.17*	0.02	0.07	0.14*	0.08	-0.1	0.14*	0.18**	-0.03
humor	-0.08	0.03	0.09	-0.14*	0.19**	-0.04	0.04	-0.03	-0.03	0.2**
akze		0.03	0.04	0.14*	0.03	-0.32**	0.13	-0.38**	-0.39**	0.16*
reli			0.17*	0.01	0.01	0.03	-0.01	0.04	0.03	0.01
offen				0.04	0.19**	-0.13	0.16*	-0.08	-0.1	0.33**
gewiss					0.01	-0.16*	0.04	-0.09	-0.05	0.05
extra						-0.05	0.21**	-0.05	-0.08	0.48**
neuro							-0.24**	0.66**	0.48**	-0.32**
lz								-0.4**	-0.33**	0.51**
aufg									0.63**	-0.35**
beso										-0.35**

	dysth	hauf_kontakt	pers_kontakt
ecipos	0.03	0.15*	0.08
ecineg	0.38**	0.15*	0.18**
verh	0.23**	-0.02	0.06
symp	0.28**	0.21**	0.2**
stigm	0.37**	0.07	0.2**
probl	0.16*	0.08	0.09
ausw	0.3**	0.02	0.16*
unterst	0.29**	0.15*	0.14*
abhaeng	0.35**	0.3**	0.21**
zugr	0.34**	0.07	0.03
erfah	-0.01	0.01	-0.01
bez	0.07	0.26**	0.17*
mat	-0.35**	-0.05	-0.06
bew	-0.44**	-0.06	-0.13
selbst	-0.54**	-0.03	-0.12
zug	-0.42**	-0.07	-0.21**
copeakt	-0.13	0.07	0.05
copepas	0.21**	0.02	-0.02
ablenk	0.07	0.01	0.07
bewaelt	-0.13	0.02	0.08
verleug	0.28**	-0.03	-0.02
drog	0.27**	0	-0.11
emot	-0.26**	-0.02	-0.13
rueck	0.41**	0.03	0.06
ausl	0.01	0.02	0
instr	-0.25**	0.02	-0.04
umdeu	0.07	0.12	0.07
beschul	0.31**	0.05	0.02
plan	0.11	0.14*	0.09
humor	-0.02	-0.03	0.03
akze	-0.36**	-0.03	-0.04
reli	0.08	-0.02	0.01
offen	-0.2**	-0.18**	-0.07
gewiss	-0.24**	0	-0.15*
extra	-0.19**	-0.08	-0.1
neuro	0.46**	0.05	0.06
lz	-0.44**	-0.11	-0.13
aufg	0.64**	0.08	0.06
beso	0.6**	0.04	-0.04
euth	-0.55**	-0.12	-0.13
dysth		0.03	0.1
hauf_kontakt			0.33**
pers_kontakt			

Note: \*p < .05, \*\*p < .01 (two-tailed). N = 207

## **Erklärung**

Ich erkläre hiermit gemäß § 30 Abs. 6 Satz 2 PO, dass ich die vorstehende Masterarbeit selbstständig angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden und dass die in maschinenlesbarer Form eingereichte Fassung mit der schriftlichen Fassung identisch ist.

Datum, Unterschrift