

**Erfassung der Problembereiche, des Bedarfs und der Bedürfnisse an
Unterstützung von Angehörigen schizophrener und essgestörter
PatientInnen**

Inaugural-Dissertation

in der Fakultät Pädagogik, Philosophie und Psychologie

der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von

Holmer Graap

aus

Kempton/Allgäu

Bamberg, den 28. März 2007

Danksagung

Hiermit möchte ich folgenden Menschen meinen Dank ausdrücken:

Florian Herbst, Charlotte Scherzinger, Christian Postler, Yvonne Trostmann, Stefan Bleich, Julia Wilhelm, Thomas Hillemacher und Theresa Biermann für die Vermittlung und/oder Unterstützung beim Angehörigeninterview.

Den vielen Patienten und Angehörigen, ohne die diese Untersuchung nicht hätte durchgeführt werden können.

Dem Team der Station P 32 des Universitätsklinikums Erlangen.

Professor Wancata, welcher mir hilfreiche Tips hinsichtlich der Fragebögen und des Interviews gab.

Patricia Albert für ihre schnelle und sorgfältige Unterstützung bei der Formatierung dieser Arbeit.

Frau Professor de Zwaan für die Ermöglichung dieser Arbeit.

Professor Reinecker für die kurzfristigen und hilfreichen Gespräche und die Ermunterung zum Durchhalten.

Meiner Mutter Erika für den Zuspruch, die Unterstützung und den steten Glauben an mich, auch in schweren Zeiten.

Meinen Kindern Rica und Linus, die oftmals auf ihren Papa verzichten mussten, wenn dieser in seinem Arbeitszimmer verschwand.

Am meisten Dank gebührt jedoch meiner Frau Christine, die mich stets unterstützte, mir oft den Rücken freihielt und somit erst die Fertigstellung dieser Arbeit ermöglichte.

Außerdem danke ich allen, die mich in den letzten Jahren unterstützt haben und die ich an dieser Stelle vergessen habe

Holmer Graap

INHALTSVERZEICHNIS:

1.	Einleitung	006
1.1	Essstörungen und mögliche Folgen	006
1.1.1	Ein Störungsmodell für Anorexia nervosa & Bulimia nervosa	007
1.1.2	Behandlung von Anorexia nervosa & Bulimia nervosa	011
1.2	Schizophrenie und mögliche Folgen	011
1.2.1	Ein Störungsmodell für Schizophrenie	012
1.2.2	Behandlung von Schizophrenie	014
2.	Problemstellung und Stand der Forschung	017
2.1	Bedarf-Bedürfnis-Belastung: eine Begriffsbestimmung	017
2.2	Die Situation von Angehörigen essgestörter PatientInnen	019
2.3	Die Situation von Angehörigen schizophrener PatientInnen	023
2.3.1	Die unterschiedlichen Rollen von Angehörigen für die Forschung	023
2.3.2	Die Belastungen von Angehörigen schizophrener PatientInnen	026
2.3.3	Mögliche Zusammenhänge in Bezug auf die Belastung	027
2.3.4	Die Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener PatientInnen	029
2.4	Belastungsreduktion durch Angehörigenarbeit	031
2.5.	Interventionen bei Angehörigen	032
2.6	Gemeindenahe Versorgung für Angehörige in Deutschland	033
2.7	Nehmen Angehörige Unterstützungsangebote an?	035
2.8	Soziale Unterstützung und Soziale Netzwerke	036
2.9	Zusammenfassung	046
3.	Projektziele und Methodik	047
3.1	Projektziele	047
3.2	Kriterien einer Bedarfserhebung	050
3.3	Methodik	051
3.3.1	Vorgehen	051
3.3.2	Erhebungsinstrumente	053
3.3.3	Statistische Auswertung	061

3.4	Ethikvotum	061
4.	Ergebnisse	062
4.1	Beschreibung der Stichprobe: Angehörige	062
4.2	Zusammenhang Belastung – soziodemografische Faktoren	068
4.3	Beschreibung der Stichprobe: PatientInnen	069
4.4	Fragestellung 1	077
4.5	Fragestellung 2	078
4.6	Fragestellung 3	101
4.7	Fragestellung 4	112
4.8	Fragestellung 5	113
4.9	Fragestellung 6	117
4.10	Fragestellung 7	118
5.	Diskussion	119
5.1	Geschlecht der Angehörigen	119
5.2	Problembelastung im CNA	120
5.3	Unterstützungswünsche im CNA	122
5.4	Unterstützungswünsche im CNA – differenziert	124
5.5	Unterstützungsbedürfnis im CaNam	125
5.6	SF-36	126
5.7	Burden Inventory	127
5.8	Zusammenhang Schweregrad der Erkrankung – Belastung der Angehörigen	127
5.9	Beschränkungen der Untersuchung	129
6.	Schlussfolgerung	130
7.	Zusammenfassung	131
8.	Verzeichnisse	134
8.1	Literatur	133
8.2	Tabellenverzeichnis	151
8.3	Abbildungsverzeichnis	154
8.4	Anhang	155
8.5	Erklärung	190
8.6	Lebenslauf	191

1. Einleitung

Diese Studie versucht, die konkreten Bedürfnisse und den Bedarf an Unterstützung von Angehörigen schizophrener und essgestörter PatientInnen zu erheben. Dies erscheint uns deshalb so wichtig, da Angehörige eine der wichtigsten Versorgungsinstanz für PatientInnen (nicht nur) dieser Störungsbilder darstellen. Ihre Probleme bei dieser Aufgabe wurden von der Wissenschaft bislang unzureichend untersucht, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass bei den Angehörigen ein hoher, ungedeckter Unterstützungsbedarf besteht. Um Abhilfe leisten zu können ist es wichtig zu wissen, welche Unterstützungsangebote für welche Angehörige hilfreich und sinnvoll wären. Wir möchten außerdem klären, ob es Bedarfs- und Bedürfnisunterschiede an Unterstützung zwischen den Angehörigen von schizophrenen und essgestörten PatientInnen gibt.

1.1 Essstörungen und mögliche Folgen

Essstörungen haben innerhalb der letzten 20 Jahre sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der wissenschaftlichen Forschung zunehmend an Aufmerksamkeit erfahren. Die Definition der Bulimia nervosa als eigenständiges Krankheitsbild im Diagnostischen und Statistischen Manual psychiatrischer Störungen (DSM-III, 1980) machte den Behandlungsbedarf deutlich und führte zu einer enormen Zunahme wissenschaftlicher Veröffentlichungen zu diesem Thema.

In der bislang letzten Fassung führt das DSM-IV fünf Krankheitsbilder unter der Rubrik „Essstörungen“ auf, von denen wir die zwei häufigsten kurz beschreiben wollen.

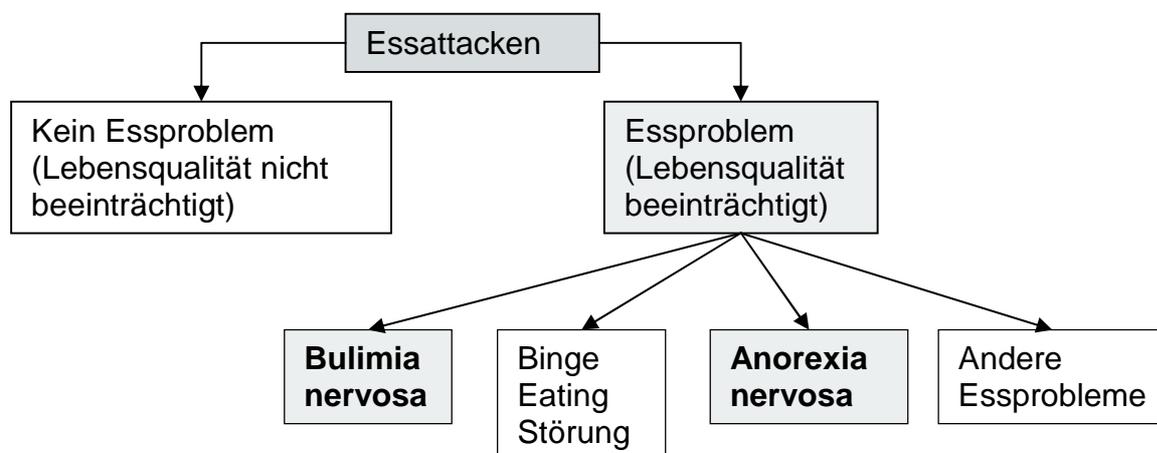


Abbildung 1: Übersicht Essattacken und Essstörungen (Fairburn, 1995)

Bei Anorexia nervosa kommt es zu einem starken Gewichtsverlust aufgrund von strikter Kalorienreduktion. Dieser Gewichtsverlust wird von einer Vielzahl körperlicher Symptome begleitet. Als psychische Kennzeichen sind eine übermäßige Angst vor Gewichtszunahme und ein verzerrtes Körperschema typisch. Die Anorexia nervosa beginnt üblicherweise um die Zeit der Pubertät, er werden jedoch auch Ersterkrankungen vor dem 10. Lebensjahr und nach dem 25. Lebensjahr beschrieben (vgl. Köhle et al. 1996). Ca. 35% der Fälle nehmen einen chronischen Verlauf, ca. 10% enden letal.

Bei der Bulimia nervosa kommt es zu häufigen Essanfällen, denen oft selbstinduziertes Erbrechen folgt. Das Körpergewicht liegt oft im Normalbereich. Aufgrund intermittierender Fastenepisoden kommt es zu Veränderungen auf physiologischer Ebene. Die PatientInnen beschäftigen sich übermäßig mit der eigenen Figur, welcher eine enorme Bedeutung für das Selbstwertgefühl der PatientInnen zukommt. Die Erkrankung manifestiert sich im Durchschnitt zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr. Ca. 20% der Erkrankungen nehmen einen chronischen Verlauf.

1.1.1 Ein Störungsmodell für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Es liegen verschiedene Modelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa vor, ein einheitliches Modell existiert jedoch nicht. Ohne den Anspruch, ein zusammenfassendes Modell entwickeln zu wollen sind im Folgenden einige aus heutiger Sicht relevante Faktoren zusammengestellt und sollen kurz besprochen werden. Es wird heute davon ausgegangen, dass eine Reihe sogenannter Vulnerabilitätsfaktoren das Risiko erhöhen, an einer Essstörung zu erkranken, welche dann zum Ausbruch kommt, wenn zusätzlich gewisse auslösende Faktoren hinzukommen. Darüber hinaus sind für die Behandlung von Essstörungen neben den auslösenden vor allem die aufrechterhaltenden Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung. Diese sind oft mit den ursprünglich auslösenden Bedingungen nicht identisch und stehen oftmals in Zusammenhang mit diversen somatischen und physiologischen Veränderungen, welche infolge des gestörten Essverhaltens auftreten. Wie Fairburn und Harrison (2003) in ihrer Literaturübersicht betonen, sagt eine Auflistung der möglichen Bedingungsfaktoren noch nichts aus über die individuelle Verarbeitung und das Zusammenwirken und die Interaktion der jeweiligen pathogenen Anteile im Einzelfall. Zudem ist, wie oben erwähnt, davon auszugehen, dass sich deren Einfluss und Gewicht über den Krankheitsverlauf hin verändert. Dies sei vorausgeschickt. Nun die wichtigsten empirisch bestätigten Einflussfaktoren in der Übersicht.

Allgemeine Risikofaktoren für die Entwicklung einer Anorexia oder Bulimia nervosa :

- weibliches Geschlecht. Von beiden Störungsbildern sind überwiegend Frauen betroffen.
- Adoleszenz oder frühes Erwachsenenalter. Da das Ersterkrankungsalter für Anorexia nervosa sich verringert müsste heute bereits späte Kindheit als Risikofaktor mit aufgenommen werden.
- Leben in einer westlichen Gesellschaft. In anderen Kulturen lassen sich bislang nur dann Essstörungen feststellen, wenn diese mit westlichen Kulturen in Kontakt kamen.

Individuelle Risikofaktoren:

Familienanamnese:

- Essstörung in der Familie. Hier liegen Hinweise auf eine genetische Beteiligung aus Zwillingsstudien und molekulargenetischen Studien bei beiden Diagnosegruppen vor.
- Depressionen, Ängste, Zwangserkrankungen in der Familie
- Substanzmissbrauch, auch Alkohol (betrifft vor allem Bulimia nervosa)
- Übergewicht bei den Eltern oder selbst in Kindheit übergewichtig (betrifft ebenfalls vor allem Bulimia nervosa)

Prämorbide Auffälligkeiten:

- Niedriges Selbstwertgefühl. Dies wird als äußerst wichtiger Faktor erachtet und sollte in der Therapie besondere Beachtung erfahren.
- Perfektionismus (vor allem bei Anorexia nervosa)
- Angststörung, vor allem soziale Phobie und Trennungsangst
- Adipositas (vor allem bei Bulimia nervosa)
- Früher Beginn der Menarche (vor allem bei Bulimia nervosa)

Prämorbide Erfahrungen:

- Verhalten der Eltern: geringer Kontakt, Eheprobleme der Eltern (vor allem bei Bulimia nervosa), hohe Erwartungen der Eltern an das Kind, überbehütendes und ängstliches Verhalten der Eltern (vor allem bei Anorexia nervosa). Es sei betont, dass heute nicht von einem monokausalen Zusammenhang Elternverhalten – Essstörung auszugehen ist. Vielmehr wird heute von einer Interaktionsstörung ausgegangen, die dem Umstand Rechnung trägt, dass Elternverhalten auch als Reaktion auf frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten der Kinder gesehen werden

kann oder muss. Eine vorschnelle Schuldzuweisung an die Eltern hat in der Vergangenheit bereits viele Nöte bei den Betroffenen ausgelöst und trug nichts zur Verbesserung der Prognose der Essstörung bei.

- Sexueller Missbrauch
- Häufiges Diätverhalten in der Familie
- Kritik an Essverhalten , Figur oder Gewicht durch Familienmitglieder, Freunde oder andere
- Berufs- oder freizeitbedingter Schlankheitsdruck (Tänzerin, Ballett, Modell, Leistungssportlerin etc.)

Prozesshaftes Zusammenwirken:

Vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle haben Einfluss auf die Behandlung von Essstörungen genommen. Wie oben erwähnt, kann man zwischen auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen unterscheiden.

Als wichtigster Einstiegsfaktor ist restriktives Essverhalten zu sehen. Dieses wiederum resultiert häufig aus einem Wunsch nach Kontrolle über das eigene Leben, vor allem bei gleichzeitigem Vorhandensein von „kritischen Lebensereignissen“, wie zum Beispiel Verlust von wichtigen Bezugspersonen, Trennung, Veränderung der Lebensumwelt durch Umzug oder ähnliches, neuen Leistungsanforderungen in Schule oder Ausbildung oder auch körperlichen Veränderungen im Zuge der Pubertät und damit einhergehende Rollenerwartungen der Umwelt. Dieses Kontrollgefühl wird im Falle einer Essstörung versucht durch kontrolliertes Essen zu erzeugen, was anfangs auch gelingen mag.

Der zweite wichtige Auslöser für das restriktive Essverhalten ist eine übergroße Bedeutung, die die eigene Figur oder das eigene Gewicht für das Selbstwertgefühl der Betroffenen hat. Meist werden die Betroffenen durch Bemerkungen oder Kritik in diesem Bereich sensibilisiert. Egal, welcher der beiden Auslöser bedeutsamer war, wichtig ist, der jeweilige Erfolg des restriktiven Essens ist zunächst massiv selbstverstärkend: die Patientin macht vielleicht erstmals in ihrem Leben die Erfahrung, etwas kontrollieren zu können oder erhält vom sozialen Umfeld (vor allem in westlichen Zivilisationen) Anerkennung, Zuwendung, Lob oder Bewunderung. Zunächst nimmt die Leistungsfähigkeit zu und das Selbstwertgefühl steigert sich, bleibt jedoch anfällig für Störungen, da es sich hauptsächlich aus der Anerkennung für körperliche Attraktivität nährt. Die Risiken, die dies mit sich bringt sind offensichtlich.

Nach und nach setzen jedoch noch andere Prozesse ein, die die Essstörung aufrecht erhalten. Es kommt bei den Patienten schnell zu einem Völlegefühl, das Thema Essen nimmt immer mehr Raum ein, läuft zunehmend ritualisiert und rigide nach festen Regeln ab und lässt kaum Platz für andere, wichtige Themen, was unter anderem zu sozialem Rückzug führt. Hierdurch bleiben bestimmte soziale Fertigkeiten, welche sich gerade in dieser kritischen Altersperiode durch Übung etablieren unterentwickelt, was das Selbstwertgefühl weiter schwächt und weiter auf die Dimensionen Attraktivität und Figur reduziert. Die soziale Rückzugstendenz nimmt weiter zu. Die Stimmung wird immer mehr von „Hungererfolgen“ abhängig und labil. Rigides Diät halten erhöht zudem deutlich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Heißhungeranfällen. Diese führen im Sinne eines Teufelskreises zu vermehrten Ängsten über Gewichtszunahme sowie Furcht vor weiterem Kontrollverlust, was meist in einem intensiveren Versuch der Kontrollgewinnung in Form von restriktivem Essverhalten endet, welches wiederum die Gefahr für einen erneuten Heißhungeranfall erhöht und so weiter.

Das Zusammenwirken der genannten Faktoren soll in Abbildung 2 grafisch verdeutlicht werden.

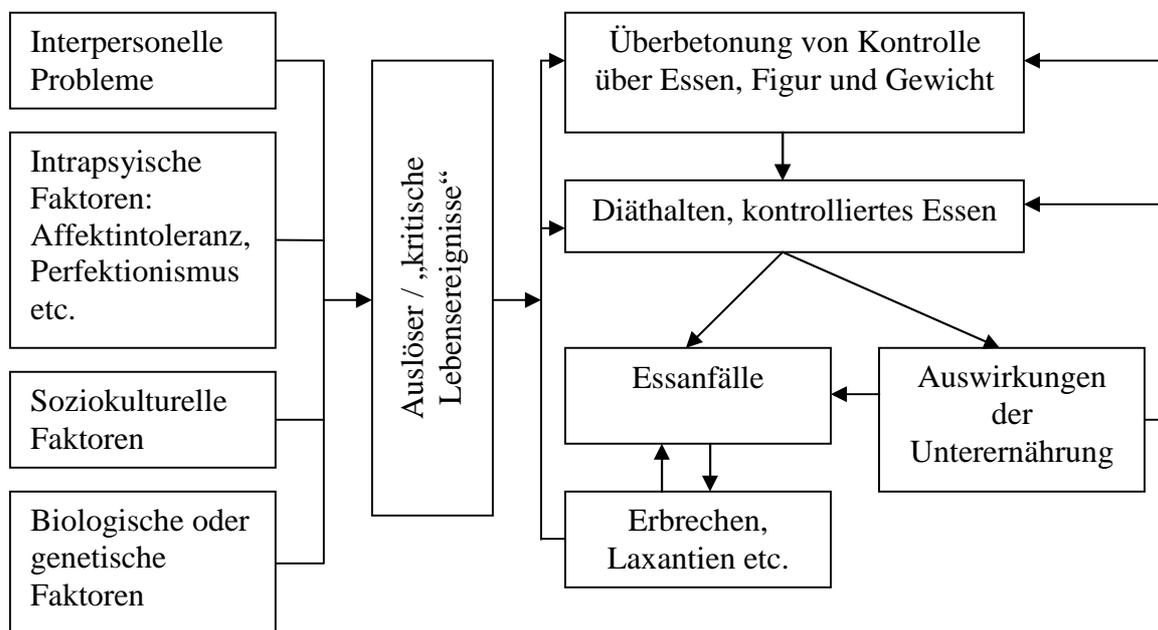


Abbildung 2: Ein Störungsmodell der Anorexia und Bulimia nervosa. Adaptiert nach Fairburn und Harrison (2003)

1.1.2 Behandlung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Die Behandlung dieser beiden Essstörungen erfolgt multimodal im Sinne eines „two-track-approach“ und dies unabhängig von der theoretischen Ausrichtung der Behandler.

Die eine Schiene verfolgt als kurzfristiges Ziel eine direkte und indirekte Modifikation des Körpergewichtes bei Anorexia nervosa beziehungsweise des Essverhaltens bei beiden Störungsbildern. Im Anschluss an eine diagnostische Phase erfolgt eine Stabilisierungs- bzw. Rehabilitationsphase mit Ernährungstherapie und Psychoedukation.

Die andere Schiene verfolgt das Ziel, mittel- und langfristig eine Veränderung der psychologischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren. Hier finden sich dann natürlich schulenspezifische Unterschiede. So rücken bei psychodynamischer Therapie eine Stärkung der Ich-Funktionen, eine Bearbeitung zentraler Abwehrmuster sowie eine Herausarbeitung und Durcharbeitung zentraler Ängste und Konflikte, auch unter Einbeziehung der Familie in den Behandlungsfokus, wohingegen beispielsweise kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze neben Informationsvermittlung und Erzeugung von kognitiver Dissonanz zum Motivationsaufbau, die Bearbeitung dysfunktionaler Denkschemata und irrationaler Annahmen betonen. Training in Problemlösen, Aufbau von alternativen Selbstwertquellen, Exposition und Reaktionsverhinderung und Training in Körperwahrnehmung gehören ebenfalls zum Behandlungsplan.

Es wird auch häufig die Familie der Patientin in die Therapie mit einbezogen. Dies kann in Form von Psychoedukation allein oder in Gruppen oder auch in Form von individueller Familienberatung und -therapie erfolgen. Familientherapie zeigte sich bei Patientinnen jünger als 19 Jahre und bei Verläufen von weniger als drei Jahre Dauer als vorteilhaft (Russel, et al., 1987, Eissler, Dare, Russel, Smukler, le Grange, Dodge, 1997).

1.2 Schizophrenie und mögliche Folgen

Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, welche in ihrer akuten Phase hauptsächlich durch Wahn, Halluzinationen und formale Denkstörungen, der sogenannten Positiv-Symptomatik gekennzeichnet ist. Bei einem gewissen Teil der Erkrankten kann es auch zu einer sogenannten Minus- Symptomatik mit Affektverflachung, Antriebsverminderung oder Sprachverarmung kommen (WHO 1993).

Bei einem Teil der Betroffenen heilt die Krankheit nach einer oder mehreren Krankheitsepisoden weitgehend wieder aus, bei einem gewissen Teil verläuft die Erkrankung allerdings chronisch. Vor allem bei längerem Bestand der Erkrankung oder mehreren Episoden kann es hierdurch zu teilweise massiven Beeinträchtigungen der sozialen und

kognitiven Fertigkeiten kommen. Unter Umständen ist der Kranke nicht mehr in der Lage, ohne fremde Hilfe alleine zu wohnen, einer Arbeit nachzugehen oder wichtige Alltagsanforderungen zu bewältigen (Wancata et al., 1994, Wancata et al., 1999). Die Krankheit beginnt für gewöhnlich im späten Jugendalter oder frühen Erwachsenenalter, so dass bei chronischen Verläufen oft Erkrankungsdauern von mehreren Jahrzehnten bestehen.

1.2.1 Ein Störungsmodell für Schizophrenie

Für die Ätiologie der Schizophrenie lassen sich eine Vielzahl von Faktoren finden. Konsequenterweise wurden Untersuchungen zur Rolle genetischer Faktoren. In Adoptions- und Zwillingsstudien wurde eine hohe Differenz zwischen den Konkordanzraten von eineiigen und zweieiigen Zwillingen bestätigt (Kringlein, 1987). Aber gerade der relativ hohe Anteil von Erkrankungen bei zweieiigen Zwillingen weist auch auf die Bedeutung von Umweltfaktoren, wie zum Beispiel perinatale Schädigungen oder viraler Infektionen im Mutterleib hin.

Die Rolle von Persönlichkeitsfaktoren wurde ebenfalls wiederholt untersucht und erbrachte widersprüchliche Ergebnisse. Aktuell geht man von einer erhöhten Vulnerabilität von Personen mit einem schizotypen Persönlichkeitsstil aus.

Unter den biochemischen Erklärungsversuchen der Schizophrenie ist die Dopamin-Hypothese am bekanntesten. Sie besagt, dass eine erhöhte Dopaminaktivität oder eine erhöhte Rezeptorsensibilität vor allem im mesokortikalen und mesolimbischen System für eine akute schizophrene Psychose verantwortlich sein kann. Diese Befunde sah man durch pharmakologische Wirksamkeit von Neuroleptika bestätigt, welche die Aktivität von D2-Rezeptoren in diesen Bereichen blockierten als auch durch die Möglichkeit der Generierung psychoseähnlicher Zustände bei schizophrenen Patienten durch die Gabe von Dopamin-Agonisten wie Amphetaminen.

Zusammenhänge zwischen strukturellen Gehirnveränderungen und dem Verlauf der Erkrankung wurden anhand von computertomographischen Untersuchungen gefunden. Bei Patienten, welche bereits prämorbid eine schlechtere soziale Anpassung zeigten, welche mehr kognitive Störungen zeigten und deren Symptomatik sich durch Neuroleptika weniger besserte, zeigten sich Erweiterungen des dritten Ventrikels. Die Untersuchungen hierzu wurden methodisch hinsichtlich Messmethodik und Stichprobenszusammensetzung kritisiert.

Die Bedeutung mesolimbischer Strukturen für kognitive Beeinträchtigungen kommt auch im Konzept der Basisstörungen von Süllwold und Huber (1986) zum tragen. Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass eine kognitive Grundstörung in Form eines „Verlust

von Gewohnheitshierarchien“ zu kognitiven Defiziten führt, die schizophreniespezifisch sein sollen. Diese Defizite äußern sich in einer Filterstörung: die Patienten haben Schwierigkeiten, redundante und für die aktuelle Situation unwichtige Information aus dem Wahrnehmungsstrom vorbewußt herausfiltern zu können“ (Süllwold, 1995, S.27). So treten eigentlich schon bekannte Informationen als „neue Information“ ins Bewusstsein, was zu einer Überforderung und damit Verlangsamung und erhöhten Störanfälligkeit der Informationsverarbeitung führt.

Durch diese Schwierigkeit, auf bestehende kognitive Programme zugreifen zu können und die damit verbundene Notwendigkeit, stetig neue Verhaltensmuster generieren zu müssen, entsteht die oft zu beobachtende „Originalität“ schizophrener Erkrankter. Es kommt zu sogenannten Interferenzphänomenen, bei welchen sich verschiedene Systeme der Informationsverarbeitung gegenseitig stören oder überlagern. Dies führt zu Störungen des formalen Gedankengangs, vermindeter Fähigkeit, wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden und damit die Umwelt richtig zu interpretieren. Süllwold (1986) geht von einem kontinuierlichen Übergang von diesen Basisstörungen zu schizophrenen Symptomen, wie Wahnwahrnehmungen, Wahneinfällen bis hin zu systematisiertem Wahn aus.

Dieses Konzept findet auch Eingang in ein sogenanntes Vulnerabilitäts-Modell, welches ursprünglich von Zubin (1977) zur Integration des bisherigen ätiologischen Wissens entworfen wurde und bis heute verschiedene Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfuhr. Aktuell spricht man von einem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenz-Modell (Nuechterlein und Dawson, 1984; Behrendt, 2004). Grundlegend ist die Annahme, dass nicht die Schizophrenie selbst vererbt wird, sondern verschiedene Vulnerabilitäten durch Vererbung beziehungsweise prä- oder perinatale Traumata erworben wurden. Es werden neben der oben beschriebenen kognitiven Vulnerabilität aufgrund der Basisstörung auch Dysfunktionen des autonomen Nervensystems angenommen, welche sich bei Patienten mit vornehmlicher Negativsymptomatik in einer reduzierten oder fehlenden autonomen Orientierungsreaktion äußert und bei Patienten mit Positivsymptomatik in einer erhöhten tonischen Aktivität bei verzögerter oder ausbleibender Habituation auf aversive Reize. In Kombination dieser beiden Vulnerabilitätsfaktoren, so die Modellvorstellung, kommt es zu einer adaptiven Persönlichkeitsentwicklung, welche durch Probleme im zwischenmenschlichen Kontakt und reduzierte soziale Kompetenzen auffällt und nach heutiger Klassifikation am ehesten der schizotypen Persönlichkeit entspricht.

Man nimmt weiter an, dass die betroffenen Personen ihre Vulnerabilität durch prophylaktisch eingenommene antipsychotische Medikation reduzieren könnten. Oftmals

komme es aber durch „Selbstmedikation“ zum Beispiel mit Alkohol zur Reduktion der erhöhten autonomen Erregung zu einer Erhöhung der Vulnerabilität auf kognitiver Ebene. Je nach individuellen Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen und deren Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme sowie der Unterstützung des Patienten durch das soziale Umfeld und Fähigkeit der betreuenden Familie, Probleme konstruktiv zu lösen, können Rückfälle oder auch der Ausbruch der Erkrankung positiv beeinflusst werden. Als ungünstige Umweltbedingungen haben sich ein hoch emotionales Familienklima (High Expressed Emotion, HEE), belastende Lebensereignisse oder auch eine Überstimulation des Patienten durch die soziale Umwelt herausgestellt.

Der Weg zum Erkrankungsausbruch kann gemäß dem Modell folgendermaßen erfolgen: erhöhte Stressbelastung führt zu einer kognitiven Überforderung, welche mit einer vegetativen Übererregung einhergeht, welche wiederum im Sinne eines Teufelskreises die kognitiven Bewältigungsmöglichkeiten weiter reduziert und den sozialen Stress weiter erhöht. Überschreitet der Stress eine individuelle Schwelle, so treten erste Symptome/Prodromalzeichen auf. Erfolgen jetzt keine gegensteuernden Maßnahmen von außen (soziale Unterstützung, Neuroleptika, gemeinsame Problemösung in der Familie) oder von innen durch den Einsatz eigener Bewältigungsmöglichkeiten schaukeln sich die Prozesse gegenseitig auf und führen schließlich zu einem Ausbruch der schizophrenen Symptome, welche das soziale Funktionsniveau des Patienten weiter reduzieren (sozialer Rückzug, Arbeitsunfähigkeit etc.). Abbildung 3 soll das Zusammenwirken der beschriebenen Faktoren veranschaulichen.

1.2.2 Behandlung der Schizophrenie

Da eine umfassende Darstellung der Behandlungselemente dieses Störungsbildes den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, können hier nur einige wichtige Elemente angerissen werden. Die Planung der Behandlung sollte sich an dem oben dargestellten Vulnerabilitäts-Stress-Kompetenz-Modell orientieren. Dies bedeutet, neben aktuellen und prämorbidem Einschränkungen und der Erhebung relevanter Belastungsfaktoren der aktuellen oder zukünftigen Lebensumgebung auch die vorhandenen und potentiellen Ressourcen des Patienten zu berücksichtigen sowie ein stützendes soziales Umfeld aufzubauen.

Als erste und wichtigste Stütze in der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen steht die Neuroleptikatherapie. Aufgrund von zum Teil enormen Nebenwirkungen vor allem der traditionellen Neuroleptika und einer häufigen Krankheitsverleugung der Patienten ist die Compliance der Patienten zur Medikamenteneinnahme meist schlecht und der häufigste

Grund für ein Rezidiv der Erkrankung. Andererseits kann eine regelmäßige Einnahme der Medikamente die Rezidivrate deutlich vermindern (15% Rezidiv im ersten Jahr bei M-Einnahme vs. 75% Rückfallquote ohne Neuroleptika, Möller et al., 2000). Trotz der Entwicklung nebenwirkungsärmerer atypischer Neuroleptika und einer weitestmöglichen Reduktion der Dosis ist die mangelnde Compliance bis heute ein ungelöstes Problem.

Ergänzend zur medikamentösen Behandlung können einzeltherapeutische, vorwiegend verhaltenstherapeutische Maßnahmen eingesetzt werden, wie zum Beispiel kognitiv-behaviorale Therapie von Halluzination und Wahnsymptomen, Token economy, Selbstinstruktionstraining, Ablenkungsstrategien oder ähnliches.

Im Gruppensetting haben sich multimodale Trainingskonzepte etabliert, welche unter anderem Module zur Verbesserung der sozialen Kompetenz, kognitives Funktionstraining, eigenständiges Medikamenten- und Symptommanagement, Umgang mit Freizeit und Erholung und Aufbau persönlicher Hygiene umfassen (Lieberman und Corrigan, 1993). Im deutschsprachigen Raum wurde ein Ansatz zur Bearbeitung kognitiver Defizite entwickelt, das „Integrierte psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten“ (IPT; Roder et al., 1988), welches beginnend bei konkreten kognitiven Übungen bis hin zu Rollenspielen zum Training von sozialen Fertigkeiten versucht, protektive Bewältigungsmechanismen bei den Patienten zu stärken.

Ein weiteres Mehr-Komponenten Rehabilitationsprogramm, welches im amerikanischen Raum entwickelt wurde, ist das Social and Independent Living Skills Program nach Eckman et al. (1992), welches auf einen Zeitraum von ca. drei Monaten ausgelegt ist und durch seinen hohen Grad an Strukturiertheit speziell für schwer beeinträchtigte Patienten geeignet ist.

Gerade bei der Schizophrenie spielen neben patientenorientierten Therapieangeboten jedoch auch Schulungen und Therapieangebote für Angehörige eine große Rolle.

Nach Katschnik (1984) lassen sich die Angebote nach Anteil der Experten- oder Angehörigendominanz einteilen und reichen von reinen Selbsthilfegruppen über angehörigenzentrierte Angebote und patientenzentrierten Angehörigengruppen bis zu Familientherapie, wo die Expertendominanz am höchsten ausgeprägt ist. Eine sehr wichtige Funktion haben expertengeleitete, psychoedukative Angehörigengruppen (Behrendt, 2004). Diese umfassen meist verschiedene Module wie Krankheitsverständnis, Medikamenteninformationen, Erkennen und Umgang mit Frühwarnsymptomen, Umgang mit dem Patienten in Krisensituationen, Möglichkeiten, kritische Situationen zu entschärfen,

Aufbau eigener Stressbewältigungskompetenzen, Faktoren einer Rezidivprophylaxe sowie rechtliche Fragen und deren Rahmenbedingungen.

Einen mindestens ebenso wichtigen Stellenwert nehmen weitere Elemente und Maßnahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes ein. Zu diesen zählen neben den stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen Diensten (unter anderem auch Krisenzentren, Soziotherapie, notärztliche Dienste, sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen) auch sogenannte komplementäre Dienste und Einrichtungen (z.B. sozialpsychiatrischer Dienst, Integrationsfachdienst, betreutes Wohnen, beschütztes Arbeiten, Tagesstätten, Freizeit- und Kontaktangebote, RPK, Familienpflege) und Möglichkeiten der oben erwähnten Umsetzung der Ressourcen des Patienten im Arbeitsbereich. Hierzu zählen auch Möglichkeiten der Arbeit in Selbsthilfefirmen oder Zuverdienstprojekten oder geschützten Werkstätten (WfbM).

Aus dem Bereich der außerprofessionellen Hilfe kommt dem sozialen Netzwerk eine bedeutsame Rolle zu und hier wiederum spielen neben ehrenamtlichen Helfern, Selbsthilfegruppen, Bekannten, Kollegen, Freunden und Nachbarn, Angehörige die wichtigste Rolle. Zu sozialen Netzwerken siehe Ausführungen unter 2.8.

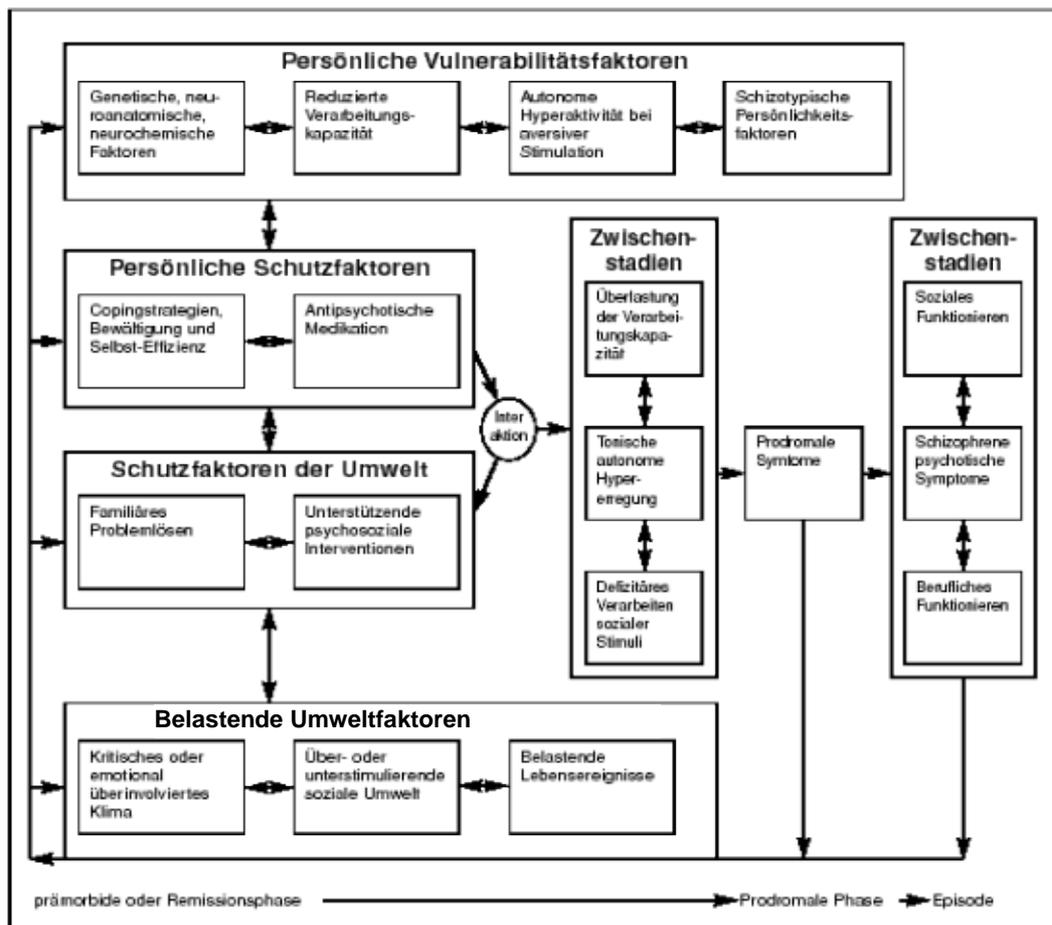


Abbildung 3: Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell (Nuechterlein und Dawson, 1984 aus Behrendt, 2004, Folie 2.1)

Durch beide Störungsbilder entstehen der Gesellschaft enorme Kosten. Diese ergeben sich nicht allein durch Ausgaben für medizinische oder soziale Versorgung, sondern auch durch Fehltage am Arbeitsplatz oder die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Patienten. Indirekte Kosten entstehen zudem über die Beeinträchtigung und Belastung Angehöriger durch die Pflege oder Versorgung des Patienten. Diese Belastungen der Angehörigen und vor allem die benötigten und gewünschten Unterstützungsmöglichkeiten zur Reduktion der Belastungen werden noch zu selten in der Behandlung und Versorgung berücksichtigt.

2. Problemstellung und Stand der Forschung

2.1. Bedarf - Bedürfnis - Belastung: eine Begriffsbestimmung

Zum Verständnis der folgenden Ausführungen ist es wichtig, zwei Begriffe näher zu betrachten. Wie aus dem Titel unserer Untersuchung bereits ersichtlich, unterscheiden wir zwischen Bedarf und Bedürfnis. Wir verwenden diese Begriffe im Sinne von Stevens & Raferty (1994). Diese Unterteilung hat sich in der Versorgungsforschung bewährt.

Bedarf („need“): die aus Sicht der ExpertInnen für den/die Angehörige/n notwendige Unterstützung/Hilfe/Intervention, unabhängig von den vorhandenen Angeboten („supply“).

Bedürfnis („demand“): die aus Sicht der Angehörigen für sie nötige Unterstützung / Hilfe / Intervention, unabhängig von den vorhandenen Angeboten („supply“).

Diese Begriffe haben natürlich Überschneidungsbereiche, fallen idealerweise zusammen, können jedoch auch beträchtlich differieren.

Desweiteren ist der Begriff Belastung zu differenzieren. *Belastung* kann anhand der Anzahl und Ausprägung von Problemen und Beeinträchtigungen im gesundheitlichen oder sozialen Bereich eingeschätzt werden. Je höher Anzahl und Ausprägung der Problembereiche, je höher ist auch die Belastung einzuschätzen. Platt (1985) definiert Belastung als „die Anwesenheit von Problemen, Schwierigkeiten oder widrigen Umständen, mit welchen die nächsten Angehörigen durch die Erkrankung ihres Familienmitgliedes zu tun haben“. Belastung wurde bis Mitte der 50-er Jahre nur im Hinblick auf die Auswirkungen des familiären Umfeldes auf die Patienten von der Forschung berücksichtigt, bis Mitte der 60-er Jahre richtete sich der Fokus sich auch auf die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes auf die Angehörigen (Clausen und Yarrow, 1955; Grad und Sainsbury, 1966).

Hoenig und Hamilton führten 1966 erstmals die Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren ein, welche außerordentlich einflussreich für die

Erforschung der Belastungen von Angehörigen wurde und bis heute teilweise noch in Gebrauch ist. Als objektive Belastung („objective burden“) sollen alle beobachtbaren bzw. unmittelbar „greifbaren“ negativen Auswirkungen der psychischen Erkrankung fallen. Als subjektive Belastungen („subjective burden“) gelten die Emotionen, die durch objektive Belastungen bei den Angehörigen entstehen und die von diesen als belastend erlebt und eingeschätzt werden. Diese Unterscheidung ist strittig und es finden sich in den meisten Untersuchungen keine klaren Definitionen von objektiven bzw. subjektiven Belastungen, sondern lediglich Orientierungsbeispiele. Bindl (2003) zitierte die Übersichtsarbeit von Schene et al. (1994) und führte folgende Beispiele für objektive Belastungsfaktoren auf:

- Regelmäßige Unterstützung des Kranken bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens
- Beziehungen der Familienmitglieder untereinander
- Soziale Beziehungen der Angehörigen außerhalb der Familie
- Freizeit und berufliches Fortkommen der Angehörigen
- Finanzielle Belastungen
- Gesundheitliche Belastungen
- Belastungen durch schwieriges Patientinnenverhalten
- Mitbetreuung und Versorgung von Kindern oder Geschwistern des/der psychisch kranken Angehörigen

Schmid et al. (2003) stellten aus der Sichtung von 145 ausgewählten Artikeln zu den Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker folgende wichtige „subjektive“ beziehungsweise emotionale Belastungen zusammen:

- Schuldgefühle,
- Gefühl der Alleinverantwortung und Einsamkeit,
- Auf und Ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung,
- Angst vor Rückfall und Suizid der Erkrankten,
- Gefühl der Hilflosigkeit,
- Ablehnung durch die Erkrankten,
- Trauer und Verlusterleben,
- Zukunftsängste (Schmid et. al., 2003, S. 122).

In mehreren Studien zeigte sich jedoch, dass objektive Belastung nicht direkt mit subjektiver Belastung zusammenhängt. Bereits bei Hoenig und Hamilton (1969) fanden sich bei 81 % der untersuchten Familien objektive Belastungen, jedoch fühlten sich lediglich 11 % der Befragten schwer belastet, 29 % fühlten sich überhaupt nicht belastet und 60 %

berichteten über mittelstarke Belastungen. Auch in späteren Studien wurde diese Diskrepanz immer wieder bestätigt (Noh und Avison, 1988; Thompson und Doll, 1982)

In einer Umfrage unter 211 Angehörigen von psychotischen Patienten in London und einer Klinik in Kanada fanden Noh und Turner (1987), dass die subjektiven Belastungen, nicht jedoch die objektiven mit dem Wohlbefinden der Angehörigen korrelieren. Die Moderatorvariable für die Divergenz von objektiver und subjektiver Belastung scheint die subjektive Einschätzung der Angehörigen zu sein, die objektiven Belastungen bewältigen zu können und Kontrolle über ihr Leben zu haben (Selbstwirksamkeit) (s. auch Noh und Avison, 1988).

Auch im internationalen Vergleich wurde die Bedeutung der eigenen Bewältigungskompetenzen sowie die Bedeutung sozialer Unterstützung bestätigt (Magliano et al., 1998). Solomon und Draine (1995) interviewten 225 Familienangehörige psychisch Kranker und fanden, dass soziale Unterstützung in Form von Bestätigungen durch das soziale Netz, Kontakten zu Selbsthilfegruppen oder anderen sozialen Kontakten mit effektivem Bewältigungsverhalten in Zusammenhang steht. Zuversicht, die schwierige Situation meistern zu können war bei denjenigen Angehörigen stärker ausgeprägt, die auch über effektivere Bewältigungsstrategien verfügten.

Im Unterschied zu Noh und Avison (1988) sehen Solomon und Draine (1995) jedoch spezifische, das heißt auf den Umgang mit der psychischen Erkrankung bezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen als ausschlaggebend für das subjektive Belastungserleben an und weniger die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.

Wilms, Wittmund und Angermeyer (2001) fanden in einer Untersuchung von Partnern von psychisch Kranken, dass das Gefühl, die Krankheit nicht beeinflussen zu können sowie zuviel Verantwortungsübernahme für den Patienten bei den Partnern als ein Risikofaktor für eine eigene Erkrankung einzuschätzen ist. Die Dauer der Erkrankung scheint weniger relevant für die Belastung der Partner zu sein als das Ausmaß der Alltagseinschränkung der Patienten. Die Belastung der Partner ließ sich am besten durch den Grad der Funktionsbeeinträchtigung des jeweiligen Patienten erklären, unabhängig von der Art der Grunderkrankung.

2.2. Die Situation von Familienangehörigen essgestörter PatientInnen

Aufgrund des relativ frühen Erkrankungsalters leben viele essgestörte PatientInnen noch bei ihren Eltern oder ihrer Familie. Die ersten Forschungsansätze, die auch die Familie der PatientInnen in ihren Untersuchungen berücksichtigten, fokussierten auf mögliche

pathogene Funktionen des Familiensystems für die Genese der Anorexie oder Bulimie, wie dies auch bei Angehörigen anderer Störungsbilder geschah (siehe unten).

Die Interaktionsmuster innerhalb der Familien essgestörter PatientInnen sollen auf spezifische Weise verändert sein und eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen (Bruch, 1973; Sperling, 1965; Selvini-Palazzoli, 1978; Minuchin et al., 1978, Andersen, 1985; Kog & Vandereycken, 1989). Aufgrund dieser Hypothesen wurden verschiedene Formen der Familientherapie entwickelt (vgl. hierzu Cierpka, 1991; Massing et al., 1994). Hierbei wurde vernachlässigt, dass das als pathogen erachtete Interaktionsverhalten auch Konsequenz der Essstörung und nicht deren Ursache sein kann.

Inzwischen sprechen mehr Hinweise für die Annahme des Reaktionsparadigmas, nachdem gestörte Interaktion in Familien psychisch Erkrankter eher eine Reaktion auf die Erkrankung als deren Ursache ist. (vgl. Klingberg & Buchkremer, 1998; auch Treasure et al., 2003). Unabhängig von der Kausalitätsfrage ist jedoch die Überlegung anzustellen, wie die Situation von Patienten und Angehörigen verbessert werden kann. Inzwischen gibt es Belege für die positiven Auswirkungen einer Einbeziehung von Familienangehörigen auf die Therapieergebnisse von essgestörten PatientInnen (Uehara 2001, Jantschek & Jantschek 1989, Seide 1992, Vanderlinden & Vandereycken 1989, Vanderlinden et al. 1992, Sellwood et al. 2001). Russell et al. (1987) fanden in einer kontrollierten Studie bessere Ergebnisse für Familientherapie als für individuelle Psychotherapie, allerdings nur für PatientInnen, die jünger als 18 Jahre alt waren. Bei älteren PatientInnen erbrachte individuelle Psychotherapie bessere Ergebnisse.

Eine Untersuchung zu den Auswirkungen psychoedukativer Gruppen bei Angehörigen essgestörter PatientInnen weist auf eine Reduktion von innerfamiliären Stressbelastungen hin, welche vermutlich auf ein verbessertes Interaktionsverhalten der Beteiligten zurückzuführen ist. Die Angehörigen zeigten nach der Intervention weniger „high expressed emotions“ (Uehara, 2001). Die Expressed-Emotion-Forschung wurde vor allem von Kuipers et al., (1993) anhand von Beobachtungen an Angehörigen schizophrener PatientInnen entwickelt und wird deshalb unter 2.3 näher erläutert.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass das Interesse Angehöriger (Familienangehörige und Freunde) an Informationen über Essstörungen von professionellen Behandlern konstant unterschätzt wird (Surgenor, Rau, Snell und Fear, 2000).

Insgesamt gesehen ist die Frage, wie die gezielte Einbeziehung von Angehörigen den Therapieverlauf oder die Prognose der PatientInnen verbessern kann noch unzureichend

geklärt. Ähnlich unklar sind die Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen in ihrer schwierigen Situation bei der Bewältigung der Auswirkungen der Erkrankung ihres Familienmitgliedes.

Während bei anderen Störungsbildern, wie zum Beispiel Demenz oder Schizophrenie solche Aspekte bereits seit etlichen Jahren mit berücksichtigt werden (Katschnig, 1997), sind uns aus dem Bereich der Essstörungen lediglich vier Untersuchungen bekannt, die sich speziell mit den Belastungen von Angehörigen essgestörter PatientInnen befassen. Über diese vier Studien soll im Folgenden kurz berichtet werden.

- Santonastaso et al. (1997) kamen anhand einer sehr kleinen Stichprobe (neun Angehörige von Anorexiepatientinnen) zu dem Schluß, dass die objektive und subjektive Belastung der Angehörigen ähnlich sei wie die von Angehörigen schizophrener PatientInnen.
- Ähnliche Ergebnisse fand auch die folgende Untersuchung: Treasure et al. (2001) verglichen die Belastungen von Angehörigen von AnorexiepatientInnen (n = 71) mit den Belastungen von Angehörigen von psychotischen PatientInnen (n = 68, Schizophrenie und schizoaffektive Psychosen). Der Belastungsgrad wurde mit zwei Selbsteinschätzungsinstrumenten erfasst. Das ECI (Experience of Caregivers Inventory, Szmukler et al. 1996) und dem GHQ (General Health Questionnaire, Goldberg & Hillier, 1979) zur Selbsteinschätzung (Likert-Skala) der gesundheitlichen Veränderung innerhalb der letzten Wochen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich das Ausmaß der Belastung zwischen den Angehörigen essgestörter und schizophrener PatientInnen nicht unterschied. In der Skala „Verlusterlebnisse“ des ECI gaben die Angehörigen von PatientInnen mit Anorexia nervosa sogar doppelt so hohe Belastungswerte an wie die Angehörigen psychotischer PatientInnen. Da das ECI für die Belastung Angehöriger psychotischer PatientInnen entwickelt wurde, wurden Angehörige von Anorexiepatientinnen gebeten, zusätzlich ihre Erfahrungen und Belastungen im Umgang mit den PatientInnen in Briefform darzulegen. Diese Briefe wurden von zwei unabhängigen Gutachtern auf inhaltliche Themenbereiche hin analysiert. Über die mittels des ECI abgefragten Problembereiche hinaus, schilderten Angehörige in ihren Briefen hohe Belastung durch negative Emotionen, wie zum Beispiel Schuld- und Schamgefühle. Fragen wie „Habe ich die Krankheit zu spät erkannt? Habe ich schnell genug medizinische Hilfe in Anspruch genommen? Habe ich alles getan, was ich konnte?“ wurden mehrmals in den Briefen beschrieben. Angehörige berichteten von zunehmender sozialer Isolation, auch aus Angst vor Schuldzuweisungen durch das soziale Umfeld. Doch auch positive Seiten der Krankheit wurden beschrieben. So schilderten einige

Angehörige größeren familiären Zusammenhalt infolge der gemeinsam durchstandenen Belastungen, Kraft und Hoffnung zum Durchhalten und Weitermachen und bedingungslose Liebe und Unterstützung für den kranken Familienangehörigen.

Bei den beiden referierten Untersuchungen wurde die Belastung der Angehörigen durch die Versorgung ihres erkrankten Familienmitgliedes erhoben, jedoch nicht die Bedürfnisse („demands“) der Angehörigen an Unterstützung zur Bewältigung dieser Herausforderung. Auch der aus Expertensicht nötige Bedarf („needs“) an Unterstützung für die Angehörigen wurde in diesen Untersuchungen nicht erfaßt. Des weiteren bleibt unklar, ob der Bedarf an Hilfen und Unterstützung gedeckt (also erfüllt) ist oder ungedeckt (also nicht erfüllt) ist.

Dem Aspekt der Bedürfnisse Angehöriger wurde in folgenden Untersuchungen nachgegangen.

- Haigh & Treasure (2003) untersuchten in der einzigen zu dieser Fragestellung bisher verfügbaren Publikation die Bedürfnisse von 28 Angehörigen von AnorexiepatientInnen mit Hilfe eines von ihnen entwickelten Fragebogens, dem Carers Needs Assessment Measure (CaNAM). Dieses Selbsteinschätzungsinstrument wurde speziell für die Angehörigen essgestörter PatientInnen entwickelt und erfasst die subjektiven Bedürfnisse der Angehörigen nach Unterstützung. Es zeigte sich, dass bei den Angehörigen ein hohes ungedecktes Bedürfnis an Information über Essstörungen, Unterstützung von Organisationen und Dritten und Informationen vom Hausarzt besteht. Ein weiteres, großes Bedürfnis bestand in emotionaler und praktischer Unterstützung im Umgang mit der Krankheit.
- Winn et al. (2004) befragten 20 Angehörigen bulimischer Patientinnen anhand eines semistrukturierten Telefoninterviews über deren Bedürfnisse und Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten für Angehörige. Die Angehörigen wünschten sich mehr Information über die Auswirkungen der Krankheit und über deren Behandlungsmöglichkeiten, praktische Anleitung für den Umgang mit der Kranken und Möglichkeiten, mit jemandem über ihre Probleme zu reden, um sich weniger isoliert zu fühlen und Informationen auszutauschen. Zudem bedauerten sie den Mangel an spezifischen therapeutischen Angeboten für essgestörte Patientinnen in Wohnortnähe. Viele Angehörige fühlten sich zu wenig in die Behandlung involviert oder beklagten zu wenig Kommunikationsmöglichkeiten mit den zuständigen Behandlern.

Unseres Wissens sind dies die einzigen Untersuchungen zu den Bedürfnissen von Angehörigen essgestörter PatientInnen. Es gibt jedoch über Angehörige essgestörter

PatientInnen keine Untersuchung, die auch die Einschätzung von Experten (Bedarf) berücksichtigt, wie Priebe et al. (1999) dies gefordert haben.

2.3. Die Situation von Familienangehörigen schizophrener PatientInnen

2.3.1 Die unterschiedlichen Rollen von Angehörigen für die Forschung

Auch Angehörigen schizophrener PatientInnen wurde im Rahmen familientherapeutischer Ansätze teilweise eine ursächliche Rolle in der Krankheitsentwicklung zugeschrieben. Die meisten dieser Ansätze gelten als obsolet (Richter, 1997). Dennoch prägten sie lange Jahre den Geist und somit die Ausbildung von mehreren Generationen von Therapeuten und Helfern und wirken somit häufig noch sublim auf das Interaktionsverhalten und die Einstellung gegenüber Angehörigen psychisch Erkrankter.

Aus diesem Grunde erscheint es uns sinnvoll, einen kurzen Überblick über die wichtigsten Ansätze zu geben. Nach Ciompi (1985) lässt sich die Familienforschung in zwei große Gruppen einteilen, die trotz unterschiedlicher Ansätze zu überraschend ähnlichen Resultaten gelangten. Zum einen das Expressed-Emotion- Konzept (EE) (Brown et al., 1972; Kuipers et al., 1983) zum anderen psychoanalytische (Lidz et al., 1984; Wynne et al., 1984), systemische (Selvini-Palazzoli, 1981) und kommunikationstheoretische Ansätze (Bateson et al., 1984; Watzlawick et al., 1980).

In verschiedenen Studien zum EE-Konzept konnte die Bedeutung der emotionalen Familienatmosphäre für den Krankheitsverlauf bei schizophrenen Patienten nachgewiesen werden. Kuipers et al. (1983) unterschied Familien, die ein starkes emotionales Ausdrucksverhalten aufwiesen (H-EE) von Familien, die Emotionen weniger intensiv ausdrücken (L-EE).

H-EE- Familien weisen häufig folgende charakteristischen Verhaltensweisen auf: es kommt häufig zu kritischen Einmischungen in die Angelegenheiten des kranken Familienmitgliedes (emotionales Überengagement), was zu einer negativ- anklagenden Atmosphäre führt. In der direkten Auseinandersetzung mit dem schizophrenen Familienmitglied kommt es zu deutlich mehr negativen affektiven Äußerungen als bei L-EE-Familien. Hingegen ist für L-EE-Familien charakteristisch, dass die eigenen Wünsche der Familienmitglieder respektiert werden und die individuellen Eigenarten eher akzeptiert und ertragen werden, ohne die eigenen Ansprüche durchsetzen zu müssen. Der Kranke wird nicht ständig umsorgt, sondern auf Wunsch bei seinen Wünschen unterstützt.

Es zeigte sich, dass in als H-EE eingeschätzten Familien für die schizophrenen Patienten ein höheres Rückfallrisiko bestand, als in als L-EE eingeschätzten Familien (51%

vs. 13%, Warner, 1985), welches sich noch erhöhte, wenn die Kontaktdauer zwischen dem kranken Familienmitglied und der Restfamilie mehr als 35 Stunden die Woche betrug. Obwohl von den Autoren nicht als weitere Stigmatisierung der Angehörigen intendiert, sahen sich viele Angehörige durch dieses Konzept verdächtigt, primär für die psychotische Dekompensation ihres Angehörigen verantwortlich zu sein. Verantwortlichkeit der Familie für die Erkrankung ihres Familienmitgliedes legten auch psychoanalytische Konzepte nahe.

Wynne et al. (1984) gehen davon aus, dass 1.) alle Menschen das Verlangen haben, in Beziehung zu ihren Mitmenschen zu treten und 2.) sich jeder Mensch wünscht, ein Identitätsgefühl zu entwickeln. Um beide Wünsche zu verwirklichen ist eine Gemeinschaft („mutuality“) notwendig. Nach Wynne kommen pathologische Formen von Gemeinschaft bei Familien schizophrener PatientInnen gehäuft vor. Dies sind zum einen Pseudogemeinschaften („pseudomutuality“) und Nichtgemeinschaften („nonmutuality“). Erstere ist gekennzeichnet durch das Bemühen der Mitglieder, sich nach außen hin abzugrenzen und nur Einflüsse zuzulassen, die die Harmonie des Familienmythos unterstützen. Diese „Semipermeabilität“ der familiären Grenzen wird mit der Metapher eines „Gummizaunes“ beschrieben, welcher sich je nach Bedürfnislage erweitern oder zusammenziehen kann. Hierdurch werden bedrohliche Einwirkungen abgewehrt. Eine Beziehungs- und Identitätsentwicklung ist in einer solchen Familienkonstellation erschwert, was die Entwicklung einer schizophrenen Psychose begünstigen kann.

Die Double-bind-Theorie (Bateson et al., 1984) geht davon aus, dass in Familien schizophrener Patienten auf verbaler und nonverbaler Ebene sich widersprechende Botschaften vermittelt werden. Gleichzeitig würden diese Botschaften von dem Verbot begleitet, diese Widersprüchlichkeit auf der Metaebene klären zu dürfen. Vor allem in der Kindheitsentwicklung würden solche double-bind- Situationen zu einer schizophrenie-ähnlichen Passivität führen. Die Theorie wurde mehrfach modifiziert. Watzlawick et al. (1980) nahm beispielsweise von einer kausalen Verknüpfung zwischen Kommunikationsmuster und Psychoseerkrankung Abstand und wies darauf hin, dass dieses Kommunikationsmuster nur ein Bedingungsfaktor unter vielen sei. Zudem seien solche Kommunikationsformen nicht ausschließlich in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Familienmitglied zu finden.

Von einem linear-kausalen Zusammenhang nimmt auch die systemische Sichtweise der Gruppe um Selvini Palazzoli (1981) Abstand. Familie wird hier als ein sich ständig gegenseitig beeinflussendes Netz von Beziehungen gesehen. Hierbei kann es zu pathologischen Interaktionszirkeln zwischen den Beteiligten kommen, die sich selbst aufrechterhalten und sich gegen direkte Veränderungsinterventionen von außen wehren. Als

mögliche Intervention wird hier eine Ermunterung oder sogar der explizite Aufforderung zur Fortführung der bisherigen Interaktion durch den Therapeuten empfohlen, was bei den Familienmitgliedern zu einer überraschten Verunsicherung führt und erst eine neue Sichtweise auf das eigene Interaktionsmuster ermöglicht. In einer Art Reaktanz wird die Familie der paradoxen Verschreibung des Therapeuten nicht Folge leisten und somit das bisherige Verhaltensmuster aufgeben.

Gemeinsam ist diesen Konzepten, dass sie der Familie der Patienten mindestens einen krankheitsfördernden Anteil zuweisen und dazu führten, dass die häufig durch die Angehörigen erbrachte Unterstützung dem Kranken gegenüber übersehen wurde.

Alle diese Konzepte bleiben bislang unbewiesen. Erfreulicherweise wurde inzwischen auch die wichtige Funktion von Familienangehörigen schizophrener PatientInnen bei der Versorgung der PatientInnen wahrgenommen und gewürdigt (Katschnig, 1997). Familienangehörige können nach Meinung vieler Experten eine kontinuierlichere und konstantere Versorgung gewähren als sämtliche sozialpsychiatrischen Institutionen dies zu leisten vermögen (Katschnig & Konieczna, 1989)

Bereits in den 60er Jahren konnte in Großbritannien gezeigt werden, dass Angehörige, die lernen, ihre Kommunikation an die Bedürfnisse des Schizophrenie-Kranken anzupassen („low expressed emotions“ siehe oben), dazu beitragen können, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen (Leff et al. 1982). Die positiven Wirkungen von (experten-geleiteten) Angehörigenrunden wurden in zahlreichen Arbeiten auch aus dem deutschen Sprachraum beschrieben (z.B. Lewandowski & Buchkremer 1988, Dörner, 1987).

In einer Übersicht über die englischsprachige Literatur (Katschnig & Konieczna 1989) werden die wichtigsten therapeutischen Ziele von Angehörigenrunden beschrieben: Über- und Unterstimulierung des/r Patienten/in vermeiden; sich vom/von der Patienten/in distanzieren können ohne ihn zurückzustoßen; bei bizarrem und destruktivem Verhalten eindeutige Grenzen setzen; Vermeiden, dass das Familienleben durch den/die Patienten/in und seiner/ihrer Krankheit dominiert wird; Verhaltensänderungen dem/der Patienten/in direkt vorschlagen, anstatt nur zu kritisieren; zufriedenstellende Kontakte mit anderen Menschen aufbauen und aufrechterhalten. Derartige therapeutische Ziele werden aber nicht nur in Angehörigengruppen, sondern auch in gezielten Einzelinterventionen oder Familiengesprächen verfolgt. Eine mittlerweile große Anzahl von Studien beweist den Effekt derartiger Angehörigeninterventionen auf zahlreiche patienten- und angehörigenspezifische Aspekte, wie beispielsweise die Herabsetzung der Rückfallquote bei den PatientInnen (Goldstein et al. 1978; Leff et al. 1982; Tarrier et al. 1994).

Da Angehörige die wichtigste Versorgungsinstanz für psychisch Kranke (etwa die Hälfte der chronisch Kranken schizophrener Patienten lebt dauerhaft und langfristig bei ihren Angehörigen) darstellen ist deren Situation und Belastung durch diese Tätigkeit von großer Bedeutung.

2.3.2 Die Belastungen von Angehörigen schizophrener PatientInnen

Die Belastungen Angehöriger von schizophrenen PatientInnen wurden in groß angelegten Studien untersucht.

- In den letzten Jahren führten Magliano et al. (1998) eine Multi-Center-Studie in fünf europäischen Ländern durch, um die Belastung von Angehörigen schizophrener PatientInnen zu erheben. Es zeigten sich durchgängig Einschränkungen des Familienlebens, eine Abnahme der sozialen Kontakte, finanzielle Probleme und Schwierigkeiten mit der Arbeit. Mehr als 50% der Angehörigen gaben an, sich niedergeschlagen und depressiv zu fühlen. Ein Großteil der Angehörigen machte sich Sorgen über die Zukunft der PatientInnen. In einer Folgestudie (Magliano et al. 2000) zeigten sich die Belastungen über den zeitlichen Verlauf hinweg als stabil.
- Die EUFAMI-Studie (Europäische Föderation von Organisationen der Angehörigen psychisch Kranker) (Hogman & de Vleeschauwer 1996) zeigte, dass in 10 europäischen Staaten ca. ein Viertel aller Angehörigen von schizophrenen PatientInnen mehr als 30 Stunden in der Woche mit der Pflege der PatientInnen beschäftigt sind. Zwischen 21 % (England) und 61% (Belgien) aller Angehörigen erfuhren soziale Diskriminierung wegen der Krankheit der PatientInnen.
- Laut einer Untersuchung von Katschnig et al. (1994, 1997) fühlten nahezu 80% der Angehörigen durch die Pflege der PatientIn ihre eigene Gesundheit beeinträchtigt: ca. 25 % der Angehörigen litten unter Depressionen, ca. 50% an Schlafstörungen und Erschöpfung. Mehr als 50% der Angehörigen sahen sich durch die Erkrankung der PatientIn gezwungen, ihre Lebensplanung zu ändern.
- Katschnig und Mitarbeiter (1997) legten Angehörigen Listen mit elf Belastungsbereichen vor und fanden heraus, dass Angst vor der Zukunft und gesundheitliche Beeinträchtigungen mit 79% am häufigsten genannt wurden. Mit 78% der Nennungen stand die Angst vor einem Rückfall an zweiter Stelle.
- Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Angermeyer und Mitarbeiter (1997): in einer Befragung gaben 87% an, unter negativen Auswirkungen auf die eigene Gesundheit zu leiden. Weitere Studien bestätigten die ausgeprägte Belastung, denen Angehörige

ausgesetzt sein können (Schene & van Wijngaarden 1995, Samele & Manning 2000, Joyce et al. 2000, Schene et al. 1994).

- Bindl (2003) differenzierte bei seiner Untersuchung als erster zwischen den Angehörigenkollektiven und fand heraus, dass Angehörige, welche einer Selbsthilfegruppe angehörten, deutlich höher belastet sind (84% mit starker Belastung) als zum Beispiel Angehörige aus einem Klinik-Kollektiv (60% mit starker Belastung). Dies ist bedeutsam, da viele der zitierten Untersuchungen die Angehörigen über Selbsthilfegruppen akquirierten und es sich hierbei vermutlich um besonders stark belastete Angehörige handelte. Es ist anzunehmen, dass besonders stark belastete Angehörige eher Hilfe in einer Selbsthilfegruppe suchen.

Insgesamt ergibt sich bei Sichtung der Forschungsergebnisse folgendes Bild: circa 75% der Angehörigen, die sich um einen schizophren Erkrankten kümmern, sind erheblich belastet und zwar finanziell, emotional und gesundheitlich (Angermeyer et al., 1997; Aschoff-Pluta et al., 1984; Bindl, 2003; Fadden et al., 1987; Kuipers, 1993).

2.3.3 Mögliche Zusammenhänge in Bezug auf die Belastung

Nach der Erhebung der bestehenden Belastungen bei Angehörigen schizophrener Patienten stellt sich die Frage, welche Bedingungen den Grad der Belastung beeinflussen können. Relevant für den Grad der Belastung Angehöriger schizophrener Patienten scheinen unter anderem folgende Faktoren zu sein:

- a) *Geschlecht des Patienten*: Der Krankheitsverlauf bei Patientinnen wird in der Literatur als besser beschrieben: Frauen erkranken zwischen 3 und 5 Jahren später als Männer und sind vor Ausbruch der Krankheit sozial besser integriert (Deister und Maneros, 1992). Frauen haben weniger Krankheitsrückfälle als Männer (Bebbington und Kuipers, 1995), sind weniger aggressiv, kommen seltener mit dem Gesetz in Konflikt und zeigen seltener komorbid Suchterkrankungen (Hambrecht und Häfner, 1992). Uneinheitliche Ergebnisse liegen dahingehend vor, ob weibliche oder männliche Patienten für Angehörige belastender sind: Einige Untersuchungen fanden keine Unterschiede (Schene, 1990; Hoenig und Hamilton, 1966; Grad und Sainsbury, 1968; Angermeyer et al., 1997), andere Untersuchungen fanden höhere Belastungen durch männliche Erkrankte (Mors et al., 1992; Seemann und Hauser, 1984; Sibitz et al., 2002), eine Untersuchung ergab höhere Belastungen bei Angehörigen, die sich um weibliche Erkrankte kümmerten (Winefield und Harvey, 1993).

- b) *Geschlecht der Angehörigen*: hier wird aus verschiedenen Studien übereinstimmend berichtet, dass weibliche Angehörige größere Belastung erleben als männliche Angehörige (Übersicht in Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer, 2001). Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass in den zitierten Studien Frauen zugleich Mütter der PatientInnen waren und hiermit sowohl die wichtigste Hauptbezugsperson waren als auch meist die Hauptlast der Versorgung zu übernehmen hatten.
- c) *Beziehung zum Patienten*: Magliano und Fadden et al. (1999) fanden keinen statistisch signifikanten Belastungsunterschied zwischen key-relatives (Eltern, Partner, Kinder) und Nicht-key-relatives (Freunde, Bekannte, Geschwister), wohingegen Winefield und Harvey (1994) mehr Belastung bei Eltern und Ehepartnern als bei Kindern, Geschwistern und Freunden fanden.
- d) *Alter der Patienten*: Hinsichtlich des Alters der Patientinnen sprechen MacCarthy (1989) und Hoenig und Hamilton (1966) von einem „burn-out“ bzw. einem „end-stage-plateau“, einem Zustand der Angehörigen, der sich zum einen dadurch auszeichnet einerseits an seine Belastungsgrenzen gekommen zu sein, andererseits aber auch dadurch, die Erfahrung gemacht zu haben, diese Belastungen „überlebt“ zu haben und die Aussicht darauf, dass es nicht mehr schlimmer kommen kann.
- e) *Symptomatik der PatientInnen*: In der Fachliteratur wird immer wieder die Frage diskutiert, ob eine Plus- oder Minussymptomatik (Typ I oder Typ II-Schizophrenie) für die Angehörigen belastender sei. Meist werden Minussymptome als belastender beschrieben (u.a. MacCarthy et al., 1989; Faden, Bebbington und Kuipers, 1987), aber auch gegenteilige Ergebnisse sind zu finden (Grad und Sainsbury, 1963; Katschnig et al., 1994). Mueser et al.(1996) fanden Plus- und Minussymptomatik als gleich belastend. Eine differenziertere Untersuchung von Provencher und Mueser (1997) erbrachte keinen positiven Zusammenhang zwischen Plus- und Minussymptomatik und objektiver Belastung der Angehörigen, jedoch zwischen Minussymptomatik und objektiver Belastung. Die Autoren heben hervor, dass die individuellen Bewertungs- und Attributionsprozesse der Angehörigen dafür ausschlaggebend sind inwieweit Angehörige Verhaltensweisen der Erkrankten als Belastung erleben. Auch andere Untersuchungen kommen nach den uneinheitlichen Ergebnissen zu dem Schluss, dass das individuelle, subjektive Erleben der Symptome das tatsächlich Belastungsrelevante für die Angehörigen darstellt (Boye et al., 2001; Wilms, Wittmund und Angermeyer (2001)).

Unbeachtet bleiben bei dieser Diskussion jedoch Faktoren wie Intensität,

Akuität, Dauer, Auftretenshäufigkeit und auch Synchronizität bei der Krankheitsausprägungen. Laut Bindl (2003) und Samele & Manning (2000) erscheinen - unabhängig ob positive oder negative Symptomatik - ein kurzer Zeitraum zur letzten stationären Behandlung und zur ersten Diagnosestellung positiv mit dem Grad der Belastung zu korrelieren.

- f) *Soziodemografische Faktoren*, wie zum Beispiel Alter der Angehörigen oder Patienten und Schichtzugehörigkeit scheinen nach neueren Untersuchungen kaum Einfluss auf das Ausmaß der erlebten Belastung zu haben (Baronet, 1999; Solomon & Draine, 1995). Hingegen ist die Befundsituation hinsichtlich des Bildungsniveaus uneinheitlich: Während Noh und Turner (1987) bei Angehörigen mit niedrigem Bildungsniveau eine höher erlebte Belastung feststellten, konnte dies in anderen Untersuchungen nicht bestätigt werden (Solomon und Draine, 1995; Baronet, 1999). Es ist wohl davon auszugehen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status als ein Risikofaktor für weitere potentielle objektive (und subjektive) Belastungsfaktoren zu sehen ist (zum Beispiel: Arbeitslosigkeit, beengte Wohnverhältnisse, Sorgen um Finanzierung von Nachsorgemaßnahmen, materielle Unsicherheit etc)

Mit Cuijpers und Stam (2000) lässt sich zusammenfassen, dass vor allem Mütter von männlichen Patienten mit ausgeprägter Minussymptomatik, feindselig-aggressivem Verhalten, Mangel an positivem Verhalten, niedrigen sozialem Funktionsniveau und ohne Beschäftigung ein erhöhtes Belastungsrisiko aufweisen (Bindl, 2003; Dyck et al., 1999; Samele & Manning, 2000).

2.3.4 Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener PatientInnen

Welche Wünsche an Unterstützung haben Angehörige schizophrener Patienten? Im Gegensatz zur Essstörungsliteratur liegen im Bereich der Schizophrenieforschung mehrere Studien zur Erhebung der Bedürfnisse an Unterstützung oder Hilfen bei Angehörigen vor.

- Cohen und Thomas (1996) führten bei 13 Angehörigen chronisch psychisch Kranker, die in der Gemeinde lebten, unstrukturierte Interviews durch. Folgende Bedürfnisse wurden von den Angehörigen geäußert: Informationen über die Krankheit und über möglicherweise unterstützende Einrichtungen; Erlernen des Umgangs mit dem Kranken, wenn er aggressiv wird; Versorgung des Kranken während eines Urlaubs des Angehörigen; Hilfen beim Umgang mit Versicherungen. Leider wurde in dieser Studie weder ein Interview-Leitfaden verwendet, noch die Fragen in irgendeiner Weise

strukturiert erfasst, sodass es unmöglich ist, diese Ergebnisse mit denen anderer Regionen zu vergleichen. Es wurde auch nicht erfasst, welche Bedürfnisse bereits durch psychiatrische oder soziale Einrichtungen gedeckt sind.

- MacCarthy et al. (1989) haben bei 45 Patienten von psychiatrischen Tageseinrichtungen die Angehörigen bezüglich des Bedarfs an Interventionen untersucht. Diese Untersuchung des experten-definierten Bedarfs fand im Rahmen einer Studie mit dem Needs for Care Assessment Schedule (NFCAS) statt, jedoch existieren keine Publikationen zu Validität und Reliabilität. Dieses Instrument wurde unseres Wissens bislang auch in keiner anderen Studie verwendet. Beispielsweise wird die subjektive Sicht der Angehörigen bezüglich der Probleme und Bedürfnisse nicht erfasst. Außerdem bleibt generell unklar, bei welchen Interventionen der Bedarf gedeckt oder nicht gedeckt ist. Bezüglich der mit dem NFCAS assoziierten Erhebung bei Angehörigen ist darauf hinzuweisen, dass zahlreiche Problembereiche fehlen (z.B. Schuldgefühle der Angehörigen).

In einem Editorial schlugen Priebe et al. (1999) vor, bei künftigen Bedarfsinstrumenten sowohl die subjektive Sicht der Angehörigen („Bedürfnisse“) als auch den Bedarf der Angehörigen nach Einschätzung der Experten hinsichtlich nötiger Interventionen bei den Angehörigen zu erheben.

- Wancata (2002) hat mit dem Carers Needs Assessment (CNA) ein solches Instrument in Form eines strukturierten Interviews erstellt und an 50 Angehörigen schizophrener PatientInnen validiert. Eine detaillierte Beschreibung des CNA findet sich im Methodik-Teil. Es zeigte sich, dass nur 2% der Angehörigen angaben, keine Probleme zu haben. Eine beträchtliche Zahl der Angehörigen gab an, in 5 oder mehr (von 18) Bereichen Probleme zu haben (50,8%). Einige wenige Angehörige gaben in 10 oder mehr Bereichen mittelschwere bis schwere Probleme an (15,4%). Über 40% der Angehörigen benötigten zwischen 5 und 14 verschiedene Unterstützungsangebote. Fast alle zur Auswahl gestellten Unterstützungsangebote wurden benötigt. Häufig erhielten die Angehörigen keine oder keine ausreichende Unterstützung, der Bedarf war also ungedeckt. Nur ca. ein Drittel der erforderlichen Interventionen wurden ausreichend angeboten. Die subjektive Zufriedenheit der Angehörigen mit den angebotenen Hilfsangeboten war eher gering. Die Ergebnisse legen nahe, dass vor allem im Bereich der professionellen Unterstützung der Angehörigen Defizite bestehen.

2.4 Belastungsreduktion durch Angehörigenarbeit

Dadurch dass Angehörige zunehmend für ihre kranken Familienmitglieder Sorge trugen und sich ein großer Teil der Versorgung auf den häuslichen Bereich verschob, wurden auch Überlegungen wach, die Faktoren zu untersuchen, die einen positiven Verlauf der Erkrankung mitbedingen. Einen wichtigen Beitrag hierzu lieferten Brown (1985) oder Vaughn und Leff (1976) in Form des „Expressed – Emotion-Ansatzes“. Dieser wurde ausführlich unter 2.3.1 beschrieben.

Neben dieser patientenorientierten, vor allem auf einen positiven Verlauf der Erkrankung fokussierten Blickwinkels wurde auch die Bedeutung von Belastung der Angehörigen immer relevanter. Kranke oder stark belastete Angehörige können keine gute Versorgung der kranken Familienmitglieder gewährleisten, hingegen entstehen unter Umständen durch deren Erkrankung zusätzlich Kosten und „Versorgungsengpässe“. Das führte zu einer Veränderung der Angehörigenarbeit, welche zunehmend die Auffassung vertrat, den betroffenen Familien Unterstützung anzubieten und sie bei der Bewältigung ihrer Sorgen und Nöte zu begleiten. Neben dem Versuch, das Risiko eines Krankheitsrückfalls zu verhindern und die Rehabilitationsschancen des Patienten zu erhöhen wurde die Entlastung der Angehörigen und die Vermittlung von Hilfestellung relevant. Aber auch die Möglichkeit einer Mobilisierung von Selbsthilfepotentialen wurde aktuell. Es zeigte sich, dass es notwendig ist, spezielle Angebote für bestimmte Angehörigengruppen zu entwickeln, zumal es sich herausstellte, dass Angehörige oft andere Unterstützungs- und Informationsbedürfnisse haben, als dies von den professionellen Helfern angenommen wird (Pollio, North und Foster, 1998).

Nach Loukissa (1995) konnte in einer Reihe von Studien zu professionell geleiteten Angehörigengruppen sowohl eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens der Angehörigen als auch ein besseres Verständnis für das Verhalten und die krankheitsbedingten Defizite ihres kranken Familienmitgliedes erzielt werden. Somit scheint die Informationsvermittlung, welche in solchen Gruppen im Mittelpunkt steht, eine vielfältige Rolle zu spielen. Angehörige schizophrener Patienten erleben nach eigenen Angaben Angehörigengruppen mit strukturierter Informationsvermittlung als entlastender und hilfreicher als reine Interaktionsgruppen (Scherrmann et al., 1992). Dieser Effekt ist nach Meinung der Autoren auf eine Veränderung der Attributionsmuster der Angehörigen zurückzuführen. Diesen Effekt (veränderte Attributionsmuster) nutzt man auch in der Verhaltenstherapie, daher hat Informationsvermittlung als wichtiges therapeutisches Element

seit langem einen hohen Stellenwert. Insofern kann die Entlastung als eine Art kognitive Umstrukturierung der Angehörigen interpretiert werden: durch verbesserte Kenntnis über die Entstehung der Erkrankung und die Funktion der typischen Symptome können Angehörige aggressive Verhaltenweisen oder Complianceprobleme der Patienten weniger persönlich nehmen und somit Wut- und Ärgergefühle dem Patienten gegenüber reduzieren. Darüberhinaus können dysfunktionale Schuldgefühle reduziert werden. Durch konkrete Ratschläge zum Umgang mit dem Patienten, beispielsweise in einer Akutphase wird die Selbstwirksamkeit der Angehörigen erhöht und damit auch die subjektive Belastung reduziert.

2.5 Interventionen bei Angehörigen

Nach Buchkremer et al. (1987) kann zwischen Familientherapie, Angehörigenarbeit und therapeutischer Gruppenarbeit mit Angehörigen unterschieden werden. Steht bei ersterer noch die Expertendominanz mit Patientenzentrierung im Vordergrund, so nimmt die Expertendominanz bei Angehörigenarbeit bereits ab und tritt in Selbsthilfegruppen von Angehörigen teils ganz zugunsten der Angehörigendominanz zurück. Es lässt sich jedoch noch eine weitere Unterscheidung treffen: Angehörigenarbeit ist häufig psychoedukativ und ist weitgehend auf Erkenntnisse der Expressed-emotion-Forschung begründet, wohingegen familientherapeutische Interventionen auf einer systemischen, verhaltenstherapeutischen oder psychoanalytischen Theorie basieren. Hierzu einige Ergebnisse aus der Literatur:

Es finden sich in den letzten 15 Jahren erfreulicherweise zunehmend wissenschaftliche Evaluationen über die Arbeit mit Angehörigen (Bäumel et al., 1996; Hornung et al., 1999; Fiedler, 1995), die jedoch meist auf die patientenrelevanten Veränderungen, wie zum Beispiel Rückfallrate, stationäre Wiederaufnahme oder ähnliches fokussierten und weniger die Belastungsreduktion bei Angehörigen berücksichtigte.

Es gibt nur wenige kontrollierte Studien zu Belastungsveränderungen bei Angehörigen im Zusammenhang mit psychoedukativen Familieninterventionen: Smith und Birchwood (1987) konnten Wissensvermittlung als einzigen über 6 Monate hinweg anhaltenden, belastungsreduzierenden Effekt nachweisen. Zu Hause durchgeführte, verhaltenstherapeutisch-psychoedukative Familiensitzungen führten zu einer statistisch signifikanten Belastungsreduktion nach 25 Sitzungen (Fallon et al., 1985).

Im deutschsprachigen Raum ist therapeutische Angehörigenarbeit durch die Arbeiten von Buchkremer (Buchkremer und Rath, 1989; Lewandowsky und Buchkremer, 1988) bekannt geworden. Angehörige sollen nach einem problemlöseorientierten, psychoedukativen Ansatz in mehreren Phasen einen besseren Umgang mit der Erkrankung erlernen. Die sich

hieraus entwickelnden Angehörigengruppen legten den Schwerpunkt auf Informationsvermittlung. Aktuell ist das Procedere meist folgendermaßen: Es werden zwischen 6-8 Sitzungen in regelmäßigen Abständen für Angehörige angeboten. Themen sind in der Regel Information über die Erkrankung an sich, über Frühzeichen einer erneuten Krankheitsphase, deren Ursachen, medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten und Betreuungsmöglichkeiten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Themen, die speziell die Belastung Angehöriger berücksichtigen fördern und vermitteln zusätzlich Techniken für eine verbesserte Stressbewältigung und Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung unter den Angehörigen. Ziele der Angehörigenarbeit waren und sind somit Unterstützung und Entlastung der Angehörigen, Veränderung der emotional belastenden Familieninteraktion und Beteiligung der Angehörigen an der Rückfallprophylaxe.

Hinweise auf die Wirkung von Selbsthilfegruppen basieren auf klinischen Beobachtungen oder Angehörigenbefragungen: so gaben 53,3 % der 576 befragten Angehörigen Auskunft über ihr Kontaktverhalten zu Angehörigengruppen. Ein Großteil der antwortenden Angehörigen (61,9 %) hatten mindestens einmal im letzten Vierteljahr eine Angehörigengruppe in Anspruch genommen. 21,4 % gaben an, bei erhöhter Belastung, wie z. B. einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihres Familienmitgliedes, vermehrt die Angehörigenselbsthilfegruppe aufzusuchen. 29,3 % gaben keine gehäuft Kontakte in solchen Fällen an. Lediglich 2,7 % wollten die Kontakte zur Selbsthilfegruppe reduzieren (Angermeyer et al., 1997). Das Angehörigenarbeit in den letzten Jahren erfreulicherweise an Bedeutung zugenommen hat lässt sich auch daran erkennen, dass in der Weiterbildungsordnung (WBO) für die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie inzwischen die Teilnahme an einer 2-monatigen Angehörigengruppe vorgesehen ist. In der praktischen Umsetzung ist dies häufig jedoch schwierig, da solche Gruppen meist monatlich stattfinden und sich somit über mehr als ein halbes Jahr erstrecken.

2.6 Gemeindenahe Versorgung für Angehörige in Deutschland

Über die Anzahl der Krisen- und Notfalldienste liegen keine bundesweiten Zahlen vor. Sozialpsychiatrische Dienste sind via Landespsychiatriegesetz fester Bestandteil einer psychiatrischen Versorgung und werden von den jeweiligen Kreisen und kreisfreien Städten organisiert. Strukturell gesehen besteht wohl deutschlandweit eine flächendeckende Versorgung. Allerdings besteht große Heterogenität hinsichtlich der inhaltlichen und personellen Ausgestaltung der sozialpsychiatrischen Dienste (Bramesfeld, 2003).

Als weiteres Kriterium für das Versorgungsnetzwerk kann die Anzahl der Einwohner je stationäre Behandlungseinheit gelten. Im bundesweiten Vergleich führen Berlin, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Berlin hinsichtlich der Abdeckung mit stationären Behandlungsangeboten (eine Einrichtung pro 102.485 Einwohner in Berlin und pro 126818 Einwohner in Schleswig-Holstein). Hingegen kommen ca. doppelt so viele Einwohner auf eine Behandlungseinheit in Baden-Württemberg und Bayern (214.776 in Baden-Württemberg und 277.955 in Bayern).

Anzahl der Institutsambulanzen:

Aufgrund der Novellierungen des Gesundheitsgesetzes im Jahre 2000 kam es zu enormen Aktivitäten im Aufbau von Institutsambulanzen, wodurch ein Überblick über den aktuellen Stand schwer möglich ist. So wurde beispielsweise im Jahre 2000 in Baden Württemberg lediglich eine Institutsambulanz verzeichnet, drei Jahre später sind 13 Ambulanzen zu finden.

Bezüglich der Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten ergibt sich folgendes Bild: in den neuen Bundesländern wird die 1992 festgelegte und seit 1993 durch das Planungssystem der KBV Sollziffer von 17348 Einwohnern pro Nervenarzt nicht erreicht. In ländlichen Gebieten ist von einer Unterversorgung, in städtischen Gebieten von einer Überversorgung auszugehen (Information der KBV, 2001)

Wohnen in der Gemeinde:

Um eine Enthospitalisierung und gemeindenaher Versorgung zu gewährleisten, ist ein Angebot von betreuten Wohnmöglichkeiten für Patienten unabdingbar. Für die meisten Landkreise ist ein Ausbau ambulanter betreuter Wohnmöglichkeiten jedoch aufgrund der getrennten Sozialhilfeträgerregelung für stationäres und ambulantes Wohnen wenig attraktiv. Das Angebot liegt deshalb knapp unter dem noch aus den 70er Jahre stammenden Richtwert von 45 Wohnplätzen pro 100.000 Einwohner und dies bei inzwischen deutlich weiter fortgeschrittenen Enthospitalisierung als zum damaligen Zeitpunkt. Neben der hierdurch resultierenden Mehrbelastung für Angehörige birgt dies noch weitere Gefahren. In Dänemark wurde eine Zunahme von Zwangsbehandlungen, Suiziden sowie einer erhöhten Inzidenz von Straftaten nachgewiesen, welche mit einem unzureichend umgesetzten Aufbau sozialer Versorgungsangebote für die Gemeinde erklärt wurde (Munk-Jorgensen, 1999).

Bramesfeld (2003) sieht in Westdeutschland hinsichtlich gemeindenaher medizinisch-psychiatrischer Versorgungsangebote noch erheblichen Entwicklungsbedarf. Auch hinsichtlich verschiedener Wohnmöglichkeiten, wie zum Beispiel betreuter

Einzelwohnungen, therapeutischer Wohngemeinschaften oder therapeutischer Wohnheime für psychisch Kranke haben alle Länder Nachholbedarf.

1985 wurde in Bonn der „Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“ gegründet. Inzwischen haben sich hieraus 16 Landesverbände mit insgesamt mehr als siebentausend Mitgliedern entwickelt.

Laut persönlicher Mitteilung des Pressebüros des Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK) im September 2006 haben sich im stationären psychiatrischen Versorgungsbereich inzwischen Angehörigengruppen etabliert, die konkrete institutionelle Umsetzung schwankt hier jedoch enorm. Von ambulanten Versorgungsträgern (Psychotherapeuten, Nervenärzte) werden vor allem aufgrund der unbefriedigenden Zugangsregelung und der fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten nahezu keine expertengeleiteten Patienten- oder Angehörigengruppen angeboten.

Es gibt inzwischen jedoch bundesweit über 500 Angehörigen-Selbsthilfegruppen und –initiativen, die Angehörigen Unterstützung anbieten. Diese Gruppen bieten zum Teil fortlaufend oder intermittierend Möglichkeit zu Entlastung, Aussprache und Informationsaustausch. Der Bedarf an solchen Gruppen scheint jedoch bei weitem nicht gedeckt zu sein. Zudem werden von Angehörigen immer wieder ungenügende Informationsquellen über vorhandene Einrichtungen oder Unterstützungsangebote bemängelt. Leider gibt es jedoch über die regionale oder überregionale Versorgungslage für Angehörige keine systematische Untersuchung, so dass eine konkrete Bewertung der Situation hier nicht vorgenommen werden kann.

Regionale Angebote für Angehörige:

Im Raum Nürnberg, Erlangen und Fürth sind über den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (LApK) acht Angehörigengruppen mit regelmäßigen wöchentlichen bis monatlichen Treffen verzeichnet. Darüber hinaus sind zahlreiche vereinsfreie Angehörigengruppen zu finden.

2.7 Nehmen Angehörige Unterstützungsangebote an?

Bisher wurde anhand diverser Untersuchungen dokumentiert, dass Angehörige von psychisch Kranken belastet sind. Vor diesem Hintergrund scheint es aus klinischer Beobachtung verwunderlich, dass professionelle Helfer dennoch immer wieder beklagen, dass Unterstützungsangebote für Angehörige von diesen zuwenig in Anspruch genommen werden.

So konnte die Arbeitsgruppe um Wilms eine überwiegende Zahl von Angehörigen nicht zur Teilnahme an einem Unterstützungsprogramm bewegen (Wilms et al., 2005).

Wittmund, Bull, Musikowski und Angermeyer (2005) fanden heraus, dass Partner von Patienten sich bei zeitlicher Nähe einer akuten Krankheitsepisode zum Angebot an Unterstützung eher zur Teilnahme bereit erklärten. Zudem sank die Inanspruchnahmebereitschaft mit der Verschlechterung des eigenen Befindens der Angehörigen. Andererseits wurden von den Angehörigen als Ablehnungsgrund auch mangelnde aktuelle Belastung oder fehlende aktuelle Veränderungswünsche genannt. Darüber hinaus scheinen das Gefühl, die aktuelle Situation meistern zu können sowie die positiven oder negativen Erwartungen der Angehörigen an das Unterstützungsprogramm Einfluss auf die Teilnahmeentscheidung zu haben. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass professionell initiierte Angebote Angehörige nur erreichen, wenn bestimmte Bedingungen in der eigenen aktuellen Lebenssituation der Angehörigen als auch bei den betroffenen Patienten zusammentreffen.

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung an 2179 Personen zwischen 16 und 96 Jahren interessant (Hessel, Plöttner und Geyer, 2004). Die Probanden sollten u.a. angeben, wen sie im Falle „seelischer Schwierigkeiten“ oder psychosozialer Probleme konsultieren würden.

Als wichtigste Anlaufstellen wurden Familienangehörige genannt, gefolgt von Hausarzt und von Freunden und Bekannten. Nur 35% der Befragten würden demnach einen Psychiater oder Neurologen aufzusuchen, 36 % würden einen Psychologen oder Psychotherapeuten aufsuchen. Allerdings gaben 38 % bzw. 39 % der Befragten an, dass sie sich „bestimmt nicht“ an einen Psychiater/Neurologen bzw. Psychologen/Psychotherapeuten wenden würden. 61% der Befragten würden nach eigenen Angaben „ganz bestimmt nicht“ eine Beratungsstelle aufsuchen. Andererseits hätten 5,5 % der Befragten in den letzten beiden Jahren von ihrem Hausarzt eine Psychotherapie empfohlen bekommen und 4,7 % hätten auch eine Psychotherapie in Anspruch genommen. Somit folgte ein Großteil der Angehörigen dem ärztlichen Rat gefolgt und lediglich 19,3% folgten der Empfehlung, eine Psychotherapie zu beginnen nicht.

2.8 Soziale Unterstützung und Soziale Netze

Auch wenn in dieser Studie Fragestellungen zu diesen Konzepten nicht näher untersucht wurden, so stehen sie doch den von uns untersuchten Aspekten sehr nahe und sollen hier kurz ausgeführt werden. Zunächst sei vorausgeschickt: beide Konzepte waren phasenweise sehr populär und es gibt hierzu unzählige Publikationen und inzwischen theoretische Diversifikation, dass eine umfassende Beschreibung nicht möglich ist. Es wird

im Folgenden eine Auswahl des Autors dargestellt, bei welcher biologische Ansätze vernachlässigt wurden.

Zunächst zur allgemeinen Differenzierung der ersten beiden Begriffe: Das Konzept des Sozialen Netzwerks ist das umfassendere Konzept und ist eher als abstrakte Struktur zu sehen, wogegen Soziale Unterstützung als eine meist positiv assoziierte Wirkung dieses Netzwerkes zu begreifen ist. Es handelt sich also bei sozialer Unterstützung eher um Inhalte (Klussmann, 1986; Frietsch und Löcherbach, 1995). So kann man sich eine informelle Form der sozialen Unterstützung an einem Alltagsbeispiel verdeutlichen, indem man sich in die Rolle eines Kindes versetzt, welches die Qualen auf dem Zahnarztstuhl leichter erträgt, wenn die Mutter daneben steht und ihm die Hand hält.

Es finden sich eine Vielzahl von Definitionen von sozialer Unterstützung, welche sich häufig nur im Grad ihrer Abstraktion oder der unterschiedlichen Gewichtung von inhaltlichen Komponenten unterscheiden. So definiert beispielsweise House (1981) soziale Unterstützung als interpersonelle Transaktion, die Wertschätzung, Informationen über die Umwelt, instrumentelle Güter und emotionale Verbundenheit, wie zum Beispiel Empathie und Liebe beinhaltet. Sarason et al. (1983) betonen dagegen eher die intrapsychische Bewusstheit und Gewissheit des Einzelnen, dass Personen verfügbar sind, die sich um ihn Gedanken machen und an die er sich im Notfall wenden kann. In dieser Definition ist schon ein zusätzlicher Teil der Definition von sozialer Integration mitgegeben, welche nach House et al. (1988) mit der Anzahl der Kontaktpersonen und der Kontakthäufigkeit gleichzusetzen ist.

In den meisten Definitionen von sozialer Unterstützung wird implizit oder explizit angenommen, dass Individuen soziale Bedürfnisse haben, deren Befriedigung Aufgabe einer sozialen Umwelt (Netzwerk) ist. Eine weitgehend anerkannte Einteilung von sechs Bedürfnispositionen stammt von Weiss (1974). Diese Bedürfnisse variieren in Abhängigkeit der individuellen Persönlichkeit des Individuums und werden von der sozialen Umwelt (sozialen Netzwerk) auch unterschiedlich erfüllt. Im Einzelnen sind dies das Bedürfnis nach

- Bindung an andere Menschen, welche ein Gefühl von Sicherheit vermitteln
- Soziale Integration in Form von Beziehungen, die sich auf Gemeinsamkeiten stützen und von gegenseitiger Akzeptanz und Loyalität geprägt sind
- Gefühl von Eingebundenheit in die soziale Gemeinschaft, vor allem durch verwandschaftliche Beziehungen, wobei gemeinsame Interessen eine untegeordnete Rolle spielen
- Selbstwertbestätigung, vor allem im beruflichen Bereich in Form von Anerkennung und Bestätigung

- Gefühl, von anderen gebraucht zu werden/Sorge und Verantwortung für andere tragen
- Orientierungsmöglichkeiten an anderen Menschen, sich selbst Rat, Unterstützung und Anleitung von anderen einholen zu können

Diese Bedürfniseinteilung nach Weiss (1974) entstammt einer wissenschaftlichen Betrachtungsweise anhand wissenschaftlicher Kriterien. Gottlieb (1978) untersuchte im Kontrast hierzu die Einschätzung von Laien hinsichtlich wichtiger Komponenten sozialer Unterstützung, indem er 40 alleinstehende Mütter zu persönlichen Problemen und zu den Personen befragte, die ihrer Ansicht nach eine unterstützende Funktion bei der Bewältigung dieser Probleme innehatten. Er teilte die gefundenen Antworten in vier Kategorien ein:

- Emotional stützendes Verhalten in Form von Rückhalt bieten, Vertrauen signalisieren, Sorge äußern, gut zureden, zuhören
- Indirekte persönliche Stützung durch die Gewissheit der prinzipiellen Verfügbarkeit eines hilfsbereiten Anderen
- Umweltbezogenes Problemlöseverhalten: ein Helfer verändert die Umwelt, nimmt beispielsweise Aufgaben ab und reduziert hierdurch die Stressbelastung
- Unterstützung in Problemlösung durch Ratschläge, Anweisungen, Informationen, Ablenkung von belastenden Gedanken, gemeinsame Lösungssuche und ähnliches

Die beiden Klassifikationen von sozialen Bedürfnissen weisen deutliche Unterschiede auf und sind jeweils als Belege für zwei unterschiedliche Hypothesen bezüglich sozialer Bedürfnisse interpretiert worden. Die Haupteffekthypothese geht davon aus, dass soziale Unterstützung im allgemeinen das gesundheitliche Wohlbefinden positiv beeinflusst, also auch, wenn keine akute Stressbelastung vorliegt (Weiss, 1974). Demgegenüber geht die Puffereffekthypothese davon aus, dass soziale Unterstützung die negativen Auswirkungen von potentiellen Stressfaktoren auf die Gesundheit vermindern kann, ein Mangel an sozialer Unterstützung allein allerdings keine negativen gesundheitlichen Auswirkungen haben kann (Gottlieb, 1978). Soziale Unterstützung wird hier als Moderatorvariable gesehen, die einerseits als protektiver Faktor bei Stressbelastung dienen kann, bei Mangel in Stresssituationen andererseits als Vulnerabilitätsfaktor zu sehen ist. Als Puffer kann beispielsweise die finanzielle Unterstützung durch die Eltern bei Eintritt von Arbeitslosigkeit gesehen werden, ebenso jedoch auch ein Freund, der einem in derselben Situation mit Rat und Tat zur Seite steht.

Welche Hypothese stimmt denn nun? Diese Frage ist unter anderem aufgrund von methodischen Problemen nicht klar zu beantworten. Es gibt eine ungeklärte Debatte, welche statistischen Verfahren zur Klärung dieser Frage herangezogen werden können. Cohen und

Wills (1985) kommen zu dem Schluss, dass sich je nach Definition des Konzeptes „soziale Unterstützung“, je nach Mess- und Erhebungsmethode des Konzeptes, je nach Stichprobe und Setting und je nach statistischer Auswertungsmethode Belege für beide Hypothesen finden lassen. Wird soziale Unterstützung als eine auf die jeweils spezifische Belastungssituation zugeschnittene Hilfe definiert, so finden sich Belege für die Pufferhypothese. In Untersuchungen, in denen die soziale Unterstützung allgemein eher als soziale Integration in Form von Eingebettetsein in ein soziales Gefüge (Sarason et al, 1983) definiert wird, finden sich Ergebnisse, die die Haupteffekthypothese bestätigen.

Cobb (1979) sieht für die Praxis keine sinnvollen Konsequenzen aus dieser Debatte und begründet dies einleuchtend: vermutlich ist nicht erfasster Hintergrundstress verantwortlich dafür, dass auftretende Interaktionseffekte groß genug werden, um als Haupteffekt angesehen zu werden. Zudem ist das völlige Fehlen sozialer Unterstützung als ein Stressor an sich zu werten und würde dazu führen, dass das Bedürfnis nach Eingebundenheit als Spezifikum in den Vordergrund tritt. Bei mittlerer Stressbelastung bedarf es vermutlich weiterer Umweltstressoren, um sichtbare Defizite aufzuzeigen. (Einfacher ausgedrückt: Wenn die Stressbelastung eine bestimmte Schwelle überschreitet, werden Bedürfnisse aktualisiert, welche zuvor keine spürbare Rolle für die Betroffenen gespielt haben)

Für unsere Belange ist es vorteilhaft, der Ansicht von House (1981) zu folgen, welcher es für den praktischen Bereich für sinnvoll erachtet zu wissen, welche konkreten sozialen Ressourcen sich in welchen Problembereichen als hilfreich erwiesen haben, um Hilfsangebote spezifisch ausrichten zu können.

Neben der Unterscheidung in Haupt- und Puffereffekthypothese gibt es auch Modelle, die durch Berücksichtigung des Zeitpunktes der Untersuchung eine Erweiterung der beiden beschriebenen Modelle zu einem Prozessmodell gestatten. Geht man, wie im sogenannten Präventionsmodell, davon aus, dass soziale Unterstützung bereits vor Eintreten einer Stressbelastung erfolgte, kann dies negative Konsequenzen der Stresseinwirkung verhindern, womit sich ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an sozialer Unterstützung und Stressbelastung zeigen müsste.

Im Supportmobilisierungsmodell wird davon ausgegangen, dass erst nach Eintritt der Stressbelastung soziale Unterstützung aktiviert wird, entweder durch Nachfrage des Betroffenen selbst oder durch Angebote von „Netzwerkmitgliedern“. Dies würde jedoch bedeuten, dass man einen positiven Zusammenhang zwischen dem Grad an sozialer Unterstützung und der Stressbelastung finden müsste.

Hier werden augenscheinlich bereits die Schwächen einer solch künstlichen Trennung erkennbar. Was wäre beispielsweise in den Fällen zu erwarten, in denen das soziale Netz ein hohes Niveau an sozialer Unterstützung bietet (z. B. in Form von kontinuierlichem, aktivem gegenseitigen Verstärken und Bestätigen ohne ausreichende legitimierende Stressbelastung) und dann ein relevanter Stressor in das Leben des Betroffenen tritt? Hier stellt sich die Frage wie sich die soziale Unterstützung dann verändert: kommt es aufgrund der prinzipiell hohen Supportniveaus nur zu einer geringfügigen Steigerung an Unterstützung könnte das ein Gefühl von „im Stich gelassen werden“ induzieren, obwohl bei objektiver Messung der Anzahl erhaltener Ratschläge, Sozialkontakte, konkreten Unterstützungsmassnahmen diese möglicherweise höher wären als bei jemandem, der bis Eintritt des relevanten Stressors weitgehend sozial isoliert lebte und nun beispielsweise lediglich gelegentlich ein stützendes Gespräch bei einem professionellen Helfer erhält, dies jedoch als sehr entlastend erlebt. In diesem Beispiel würde die subjektive Verarbeitung der jeweiligen Ereignisse eine entscheidende Rolle spielen.

Aus dem Bereich der Depressionsforschung ist auch bekannt, das appellatives Verhalten entsprechend erkrankter Personen längerfristig negative Auswirkungen auf das Ausmaß und die Qualität sozialer Unterstützung haben kann. Coyne (1976a) hat aus seinen Beobachtungen die Hypothese eines interpersonalen depressiven Teufelskreises abgeleitet: Depressive Patienten versuchen Bezugspersonen zur Unterstützung zu mobilisieren, um sich ihrer selbst und ihres Stellenwertes für die anderen Menschen zu versichern (**reassurance seeking**). Dies funktioniert anfangs auch, führt bei den Depressiven jedoch zu Zweifeln, ob diese Unterstützung auch „freiwillig“, um ihrer selbst willen oder nur aus Mitleid erfolgt. Sie intensivieren daraufhin ihr unterstützungsmobilisierendes Verhalten, was bei den Bezugspersonen schließlich zu Unverständnis und verärgertem Rückzug führen kann, was dann wieder die Befürchtung und jetzt richtige Wahrnehmung der Patienten („keiner kümmert sich um mich!“) bestätigt. Die Befunde hierzu sind jedoch bis heute uneinheitlich. Insgesamt gesehen muss man von einer höheren Komplexität der beteiligten Variablen und deren Beziehung zueinander ausgehen, als sie in den bisherigen Modellen und Konzeptionen Berücksichtigung fand (Manz, 1994).

Beachtenswert ist auch, dass in den meisten Publikationen unkritisch vorausgesetzt wird, dass ein Mehr an sozialer Beziehung auch automatisch ein Mehr an sozialer Unterstützung darstellt und damit prinzipiell positiv und unterstützend zu werten ist. Ab Anfang der achtziger Jahre machten Untersuchungen auch auf mögliche Belastungen durch

enge soziale Kontakte und soziale Unterstützung aufmerksam (Wellman, 1982a; Brown et al. 1985, Reichle, 2000).

So wurde auch die im Modell von Coyne angesprochene Bedeutung unterschiedlicher Perspektiven und Wahrnehmungen von sozialer Unterstützung in einem Modell der sozialen Interaktion berücksichtigt (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004) (siehe Abbildung 4). Hier wird explizit zwischen Empfänger und Quelle der sozialen Unterstützung unterschieden. Auf Empfängerseite werden verschiedene Faktoren unterschieden. Unter wahrgenommener Unterstützung wird in diesem Modell die Überzeugung und Erwartung der generellen Verfügbarkeit von Unterstützung und sozialem Rückhalt verstanden. Diese Überzeugung sei sehr stabil und stimme oftmals nur wenig mit der tatsächlich erhaltenen Unterstützung überein. Unter Stressbedingungen kann sich nun ein Bedürfnis nach Unterstützung einstellen, was den Betroffenen dazu veranlassen kann, eine Unterstützungsquelle zu mobilisieren. Diese Fähigkeit, um Hilfe zu bitten kann einerseits als Stressbewältigungsressource des Betroffenen interpretiert werden, andererseits kann die Tatsache, jemanden um Hilfe bitten zu müssen negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl ausüben (Eingeständnis, mit einem Problem nicht selbst fertig zu werden). Auf Seiten des Unterstützenden kann die Unterstützung aus eigenen Antrieb bei Wahrnehmung eines Bedarfs an Unterstützung beim Gegenüber erfolgen oder aber durch die gerade beschriebene Mobilisierung von außen (geleistete Unterstützung). Laut dem Modell würde ein mittlerer Grad an Belastung oder Unterstützungsbedarf den höchsten Grad an Unterstützung ermöglichen, wohingegen bei zu niedriger oder zu hoher und langanhaltender Belastung das soziale Unterstützungsnetz selbst Schaden nimmt und weniger Hilfe leisten kann oder will. Laut Dunkel-Schetter und Bennett (1990) erwies sich aktives Bemühen und Suchen um Hilfe nach sozialer Unterstützung als bester Prädiktor für tatsächliche erfolgte Hilfeleistung. Zudem würden folgende Eigenschaften des „Bittstellers“ am ehesten die Hilfsbereitschaft anderer Menschen hervorrufen: hohes Selbstwertgefühl, Kompetenz, Optimismus und internale Kontrollüberzeugung.

Bei den jeweils Helfenden sind einige Faktoren für die Bereitschaft, Hilfe zu leisten relevant: zunächst spielt es eine Rolle, ob aus Sicht des Helfenden die Ursache des Problemzustandes auf unkontrollierbare oder kontrollierbare Faktoren zurückgeführt werden kann. Trifft das Opfer wenig oder keine Schuld am Auftreten des aktuellen Problems (unkontrollierbare Faktoren), so entsteht häufiger Mitleid und somit eine höhere Hilfsbereitschaft. Anderenfalls kann Ärger und Rückzugsverhalten resultieren. Zudem ist von Bedeutung, wie empathisch der Helfende ist und ob er sich überfordert fühlt. Letzteres würde

erwartungsgemäß zu einer Abnahme des Hilfsverhaltens und Aktualisierung egoistischer Motive führen.

Vom Hilfeempfänger wird zumindest ein Teil der geleisteten Unterstützung als tatsächlich erhaltene Unterstützung registriert. Je nach subjektiver Wahrnehmungsverzerrung oder durch Erinnerungsfaktoren beeinflusst kann es zu einer oftmals geringen Übereinstimmung zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung kommen. Je objektiver und neutraler die Anteile erhaltener Unterstützung registriert werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer hohen Übereinstimmung von wahrgenommener und erhaltener Unterstützung. Laut Bolger, Zuckerman und Kessler (2000) kann der oft schwache Zusammenhang zwischen geleisteter Unterstützung (berichtet von der Unterstützungsquelle) und tatsächlich erhaltener Unterstützung (berichtet vom Empfänger) durch die sogenannte „unsichtbare Unterstützung“ erklärt werden.

Diese könne auf drei Arten auftreten: erstens in der Art, dass der Unterstützende die Probleme angeht und löst ohne das der Empfänger davon etwas mitbekommt. Zweitens: der Empfänger hat nach seinem Ermessen das Problem selbst gelöst, ohne die geleistet und notwendige indirekte Hilfestellung des Unterstützenden wahrgenommen zu haben. Die dritte Variante unsichtbarer Unterstützung würde darin bestehen, dass die gewährte Unterstützung vom Empfänger als kontraproduktiv oder nicht unterstützend bewertet wird, obwohl ein zielführender Anteil vorhanden war. Bolger und die anderen Autoren betonen die bedeutsame Rolle dieser Form der Unterstützung, da hierbei die oftmals problematischen Nebenwirkungen sichtbarer Unterstützung auf das Selbstwertgefühl und das Gefühl der Verpflichtung des Empfängers wegfallen. Besonders negativ würde sich unverlangte Hilfe auswirken. Vor allem erfahrene Partner bzw. Unterstützer würden vor allem die ersten beiden Varianten unsichtbarer Unterstützung häufig anwenden.

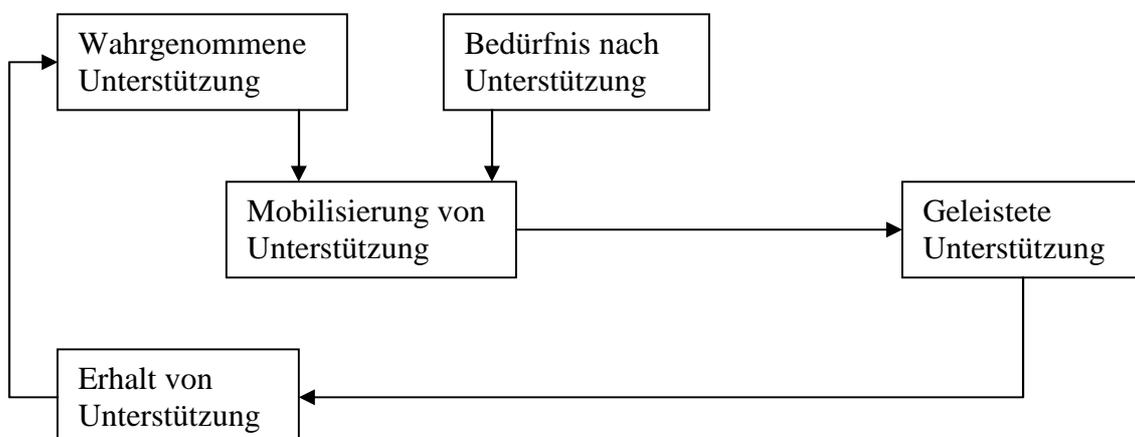


Abbildung 4: Zusammenhänge zwischen Merkmalen der sozialen Unterstützung. Geleistete Unterstützung stammt von einer Bezugsperson (aus: Knoll und Schwarzer, 2005)

Wie oben bereits erwähnt, sind die Konzepte der Sozialen Unterstützung eng mit dem Konstrukt des sozialen Netzwerkes verknüpft, da soziale Unterstützung von Sozialpartnern erfolgt, welche wiederum Teil des sozialen Netzwerkes des Betroffenen sind. Das Soziale Netzwerkkonzept bedarf einerseits nur einer formalen Definition, indem die beteiligten Personen sowie ihre Relation zueinander beschrieben werden müssen. Beim Konzept der Sozialen Unterstützung hingegen müssen mehr oder weniger konkrete Inhalte definiert werden und es sind auch psychologische Theoriemodelle erforderlich. Andererseits ist das soziale Netzwerk das umfassendere Konzept, welches soziale Unterstützung sozusagen als Teilaspekt, welches zur näheren Untersuchung herausgehoben wird, enthält. Es geht jedoch über die Fragestellung der Sozialen Unterstützung hinaus, da dort unter Umständen auch nach anderen als unterstützenden Transaktionen gefragt wird, wie zum Beispiel Machtbeziehungen, Sympathiebeziehungen etc.

Soziale Netzwerke sind Systeme sozialer Beziehungen zwischen Individuen. Entsprechend der Netzmetapher wird dieses System als eine Struktur von Knoten und Verbindungen gesehen, wobei die Knoten stellvertretend für einzelne Personen oder auch soziale Instanzen zu sehen sind und die Verbindungsstränge die Beziehungen zwischen den einzelnen Personen/Institutionen darstellen, welche wiederum verschiedene Qualitäten aufweisen können, wie zum Beispiel Freundschaft, gegenseitige oder einseitige Unterstützung in materieller oder ideeller Form, Reziprozität, Homogenität und andere mehr. Soziale Netzwerke können in verschiedenen Auflösungsgraden betrachtet und untersucht werden. Von der Betrachtung der engsten familiären sozialen Verknüpfungen einer Einzelperson bis hin zu Untersuchungen globaler Verknüpfungsmuster sind alle Differenzierungen prinzipiell möglich. Insofern ist je nach Fragestellung eine Fokussierung notwendig. Für klinische Fragestellungen wird häufig ein enger Fokus gewählt, welcher sich beispielsweise auf das persönliche Netzwerk einzelner Personen beschränkt und hier die Beziehung und Funktion von Eltern, Kindern, Ehepartnern, Freunden, Verwandten, Arbeitskollegen, Nachbarn, sozialen Helfern und anderen näher untersucht.

Wie hierbei indirekt schon deutlich wird, bedarf es selbst bei einem klein gewählten Fokus wie in unserem Beispiel einer weiteren Differenzierung, um eine **Netzwerkanalyse** zu betreiben. Hierbei werden die strukturellen Verbindungen einer Person oder Institution und deren Auswirkungen auf das soziale Verhalten der/des betreffenden untersucht. Für die Analyse persönlicher Netzwerke unterscheidet Klusmann (1986) drei Analyseebenen:

1. Umfang und Zusammensetzung: da es keine allgemein anerkannten Kriterien zur Bestimmung von Netzwerkumfängen gibt, schwanken die Umfänge der „Knoten“ je nach Studie enorm. Mit Zusammensetzung ist in der Regel die jeweilige Rollenkatgorie des „Knoten“ gemeint: Freund, Verwandter, Nachbar, Vater, Mutter usw.
2. Inhaltliche Beziehung zur Person: hier wird, zunächst unabhängig von den Rollen konkret die Personen definiert und ihre genauen Bedeutungen und Funktionen für die Indexperson. Hierzu dienen konkretisierende Fragen, wie zum Beispiel „Mit wem reden Sie über persönliche Probleme?“ oder „Mit wem sprechen Sie am Arbeitsplatz über Entscheidungen?“. Hierdurch ist ein differenziertes Bild über die Funktionskombinationen der einzelnen „Knoten“ möglich. Die Gewichtung der einzelnen Funktion kann unterschiedlich erfolgen: einige Autoren addieren die Funktionen lediglich, andere bilden sie als bedingte Wahrscheinlichkeiten ab. Zur weiteren Differenzierung der inhaltlichen Beziehung der Indexperson zum sozialen Umfeld können die Beziehungen noch auf den Aspekt der **Gegenseitigkeit** hin differenziert werden. So wären gegenseitige Vertrauensverhältnisse hinsichtlich ihrer protektiven Wirkung im Verhältnis zu einseitigen Vertrauensverhältnissen höher zu bewerten, welche jedoch wiederum höher zu bewerten wären als ein gänzlich fehlendes vertrauensvoller Beziehungen.
3. Verknüpfung zwischen Netzwerkpersonen: Die Netzstruktur kann auch dahingehend untersucht werden, inwieweit die jeweiligen „Knoten“ auch untereinander verknüpft sind und wie eng diese Knüpfung ist. So würde beispielsweise ein soziales Netzwerk von fünf Personen, von denen jeder jeden kennt und intensiven Kontakt hat zwar einen geringen Umfang, jedoch eine hohe **Dichte** aufweisen. Diese Möglichkeit der Dichtemessung kann jeweils für interessierende Unterfragestellungen angewendet werden: „wer steht mit wem wie häufig in einem Konfliktverhältnis?“, „wer sieht sich wie oft?“ usw. Die Verknüpfung zwischen Netzwerkpersonen ist auch dahingehend zu unterscheiden, wie viele **Cluster** oder Subgruppen bestehen, die unterschiedliche Verhaltensweisen der Zielperson erfordern. So könnte ein Cluster die Gruppe ehemaliger Schulkollegen darstellen, in welchem saloppe Umgangsformen ausreichen und deren Funktion für die Zielperson vorrangig Entspannung und Stressabbau darstellen. Ein anderes Cluster könnte die Gruppe der Arbeitskollegen darstellen, welche im Kontakt andere Verhaltensweisen erfordern und deren Funktion vorrangig Informationsaustausch sein würde.

Zusammenfassend stellen soziale Netze die Voraussetzung für soziale Unterstützung dar und diese wiederum kann als wichtige Ressource angesehen werden, um Stress zu bewältigen, aber auch – je nach individueller Wahrnehmung – um Stress oder Enttäuschung zu erzeugen. Jedenfalls kann die Erkrankung eines Familienmitgliedes an sich und darüber hinaus die damit verknüpften Versorgungsaufgaben als hoher Stressfaktor angesehen werden. Diese Position spiegelt sich auch sehr schön in dem Coping-Modell von Lazarus wider, welches hier in Kürze dargestellt werden soll (vgl. Lazarus und Folkman, 1984). Dieses Modell erscheint mir für unsere Studie insofern hilfreich, da es der oben bereits erwähnten Bedeutung von individuellen Attributionsprozessen bei der Bewältigung von Belastungen Rechnung trägt.

Das Coping-Modell von Lazarus

Lazarus und Folkman (1984, Seite 141) verstehen unter **Bewältigung** „sich ständig verändernde, kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen einer Person, die darauf ausgerichtet sind, sich mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen auseinanderzusetzen, die ihre adaptiven Ressourcen stark beanspruchen oder überfordern“.

Als Belastungssituationen gelten alle Situationen, in denen für die Person eine Diskrepanz zwischen internen oder externen Anforderungen und eigenen Kompetenzen und Fertigkeiten erlebt wird. Dies ist unabhängig davon, ob diese Diskrepanz objektiv besteht, ausschlaggebend ist die subjektiv-kognitive Einschätzung der Person.

Stressbewältigung wird als transaktionaler oder interaktiver Prozess zwischen Situationsanforderungen und Bewältigungsversuchen der Person aufgefasst. Die Person differenziert die wahrgenommenen Umweltreize zunächst auf ihre Stressrelevanz oder Bedrohlichkeit hin, blendet irrelevante oder auch positive Informationen zunächst aus. Diese Daten, Reize oder Ereignisse werden einer ersten kognitiven Bewertung unterzogen (**primary appraisal**). Ist schon ein Verlust oder eine Schädigung eingetreten? Ist in naher Zukunft aufgrund der aktuellen Daten eine Bedrohung zu erwarten, muss ich Schaden abwenden? Ist die Situation als Herausforderung gleich zu erledigen und verspricht Wachstum, Gewinn und Erfolg? Die jeweilige Situationseinschätzung ist mit emotionalen Reaktionen verknüpft. So tritt im Falle einer Verlusteinschätzung vornehmlich Trauer ein, bei Bedrohung Angst und im Falle einer Herausforderungseinschätzung eine positive Gespanntheit.

Neben diesem subjektiven Abbild der Situation generiert die Person auch eine kognitive Repräsentation der eigenen Person mit den aktuell vorhandenen eigenen

Bewältigungsmöglichkeiten und –ressourcen für die aktuelle Situation (**secondary appraisal**). Eine der möglichen Ressourcen könnte in sozialer Unterstützung bestehen, z.B. das Wissen darum, einen Freund zu haben, der im Falle des Scheiterns des Bewältigungsversuches Unterstützung gewähren würde.

Im Abgleich der Situationseinschätzung mit der Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten werden dann bestimmte Copingstrategien ausgewählt. Hier unterscheidet Lazarus zwischen palliativ- emotionsregulierenden und problemlösenden Copingstrategien. Beide dienen in erster Linie der Bewältigung der aktuellen Situation. Daneben werden vier Bewältigungsformen unterschieden, welche jeweils im Dienste der Emotionsregulation oder Problemlösung stehen können: 1.) Informationssuche, 2.) direkte Handlung, 3.) Handlungsunterdrückung, 4.) intrapsychisches Coping/kognitive Prozesse. Dementsprechend können auch soziale Unterstützungsangebote eingeordnet werden: Elemente des sozialen Netzes der Person können je nach eigener Copingpräferenz dem Betroffenen bei der Informationssuche helfen, damit dieser seine Copingstrategie effektiver einsetzen kann oder effektivere andere Copingstrategien erlernt. Es sind direkte unterstützende Handlungen oder aber Handlungsunterbrechungen möglich, genauso wie kognitive Prozesse, wie gutes Zureden, aufmuntern oder ähnliches.

Über Feedbackprozesse kommt es ständig zu einer **Neubewertung** der aktuellen Situation als auch der eigenen Ressourceneinschätzung in Abhängigkeit vom Erfolg der bisherigen Bewältigungsbemühungen. Diese Neubewertungen dienen dazu, die getroffenen Entscheidungen auf ihre Realitätspassung hin zu prüfen, können jedoch ebenso vorrangig emotionsregulativ durch eine defensive Neubewertung zur Reduktion der aktuellen Belastung dienen. Lazarus betont, dass erfolgreiches Coping nicht immer realitätsnah sondern in erster Linie flexibel und funktional sein muss. Es beinhaltet explizit auch realitätsverzerrende Neubewertungen zur Regulation der Emotionen und zum Erhalt der Handlungsfähigkeit oder positiven Selbstrepräsentation (Selbstregulation) der Person.

2.9 Zusammenfassung

Zahlreiche groß angelegte Studien belegen die Belastungen von Angehörigen Schizophrenie-Kranker, nur 2 Studien haben die Belastungen von Angehörigen esssgestörter PatientInnen untersucht. Insgesamt gibt es Hinweise darauf, dass kein wesentlicher Unterschied im Ausmaß der Belastung zwischen den beiden Angehörigengruppen bestehen dürfte.

Untersuchungen bei Angehörigen von schizophrenen PatientInnen zeigen einen hohen ungedeckten Bedarf an Unterstützung. Im Bereich der Essstörungen stehen Erhebungen der

konkreten Bedürfnisse (demands) nach Unterstützung und des konkreten Bedarfs (needs) an Unterstützung noch in den Anfängen. Es gibt nur eine Untersuchung (Haigh & Treasure, 2003), die mittels eines Fragebogens bei Angehörigen von essgestörten PatientInnen das Unterstützungsbedürfnis erhoben hat, sowie zwei Studien (Winn et al., 2004 und Perkins et al., 2004), in welchen die Belastung und die Bedürfnisse der Angehörigen mit semistrukturierten Interviews erhoben wurden. Aus dem deutschsprachigen Raum ist uns keine einzige publizierte Untersuchung bekannt, die sich mit dem Bedarf und dem Bedürfnis nach Unterstützung/Hilfen/Interventionen von Angehörigen esssgestörter PatientInnen beschäftigt.

Während bei schizophrenen PatientInnen die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung mittlerweile zum therapeutischen Standard gehört und in Untersuchungen die positiven Auswirkungen von Angehörigenrunden belegt werden konnten, existieren solche Untersuchungen für die Angehörigen von esssgestörten PatientInnen kaum.

Einschränkend zu den berichteten Untersuchungen sei hier erwähnt, dass viele Publikationen lediglich von „Angehörigen psychisch Kranker“ berichteten, ohne näher zwischen Erkrankungsgruppen einerseits und der Beziehung zum Patienten andererseits zu differenzieren. Gerade da auch die Situation von Kindern oder Geschwistern psychisch Kranker bislang wenig beforscht wurde, erscheinen uns aktuell nur vorsichtige Aussagen darüber sinnvoll, inwieweit das Belastungserleben des Angehörigen vom Beziehungsverhältnis zu ihm beeinflusst ist.

Neuere Ansätze zum Thema Soziale Unterstützung sowie zu Coping-Prozessen betonen die Bedeutung individueller Attributions- und Wahrnehmungsprozesse.

3. Projektziele und Methodik

3.1. Projektziele

Das Ziel dieses Projektes war die vergleichende Erhebung des gedeckten und ungedeckten Bedarfs an Unterstützung (needs) und der subjektiven Bedürfnisse an Unterstützung (demands) von Angehörigen schizophrener und essgestörter PatientInnen. Zudem sollte festgestellt werden, ob Unterschiede zwischen den beiden Angehörigengruppen bezüglich der Intensität der Belastung durch die Versorgung des erkrankten Familienmitglieds oder hinsichtlich der Anzahl der für die Angehörigen relevanten Problembereiche bestehen.

Es sollte geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der PatientIn und dem Unterstützungsbedarfs der Angehörigen besteht und ob ein

Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Belastung der Angehörigen und dem Unterstützungsbedarf der Angehörigen besteht.

Aus dem oben beschriebenen Projektrahmen wurden folgende **Fragestellungen** und **Hypothesen** abgeleitet.

1.) Wieweit stimmen die Selbsteinschätzungen der Angehörigen (Bedürfnisse) mit den Einschätzungen der Interviewer (Bedarf) überein?

Hypothese: Wir nahmen an, dass die Einschätzung von Bedarf und Bedürfnissen hoch korreliert.

2.) Welcher Bedarf an Unterstützung (needs, ExpertInnenmeinung) und welche Bedürfnisse an Unterstützung (demands, Angehörigenmeinung) bestehen bei Angehörigen von schizophrenen und essgestörten PatientInnen? Ist der Bedarf gedeckt oder ungedeckt?

Hypothese: Wir gingen davon aus, dass ein hoher, ungedeckter Bedarf und ein hohes Bedürfnis an Unterstützung bei den Angehörigen besteht. Als Kriterium für Unterstützungsbedarf und -bedürfnis soll die Anzahl der im CNA als relevant erachteten Problembereiche sowie die Anzahl der als nötig erachteten Hilfen und Interventionen herangezogen werden.

3.) Wie stark sind Angehörige belastet?

Hypothese: Wir gingen davon aus, dass viele Angehörige durch die Versorgung ihres kranken Familienmitgliedes stark belastet sind. Neben der Anzahl der im CNA als relevant erachteten Problembereiche als Kriterium für den Belastungsgrad wurde dieser zusätzlich durch den Fragebogen zur Persönlichen Belastung von Zarit et al. (1980) erhoben. Auch hier wurde geprüft, ob Unterschiede zwischen beiden Angehörigengruppen bestanden.

4.) In *welchen* Bereichen benötigen *welche* Angehörige *welche* Unterstützung?

Hypothesen: Wir nahmen an, dass beide Angehörigengruppen vor allem in folgenden Bereichen Unterstützung benötigen: Information über Krankheit und Krankheitsrückfälle,

Kommunikation mit dem Kranken, Freiraum für sich selbst, Umgang mit der eigenen Erschöpfung oder Resignation und Umgang mit finanziellen Belastungen. Wir gingen zudem davon aus, dass Angehörige besonders Informationen über die Erkrankung und deren Verlauf, sowie konkrete Anweisungen für den Umgang mit ihrem kranken Familienmitglied benötigen. Dies kann in schriftlicher Form durch Informationsbroschüren oder durch Gespräche mit Experten erfolgen. Desweiteren nahmen wir an, dass ein hoher Bedarf an expertengeleiteten Angehörigengruppen bestehen. Diese Annahmen beruhen auf den Ergebnissen aus einer Untersuchung des Unterstützungsbedarfs von Angehörigen schizophrener PatientInnen (Wancata, 2002). Wir nehmen einen ähnlichen Bedarf auch für Angehörige essgestörter PatientInnen an.

5.) In welchen Bereichen unterscheiden sich die beiden Angehörigengruppen bezüglich ihres Bedarfs und ihrer Bedürfnisse an Unterstützung?

Hypothese: Wir nahmen an, dass sich die Bedarfs- und Bedürfnisprofile der beiden Angehörigengruppen in einigen Bereichen unterscheiden. Andere Untersuchungen ergaben Hinweise auf eine deutlich höhere Stressbelastung von Angehörigen essgestörter PatientInnen, ein höheres Level an negativen Emotionen und deutlich ausgeprägtere Gefühle des Verlustes (Treasure et al. 2001). Wir gingen davon aus, dass sich diese oder noch andere Unterschiede sowohl im Problembereich des CNA als auch im Bedarfs- und Bedürfnisbereich widerspiegeln würden.

6.) Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der PatientInnen und dem Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Angehörigen an Unterstützung?

Hypothese: Wir nahmen an, dass Bedarf und Bedürfnisse der Angehörigen mit der Schwere und Dauer der Erkrankung des Familienmitglieds positiv korreliert. Der Schweregrad der Erkrankung der essgestörten PatientInnen soll mittels der Eating Disorders Examination (EDE) von Fairburn und Cooper (1993) erhoben werden. Der Schweregrad der Erkrankung schizophrener PatientInnen soll mittels der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) von Kay, Opler und Fiszbein (1992) erhoben werden. Der Bedarf und die Bedürfnisse an Unterstützung der Angehörigen sollen anhand des „Carers Needs Assessment“ (CNA) von Wancata (2002) erhoben werden.

7.) Besteht ein Zusammenhang zwischen der mittels des CNA ermittelten Bedarf- und Bedürfnissausprägung an Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand der Angehörigen?

Hypothese: Wir nehmen an, dass Angehörige mit schlechterem psychischen Gesundheitszustand auch einen höheren Bedarf an Unterstützung äußern. Diese Hypothese soll anhand einer korrelativen Vergleichs der Werte im CNA und der Werte im „General Health Questionnaire“ (GHQ-12) von Linden, Maier, Achberger, Herr, Helmchen und Benkert (1996) überprüft werden.

3.2 Kriterien einer Bedarfserhebung

Aus dem Vergleich zwischen experten-erhobenem Bedarf, subjektiven Bedürfnissen und Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote durch die Angehörigen lässt sich folgendes Bild zeichnen (Brewin et al., 1987):

- § *Kein Bedarf:* Kein Bedarf vorhanden und der Angehörige erhält auch keine Unterstützung
- § *Gedeckter Bedarf:* Bedarf vorhanden, eine adäquate Intervention wurde gesetzt
- § *Ungedeckter Bedarf:* Bedarf vorhanden, jedoch fehlt bislang eine adäquate Intervention
- § *Undeckbarer Bedarf:* Bedarf vorhanden, jedoch sind alle Interventionen unwirksam oder der Angehörige lehnt die entsprechenden Interventionen ab
- § *Übererfüllter Bedarf:* Intervention erhalten ohne Vorhandensein eines Bedarfs

Konkret operationalisiert bedeutet dies: Kein Bedarf liegt vor, wenn der Angehörige keinen Wunsch an Unterstützung äußert und auch keine der erwähnten Unterstützungen erhält. Der Bedarf ist als gedeckt anzusehen, wenn ein Angehöriger ein Bedürfnis an Unterstützung hatte und dieses zwischenzeitlich durch eine geeignete Maßnahme gestillt wurde.

Ungedeckter Bedarf liegt vor, wenn ein Angehöriger ein Bedürfnis an Unterstützung äußert, und bis zum aktuellen Zeitpunkt noch kein Unterstützungsversuch stattfand, um diesen Zustand zu ändern. Undeckbarer Bedarf liegt zum einen vor, wenn ein Angehöriger ein Bedürfnis äußert und bisher schon Gegenmaßnahmen stattfanden, diese jedoch bislang keine ausreichende Veränderung erbrachten. Es liegt jedoch auch undeckbarer Bedarf vor, wenn ein Angehöriger ein Bedürfnis nach Unterstützung äußert, jedoch keine der zur Wahl stehenden Unterstützungsangebote annehmen will. Übererfüllter Bedarf besteht dann, wenn ein Angehöriger kein Bedürfnis an Unterstützung äußert, jedoch trotzdem Unterstützung erhält.

Aus Expertensicht übertragen bedeute dies natürlich jeweils dasselbe nach Einschätzung des Experten: liegt aus seiner Sicht ein Bedarf vor und wurden bislang Interventionen unternommen oder nicht.

Ist der aus ExpertInnenansicht gedeckte oder ungedeckte Bedarf an Unterstützung („needs“) erhoben, muss dieser mit den Wünschen und Bedürfnissen der jeweiligen Betroffenen („demands“) verglichen werden. Nur Angebote, die den Bedürfnissen und Wünschen der betroffenen Angehörigen entsprechen werden längerfristig auch in Anspruch genommen werden. Stellt andererseits ein/e Experte/in aus seiner/ihrer Sicht einen Unterstützungsbedarf fest, der jedoch nicht mit den Unterstützungsbedürfnissen der Betroffenen übereinstimmt, so wird dieses Angebot auch nicht angenommen, der Bedarf folglich nicht gedeckt werden. Ein solch kombiniertes Vorgehen stellt eine Alternative zu reinen „top-down“- Strategien der Versorgungsplanung dar, welche immer wieder von betroffenen Angehörigen und in der Versorgung Tätigen kritisiert wurden (van Haaster et al. 1994).

3.3. Methodik

3.3.1 Vorgehen

In einem ersten Schritt wurden PatientInnen und deren Angehörige gescreent, ob die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie erfüllt sind (Diagnose, regelmäßiger, ausreichender Kontakt mit Angehörigen; PatientIn und Angehöriger sind prinzipiell erreichbar und kooperationswillig). Die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen erfolgte also stets über die PatientInnen und nach deren schriftlichen Einverständnis zur Studienteilnahme. Daraufhin wurden die Angehörigen telefonisch kontaktiert, über die Studie informiert und bei Einverständnis wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Untersuchung von PatientIn und Angehörigem erfolgte in den Räumen des Universitätsklinikums Erlangen, in fünf Fällen suchten die Interviewer die Angehörigen jedoch auch zu Hause oder am Arbeitsplatz zur Interviewdurchführung auf.

Es wurden 32 Angehörige von PatientInnen mit der Diagnose einer Essstörung (ICD-10: F 50.00-50.3) sowie 30 Angehörige von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Psychose (ICD-10: F 20.0-9, F 25.0-9) in die Erhebung eingeschlossen. Aus dem Bereich der essgestörten Gruppe lehnten 7 Angehörige und 2 Patientinnen eine Teilnahme an der Untersuchung ab. Die Gründe hierfür waren unterschiedlich: eine Patientin wollte ihre Eltern nicht noch mehr belasten und lehnte eine Kontaktaufnahme unsererseits strikt ab. Im anderen Fall zeigte sich die Patientin zwar mit der Teilnahme der Angehörigen

einverstanden, informierte jedoch ihre Angehörigen mehrfach nicht. Bei den sieben Angehörigen, bei denen es nicht zum Interview kam, erschien einer ohne Absage nicht zum vereinbarten Termin, drei sagten kurzfristig wegen vielfältiger Belastungen (!) den Termin ab. In einem Fall sah der Angehörige sich für dieses Forschungsvorhaben als ungeeignet an, da er trotz des häufigen Kontaktes mit der erkrankten Tochter selbst nicht belastet sei.

Bei der Rekrutierung der Stichprobe der Angehörigen der schizophrenen PatientInnen kam es durch sieben Patienten und fünf Angehörigen zu einer Nichtteilnahme an der Untersuchung. Bei den Patienten sahen drei ihre Angehörigen nicht als belastet an, drei weitere blieben der Untersuchung gegenüber misstrauisch und lehnten deshalb die Teilnahme ab. Einer vergaß mehrfach die Kontaktaufnahme zu den Angehörigen, so dass er vor Durchführung der PANSS entlassen wurde. Bei den Angehörigen kam es wie bei den Angehörigen essgestörter Patientinnen in drei Fällen zu einer kurzfristigen Terminabsage aus anderen Gründen, u.a. auch aktuelle Überlastung durch anderweitige Aufgaben. Ein Angehöriger sah für sich keine Notwendigkeit, ein anderer nannte als Grund die große Distanz der Klinik zu seinem Wohnort.

Das Alter der PatientInnen musste > 18 Jahre betragen. Die Diagnosen wurden nach ICD 10 von erfahrenen klinischen Mitarbeitern der an der Untersuchung teilnehmenden psychosomatischen und psychiatrischen Abteilungen gestellt (siehe unten).

Für die Teilnahme an der Untersuchung wurde vorausgesetzt, dass Patient und Angehöriger im gleichen Haushalt lebten oder mehrmals pro Woche in persönlichem Kontakt standen. Es wurde jeweils derjenige Angehörige interviewt, welcher den meisten Kontakt zur jeweiligen PatientIn hatte.

Die Stichprobe wurde für die Gruppe der schizophrenen PatientInnen aus der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung der Psychiatrischen Klinik mit Poliklinik des Universitätsklinikums Erlangen erhoben. Die Stichprobe der essgestörten PatientInnen und ihrer Angehörigen wurde aus der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Erlangen erhoben. Insofern ist unsere Stichprobe als Zufallsstichprobe zu werten: es wurden sowohl Angehörige, welche sich in Selbsthilfegruppen engagieren (in unserem Fall waren dies zwei Angehörige) als auch Angehörige, welche bislang sozial isoliert und mit ihren Problemen allein beschäftigt waren erfasst. Bei anderen Untersuchungen (Winn, 2004; Treasure et al. 2001) wurden die Angehörigen ausschließlich aus Selbsthilfegruppen rekrutiert, was darauf schließen lässt, dass es sich hierbei um besonders stark belastete, aber

auch um besonders engagierte Angehörige handelt, deren Antwortverhalten und deren Bedürfnisstruktur einen gewissen Bias darstellen dürfte.

3.3.2. Erhebungsinstrumente

Zunächst werden die Instrumente zur Erhebung der **patientInnenbezogenen Daten** beschrieben:

Der Schweregrad der Erkrankung *schizophrener* PatientInnen wurde mittels der **PANSS** (Positive and Negative Syndrome Scale) von Kay, Opler und Fiszbein (1992) erhoben. Es handelt sich hierbei um ein standardisiertes, zeitökonomisches Fremdbeurteilungsinstrument, welches anhand von 30 Items den Schweregrad der psychopathologischen Auffälligkeiten, vor allem der Positiv- und Negativsymptomatik bei psychotischen Erkrankungen erfasst. Das Instrument ist in die drei Skalen „Positivskala“ (sieben Items), „Negativskala“ (sieben Items) und „Skala der generellen Psychopathologie“ (16 Items) aufgeteilt und enthält zusätzlich drei Items, welche die Erstellung eines Aggressions-Risiko-Profiles ermöglichen sollen. Letzteres fand in unserer Untersuchung keine Verwendung und wird deshalb nicht näher erläutert. Die einzelnen Items sind auf einer siebenstufigen Skala hinsichtlich ihrer Ausprägung einzuschätzen. Als Orientierung dienen definierte und konkret operationalisierte Ankerpunkte. Die Einschätzung erfolgt aufgrund der verfügbaren klinischen Beobachtungen und Daten und anhand der Informationen aus dem Gespräch. Es ist zudem ein Lehrvideo verfügbar, anhand dessen die Raterübereinstimmung trainiert werden kann. Alle Interviewer wurden anhand dieses Videos zur Einschätzung der PANSS-Symptome trainiert. Die PANSS ist ein in der Forschung häufig verwendetes, hoch reliables und valides Erhebungsinstrument.

Der Schweregrad der Erkrankung *essgestörter* PatientInnen wurde mittels der deutschen Übersetzung der **EDE** (Eating Disorder Examination) von Hilbert, Tuschen-Caffier und Ohms (2004) erhoben. Die EDE ist ein strukturiertes Interview zur Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen und stammt von Fairburn und Cooper (1993). Es wurde ursprünglich zu Forschungszwecken entwickelt, wurde kontinuierlich überarbeitet und in der 12. Version 1993 für klinische Zwecke gekürzt und anwendungsfreundlicher gestaltet sowie um diagnostische Items nach DSM-IV ergänzt. Es erlaubt somit auch die Diagnostik aller Essstörungen nach diesem Diagnosesystem. Die vorliegende Version besteht aus 47 Items, welche Dimensionen wie Essverhalten, Essanfälle und andere Formen des Überessens, Kompensatorische Maßnahmen, Gewicht und Figur umfassen. Zudem sind 11 optionale Items zu soziodemografischen Merkmalen und zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Essproblematik vorgegeben. 22 der Items sind den vier

Skalen „Gezügeltes Essverhalten“, „Sorgen bezüglich des Essens“, „Sorgen bezüglich der Figur“, „Sorgen bezüglich des Gewichts“ zugeordnet und auf einer siebenstufigen Ratingskala hinsichtlich Häufigkeit- oder Intensität einzuschätzen und geben Aufschluss über die Ausprägung essstörungsspezifischer Merkmale auf kognitiv-emotionaler oder Verhaltensebene innerhalb der letzten 28 Tage. Neben einer Profilauswertung des EDE anhand der vier Skalenwerte ist auch die Berechnung eines Gesamtwertes möglich, welcher die Gesamtausprägung der Essstörungssymptomatik widerspiegelt.

Bei den PatientInnen wurden neben diesen standardisierten diagnostischen Informationen auch soziodemografischen Daten, wie Alter, Zivilstand, Ausbildung oder Schulbildung und berufliche Aktivität erhoben. Zusätzlich wurde jeweils die Dauer der Erkrankung, die Anzahl und Art der Vorbehandlungen und bei essgestörten PatientInnen zusätzlich noch Gewicht und Größe erhoben. Bei letzteren Informationen übernahmen wir die aktuellen Daten der jeweiligen Behandler aus den Akten und verzichteten auf eine separate Datenerhebung.

Als nächstes werden die Instrumente zur Erhebung der **angehörigenbezogenen Daten** beschrieben:

Der Belastungsgrad der Angehörigen wurde mittels der deutschen Übersetzung des „**Zarit Burden Interview**“ von Schneider et al. 1999 erhoben. Der Fragebogen wurde von Zarit, Reever und Bach-Peterson 1980 anhand von klinischen Erfahrungen mit Angehörigen Demenzkranker und Ergebnissen einer Studie von Lowenthal et al. (1967) entwickelt. Er wurde inzwischen in viele Sprachen übersetzt und auch bei Angehörigen von Patienten mit anderen Störungsbildern eingesetzt. Er erhebt die subjektive Belastung Angehöriger anhand deren Einschätzung hinsichtlich ihrer emotionalen und physischen Gesundheit und hinsichtlich subjektiver Veränderungen ihres sozialen oder finanziellen Status in Zusammenhang mit der Versorgung ihres kranken Familienmitgliedes. Der Fragebogen umfasst 22 Items. Die Items 1 bis 21 werden zu einem Summenscore zusammengezählt. Item 22 fragt die gesamte subjektive Belastungseinschätzung des Angehörigen ab.

Die jeweiligen Items können anhand einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden (0=niemals, 1=selten, 2=manchmal, 3=häufig, 4=fast immer). Der Summenscore kann zwischen 0 und 84 liegen.

Der Gesundheitszustand der Angehörigen wurde mittels der deutschen Übersetzung des **GHQ-12** (General Health Questionnaire) von Linden, Maier, Achberger, Herr, Helmchen und Benkert (1996) erhoben. Der GHQ-12 ist ein häufig untersuchter Fragebogen, der bereits

in zahlreichen Studien als Indikator für das Vorliegen einer psychischen Krankheit (vor allem Depressionen und Angststörungen) eingesetzt wurde. Er ist schnell durchzuführen und auszuwerten, er verfügt über gute Reliabilitäts- und Validitätswerte. Er besteht aus 12 Items, welche hinsichtlich unterschiedlicher Bereiche so aufgebaut sind, dass der aktuelle psychische Zustand damit verglichen werden soll, wie der Betreffende sich für gewöhnlich fühlt („besser als gewöhnlich“, „so wie gewöhnlich“, „schlechter als gewöhnlich“, „viel schlechter als gewöhnlich“). Goldberg et al (1997) empfehlen für die Nutzung des GHQ-12 als Screening-Instrument ein bimodales Scoring (0-0-1-1) sowie für Probanden unter 65 Jahre einen Cut-Off von 2/3. Wir übernahmen diese Vorgaben für unsere Untersuchung.

Relevante Problembereiche, Bedürfnisse und Bedarf an Unterstützung wurden mittels des **Carers Needs Assessment (CNA)** von Wancata (2002) erhoben. Dieses semi-strukturierte Interview ist ein Instrument der Versorgungsforschung und wurde ursprünglich zur Erhebung des Unterstützungsbedarfs und der subjektiven Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen schizophrener PatientInnen entwickelt. Hierzu wurden Tiefeninterviews und Fokusgruppen mit Experten auf dem Gebiet der Schizophrenie als auch mit Angehörigen schizophren Kranker aus verschiedenen europäischen Ländern abgehalten.

An beiden Gruppen nahmen von Angehörigenseite vor allem Mitglieder der Angehörigenvereinigung HPE („Hilfe für psychisch Erkrankte“) teil. Die Transkripte der Gruppen wurden inhaltsanalytisch nach wichtigen Aspekten zu den Themenbereichen „Belastung“ und „Unterstützungsmöglichkeiten oder-wünschen“ hin untersucht und schließlich um Erkenntnisse aus neuesten wissenschaftlichen Arbeiten hierzu ergänzt. Die wichtigsten Problembereiche und Unterstützungsangebote wurden in einer Testversion zusammengefasst, die in einem modifizierten Delphi-Prozess weiterentwickelt wurde. Ab der vierten Version erfolgte eine Feasability-Testung bei ersten Angehörigen schizophrener Patienten, ab der 7. Version wurden Validitäts und Reliabilitätskriterien berücksichtigt, bis zu der von uns heute verwendeten 10. Version, welche in manualisierter Form vorliegt (Cronbach's alpha 0.76).

Obwohl für Angehörige schizophrener PatientInnen entwickelt, treffen die abgefragten Problem- und Unterstützungsbereiche ebenso auf Angehörige von PatientInnen mit anderen Störungsbildern zu.

Der CNA umfasst in der aktuellen Version 18 Problembereiche und einen weiteren Problembereich für eventuelle weitere Probleme, welche mit dem strukturierten Teil nicht erfasst wurden. Für jeden dieser Problembereiche werden dann zwischen zwei und sechs Interventionen vorgeschlagen, unter denen der Angehörige aber auch der Interviewer die aus

seiner Sicht besten Möglichkeiten ankreuzen kann. Die folgenden 18 Problembereiche werden im CNA beurteilt. Die Angaben beziehen sich auf den Zeitraum der letzten drei Monate.

1. Haben Sie ausreichend Information über die Krankheit, über Verlauf und Symptome der Krankheit?
2. Haben Sie ausreichend Information über die Behandlung?
3. Haben Sie ausreichend Information über etwaige Rehabilitationsmaßnahmen?
4. Haben Sie ausreichend Information über Krankheitsrückfälle und was Sie in so einem Fall tun können?
5. Funktioniert die Kommunikation mit den behandelnden „Profis“ (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonal etc.)? Sind diese ausreichend erreichbar?
6. Befürchten Sie, dass andere von der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung Ihres Familienmitgliedes erfahren könnten? Haben Sie Dinge über die Behandlung gehört, die Sie beunruhigen?
7. Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang, in der Kommunikation mit dem/r Kranken?
8. Gab es in den letzten 3 Monaten kritische Situationen zu Hause?
9. Machen Sie sich Sorgen, weil sich der/die Kranke uneinsichtig verhält? Sind Sie dadurch belastet?
10. Sind Sie durch Ereignisse in der Vergangenheit belastet?
11. Haben Sie wegen der Krankheit finanzielle Belastungen? Wissen Sie über finanzielle Ansprüche bescheid, die Ihnen oder dem/der Kranken zustehen?
12. Sind Sie manchmal wegen der Krankheit und ihrem Verlauf traurig oder enttäuscht? Sorgen Sie sich manchmal, was die Zukunft für den/die Kranke/n bringen wird?
13. Fühlen Sie sich manchmal am Zustand des/r Kranken schuld oder werfen Ihnen das andere vor?
14. Haben Sie zu wenig Zeit für sich selbst? Übernimmt jemand anderer die Versorgung des/der Kranken, wenn Sie verhindert sind?
15. Haben Sie wegen der Krankheit manchmal zu wenig Kontakt zu anderen Menschen oder gibt es Spannungen in der Familie?
16. Lebt der/die Kranke in der gleichen Wohnung wie Sie? Hält sich der/die Kranke häufig in Ihrer Wohnung auf? Wenn ja, führt das manchmal zu Schwierigkeiten?
17. Sind die Kinder bzw. Geschwister des/der Kranken manchmal durch die Krankheit belastet? Müssen Sie sich manchmal um die Kinder des/der Kranken kümmern?
18. Fühlen Sie sich manchmal erschöpft oder krank?

19. Gibt es noch andere Probleme?

Der Angehörige soll dann einschätzen, ob er in dem gefragten Bereich seiner Meinung nach Probleme hat. Diese Einschätzung erfolgt nach folgenden Kategorien: kein oder geringfügiges Problem (0), mittelschweres Problem (1), ausgeprägtes Problem (2), nicht beurteilbar (9). Parallel zu den Angaben des Angehörigen schätzt der Interviewer die Problemsituation aus seiner Sicht ein. Zu jedem der genannten Problembereiche werden bei Bedarf konkretisierende Zusatzfragen gestellt, die es dem Interviewer erleichtern sollen, sich ein Urteil zu bilden. Die Einschätzung des Interviewers basiert außerdem auf Kenntnis des biographischen Hintergrundes der PatientIn und der Kenntnis des sozialen Umfeldes der PatientIn und der Angehörigen. Diese Informationen stammen aus der Krankenakte und einem Gespräch mit dem zuständigen Bezugstherapeuten der PatientIn. In manchen Fällen können auch Informationen aus Familiengesprächen herangezogen werden, welche im teilstationären und stationären Setting regelmäßig stattfinden.

Bei der Anwendung des Instrumentes werden also in einem ersten Schritt die Probleme erfasst. In weiteren Schritten erfolgt dann die Erhebung und Beurteilung der Unterstützung/Hilfen/ Interventionen.

Die Beurteilung der Interventionen erfolgt grundsätzlich in den folgenden Kategorien:

- § Kein Bedarf
- § übererfüllter Bedarf
- § Bedarf gedeckt
- § Bedarf teilweise nicht gedeckt
- § Bedarf nicht gedeckt

Wenn der Angehörige den jeweiligen Problembereich als zumindest mittelschwer einschätzt, werden ihm hierzu zwischen zwei und sechs verschiedene Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten. Auch hier soll der Angehörige dann angeben, welche der Unterstützungsangebote er benötigen würde. Auch hier beurteilt der Interviewer parallel dazu die aus seiner Sicht für den Angehörigen sinnvollen Unterstützungsangebote.

Da für verschiedene Problembereiche gleiche oder sehr ähnliche Interventionen erforderlich sind, macht es für die Versorgungsplanung keinen Sinn, diese Interventionen getrennt zu zählen. Diesem Umstand wurde im CNA Rechnung getragen, indem einige Intervention zu 13 Kategorien zusammengefasst werden können. Die zusammengefassten Kategorien lauten wie folgt:

- § Schriftliches Informationsmaterial
- § Informationen durch MitarbeiterIn der Behandlungsteams

- § Beratung durch MitarbeiterIn des Behandlungsteams
- § Psychoedukations-Gruppe für Angehörige
- § Angehörigen-„Skills“-Gruppe
- § ExpertInnen-geleitete Angehörigenrunde
- § Familiengespräch mit MitarbeiterIn des Behandlungsteams
- § Beratung durch SozialarbeiterIn
- § Einbindung von „Profis“ in die Alltagsbetreuung
- § Tagesprogramm oder geschützte Arbeit für Kranke/n
- § Finanzielle Unterstützung
- § Beaufsichtigung des/der Kranken durch geschulte Person
- § Getrennte Wohnmöglichkeit für Kranke/n.

Darüber hinaus verbleiben 23 Interventionen, welche sich nicht logisch zusammenfassen lassen, womit insgesamt 36 Interventionen einzuschätzen und zu vergleichen sind. Für die Fragestellung Nr. 3 allerdings wurde diese Zusammenfassung nicht angewandt, da es hier wichtig ist, in welchem einzelnen Problembereich welche Hilfestellung sinnvoll wäre. Für das genaue Procedere der Zusammenfassung der Interventionen sei auf den ausführlichen Glossar des CNA verwiesen.

Der Prozess der Einschätzung der Problemausprägung und der sich anschließenden Bedarf- bzw. Bedürfniserfassung durch den Interviewer wird in Abbildung 5 zusammenfassend veranschaulicht.

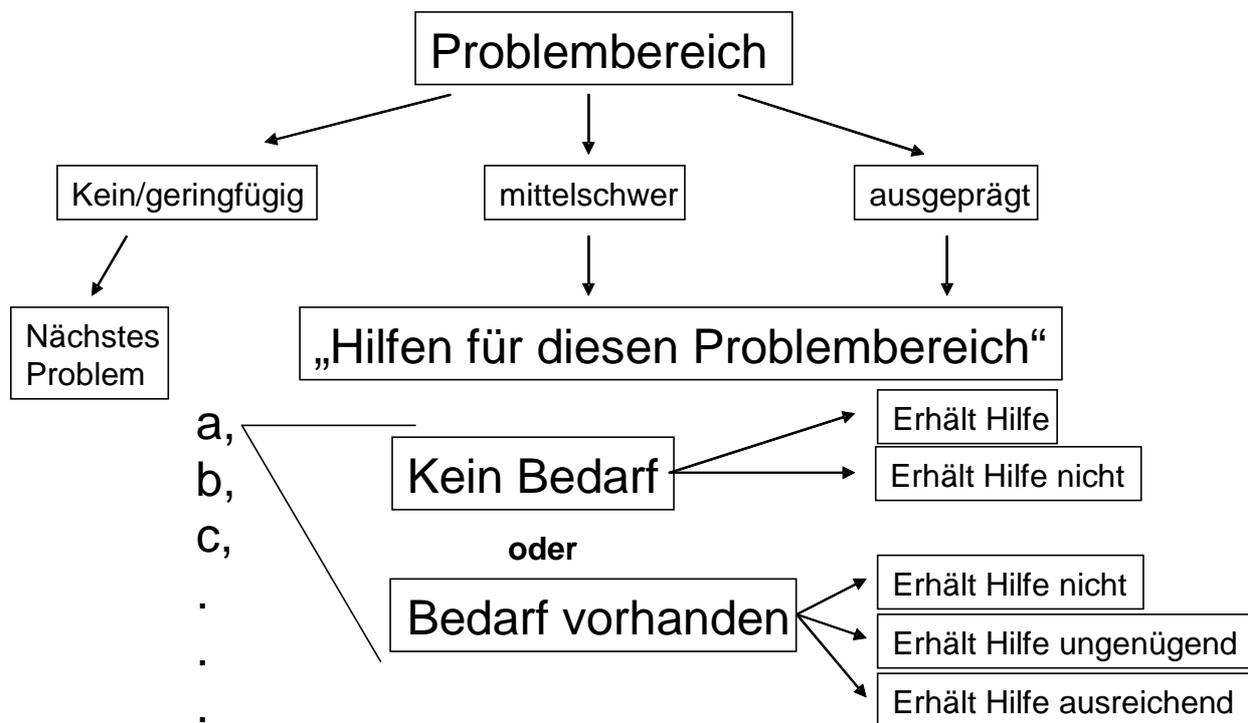


Abbildung 5: Prozess der Problemeinschätzung und Bedarf-bzw. Bedürfnisseinschätzung

Die Übereinstimmung der Einschätzungen von Angehörigen und InterviewerIn war in der Studie von Wancata (2002) überraschend hoch. Bezüglich der Problembereiche lagen die Kappa-Werte immer über 0,9, was einer exzellenten Übereinstimmung entspricht. Hinsichtlich der als notwendig erachteten Interventionen lagen die Kappa-Werte nur zweimal unter 0,85, ansonsten immer darüber, was ebenfalls für eine exzellente Übereinstimmung spricht.

Die Interraterreliabilität wurde in unserer Untersuchung überprüft, indem bei 10 Angehörigen-Interviews ein zweiter Rater dem Interview als stiller Beobachter beiwohnte. Die Interviews wurden von einer klinisch erfahrenen Person durchgeführt. Die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Ratern wurde mittels spearman-Rangkorrelation überprüft. Es ergaben sich Werte zwischen $r = ,930$ und $r = ,989$, was den Werten in der Studie von Wancata entspricht und als exzellente Übereinstimmung zu werten ist. Die Einteilung der spearman-Werte orientiert sich an der Einteilung der Kappa-Werte gemäß Landis & Koch (1977): $> 0,75$ spricht für exzellente Übereinstimmung, $0,60-0,75$ für gute Übereinstimmung, $0,4-0,6$ für ausreichende Übereinstimmung und $< 0,4$ für schlechte Übereinstimmung.

Die Bedürfnisse an Unterstützung von Angehörigen essgestörter PatientInnen sollen zusätzlich anhand einer deutschen Übersetzung des speziell für die Angehörigen von Essstörungen entwickelten Carers Needs Assessment Measure (CaNAM) von Haigh & Treasure (2003) erhoben werden. Der CaNAM erfaßt in vier Bereichen (Informationen über Essstörungen, Unterstützung durch andere Leute/Organisationen, Unterstützung für sich selbst, Bereiche wo Sie sonst noch Hilfe brauchen könnten) die Unterstützungsbedürfnisse Angehöriger anhand von jeweils 5 bis 15 konkreten Nennungen von Hilfsangeboten oder Problembereichen. Hiermit sollen ergänzend zum CNA spezifische Bedürfnisse der Angehörigen von essgestörten PatientInnen erfasst werden. Dieser Fragebogen ist allerdings nur in der Lage, die subjektiven Bedürfnisse der Angehörigen zu erfassen, die ExpertInnenmeinung fehlt und es wird nicht erfasst, ob der Bedarf gedeckt oder ungedeckt ist. Des weiteren ist dieser Fragebogen für den Deutschen Sprachraum noch nicht validiert. Die alleinige Anwendung dieses Instruments wäre daher unzureichend.

Zur Erfassung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit der Angehörigen wurde zudem der **SF-36**-Fragebogen (Short-Form-36-Questionnaire) von Ware et al. (1993) in der deutschen Übersetzung von Bullinger und Kirchberger (1996) eingesetzt. Der SF -36 ist ein krankheitsübergreifendes Instrument zur Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität und ist inzwischen eines der am häufigsten für diese Fragestellung verwendeten Instrumente. Der SF-36 umfasst 36 Fragen zum Selbstrating, welche insgesamt acht Dimensionen von Gesundheit abfragen:

- Körperliche (physikalische) Funktionsfähigkeit (KÖFU)
- Rollenverhalten wegen körperlicher Funktionsbeeinträchtigung (KÖRO)
- Schmerzen (SCHM)
- Allgemeiner Gesundheitszustand (AGES)
- Vitalität und körperliche Energie (VITA)
- Soziale Funktionsfähigkeit (SOFU)
- Rollenverhalten wegen seelischer Funktionsbeeinträchtigung (EMRO)
- Seelische (psychische) Funktionsfähigkeit (PSYC)

Die acht Skalen können zu den Summenskalen körperliche und psychischen Gesundheit zusammengefasst werden. Anhand einer repräsentativen Stichprobe lassen sich die erhobenen Werte gut vergleichen.

Zudem werden soziodemografische Daten wie Alter, Geschlecht, Zivilstand, Familienverhältnis zur PatientIn und Beruf erhoben. Ebenso wird die wöchentliche Kontaktzeit mit der PatientIn kategorial erfasst.

3.3.3 Statistische Auswertung

Die Übereinstimmung von Selbsteinschätzung der Angehörigen (Bedürfnisse) mit den Einschätzungen des Interviewers (Bedarf) wurde mittels spearman-Rangkorrelation und mittels Cohens Kappa überprüft.

Im Rahmen unserer zweiten Fragestellung, welcher Bedarf und welche Bedürfnisse an Unterstützung bei den Angehörigen schizophrener und essgestörter PatientInnen vorliegen, sind nonparametrische statistische Verfahren (Chi X^2 , Kruskal-Wallis-Test, Mann-Whitney-U-Test) verwendet worden, um mögliche Gruppenunterschiede zu überprüfen. Für die Summenskalen im CNA wurde eine alterskorrigierte Ancova durchgeführt.

Die dritte Fragestellung – Wie stark sind Angehörige belastet? – wurde ebenfalls mit Hilfe nonparametrischer statistischer Verfahren (Kruskal-Wallis-Test, Mann-Whitney-U-Test) geprüft. Für den BI-Summscore wurde eine alterskorrigierte Ancova durchgeführt. Auch der Gruppenvergleich hinsichtlich des Belastungsgrades zwischen den beiden Angehörigengruppen wurde mittels nonparametrischer statistischer Verfahren (Mann-Whitney-U-Test) überprüft.

Bei Fragestellung vier – in welchen Bereichen benötigen welche Angehörige welche Unterstützung? – wurden die Daten mittels deskriptiver statistischer Verfahren beschrieben.

Die Frage, in welchen Bereichen sich die beiden Angehörigengruppen bezüglich ihres Bedarfs und Bedürfnis an Unterstützung unterscheiden, wurde mittels Chi- X^2 untersucht.

Die Fragestellung, ob ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der PatientInnen und dem Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Angehörigen an Unterstützung besteht, wurde mittels einer linearen Regressionsanalyse untersucht.

Für die Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen der mittels des CNA ermittelten Bedarf- und Bedürfnisausprägung an Unterstützung (unabhängig von der Deckung des Bedarfs) und dem psychischen Gesundheitszustand der Angehörigen im GHQ-12 wurde eine spearman-Rangkorrelation berechnet.

3.4. Ethikvotum

Der vorliegende Projektentwurf wurde der Ethikkommission des Universitätsklinikums der Universität Erlangen-Nürnberg zur Prüfung vorgelegt. Die Unbedenklichkeit der Studie wurde bestätigt.

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe: Angehörige

Es wurden 32 Angehörige von PatientInnen mit der Diagnose einer Essstörung (ICD-10: F 50.00-50.3) sowie 30 Angehörige von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Psychose (ICD-10: F 20.0-9, F 25.0-9) in die Erhebung eingeschlossen. Das Alter der PatientInnen musste mehr als 18 Jahre betragen, es wurden die Angehörigen von weiblichen und männlichen PatientInnen eingeschlossen.

Die Diagnosen wurden nach ICD 10 von erfahrenen klinischen Mitarbeitern gestellt. Für die Teilnahme an der Untersuchung wurde vorausgesetzt, dass PatientIn und Angehörige/r im gleichen Haushalt leben oder mehrmals pro Woche in persönlichem Kontakt stehen. Es wurde jeweils derjenige Angehörige interviewt, welcher den meisten Kontakt zur jeweiligen PatientIn hatte.

Im Folgenden werden die Patienten- und Angehörigenstichproben näher beschrieben. χ mittels Chi- X^2 berechnet. Falls die erwartete Häufigkeit in den einzelnen Feldern unter 5 lag, wurde der Wert des zusätzlich berechneten Fisher's exakten Test angegeben. Falls die Fallzahlen zu gering waren, wurde auf eine Untersuchung eines eventuellen Gruppenunterschiedes verzichtet.

Zunächst zur Geschlechterverteilung der Angehörigengruppe. Hierbei ist auffällig, dass bei der Gruppe der Angehörigen essgestörter Patientinnen männliche und weibliche Angehörige nahezu gleich verteilt waren, wohingegen bei den Angehörigen schizophrener Patientinnen der Anteil der weiblichen Angehörigen überwog (s. Tabelle 1).

2

Tabelle1

Geschlechterverteilung der Angehörigen

Geschlecht	Diagnosen			Gesamt	Chi X^2 /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Weiblich	9 (56,3%)	7 (43,8%)	22 (73,3%)	38 (61,3%)	
Männlich	7 (43,8%)	9 (56,3%)	8 (26,7%)	24 (38,7%)	
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	$X^2 = 3.55$ / $p = 0.059$

Es nahmen überwiegend Mütter und Partner der PatientInnen an unserer Untersuchung teil (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

Rollen der Angehörigen

Angehöriger	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Mutter	8 (50 %)	6 (37,5%)	14 (46,7%)	28 (45,2%)	X ² =0.012/p=0.91 1
Vater	2 (12,5 %)	3 (18,8%)	5 (16,7%)	10 (16,1%)	X ² =0.053/p=0.81 8
Partner	5 (31,3%)	6 (37,5%)	10 (33,3%)	21 (33,9%)	X ² =0.008/p=0.93 1
Arbeitskollege	1 (6,3%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	2 (3,2%)	X ² =1.938/p=0.49 2
Geschwister	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1 (1,6%)	X ² =1.084/p=0.48 4
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	X ² =0.32/p=0.957 0

Der Großteil der Angehörigen beider Störungsbilder lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Partnerschaft oder war verheiratet (s. Tabelle 3).

Tabelle 3

Zivilstand der Angehörigen

Zivilstand Angehörige	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
alleinstehend	1 (6,3%)	1 (6,3%)	1 (3,3%)	3 (4,8%)	X ² =0.286/p=1.00 0
in Partnerschaft	3 (18,8%)	6 (37,5%)	25 (83,3%)	34 (54,8%)	X ² =19.06/p=0.00 0
verheiratet	9 (56,3%)	5 (31,3%)	2 (6,7%)	16 (25,8%)	X ² =11.12/p=0.00 1
geschieden	2 (12,5%)	3 (18,8%)	2 (6,7%)	7 (11,3%)	X ² =1.24 /p=0.427
Verwitwet	1 (6,3%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	2 (3,2%)	X ² =1.94 /p=0.492
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	X ² =20.10/p=0.00 0

Die meisten Angehörigen gingen einer Tätigkeit als einfache oder mittlere Angestellte oder Arbeiter nach (s. Tabelle 4).

Tabelle 4

Berufe der Angehörigen

Berufliche Tätigkeit	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Arbeiter/Einfache Angestellte	5 (31,3%)	5 (31,3%)	5 (16,7%)	15 (24,2%)	-----
Mittlere Angestellte	4 (25,0%)	2 (12,5%)	10 (33,3%)	16 (25,8%)	-----
Höhere Angestellte	2 (12,5%)	1 (6,3%)	4 (13,3%)	7 (11,3%)	-----
Hausfrau	3 (18,8%)	0 (0,0%)	6 (20,0%)	9 (14,5%)	-----
Rentner	2 (12,5%)	4 (25,0%)	3 (10,0%)	9 (14,5%)	-----
arbeitslos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1 (1,6%)	-----
Lehre/Ausbildung	0 (0,0%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	-----
Studium	0 (0,0%)	3 (18,8%)	1 (3,3%)	4 (6,5%)	-----
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	-----

Zwischen 50 und 69 % der Angehörigen lebten zum Untersuchungszeitpunkt mit ihrem kranken Familienmitglied in einer gemeinsamen Wohnung (vgl. Tabelle 5). Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angehörigengruppen.

Tabelle 5

Wohnverhältnis von Angehörigem und Patient

Wohnungssituation	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Getrennt lebend	5 (31,3 %)	7 (43,8 %)	11 (36,7 %)	23 (37,1 %)	-----
Gemeinsame Wohnung	11 (68,8 %)	9 (56,3 %)	19 (63,3 %)	39 (62,9 %)	-----
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	X ² =0,540/p=0.76 3

Angehörige anorektischer PatientInnen hatten die häufigste Kontaktdichte zu ihren kranken Familienmitgliedern. Circa 81% von ihnen hatten mehr als zehn Stunden Kontakt pro Woche. Angehörige bulimischer PatientInnen hatten den vergleichsweise wenigsten Kontakt (vgl. Tabelle 6). Hinsichtlich der Kontaktfrequenz unterschieden sich die Untersuchungsgruppen nicht signifikant voneinander.

Tabelle 6

Kontakthäufigkeit zwischen Angehörigem und Patient

Kontaktfrequenz	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
< 3 Stunden pro Woche	1 (6,3 %)	3 (18,8 %)	3 (10,0 %)	7 (11,3 %)	
3-10 Stunden pro Woche	2 (12,5 %)	4 (25,0 %)	8 (26,7 %)	14 (22,6 %)	
> 10 Stunden pro Woche	13 (81,3 %)	9 (56,3 %)	19 (63,3 %)	41 (66,1 %)	
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	X ² = 3,001 /p=0,558

Die Angehörigen bulimischer Patienten waren durchschnittlich die jüngsten unserer Stichprobe, die Angehörigen schizophrener Patienten waren im Durchschnitt die ältesten. Insgesamt waren die Angehörigen schizophrener Patienten signifikant älter als die Angehörigen essgestörter Patienten (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7

Alter der Angehörigen

Alter Angehörige	Diagnosen		
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose
	43,8 (9,4)	39,1 (14,1)	51,7 (10,7)
Anorexia nervosa	-	T=1,105/ p=,278 n.s	T= -2,483; p=,017*
Bulimia nervosa	T=1,105; p=,278 n.s	-	T= -3,398; p=,001**
Psychose	T= -2,483; p=,017*	T= -3,398; p=,001**	-

Angehörige essgestörter und schizophrener Patienten hatten am häufigsten mit stationären Einrichtungen in Psychiatrie bzw. Psychosomatik zu tun. Am zweithäufigsten wurden Kontakte zum praktischen Arzt genannt. Es folgten in der Rangfolge Kontakte zur psychosomatischen oder psychiatrischen Ambulanz, Kontakte zu tagesklinischen Einrichtungen der Psychiatrie oder Psychosomatik und Kontakte zum ambulanten Psychotherapeuten. Keiner der Angehörigen hatte bislang Kontakte zu einer geschützten Werkstätte gehabt (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8

Kontakte der Angehörigen zu psychosozialen Angeboten

Kontakt Angehöriger mit psychotherapeutischen Hilfsorganisationen	Diagnosen				Chi χ^2 /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose	Gesamt	
Station	62,5 %	62,5 %	83,3 %	72,6 %	$X^2 = 3,377/p = 0,169$
Tagesklinik	18,8 %	6,3 %	30 %	21,0 %	$X^2 = 3,613/p = 0,175$
Tagesstätte	0 %	0 %	3,3 %	1,6 %	$X^2 = 1,084/p = 1,000$
Geschützte Werkstatt	0 %	0 %	0 %	0,0 %	-----
Psychotherapeut. Wohnheim	0 %	0 %	3,3 %	1,6 %	$X^2 = 1,084/p = 1,000$
Psychosozialer Dienst	0 %	0 %	13,3 %	6,5 %	$X^2 = 4,561/p = 0,174$
Psychosomatisch Ambulanz	18,8 %	18,8 %	36,7 %	27,4 %	$X^2 = 2,498/p = 0,373$
Praktischer Arzt	56,3 %	31,3 %	26,7 %	35,5 %	$X^2 = 4,158/p = 0,124$
Anderer Facharzt	12,5 %	0 %	13,3 %	9,7 %	$X^2 = 2,319/p = 0,404$
Psychologe	18,8 %	0 %	3,3 %	6,5 %	$X^2 = 5,596/p = 0,125$
Psychotherapeut	12,5 %	25 %	6,7 %	12,9 %	$X^2 = 3,124/p = 0,260$
Sozialarbeiter	0 %	0 %	6,7 %	3,2 %	$X^2 = 2,204/p = 0,492$
Andere	6,3 %	12,5 %	3,3 %	6,5 %	$X^2 = 1,454/p = 0,567$

4.2 Zusammenhang Belastung – soziodemografische Faktoren

Zur Beantwortung dieser Frage wurden einzelne soziodemografische Daten mit dem Summenscore der Problembelastung im CNA mittels korrelativer Methoden verglichen (Spearman-Rangkorrelation) (Tabelle 9).

Tabelle 9

Zusammenhänge einiger soziodemografischer Faktoren mit den Summenscores des GHQ-12, BI und CNA. (Spearman-Rangkorrelationen)

<i>Spearman-Rangkorrelationen</i>	GHQ-12		BI		CNA- Problembereiche		CNA- Interventionscore	
	Ess- störung	Psych- ose	Ess- störung	Psych- ose	Ess- störung	Psych- ose	Ess- störung	Psych- ose
Geschlecht Angehöriger	-.161 /p=.380	-.096 /p= .613	-.271 /p= .133	-.292 /p= .117	-.405 /p= .021*	-.381 /p= .038*	-.248 /p= .171	-.530 /p= 0.003**
Andere Carer	-.130 /p=.477	.237 /p= .206	-.119 /p= .515	-.016 /p= .934	.000 /p= .998	-.089 /p= .639	-.167 /p=.360	-.084 /p= .659
Alter Angehöriger	.009 /p= .963	.037 /p= .846	.049 /p= .788	-.134 /p= .480	.289 /p= .109	-.232 /p= .218	-.001 /p=.998	-.305 p= .102
Kontaktfrequenz	.186 /p= .308	.018 /p=.925	-.054 /p=.771	-.039 /p= .838	-.028 /p=.877	.166 /p= .381	.205 /p= .259	.057 /p= .764

Es zeigten sich lediglich hinsichtlich des Geschlechts signifikante Unterschiede innerhalb der Angehörigengruppen beider Störungsbilder. Frauen, in unserem Sample vorwiegend Mütter, zeigten im CNA signifikant mehr Problembelastung und ein höheres Bedürfnis nach Unterstützung.

Überraschenderweise zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Belastungsindikatoren und der Anzahl der zusätzlich verfügbaren unterstützenden Angehörigen, dem Alter der Angehörigen und der Kontaktfrequenz zum Patienten.

Es wurde auch untersucht, ob die Berufstätigkeit mit dem Grad der Belastung in einem Zusammenhang steht: hierzu wurden die verschiedenen Aktivitäten danach unterteilt, ob sich jemand in fester beruflicher Anstellung außer Haus, ohne Anstellung zu Hause oder in Ausbildung befand. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Kruskal-Wallis- Test: Chi-Quadrat 3,837; $p = ,147$).

4.3 Beschreibung der Stichprobe: PatientInnen

An unserer Untersuchung nahmen in der Gruppe der essgestörten PatientInnen 16 Patientinnen teil, die unter Anorexia nervosa litten (ICD 10: F 50.00 bis F 50.10) und 16 PatientInnen, die die Kriterien für Bulimia nervosa erfüllten (ICD 10: F 50.20 bis F 50.30). In der Gruppe der psychotischen PatientInnen nahmen 30 PatientInnen teil, die unter einer Form der Schizophrenie (ICD 10: F 20.0-9) oder einer schizoaffektiven Psychose (ICD 10: F 25.0-9) litten. Es erfüllten fünf Patienten die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose, 25 Patienten die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Wir unterschieden in unserer Untersuchung nicht weiter zwischen diesen beiden Diagnosegruppen und fassten diese zusammen unter der Gruppe „Psychose“.

§ Alter der PatientInnen:

Der Altersdurchschnitt der anorektischen und bulimischen PatientInnen unterschied sich nicht signifikant voneinander. Die Gruppe der essgestörten PatientInnen war jedoch signifikant jünger als die Gruppe der Patienten, die unter einer Psychose litten (Tabelle 10). Die Altersmaxima und –minima betragen 17 und 42 Jahre für die anorektische Stichprobe, 18 und 34 Jahre für die bulimischen PatientInnen und 18 und 56 Jahre für die PatientInnen, die unter einer Psychose litten.

Tabelle 10:

Alter der PatientInnen im Vergleich (T-Test)

Alter PatientInnen	Diagnosen		
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose
	24,3 (7,6)	22,1 (3,9)	35,0 (11,6)
Anorexia nervosa	-	1,019; p=,316 n.s	-3,209 p=,002*
Bulimia nervosa	1,019; p=,316 n.s	-	-4,253; p=,001**
Psychose	-3,209; p=,002*	-4,253; p=,001**	-

§ Erkrankungsdauer der PatientInnen:

Die PatientInnen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer Erkrankungsdauer (Tabelle 11).

Tabelle 11

Erkrankungsdauer der PatientInnen

Dauer der Erkrankung	Diagnosen			Chi X ²
	Anorexia Nervosa M (SD)	Bulimia Nervosa M (SD)	Psychose M (SD)	
	4,81 (3,46)	6,93 (5,2)	7,26 (6,15)	X ² =2,119 /p =0,347

§ Geschlechtsverteilung der PatientInnen

Erwartungsgemäß bestanden die Stichproben der essgestörten PatientInnen mit einer Ausnahme ausschließlich aus weiblichen Teilnehmern. In der Gruppe der schizophrenen Patienten war das Geschlechterverhältnis ausgewogener, es nahmen 12 weibliche und 18 männliche PatientInnen teil (Tabelle 12).

Tabelle 12

Geschlechtsverteilung der PatientInnen

Geschlecht	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Weiblich	15 (93,8%)	16 (100%)	12 (40%)	43 (69,4%)	X ² = 23,56 /p=0,000
Männlich	1 (6,3%)	0 (0%)	18 (60%)	19 (30,6%)	
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	

§ Behandlungssetting der PatientInnen

Die meisten teilnehmenden PatientInnen befanden sich in stationärer Behandlung, deutlich weniger bereits in tagesklinischer Behandlung. Nur eine anorektische Patientin erhielt zum Zeitpunkt der Untersuchung keinerlei Behandlung, ebenfalls nur eine Patientin nahm an einer Selbsthilfegruppe teil. Lediglich drei PatientInnen erhielten nur ambulante Unterstützung (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13

Behandlungssetting der PatientInnen bei Interview

Aktuelle Behandlung	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia Nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
ohne Behandlung	1 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	-----
SH-Gruppe	1 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	-----
ambulant	1 (6,3%)	2 (12,5%)	2 (6,7%)	5 (8,1%)	-----
tagesklinisch	2 (12,5%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	6 (9,7%)	-----
stationär	11 (68,8%)	10 (62,5%)	28 (93,3%)	49 (79,0%)	X ² = 9,15 /p=0,058
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	

§ Familienstand der PatientInnen

Von den essgestörten PatientInnen waren circa 50 % alleinstehend, die andere Hälfte war verheiratet oder lebte in einer Partnerschaft. Keine der essgestörten PatientInnen war geschieden oder verwitwet. Bei der Stichprobe der unter einer Psychose leidenden PatientInnen war ebenfalls keine geschieden oder verwitwet, mehr als die Hälfte waren alleinstehend, der Rest lebte in Partnerschaft oder waren verheiratet (Tabelle 14).

Tabelle 14

Familienstand der PatientInnen

Familienstand der PatientInnen	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia Nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
alleinstehend	8 (50,0%)	7 (43,8%)	18 (60%)	33 (53,2%)	X ² = 1,197 /p=0,550
In Partnerschaft lebend	4	9	2	15	X ² = 13,99

Verheiratet	(25,0%) 4	(56,3%) 0	(6,7%) 10	(24,2%) 14	/p=0,001 X ² = 6,704
Geschieden	(25,0%) 0	(0,0%) 0	(33,3%) 0	(22,6%) 0	/p=0,035 -----
Verwitwet	(0,0%) 0	(0,0%) 0	(0,0%) 0	(0,0%) 0	-----
	(0,0%) 0	(0,0%) 0	(0,0%) 0	(0,0%) 0	-----
Gesamt	16	16	30	62	X ² = 16,36/ p=0,001
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	

§ Tätigkeit der PatientInnen

Unsere essgestörten PatientInnen gingen folgenden Tätigkeiten nach: ein Großteil befand sich in Vollzeitbeschäftigung, vier befanden sich in beruflicher Ausbildung und sechs PatientInnen studierten. Lediglich eine Patientin war arbeitslos, und ebenfalls eine war bereits berentet. Jeweils drei waren teilzeit berufstätig oder gingen noch zur Schule. Die schizophrenen PatientInnen waren zu einem deutlich höheren Anteil betrentet oder arbeitslos (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15
Tätigkeit der PatientInnen

Tätigkeit der PatientInnen	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
arbeitslos	0 (0,0%)	1 (6,3%)	5 (16,7%)	6 (9,7%)	----
berufliche Ausbildung	4 (25,0%)	0 (0,0%)	3 (10%)	7 (11,3%)	----
Schülerin	1 (6,3%)	2 (12,5%)	2 (6,7%)	5 (8,1%)	----
Teilzeit berufstätig	1 (6,3%)	2 (12,5%)	0 (0%)	3 (4,8%)	----
vollzeit berufstätig	9 (56,3%)	5 (31,3%)	7 (23,3%)	21 (33,9%)	----
Student	1 (6,3%)	5 (31,3%)	4 (13,3%)	10 (16,1%)	----
berentet	0 (0,0%)	1 (6,3%)	9 (30%)	10 (16,1%)	----
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	----

§ Klinikaufenthalte der PatientInnen

Die meisten der teilnehmenden essgestörten PatientInnen befanden sich zum Zeitpunkt des Untersuchungs erstmals in stationärer Behandlung. Lediglich je eine waren bereits

zehnmal oder noch öfter stationär wegen ihrer Essstörung behandelt worden. Bei der Gruppe der psychotischen PatientInnen befanden sich fünf erstmals in stationärer Behandlung, ein Großteil hatte bereits zwischen zwei und fünf stationäre Behandlungen absolviert und lediglich einer war schon zehnmal oder öfters stationär behandelt worden. (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16:
Klinikaufenthalte der PatientInnen

Klinikaufenthalte	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Keiner	1 (6,3%)	0 (0,0%)	5 (16,7%)	6 (100%)	-----
Einer	10 (62,5%)	9 (56,3%)	5 (16,7%)	24 (100%)	-----
2-5 Aufenthalte	3 (18,8%)	3 (18,8%)	14 (46,7%)	20 (100%)	-----
6-9 Aufenthalte	1 (6,3%)	3 (18,8%)	5 (16,7%)	9 (100%)	-----
10 oder mehr	1 (0,0%)	1 (6,3%)	1 (3,3%)	3 (100%)	-----
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	

§ Kontakte der PatientInnen

Ähnlich wie die teilnehmenden Angehörigen hatten die PatientInnen die weitaus häufigsten Kontakte mit stationären Versorgungseinrichtungen. Hausärzte oder psychiatrische bzw. psychosomatische Ambulanzen waren die zweithäufigsten Kontaktstellen für die PatientInnen. Essgestörte PatientInnen hatten signifikant mehr Kontakte zu einem Psychotherapeuten als psychotische PatientInnen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17
Kontakte der PatientInnen zu psychosozialen Angehoten

Kontakt mit psychosozialen Hilfsorganisationen	Diagnosen			Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose	
Station	75 %	75 %	86,7 %	X ² =1,350/p=0,509
Tagesklinik	12,5 %	12,5 %	16,7 %	X ² =0,217/p=0,897
Tagesstätte	0 %	0 %	3,3 %	X ² =1,084/p=0,582
Geschützte Werkstatt	0 %	0 %	0 %	-----
Psychotherapeut. Wohnheim	0 %	0 %	3,3 %	X ² =1,084/p=0,582
Psychosozialer Dienst	0 %	18,8 %	20 %	X ² =3,675/p=0,159
Psychosomatisch Ambulanz	18,8 %	37,5 %	53,3 %	X ² =5,258/p=0,072
Praktischer Arzt	50 %	50 %	33,3 %	X ² =1,766/p=0,413
Anderer Facharzt	25 %	18,8 %	20 %	X ² =0,221/p=0,895
Psychologe	25 %	6,3 %	3,3 %	X ² =5,894/p=0,052
Psychotherapeut	25 %	50 %	10 %	X ² =9,11/p=0,011
Sozialarbeiter	0 %	6,3 %	6,7 %	X ² =1,100/p=0,577
Anderer	6,3 %	12,5 %	10 %	X ² =0,364/p=0,833

§ Anzahl der Kinder der PatientInnen

Die meisten PatientInnen waren kinderlos. In der Gruppe der anorektischen PatientInnen hatten zwei PatientInnen jeweils zwei Kinder zu versorgen und eine Patientin hatte ein Kind zu versorgen. Keine der bulimischen PatientInnen hatte Kinder. Bei der Gruppe der psychotischen PatientInnen war die Verteilung ähnlich wie bei der Gruppe der anorektischen PatientInnen (Tabelle 18).

Tabelle 18
Anzahl minderjähriger Kinder der PatientInnen

Anzahl minderjähriger Kinder	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Keines	13 (81,3%)	16 (0%)	27 (90%)	56 (90,3%)	X ² = 9,166/p=0,164
Eines	1 (6,3%)	0 (0%)	1 (3,3%)	2 (3,2%)	
Zwei	2 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,2%)	
Drei	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,7%)	2 (3,2%)	
Vier oder mehr	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

§ Anzahl der zusätzlichen Carer

Neben den von uns interviewten Angehörigen sorgten in den meisten Fällen noch ein bis zwei andere Personen für die PatientIn. In lediglich sieben Fällen waren die Angehörigen die einzigen Unterstützungspersonen. Mehr als drei weitere helfende Andere wurde ebenfalls selten angegeben (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19
Anzahl zusätzlicher Angehöriger/Freunde, die PatientIn versorgen

Anzahl zusätzlicher Carer	Diagnosen			Gesamt	Chi X ² /p
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Psychose		
Kein weiterer	1 (6,3%)	3 (18,8%)	3 (10%)	7 (11,3%)	X ² = 22,66/p=0,004
Einer	5 (31,3%)	1 (6,3%)	17 (56,7%)	23 (37,1%)	
Zwei	9 (56,3%)	5 (31,3%)	7 (23,3%)	21 (33,9%)	
Drei	0 (0%)	6 (37,5%)	2 (6,7%)	8 (12,9%)	
Vier (oder mehr)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	1 (3,3%)	3 (4,8%)	
Gesamt	16 (100%)	16 (100%)	30 (100%)	62 (100%)	

§ BMI der PatientInnen

Wie zu erwarten unterschieden sich die Gruppen der essgestörten PatientInnen signifikant hinsichtlich ihres Body-Mass-Index (Tabelle 20)

Tabelle 20
Body-Mass-Index der essgestörten PatientInnen

BMI	Diagnosen			
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	T-Test	Signifikanz
	15,18 (2,16)	19,91 (2,29)	5,000	0,000

4.4 Fragestellung 1

Wieweit stimmen die Selbsteinschätzungen der Angehörigen mit den Einschätzungen der Interviewer überein?

Wie erwähnt, wurde im CNA jeweils parallel zu den Angaben der Angehörigen die Einschätzung der Interviewer hinsichtlich der Schwere der Belastung der Angehörigen im jeweiligen Problembereich als auch hinsichtlich der als jeweils als notwendig erachteten Hilfs- und Unterstützungsangebote erhoben. Die Einschätzungen wurden mittels Spearman-Rangkorrelation und mittels Cohen's Kappa untersucht und im Anhang in Tabelle 44 für alle Problem- und Interventionsbereiche angegeben. In einigen Fällen bestand 100-prozentige Übereinstimmung der Rater. Hier war die Berechnung von Kappa und Spearman-Rangkorrelationen nicht möglich.

Im Durchschnitt korrelierten die Einschätzungen der Angehörigen mit denen der Untersucher mit $r = 0,890$ (0,648 bis 1) sowie mit Kappa von $r = 0,853$ (0,59 bis 1), was als sehr hohe Übereinstimmung zu werten ist. Alle Kappa und Spearman-Werte waren auf dem 1% Niveau signifikant und kein Wert zeigte eine „schlechte Übereinstimmung (Kappa oder Spearman kleiner als 0,4).

Vergleichsweise große Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Untersucher und den Angehörigen fanden sich in Problembereich 14, „Zuwenig Zeit für sich selbst haben“. Hier empfahlen die Interviewer häufiger als die Angehörigen selbst eine Beaufsichtigung des Patienten durch geschultes Personal. Im Problembereich 15, „Zu wenig Kontakte; Spannungen in der Familie“ sahen die Interviewer wieder häufiger einen ungedeckten Bedarf an expertengeleiteten Angehörigengruppen als die Angehörigen selbst. Ebenso in Problembereich 16, „Schwierigkeiten, da Kranker in der gleichen Wohnung wohnt“. Hier wurden getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken häufiger von den Interviewern empfohlen als von den Angehörigen. Man beachte, dass es sich hier um sehr geringfügige Unterschiede in den Einschätzungen handelt und nicht um statistisch signifikante Differenzen.

Aufgrund der hohen Übereinstimmung zwischen Angehörigen- und Experteneinschätzung wurden in den folgenden Fragestellungen auf die zusätzliche Darstellung der Experteneinschätzung („Bedarf“) verzichtet und lediglich die Angaben der Angehörigen („Bedürfnis“) verwendet.

4.5 Fragestellung Nr. 2

Welche Probleme und welcher Unterstützungsbedarf besteht bei Angehörigen essgestörter und schizophrener Patientinnen? Ist dieser Bedarf gedeckt oder nicht?

§ Probleme Angehöriger essgestörter Patientinnen

Im Folgenden sollen zunächst die Ergebnisse aus dem strukturierten Interview (CNA) vorgestellt werden. Wie bereits bei der Darstellung des CNA erwähnt, wurden - um eine eventuelle Überschätzung des Unterstützungsbedarfs bzw. -bedürfnisses zu vermeiden - nur die Ratings der Angehörigen berücksichtigt, die den jeweiligen Problembereich als „mittelschweres Problem“ oder „ausgeprägtes Problem“ einschätzten (Tabelle 21).

Angehörige essgestörter Patientinnen zeigten sich am häufigsten mit Sorgen bezüglich der Zukunft ihres Familienmitgliedes und Enttäuschung hinsichtlich der Erkrankung ihres Familienmitgliedes belastet. Darüber hinaus gaben mehr als 80% an, durch Kommunikationsprobleme mit der Kranken belastet zu sein. Es bestand ein hohes Bedürfnis nach Informationen über Krankheitsrückfälle und was in so einem Fall zu tun ist. Knapp 60 % der Angehörigen gaben an, sich ausgebrannt oder psychisch bzw. körperlich krank zu fühlen. Ebenso häufig wurde der Wunsch nach Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten und das allgemeine Vorgehen bei der Behandlung ihres kranken Familienmitgliedes benannt. Mehr als die Hälfte der Angehörigen berichteten von Belastung durch das Verhalten der Kranken, Probleme durch Krankheitsrückfälle und fehlende Information über die Krankheit an sich. Ebenso viele hatten Probleme in der Kommunikation mit dem behandelnden Personal (Ärzte, Psychologen, Pfleger) oder deren Erreichbarkeit bzw. Verfügbarkeit. Knapp die Hälfte der Angehörigen fühlten sich durch Schuldgefühle oder Vorwürfe von Freunden und Verwandten belastet. Verhältnismäßig wenig Angehörige sahen sich durch das Zusammenleben mit ihrem essgestörten Familienmitglied belastet oder empfanden sich durch die Versorgung ihres Familienmitgliedes in ihrer Freizeit beschnitten. Nur 15,6% der Angehörigen äußerten finanzielle Probleme durch die Versorgung, nur ca.9% gaben negative Auswirkungen auf minderjährige Kinder der Kranken oder Geschwister als Problembereich an. Nur 10% der Angehörigen empfanden sich durch die Essstörungserkrankung stigmatisiert oder äußerten Ängste hinsichtlich dubioser Behandlungstechniken in der Psychiatrie oder Psychosomatik.

Tabelle 21

CNA Problembereiche Essstörungen; mittelschweres und schweres Problem; Angehörigen und Experten; nach Ausprägung der Angehörigeneinschätzung geordnet

Problembereiche CNA	Einschätzung durch Angehörige (%)	Einschätzung der Experten (%)
12. Sorgen / Enttäuschung bez. Erkrankung	87,5	90,6
07. Kommunikationsprobleme mit dem Kranken	81,2	93,7
04. Informationen über Krankheitsrückfälle	79,1	87,5
18. Selbst „ausgebrannt“ oder psychisch / körperlich krank	59,4	68,7
03. Informationen über Rehabilitation	59,4	53,1
02. Informationen über die Behandlung	59,4	66,6
09. Belastung durch das Verhalten des Kranken	56,2	59,4
08. Probleme durch Krankheitsrückfälle bzw. Krisen	56,2	56,2
01. Informationen über die Krankheit	56,2	68,7
05. Kommunikation mit bzw. Erreichbarkeit professioneller Helfer	50,0	65,6
13. Schuldgefühle; Vorwürfe von anderen	46,9	46,9
10. Belastung durch frühere Ereignisse	43,7	50,0
15. Zu wenig Kontakt nach draußen; Spannungen in der Familie	31,2	34,4
16. Schwierigkeiten, da Kranker in der gleichen Wohnung wohnt	21,9	25,0
14. Zu wenig Zeit für sich selbst haben	18,7	18,7
11. Finanzielle Belastungen	15,6	18,7
17. Minderjährige Kinder oder Geschwister	9,4	15,6
06. Stigma; bedrohliches Bild der Psychiatrie/Psychosomatik	9,4	12,5

Differenziert man nochmals zwischen Angehörigen bulimischer und Angehörigen anorektischer PatientInnen, so zeigten letztere im Summenscore eine höhere Problembelastung (siehe unten) und gaben im Problembereichen „Information über Rehabilitation“ (AN: $m = 1,3$ (SD = 0,9) und BN: $m = 0,7$ (SD = 0,9); $U = 80,5$; $p = 0,04$), „Probleme durch Krankheitsrückfälle oder Krisen“ (AN: $m = 1,2$ (SD = 0,9) und BN: $m = 0,6$ (SD = 0,8); $U = 74,0$; $p = 0,019$) sowie im Bereich „Selbst „ausgebrannt“ oder psychisch/körperlich krank“ (AN: $m = 1,2$ (SD = 0,9) und BN: $m = 0,6$ (SD = 0,7); $U = 83,0$;

p = 0,048) signifikant höhere Scores an mittelschweren oder schweren Problembelastungen an.

§ Probleme Angehöriger schizophrener Patientinnen

Angehörige schizophrener Patientinnen äußerten in 96% der Fälle mittelschwere oder schwere Probleme aufgrund von Sorgen um die Zukunft ihres Familienmitgliedes bzw. Enttäuschung durch die krankheitsbedingten Einbußen hinsichtlich der Zukunftschancen ihres kranken Familienmitgliedes. Viele gaben Kommunikationsprobleme mit dem Kranken an oder fühlten sich ausgebrannt und psychisch oder körperlich krank. Es wurde häufig (73.3%) fehlende Information über mögliche Krankheitsrückfälle und dann passende Interventionsmöglichkeiten problematisiert. Ebenso wurde von vielen Angehörigen das aktuelle Verhalten des Kranken als belastend und problematisch angegeben, aber auch die Verunsicherung durch frühere belastende Erlebnisse mit dem kranken Familienmitglied.

Knapp 57% der Angehörigen fühlten sich zuwenig über die Behandlung der Erkrankung informiert und litten unter krankheitbedingten Spannungen in der Familie und hatten zuwenig Sozialkontakte zu Nachbarn oder Freunden. Die Hälfte der Angehörigen sahen unzureichende Information über die Krankheit an sich oder über verfügbare Rehabilitationsmaßnahmen für den Kranken als problematisch und belastend. Ebenso viele wünschten sich eine bessere Kommunikation oder Erreichbarkeit der Behandler (Ärzte, Psychologen, Pfleger).

50% litten unter Schuldgefühlen oder erhielten Vorwürfe von Freunden oder Bekannten. Knapp 47% fühlten sich durch die Erkrankung stigmatisiert oder waren durch bedrohliche Vorstellungen über die Arbeitsweise in der Psychiatrie oder Psychosomatik beunruhigt. Es folgten Probleme durch finanzielle Belastungen (40%) und unzureichende Freizeit für sich (knapp 37%). Vergleichsweise selten wurden Schwierigkeiten durch gemeinsames Wohnen mit dem Kranken oder negative Auswirkungen der Erkrankung auf minderjährige Kinder oder Geschwister als relevantes Problem genannt (23,3% bzw.10%) (Tabelle 22).

Tabelle 22

CNA Problembereiche Psychose; mittelschweres und schweres Problem; Angehörigen und Experten; nach Ausprägung der Angehörigeneinschätzung geordnet

Problembereiche CNA	Einschätzung durch Angehörige (%)	Einschätzung der Experten (%)
12. Sorgen / Enttäuschung bez. Erkrankung	96,7	96,7
07. Kommunikationsprobleme mit dem Kranken	80,0	83,3
18. Selbst „ausgebrannt“ oder psychisch / körperlich krank	80,0	83,3
04. Informationen über Krankheitsrückfälle	73,3	80,0
09. Belastung durch das Verhalten des Kranken	66,7	66,7
08. Probleme durch Krankheitsrückfälle bzw. Krisen	63,3	70,0
10. Belastung durch frühere Ereignisse	60,0	63,3
02. Informationen über die Behandlung	56,7	70,0
15. Zu wenig Kontakt nach draußen; Spannungen in der Familie	56,7	66,7
01. Informationen über die Krankheit	50,0	60,0
03. Informationen über Rehabilitation	50,0	53,3
05. Kommunikation mit bzw. Erreichbarkeit professioneller Helfer	50,0	50,0
13. Schuldgefühle; Vorwürfe von anderen	50,0	66,7
06. Stigma; bedrohliches Bild der Psychiatrie/Psychosomatik	46,7	53,3
11. Finanzielle Belastungen	40,0	43,3
14. Zu wenig Zeit für sich selbst haben	36,7	43,3
16. Schwierigkeiten, da Kranker in der gleichen Wohnung wohnt	23,3	26,7
17. Minderjährige Kinder oder Geschwister	10,0	10,0

§ **Problembereiche Angehöriger anorektischer, bulimischer und schizophrener Patienten im Vergleich**

Alle Angehörige zeigten die höchsten Ratings in den Problembereichen 12, „Sorgen um den Patienten bzw. Enttäuschung über die Erkrankung und ihre Folgen“, Problembereich 7, „Kommunikationsprobleme mit dem Kranken“, Problembereich 18 „Selbst „ausgebrannt“ oder körperlich/psychisch krank“ oder auch Problembereich 4 „Informationen über Krankheitsrückfälle“ an.

Im Folgenden zeigten beide Angehörigengruppen leicht unterschiedliche Gewichtung der Problembelastung. Für detaillierte Angaben sei auf Abbildung 6 verwiesen. Auffällig ist, dass in allen drei Angehörigengruppen finanzielle Probleme durch die Erkrankung ihres Familienangehörigen sowie Probleme mit minderjährigen Kindern oder Geschwistern oder Problembereich 14 „zu wenig Zeit für sich selbst“ sehr weit hinten in der Rangliste der Problembereiche genannt werden. Auffällig ist, dass Angehörige anorektischer PatientInnen tendenziell die höchsten Ratings in allen Bereichen abgaben, vorrangig in Bereichen, die mit professioneller Informationsvermittlung in Beziehung standen. Trotz tendentieller Differenzen in Abbildung 6 ergab sich im Kruskal-Wallis-Test über die einzelnen Problembereiche hinweg lediglich im Problembereich 6 „Stigmatisierung; bedrohliches Bild der Psychiatrie/ Psychosomatik“ ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen. Dieser Bereich scheint für Angehörige essgestörter PatientInnen kaum problematisch zu sein.

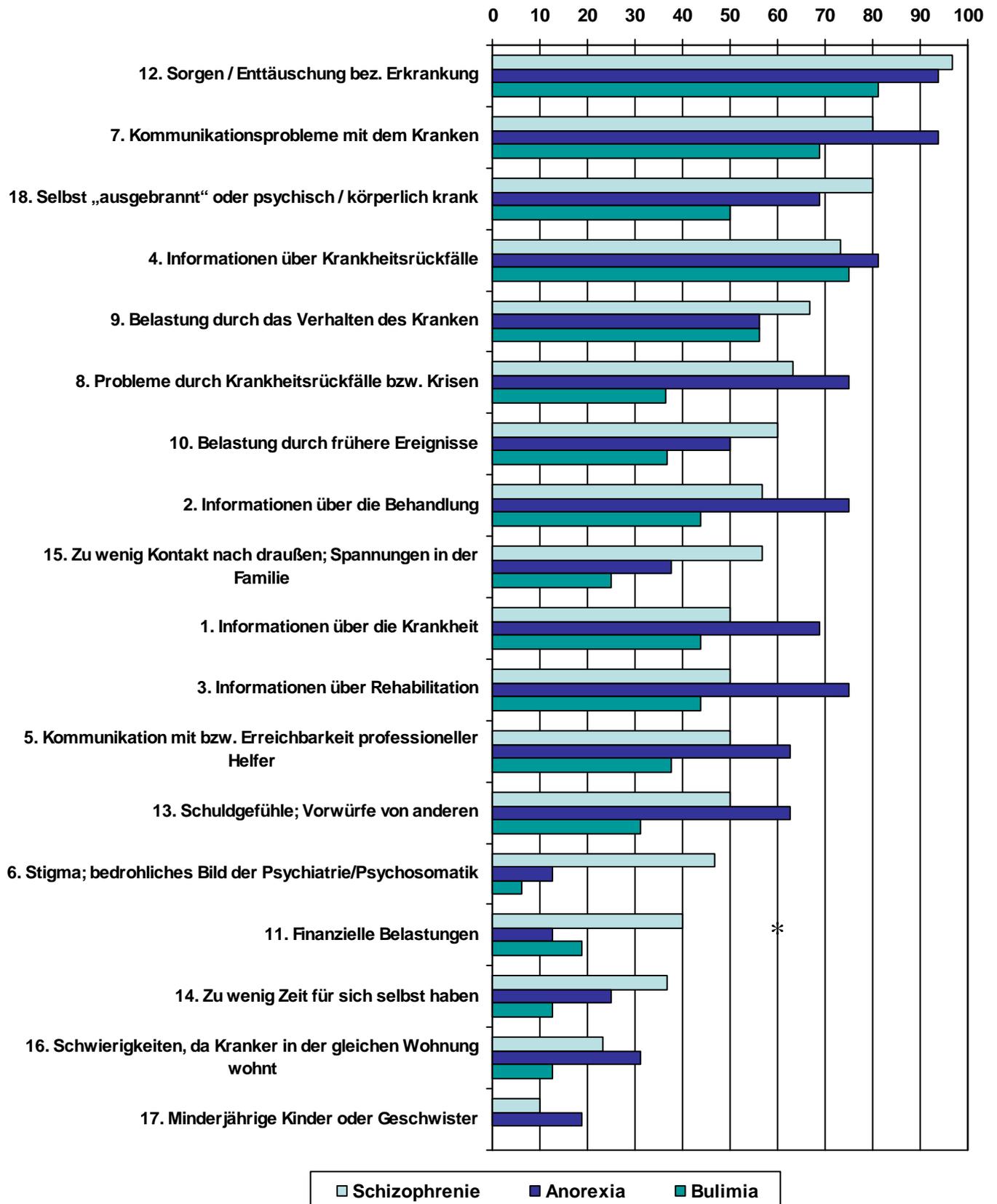


Abbildung 6: CNA-Problembereiche: Angehöriger anorektischer, bulimischer und schizophrener PatientInnen im Vergleich

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

Für den Summenscore der Problembereiche des CNA wurde eine alterskorrigierte univariate Ancova über die drei Diagnosegruppen gerechnet. Hier unterschieden sich die drei Gruppen signifikant voneinander.

Tabelle 23

Alterskorrigierte univariate ANCOVA für CNA-Problembereich-Summenscore

Variable	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Schizophrenie	F	p
CNA- Problembereich Summenscore	10,12 (3,16)	6,81 (3,40)	9,90 (3,62)	4,747	0,012

Es wurde untersucht, wie oft ein Problem als solches angesehen wurde, ohne zu gewichten, ob es sich um ein mittelschweres oder ausgeprägtes Problem handelte. Die Kodierung sah folgendermaßen aus: „Kein Problem = 0, „Mittelschweres Problem = 1, „Schweres Problem“ = 1 (Abbildung 7).

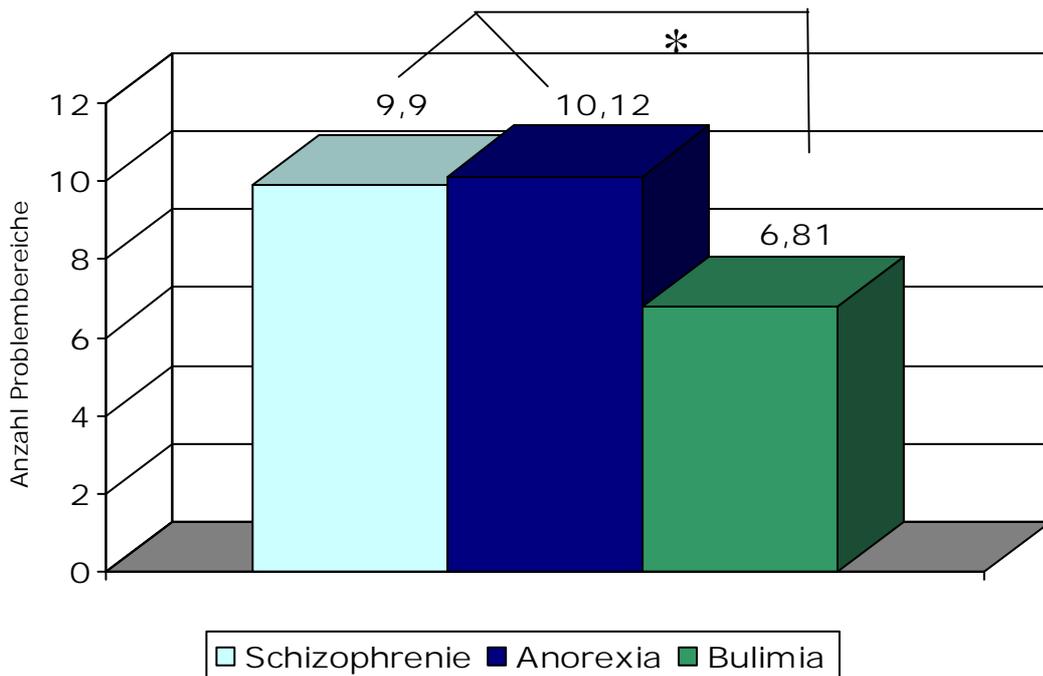


Abbildung 7: Vergleich der CNA-Problem-Summscores für Angehörige der drei Diagnosegruppen

Angehörige anorektischer PatientInnen gaben im Durchschnitt in 9,9 Problembereichen, Angehörige schizophrener PatientInnen gaben in durchschnittlich 10,1 Problembereichen mittelschwere oder schwere Belastungen an. Angehörige bulimischer PatientInnen lagen mit durchschnittlich 6,8 Problembereichen signifikant unter den beiden anderen Angehörigengruppen. Keiner der Angehörigen gab überhaupt keinen Bereich als problematisch an.

Vergleicht man nur die Gruppe Angehöriger essgestörter PatientInnen mit der Gruppe der Angehörigen psychotischer PatientInnen ergibt sich kein signifikanter Unterschied in der Problembelastung.

§ Bedarf und Bedürfnis an Unterstützung Angehöriger essgestörter PatientInnen

Das Unterstützungsangebot wurde im CNA in 36 verschiedene Unterstützungsangebote unterteilt. Die konkreten Werte der Angehörigen essgestörter und Angehöriger schizophrener PatientInnen sowie die jeweilige Experteneinschätzung sind in den Tabellen 45 und 46 im Anhang nachzusehen.

Die Angehörigen dieser Gruppe gaben am häufigsten ungedeckten oder nur teilweise gedeckten Bedarf an persönlicher Information und Erklärung durch die behandelnden Ärzte

oder Therapeuten an. Ähnlich hohe Werte wurden für den Bereiche konkrete Beratung und Unterstützung des Angehörigen durch den Mitarbeiter angegeben. Es bestand ebenfalls ein hoher ungedeckter Bedarf an gemeinsamen Familiengesprächen mit den Mitarbeitern sowie Bedarf an schriftlichem Informationsmaterial oder Angeboten an psychoedukativen Gruppen. Knapp 80% der Angehörigen würden gerne mit einem Behandler einen konkreten Krisenplan erstellen. Mehr als 70% würden gerne lernen, mit der Kranken adäquater zu kommunizieren, um Krisen zu vermeiden.

Es bestand kaum Bedürfnis hinsichtlich Unterstützung in Form von einer Heimhilfe oder Gesprächen der Behandler mit vorwürflichen Familienmitgliedern. Keiner der interviewten Angehörigen äußerte ein Bedürfnis nach Information oder Beratung über die Arbeitsweise der Psychiatrie oder Psychosomatik. Angehörige essgestörter Patientinnen äußerten auch kaum Bedürfnis hinsichtlich Beratung, wie man den Kindern das Verhalten der Kranken erklären könne. Angehörige haben wenig Unterstützungsbedürfnis bei der Kindererziehung und wünschten sich hierzu auch kaum Unterstützung durch spezielle angeleitete Angehörigenrunden, gaben hingegen jedoch einen hohen Bedarf an expertengeleiteten Angehörigenrunden im Allgemeinen an. Es bestand kaum Nachfrage nach einem strukturierten Tagesprogramm für die Kranken oder nach finanzieller Unterstützung der Angehörigen. Mehr als 70% der Angehörigen sahen keinen Bedarf an getrennten Wohnungen für sich selbst und ihr krankes Familienmitglied.

Betrachtet man den Anteil bereits gedeckten Bedarfs, so ergibt sich folgendes Bild: mehr als 25% der Angehörigen fanden sich ausreichend körperlich durch einen Arzt untersucht und hatten diesbezüglich zum Untersuchungszeitpunkt kein weiteres Bedürfnis. Mehr als 15% der Angehörigen gaben an, schon in ambulanter Psychotherapie zu sein und hiermit ausreichend versorgt zu sein (andererseits äußerten mehr als 20% der Angehörigen ein Bedürfnis nach psychotherapeutischer Unterstützung, welches bislang nur unzureichend erfüllt war). Circa 15% der Angehörigen fühlten sich ausreichend medikamentös unterstützt, hatten bereits genügend betroffene Angehörige kennen gelernt oder waren ausreichend durch eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe unterstützt. 15,6% hatten den Wunsch nach einer getrennten Wohnmöglichkeit für die Kranke bereits ausreichend umgesetzt.

Um einen besseren Überblick über den Bedarf und seinen Deckungsgrad zu vermitteln, wurden die Ergebnisse zusätzlich in einer Grafik veranschaulicht. Das Verhältnis von grünen Balken zu roten oder lilafarbenen Balken stellt das Verhältnis von „Kein Bedarf“ versus „ungedeckter bzw. unzureichend gedecktem Bedarf bzw. Bedürfnis“ dar.

Auffallend ist, dass in keinem der Unterstützungsangebote eine Übererfüllung des Bedarfs bzw. Bedürfnisses angegeben wurde (Abbildung 8).

Differenziert man Angehörige anorektischer und bulimischer PatientInnen (Abbildungen 9 und 10), so zeigen Angehörige anorektischer PatientInnen in vielen Bereichen höheren ungedeckten oder nur teilweise gedeckten Bedarf an Unterstützung. Besonders augenfällig wird dies in den Bereichen „Entwicklung eines individuellen Krisenplanes“, „Informationen über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Normal- und im Notfall“, Einzelgespräche mit einem Profi zum Erlernen einer adäquaten Kommunikation“, „, Kennenlernen von Angehörigen und Kranken“ sowie im Bedürfnis nach „Beratung und Psychotherapie für Angehörigen“. Im Paarvergleich mittels Chi² ergab sich im Bereich „Psychotherapie für Angehörige“ ($F = 6,788/p = 0,023$) sowie im Bereich „Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe“ ($F = 6,149/p = 0,032$) ein signifikant höheres Unterstützungsbedürfnis seitens Angehöriger anorektischer PatientInnen (für Details siehe Fragestellung Nr. 5 und Tabellen 48 bis 51 im Anhang).

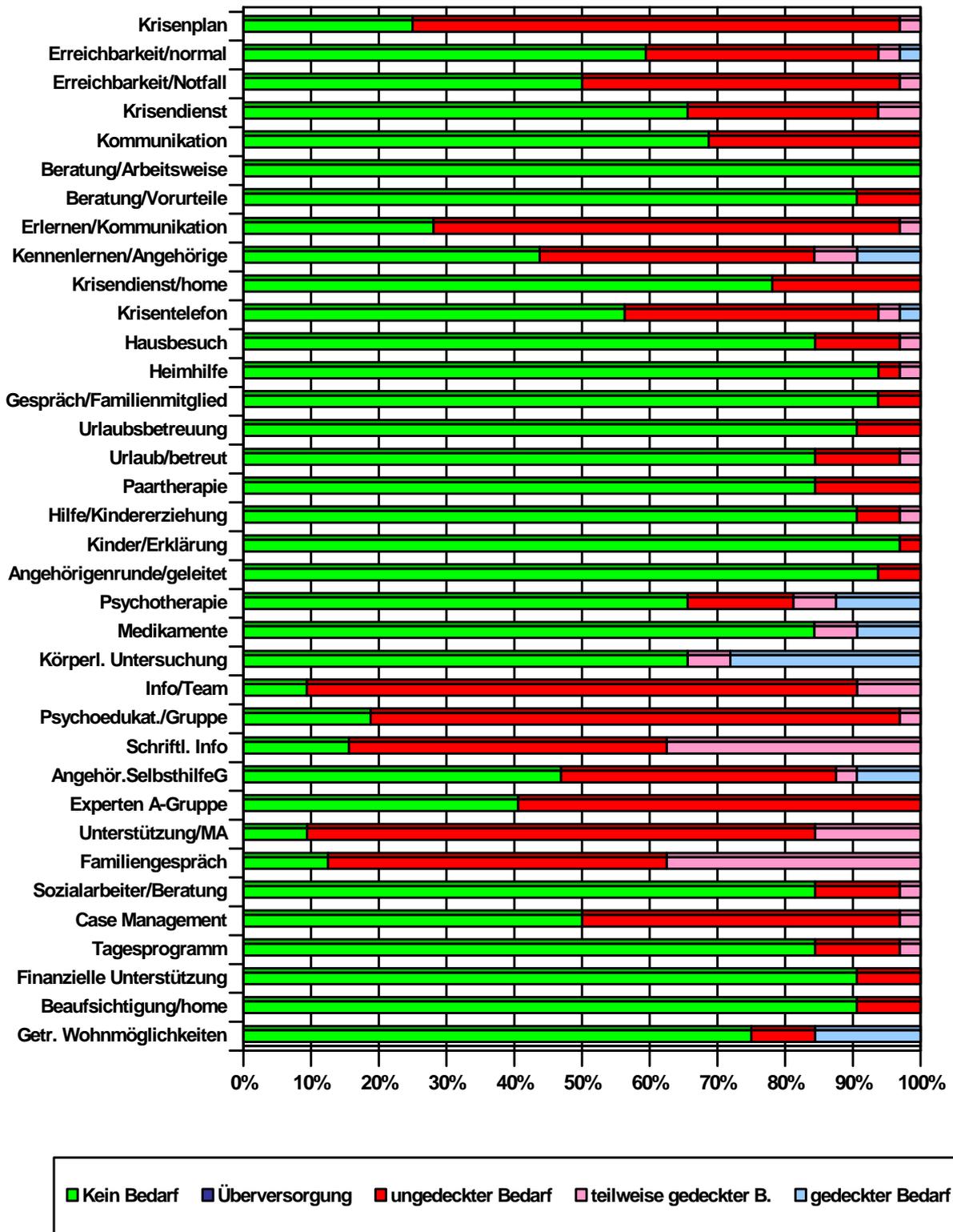


Abbildung 8: CNA-Unterstützungsbereiche: Essstörungen

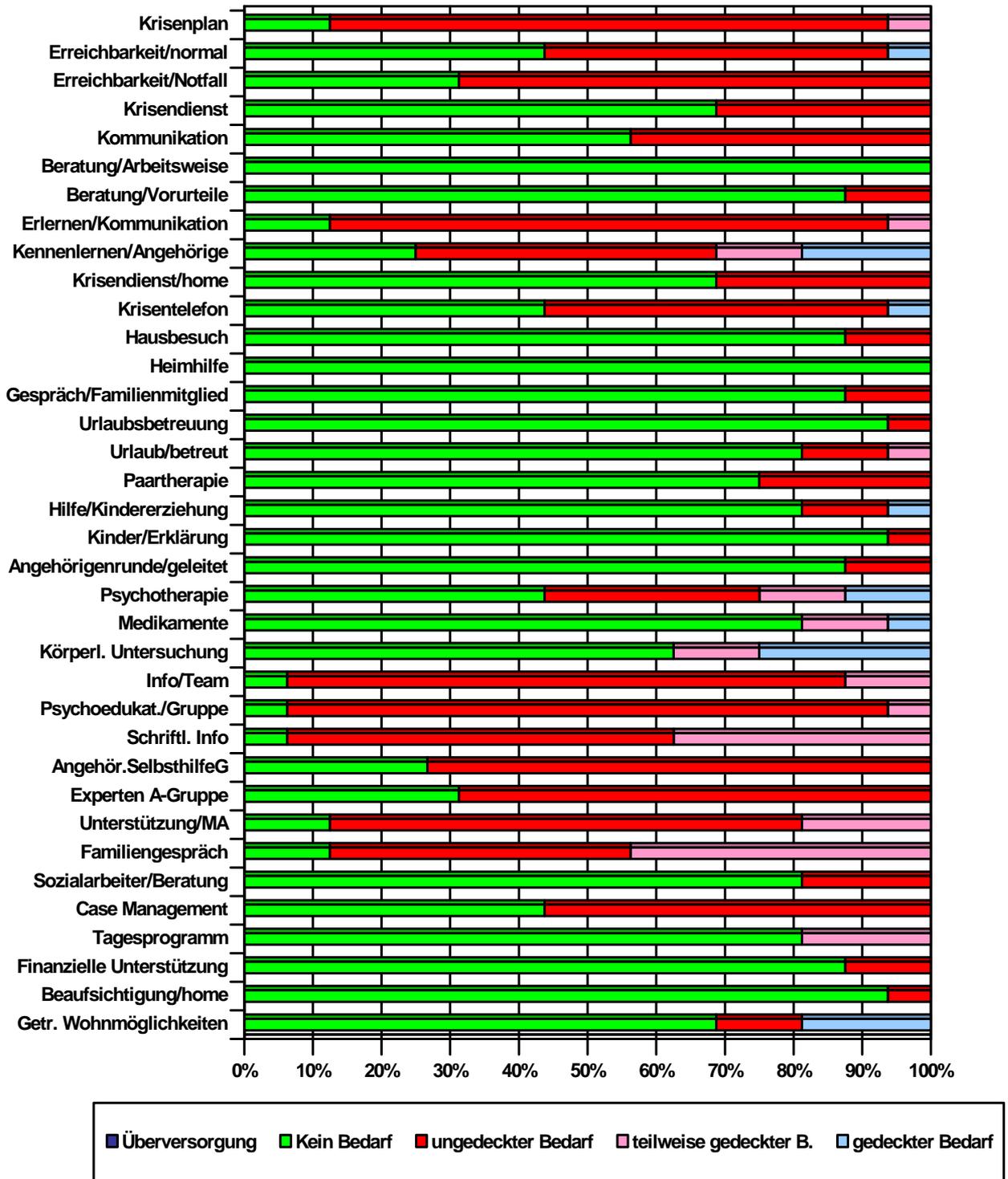


Abbildung 9: CNA-Unterstützungsbereiche: Anorexia nervosa

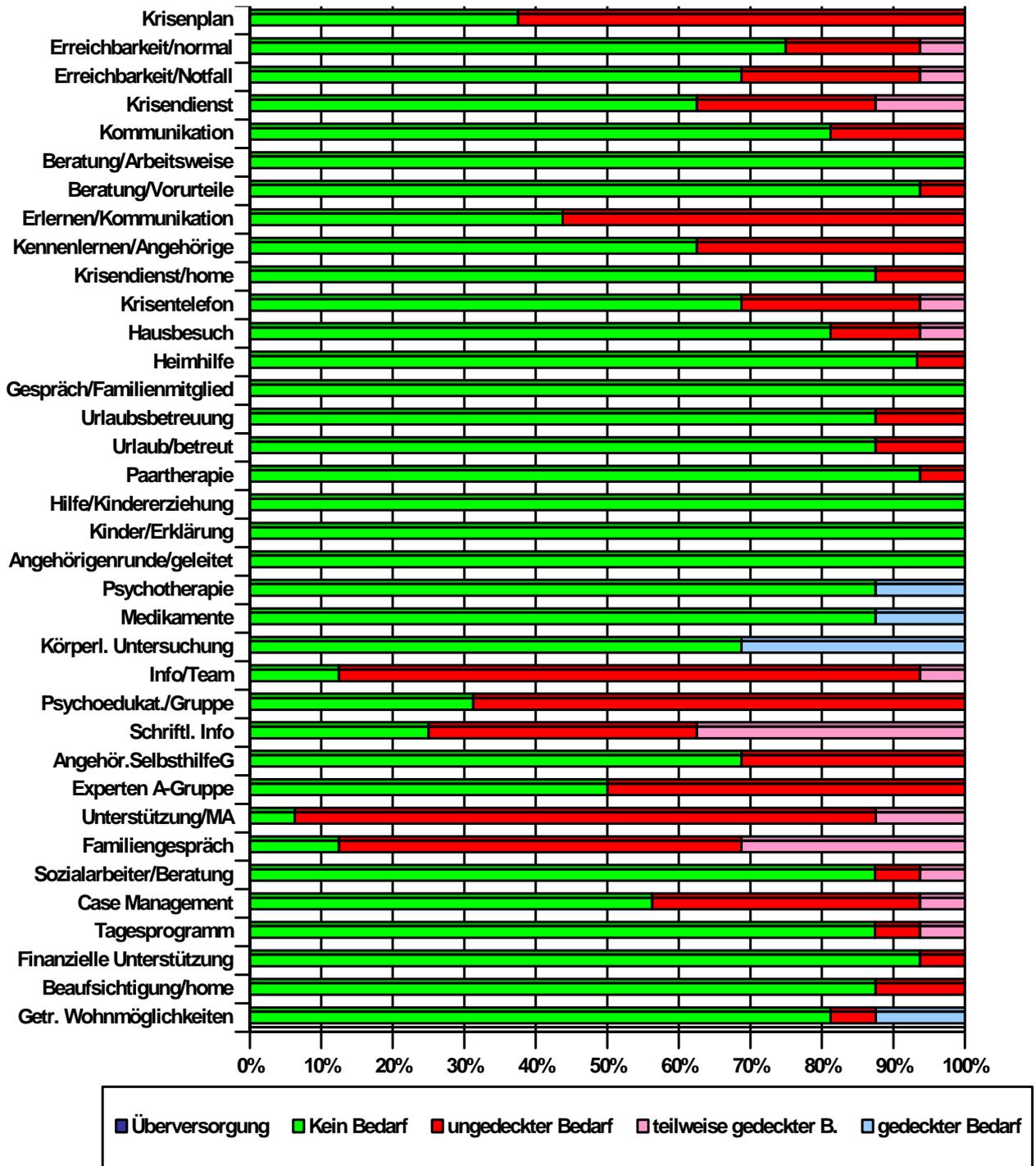


Abbildung 10: CNA-Unterstützungsmöglichkeiten: Bulimia nervosa

§ Carers Needs Assessment Measure (CaNAM)

Im CaNAM ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angehörigen anorektischer und bulimischer Patientinnen. Männliche wie weibliche Angehörige gaben ähnlich hohen Unterstützungsbedarf an.

Im Folgenden werden die Bedürfnisse in den einzelnen Bereichen näher dargestellt.

Informationen über Essstörungen: Angehörige gaben auf Fragen zu diesem Bereich in durchschnittlich 66 % von 14 Fragen ungedeckte Bedürfnisse an. Die höchsten Ausprägungen ungedeckten Unterstützungsbedarfs waren in folgenden Bereichen zu finden: aktueller und vor allem zukünftiger Behandlungsplan, Verlaufsprognose der Patientin, weitere Behandlungsmöglichkeiten der Patientin und Kontaktmöglichkeiten im Falle eines Rückfalls der Patientin. Die Angehörigen äußerten hohen Bedarf an Kontaktmöglichkeiten zu anderen Angehörigen und an „Erfolgsberichten“ anderer Angehöriger. Ein Bedürfnis nach Informationen über Essstörungen und individuellen Beratungs- und therapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten für sich selbst wurde mit je 62,5% ebenfalls häufig genannt.

Tabelle 24.

Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Informationen über Essstörungen“

	Ungedecktes Bedürfnis		Gedecktes Bedürfnis		Kein Bedürfnis	
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
	Essstörung im allgemeinen örtliche Selbsthilfegruppen Einzel- oder Familiengruppen Telefonischer Krisendienst Unterstützung/Beratung Therapie Bewältigungsstrategien Erfolgsberichte anderer Behandlungsmöglichke iten aktueller Behandlungsplan Zukünftiger Behandlungsplan Verlaufsprognose Familienangehöriger Kontaktmöglichkeiten für Angehörige Kontaktmöglichkeit bei Rückfall	20 19 20 18 19 20 19 21 24 22 25 25 22 24	62,5 59,4 62,5 56,3 59,4 62,5 59,4 65,6 75 68,8 78,1 78,1 68,8 75	10 3 2 3 7 3 2 1 4 4 5 2 10 4	31,3 9,4 6,3 9,4 21,9 9,4 6,3 3,1 12,5 12,5 6,3 6,3 10 12,5	2 10 10 11 6 9 11 10 4 6 2 5 10 4

Unterstützung von anderen Leuten oder Organisationen: Die Angehörigen gaben in diesem Bereich bei durchschnittlich 34 % der 13 Items an, ungedeckten Unterstützungsbedarf zu haben. Am höchsten fiel der Unterstützungswunsch im Bereich „Unterstützung durch das Gesundheitssystem“ aus. Knapp 66 % äußerten bei diesem Item ungedeckte Bedürfnisse. Nur 9% der Angehörigen gaben an, in diesem Bereich keine

Unterstützung zu benötigen, 25 % berichteten von ausreichend gedecktem Bedarf. Bezüglich der Unterstützung durch den Hausarzt wurde deutlich weniger ungedeckter Unterstützungsbedarf angegeben. Am wenigsten ungedeckter und erwünschter Unterstützungsbedarf bestand von Seiten der Arbeitgeber und Arbeitskollegen. Aber auch von Partnern, Freunden und vom engsten Familienkreis wurde wenig zusätzliche Unterstützung erwartet und es wurde ein hoher Grad an bereits erfolgter Unterstützung angegeben. Der Bedarf an Unterstützung durch Sozialarbeiter, Selbsthilfe- und andere Gruppenangebote sowie Krisentelefone lag zwischen 40 und 50 %.

Tabelle 25
Bedürfnisse Angehöriger im Bereich „Unterstützung von Anderen/Organisationen“

	Ungedecktes Bedürfnis		Gedecktes Bedürfnis		Kein Bedürfnis	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Partner/Freund	6	18,8	20	62,5	6	18,8
Engster Familienkreis	6	18,8	19	59,4	7	21,9
Weitläufiger Familienkreis	7	21,9	10	31,3	15	46,9
Freunde	6	18,8	15	46,9	11	34,4
Arbeitgeber	4	12,5	8	25,0	20	62,5
Arbeitskollegen	5	15,6	7	21,9	20	62,5
Gesundheitssystem	21	65,6	8	25,0	3	9,4
Hausarzt	13	40,6	9	28,1	10	31,3
Sozialarbeiter	13	40,6	1	3,1	18	56,3
Selbsthilfegruppe	15	46,9	4	12,5	13	40,6
Andere Gruppenunterstützung	14	43,8	5	15,6	13	40,6
Regionalverbände	16	50,0	3	9,4	13	40,6
Essstörungen						
Krisendiensttelefon	16	50,0	1	3,1	15	46,9

Unterstützung für sich selbst: In diesem Bereich lag der durchschnittliche Anteil an ungedecktem Unterstützungsbedarf bei 37 % von 5 Fragen und damit nur unwesentlich höher als im vorigen Bereich.

Nur wenige Angehörige berichteten das ungedeckte Bedürfnis, ihren kranken Familienmitgliedern mitzuteilen, dass sie selbst Hilfe bräuchten. Allerdings war bei diesem Item der höchste Anteil an bereits gedecktem Bedürfnis zu finden. In diesem Zusammenhang ist auch bemerkenswert, dass 37 % der Angehörigen angaben, es zu bereuen, sich bislang nicht professionelle Hilfe für ihre eigenen Probleme gesucht zu haben. Das höchste Unterstützungsbedürfnis in diesem Bereich (57 %) findet sich bei dem Item „Tipps für die gemeinsame Mahlzeitgestaltung“. Lediglich 9 % gaben an, in diesem Bereich bereits Hilfe erhalten zu haben, 34 % benötigten nach eigenen Angaben keine Hilfe.

Tabelle 26
Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung für sich selbst“

	Ungedecktes Bedürfnis		Gedecktes Bedürfnis		Kein Bedürfnis	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Selbst professionelle Hilfe suchen	12	37,5	9	28,1	11	34,4
Angehörige informieren über Bedürfnis	4	12,5	12	37,5	16	50,0
Leidensgenossen aufsuchen	11	34,4	5	15,6	16	50,0
Treffen mit "Geheilten"	15	46,9	7	21,9	10	31,3
Tipps für Mahlzeitgestaltung	18	56,3	3	9,4	11	34,4

Andere Bereiche, in denen Angehörige vielleicht Hilfe brauchen könnten: In diesem Bereich wurde von den Angehörigen im Durchschnitt bei 57 % der 15 Items ein ungedecktes Bedürfnis nach Unterstützung angegeben. Die höchste Einschätzung (84 %) fand sich bei dem Item „Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, ihrem (kranken) Angehörigen geht es schlechter?“. Kein Angehöriger gab an, hier bislang Hilfe erhalten zu haben, 15 % gaben an, für diesen Fall keine Unterstützung zu benötigen. Auch für den Umgang mit eigenen Emotionen hinsichtlich der Problematik ihres kranken Angehörigen wurde ein hohes Unterstützungsbedürfnis geäußert. Bei den Items „Zeitaufteilung für andere Familienangehörige“ und „Umgang mit exzessivem Sport der Patientin“ wurden wenige Unterstützungswünsche geäußert, ebenso auf die Frage nach Unterstützung bei vorsätzlich selbstverletzendem Verhalten der Patientin.

Tabelle 27

Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Andere Bereich, wo Sie Hilfe benötigen könnten“

	Ungedecktes Bedürfnis		Gedecktes Bedürfnis		Kein Bedürfnis	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Essen mit FM* planen	16	50,0	2	6,3	14	43,8
Umgang mit Mahlzeiten	17	53,1	2	6,3	13	40,6
Umgang mit Emotionen	19	59,4	6	18,8	7	21,9
Bewältigungstechniken	20	62,5	3	9,4	9	28,1
Rat, wenn Verschlechterung	27	84,4		0	5	15,6
Rat, wenn FM* weigert zu essen	19	59,4	1	3,1	12	37,5
Rat, wenn FM* weigert zu trinken	19	59,4	1	3,1	12	37,5
Rat, wenn FM* nach Essen erbricht	18	56,3	2	6,3	12	37,5
Rat, wenn FM* Essen hineinschlingt	16	50,0	2	6,3	14	43,8
Rat, wenn FM* selbstverletzt	13	40,6	3	9,4	16	50,0
Rat, wenn FM* sich sozial isoliert	20	62,5	1	3,1	11	34,4
Rat, wenn FM* exzessiv Sport treibt	11	34,4	4	12,5	17	53,1
Verbesserung des Familienkontaktes	15	46,9	2	6,3	15	46,9
Zeitaufteilung für Fam. Angehörige	7	21,9	2	6,3	23	71,9
Wissen über Prognose des FM*	18	56,3	2	37,5	12	6,3

* FM = erkranktes Familienmitglied

Die Angehörigen hatten im CaNAM auch die Möglichkeit, über die vorgegebenen Unterstützungsangebote hinaus weitere Bereiche zu nennen, in welchen sie Hilfe benötigen würden. Dies wurde jedoch nur von zwei Angehörigen in Anspruch genommen. Eine Angehörige wünschte sich Unterstützung hinsichtlich der beruflichen Möglichkeiten ihres erkrankten Familienmitgliedes, ein Angehöriger wünschte Beratung hinsichtlich finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten für das erkrankte Familienmitglied.

§ Bedarf und Bedürfnis an Unterstützung Angehöriger schizophrener PatientInnen

Mit 90% wurde am häufigsten das Bedürfnis nach Beratung und konkreter Unterstützung durch die Mitarbeiter des Behandlungsteams angegeben, gefolgt von dem Wunsch nach einer persönlichen Information und Erklärung durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams. Zudem äußerten die Angehörigen ein hohes Bedürfnis nach geleiteten Familiengesprächen und schriftlichem Informationsmaterial über die Erkrankung oder die Behandlung und äußerten Unterstützungsbedarf beim Erlernen einer adäquateren Kommunikation mit ihrem kranken Familienangehörigen. 60% hatten keine Nummer eines Krisentelephones oder wünschten sich das Angebot einer experten-geleiteten Angehörigengruppe. Mehr als 50% zeigten sich an der Entwicklung eines Krisenplanes interessiert oder äußerten den Wunsch nach Hausbesuchen durch die Behandler. Ähnlich häufig wurde der Wunsch nach einem Case-Manager geäußert.

Wenig Bedarf an Unterstützung fand sich im Bereich Heimhilfe, Gespräch mit Familienmitgliedern, speziell hinsichtlich der Probleme mit Kindern angeleitete Angehörigenrunde oder Unterstützung dabei, den Kindern die Erkrankung zu erklären. Es wurde kaum Bedarf bezüglich Unterstützung bei der Kindererziehung geäußert.

Ausreichend gedeckter Bedarf wurde auch in dieser Angehörigengruppe selten angeben. Die relativ höchsten Werte (mit einem Maximum von 20%) wurden im Bereich „Körperliche Untersuchung durch den Arzt/Hausarzt“ erzielt. Medikamentöse Unterstützung wurde von 13% als ausreichend erlebt und hinsichtlich der Nummer eines Krisentelephones fühlten sich 10% der Angehörigen ausreichend versorgt. Ansonsten wurde nur in acht anderen Bereichen mit je deutlich unter 10% ein ausreichend abgedeckter Bedarf angegeben. Ausführlich siehe Tabelle 34 im Anhang.

Auch hier wurden zur besseren Veranschaulichung die Ergebnisse zusätzlich in einer Grafik dargestellt. Das Verhältnis von grünen Balken zu roten oder lilafarbenen Balken stellt wieder das Verhältnis von „Kein Bedarf“ versus „ungedeckter bzw. unzureichend gedecktem Bedarf bzw. Bedürfnis“ dar (Abbildung 11).

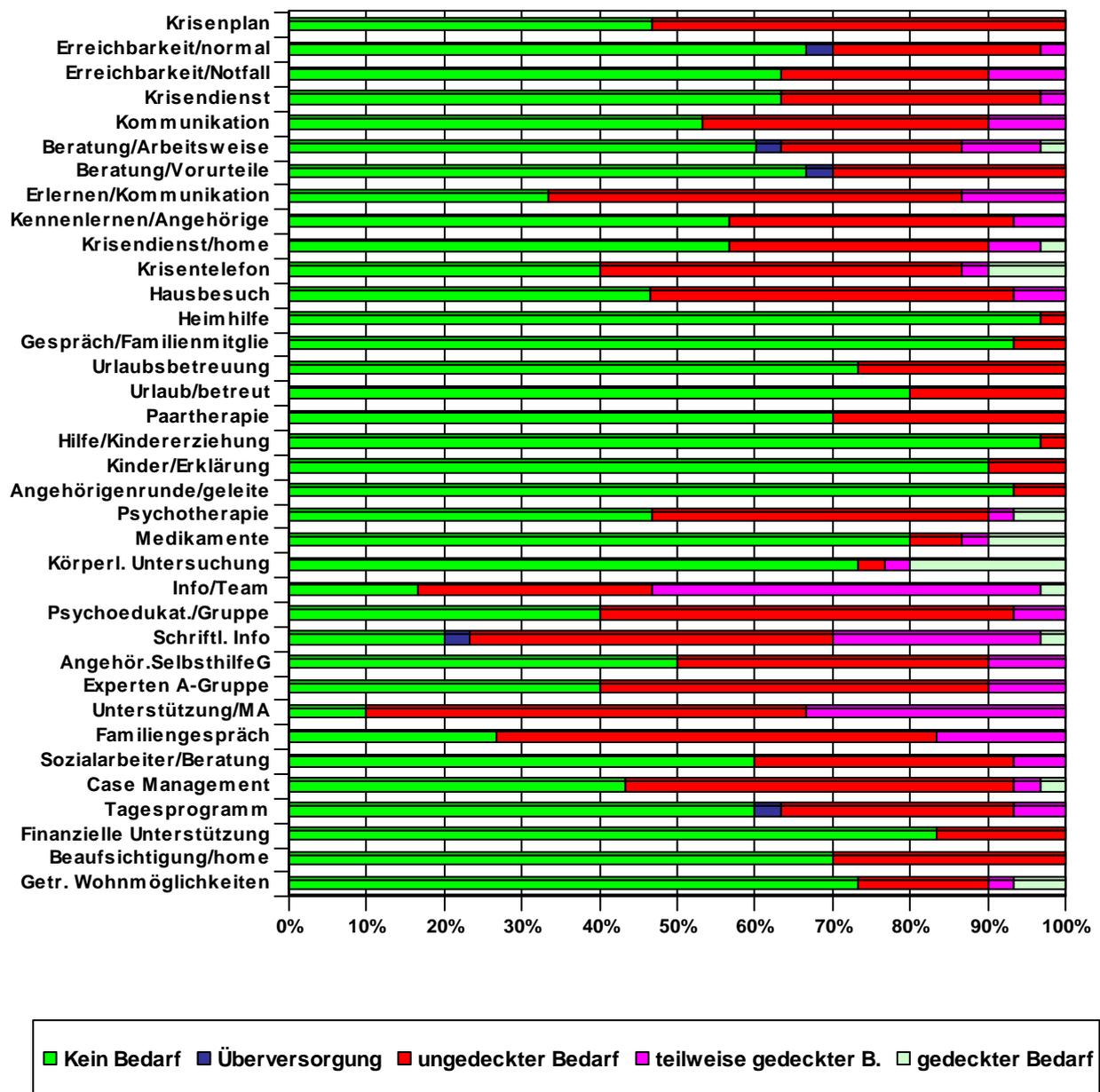


Abbildung 11: CNA- Unterstützungsbereiche: Psychose

§ Bedarf und Bedürfnisausprägung der Angehörigen im Vergleich

Der Übersicht halber werden an dieser Stelle die 10 häufigsten Unterstützungswünsche der Angehörigen der drei Diagnosegruppen im direkten Vergleich dargestellt. Angegeben ist hier der prozentuale Anteil des Bedürfnisses der Angehörigen, unabhängig von seiner Deckung (Abbildung 12). Auch hier fällt auf, dass Angehörige anorektischer PatientInnen in sieben der zehn Bereiche die tendentiell höchste Ausprägung an Unterstützungsbedürfnis erzielten.

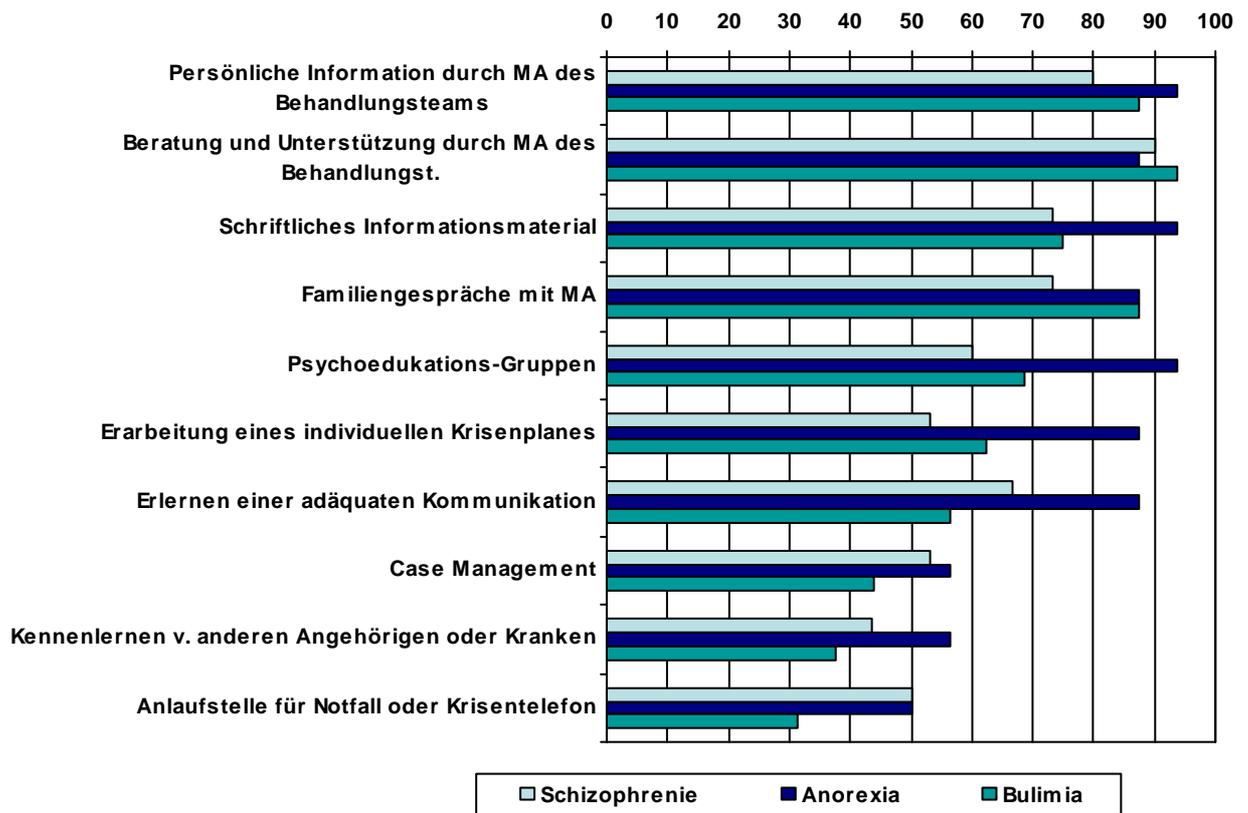


Abbildung 12: CNA-Interventionen: die 10 häufigsten Unterstützungswünsche der drei Angehörigengruppen im Vergleich

Differenziert man zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer PatientInnen, so ergibt sich bei den Summenscores der Unterstützungswünsche – wie bei den Problembereichen des CNA auch – ein signifikanter Unterschied zwischen Angehörigen bulimischer PatientInnen und den beiden anderen Angehörigengruppen. Angehörige bulimischer PatientInnen äußerten deutlich weniger Unterstützungsbedarf als die anderen beiden Angehörigengruppen.

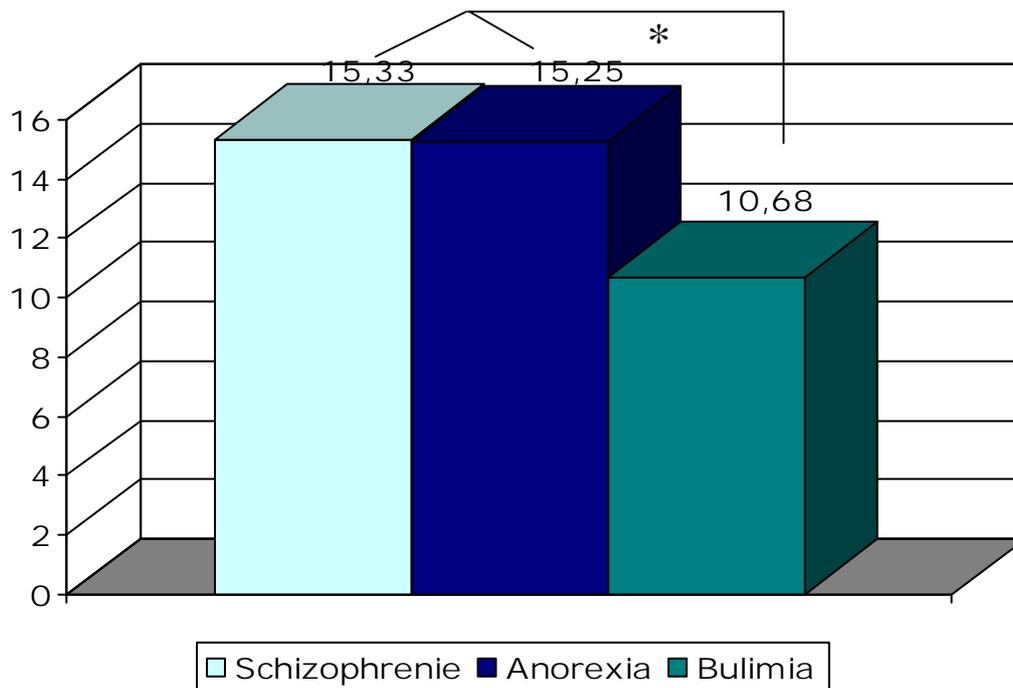


Abbildung 13: Vergleich anorektischer, bulimischer und psychotischer PatientInnen hinsichtlich CNA- Interventionsbedarf (deckungsunabhängig).

Auch für den Summenscore der Interventionsbereiche des CNA wurde zudem eine alterskorrigierte univariate Varianzanalyse über die drei Diagnosegruppen gerechnet. Auch hier unterschieden sich die drei Gruppen signifikant voneinander.

Tabelle 28

Alterskorrigierte univariate ANCOVA für CNA-Interventions-Summenscore

Variable	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Schizophrenie	F	p
CNA-Interventionsbereichs-Summenscore	15,25 (4,65)	10,68 (5,67)	15,33 (6,01)	4,860	0,011

Da im CNA manche Interventionen bei mehreren Problembereichen zur Auswahl gestellt werden, würde bei einer einfachen Summenbildung das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs überschätzt werden. Aus diesem Grund wurden sich in verschiedenen Problembereichen wiederholende Interventionen zusammengefasst. Die Häufigkeiten sind in Tabelle 29 aufgeführt (Siehe Ausführungen im Methodik-Teil zum CNA).

Tabelle 29

Bedarf an Hilfen bzw. Interventionen: Zahl der Interventionen (zusammengefasst)

Zahl der benötigten Interventionen	Essstörung (%)	Psychose (%)
0-3	0,0	0,0
4	3,1	10
5	9,4	0,0
6	0,0	0,0
7	6,3	0,0
8	15,6	0,0
9	3,1	0,0
10-14	31,3	46,6
15-19	18,7	23,3
20-24	12,5	9,9
25-29	0,0	6,6

In den allermeisten Fällen war dieser Bedarf nicht gedeckt, wie man an der geringen Differenz zwischen Bedarf und Bedarfsdeckung in Tabelle 30 sehen kann.

Tabelle 30

Häufigkeit der vorhandenen Probleme, der benötigten Interventionen und des ungedeckten Bedarfs aus Sicht der Angehörigen, erfasst mittels Hauptteil des CNA

		Mittelwert	SD	K-W-Test/p
Zahl der Bereiche, wo mittelschwere oder ausgeprägte Probleme vorhanden sind	Anorexia	10,13	3,16	$X^2=8,422$ /p = 0,015
	Bulimia	6,81	3,39	
	Psychose	9,90	3,62	
Zahl der Interventionen, wo ein Bedarf gegeben ist (Bedarf)	Anorexia	15,25	4,65	$X^2=6,608$ /p=0,037
	Bulimia	10,68	5,68	
	Psychose	15,33	6,01	
Zahl der benötigten Interventionen pro Angehörigem, die nicht oder nicht ausreichend gesetzt werden (Bedarfsdeckung)	Anorexia	12,72	4,49	$X^2=9,715$ /p=0,008
	Bulimia	9,06	4,22	
	Psychose	12,92	5,33	

Zur besseren Veranschaulichung des geringen Anteils des zum Interviewzeitpunktes gedeckten Anteils der Angehörigenbedürfnisse siehe Abbildung 14.

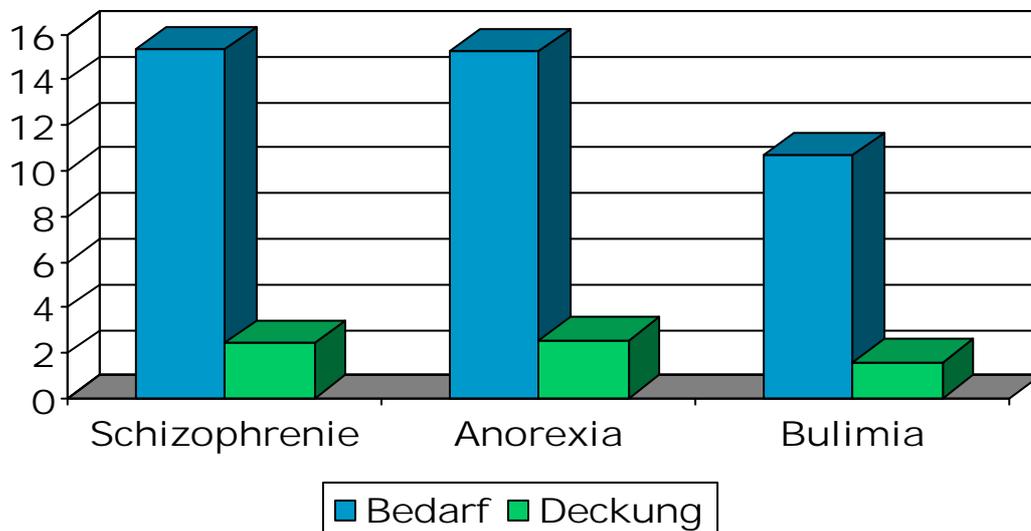


Abbildung 14: Verhältnis Bedürfnisse und ihr Deckungsgrad im CNA.

4.6 Fragestellung Nr. 3

Wie stark sind Angehörige belastet?

Als Kriterium für den Grad der Belastung der Angehörigen sollen die Summenscores des Fragebogens zur persönlichen Belastung („burden inventory“) von Zarit et al. (1980) und des GHQ-12 (Linden et al., 1996), sowie die einzelnen Skalen im SF 36 dienen (Abbildung 15). Darüber hinaus kann die Anzahl der im CNA als relevant erachteten Problembereiche als Kriterium für den Belastungsgrad der Angehörigen gelten.

Tabelle 31

Unterschiede der drei Hauptdiagnosegruppen im BI-Summscore („Burden-Inventory“; Zarit, et al.; 1980) Mann-Whitney-U-Test

BI-Summscore	Anorexia (N=16)	Bulimia (N=16)	Psychose (N=30)	K-W- Test	Signifikanz
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	X²	(%)
Summscore	23,75 (15,61)	15,50 (10,75)	30,6 (14,8)	12,569	0,002*

Angehörige essgestörter Patientinnen zeigten sich im Burden-Inventory weniger belastet als Angehörige schizophrener Patientinnen, wobei Angehörige bulimischer PatientInnen deutlich weniger Belastung äußerten als Angehörige anorektischer PatientInnen.

Um detaillierte Unterschiede der beiden Angehörigengruppen in den einzelnen Belastungsbereichen herauszufinden wurden die Einzelitems näher analysiert. Hier fanden sich in folgenden Bereichen signifikante Unterschiede zwischen Angehörigen essgestörter und Angehörigen psychotischer PatientInnen (Tabelle 32). Demnach hatten Angehörige psychotischer PatientInnen nach eigener Einschätzung deutlich weniger Zeit für sich selbst, empfanden häufiger Scham für das Verhalten ihres kranken Familienmitgliedes, empfanden das Familienklima durch das Verhalten des Kranken häufiger negativ beeinflusst und gaben mehr Zukunftssorgen an als Angehörige essgestörter PatientInnen. Sie äußerten mehr Angst vor Abhängigkeit des Kranken von ihnen, sahen ihre Privatsphäre und ihr Sozialleben mehr eingeschränkt und es war ihnen häufiger unangenehm, Freunde zu Hause zu empfangen. Sie äußerten öfters das Gefühl, dass ihr krankes Familienmitglied überhöhte Versorgungsansprüche an sie stellen würde und befürchteten öfter, nicht mehr lange für den Kranken sorgen zu können oder wünschten sich eine Abtretung der Versorgung an jemand anderen. Auf die Frage nach der insgesamten Belastung durch die Versorgung des Kranken gaben sie signifikant höhere Werte an als Angehörige essgestörter PatientInnen. Andererseits äußerten Angehörige essgestörter Patientinnen tendentiell häufiger Unsicherheiten im Umgang mit ihrem kranken Familienmitglied.

Tabelle 32
 Vergleich Essstörung-Psychose im BI (Zarit et al., 1980)

BI	Essstörung (N=32)	Psychose (N=30)	U-Test	Signifikanz
	M (SD)	M (SD)		(%)
FM erbittet zuviel Hilfe	1,34(1,29)	1,37(1,22)	471,5	,901
Nicht genug Zeit für sich	0,91(1,09)	1,93(1,05)	230,0	,000**
Verantwortung FM vs. Arbeitsverpflichtung	1,22(1,34)	1,73(1,02)	341,5	,044*
Scham für FM	0,22(0,55)	0,90(1,13)	295,5	,002**
Irritiert durch FM	0,78(0,94)	0,97(1,25)	462,5	,789
FM beeinflusst Familie negativ	0,50(0,95)	1,17(1,25)	337,0	,021*
Zukunftsangst bzgl. FM	1,84(1,14)	2,80(1,03)	248,0	,001**
Angst vor Abhängigkeit des FM von Angehörigem	1,34(1,36)	2,53(1,11)	244,0	,001**
Druck durch FM	1,34(1,21)	1,27(1,17)	463,5	,809
Gesundheitszustand durch FM schlechter	0,84(1,19)	1,33(1,27)	363,0	,081
Privatsphäre eingeschränkt	0,59(1,07)	1,67(1,21)	223,5	,000**
Sozialleben hat gelitten	0,81(1,12)	1,53(1,22)	309,5	,012*
Unangenehm, Freunde zu empfangen	0,53(1,05)	1,17(1,34)	333,5	,020*
Überhöhte Versorgungsansprüche des FM	0,66(0,94)	1,57(1,25)	267,5	,002**
Fehlende finanzielle Mittel	0,53(1,08)	1,17(1,51)	355,5	,042*
Angst, nicht länger für FM sorgen zu können	0,56(0,98)	1,50(1,04)	221,0	,000**
Kontrolle über eigenes Leben verloren	0,63(1,13)	1,17(1,08)	321,5	,015*
Wunsch nach Abtretung der Versorgung	0,50(0,92)	1,13(1,36)	348,5	,036*
Unsicherheit bzgl. Umgang mit FM	1,97(1,06)	1,57(1,07)	385,5	,161
Sollte mehr für FM tun	1,41(1,04)	1,10(0,85)	398,0	,224
Könnte bessere Versorgung leisten	1,09(0,99)	1,07(0,83)	475,5	,947
Insgesamte Belastung durch Versorgung	0,94(0,80)	1,70(0,84)	250,5	,000**
Summenwert	19,63(13,84)	30,63(14,84)	257,5	,002**

*p < .05, ** p < .01.

Um Unterschiede hinsichtlich der Belastung auch bei den Subgruppen der Angehörigen essgestörter zu untersuchen, wurde nochmals zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer PatientInnen unterschieden und jeweils mit der Gruppe der Angehörigen psychotischer PatientInnen verglichen (Tabellen 34, 35 und 36). Es zeigten sich hier sowohl im Summenscore als auch bei den Einzelitems größere Unterschiede innerhalb der Subgruppen der Angehörigen essgestörter PatientInnen als im Vergleich zu den Angehörigen psychotischer PatientInnen. Angehörige bulimischer PatientInnen zeigten sich sowohl im Summenscore als auch in 16 der 22 Items signifikant weniger belastet als Angehörige psychotischer PatientInnen, unterschieden sich im Summenscore jedoch nicht signifikant von den Angehörigen anorektischer PatientInnen. Angehörige anorektischer PatientInnen zeigten in lediglich sieben Items geringere Belastungen, unterschieden sich jedoch im Summenscore nicht signifikant von Angehörigen psychotischer PatientInnen. Angehörige psychotischer PatientInnen zeigten sich insgesamt am höchsten belastet. Somit scheint die Belastung so verteilt zu sein, dass Angehörige psychotischer PatientInnen am stärksten belastet sind, gefolgt von den Angehörigen anorektischer PatientInnen. Angehörige bulimischer PatientInnen sind in unserem Sample am wenigsten belastet.

Für den Summenscore des BI wurde zudem eine alterskorrigierte univariate Ancova über die drei Diagnosegruppen gerechnet. Auch hier unterschieden sich die drei Gruppen signifikant voneinander.

Tabelle 33

Alterskorrigierte univariate ANCOVA für BI-Summenscore über die drei Diagnosegruppen

Variable	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Schizophrenie	F	p
BI-Summenscore	23,75 (15,63)	15,59 (10,76)	30,63 (14,84)	5,572	0,006

Tabelle 34
 Vergleich Anorexie-Psychose im BI (Zarit et al., 1980)

BI	Anorexie (N=32)	Psychose (N=30)	U	Signifikanz (%)
	M (SD)	M (SD)		
FM erbittet zuviel Hilfe	1,38 (1,41)	1,37 (1,22)	240,00	1,000
Nicht genug Zeit für sich	1,19 (1,22)	1,93 (1,05)	149,50	0,03
Verantwortung FM vs. Arbeitsverpflichtung	1,69 (1,50)	1,73 (1,02)	227,50	0,769
Scham für FM	0,19 (0,54)	0,90 (1,13)	142,00	0,011
Irritiert durch FM	0,81 (0,91)	0,97 (1,25)	238,50	0,959
FM beeinflusst Familie negativ	0,88 (1,15)	1,17 (1,29)	211,00	0,490
Zukunftsangst bzgl. FM	2,25 (1,07)	2,80 (1,03)	160,50	0,056
Angst vor Abhängigkeit des FM von Angehörigem	1,63 (1,46)	2,53 (1,11)	144,00	0,021
Druck durch FM	1,69 (1,30)	1,27 (1,17)	196,50	0,309
Gesundheitszustand durch FM schlechter	1,19 (1,38)	1,33 (1,27)	219,00	0,631
Privatsphäre eingeschränkt	0,88 (1,36)	1,67 (1,21)	140,50	0,017
Sozialleben hat gelitten	1,25 (1,24)	1,53 (1,22)	208,50	0,454
Unangenehm, Freunde zu empfangen	0,81 (1,28)	1,17 (1,34)	197,50	0,307
Überhöhte Versorgungsansprüche des FM	0,50 (0,89)	1,57 (1,25)	112,5	0,002
Fehlende finanzielle Mittel	0,56 (1,10)	1,17 (1,51)	186,50	0,181
Angst, nicht länger für FM sorgen zu können	0,56 (0,89)	1,50 (1,04)	113,50	0,002
Kontrolle über eigenes Leben verloren	1,06 (1,39)	1,17 (1,09)	214,00	0,526
Wunsch nach Abtretung der Versorgung	0,63 (0,96)	1,13 (1,36)	192,00	0,237

Fortsetzung Tabelle 34

BI	Anorexie (N=32)	Psychose (N=30)	U	Signifikanz
	M (SD)	M (SD)		(%)
Unsicherheit bzgl. Umgang mit FM	2,25 (1,07)	1,57 (1,07)	158,00	0,05
Sollte mehr für FM tun	1,38 (1,025)	1,10 (0,85)	202,00	0,375
Könnte bessere Versorgung leisten	1,00 (0,97)	1,07 (0,83)	225,00	0,763
Insgesamte Belastung durch Versorgung	1,06 (0,93)	1,70 (0,84)	142,50	0,015
Summenwert	23,75 (15,62)	30,63 (14,84)	174,50	0,133

Tabelle 35
Vergleich Bulimie-Psychose im BI (Zarit et al., 1980)

BI	Bulimie (N=32)	Psychose (N=30)	U	Signifikanz
	M (SD)	M (SD)		(%)
FM erbittet zuviel Hilfe	1,31 (1,19)	1,37(1,22)	231,50	0,876
Nicht genug Zeit für sich	0,63 (0,89)	1,93(1,05)	80,50	0,000
Verantwortung FM vs. Arbeitsverpflichtung	0,75(1,00)	1,73(1,02)	114,00	0,002
Scham für FM	0,25(0,58)	0,90(1,125)	153,50	0,027
Irritiert durch FM	0,75(1,00)	0,97(1,25)	224,00	0,703
FM beeinflusst Familie negativ	0,13(0,50)	1,17(1,29)	126,00	0,002
Zukunftsangst bzgl. FM	1,44(1,09)	2,80(1,03)	87,50	0,000
Angst vor Abhängigkeit des FM von Angehörigem	1,06(1,237)	2,53(1,11)	100,00	0,001
Druck durch FM	1,00(1,03)	1,27(1,17)	213,00	0,516
Gesundheitszustand durch FM schlechter	0,50(0,89)	1,33(1,27)	144,00	0,018

Fortsetzung Tabelle 35

BI	Bulimie (N=32)	Psychose (N=30)	U	Signifikanz
	M (SD)	M (SD)		(%)
Privatsphäre eingeschränkt	0,31(0,60)	1,67(1,21)	83,00	0,000
Sozialleben hat gelitten	0,38(0,81)	1,53(1,22)	101,00	0,001
Unangenehm, Freunde zu empfangen	0,25(0,68)	1,17(1,34)	136,00	0,007
Überhöhte Versorgungsansprüche des FM	0,81(0,98)	1,57(1,25)	155,00	0,042
Fehlende finanzielle Mittel	0,50(1,09)	1,17(1,51)	169,00	0,064
Angst, nicht länger für FM sorgen zu können	0,56(1,09)	1,50(1,04)	107,50	0,001
Kontrolle über eigenes Leben verloren	0,19(0,54)	1,17(1,08)	107,50	0,001
Wunsch nach Abtretung der Versorgung	0,38(0,89)	1,13(1,36)	156,50	0,031
Unsicherheit bzgl. Umgang mit FM	1,69(1,01)	1,57(1,07)	227,50	0,784
Sollte mehr für FM tun	1,44(1,09)	1,10(0,85)	196,00	0,280
Könnte bessere Versorgung leisten	1,19(1,05)	1,07(0,84)	229,50	0,800
Insgesamte Belastung durch Versorgung	0,81(0,66)	1,70(0,84)	108,00	0,001
Summenwert	15,50(10,76)	30,63(14,84)	83,00	0,000

Tabelle 36
 Vergleich Anorexie-Bulimie im BI (Zarit et al., 1980)

BI	Anorexie	Bulimie	U	Signifikanz
	(N=32)	(N=30)		
	M (SD)	M (SD)		(%)
FM erbittet zuviel Hilfe	1,38 (1,40)	1,31 (1,19)	128,00	1,000
Nicht genug Zeit für sich	1,19 (0,63)	1,22 (0,88)	93,50	0,180
Verantwortung FM vs. Arbeitsverpflichtung	1,69 (1,49)	0,75 (1,00)	81,00	0,066
Scham für FM	0,19 (0,25)	0,54 (0,57)	120,50	0,933
Irritiert durch FM	0,81 (0,91)	0,75 (1, 00)	119,00	0,744
FM beeinflusst Familie negativ	0,88 (1,14)	0,13 (0,50)	80,00	0,029
Zukunftsangst bzgl. FM	2,25 (1,06)	1,44 (1,09)	78,50	0,058
Angst vor Abhängigkeit des FM von Angehörigem	1,63 (1,45)	1,06 (1,23)	98,00	0,244
Druck durch FM	1,69 (1,30)	1,00 (1,03)	90,00	0,144
Gesundheitszustand durch FM schlechter	1,19 (1,37)	0,50 (0,89)	90,00	0,115
Privatsphäre eingeschränkt	0,88 (1,36)	0,31 (0,60)	100,50	0,238
Sozialleben hat gelitten	1,25 (1,23)	0,38 (0,80)	73,00	0,020
Unangenehm, Freunde zu empfangen	0,81 (1,27)	0,25 (0,68)	96,00	0,148
Überhöhte Versorgungsansprüche des FM	0,50 (0,89)	0,81 (0,98)	103,00	0,331
Fehlende finanzielle Mittel	0,56 (1,09)	0,50 (1,09)	116,00	0,644
Angst, nicht länger für FM sorgen zu können	0,56 (0,89)	0,56 (1,09)	121,50	0,852
Kontrolle über eigenes Leben verloren	1,06 (1,39)	0,19 (0,54)	84,00	0,040
Wunsch nach Abtretung der Versorgung	0,63 (0,95)	0,38 (0,88)	106,00	0,380
Unsicherheit bzgl. Umgang mit FM	2,25 (1,06)	1,69 (1,01)	88,00	0,122
Sollte mehr für FM tun	1,38 (1,02)	1,44 (1,09)	126,00	0,925

Fortsetzung Tabelle 36

BI	Anorexie (N=32)	Bulimie (N=30)	U	Signifikanz
	M (SD)	M (SD)		(%)
Könnte bessere Versorgung leisten	1,00 (0,96)	1,19 (1,04)	115,50	0,664
Insgesamte Belastung durch Versorgung	1,06 (0,92)	0,81 (0,65)	113,50	0,552
Summenwert	23,75 (15,61)	15,50 (10,76)	89,50	0,150

Als weiteres Maß für die Belastung der Angehörigen kann der Summenscore des GHQ-12 dienen. Zum Gruppenvergleich wurde eine alterskorrigierte univariate Ancova über die drei Diagnosegruppen gerechnet. Auch hier unterschieden sich die drei Gruppen signifikant voneinander.

Tabelle 37

Alterskorrigierte univariate ANCOVA für GHQ-12-Summenscore

Variable	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Schizophrenie	F	p
GHQ-12- Summenscore	5,44 (4,12)	1,88 (2,34)	5,83 (4,044)	5,325	0,008

Als Maß für die Lebensqualität und deren gesundheitsbedingte Einschränkung wird der SF-36 (Bullinger und Kirchberger, 1998) herangezogen. Hier ergaben sich für unsere Angehörigen folgende Werte (Tabelle 38).

Tabelle 38

Vergleich der SF-36-Skalenwerte von Angehörigen der drei Hauptdiagnosegruppen: K-W-Test

SF-36	Anorexia	Bulimia	Psychose	K-W-Test X ² /p
	(N=16)	(N=16)	(N=30)	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Körperliche Funktionsfähigkeit	81,65 (22,04)	88,75 (15,43)	84,17 (21,63)	0,783/ p=0,676
Körperliche Rollenfunktion	56,25 (44,25)	75,00 (34,16)	60,83 (35,76)	2,133/ p=0,344
Körperliche Schmerzen	60,06 (31,78)	76,93 (24,74)	67,97 (30,62)	2,267/ p=0,322
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	54,93 (23,56)	64,13 (24,47)	57,76 (19,60)	1,993/ p=0,369
Vitalität	40,63 (23,16)	58,33 (20,23)	40,00 (15,76)	7,910/ p=0,019
Soziale Funktionsfähigkeit	60,93 (31,90)	86,71 (19,07)	60,83 (25,79)	10,876/ p=0,004
Emotionale Rollenfunktion	50,00 (47,14)	70,83 (34,16)	37,77 (40,81)	6,735/ p=0,034
Psychisches Wohlbefinden	50,25 (22,00)	72,27 (16,80)	52,17 (17,74)	12,486/ p=0,002

Zwischen den beiden Angehörigengruppen ergab sich auf den acht Skalen des SF-36 auf den Skalen „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“ ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen. Hierbei zeigte sich der Unterschied zwischen Angehörigen anorektischen und psychotischen Angehörigen jeweils als geringfügig verschieden, signifikant unterschied sich jedoch von diesen beiden Gruppen jeweils die Gruppe der Angehörigen bulimischer PatientInnen, welche in den genannten Skalen stets signifikant höhere (und damit gesündere) Werte zeigten.

Angehörige anorektischer PatientInnen unterschieden sich nicht signifikant von Angehörigen psychotischer PatientInnen.

Angehörige bulimischer PatientInnen zeigten hingegen in den Skalen „Vitalität“ (BN: $m = 58,33$ und Psy: $m = 40,00$; $U = 109,50$; $p = 0,005$), „Soziales Funktionsniveau“ (BN: $m = 86,71$ und Psy: $m = 60,83$; $U = 100,00$; $p = 0,001$), „Emotionales Funktionsniveau“ (BN: $m = 70,83$ und Psy: $m = 37,77$; $U = 130,00$; $p = 0,008$) sowie „Psychisches Wohlbefinden“ (BN: $m = 72,26$ und Psy: $m = 52,16$; $U = 86,50$; $p = 0,001$) signifikant geringere Belastungen als Angehörige psychotischer PatientInnen.

Mithilfe der in Abbildung 15 aufgeführten z-Werte können die Ergebnisse unserer Angehörigen mit den Werten der Normpopulation in Bezug gesetzt werden. Durch die z-Transformation erhält die Normpopulation einen Mittelwert von 0 und eine Standardabweichung von 1. Folglich bedeutet ein positiver z-Wert in unserer Stichprobe eine bessere Lebensqualität unserer Angehörigen in der jeweiligen Subskala. Negative z-Werte weisen entsprechend auf eine schlechtere Lebensqualität im Vergleich zur Normpopulation in diesem Bereich hin. Es finden sich mit drei Ausnahmen durchweg negative z-Werte für die drei Angehörigengruppen im Vergleich zur Normpopulation. Angehörige psychotischer PatientInnen zeigen im Bereich „psychisches Wohlbefinden“ (PSYC) die deutlichste Beeinträchtigung. Ein signifikanter Unterschied zwischen unseren Angehörigengruppen fanden sich auf den Skalen „soziale Funktionsfähigkeit“ (SOFU), „emotionale Rollenfunktion“ (EMRO) und „psychisches Wohlbefinden“ (PSYC) mit einer stärkeren Beeinträchtigung bei den Angehörigen anorektischer und psychotischer PatientInnen.

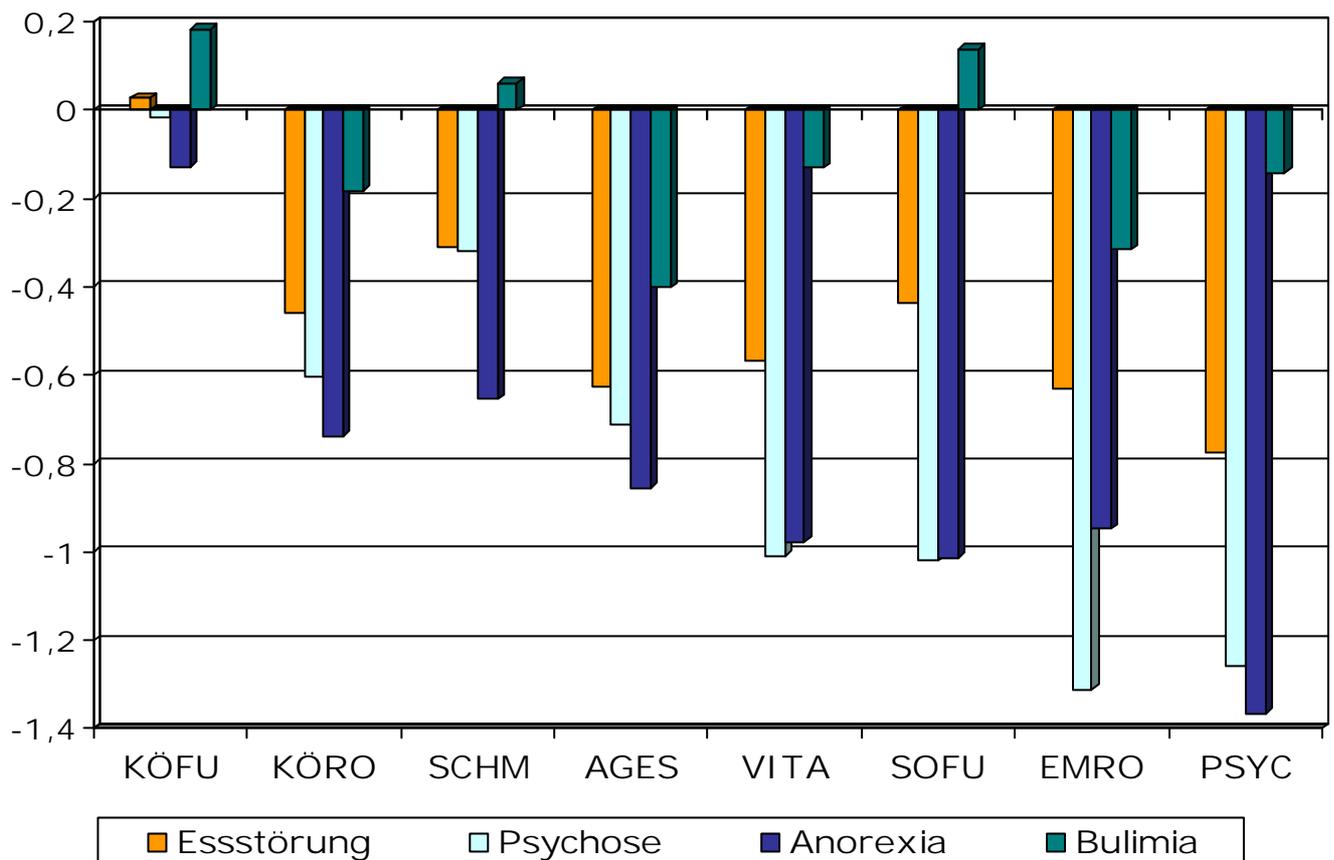


Abbildung 15 : SF-36: Vergleich der Diagnosegruppen anhand der z-Werte.

Der SF-36 bietet neben der oben durchgeführten Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf den genannten acht Skalen auch die Möglichkeit, zwei Summenwert-

Indizes zu ermitteln, welche zusammenfassend die körperliche und psychische Gesundheit der untersuchten Population widerspiegeln soll (Tabelle 39). Wie zu erwarten, zeigt sich auch hier die höher Beeinträchtigung bei Angehörigen anorektischer und psychotischer PatientInnen im psychischen Bereich.

Tabelle 39

SF-36: Körperliche und psychische Summenscala der drei Diagnosegruppen

SF-36	Anorexia (N=16)	Bulimia (N=16)	Psychose (N=30)	K-W-Test X²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Körperliche Gesundheit	-0,273 (1,21)	0,111 (0,84)	0.011 (1.04)	0,787/p=0,675
Psychische Gesundheit	-1,379 (1,43)	-0,213 (0,87)	- 1.574 (1.11)	12,700/p=0,002

4.7 Fragestellung Nr. 4

In welchen Bereichen benötigen welche Angehörige welche Unterstützung?

Eine detaillierte Darstellung des Bedarfs und der Bedarfsdeckung findet sich in Tabelle 50 im Anhang. Ich möchte vor allem auf die vier am schwerwiegendsten erachteten Problembereiche eingehen. Wie unter Fragestellung Nr. 1 bereits ausgeführt, steht in beiden Angehörigengruppen die Sorge um das kranke Familienmitglied an erster Stelle in der Problemhierarchie. Aber wie sollte aus ihrer Sicht die Unterstützung in diesem Bereich konkret aussehen?

Über 50% beider Angehörigengruppen würden sich eine Beratung durch einen behandelnden Mitarbeiter wünschen. Mit über 30% an zweiter Stelle wird Unterstützung in Form einer Experten-geleiteten Angehörigenrunde genannt. An dritter Stelle folgen Angehörigen-Selbsthilfegruppen.

Die Angehörigen essgestörter PatientInnen in unserem Sample äußerten auffallend wenig Unterstützungsbedarf bezüglich Stigmatisierung durch die Krankheit oder Vorurteilen der psychiatrischen Versorgung gegenüber. Immerhin knapp 10% äußerte in diesem Bereich den Wunsch nach einem beratenden Gespräch über den Umgang mit Vorurteilen. Ebenfalls vergleichsweise häufig wurde der Wunsch nach Experten- geleiteten Angehörigengruppen geäußert. Angehörigen-Selbsthilfegruppen scheinen nach Ansicht der Angehörigen in diesem Bereich weniger hilfreich zu sein.

Um die Kommunikation mit dem Kranken zu verbessern überwiegen Wünsche nach persönlicher Information und Beratung durch einen Mitarbeiter sowie Familiengespräche. Getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken werden hier kaum als hilfreich erachtet und selten genannt.

Die überwiegende Mehrheit der Angehörigen sieht für sich keine Veranlassung, Medikamente gegen körperliche oder psychische Erschöpfung einzunehmen und fühlt sich in diesem Bereich auch durch hausärztliche Versorgung (körperliche Untersuchung) gut versorgt. Dennoch äußern auch hier mehr als 30% Angehörigen anorektischer und schizophrener PatientInnen den Wunsch nach einem beratenden Gespräch oder einer ambulanten Psychotherapie. Angehörige bulimischer PatientInnen äußerten hier keinerlei ungedeckten Bedarf. Insgesamt lässt sich erkennen, dass in allen 18 Problembereichen eine persönliche Information und Beratung durch die Behandler oder durch einen Experten schriftlichem Informationsmaterial oder Gruppenangeboten vorgezogen wird.

Besonders ausgeprägt ist dies bei Problembereich vier „Informationen über Krankheitsrückfälle“ zu sehen: hier würden vor allem Angehörige essgestörter PatientInnen individuellen persönlichen Angeboten (Information durch Mitarbeiter, Individueller Krisenplan) den Vorzug geben vor schriftlichem Informationsmaterial oder Gruppenangeboten.

4.8 Fragestellung Nr. 5

In welchen Bereichen unterscheiden sich die Angehörigengruppen bezüglich ihres Bedarfs und ihrer Bedürfnisse an Unterstützung?

Erweiternd zu den unter Fragestellung Nr. 2 dargestellten Bedürfnisprägungen der Angehörigen im CNA soll hier näher untersucht werden, in welchen einzelnen Interventionsbereichen sich die Angehörigengruppen signifikant unterscheiden. Die ausführlichen Tabellen hierzu sind im Anhang zu finden (Tabellen 48 bis 51). Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse im Vergleich sei auf Abbildung 16 verwiesen.

§ Vergleich der Angehörigengruppen hinsichtlich ihrer Unterstützungsbedürfnisse im CNA

Auch hinsichtlich der gewünschten Unterstützungsangebote wurden die Angehörigengruppen unterschieden. Wie bei den Problembereichen auch, wurde zunächst zwischen Angehörigen essgestörter Patientinnen und Angehörigen schizophrener Patientinnen

unterschieden. Aufgrund der Erkenntnis, dass sich anorektische und bulimische Patientinnen hinsichtlich ihrer Problembereiche teils mehr unterschieden als die Hauptgruppen Essstörung-Schizophrenie, wurde auch hier die Angehörigengruppe der essgestörten Patientinnen differenziert betrachtet.

Zunächst zu dem Vergleich Essstörung- Schizophrenie: Angehörige essgestörter Patientinnen gaben signifikant weniger Bedürfnis an Hausbesuchen durch professionell ausgebildete Mitarbeiter an und äußerten weniger Bedürfnis nach sozialberaterischer Unterstützung. Kein Angehöriger der essgestörten Patientinnen gab an, Informationen über die Arbeitsweise der Psychiatrie oder Psychosomatik zu benötigen. Hier gaben Angehörige schizophrener Patientinnen signifikant mehr Bedürfnisse an (Tabelle 48 im Anhang).

§ Vergleich Angehörige anorektischer und schizophrener Patientinnen

Angehörige anorektischer Patientinnen wünschten sich häufiger Unterstützung in Form von einem gemeinsam mit einem Experten entwickelten Krisenplan für ihre konkrete Situation. Darüber hinaus wünschten sie sich häufiger Unterstützung durch von Experten geleitete psychoedukative Gruppen über Essstörungen und den Umgang mit ihren kranken Angehörigen.

Angehörige schizophrener Patientinnen hingegen gaben deutlich mehr Informationsbedarf über die Arbeitsweise in der Psychiatrie beziehungsweise Psychosomatik an und wünschten sich häufiger Unterstützung durch Hausbesuche von Ärzten oder Pflegepersonal (Tabelle 49 Anhang).

§ Vergleich Angehörige bulimischer und schizophrener Patientinnen

Angehörige bulimischer Patientinnen gaben wie Angehörige anorektischer Patientinnen auch weniger Unterstützungswünsche in Form von Information über die Arbeitsweise der Psychiatrie oder Psychosomatik an und zeigten weniger Bedürfnis an Hausbesuchen durch geschultes Personal.

Außerdem äußerten Angehörige bulimischer Patientinnen weniger Unterstützungsbedarf durch einen Krisendienst, welcher gegebenenfalls auch zu den Betroffenen nach Hause käme. Sie hatten weniger Bedürfnis nach psychotherapeutischer Unterstützung oder Beratung für sich selbst als Angehörige schizophrener Patientinnen aber auch als Angehörige anorektischer Patientinnen (Tabelle 50 Anhang).

§ Vergleich Angehörige anorektischer und bulimischer Patientinnen

Angehörige anorektischer Patientinnen äußerten mehr Bedürfnis an Beratung oder Psychotherapie für sich selbst und wünschten sich häufiger Unterstützung durch eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe als Angehörige bulimischer Patientinnen (Tabelle 51 Anhang).

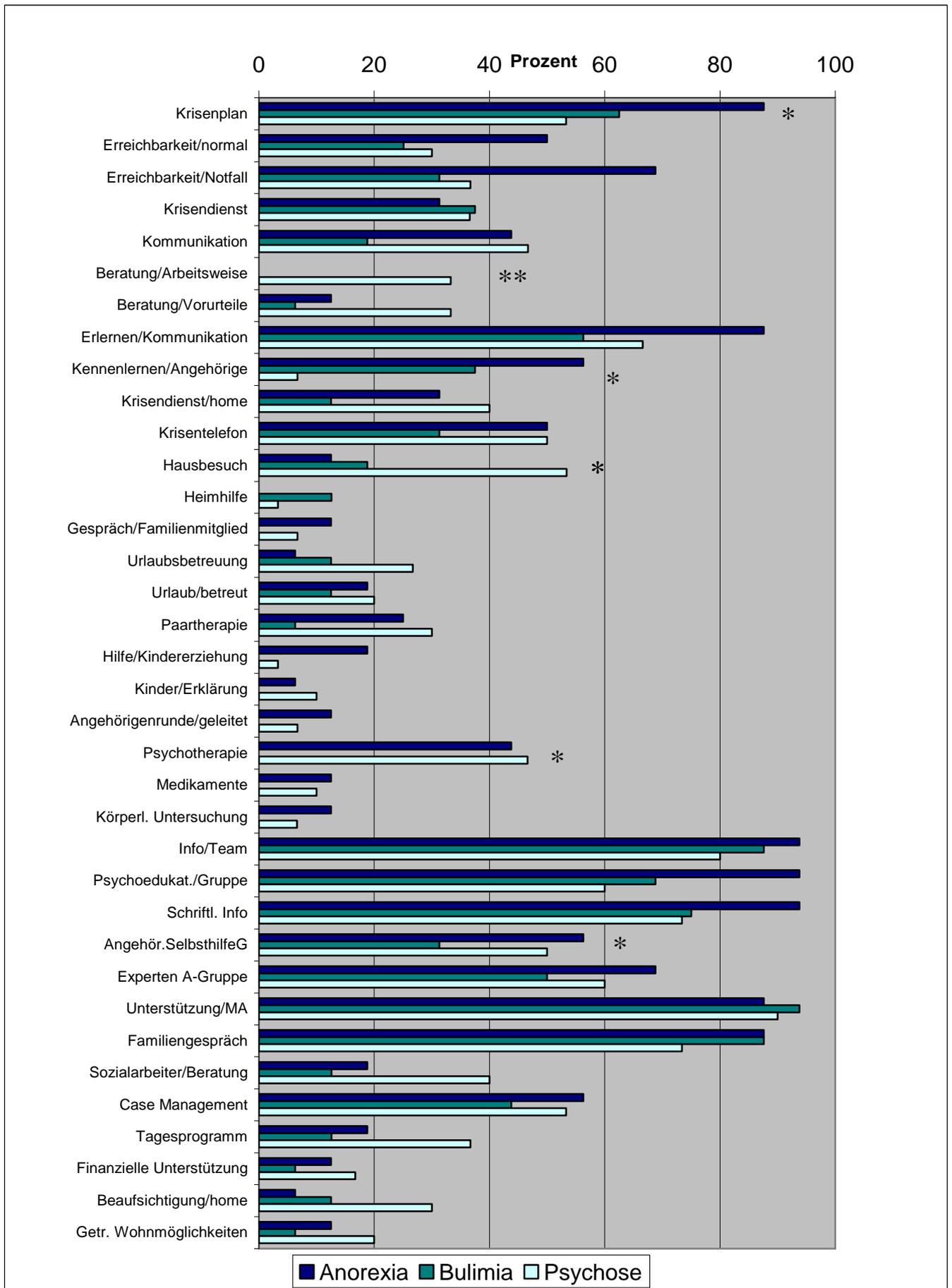


Abbildung 16: CNA-Interventionen: Vergleich der Diagnosegruppen hinsichtlich Bedarf

4.9 Fragestellung Nr. 6

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der PatientInnen und dem Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Angehörigen an Unterstützung?

Um dieser Frage nachzugehen wurde eine lineare Regression durchgeführt, um eine mögliche Auswirkung der jeweiligen Symptomatik der PatientInnen auf die Belastung der Angehörigen zu untersuchen. Als Indikator für den Belastungsgrad der Angehörigen wurde ein Summenscore aus der Anzahl der von den Angehörigen als „mittelschwer“ oder „schwer“ gerateten Problemausprägungen im CNA als abhängige Variable herangezogen.

Der Schweregrad der Erkrankung der essgestörten PatientInnen wurde mittels der EDE erhoben, der Schweregrad der Erkrankung schizophrener PatientInnen wurde mittels der PANSS erhoben. Im Folgenden sind die Werte für die einzelnen Subskalen der Instrumente aufgeführt.

Tabelle 40

Regressionsanalyse nach Einschlussprinzip zur Vorhersage der Belastung der Angehörigen aufgrund der Skalen in der PANSS (N = 30)

Variable	B	SE B	β	p
Allgemeine Symptomatik (PANSS)	0.038	0.159	0.059	.812
Positiv-Symptomatik (PANSS)	- 0.232	0.253	- 0.195	.367
Negativ-Symptomatik (PANSS)	- 0.304	0.265	- 0.258	.261

Anmerkung: $R^2 = .107$.

Keine der Subskalen der PANSS lieferte einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Belastung der Angehörigen.

Tabelle 41

Regressionsanalyse nach Einschlussprinzip zur Vorhersage der Belastung der Angehörigen aufgrund der Skalen in der EDE (N = 32)

Variable	B	SE B	β	p
Gezügeltes Essverhalten (EDE)	0.212	0.930	0.049	.822
Sorgen bezüglich der Figur (EDE)	- 2.224	1.271	- 0.406	.091
Sorgen bezüglich des Essens	0.907	1.220	0.185	.463
Sorgen bezüglich der Gewichts (EDE)	0.651	0.455	0.299	.164

Anmerkung: $R^2 = .144$.

Es ergaben sich in unserer Untersuchung in beiden Diagnosegruppen keine Hinweise auf einen signifikanten Einfluss durch die mit den erwähnten Instrumenten erhobene Schwere der Erkrankung der jeweiligen PatientInnen auf den Grad der Belastung der Angehörigen.

4.10 Fragestellung Nr. 7

Besteht ein Zusammenhang zwischen der mittels des CNA ermittelten Bedarfs- und Bedürfnisausprägung an Unterstützung und dem psychischen Gesundheitszustand der Angehörigen?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde aus den Unterstützungsangeboten des CNA ein Summenscore errechnet, welcher den Bedarf beziehungsweise die Bedürfnisse der Angehörigen widerspiegelt und zwar unabhängig davon, ob dieses Bedürfnis bereits bedeckt oder noch ungedeckt ist, mit anderen Worten, ohne zu berücksichtigen, welche Unterstützung hinsichtlich dieses Bedürfnisses die Angehörigen bereits erhalten haben.

Hierzu wurden die jeweiligen Ratingkategorien folgendermaßen gewichtet.

Kein Bedarf; Unterstützung erhalten: => 0

Kein Bedarf; keine Unterstützung erhalten => 0

Bedarf; keine Unterstützung erhalten => 1

Bedarf; zu wenig Unterstützung erhalten => 1

Bedarf; ausreichend Unterstützung erhalten => 1

Der somit erhaltene Summenscore wurde von uns als zusammenfassender Indikator des Bedarfs- und Unterstützungsbedürfnisses der Angehörigen interpretiert und mit dem Summenscore des GHQ-12 in Beziehung gesetzt.

Es wurde eine Spearman-Rangkorrelation berechnet, welche folgendes Ergebnis erbrachte (Tabelle 42):

Tabelle 42

Korrelation des GHQ-12-Summenscore mit dem CNA-Bedarfsscore (spearman-Rangkorrelation)

GHQ-12 mit CNA-Bedarfsscore	Anorexia (N=16)	Bulimia (N=16)	Schizophrenie (N=30)
	r/p	r/p	r/p
GHQ-12-Summenscore	,691/p=0,003 **	,535/p=0,033	,303/p=0,104

In der Gruppe der Angehörigen essgestörter PatientInnen fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen Bedarf an Unterstützung und dem Summenscore des GHQ-12, wohingegen bei Angehörigen schizophrener PatientInnen kein solcher Zusammenhang feststellbar war.

5. Diskussion:

5.1 Geschlecht der Angehörigen

Es stellte sich heraus, dass weibliche Angehörige und damit überwiegend Mütter stärkere Problembelastung im CNA zeigten als Väter, Partner, Geschwister oder Freunde. Eine mögliche Überlegung wäre nach der Übersichtsarbeit von Jungbauer et al. (2001), dass Mütter meist Hauptbezugspersonen und damit auch Hauptträger der Verantwortung und Versorgungsleistung sind, somit von Problemen direkter betroffen sind. Wilms et al. (2001) bestätigten die verstärkte Verantwortungsübernahme in Form einer Mutterrolle auch für Partnerinnen depressiv Erkrankter. Diese Rolle ist häufig mit Kognitionen dauerhafter und potentiell unveränderbarer Fürsorge verknüpft. Die Autoren gehen davon aus, dass erhöhte Depressionswerte dieser Partnerinnen sich auf Mechanismen gründen, welche von Seligman (1979) unter dem Konzept der erlernten Hilflosigkeit beschrieben wurden.

Whitney et al. (2005) fand auch geschlechtstypische Bewältigungsstrategien von Angehörigen in Reaktion auf eine Erkrankung des Kindes an Magersucht. Männer reagierten eher kognitiv-rationalisierend und vermieden eine nähere Auseinandersetzung mit der Problematik, wohingegen Frauen häufiger emotionale Verarbeitungsstrategien, wie Ängstlichkeit, überbehütendes Verhalten der Patientin gegenüber, aber auch Feindseligkeit und erhöhte Kritik gegenüber der Patientin aufwiesen.

Es zeigte sich außerdem, dass alle anderen soziodemografischen Merkmale, wie zum Beispiel zusammen- oder getrennt lebend mit/von der PatientIn, die berufliche Aktivität der

Angehörigen, die Anzahl weiterer Angehöriger, die sich um die PatientIn kümmern, der Zivilstatus der Angehörigen und deren Alter in keinem signifikanten Zusammenhang stehen mit der Belastungsausprägung der Angehörigen, zumindest wie sie mit den von uns verwendeten Instrumenten gemessen wurde. Dies deckt sich mit anderen Untersuchungen, welche die geringe Bedeutung von soziodemografischen Faktoren für die Belastung von Angehörigen bestätigten (Baronett, 1999; Solomon & Draine, 1995; Hoenig & Hamilton, 1966).

5.2 Problembelastung im CNA

Angehörige essgestörter und schizophrener PatientInnen nannten unabhängig voneinander ähnliche Problemfelder in ähnlicher Ausprägung auf den ersten Rangplätzen. Zukunftssorgen und Enttäuschung wegen der Erkrankung ihres Familienangehörigen wurden an erster Stelle genannt. Dies wurde auch von Katschnik et al. (1997) in ihrer Befragung von Angehörigen schizophrener Erkrankter gefunden. Kommunikationsprobleme mit der Kranken, ein Gefühl, „ausgebrannt“ zu sein und fehlende Anleitung für eigenes Verhalten bei Krankheitsrückfällen waren die in der Folge am häufigsten genannten Problembereiche. Mehr als 59 % der Angehörigen essgestörter und ca. 80% der Angehörigen psychotischer PatientInnen gaben das Gefühl ausgebrannt zu sein und sich psychisch oder körperlich krank zu fühlen als mittelschweres oder schweres Problem an. Dies deckt sich auch mit anderen Untersuchungen zu psychischen Belastungen Angehöriger schizophrener PatientInnen (Schneider et al., 1999; Zarit, Reever und Bach-Peterson; 1980) und Angehöriger essgestörter PatientInnen (Lilenfeld et al., 1998), welche auf eine hohe Burn-out- und Depressionsrate bei diesen Gruppen hinwiesen.

Verglich man diese beiden Angehörigengruppen hinsichtlich der einzelnen Problembereiche, so gaben Angehörige essgestörter PatientInnen signifikant weniger Probleme mit Stigmatisierung oder durch ein bedrohliches Bild der Psychiatrie oder Psychosomatik an. Dies ist insofern überraschend, da zu erwarten gewesen wäre, dass Angehörige essgestörter PatientInnen, ähnlich wie Angehörige schizophrener PatientInnen, in der Vergangenheit häufiger in den Verdacht geraten sind, für die Erkrankung ihres Familienmitgliedes mitverantwortlich zu sein. Dies scheint weniger ausgeprägt der Fall zu sein als erwartet. Angehörige schizophrener PatientInnen gaben häufiger finanzielle Probleme an. Dies lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass die schizophrenen PatientInnen unserer Stichprobe häufiger arbeitslos, frühberentet und deutlich seltener berufstätig waren als die essgestörten PatientInnen. Darüber hinaus dürften behandlungsbezogene Kosten bei

Angehörigen psychotischer PatientInnen höher ausfallen, auch wenn Wilms et al. (2004) im Vergleich von Partnern depressiver, schizophrener und von Patienten mit Angststörung keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Höhe der krankheitsbezogenen Ausgaben fanden.

Unsere Angehörigen schizophrener PatientInnen berichteten zudem häufiger von Problemen durch zuwenig Außenkontakte und Spannungen in der Familie. Dies deckt sich mit den Daten aus dem BI, wo diese Angehörigen mehr Einschränkung der Privatsphäre, mehr Einschränkungen des Familienlebens und eine erhöhte Vermeidungstendenz, Freunde nach Hause einzuladen angab. In Kombination hiermit berichteten die Angehörigen schizophrener PatientInnen im BI auch von einem erhöhten Schamgefühl für das Verhalten des kranken Familienmitgliedes, einer erhöhten Angst vor einer Abhängigkeit des Familienmitglieds von dem Angehörigen und vermehrten Zukunftssorgen bezüglich der PatientIn. Diese Daten lassen vermuten, dass es sich hier um einen Aufschaukelungsprozess zwischen Erwartungsängsten, Vermeidungs- und Rückzugsverhalten und zunehmender gesellschaftlicher Isolierung handelt. Ein ähnlicher Prozess wurde auch bei Magliano et al. (1998) in der BIOMED-Studie in fünf europäischen Ländern beobachtet. Auch hier wurde eine Einschränkung des Familienlebens, eine Abnahme sozialer Kontakte, eine Zunahme finanzieller Probleme, Zukunftssorgen um die PatientIn und ein Gefühl, die Versorgung nicht mehr länger aufrechterhalten und leisten zu können von den Angehörigen beschrieben. Auch hier äußerten mehr als 50% der Angehörigen sich niedergeschlagen und deprimiert zu fühlen.

Bei einer Differenzierung der Gruppe der Angehörigen essgestörter PatientInnen zwischen anorektischen und bulimischen Angehörigen zeigten Angehörige bulimischer PatientInnen in den Summenscores des CNA eine geringere Problembelastung. Angehörige anorektischer und Angehörige schizophrener PatientInnen waren sich in ihrer Gesamtbelastung als auch in ihren Problemprofilen untereinander ähnlicher als Angehörige anorektischer und Angehörige bulimischer PatientInnen. Die Erkenntnis, dass Angehörige anorektischer und schizophrener PatientInnen unter vergleichbaren Belastungen stehen deckt sich mit Ergebnissen von Treasure et al. (2001). So fühlten sich Angehörige anorektischer PatientInnen mehr belastet durch unzureichende Informationen über mögliche Rehabilitationsmaßnahmen, sahen mehr Probleme im Umgang mit Krankheitsrückfällen und Krisen und fühlten sich häufiger „ausgebrannt“ und psychisch oder körperlich krank als Angehörige bulimischer PatientInnen. Diese Ergebnisse sind auch stimmig zu den Ergebnissen im GHQ-12: Angehörige anorektischer PatientInnen konnten sich weniger auf

ihre alltäglichen Tätigkeiten konzentrieren, hatten ein ausgeprägteres Gefühl, unter Druck zu stehen und fühlten sich häufiger überfordert als Angehörige bulimischer PatientInnen.

Dagegen unterschieden sich auch hier die Angehörigengruppen der anorektischen und psychotischen PatientInnen weder in den Einzelitems noch im Summenscore signifikant.

Allerdings führten Treasure et al. (2001) die Unterschiede auf den häufigeren Kontakt zurück, den die jüngeren anorektischen PatientInnen zu ihren Müttern hatten. Wir fanden hingegen keinen Zusammenhang zwischen Kontakthäufigkeit der Angehörigen zu den PatientInnen und deren Belastungsgrad. Wie weiter unten noch ausgeführt, scheinen die Zusammenhänge komplexer zu sein und eng mit individuellen Attributions- und Informationsverarbeitungsprozessen der Angehörigen assoziiert zu sein.

Die Ähnlichkeit der Belastungsprofile Angehöriger anorektischer und schizophrener PatientInnen könnte auf Parallelen zwischen den beiden Störungsbildern zurückzuführen sein und so die Unterschiede zu der Gruppe der bulimischen PatientInnen erklären. Beide Störungsbilder sind gekennzeichnet durch einen Beginn im frühen Jugendalter, es sind langwierige Erkrankungen, welche in der Regel nicht schnell zu therapieren sind und durch wiederholte Krisen und Rückfälle gekennzeichnet sind. Zudem ist die Mortalitätsrate bei beiden Störungsbildern erhöht, was beim Störungsbild der Bulimia nervosa nicht der Fall ist. Allein das Wissen um den letztgenannten Faktor könnte unter Umständen den höheren Belastungsgrad der Angehörigen erklären. Santonastaso et al. (1997) fanden im Vergleich Angehöriger anorektischer und bulimischer PatientInnen höhere subjektive Belastungen und Überengagement bei Angehörigen anorektischer PatientInnen. Es könnte also sein, dass Angehörige schizophrener und anorektischer PatientInnen sich - vermutlich aufgrund der größeren Schwere und Bedrohlichkeit der Erkrankung – mehr für die Gesundheit ihres Familienangehörigen verantwortlich fühlen und sich gemäß dem Konzept der „high expressed emotions“ überengagieren (Baronet, 1999). Diese Vermutung würde wiederum gut mit dem höheren Score dieser beiden Angehörigengruppen bei dem Item „Gefühl, unter Druck zu stehen“ im GHQ-12 übereinstimmen.

5.3 Unterstützungswünsche im CNA

Hinsichtlich der Bedürfnisse nach Unterstützung im CNA ergab sich kein signifikanter Unterschied in den Summenscores, wenn man lediglich zwischen Angehörigen essgestörter und psychotischer PatientInnen unterschied. Es fand sich bei beiden Angehörigengruppen in einigen Bereichen ein hoher ungedeckter Bedarf. Bei Angehörigen beider Störungsbilder dominierten Unterstützungswünsche in den Bereichen Beratung und Unterstützung durch

einen Mitarbeiter des Behandlungsteams, hinsichtlich der Bereiche Information über die Störung oder den Umgang damit, wobei bei Angehörigen essgestörter PatientInnen der Wunsch nach einem Krisenplan ausgeprägter war als bei Angehörigen psychotischer PatientInnen. Informationsvermittlung wurde sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting gewünscht, meist jedoch im Einzelsetting mit einem professionellen Behandler.

Beide Angehörigengruppen äußerten sehr wenig Unterstützungsbedarf hinsichtlich Hilfe bei der Kindererziehung oder bezüglich Anleitung dabei, wie Kindern die Erkrankung ihres Familienmitgliedes zu erklären sei. Dies führe ich darauf zurück, dass lediglich jeweils drei PatientInnen in der Gruppe der anorektischen und der Gruppe der schizophrenen PatientInnen selbst Kinder hatten und dass in den Familien lediglich in insgesamt vier Fällen noch ein minderjähriges Geschwisterteil mit im Haushalt der Familie lebte. Alarmierend ist die Anzahl der Angehörigen, die für sich selbst eine Beratung oder (in den meisten der Fälle) eine Psychotherapie als notwendig erachtetet. Dies waren mehr als 40% der Angehörigen anorektischer und schizophrener PatientInnen.

In den einzelnen Unterstützungsbereichen zeigten sich bei Angehörigen psychotischer PatientInnen mehr Bedarf an Unterstützung in Form von Beratung durch einen Sozialarbeiter, Wunsch nach mehr Hausbesuchen des Kranken durch einen professionellen Helfer und mehr Informationsbedarf über die Arbeitsweise der Psychiatrie bzw. Psychosomatik. Bei Angehörigen psychotischer PatientInnen besteht also mehr Bedürfnis und Bedarf an soziotherapeutischer Unterstützung. Wie oben erwähnt, waren mehr psychotische PatientInnen berentet oder arbeitslos, und deren Angehörige äußerten auch im BI häufiger finanzielle Probleme. Es wurde von den Angehörigen jedoch selten das Bedürfnis nach Heimhilfe oder Urlaubsbetreuung für den Patienten genannt. Dies spricht eher für einen Wunsch nach Hilfe zur Selbsthilfe bei den Angehörigen. Bezüglich des Informationsbedarfs über die Arbeitsweise der Psychiatrie oder Probleme mit Stigmatisierung aufgrund der Erkrankung es Familienmitgliedes ist anzumerken, dass unsere Angehörigen essgestörter PatientInnen hier keinerlei Wunsch nach Information oder Beratung in diesem Bereich äußerten und auch ansonsten wenig Unterstützung in diesem Problembereich wünschten. Dieser Problembereich wurde von ihnen auch als am wenigsten belastend geratet. Hierzu passen auch die Eindrücke, welche sich bei den teilnehmenden Interviewern in Nachbesprechungen zu den Interviews mit Angehörigen essgestörter PatientInnen einstellten: es fiel immer wieder auf, dass diese Angehörigen häufig äußerten, keine Schwierigkeiten zu haben, Freunde oder Bekannte über die Erkrankung ihres Familienmitgliedes zu informieren und sie schienen auch nicht um ihren Ruf zu bangen oder eine Stigmatisierung durch das

soziale Umfeld zu fürchten. Sie waren in den meisten Fällen über die Freiwilligkeit der Behandlung informiert und hatten keine Bedenken, dass ihrem kranken Familienmitglied in der Behandlung Schaden zugefügt werden könne. Dies spricht dafür, dass Angehörige essgestörter PatientInnen wenig Vorbehalte gegenüber den professionellen Behandlern aufweisen, sich jedoch von diesen mehr Informationsaustausch und Einbeziehung in die Behandlung wünschen. Angehörige psychotischer PatientInnen hingegen äußerten in diesem Bereich mehr Probleme. Trotz dieses Unterschiedes gaben Angehörige essgestörter PatientInnen eine ähnlich hohe Problembelastung wie Angehörige schizophrener PatientInnen hinsichtlich Schuldgefühlen oder Belastung durch Vorwürfe von anderen an.

Die nahe liegende Erklärung, die Information und Aufklärung von Angehörigen funktioniere in diesem konkreten Bereich in der psychosomatischen Abteilung besser als in der Abteilung für Psychiatrie hinkt, da in diesem Fall auch weniger Informationsdefizite in anderen Bereichen zu erwarten wären und Probleme aufgrund von Schuldgefühlen erwartungsgemäß auch geringer ausgeprägt sein müssten. Diese Frage scheint mir aufgrund der aktuellen Daten nicht befriedigend zu beantworten.

Es bleibt die Vermutung, dass essgestörte PatientInnen und deren Angehörige in der Allgemeinbevölkerung weniger stigmatisiert werden als die Familien schizophrener PatientInnen.

5.4 Unterstützungswünsche im CNA - differenziert

Auch im Bereich der Unterstützungswünsche fanden sich Unterschiede zwischen Angehörigen anorektischer PatientInnen und Angehörigen bulimischer PatientInnen. Erstere äußerten wesentlich häufiger den Wunsch nach einer psychotherapeutischen Unterstützung für sich selbst und waren häufiger an einer Angehörigenselbsthilfegruppe interessiert als Angehörige bulimischer PatientInnen. Dies erscheint stimmig mit dem subjektiv erhöhten Gefühl unter Druck zu stehen und dem Gefühl der Überforderung, welches Angehörige anorektischer PatientInnen im GHQ-12 signifikant höher rateten als Angehörige bulimischer PatientInnen.

Angehörige anorektischer PatientInnen zeigten in zwei Bereichen sogar höhere Unterstützungsbedürfnisse als Angehörige psychotischer PatientInnen: sie äußerten häufiger den Wunsch nach der Entwicklung eines konkreten Krisenplanes und wünschten sich mehr Unterstützung durch expertengeleitete psychoedukative Gruppen. Hierdurch wird nochmals die hohe Belastung dieser Angehörigengruppe deutlich.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung sozialer Netzwerke für die psychische Gesundheit von Angehörigen psychisch Kranker und vor allem der jeweils vom Betroffenen wahrgenommenen sozialen Unterstützung war auffällig, dass der Wunsch nach Unterstützung so eindeutig in Richtung professioneller Unterstützung ging und Unterstützungswünsche an Freunde oder Bekannten nicht benannt wurden. Von keinem der interviewten Angehörigen wurde auf Vorgabe oder freie Nachfrage (nach jeder Abfrage der jeweiligen vorgegebenen Unterstützungsmöglichkeiten im CNA wurde gefragt: „Fällt Ihnen selbst noch eine andere Form der Unterstützung für diesen Problembereich ein, welchen wir noch gar nicht genannt haben?“) hin der Wunsch geäußert, Freund, Bekannte oder Verwandte würden sich mehr an der Versorgung der PatientIn beteiligen oder sollten den Angehörigen mehr unterstützen. Hierfür könnte sich als Erklärung anbieten, dass ein Teil der Angehörigen sich von Freunden und Bekannten aufgrund von Schuldvorwürfen bereits zurückgezogen haben und eventuelle spätere Unterstützungsangebote derer vielleicht sogar reaktant zurückweisen würden. Dagegen sprechen jedoch die Ergebnisse aus dem CaNAM, welche eher nahe legen, dass das Bedürfnis der Angehörigen an Unterstützung von Freundesseite her ausreichend gedeckt ist, das heißt, Hilfe auch angenommen wird und nicht reaktant zurückgewiesen wird. Versetzt man sich in die Situation Angehöriger hinein, so würde sich als schlüssige Erklärung noch anbieten, dass Freunde und Bekannte vielleicht eher als allgemein-supportiv-ablenkende Komponente dienen könnten, vielleicht durch einen gemeinsamen entspannten Abend, bei welchem nicht über Krankheitsprobleme diskutiert wird, sondern gemeinsam der „sorgenfreie Augenblick“ genossen wird. Dies könnte ein Gefühl der Zugehörigkeit bei Angehörigen deutlich erhöhen.

5.5 Unterstützungsbedürfnis im CaNAM

Hier wurden am häufigsten Unterstützungsbedürfnisse hinsichtlich Informationen über die aktuellen und zukünftigen Behandlungen und Behandlungsmöglichkeiten, Informationen über Essstörungen im Allgemeinen und deren Prognose sowie die Folgen der Erkrankung ihres erkrankten Familienmitgliedes genannt.

Ebenso wünschten Angehörige Hilfe im Umgang und der Bewältigung der eigenen emotionalen Belastungen durch die Erkrankung des Familienmitgliedes. Sie äußerten den Wunsch nach praktischer Unterstützung, vor allem durch Vertreter des Gesundheitsversorgungssystems, zum Beispiel in kritischen und rückfallgefährlichen Situationen und bei der Gestaltung der gemeinsamen Mahlzeiten mit den Patientinnen.

Auch hier spiegelte sich wider, dass die Angehörigen sich durch das Gesundheitssystem nicht hinreichend unterstützt fühlen. Aus dem Bereich der informellen Unterstützung, wie zum Beispiel durch die Familie und den Freundes- und Bekanntenkreis scheint die Unterstützung häufig als ausreichend erlebt zu werden. Für spezielle Probleme im Umgang mit der Erkrankung scheint jedoch weiterführende Hilfe dringend erwünscht. Hier sind aus Sicht der Angehörigen vor allem Ärzte und Psychologen gefordert, Unterstützung, Beratung, Psychoedukation und informative Aufklärung zu gewährleisten.

5.6 SF-36

Die bisherige Beobachtung, dass sich Angehörige anorektischer PatientInnen in ihren Belastungsprofilen weniger von Angehörigen schizophrener PatientInnen unterschieden als von Angehörigen bulimischer PatientInnen und dass letztere in vielen Bereichen signifikant weniger belastet oder beeinträchtigt waren, bestätigte sich auch im **SF-36**. Hierbei schien in allen Angehörigengruppen die Einschränkung rein körperlicher Aktivitäten, wie Gehen, Treppensteigen, sich bücken, sich selbst versorgen weniger beeinträchtigt und nicht signifikant mit dem Belastungsindikator CNA-Problembereich korreliert. Sehr deutlich zeigten sich vor allem Angehörige anorektischer und schizophrener PatientInnen durch emotionale Probleme in der Erfüllung alltäglicher Aufgaben beeinträchtigt. Sie hatten Schwierigkeiten, sich auf die jeweilige Tätigkeit zu konzentrieren, brauchten länger als früher für die Bewältigung von Routineaufgaben. Sie berichteten auch vermehrt über Depressionen, Ängste und fehlende positive Gemütsstimmung. Dies bestätigt erneut die Beobachtung vor allem psychischer und emotionaler Beeinträchtigungen bei Angehörigen schizophrener PatientInnen jetzt auch für Angehörige essgestörter PatientInnen und hier vor allem für die von anorektischen PatientInnen (Angermeyer et al., 1997; Katschnik et al., 1994, 1997; Magliano et al., 1998).

Aus den positiven Korrelationen zwischen GHQ-12 und BI-Summscore und den CNA-Problem- und Interventionssummscores sowie die stimmige negative Korrelation zu den Skalen des SF-36 lassen sich mehrere Hypothesen ableiten: Angehörige könnten vielleicht sogar unabhängig von den Belastungen durch die Versorgung ihres kranken Familienmitgliedes Depressions- oder Angstsymptome entwickelt haben, welche dann zu einem erhöhten Bedürfnis an Unterstützung führen. Ebenso könnte jedoch ein Mangel an Unterstützung zu einer Überforderung der Angehörigen mit entsprechender Verschlechterung des körperlichen und vor allem psychischen Gesundheitszustandes geführt haben. Da in unserem Angehörigensample fehlende Unterstützung vor allem im Bereich Informationen

über die jeweilige Störung und fehlende Strategien, um Krisen oder Belastungen zu meistern angegeben wurden, könnte dies zu einer Art erlernten Hilflosigkeit im Sinne Seligmans (1975) geführt haben, welche wiederum als ein möglicher ätiologischer Faktor für Depression anzusehen ist. Auch Wilms, Wittmund und Angermeyer (2001) fanden bei Partnern verschiedener Störungsbilder erhöhte Depressionsraten. Da es sich bei unseren Daten aber lediglich um Querschnittsdaten handelt ist die Klärung einer Kausalrichtung leider nicht möglich.

5.7 BI

Im „burden inventory“ zeigten sich Angehörige psychotischer PatientInnen insgesamt stärker belastet und äußerten häufiger Schamgefühle, gaben häufiger an, zuwenig Zeit für sich selbst zu haben, sich mehr Zukunftssorgen zu machen und das Familienleben mehr belastet zu erleben. Sie vermieden es häufiger, Freunde zu Hause zu empfangen und hatten öfters das Gefühl, dass die Patientin überhöhte Ansprüche stelle und sie selbst die Versorgung nicht mehr lange aufrecht halten könnten. Zudem wünschten sie sich häufiger, die Versorgung an jemand anderen abtreten zu können.

Es zeigte sich, dass Angehörige anorektischer PatientInnen ähnliche Profile zeigten wie die Angehörigen psychotischer PatientInnen und die Gruppenunterschiede vornehmlich auf eine geringere Belastung bei den Angehörigen bulimischer PatientInnen bei diesem Instrument zurückzuführen sind. Im Vergleich zu zwei zitierten Untersuchungen, die bei ihren Angehörigenstichproben auch den BI verwendeten (Wancata et al., 2005; Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980) erzielten unsere Angehörigen im BI jedoch einen niedrigeren Summenscore, was auf eine vergleichsweise niedrigere subjektive Stressbelastung in unserem Angehörigenstichprobe hinweist.

5.8 Zusammenhang Schweregrad der Erkrankung – Belastung der Angehörigen

Wir fanden keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der jeweiligen PatientInnen im EDE beziehungsweise in der PANSS und dem Ausmaß des Belastungsgrades der Angehörigen. Hierfür sind verschiedene Erklärungen denkbar. Es könnte beispielsweise sein, dass individuelle Bewältigungsmuster der Angehörigen, die jeweils individuelle Bewertung der eigenen Situation und der Zukunftsperspektiven sowie die Einschätzung der eigenen Möglichkeit, Einfluss auf die Situation und den Verlauf der Erkrankung nehmen zu können oder überhaupt wirksam etwas zu einer positiven Veränderung der Situation beitragen zu können, ausschlaggebender für das Belastungserleben

der Angehörigen sind als die objektiven Belastungsfaktoren. Für diese Vermutung sprechen auch Ergebnisse von Provencher und Mueser (1997), welche Hinweise darauf fanden, dass das Belastungserleben von Angehörigen vornehmlich von individuellen Einschätzungen, Wahrnehmungen und Attributionen der jeweiligen Situation und deren Bedingungsfaktoren abhängt. Thompson und Doll (1982) fanden, dass objektive Belastungsfaktoren lediglich sieben Prozent der Varianz der Angehörigenbelastung erklärten. Diese Ergebnisse lassen sich gut mit dem unter 2.8 geschilderten Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984) vereinbaren: Ersteinschätzungen als Verlust führen zu Trauerreaktionen und Informationsdefizite führen in der Zweiteinschätzung zu geringer Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen. Die hieraus resultierenden Bewältigungsstrategien können emotionsregulierend oder problemlösend ausfallen und von aktiver Informationssuche bis zu intrapsychischen Copingprozessen reichen.

Auch die Erfahrungen der Interviewer in unserer Untersuchung scheinen diese Vermutung zu bestätigen: es fiel in Nachgesprächen der Interviewer über die jeweiligen Interviews immer wieder auf, dass Angehörige, welche dramatische und massiv belastende Lebensereignisse berichteten und auch in ihrer aktuellen Situation objektiv schwer belastet waren im Interview offensichtlich wenig belastet erschienen und auch glaubwürdig von Bewältigungsstrategien berichteten, die von „Radikaler Akzeptanz“ im Sinne von Marsha Linehan (1996 b) über bewusste Freude an kleinen Freuden des Alltags bis zu einer auffälligen Betonung der dennoch lebenswerten Aspekte ihrer aktuellen Lage reichten. Hier zeigte sich häufig die Strategie des „Vergleichs nach unten“: Angehörige äußerten Gedanken dazu, was ihnen oder ihrem Familienmitglied denn theoretisch noch Schlimmeres hätte passieren können oder anderen Menschen bereits widerfahren ist. Hier deutet sich ein Aspekt an, welcher bislang zu wenig Beachtung gefunden hat, nämlich die durchaus positiven Aspekte des Umstandes, für einen kranken Menschen Sorge zu tragen. Hierzu wurde aktuell von Winn et al. (2004) berichtet, dass Angehörige bulimischer PatientInnen angaben, durch die Erkrankung und den damit verbundenen Veränderungen das Gefühl zu haben, persönlich gereift zu sein oder auch eine Verbesserung in der Beziehung zur PatientIn erlebten. Ähnliche Ergebnisse berichtete Simon (1994) für Angehörige schizophrener PatientInnen. Diese Erfahrungen könnten durchaus negative und belastende Aspekte der Versorgung eines kranken Familienmitgliedes kompensieren oder zumindest vermindern.

Andererseits könnte es auch sein, dass der Schweregrad der Erkrankung, deren Ausprägung mit der EDE für die letzten 28 Tage oder mit der PANSS für die letzten drei Monate erhoben wird, keinen relevanten Faktor für die Belastungen und die

Unterstützungswünsche der Angehörigen darstellt. Auch die Dauer der Erkrankung alleine scheint zu kurz zu greifen. Vermutlich wirken sich Persönlichkeitsmerkmale oder komorbide Erkrankungen der PatientInnen schwerwiegender auf den Grad der Belastung der Angehörigen aus.

Diese Ergebnisse bestätigen deutlich das hohe Bedürfnis und den Bedarf auch Angehöriger essgestörter - und hier vor allem anorektischer PatientInnen - an Information, Beratung und Aufklärung vor allem durch professionelle Mitarbeiter des Gesundheitssystems. Dies wurde anhand desselben Erhebungsinstrumentes von Unger et al. (2006) bereits für Angehörige schizophrener PatientInnen belegt.

Die Daten weisen erneut auf bekannte Defizite im psychosozialen Versorgungssystem hin. Einige Unterstützungsangebote, wie zum Beispiel expertengeleitete Angehörigengruppen für essgestörte PatientInnen sind in bestimmten Regionen deutlich unterrepräsentiert, andere wiederum sind vorhanden, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen von betroffenen Angehörigen, aber erreichen Betroffene vermutlich aufgrund von unzureichender Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit nicht.

Wie bekannt, nehmen einige Angehörige auch wissentlich vorhandene Hilfsangebote nicht an. Doch auch diese teilweise berichtete fehlende Bereitschaft von Angehörigen zur Teilnahme an Angehörigengruppen (Wilms et al., 2005) sollte das Bestreben zur Erweiterung von Unterstützungsangeboten für Angehörige keinesfalls mindern. Wie Hessel, Plöttner und Geyer (2004) feststellten, sind ein Großteil der Angehörigen bereit, Hilfe anzunehmen, wenn diese von Ärzten oder Behandlern empfohlen oder noch besser: direkt angeboten wird. Dass beispielsweise das Interesse Angehöriger essgestörter PatientInnen an Informationen über Essstörungen von professionellen Behandlern konstant unterschätzt wird wurde bereits aufgezeigt (Surgenor, Rau, Snell und Fear, 2000).

5.9 Beschränkungen der Untersuchung

Mehrere Punkte sind an dieser Untersuchung kritisch anzumerken. Die Stichprobengröße war relativ klein und heterogen. Positive Aspekte der Versorgung eines kranken Familienmitgliedes wurden in den von uns gewählten Instrumenten nicht berücksichtigt. Es wurde zwar die berufliche Tätigkeit der Angehörigen, nicht aber deren Bildungsniveau erfasst. Denkbare Zusammenhänge zwischen dieser Variablen und dem Grad der subjektiven Belastung oder Bedürfnis an Unterstützung konnten somit nicht überprüft werden. In der Literatur ist die Befundlage zur Rolle des Bildungsniveaus für den

Belastungsgrad der Angehörigen uneinheitlich (Noh & Turner, 1987; Solomon & Draine, 1995).

Von Vorteil ist die Rekrutierung der Angehörigen über unsere Versorgungseinrichtung, wodurch auch weniger engagierte und eventuell auch weniger belastete Angehörige einbezogen wurden als in Studien, die ihre Rekrutierung über Angehörigenselbsthilfegruppen durchführten.

6. Schlussfolgerung

Die Angehörigen in unserer Untersuchung gaben unabhängig von den oben erwähnten Unterschieden eine große Zahl an Problembelastungen und konkreten Unterstützungswünschen an. Die Unterstützungswünsche der Angehörigen richteten sich eindeutig an die Institutionen des Gesundheitssystems und hier vor allem an die Behandler oder Zuweiser mit dem Wunsch nach Information, Beratung und Unterstützung in vielen Bereichen, die die Krankheit betreffen. Wie Scherrmann et al. (1992) bereits zeigen konnte trägt Informationsvermittlung deutlich zur Entlastung der Angehörigen bei: eine Evaluation von Gruppenangeboten für Angehörige schizophrener PatientInnen erbrachte, dass Angehörige sich im Durchschnitt entlasteter fühlten und die Gruppe auch als hilfreicher erlebten, wenn strukturierte Informationsvermittlung mit angeboten wurde, als wenn es sich um reine Gesprächsgruppen handelte. In der Verhaltenstherapie hat Informationsvermittlung seit langem als therapeutisches Element seinen festen Platz.

Informationsvermittlung kann helfen, Sichtweisen und Erwartungen zu verändern. Complianceprobleme der kranken Familienmitglieder und deren krankheitsbedingte Verhaltensauffälligkeiten können hierdurch besser verstanden werden und würden hierdurch von Angehörigen weniger auf die eigene Person bezogen. Angehörige können sich hierdurch von irrationalen Schuldgefühlen entlasten, welche neben anderen Faktoren vielleicht auch ein Grund für eine teilweise berichtete fehlende Bereitschaft zu Annahme vorhandener Hilfsangebote sein kann. Das Risiko für Folgeerkrankungen bei den Angehörigen selbst - und unsere Daten unterstreichen dieses Risiko eindeutig - könnte sinken. Meines Erachtens ist folgende Einstellung im Umgang mit Angehörigen sinnvoll und zielführend: Angehörige sind weniger ein ätiologischer oder aufrechterhaltender Faktor für die Erkrankung eines Familienmitgliedes, sondern sie stellen die beste Chance für eine schnelle und effektive Bewältigung der Krankheit dar, wenn man ihnen hilft, sich selbst zu schützen und sie dabei unterstützt, zu Experten für das jeweiligen Krankheitsbild zu werden (Gowers et al., 2000).

Denn wie gesagt: Information und Know-how geben Sicherheit, erhöhen die Selbstwirksamkeit und beugen hierdurch beispielsweise einem burn-out vor.

Welche Möglichkeiten hierzu bestehen, wurde unter den Punkten 2.4 bis 2.6 dieser Arbeit dargelegt. Diefenbach et al. (2001) fordern: „Angehörigengruppen kommen vielfältige Aufgaben im Hinblick auf die Informationsvermittlung sowie die Entlastung der Angehörigen zu. Sie sollten zum Standardangebot jeder psychiatrischen (und psychosomatischen; Einschub des Autors) Institution gehören“. Obwohl die Situation Angehöriger schizophrener PatientInnen besser untersucht ist und mehr bereits manualisierte Programme zur Unterstützung und Einbeziehung der Angehörigen zur Verfügung stehen, scheint die praktische Umsetzung dieser Konzepte noch nicht flächendeckend zu funktionieren. Zwar wurden Aspekte der Angehörigenarbeit in den Katalog der Facharztausbildungen übernommen, dennoch sucht man in Fachbüchern meist vergeblich nach einem Kapitel über Angehörigenarbeit. Angehörigenarbeit wird von den Kassen nicht finanziert. Ein Aspekt, der sicherlich mitverantwortlich für diesen Missstand ist. Auch Angehörigenverbände fordern inzwischen unter anderem Psychoedukation für Angehörige auf Krankenschein. Die kürzlich veröffentlichte Worldwide Charter for Action on Eating Disorders, welche von einer großen Zahl von Gesellschaften zur professionellen Behandlung von Essstörungen unterstützt wird, fordert für Angehörige das Recht ein, informiert und wie ein gleichwertiger Behandlungspartner geschätzt und respektiert zu werden (www.aedweb.org).

Dem bleibt nichts hinzuzufügen.

Holmer Graap

7. Zusammenfassung

Diese Studie versucht, die konkreten Bedürfnisse und den Bedarf an Unterstützung von Angehörigen schizophrener und essgestörter PatientInnen zu erheben. Dies erscheint uns deshalb so wichtig, da Angehörige die wichtigste Versorgungsinstanz für PatientInnen (nicht nur) dieser Störungsbilder darstellen. Ihre Probleme bei dieser Aufgabe wurden von der Wissenschaft bislang unzureichend untersucht, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass bei den Angehörigen ein hoher, ungedeckter Unterstützungsbedarf besteht. Um Abhilfe leisten zu können ist es wichtig zu wissen, welche Unterstützungsangebote für welche Angehörige hilfreich und sinnvoll wären. Wir möchten außerdem klären, ob es Bedarfs- und

Bedürfnisunterschiede an Unterstützung zwischen den Angehörigen von schizophrenen und esssgestörten PatientInnen gibt.

Hierzu wurde mit 16 Angehörigen anorektischer und 16 Angehörigen bulimischer PatientInnen sowie 30 Angehörigen schizophrener PatientInnen ein strukturiertes Interview, das Carers Needs Assessment (CNA) durchgeführt, welches in 18 Problembereichen die Problembelastung und die jeweiligen sinnvollen Unterstützungsmöglichkeiten parallel aus Sicht der Angehörigen und aus Expertensicht erfasst. Des Weiteren wurden konkrete Unterstützungswünsche abgefragt und geklärt, ob ein Unterstützungsbedarf vorliegt und wenn ja, ob dieser gedeckt oder ungedeckt ist. Zudem wurden der General Health Questionnaire (GHQ-12, Linden et al., 1996), die Short Form-36 Health Survey (SF-36, Bullinger und Kirchberger, 1998) und der Fragebogen zur persönlichen Belastung (BI, Zarit et al., 1980) vorgegeben.

Der Schweregrad der Erkrankung der PatientInnen wurde bei esssgestörten PatientInnen mit der Eating Disorder Examination (EDE, Fairburn und Cooper, 1993) und bei schizophrenen PatientInnen mit der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Kay, Opler und Fiszbein, 1992) erhoben. Es wurde geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung der PatientInnen und dem Bedarf und den Bedürfnissen an Unterstützung bei den Angehörigen besteht.

Die Untersuchung wurde an PatientInnen und deren Angehörigen der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie und der Klinik mit Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Erlangen durchgeführt.

Die Angehörigen essgestörter PatientInnen waren im Durchschnitt 41 Jahre (SD 12,0) alt, die Angehörigen schizophrener PatientInnen 52 Jahre (SD 10,7). Es nahmen vor allem Mütter und Lebenspartner der PatientInnen an der Untersuchung teil. Es stellte sich als notwendig heraus, zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer PatientInnen zu differenzieren.

Im CNA zeigten sich bei allen drei Angehörigengruppen ausgeprägte Problembelastungen vor allem in den Bereichen Sorge um den Kranken, Kommunikationsprobleme mit dem Kranken, Gefühl des „burn-out“ und fehlende Informationen über Krankheitsrückfälle. Die Angehörigen wünschten sich vor allem Unterstützung in Form von persönlicher Beratung und konkreter Unterstützung durch Mitarbeiter des Behandlungsteams, persönliche Information durch die behandelnden Ärzte

sowie Familiengespräche und schriftliches Informationsmaterial. Im GHQ-12 und im BI zeigten beide Angehörigengruppen Belastungen, wobei Angehörige bulimischer PatientInnen in einigen Bereichen geringere Belastungen als Angehörige anorektischer und schizophrener PatientInnen aufwiesen. Auch die Lebensqualität war in mehreren Skalen des SF-36 bei den Angehörigen anorektischer und schizophrener PatientInnen deutlich schlechter als in der Normpopulation. Überraschenderweise zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung beider Patientengruppen im EDE und in der PANSS und dem Bedürfnis der Angehörigen nach Unterstützung im CNA.

Angehörige von essgestörten und schizophren erkrankten PatientInnen sind durch Probleme im Zuge der Versorgung deutlich belastet und äußern ein hohes ungedecktes Bedürfnis an Unterstützung in verschiedenen Bereichen. Bezeichnend ist der Wunsch nach persönlicher Unterstützung, Hilfe oder Schulung durch professionelle Helfer des Gesundheitssystems.

8. Verzeichnisse

8.1 Literatur:

- Andersen, A.E. (1985): *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Angermeyer, M., & Döhner, O.(1980). Die Familie in der Auseinandersetzung mit der schizophrenen Erkrankung des Sohnes. *Gruppenpsychother Gruppensdynamik*,16, 35–59.
- Aschoff-Pluta, R., Bell, V., Blumenthal, St.; Lungershausen, E. & Vogel, R. (1984). Familiäre Belastungen als Folge psychischer Erkrankung eines Angehörigen. *Fortschritte der Medizin*,102, 31-32, 785-790
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Holzinger, A. (1997): Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 24, 215 – 220.
- Baronet, A.M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19, 819 – 841.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haly, J. & Weakland, J.H. (Hrsg.). (1984). Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haly & J.H. Weakland (Hrsg.). *Schizophrenie und Familie (S. 11 - 43)*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Bäuml, J., Kissling, W., & Pitschel-Walz, G. (1996). Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance. *Nervenheilkunde*, 15, 145-150.
- Bebbington, P.E., & Kuipers, E. (1995). Predicting relapse in schizophrenia: Gender and expressed emotion. *International Journal of Mental Health*, 24, 7 – 22.
- Behrendt, B. (2004). *Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophren oder schizoauffektiv Erkrankter : Manual für Gruppenleiter*. Tübingen : dgvt-Verlag.
- Bindl, W.(2003): *Die Belastung von Angehörigen schizophren Erkrankter – und der Einfluss von soziodemographischen Variablen, von Erkrankungsparametern, Teilnahme an*

- Angehörigengruppen sowie von der Compliance der Patienten.* Dissertation an der Technischen Universität München.
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R.C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 953-961.
- Boye, B., Bentsen, H., Ulstein, I., Notland, T. H., Lersbryggen, A., Lingjærde, O., & Malt, U. F. (2004). Relatives distress and patient's symptoms and behaviors: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 42 – 50.
- Bramesfeld, A.(2003). Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? *Psychiatrische Praxis*, 30, 256-265.
- Brewin, C., Wing, J., Mangan S., Brugha T., & MacCarthy B.(1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 17, 971-981.
- Brown, G.W., Birley, J.L., & Wing, J.K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L.(1985). *Social support, self-esteem and depression*. London, Dept. of Social Science & Social Policy, Royal Holloway & Bedford New College, Manuskript
- Bruch, H.(1973) *Eating Disorders; Obesity, Anorexia nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books Inc., Publishers. (Dt.: Bruch, H. (1997). *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt a.M.: Fischer.)
- Buchkremer, G., & Rath, N. (Hrsg.). (1989). *Therapeutische Angehörigenarbeit bei schizophrenen Patienten*. Bern: Huber.
- Buchkremer, G., & Lewandowsky, G.(1987). Therapeutische Angehörigenarbeit bei schizophrenen Patienten: Rationales, Konzept und praktische Anleitung. *Psychiatrische Praxis*, 14, 73-77.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I.(1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Hogrefe:Göttingen.

- Cierpka, M. (Hrsg.). (1991). *Psychodynamische Konzepte*. Berlin: Springer.
- Ciampi, L. (1985). Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung – Eine Hypothese und ihre therapeutischen Konsequenzen. In H. Stierlin & L.C. Wynne (Hrsg.). *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie*. (S. 59-72). Berlin: Springer.
- Clausen, J.A., & Yarrow, M.R.(1955). The impact of mental illness on the family. *Journal of Social Issues*, 11; 3 – 64.
- Cobb, S.(1979). Social support and health through the life course. In: M.W. Riley (Hrsg.): *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*. Colorado, Boulder:West Vilw Press.
- Cohen, D., & Thomas, L.(1996). Needs of carers of people with long-term mental illness in Mid Glamorgan. *Psychiatric Bulletin*, 20, 131-133.
- Cohen, S., & Wills, T.A.(1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coyne, J. C. (1976a). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Cuijpers, P. & Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*, 51(3), 375-379.
- Deister, A., & Marneros, A.(1992). Geschlechtsabhängige Unterschiede bei endogenen Psychosen.Ein Vergleich zwischen schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Psychosen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 60, 407–419.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: APA. (Deutsche Bearbeitung: Koehler, K., & Saß, H. (1984). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III)*. Weinheim: Beltz.)
- Diefenbacher, A., Schappach, S., & Knipsel, F. (2001). Aufgaben, Struktur und Ergebnisse von Angehörigengruppen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 22, 24.

- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt M.(Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10*. Bern Göttingen: Verlag Hans Huber
- Dörner, K. (1987). Handwerksregeln für Angehörigengruppen. In K. Dörner, A. Egetmayer & K. Koenning (Hrsg.). *Freispruch der Familie*. (S. 59-98). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In I. G. Sarason, B. R. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: Wiley.
- Dyck, D.G., Short, R., & Vitaliano, P.P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61, 411-419.
- Eckman, T.A., Wirshing, S.R., Marder, R.P., Liberman, K., Johnson-Cronk, K., Zimmermann, K., & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.
- Eissler, I., Dare, C., Russel, G.F., Smukler, G., le Grange, D., & Dodge, E.(1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow up. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 1025-30.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L.(1987). The Burden of Care: The Impact of Funktional Psychiatric Illness on the Patient`s Family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1993): The Eating Disorder Examination (12. Auflage). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Hrsg.): *Binge Eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press
- Fairburn, C.G. (1995). *Essattacken stoppen*. Ein Selbsthilfeprogramm. Bern: Huber
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H.B., et al. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical

- outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- Fiedler, P. (1995). Psychoedukative Verhaltenstherapie in Gruppen – Eine systematische, stichwortorientierte Übersicht über zugängliche Konzepte und Therapiemanuale. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 16, 35-53.
- Frietsch, R., & Löcherbach, P.(1995). Soziale Unterstützung als Handlungsansatz in der Sozialen Arbeit. In: R. Ningel. und W. Funke. (Hrsg.): *Soziale Netze in der Praxis* (S. 40-53). Göttingen: Hogrefe
- Grad, J., & Sainsbury, P.(1966). Problems of caring for the mentally ill at home. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59, 20-23.
- Goldberg, D.F., & Hillier, V.F.(1979). A scaled version and the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 15, 139-145.
- Goldberg, D, Gater, R., Sartorius, N., Üstün, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in the general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P.R.A. & Steinberg, M.R. (1978). Drug and Family Therapy in the Aftercare of Acute Schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10, 105-115.
- Gowers, S.G., Weetmann, J., Shore, A., Hossain, F., & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 48, 712-718.
- Haigh, R., & Treasure, J.(2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: development of the Carers Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11(2), 125-141.

- Hambrecht, M., & Häfner, H.(1992). Sind die Geschlechtsunterschiede bei Schizophrenie transnational stabil ? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 143(6), 525–540.
- Hessel, A., Plöttner, G., & Geyer, M. (2004): Häufigkeit somatoformer Beschwerden, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen. In: G. Plöttner (Hrsg.), *Psychotherapeutische Versorgung und Versorgungsforschung. PPM Psychotherapie-Psychosomatische Medizin, Band 1*. Leipzig: Universitätsverlag.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Ohms, M. (2004). Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungsinterviews. *Diagnostica*, 50, 98-106.
- Hoenig, J., & Hamilton, M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165–176.
- Hoenig, J., & Hamilton, M.W.(1969). *The desegregation of the mentally ill*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Hogman, G., & de Vleeschauwer, R.(1996). Die stummen Partner: die Bedürfnisse der Angehörigen psychisch Kranker – ein europäischer Überblick. European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI).
- Hornung, W.P., Feldmann, R., Schonauer, K., Schäfer, A., Schulze-Mönking, H., Klingberg, S., Buchkremer, G. (1999). Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. II. Ergänzende Befunde der 2-Jahres-Katamnese. *Nervenarzt*, 70, 444-449.
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Reading Mass.: Addison-Wesley.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D.(1988). Social relationship and health. *Science*, 241, 540-545.
- Jantschek, G., & Jantschek, I.(1989). Familientherapie. Eßgestörte und ihre Familien: Veränderungspotentiale und therapeutische Systeme. In: H. Feiereis. (Hrsg.),

- Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie* (S. 229-244). Marseille Verlag: München.
- Joyce, J., Leese, M., & Smukler, G.(2000). The Experience of Caregiving Inventory: further evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 185-189.
- Jungbauer, J., Bischof, J., & Angermeyer, M. C.(2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105–114.
- Katschnig, H., Simon, M., & Kramer, B. (1994). Die Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten - Erste Ergebnisse einer Umfrage. In: H. Katschnig und P. König (Hg.). *Schizophrenie und Lebensqualität* (S. 241-250). Wien: Springer Verlag.
- Katschnig, H., Simon, M., & Kramer, B.(1997). Wie sie leben, wie sie leiden, was sie hoffen - Die Ergebnisse einer Umfrage bei Angehörigen von psychisch Kranken. *Kontakt*, 20(Sonderheft Oktober), 1-18.
- Katschnig, H., & Konieczna, T.(1989). Neue Formen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: H. Katschnig (Hg.), *Die andere Seite der Schizophrenie, Patienten zu Hause* (3. Auflage).München: Edition Psychiatrie, Psychologie Verlags Union.
- Kay, S.R., Opler, L.A. & Fiszbein, A. (1992). *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Manual*. North Tonawanda, New York: Multi Health Systems, Inc.
- Klingberg, S., & Buchkremer, G. (1998). Zusammenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten – Suche nach optimaler Unterstützung für den Betroffenen. In: W. Binder & W. Bender (Hrsg.), *Angehörigenarbeit in der Psychiatrie* (S. 23-46). Köln: Claus Richter Verlag.
- Klusmann, D. (1986). *Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung. Eine Übersicht und ein Interviewleitfaden*. Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der Universität Hamburg.
- Klusmann, D., & Angermeyer, M.C. (1989). Soziales Netzwerk: Ein Konzept für die Psychiatrie?. In: M. C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), *Soziales Netzwerk. Ein Konzept für die Psychiatrie* (S. 311-320). Heidelberg: Springer Verlag.

- Knoll, N., & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In: N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider & R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie X: Gesundheitspsychologie, Bd.1*, (S. 333-350). Göttingen: Hogrefe.
- Kog, E., & Vandereycken, W.(1989). Family Interaction in Eating Disorder Patients and Normal Controls. *The International Journal of Eating Disorders*, 8, 11-23.
- Köhle, K., Simons, C., & Jung, K.(1996). Anorexia nervosa. In: T. v.Uexküll, *Psychosomatische Medizin* (S. 599-615). Herausgegeben von: Adler, R.H., Hermann, J.M., Köhle, K., Schonecke, O.W., v. Uexküll, T., Wesiack, W. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 5.Auflage
- Kuipers, L., Berkowitz, R., Fries, E., & Leff, J. (1983). Familienerfahrungen mit der Schizophrenie: Möglichkeiten der Modifikation. *Der Nervenarzt*, 54, 139-143.
- KBV- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001). *Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2001*. Retrieved Mai 2002 from <http://www.kbv.de/publikationen/190.htm>
- Landis, J., & Koch, G.(1977). The measurement of observer agreement for categorical data, *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leff, J.P., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R. & Sturgenor, D.A. (1982). A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Lewandowski, L. & Buchkremer, G. (1988). Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Ergebnisse zweijähriger Verlaufsuntersuchungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17, 210-224.
- Libermann, R.P., Corrigan, P.W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 56, 238-249.

- Lidz, Th., Cornelison, A., Fleck, S. & Terry, D. (1984). Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe. In G. Bateson et al. (1984). *Schizophrenie und Familie* (S. 108-127). Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C, et al. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610.
- Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H., & Benkert, O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt*, 67, 205-215.
- Linehan, M.M. (1996 b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursery*, 21, 248–255.
- Lowenthal, M.F., & Berkman, P. (1967). *Aging and mental disorder in San Francisco*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MacCarthy, B., Lesage, A., Brewin, C., Brugha, T., Mangen, S., & Wing, J. (1989). Needs for care among the relatives of long-term users of day care: a report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine*, 19, 725-736.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., et al. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED-1 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 109-115.
- Magliano, L., Fadden, G., Fiorillo, A., Malagone, C., Sorrentino, D., Robinson, A., & Maj, M. (1999). Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives ? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 10–15.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J., Held, T., et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED-1 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 405-412.

- Manz, R. (1994). *Zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Integration für psychische Erkrankungen: konzeptionelle und methodische Probleme*. Regensburg: Roderer.
- Massing, A., Reich, G., Sperling, E. (1999). *Die Mehrgenerationenfamilientherapie*. 4. Auflage. Göttingen: Vanddenhoeck & Ruprecht
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1983). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press (Dt.: Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L. (1983). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta)
- Mors O, Sörensen L V, & Therkildsen M L. (1992). Distress in the relatives of psychiatric patients admitted for the first time. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 337–344.
- Möller, H.J., Müller, W.E., & Volz, H.P. (2000). *Psychopharmakotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Munk-Jorgensen, P. (1999). Has deinstitutionalisation gone to far? *European archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* , 249, 136-143.
- Noh, S., & Turner, R.J.(1987). Living with psychiatric patients: implications for the mental health of the family members. *Social Science & Medicine*, 25, 263–702.
- Noh, S., & Avison, W.R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 377-389.
- Nuechterlein, H.H., & Dawson, M..A (1984). heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experiences of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 256-268.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness in the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.

- Pollio, D.E., North, C.S., & Foster, D.A. (1998). Content and curriculum in psychoeducation groups for families of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 34, 413-425.
- Priebe, S., Huxley, P., & Burns, T. (1999). Who needs needs? *European Psychiatry*, 14, 186-188.
- Provencher, H.L., & Mueser, K.T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26, 71-80.
- Ratcliffe, W.D., Zelhart, P.F., & Azim, H.F.A. (1978). *Social networks and psychopathology*. Canada: Department of Psychology, University of Alberta.
- Reichle, B. (2000). Nonsupport in Partnerschaften: Die negative Seite sozialer Unterstützung. In: E. H. Witte. & C. Bleich (Hrsg.), *Sozialpsychologie des Stresses und sozialer Unterstützung (S. 89-111)*. Berlin: Pabst.
- Richter, Th. (1997). *Leben mit einem psychisch Kranken: Formen des Umgangs und der Bewältigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. & Hodel, B. (1988). *Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. München-Weinheim: Psychologie-Verlagsunion.
- Russel, G.F., Smukler, G.I., Dare, Ch., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 44, 1047-50.
- Samele, C., & Manning, N. (2000). Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *European Psychiatry*, 15, 196-204.
- Santonastaso, P., Saccon, D., & Favaro, A. (1997). Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 1, 44-48.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and social Psychology*, 44, 127-139.

- Schene, A.H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.
- Schene, A., & van Wijngaarden, B. (1995). A survey of an organization for families of patients with serious mental illness in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 46, 807-813.
- Schene, A.H., Tessler, R.C., & Gamache, G.M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 228-240.
- Schene A H. (1990). Objective und subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289–279.
- Scherrmann, T.E., Seizer, H.U., Rutow, R., & Vieten, C. (1992). Bewältigungsstrategien und Belastung von Angehörigen im Verlauf schizophrener Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 19, 66-71.
- Schmid, R., Spießl, H., Vukovich, A., & Cording, C. (2003). Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71, 118-128.
- Smith, J. and Birchwood, M.J. (1987). Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with schizophrenic relatives. *British Journal of Psychiatry*, 150, 645-652.
- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., Mann, A., Wancata, J., Roelands, M., et al.(1999). EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: 1 - factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 651-661.
- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2004): Social Support. In: A. Kaptein & J. Weinman (Eds.). *Introduction to health psychology (pp. 158-182)*. Oxford, England: Blackwell.

- Seeman, M.V., & Hauser, P. (1984). Schizophrenia. The influence of gender on family environment. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 227 – 232. (zit. nach Sibitz I, Amering M, Kramer B, Griengl H, & Katschnig H. (2002). Krankheitsverlauf und Probleme schizophrener erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 148–153.)
- Seide, L.(1992). *Ambulant-systemische Familientherapie oder stationäre Psychotherapie bei Bulimia nervosa-Patientinnen? Eine Vergleichsstudie von Therapieeffekten*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Seligman, M.E.P.: *Erlernte Hilflosigkeit*. Urban & Schwarzenberg, München 1979
- Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J., & Lewis, S. (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 346-355.
- Selvini-Palazzoli, M. (1982). *Magersucht*. Stuttgart: Klett Cotta
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1981). *Paradoxon und Gegenparadoxon, (3. Aufl.)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sibitz, I., Amering, M., Kramer, B., Griengl, H., & Katschnig, H. (2002). Krankheitsverlauf und Probleme schizophrener erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 148 – 153.
- Simon, M.D. (1994). Psychiatriereform und Lebensqualität von Angehörigen von Schizophreniekranken. In: H. Katschnig & P. König (Hrsg.), *Schizophrenie und Lebensqualität (S. 231-239)*. Wien - New York: Springer Verlag.
- Smith J, Birchwood M, Cochrane R, & George S. (1993). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 11-16.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 419-427.

- Sperling, E. (1965). Die "Magersuchtfamilie" und ihre Behandlung. In: J.E. Meyer, & H. Feldmann (Hrsg.), *Anorexia nervosa* (S. 156-160). Stuttgart: Thieme.
- Stevens, A., & Raftery, J. (Hrsg.) (1994). *Health care needs assessment-the epidemiologically based needs assessment reviews*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Surgenor, L.J., Rau, J., Snell, D.L., & Fear, J.L. (2000). Educational needs of eating disorder patients and families. *European Eating Disorders Review*, 8, 59-66.
- Süllwold, L., & Huber, G. (1986) *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Szmukler, G.I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996b). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Porceddu, K., Vaughn, C., & Bamrah, J. (1994). The Salford Family Intervention project for schizophrenic relapse prevention: five and eight year accumulating relapses. *British Journal of Psychiatry*, 165, 829-832.
- Thompson, E.H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family relations*, 31; 379-388.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G., & Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: Working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11, 25-37.
- Uehara, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 132-138.

- Unger, A., Krautgartner, M., Freidl, M., Stelzi-Schöler, R., Rittmannsberger, J., Simhandl, C., Grill, W., Doby, D., Wancata, J. (2006). Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatrie* 19, 4: 141-147
- Vanderlinden, J., Norrè, J., Vandereycken, W., Meermann, R. (1992). *Therapie der Bulimia nervosa. Behandlungskonzepte mit Fallbeispielen*. Stuttgart: Schattauer.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1989). The Influence of a Family –Oriented Inpatient Treatment of Individual and Family Factors in Eating Disorders: An Outcome Study. In: W. Vandereycken., E. Kog, & J. Vanderlinden (Eds.), *The Family Approach to Eating Disorders. Assessment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 161-172). New York, Casta Mesa (CA): PMA Publishing Corp.
- van Haaster, I., Lesage, A., Cyr, M., & Toupin, J. (1994). Problems and needs for care of patients suffering from severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 141-148.
- Vaughn, ,Chr. & Leff, J.P. (1976). The Influence of Family on Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Wancata, J., Gasselseder, M., & Müller, Ch. (1994). Arbeit und Lebensqualität schizophrener Patienten. In: H. Katschnig & P. König (Hg.), *Schizophrenie und Lebensqualität*. Wien-New York: Springer-Verlag
- Wancata, J., & Gössler, R.(1999). Die konsiliarpsychiatrische Versorgung in Österreich. In: A. Diefenbacher (Hrsg.), *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und –psychotherapie* (S. 177-195). Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag.
- Wancata, J. (2002). *Entwicklung eines Instrumentes zur Bedarfs- und Bedürfniserhebung bei Angehörigen von Schizophrenie-Kranken*. Projekt-Bericht an den Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank. Universitätsklinik für Psychiatrie. Wien.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center. The Health Institute.

- Warner, R. (1985). *Recovers from Schizophrenia*. London: Routledge. (zitiert nach Richter, Th.(1997). *Leben mit einem psychisch Kranken: Formen des Umgangs und der Bewältigung*. Göttingen:Hogrefe.)
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1980). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relationships. In: Z. Rubin (Hrsg.), *Doing unto Others*. NJ, Prentice-Hall.
- Wellman, B. (1982a). Applying network analysis to the study of support. In: B.H. Gottlieb (Hrsg.), *Social Networks and Social Support*. London, Sage Publ.
- Whitney, J., Muttay, J., Kay, G., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 444-449.
- Wilms, H.-U., Wittmund, B., & Angermeyer, M.C. (2001): Psychische Erkrankungen bei Partnern psychisch Kranker. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22; 353-371.
- Wilms, H.-U., Bull, N., Wittmund, B., & Angermeyer, M.C.(2005). *Hilfen für Partner psychisch kranker Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Wittmund, B., Bull, N., Musikowski, M., & Angermeyer, M.C.(2005): *Wie kommt es, dass belastete Angehörige nur schwer den Weg in Unterstützungsangebote finden? Zur Inanspruchnahmeentscheidung von Angehörigen psychisch Kranker*.
Posterpräsentation auf dem DGPPN-Kongress in Berlin
- Winefield, H., & Harvey, E. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 619–625.
- Winn, S., Perkins, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A Qualitative Study of the Experience of caring for a Person with Bulimia Nervosa. Part 2: Carers' Needs and Experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 269-279.

Wynne, L. C., Ryckoff, I.M., Day.J. & Hirsch, S.J. (1984). Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In G. Bateson et al., (1984). *Schizophrenie und Familie* (S. 44-80). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J.(1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Zubin, J. und Spring, B. (1977). Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

8.2 Tabellenverzeichnis:

Nummer	Überschrift	Seite
Tabelle 1	Geschlechterverteilung der Angehörigen	062
Tabelle 2	Rolle der Angehörigen	063
Tabelle 3	Zivilstand der Angehörigen	063
Tabelle 4	Berufe der Angehörigen	064
Tabelle 5	Wohnverhältnis von Angehörigem und Patient	065
Tabelle 6	Kontakthäufigkeit zwischen Angehörigem und Patient	065
Tabelle 7	Alter der Angehörigen	066
Tabelle 8	Kontakt der Angehörigen zu psychosozialen Angeboten	067
Tabelle 9	Zusammenhänge einiger soziodemografischer Faktoren mit den Summenscores des GHQ-12, BI und CNA	068
Tabelle 10	Alter der PatientInnen im Vergleich	069
Tabelle 11	Erkrankungsdauer der PatientInnen	070
Tabelle 12	Geschlechtsverteilung der PatientInnen	070
Tabelle 13	Behandlungssetting der PatientInnen bei Interview	071
Tabelle 14	Familienstand der PatientInnen	071
Tabelle 15	Tätigkeit der PatientInnen	072
Tabelle 16	Klinikaufenthalte der PatientInnen	073
Tabelle 17	Kontakte der PatientInnen zu psychosozialen Angeboten	074
Tabelle 18	Anzahl minderjähriger Kinder der PatientInnen	075
Tabelle 19	Anzahl zusätzlicher Angehöriger, die PatientIn versorgen	075
Tabelle 20	Body-Mass-Index der essgestörten PatientInnen	076
Tabelle 21	CNA Problembereiche Essstörungen	079
Tabelle 22	CNA Problembereiche Psychose	081

Tabelle 23	Alterskorrigierte univariate ANCOVA für CNA-Problembereich- Summenscore	084
Tabelle 24	Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Informationen über Essstörungen“	092
Tabelle 25	Bedürfnisse Angehöriger im Bereich “Unterstützung von anderen/Organisationen“	093
Tabelle 26	Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich “Unterstützung für sich selbst“	094
Tabelle 27	Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich “Andere Bereiche, wo Sie Hilfe benötigen könnten“	095
Tabelle 28	Alterskorrigierte univariate ANCOVA für CNA-Interventions- Summenscore	099
Tabelle 29	Bedürfnis an Interventionen : Anzahl der benötigten Interventionen	100
Tabelle 30	Häufigkeit der vorhandenen Probleme, der benötigten Interventionen und des ungedeckten Bedarfs im CNA	100
Tabelle 31	Unterschiede der drei Hauptdiagnosegruppen im BI- Summenscore („burden inventory“; Zarit et al., 1980)	101
Tabelle 32	Vergleich Essstörung-Psychose im BI (Zarit et al., 1980)	103
Tabelle 33	Alterskorrigierte univariate ANCOVA für BI-Summenscore über die drei Diagnosegruppen	104
Tabelle 34	Vergleich Anorexia –Psychose im BI (Zarit et al., 1980)	105
Tabelle 35	Vergleich Bulimie-Psychose im BI (Zarit et al., 1980)	106
Tabelle 36	Vergleich Anorexia-Bulimia im BI (Zarit et al., 1980)	108
Tabelle 37	Alterskorrigierte univariate ANCOVA für GHQ-12- Summenscore	109
Tabelle 38	Vergleich der SF-36-Skalenwerte von Angehörigen der drei Hauptdiagnosegruppen: K-W-Test	110
Tabelle 39	SF-36: Körperliche und psychische Summenscala der drei Diagnosegruppen	112
Tabelle 40	Regressionsanalyse nach Einschlussprinzip zur Vorhersage der Belastung der Angehörigen aufgrund der Skalen der PANSS	117

Tabelle 41	Regressionsanalyse nach Einschlussprinzip zur Vorhersage der Belastung der Angehörigen aufgrund der Skalen der EDE	118
Tabelle 42	Korrelation des GHQ-12-Summenscore mit dem CNA-Bedarfsscore	119
Tabelle 43	Beobachterübereinstimmung Experten-Angehörige im CNA-Interventionsteil	155
Tabelle 44	CNA Essstörungen; Häufigkeit der benötigten Interventionen und Bedürfnisdeckung; nach Reihenfolge der Interventionen (Bedürfnissumme = Bedürfnis, unabhängig vom Deckungsgrad)	159
Tabelle 45	CNA Psychose; Häufigkeit der benötigten Interventionen und Bedürfnisdeckung; nach Reihenfolge der Interventionen (Bedürfnissumme = Bedürfnis, unabhängig vom Deckungsgrad)	163
Tabelle 46	Häufigkeit des Bedürfnisses an Interventionen und der Bedürfnisdeckung in den einzelnen Problembereichen	167
Tabelle 47	CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Essstörung-Psychose	181
Tabelle 48	CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Anorexia-Psychose	183
Tabelle 49	CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Bulimia-Psychose	185
Tabelle 50	CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Anorexia-Bulimia	187

8.3 Abbildungsverzeichnis:

Nummer	Überschrift	Seite
Abbildung 1	Übersicht Essattacken und Essstörungen (Quelle: Fairburn, 1995)	006
Abbildung 2	Ein Störungsmodell der Anorexia und Bulimia nervosa (Quelle: adaptiert nach Fairburn und Harrision, 2004)	010
Abbildung 3	Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell (Quelle: Behrendt, 2004)	016
Abbildung 4	Zusammenhänge zwischen Merkmalen der sozialen Unterstützung. (Quelle: Knoll & Schwarzer, 2005)	042
Abbildung 5	Prozess der Problemeinschätzung und Bedarf-bzw. Bedürf- niseinschätzung	059
Abbildung 6	CNA-Problembereiche: Angehörige anorektischer, bulimischer und schizophrener PatientInnen im Vergleich	083
Abbildung 7	Vergleich der CNA-Problem-Summenscores für Angehörige der drei Diagnosegruppen	085
Abbildung 8	CNA-Unterstützungsbereiche: Essstörungen	088
Abbildung 9	CNA-Unterstützungsbereiche: Anorexia nervosa	089
Abbildung 10	CNA-Unterstützungsbereiche: Bulimia nervosa	090
Abbildung 11	CNA-Unterstützungsbereiche: Psychose	097
Abbildung 12	CNA-Interventionen: die 10 häufigsten Unterstützungs- wünsche der drei Angehörigengruppen im Vergleich	098
Abbildung 13	Vergleich anorektischer, bulimischer und psychotischer PatientInnen hinsichtlich CNA-Interventionsbedarf (deckungsunabhängig)	099
Abbildung 14	Verhältnis Bedürfnisse und ihr Deckungsgrad im CNA.	101
Abbildung 15	SF-36: Vergleich der Diagnosegruppen anhand der z-Werte	111
Abbildung 16	CNA-Unterstützungsmöglichkeiten: Vergleich der Diagnosegruppen hinsichtlich ungedeckten Bedürfnisses	116

8.4 Anhang:

Tabelle 43

Beobachterübereinstimmung Experten - Angehörige bei den CNA- Interventionen

Problem- bereich	Interventionen	Spearman		Kappa	
		Wert	p	Wert	p
1: Information über Krankheit		0,853	0,000	0,777	0,000
	Information durch Mitarbeiter	0,842	0,000	0,851	0,000
	Psychoedukations-Gruppe	0,817	0,000	-----	----
	Schriftliches Informationsmaterial	0,953	0,000	0,903	0,000
2: Information über Behandlung		0,812	0,000	0,752	0,000
	Information durch Mitarbeiter	0,741	0,000	0,766	0,000
	Psychoedukations-Gruppe	0,824	0,000	0,842	0,000
	Schriftliches Informationsmaterial	0,955	0,000	0,946	0,000
3: Information über Rehabilitation		0,903	0,000	0,679	0,000
	Information durch Mitarbeiter	0,912	0,000	0,941	0,000
	Psychoedukations-Gruppe	0,897	0,000	0,892	0,000
	Schriftliches Informationsmaterial	0,845	0,000	0,874	0,000
4: Information über Krankheitsrückfälle		0,921	0,000	0,765	0,000
	Information durch Mitarbeiter	0,850	0,000	0,883	0,000
	Individueller Krisenplan	0,713	0,000	0,753	0,000
	Psychoedukations-Gruppe	0,872	0,000	0,869	0,000
	Schriftliches Informationsmaterial	0,878	0,000	0,914	0,000
5: Kommunikation mit bzw. Erreichbarkeit der Profis		0,893	0,000	0,825	0,000
	Information Erreichbarkeit im Normalfall	0,921	0,000	---	----
	Information Erreichbarkeit für Notfälle	0,918	0,000	---	---
	Information über Krisen- und Notfalldienste	0,908	0,000	0,902	0,000
	Versuch der Profis die Kommunikation zu verbessern	0,940	0,000	0,907	0,000

Fortsetzung Tabelle 43

Problem- bereich	Interventionen	Spearman		Kappa	
		Wert	p	Wert	p
6: Stigma; bedrohliches Bild der Psychiatrie		0,844	0,000	0,755	0,000
	Information durch Mitarbeiter	0,830	0,000	0,819	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,835	0,000	---	---
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	0,815	0,000	0,787	0,000
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	0,957	0,000	0,843	0,000
7: Kommunikationsprobleme mit dem Kranken		0,927	0,000	0,818	0,000
	Einzelgespräch mit Mitarbeiter	0,973	0,000	0,970	0,000
	Familiengespräch mit Mitarbeiter	0,838	0,000	0,793	0,000
	Kennenlernen anderer Angehörigen	0,914	0,000	0,893	0,000
	Getrennte Wohnmöglichkeit für Kranken	0,909	0,000	0,819	0,000
	Tagesprogramm oder geschützte Arbeit für Kranken	0,961	0,000	---	---
	Einbindung von Profis in Alltagsbetreuung	0,900	0,000	0,870	0,000
8: Probleme durch Krankheitsrückfälle bzw. Krisen		0,974	0,000	0,921	0,000
	Hausbesuch durch Krisendienst	0,884	0,000	0,869	0,000
	Krisentelephon	0,923	0,000	0,946	0,000
	Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person	0,829	0,000	0,814	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,971	0,000	0,948	0,000
9: Belastungen durch das Verhalten des Kranken		0,978	0,000	0,951	0,000
	Hausbesuche durch Profis	0,942	0,000	---	---
	Einbindung von Profis in Alltagsbetreuung.	1,000	0,000	0,905	0,000
	Heimhilfe für Kranken	0,954	0,000	1,000	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,905	0,000	0,946	0,000
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	0,827	0,000	0,896	0,000
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	0,886	0,000	0,822	0,000
10: Belastungen durch frühere Ereignisse		0,922	0,000	0,872	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,949	0,000	0,832	0,000

Fortsetzung Tabelle 43

Problem- bereich	Interventionen	Spearman		Kappa	
		Wert	p	Wert	p
	Familiengespräch mit Mitarbeiter	0,872	0,000	0,912	0,000
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	0,787	0,000	0,861	0,000
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	0,962	0,000	0,766	0,000
11: Finanzielle Belastungen		0,935	0,000	0,858	0,000
	Beratung durch Sozialarbeiter	0,823	0,000	0,922	0,000
	Staatliche Entschädigung („Pflegegeld“)	0,904	0,000	---	---
12: Sorgen / Enttäuschung bez. Krankheit		0,836	0,000	0,784	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,904	0,000	0,860	0,000
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	0,847	0,000	0,837	0,000
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	0,821	0,000	0,783	0,000
13: Schuldgefühle; Vorwürfe von anderen		0,926	0,000	0,849	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,823	0,000	0,790	0,000
	Familiengespräch mit Profi	0,865	0,000	0,880	0,000
	Gespräch mit Familienmitgliedern, die Vorwürfe machen	0,723	0,000	0,703	0,000
	Psychoedukations-Gruppe	0,953	0,000	0,951	0,000
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	0,955	0,000	0,952	0,000
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	0,957	0,000	0,954	0,000
14: Zu wenig Zeit für sich selbst haben		0,917	0,000	0,823	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,907	0,000	---	---
	Tagesprogramm oder geschützte Arbeit für Kranken	0,870	0,000	0,870	0,000
	Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person	0,688	0,000	0,679	0,000
	„Urlaubspflege“	0,829	0,000	0,828	0,000
	Betreuter Urlaub für den Kranken	0,835	0,000	0,831	0,000
15: Zu wenig Kontakte; Spannungen in der Familie		0,923	0,000	0,841	0,000
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	0,837	0,000	0,820	0,000
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	0,648	0,000	0,620	0,000

Fortsetzung Tabelle 43

Problem- bereich	Interventionen	Spearman		Kappa	
		Wert	p	Wert	p
	Beratung durch Mitarbeiter	0,928	0,000	0,922	0,000
	Paar-Therapie	1,000	0,000	1,000	0,000
16: Schwierigkeiten, da Kranker in der gleichen Wohnung wohnt		0,828	0,000	0,711	0,000
	Beratung durch Sozialarbeiter	0,816	0,000	---	---
	Getrennte Wohnmöglichkeit für Kranken	0,692	0,000	0,590	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,807	0,000	0,655	0,000
17: Minderjährige Kinder oder Geschwister		0,874	0,000	0,687	0,000
	Professionelle Hilfe bei Erziehung / Betreuung	1,000	0,000	1,000	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,887	0,000	0,880	0,000
	Finanzielle Unterstützung	1,000	0,000	1,000	0,000
	Spezielle Angehörigen-Runde	0,802	0,000	0,783	0,000
18: Selbst „ausgebrannt“ oder psychisch / körperlich krank		0,853	0,000	0,708	0,000
	Beratung durch Mitarbeiter	0,724	0,000	0,669	0,000
	externe Beratung / Psychotherapie	0,821	0,000	0,766	0,000
	Medikamentöse Behandlung	0,798	0,000	0,687	0,000
	Körperliche Untersuchung / Behandlung	0,944	0,000	0,869	0,000

Tabelle 44

CNA Essstörungen ; Häufigkeit der benötigten Interventionen und Bedürfnisdeckung; nach Reihenfolge der Interventionen (Bedürfnissumme = Bedürfnis, unabhängig vom Deckungsgrad)

Interventions		Kein Bedarf	Über-versorgung	Ungedeckter Bedarf	Teilweise Gedeckter Bedarf	Gedeckter Bedarf	Bedarf summe
Entwicklung eines individuelle Krisenplanes mit einem Mitarbeiter	Carer	25	0	71,9	3,1	0	75
	Interviewer	18,8	0	78,1	3,1	0	81,2
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Normalfall	Carer	59,4	0	34,4	3,1	3,1	40,6
	Interviewer	53,2	0	40,6	3,1	3,1	46,8
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Notfall	Carer	50	0	46,9	3,1	0	50
	Interviewer	43,8	0	53,1	3,1	0	56,2
Informationen über Krisen- und Notfalldienste	Carer	65,6	0	28,1	6,3	0	34,4
	Interviewer	65,6	0	28,1	6,3	0	34,4
Versuch der Ärzte, die Kommunikation zu verbessern	Carer	68,7	0	31,3	0	0	31,3
	Interviewer	62,5	0	34,4	3,1		37,5
Individuelle Beratung über Arbeitsweise der Psychiatrie	Carer	100	0	0	0	0	0
	Interviewer	96,9	0	3,1	0	0	3,1
Beratung über Umgang mit Vorurteilen	Carer	90,6	0	9,4	0	0	9,4
	Interviewer	84,4	0	15,6	0	0	15,6
Einzelgespräche, um adäquatere Kommunikation zu erlernen	Carer	28,1	0	68,8	3,1	0	71,9
	Interviewer	28,1	0	68,8	3,1	0	71,9

Fortsetzung Tabelle 44

Interventions		Kein Bedarf	Über- versorgung	Ungedeckter Bedarf	Teilweise Gedeckter Bedarf	Gedeckter Bedarf	Bedarf summe
Kennenlernen von Angehörigen und Kranken	Carer	43,7	0	40,6	6,3	9,4	56,3
	Interviewer	43,7	0	40,6	6,3	9,4	56,3
Krisendienst, der Kranken bzw. Familie zu Hause aufsucht	Carer	78,1	0	21,9	0	0	21,9
	Interviewer	78,1	0	21,9	0	0	21,9
Anlaufstelle oder Krisentelefon	Carer	56,3	0	37,5	3,1	3,1	43,7
	Interviewer	56,3	0	37,5	3,1	3,1	43,7
Hausbesuch beim Kranken	Carer	84,4	0	12,5	3,1	0	15,6
	Interviewer	81,3	0	15,6	3,1	0	18,7
Heimhilfe für Kranken	Carer	93,8	0	3,1	3,1	0	6,2
	Interviewer	93,8	0	3,1	3,1	0	6,2
Vermittlung eines Mitarbeiters mit Familienmitgliedern	Carer	93,7	0	6,3	0	0	6,3
	Interviewer	90,6	0	9,4	0	0	9,4
Betreuung des Kranken während des Urlaubs	Carer	90,6	0	9,4	0	0	9,4
	Interviewer	96,9	0	3,1	0	0	3,1
Betreute Urlaubsmöglichkeit für Kranken	Carer	84,4	0	12,5	3,1	0	15,6
	Interviewer	90,6	0	6,3	3,1	0	9,4
Paar-Therapie	Carer	84,4	0	15,6	0	0	15,6
	Interviewer	84,4	0	15,6	0	0	15,6
Professionelle Hilfe bei Kindererziehung	Carer	90,6	0	6,3	3,1	0	9,4
	Interviewer	90,6	0	6,3	3,1	0	9,4

Fortsetzung Tabelle 44

Interventions		Kein Bedarf	Über-versorgung	Ungedeckter Bedarf	Teilweise Gedeckter Bedarf	Gedeckter Bedarf	Bedarf summe
Beratung durch MA, wie Kinder Krankheit zu erklären sei	Carer	96,9	0	3,1	0	0	3,1
	Interviewer	93,7	0	6,3	0	0	6,3
Spezielle Angehörigenrunden unter Leitung eines MA	Carer	93,7	0	6,3	0	0	6,3
	Interviewer	87,5	0	12,5	0	0	12,5
Psychotherapie für Angehörigen	Carer	65,6	0	15,6	6,3	12,5	34,4
	Interviewer	53,1	0	28,1	6,3	12,5	46,9
Medikamentöse Therapie des Angehörigen	Carer	84,3	0	0	6,3	9,4	15,7
	Interviewer	62,4	0	21,9	6,3	9,4	37,6
Körperliche Untersuchung des Angehörigen	Carer	65,6	0	0	6,3	28,1	34,4
	Interviewer	59,4	0	3,1	12,5	25	40,6
Persönliche Information und Erklärung durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams	Carer	9,3	0	81,3	9,4	0	90,7
	Interviewer	12,5	0	78,1	9,4	0	87,5
Psychoedukative Gruppe	Carer	18,8	0	78,1	3,1	0	81,2
	Interviewer	18,8	0	78,1	3,1	0	81,2
Schriftliches Informationsmaterial	Carer	15,6	0	46,9	37,5	0	84,4
	Interviewer	15,6	0	43,8	40,6	0	84,4
Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	Carer	46,9	0	40,6	3,1	9,4	53,1
	Interviewer	40,6	0	46,9	3,1	9,4	59,4
Experten-geleitete-Angehörigengruppe	Carer	40,6	0	59,4	0	0	59,4
	Interviewer	40,6	0	59,4	0	0	59,4

Fortsetzung Tabelle 44

Interventions		Kein Bedarf	Über-versorgung	Ungedeckter Bedarf	Teilweise Gedeckter Bedarf	Gedeckter Bedarf	Bedarf summe
Beratung und Unterstützung des Angehörigen durch Mitarbeiter	Carer	9,4	0	75	15,6	0	90,6
	Interviewer	6,3	0	78,1	15,6	0	93,7
Familiengespräche mit Mitarbeiter	Carer	12,5	0	50	37,5	0	87,5
	Interviewer	9,4	0	37,5	53,1	0	90,6
Sozialarbeiterische Beratung	Carer	84,4	0	12,5	3,1	0	15,6
	Interviewer	84,4	0	12,5	3,1	0	15,6
Case Management	Carer	50	0	46,9	3,1	0	50
	Interviewer	56,3	0	40,6	3,1	0	43,7
Erarbeiten eines Tagesprogrammes oder geschützte Arbeit für den Kranken	Carer	84,4	0	12,5	3,1	0	15,6
	Interviewer	84,4	0	12,5	3,1	0	15,6
Finanzielle Unterstützung	Carer	90,6	0	9,4	0	0	9,4
	Interviewer	90,6	0	9,4	0	0	9,4
Zeitweilige Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person zu Hause	Carer	90,6	0	9,4	0	0	9,4
	Interviewer	90,6	0	9,4	0	0	9,4
Getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken	Carer	75	0	9,4	0	15,6	25
	Interviewer	59,2	0	25	0	15,8	40,8

Tabelle 45

CNA Psychose; Häufigkeit der benötigten Interventionen und Bedürfnisdeckungsgrad; nach Reihenfolge der Interventionen (Bedürfnissumme = Bedürfnis, unabhängig vom Deckungsgrad)

Interventions		Kein Bedarf	Überversorgung	Ungedeckter Bedarf	Teilweise Gedeckter Bedarf	Gedeckter Bedarf	Bedarfs summe
Entwicklung eines individuelle Krisenplanes mit einem Mitarbeiter	Carer	46,7	0	53,3	0	0	53,3
	Interviewer	30	0	66,7	3,3	0	70
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Normalfall	Carer	66,7	3,3	26,7	3,3	0	30
	Interviewer	70	0	20	6,7	3,3	26,7
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Notfall	Carer	63,3	0	26,7	10	0	36,7
	Interviewer	63,3	3,3	23,3	10	0	33,3
Informationen über Krisen- und Notfalldienste	Carer	63,3	0	33,3	3,3	0	36,6
	Interviewer	60	0	36,7	3,3	0	40
Versuch der Ärzte, die Kommunikation zu verbessern	Carer	53,3	0	36,7	10	0	46,7
	Interviewer	53,3	0	36,7	10	0	46,7
Individuelle Beratung über Arbeitsweise der Psychiatrie	Carer	60	3,3	23,3	10	3,3	33,3
	Interviewer	56,7	3,3	26,7	10	3,3	36,7
Beratung über Umgang mit Vorurteilen	Carer	66,7	3,3	30	0	0	30
	Interviewer	60	0	36,7	3,3	0	40
Einzelgespräche, um adäquatere Kommunikation zu erlernen	Carer	33,3	0	53,3	13,3	0	66,6
	Interviewer	36,7	0	50	13,3	0	63,3
Kennenlernen von Angehörigen und Kranken	Carer	56,7	0	36,7	6,7	0	43,4
	Interviewer	43,3	0	50	6,7	0	56,7
Krisendienst, der Kranken bzw. Familie zu Hause aufsucht	Carer	56,7	0	33,3	6,7	3,3	40
	Interviewer	43,3	0	46,7	6,7	3,3	53,4
Anlaufstelle oder Krisentelefon	Carer	40	0	46,7	3,3	10	50
	Interviewer	33,3	0	50	6,7	10	56,7

Fortsetzung Tabelle 45

Interventions		Kein Bedarf	Über- versorgun g	Ungedeck -ter Bedarf	Teilweise Gedeckter Bedarf	Gedeckter Bedarf	Bedarf summe
Hausbesuch beim Kranken	Carer	46,7	0	46,7	6,7	0	53,4
	Interviewer	40	0	53,3	6,7	0	60
Heimhilfe für Kranken	Carer	96,7	0	3,3	0	0	3,3
	Interviewer	96,7	0	3,3	0	0	3,3
Vermittlung eines Mitarbeiters mit Familienmitgliedern	Carer	93,3	0	6,7	0	0	6,7
	Interviewer	86,7	0	13,3	0	0	13,3
Betreuung des Kranken während des Urlaubs	Carer	73,3	0	26,7	0	0	26,7
	Interviewer	70	0	30	0	0	30
Betreute Urlaubsmöglichkeit für Kranken	Carer	80	0	20	0	0	20
	Interviewer	76,7	0	23,3	0	0	23,3
Paar-Therapie	Carer	70	0	30	0	0	30
	Interviewer	70	0	30	0	0	30
Professionelle Hilfe bei Kindererziehung	Carer	96,7	0	3,3	0	0	3,3
	Interviewer	96,7	0	3,3	0	0	3,3
Beratung durch MA, wie Kinder Krankheit zu erklären sei	Carer	90	0	10	0	0	10
	Interviewer	90	0	10	0	0	10
Spezielle Angehörigenrunden unter Leitung eines MA	Carer	93,3	0	6,7	0	0	6,7
	Interviewer	93,3	0	6,7	0	0	6,7
Psychotherapie für Angehörigen	Carer	46,7	0	43,3	3,3	6,7	46,6
	Interviewer	33,3	0	56,7	3,3	6,7	60
Medikamentöse Therapie des Angehörigen	Carer	80	0	6,7	3,3	10	10
	Interviewer	76,7	0	10	3,3	10	13,3
Körperliche Untersuchung des Angehörigen	Carer	73,3	0	3,3	3,3	20	6,6
	Interviewer	70	0	6,7	3,3	20	10

Fortsetzung Tabelle 45

Interventions		Kein Bedarf	Über- versorgung	Ungedeckter Bedarf	Teilweise Gedeckter Bedarf	Gedeckter Bedarf	Bedarf summe
Persönliche Information und Erklärung durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams	Carer	16,7	0	30	50	3,3	80
	Interviewer	10	0	33,3	53,3	3,3	86,6
Psychoedukative Gruppe	Carer	40	0	53,3	6,7	0	60
	Interviewer	26,7	0	63,3	10	0	73,3
Schriftliches Informationsmaterial	Carer	20	3,3	46,7	26,7	3,3	73,4
	Interviewer	16,7	3,3	46,7	30	3,3	76,7
Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	Carer	50	0	40	10	0	50
	Interviewer	30	0	60	10	0	70
Experten-geleitete-Angehörigengruppe	Carer	40	0	50	10	0	60
	Interviewer	26,7	0	63,3	10	0	73,3
Beratung und Unterstützung des Angehörigen durch Mitarbeiter	Carer	10	0	56,7	33,3	0	90
	Interviewer	6,7	0	56,7	36,7	0	93,4
Familiengespräche mit Mitarbeiter	Carer	26,7	0	56,7	16,7	0	73,4
	Interviewer	16,7	0	60	23,3	0	83,3
Sozialarbeiterische Beratung	Carer	60	0	33,3	6,7	0	40
	Interviewer	56,7	0	33,3	10	0	43,3
Case Management	Carer	43,3	0	50	3,3	3,3	53,3
	Interviewer	43,3	0	50	3,3	3,3	53,3
Erarbeiten eines Tagesprogrammes oder geschützte Arbeit für den Kranken	Carer	60	3,3	30	6,7	0	36,7
	Interviewer	56,7	3,3	30	10	0	40
Finanzielle Unterstützung	Carer	83,3	0	16,7	0	0	16,7
	Interviewer	83,3	0	13,3	3,3	0	16,6
Zeitweilige Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person zu Hause	Carer	70	0	30	0	0	30
	Interviewer	60	0	40	0	0	40

Getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken	Carer	73,3	0	16,7	3,3	6,7	20
	Interviewer	70	0	23,3	6,7	0	30

Tabelle 46

Häufigkeit des Bedürfnisses an Interventionen und der Bedürfnisdeckung in den einzelnen Problembereichen

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
1: Information über Krankheit					
	Information durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	50	50
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	43,8	20,0
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	6,3	26,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3
	Psychoedukations-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	68,8	66,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	31,3	30
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3
	Schriftliches Informationsmaterial	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	43,8	50
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	25	23,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	18,8	25	20
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	6,3	6,7
2: Information über Behandlung					
	Information durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	62,5	43,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	75	31,3	36,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	16,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3
	Psychoedukations-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	75	63,3

Fortsetzung Tabelle 46

Problem-bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
3: Information über Rehabilitation	Schriftliches Informationsmaterial	Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	25	33,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	50	56,7
	Information durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	31,3	36,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	18,8	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	0,0
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	56,3	60
	Psychoedukations-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	43,8	33,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	75	70
Schriftliches Informationsmaterial	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	0	
	Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	25	26,7	
	Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	3,3	
	Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0	
	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	62,5	53,3	
	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	0	
	Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	37,5	43,3	
	Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	3,3	
	Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0	
	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	62,5	53,3	

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
4: Information über Krankheitsrückfälle					
	Information durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	18,8	18,8	36,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	81,3	36,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	23,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3
	Individueller Krisenplan	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	37,5	46,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	62,5	53,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Psychoedukations-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	56,3	70
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	43,8	26,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Schriftliches Informationsmaterial	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	37,5	43,8	50
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	56,3	43,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	12,5	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
5: Kommunikation mit bzw. Erreichbarkeit der Profis					
	Information Erreichbarkeit im Normalfall	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	75	66,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	18,8	26,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	0

Fortsetzung Tabelle 46

Problem-bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose	
			%	%	%	
Information Erreichbarkeit für Notfälle		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	68,8	63,3	
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0	
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	68,8	25	26,7	
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	10	
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0	
Information über Krisen- und Notfallsdienste		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	68,8	62,5	63,3	
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0	
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	25	33,3	
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	12,5	3,3	
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0	
Versuch der Profis die Kommunikation zu verbessern		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	81,3	53,3	
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0	
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	18,8	36,7	
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	10	
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0	
6: Stigma; bedrohliches Bild der Psychiatrie	Information durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	100	100	60	
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	3,3	
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	23,3	
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	10	
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3	
	Beratung durch Mitarbeiter		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	93,8	66,7
			Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	3,3
			Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	6,3	30
			Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
			Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe		Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	93,8	80	

Fortsetzung Tabelle 46

Problem-bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	6,3	13,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	93,8	73,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	6,3	23,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
7: Kommunikationsprobleme mit dem Kranken					
	Einzelgespräch mit Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	43,8	33,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	56,3	53,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	13,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Familiengespräch mit Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	31,3	36,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	50	56,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	37,5	18,8	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Kennenlernen anderer Angehörigen	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	62,5	56,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	37,5	36,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	12,5	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	18,8	0	0
	Getrennte Wohnmöglichkeit für Kranken	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	68,8	81,3	73,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	6,3	20
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	18,8	12,5	6,7

Tagesprogramm oder
geschützte Arbeit für
Kranken

Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	87,5	60
Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	3,3
Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	6,3	30
Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	6,7
Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0

Einbindung von Profis in
Alltagsbetreuung

Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	68,8	56,7
Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	31,3	40
Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0

8: Probleme durch Krankheitsrückfälle bzw. Krisen

Hausbesuch durch
Krisendienst

Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	68,8	87,5	56,7
Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	12,5	33,3
Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	6,7
Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3

Krisentelephon

Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	68,8	40
Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	25	46,7
Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	69,3	3,3
Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	10

Beaufsichtigung des
Kranken durch geschulte
Person

Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	93,8	80
Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	6,3	20
Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0

Beratung durch Mitarbeiter

Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	62,5	43,3
Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	31,3	40
Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	6,3	13,3
Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	3,3

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
9: Belastungen durch das Verhalten des Kranken					
	Hausbesuche durch Profis	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,35	81,3	46,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	12,5	46,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Einbindung von Profis in Alltagsbetreuung.	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	68,8	53,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	37,5	25	40
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3
	Heimhilfe für Kranken	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	100	87,5	96,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	6,3	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	50	40
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	43,8	43,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	13,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	6,3	3,3
	Angehörigen-Selbsthilfe- Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	87,5	66,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	37,5	12,5	30
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	68,8	68,8	66,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	31,3	33,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
10: Belastungen durch frühere Ereignisse					
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	62,5	46,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	18,8	40
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	10
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	6,3	3,3
	Familiengespräch mit Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	62,5	60
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	18,8	25	33,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	18,8	12,5	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	68,8	93,8	80
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	6,3	20
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	75	93,8	80
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	6,3	20
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
11: Finanzielle Belastungen					
	Beratung durch Sozialarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	87,5	60
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	6,3	33,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	6,3	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
	Staatliche Entschädigung („Pflegegeld“)	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	93,8	83,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	6,3	16,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
12: Sorgen / Enttäuschung bez. Krankheit					
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	37,5	
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	26,7
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	56,3	0
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	53,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	6,3	16,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	3,3
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	56,3	81,3	60
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	18,8	33,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Angehörigen-Selbsthilfe- Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	81,3	73,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	18,8	26,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	18,8	0	0
13: Schuldgefühle; Vorwürfe von anderen					
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	87,5	66,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	12,5	20
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	13,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	0
	Familiengespräch mit Profi	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	75	63,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	6,3	23,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	12,5	18,8	13,3

Fortsetzung Tabelle 46

Problem-bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Gespräch mit Familienmitgliedern, die Vorwürfe machen	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	100	93,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Psychoedukations-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	75	87,5	80
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	12,5	16,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	75	93,8	76,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	6,3	23,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	12,5	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	75	87,5	76,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	25	12,5	16,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
14: Zu wenig Zeit für sich selbst haben					
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	87,5	80
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	12,5	20
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	0
	Tagesprogramm oder geschützte Arbeit für Kranken	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	100	76,7

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	0	23,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	100	93,8	83,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	16,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	„Urlaubspflege“	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	87,5	73,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	12,5	26,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Betreuer Urlaub für den Kranken	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	87,5	80
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	12,5	20
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	6,3	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
15: Zu wenig Kontakte; Spannungen in der Familie					
	Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	93,8	70
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	6,3	26,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Experten-geleitete Angehörigen-Runde	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	87,5	73,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	12,5	23,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	75	87,5	66,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	18,8	12,5	30
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	0
	Paar-Therapie	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	75	87,5	70
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	18,8	12,5	30
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	0
16: Schwierigkeiten, da Kranker in der gleichen Wohnung wohnt					
	Beratung durch Sozialarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	100	96,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Getrennte Wohnmöglichkeit für Kranken	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	93,8	83,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	10
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	6,7
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	100	83,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	18,8	0	13,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
17: Minderjährige Kinder oder Geschwister					
	Professionelle Hilfe bei Erziehung / Betreuung	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	100	96,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	12,5	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	0	0
	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	100	90
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	0	10
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Finanzielle Unterstützung	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	93,8	100	96,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	6,3	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	Spezielle Angehörigen- Runde	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	87,5	100	93,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	12,5	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
18: Selbst „ausgebrannt“ oder psychisch / körperlich krank	Beratung durch Mitarbeiter	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	81,3	63,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	50	18,8	30
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	0	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	0	0	0
	externe Beratung / Psychotherapie	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	43,8	87,5	46,7
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	31,3	0	43,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	12,5	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	12,5	12,5	6,7
	Medikamentöse Behandlung	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	81,3	87,5	80

Fortsetzung Tabelle 46

Problem -bereich	Interventionen	Bedarf / Erhält Hilfe bzw. Intervention	Anorexia	Bulimia	Psychose
			%	%	%
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	6,7
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	12,5	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	6,3	12,5	10
	Körperliche Untersuchung /Behandlung	Kein Bedarf: Erhält Hilfe nicht	62,5	68,8	73,3
		Kein Bedarf: Erhält Hilfe	0	0	0
		Bedarf: Erhält Hilfe nicht	0	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe, aber zu wenig	12,5	0	3,3
		Bedarf: Erhält Hilfe ausreichend	25	31,3	20

Tabelle 47:

CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Essstörung – Psychose

Interventions	Essstörung	Psychose	Chi-Quadrat	p
Entwicklung eines individuellen Krisenplanes mit einem Mitarbeiter	24 (75,0%)	16 (53,3%)	3,175	0,111
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Normalfall	13 (40,6 %)	9 (30,0 %)	0,764	0,434
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Notfall	16 (50,0 %)	11 (36,7 %)	1,120	0,317
Informationen über Krisen- und Notfalldienste	11 (34,4 %)	11 (36,7 %)	0,036	1,000
Versuch der Ärzte, die Kommunikation zu verbessern	10 (31,3 %)	14 (46,7 %)	1,551	0,298
Individuelle Beratung über Arbeitsweise der Psychiatrie	0 (0,0 %)	11 (36,7 %)	14,264	0,000
Beratung über Umgang mit Vorurteilen	3 (9,4 %)	9 (30,0 %)	4,220	0,055
Einzelgespräche, um adäquatere Kommunikation zu erlernen	23 (71,9 %)	20 (66,7 %)	0,198	0,784
Kennenlernen von Angehörigen und Kranken	18 (56,3 %)	13 (43,3 %)	1,033	0,446
Krisendienst, der Kranken bzw. Familie zu Hause aufsucht	7 (21,9 %)	13 (43,3 %)	3,263	0,103
Anlaufstelle oder Krisentelefon	14 (43,8 %)	18 (60,0 %)	1,637	0,217
Hausbesuch beim Kranken	5 (15,6 %)	16 (53,3 %)	9,830	0,003
Heimhilfe für Kranken	2 (6,3 %)	1 (3,3 %)	0,286	1,000
Vermittlung eines Mitarbeiters mit Familienmitgliedern	2 (6,3 %)	2 (6,7 %)	0,004	1,000
Betreuung des Kranken während des Urlaubs	3 (9,4 %)	8 (26,7 %)	3,172	0,101
Betreute Urlaubsmöglichkeit für Kranken	5 (15,6 %)	6 (20,0 %)	0,203	0,746
Paar-Therapie	5 (15,6 %)	9 (30,0 %)	1,830	0,230

Fortsetzung Tabelle 47

Interventions	Essstörung	Psychose	Chi-Quadrat	p
Professionelle Hilfe bei Kindererziehung	3 (9,4 %)	1 (3,3 %)	0,936	0,613
Beratung durch MA, wie Kinder Krankheit zu erklären sei	1 (3,1 %)	3 (10,0 %)	1,213	0,346
Spezielle Angehörigenrunden unter Leitung eines MA	2 (6,3 %)	2 (6,7 %)	0,004	1,000
Psychotherapie für Angehörigen	11 (34,4 %)	16 (53,3 %)	2,264	0,200
Medikamentöse Therapie des Angehörigen	5 (15,6 %)	6 (20,0 %)	0,203	0,746
Körperliche Untersuchung des Angehörigen	11 (34,4 %)	8 (26,7 %)	0,433	0,588
Persönliche Information und Erklärung durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams	29 (90,6 %)	25 (83,3 %)	0,733	0,467
Psychoedukative Gruppe	26 (81,3 %)	18 (60 %)	3,394	0,094
Schriftliches Informationsmaterial	27 (84,4 %)	23 (76,7 %)	0,589	0,529
Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	17 (53,1 %)	15 (50,0 %)	0,061	1,000
Experten-geleitete-Angehörigengruppe	19 (59,4 %)	18 (60,0 %)	0,003	1,000
Beratung und Unterstützung des Angehörigen durch Mitarbeiter	29 (90,6 %)	27 (90,0 %)	0,007	1,000
Familiengespräche mit Mitarbeiter	28 (87,5 %)	22 (73,3 %)	1,991	0,206
Sozialarbeiterische Beratung	5 (15,6 %)	12 (40,0 %)	4,623	0,046
Case Management	16 (50,0 %)	17 (56,7 %)	0,276	0,621
Erarbeiten eines Tagesprogrammes oder geschützte Arbeit für den Kranken	5 (15,6 %)	11 (36,7 %)	3,581	0,083
Finanzielle Unterstützung	3 (9,4 %)	5 (16,7 %)	0,733	0,467
Zeitweilige Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person zu Hause	3 (9,4 %)	9 (30,0 %)	4,220	0,055

Fortsetzung Tabelle 47

Interventions	Essstörung	Psychose	Chi-Quadrat	p
Getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken	8 (25,0 %)	8 (26,7 %)	0,022	1,000

Tabelle 48:

CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Anorexia – Psychose

Interventions	Anorexia	Psychose	Chi-Quadrat	p
Entwicklung eines individuelle Krisenplanes mit einem Mitarbeiter	14 (87,5 %)	16 (53,3%)	5,370	0,026
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Normalfall	9 (56,3%)	9 (30%)	3,019	0,116
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Notfall	11(68,8%)	11 (36,7%)	4,305	0,063
Informationen über Krisen- und Notfalldienste	5 (31,3 %)	11 (36,7 %)	0,135	0,757
Versuch der Ärzte, die Kommunikation zu verbessern	7 (43,8%)	14 (46,7%)	0,036	1,000
Individuelle Beratung über Arbeitsweise der Psychiatrie	0 (0,0 %)	11 (36,7%)	7,710	0,008
Beratung über Umgang mit Vorurteilen	2 (12,5%)	9(30,0 %)	1,756	0,282
Einzelgespräche, um adäquatere Kommunikation zu erlernen	14 (87,5%)	20 (66,7 %)	2,349	0,170
Kennenlernen von Angehörigen und Kranken	12 (75,0 %)	13 (43,3%)	4,217	0,063
Krisendienst, der Kranken bzw. Familie zu Hause aufsucht	5 (31,3%)	13 (43,3 %)	0,640	0,533
Anlaufstelle oder Krisentelefon	9 (56,3 %)	18 (60,0%)	0,061	1,000
Hausbesuch beim Kranken	2 (12,5 %)	16 (53,3%)	7,305	0,010
Heimhilfe für Kranken	0 (0,0%)	1 (3,3 %)	0,545	1,000

Fortsetzung Tabelle 48

Interventions	Anorexia	Psychose	Chi-Quadrat	p
Vermittlung eines Mitarbeiters mit Familienmitgliedern	2 (12,5%)	2 (6,7 %)	0,447	0,602
Betreuung des Kranken während des Urlaubs	1 (6,3%)	8 (26,7 %)	2,764	0,132
Betreute Urlaubsmöglichkeit für Kranken	3 (18,8%)	6 (20,0 %)	0,010	1,000
Paar-Therapie	4 (25,0%)	9 (30,0%)	0,129	0,749
Professionelle Hilfe bei Kindererziehung	3 (18,8 %)	1 (3,3 %)	3,124	0,114
Beratung durch MA, wie Kinder Krankheit zu erklären sei	1 (6,3 %)	3 (10,0 %)	0,185	1,000
Spezielle Angehörigenrunden unter Leitung eines MA	2 (12,5 %)	2 (6,7 %)	0,447	0,602
Psychotherapie für Angehörigen	9 (56,3 %)	16 (53,3 %)	0,036	1,000
Medikamentöse Therapie des Angehörigen	3 (18,8 %)	6 (20,0 %)	0,010	1,000
Körperliche Untersuchung des Angehörigen	6 (37,5 %)	8 (26,7 %)	0,578	0,512
Persönliche Information und Erklärung durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams	15 (93,8 %)	25 (83,3 %)	0,998	0,406
Psychoedukative Gruppe	15 (93,8 %)	18 (60,0 %)	5,863	0,018
Schriftliches Informationsmaterial	15 (93,8 %)	23 (76,7 %)	2,120	0,230
Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	12 (75,0 %)	15 (50,0 %)	2,690	0,126
Experten-geleitete-Angehörigengruppe	11 (68,8 %)	18 (60,0 %)	0,343	0,750
Beratung und Unterstützung des Angehörigen durch Mitarbeiter	14 (87,5 %)	27 (90,0 %)	0,067	1,000
Familiengespräche mit Mitarbeiter	14 (87,5 %)	22 (73,3 %)	1,231	0,455
Sozialarbeiterische Beratung	3 (18,8 %)	12 (40,0 %)	2,144	0,195
Case Management	9 (56,3 %)	17 (56,7 %)	0,001	1,000

Fortsetzung Tabelle 48

Interventions	Anorexia	Psychose	Chi-Quadrat	p
Erarbeiten eines Tagesprogrammes oder geschützte Arbeit für den Kranken	3 (18,8 %)	11 (36,7 %)	1,582	0,316
Finanzielle Unterstützung	2 (12,5 %)	5 (16,7 %)	0,140	1,000
Zeitweilige Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person zu Hause	1 (6,3 %)	9 (30,0 %)	3,460	0,130
Getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken	5 (31,3 %)	8 (26,7 %)	0,108	1,000

Tabelle 49:

CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Bulimie – Psychose

Interventions	Bulimie	Psychose	Chi-Quadrat	p
Entwicklung eines individuelle Krisenplanes mit einem Mitarbeiter	10 (62,5%)	16 (53,3 %)	0,357	0,756
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Normalfall	4 (25,0 %)	9 (30,0 %)	0,129	0,749
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Notfall	5 (31,3 %)	11 (36,7 %)	0,135	0,757
Informationen über Krisen- und Notfalldienste	6 (37,5 %)	11 (36,7 %)	0,003	1,000
Versuch der Ärzte, die Kommunikation zu verbessern	3 (18,8 %)	14 (46,7 %)	3,490	0,108
Individuelle Beratung über Arbeitsweise der Psychiatrie	0 (0,0 %)	11 (36,7 %)	7,710	0,008
Beratung über Umgang mit Vorurteilen	1 (6,3 %)	9 (30,0 %)	3,460	0,130
Einzelgespräche, um adäquatere Kommunikation zu erlernen	9 (56,3 %)	20 (66,7 %)	0,486	0,534
Kennenlernen von Angehörigen und Kranken	6 (37,5 %)	13 (43,3 %)	0,146	0,762

Fortsetzung Tabelle 49

Interventions	Bulimie	Psychose	Chi-Quadrat	p
Krisendienst, der Kranken bzw. Familie zu Hause aufsucht	2 (12,5 %)	13 (43,3 %)	4,514	0,049
Anlaufstelle oder Krisentelefon	5 (31,3 %)	18 (60,0 %)	3,450	0,120
Hausbesuch beim Kranken	3 (18,8 %)	16 (53,3 %)	5,148	0,031
Heimhilfe für Kranken	2 (12,5 %)	1(3,3 %)	1,438	0,542
Vermittlung eines Mitarbeiters mit Familienmitgliedern	0 (0,0 %)	2 (6,7 %)	1,115	0,536
Betreuung des Kranken während des Urlaubs	2 (12,5 %)	8 (26,7 %)	1,231	0,455
Betreute Urlaubsmöglichkeit für Kranken	2 (12,5 %)	6 (20,0 %)	0,409	0,694
Paar-Therapie	1 (6,3 %)	9 (30,0 %)	3,460	0,130
Professionelle Hilfe bei Kindererziehung	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)	0,545	1,000
Beratung durch MA, wie Kinder Krankheit zu erklären sei	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)	1,712	0,304
Spezielle Angehörigenrunden unter Leitung eines MA	0 (0,0 %)	2 (6,7 %)	1,115	0,536
Psychotherapie für Angehörigen	2 (12,5 %)	16 (53,3 %)	7,305	0,010
Medikamentöse Therapie des Angehörigen	2 (12,5 %)	6 (20,0 %)	0,409	0,694
Körperliche Untersuchung des Angehörigen	5 (31,3 %)	8 (26,7 %)	0,108	1,000
Persönliche Information und Erklärung durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams	14 (87,5 %)	25 (83,3 %)	0,140	1,000
Psychoedukative Gruppe	11 (68,8 %)	18 (60,0 %)	0,343	0,750
Schriftliches Informationsmaterial	12 (75,0 %)	23 (76,7 %)	0,016	1,000
Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	5 (31,3 %)	15 (50,0 %)	1,493	0,350
Experten-geleitete-Angehörigengruppe	8 (50,0 %)	18 (60,0 %)	0,425	0,548

Fortsetzung Tabelle 49

Interventions	Bulimie	Psychose	Chi-Quadrat	p
Beratung und Unterstützung des Angehörigen durch Mitarbeiter	15 (93,8 %)	27 (90,0 %)	0,185	1,000
Familiengespräche mit Mitarbeiter	14 (87,5 %)	22 (73,3 %)	1,231	0,455
Sozialarbeiterische Beratung	2 (12,5 %)	12 (40,0 %)	3,727	0,092
Case Management	7 (43,8 %)	17 (56,7 %)	0,698	0,538
Erarbeiten eines Tagesprogrammes oder geschützte Arbeit für den Kranken	2 (12,5 %)	11 (36,7 %)	3,006	0,101
Finanzielle Unterstützung	1 (6,3 %)	5 (16,7 %)	0,998	0,406
Zeitweilige Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person zu Hause	2 (12,5 %)	9 (30,0 %)	1,756	0,282
Getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken	3 (18,8 %)	8 (26,7 %)	0,359	0,722

Tabelle 50:

CNA Interventionen: Chi-Quadrat: Vergleich Anorexia – Bulimie; Bedarf (%-Anteil)

Interventions	Anorexia	Bulimie	Chi-Quadrat	P
Entwicklung eines individuelle Krisenplanes mit einem Mitarbeiter	14 (87,5 %)	10 (62,5 %)	2,667	0,220
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Normalfall	9 (56,3 %)	4 (25,0 %)	3,239	0,149
Info über Erreichbarkeit des Behandlungsteams im Notfall	11 (68,8 %)	5 (31,3 %)	4,500	0,076
Informationen über Krisen- und Notfalldienste	5 (31,3 %)	6 (37,5 %)	0,139	1,000
Versuch der Ärzte, die Kommunikation zu verbessern	7 (43,8 %)	3 (18,8 %)	2,327	0,252
Individuelle Beratung über Arbeitsweise der Psychiatrie	0 (0,0 %)	0 (0,00 %)		1,000

Fortsetzung Tabelle 50

Interventions	Anorexia	Bulimie	Chi-Quadrat	p
Beratung über Umgang mit Vorurteilen	2 (12,5 %)	1 (6,3 %)	0,368	1,000
Einzelgespräche, um adäquatere Kommunikation zu erlernen	14 (87,5 %)	9 (56,3 %)	3,865	0,113
Kennenlernen von Angehörigen und Kranken	12 (75,0 %)	6 (56,3 %)	4,571	0,073
Krisendienst, der Kranken bzw. Familie zu Hause aufsucht	5 (31,3 %)	2 (12,5 %)	1,646	0,394
Anlaufstelle oder Krisentelefon	9 (56,3 %)	5 (31,3 %)	2,032	0,285
Hausbesuch beim Kranken	2 (12,5 %)	3 (18,8 %)	0,237	1,000
Heimhilfe für Kranken	0 (0,0 %)	2 (12,5 %)	2,133	0,484
Vermittlung eines Mitarbeiters mit Familienmitgliedern	2 (12,5 %)	0 (0,0 %)	2,133	0,484
Betreuung des Kranken während des Urlaubs	1 (6,3 %)	2 (12,5 %)	0,368	1,000
Betreute Urlaubsmöglichkeit für Kranken	3 (18,8 %)	2 (12,5 %)	0,237	1,000
Paar-Therapie	4 (25,0 %)	1 (6,3 %)	2,133	0,333
Professionelle Hilfe bei Kindererziehung	3 (18,8 %)	0 (0,0 %)	3,310	0,226
Beratung durch MA, wie Kinder Krankheit zu erklären sei	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	1,032	1,000
Spezielle Angehörigenrunden unter Leitung eines MA	2 (12,5 %)	0 (0,0 %)	2,133	0,484
Psychotherapie für Angehörigen	9 (56,3 %)	2 (12,5 %)	6,788	0,023
Medikamentöse Therapie des Angehörigen	3 (18,8 %)	2 (12,5 %)	0,237	1,000
Körperliche Untersuchung des Angehörigen	6 (37,5 %)	5 (31,3 %)	0,139	1,000
Persönliche Information und Erklärung durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams	15 (93,8 %)	14 (87,5 %)	0,368	1,000

Fortsetzung Tabelle 50

Interventions	Anorexia	Bulimie	Chi-Quadrat	p
Psychoedukative Gruppe	15 (93,8 %)	11 (68,8 %)	3,282	0,172
Schriftliches Informationsmaterial	15 (93,8 %)	12 (75,0 %)	2,133	0,333
Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppe	12 (75,0 %)	5 (31,3 %)	6,149	0,032
Experten-geleitete-Angehörigengruppe	11 (68,8 %)	8 (50,0 %)	1,166	0,473
Beratung und Unterstützung des Angehörigen durch Mitarbeiter	14 (87,5 %)	15 (93,8 %)	0,368	1,000
Familiengespräche mit Mitarbeiter	14 (87,5 %)	14 (87,5 %)	0,000	1,000
Sozialarbeiterische Beratung	3 (18,8 %)	2 (12,5 %)	0,237	1,000
Case Management	9 (56,3 %)	7 (43,8 %)	0,500	0,724
Erarbeiten eines Tagesprogrammes oder geschützte Arbeit für den Kranken	3 (18,8 %)	2 (12,5 %)	0,237	1,000
Finanzielle Unterstützung	2 (12,5 %)	1 (6,3 %)	0,368	1,000
Zeitweilige Beaufsichtigung des Kranken durch geschulte Person zu Hause	1 (6,3 %)	2 (12,5 %)	0,368	1,000
Getrennte Wohnmöglichkeiten für den Kranken	5 (31,3 %)	3 (18,8 %)	0,667	0,685

Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass die ich die Dissertation selbständig angefertigt habe, dabei keine anderen Hilfsmittel als die im Quellen- und Literaturverzeichnis genannten benutzt habe, alle aus Quellen und Literatur wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und einzeln auch die Fundstellen nachgewiesen habe. Zur Anfertigung des Schriftsatzes, der Tabellen und Grafiken wurden Microsoft Word und Excel sowie Power Point verwendet. Zur Datenberechnung wurde das Programm Statistical Product and Service Solutions (SPSS) in der Version 14.0 für Windows verwendet.

Ich versichere, dass die Dissertation oder wesentliche Teile davon nicht bereits einer anderen Prüfungsbehörde vorlagen.

Zudem erkläre ich, dass ich bislang an keiner anderen Hochschule einen Doktorgrad erworben habe oder zu erwerben versucht habe.

Betreuer der Dissertation sind Prof. Dr. Hans Reinecker und Frau Prof. Dr. Martina de Zwaan.

Bamberg, den 28.März 2007

Holmer Graap

Lebenslauf

* 29.Juni 1969

Holmer Graap

Mittlerer Kaulberg 42
96049 Bamberg

Persönliche Angaben

Familienstand: verheiratet, eine Tochter (8), einen Sohn (4)
Staatsangehörigkeit: deutsch
Alter: 37
Geburtsort: Kempten/Allgäu: 29.06.1969

Ausbildung

1979 – 1987

Herder-Gymnasium (humanistisch)
Forchheim
Abschluss: Mittlere Reife

1987 – 1990

Schreinerei Marie Wetzol GmbH & Co.
Forchheim
Ausbildung zum Schreiner

1990 – 1993

Theresianum – Humanistisches Kolleg
Bamberg
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife/Bayern

1993 – 1994

Ersatzdienst
Neunkirchen am Brand
Zivildienst i.d. Sozialstation

1994 – Herbst 2000

Studium der Psychologie
Bamberg: Otto-Friedrich Universität
Abschluss: Diplom

2000 - 2001

Anstellung bei Dr. K.-H. Erbe, Kinder- und Jugendpsychiater
Bamberg

2001 - aktuell

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für
Psychosomatik und Psychotherapie
Erlangen
Friedrich- Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

Parallel Ausbildung zum PP an der CIP Bamberg (2001 –
Herbst 2005).

Derzeit Promotion zum Thema „Belastung und Bedarf an
Unterstützung von Angehörigen essgestörter und
schizophrener PatientInnen“