

Medizinische Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation  
Leiter: Prof. Dr. med. M. Linden

**SOZIALE PARTIZIPATION UND  
KONTEXTFAKTOREN BEI  
PATIENTEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Grades Doctor rerum medicarum  
Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin

vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Anna-Marie Lischka  
aus Halle an der Saale

Referent: Prof. Dr. med. M. Linden

Korreferent: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl

Gedruckt mit Genehmigung der Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin

Promoviert am: 20.11.2009

## **Danksagung**

An erster Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Michael Linden für das Ermöglichen dieser Arbeit und seine wertvollen Rückmeldungen danken.

Herrn Dr. Bernhard Geiselman und den Mitgliedern des Forschungsprojektes danke ich für die fruchtbaren Diskussionen bei der Entwicklung des Untersuchungsinstrumentes und der Planung der Studie.

Danken möchte ich auch den Interviewerinnen für die Durchführung und den Patienten für ihre Teilnahme. Ohne sie wäre diese Studie ebenfalls nicht zustande gekommen.

Ein besonderer Dank gilt meinem Lebenspartner Guido Gehrke für seine liebevolle Unterstützung und für die häusliche Entlastung in den letzten Monaten.

*„A friend,  
not an apple, a day  
will help keep the doctor away.“*

- Lee Eisenberg (1979) -

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung</b>	<b>10</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b>	<b>12</b>
2.1 Die Entwicklung der ICF	12
2.2 Definitionen der verwendeten Terminologien nach der ICF	14
2.2.1 Psychische Funktionsstörung	14
2.2.2 Soziale Partizipation	14
2.2.3 Kontextfaktoren	14
2.2.3.1 Personbezogene Faktoren	14
2.2.3.2 Soziale Umweltfaktoren	15
2.2.3.2.1 Soziale Unterstützung	15
2.2.3.2.2 Soziale Belastung	16
2.3 Modelle zu Zusammenhängen zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialen Beziehungen	17
2.3.1 Soziales Selektivitäts- versus Kausalitätsmodell	17
2.3.2 Puffer- versus Haupteffektmodell	17
2.3.3 Wechselwirkungsmodell nach der ICF	19
2.3.4 Role Strain versus Rollenakkumulation	21
2.4 Empirische Befunde zu Zusammenhängen zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialen Beziehungen	22
2.4.1 Soziale Beziehungen und psychische Störungen	22
2.4.1.1 Soziale Beziehungen zu Beginn psychischer Erkrankungen	22
2.4.1.2 Soziale Beziehungen und Krankheitsverlauf	23
2.4.2 Soziale Lebensbereiche und psychische Gesundheit	24
2.4.2.1 Partnerschaft	24
2.4.2.2 Haushaltsmitglieder	26
2.4.2.3 Familienbeziehungen	26
2.4.2.4 Berufsbedingte Beziehungen	29
2.4.2.5 Freunde	30
2.4.2.6 Freizeitkontakte	31
2.4.2.7 Nachbarn	32
2.4.2.8 Bekannte	32
<b>3. Fragestellung</b>	<b>34</b>
3.1 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Partizipation	34
3.2 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Umwelt	35
3.3 Soziale Partizipation und soziale Umweltfaktoren als Prädiktoren des psychischen Gesundheitszustandes	35
<b>4. Methode</b>	<b>36</b>
4.1 Operationalisierung der Variablen	36
4.1.1 Psychische Funktionsstörungen	36
4.1.2 Soziale Partizipation	38
4.1.3 Kontextfaktoren	41
4.1.3.1 Förderliche und belastende Faktoren in den sozialen Lebensbereichen	41
4.1.3.2 Förderliche und belastende Faktoren in der Partnerschaft	42
4.1.4 Zusammenfassende Übersicht zur Operationalisierung	43
4.2 Design der Untersuchung	44
4.3 Stichprobe	45

4.3.1	Rekrutierung der Studienteilnehmer	45
4.3.2	Beschreibung der Stichprobe	46
4.3.3	Diagnosen und Psychopathologie	48
4.4	Datenanalyse	49
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>50</b>
5.1	Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Partizipation	50
5.1.1	Globale Indizes der sozialen Partizipation	50
5.1.1.1	Psychopathologische Ausprägung und Ausmaß sozialer Partizipation	51
5.1.1.2	Psychopathologische Ausprägung und Größe sozialer Partizipation	52
5.1.1.3	Psychopathologische Ausprägung und Art der sozialen Partizipation	53
5.1.1.3.1	Allgemeines Netzspektrum	54
5.1.1.3.2	Aktuelles Netzspektrum	57
5.1.2	Differentielle Indizes der sozialen Partizipation	60
5.1.2.1	Größe der sozialen Partizipation innerhalb der Lebensbereiche	60
5.1.2.2	Komposition einzelner Lebensbereiche	63
5.1.2.2.1	Haushalt	63
5.1.2.2.2	Familie	66
5.1.2.2.3	Arbeit	68
5.1.2.2.4	Andere	69
5.1.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zur sozialen Partizipation	72
5.1.4	Soziale Partizipation bei verschiedenen psychischen Funktionsstörungen	73
5.2	Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und Kontextfaktoren	73
5.2.1	Globale förderliche und belastende Faktoren	74
5.2.2	Differentielle förderliche und belastende Faktoren	74
5.2.2.1	Förderliche und belastende Faktoren in den sozialen Lebensbereichen	74
5.2.2.2	Förderliche und belastende Faktoren in der Partnerschaft	76
5.3	Prädiktoren der sozialen Partizipation und der Kontextfaktoren zur Vorhersage der psychopathologischen Ausprägung bei Entlassung	80
<b>6.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>82</b>
6.1	Interpretation wichtiger Ergebnisse	82
6.1.1	Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Partizipation	82
6.1.2	Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und Kontextfaktoren	85
6.1.3	Soziale Partizipation und Kontextfaktoren als Prädiktoren des psychischen Gesundheitszustandes	86
6.2	Stärken und Grenzen der Methodik	88
6.3	Implikationen für Forschung und Praxis	91
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>93</b>
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>95</b>
<b>9.</b>	<b>Anhangsverzeichnis</b>	<b>102</b>
9.1	Interviewleitfaden zum MuSK	105
9.2	Fragebogen zur Qualität der Beziehung	108

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Kontextfaktoren und psychische Gesundheit	20
Tabelle 2	Die Skalen der SCL-90-R	37
Tabelle 3	Kodierungen zu den sozialen Rollen in den Lebensbereichen und deren Entsprechungen nach der ICF	39
Tabelle 4	Übersicht zu Variablen, Definitionen und Operationalisierung	43
Tabelle 5	Organigramm zum Untersuchungsdesign	44
Tabelle 6	Soziodemografische Charakteristika der Befragten und Nichtteilnehmern: T-Tests und $\chi^2$ - Tests für unabhängige Stichproben	47
Tabelle 7	Vergleich zur Häufigkeit der Diagnosen zwischen Befragten und Nichtteilnehmern: $\chi^2$ - Tests für unabhängige Stichproben	48
Tabelle 8	Kennwerte der SCL-90-R zwischen Befragten und Nichtteilnehmern: T-Tests für unabhängige Stichproben	49
Tabelle 9	Zusammenhänge zwischen GSI und globalen Indizes zur sozialen Partizipation bei Aufnahme: Interkorrelationen nach Spearman's Rho Koeffizient	50
Tabelle 10	Deskriptive Statistik zum Ausmaß der sozialen Partizipation von Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	51
Tabelle 11	Deskriptive Statistik zur Größe der sozialen Partizipation von Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	52
Tabelle 12	Deskriptive Übersicht zum allgemeinen Netzspektrum getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	54
Tabelle 13	Allgemeines Netzspektrum: $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	56
Tabelle 14	Deskriptive Übersicht zum aktuellen Netzspektrum getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	57
Tabelle 15	Aktuelles Netzspektrum: $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	59
Tabelle 16	Differentielle Indizes zu allgemeinen und aktuellen Größenangaben in den einzelnen Lebensbereichen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	61
Tabelle 17	Differentielle Indizes zu allgemeinen und aktuellen Größenangaben in den einzelnen Lebensbereichen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten	62
Tabelle 18	Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition im Haushalt getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	63
Tabelle 19	Allgemeine und aktuelle Komposition im Haushalt: $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	65

Tabelle 20	Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition in der Familie getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	66
Tabelle 21	Allgemeine und aktuelle Komposition in der Familie: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	67
Tabelle 22	Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition im Arbeitsbereich für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	68
Tabelle 23	Allgemeine und aktuelle Komposition in der Arbeit: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	69
Tabelle 24	Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition im Bereich Andere getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	70
Tabelle 25	Allgemeine und aktuelle Komposition im Bereich Andere: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	71
Tabelle 26	Zusammenfassung der signifikanten Unterschiede in der allgemeinen und aktuellen sozialen Partizipation	72
Tabelle 27	Korrelationen nach Spearman Rho zwischen globalen Indizes der sozialen Partizipation und den SCL-90-R Skalen	73
Tabelle 28	Einfluss von GSI und Geschlecht auf das Ausmaß an sozialer Unterstützung, sozialer Belastung und Zufriedenheit mit der Unterstützung: Zweifaktorielle Varianzanalysen	74
Tabelle 29	Förderliche und belastende soziale Quellen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	75
Tabelle 30	Förderliche und belastende Quellen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten	75
Tabelle 31	Deskriptive Charakteristika zur Partnerschaft: $\text{Chi}^2$ - Tests zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	76
Tabelle 32	Qualität der Beziehung aus Sicht des Patienten und seines Partners: t-Tests für unabhängige Stichproben und t-Tests für abhängige Stichproben zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	78
Tabelle 33	Multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage vom GSI bei Entlassung	80
Tabelle 34	Beispiel zur Anwendung der Regressionsgleichung	81



## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Kausalitäts- und Selektivitätsmodell	17
Abbildung 2	Puffer- und Haupteffektmodell	18
Abbildung 3	Modifiziertes bio-psycho-soziales Modell der ICF	19
Abbildung 4	Gründe für die Ablehnung der Befragung: relative Häufigkeitsangaben in Prozent	45
Abbildung 5	Integrationsindizes zum allgemeinen und aktuellen Ausmaß der sozialen Partizipation: Zweifaktorielle ANOVA zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	52
Abbildung 6	Indizes zur allgemeinen und aktuellen Größe der sozialen Partizipation: Zweifaktorielle ANOVA zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	53
Abbildung 7	Allgemeines Netzspektrum: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	55
Abbildung 8	Aktuelles Netzspektrum: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	58
Abbildung 9	Allgemeine Komposition im Haushalt: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	64
Abbildung 10	Allgemeine Komposition in der Familie: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	66
Abbildung 11	Allgemeine Komposition in der Arbeit: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	68
Abbildung 12	Allgemeine Komposition im Bereich Andere: $\text{Chi}^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI	70

## 1. Einleitung

Im Laufe des Lebens wird jeder Mensch damit konfrontiert, vielfältige soziale Rollen einzunehmen. So ist und bleibt man lebenslang das Kind seiner Eltern, die Schwester oder der Bruder. Später kommen soziale Rollen hinzu, wie die des Freundes, des Partners, selbst Vater oder Mutter für die eigenen Kinder zu werden. Auf der Arbeit wird man Kollege, Angestellter, Kundenberater oder Chef. Am Wohnort lebt man gewöhnlich in einer Nachbarschaft und in der Freizeit können sportliche, musische, religiöse oder andere Aktivitäten mit weiteren Interessenten geteilt werden.

Chronische Krankheiten gehen oft einher mit Einschränkungen in der Erfüllung dieser sozialen Rollen. Nach Ziersch (2005) betrifft dies vor allem Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen, deren Anteil in der Allgemeinbevölkerung zunehmend ist. In den letzten 10 Jahren stieg er sogar auf 33.7% (Hoffmann & Hofmann, 2008). Anhaltende psychische Erkrankungen führen zu Einschränkungen in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Neueste Daten dazu liefert der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse vom 11.6.2008, bei dem die Daten von 2.5 Millionen Erwerbspersonen zwischen 15 und 64 Jahren ausgewertet wurden. Der Report ergab, dass im Jahr 2006 bei einem Fünftel der Erwerbstätigen mindestens eine psychische Störung diagnostiziert wurde, die im Durchschnitt zu 23 Tagen Arbeitsunfähigkeit führte. Diese Fehlzeiten waren dreimal so hoch im Vergleich zu Patienten ohne Diagnose einer psychischen Störung. Inzwischen gelten die F-Diagnosen nach der ICD-10 noch vor körperlichen Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe als die häufigste Diagnosegruppe bei Berentungen wegen verminderter Erwerbsunfähigkeit (EU-Rente).

Nach länger anhaltender Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder sogar Erwerbsunfähigkeitsrente fällt ein großes Stück der sozialen Einbettung weg, wenn man bedenkt, dass Erwerbstätige die meiste Zeit am Tag und einen erheblichen Teil ihrer Lebenszeit in der Arbeitswelt verbringen (Kardorff, 2000, S.13). Der Verlust sozialer Kontakte kann wiederum zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit beitragen, insbesondere wenn kein Ausgleich in der Teilnahme an weiteren sozialen Lebensbereichen erfolgt.

Studien zur psychischen Beeinträchtigungen und Einschränkungen in der Teilhabe haben sich bisher überwiegend auf die Partizipation am Berufsleben konzentriert. Eine Untersuchung, die verschiedene soziale Lebensbereiche integriert und den Zusammenhang mit unterschiedlichen psychopathologischen Ausprägungen überprüft, steht bislang noch aus. Zumal eine Beschreibung und Erhebung von Krankheitsfolgen hinsichtlich der Einschränkungen in der Teilnahme lebenswichtiger Bereiche noch in den Anfängen steckt (Linden & Baron, 2005).

Vor diesem Hintergrund und dem der zunehmenden Prävalenz und Folgen psychischer Störungen, soll die vorliegende Arbeit unter Bezugnahme der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* dazu beitragen, bei Patienten mit psychischen Störungen die Teilnahme an sozialen Beziehungen in verschiedenen Lebensbereichen sowie förderliche und hinderliche soziale Kontextfaktoren zu untersuchen. Dazu werden im Theorieteil zunächst die Begriffe *psychische Funktionsstörungen*, *soziale Partizipation* und *soziale Kontextfaktoren* erläutert (2.2). Anerkannte Modelle zur Wechselwirkung zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Partizipation werden vorgestellt (2.3) und durch die empirische Studienlage ergänzt (2.4). Insbesondere soll hier die Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche ausführlich dargestellt und unter Bezugnahme bisheriger Untersuchungsergebnisse erläutert werden (2.4.2). Nach Ableitung der Fragestellung und Untersuchungshypothesen (3.) werden im Methodenteil die Operationalisierung und ausgewählte Messinstrumente abgebildet (4.1). Daran anschließend werden die Ergebnisse beschrieben (5.). Abschließend werden wichtige Ergebnisse interpretiert, Stärken und Schwächen der Methodik diskutiert und mögliche Implikationen für Forschung und Praxis abgeleitet (6.3).

Die Arbeit ist ein Subthema des umfangreichen Forschungsprojektes „Die Bedeutung von Angehörigen und sozialem Netz in der vollstationären und teilstationären Rehabilitation psychosomatischer Patienten“, geleitet von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. Linden und Dr. med. B. Geiselman. Das Forschungsprojekt wurde von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA, jetzt DRV) nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI gefördert.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Die Entwicklung der ICF

Vorläufer von Verfahren zur Klassifikation von Krankheiten reichen zurück in das Jahr 1853. Damals wurden erste Versuche unternommen, Todesursachen einzuordnen. Später übernahm die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Forschungsarbeiten und es entstand die *International Classification of Diseases* (ICD). Während die ICD inzwischen in der zehnten Revision vorliegt, veröffentlichte die WHO 1980 mit der *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH) erstmals ein System, um Faktoren zu der Entstehung und den Folgen von Krankheiten zu klassifizieren. An der ICIDH wurde die kausale und eindimensionale Betrachtung kritisiert, nach der Schädigungen (Impairments) zu Fähigkeitsstörungen (Disabilities) und in Folge zu sozialen Beeinträchtigungen (Handicaps) führen. Die Konzepte wurden überarbeitet und 2001 erschien von der WHO unter Bezugnahme auf das bio-psycho-soziale Modell, die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).

Nach der ICF gilt unter Berücksichtigung von *Kontextfaktoren* eine Person als funktional gesund, wenn (1) ihre körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen sowie Strukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (*Konzept der Funktionen und Strukturen*), (2) sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen erwartet wird (*Konzept der Aktivität*) und (3) sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen entfalten kann (*Konzept der Partizipation an Lebensbereichen*).

Inzwischen besteht die ICF aus über 1400 Items. Sie trifft zwei Hauptunterteilungen. Die erste Unterteilung umfasst sowohl die Körperfunktionen und –strukturen als auch die Aktivitäten und Teilhabe. Dabei fällt auf, dass die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe nur begrifflich erfolgt und sie praktisch als eine Kategorie „Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe“ behandelt werden. Ihr gemeinsames Gliederungsprinzip beruht auf den Lebensbereichen, sogenannte „life domains“, weswegen sie bei der Einordnung das Präfix „d“ erhalten hat. Dabei soll es dem Anwender überlassen bleiben, ob er das Präfix d durch „a“ für Aktivitäten oder „p“ für Partizipation ersetzt (DIMDI, 2005, S. 151).

Somit kann jede Kategorie als individuelle Funktionsfähigkeit (Aktivität) und als gesellschaftliche Funktionsfähigkeit (Partizipation) interpretiert werden.

Die zweite Komponente bezieht sich auf die Kontextfaktoren, die sich in Umweltfaktoren (Präfix „e“) und personbezogenen Faktoren unterteilen, wobei letztere in der ICF noch nicht klassifiziert sind.

In Deutschland befindet sich die ICF derzeit in der Implementierungsphase (Schuntermann, 2007, S. 14). Im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) wurde die Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung als oberstes Ziel der Rehabilitation deklariert (§ 1 SGB IX).

Zur praktischen Umsetzung der ICF laufen vor allem in der Rehabilitation Bemühungen, anhand ausgewählter Items, Kategorisierungen nach der ICF anzuwenden und zu operationalisieren (Leitner et al., 2008). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ICF als terminologisches System genutzt werden kann, aber kein Messverfahren für die einzelnen Konzepte anbietet (Linden & Baron, 2005). Die vorliegende Untersuchung soll dazu beitragen, speziell für psychische Funktionsstörungen und der sozialen Partizipation an Lebensbereichen unter Berücksichtigung von sozialen Kontextfaktoren eine Operationalisierung und Messung dieser ICF Konzepte zu ermöglichen. Zunächst sollen die für die Studie relevanten Begriffe definiert werden.

## **2.2 Definitionen der verwendeten Terminologien nach der ICF**

### **2.2.1 Psychische Funktionsstörung**

Das Antonym zu funktionaler Gesundheit bzw. Funktionsfähigkeit ist die *Funktionsstörung*. Darunter versteht die Welt Gesundheitsorganisation (WHO, 1980) jede Schädigung, Verlust oder Abweichung von statistischen Normwerten innerhalb der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen. Dies bedeutet eine Auflistung von Krankheitssymptomen, wie sie für psychische Funktionsstörungen zum Beispiel in der ICD-10 im Kapitel V (Dilling et al., 2000) oder in der ICF (DIMDI, 2005) im ersten Kapitel der Körperfunktionen unter „Mentale Funktionen“ (b110-b199) zu finden ist.

### **2.2.2 Soziale Partizipation**

Van Deth (2004) zufolge, ist die soziale Partizipation ein Bindeglied, welches die Gesellschaft zusammenhält und das auf der Basis regelmäßiger Kontakte in Familien und Freundeskreisen, in Betrieben, Vereinen und Verbänden entsteht. Sie kann mit Gefühlen von Verbundenheit, Solidarität und Vertrauen einhergehen, welche die Zusammenarbeit erleichtern und die Realisierung gemeinsamer Interessen ermöglichen.

Nach der ICF (DIMDI, 2005) wird unter dem Begriff *Partizipation* die Teilhabe bzw. das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich verstanden. Demzufolge bedeutet *soziale Partizipation* die Teilnahme an sozialen Beziehungen innerhalb verschiedener Lebensbereiche. Sie ist in der Klassifikation von Aktivitäten und Partizipation im Kapitel 7 „Besondere interpersonelle Beziehungen“ (p730-p779) zu finden.

### **2.2.3 Kontextfaktoren**

In der ICF (a.a.O.) stellen *Kontextfaktoren* alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person dar. Sie werden unterteilt in *personbezogene Faktoren* und *Umweltfaktoren*.

#### **2.2.3.1 Personbezogene Faktoren**

*Personbezogenen Faktoren* umfassen Eigenschaften und Attribute einer Person wie Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Persönlichkeitseigenschaften, Bewältigungsstrategien, Lebensstil, genetische Prädisposition etc. Sie sind derzeit noch nicht in der ICF klassifiziert.

### 2.2.3.2 Soziale Umweltfaktoren

*Umweltfaktoren* bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Sie liegen außerhalb des Individuums und können die Gesundheit, Aktivitäten und Partizipation positiv oder negativ beeinflussen.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich ausschließlich auf die *sozialen Umweltfaktoren* von Personen, wie sie in der Klassifikation der Umweltfaktoren im Kapitel 3 „Unterstützung und Beziehungen“ (e310-399) zu finden sind. Mit den sozialen Umweltfaktoren sind nicht die Personen an sich gemeint, sondern das Ausmaß an physischer und emotionaler Unterstützung, das die Personen oder Lebensbereiche ermöglichen.

Da die ICF weder eine Klassifikation zu negativen sozialen Umweltfaktoren noch konkrete Definitionen zu sozialer Unterstützung anbietet, sollen diese Begrifflichkeiten zunächst unter Bezugnahme der Literatur erklärt werden.

#### 2.2.3.2.1 Soziale Unterstützung

In der Literatur existieren verschiedene Definitionsansätze zur *sozialen Unterstützung*. Sie wird meist aus der Perspektive des Empfängers analysiert. Dies geht auch aus der Definition von Cohen und Syme (1985, S. 4) hervor. Die Autoren begreifen soziale Unterstützung als Ressource, die einem Individuum von anderen Personen zur Verfügung gestellt wird. Des Weiteren wird differenziert zwischen wahrgenommener oder erhaltener Unterstützung und unterschiedlichen Unterstützungsinhalten.

*Wahrgenommene Unterstützung* bezieht sich auf das subjektive Erleben des Empfängers, wohingegen mit *erhaltener Unterstützung* konkrete, quantifizierbare Leistungen gemeint sind. Im Fall der erhaltenen Unterstützung weist Schwarzer (2004) darauf hin, dass die Implikation einer positiven Wirkung irreführend sind, da aus einer Vielzahl von Untersuchungen hervorgeht, dass Unterstützungsleistungen auch hinderlich sein können, z.B. indem sie die Autonomie des Empfängers gefährden (La Gaipa, 1990).

Hinsichtlich der Inhalte wird zwischen informationeller, praktischer und emotionaler Unterstützung unterschieden (Schwarzer, 2004). *Informationelle Unterstützung* bezieht sich auf das Erhalten von Informationen, Ratschlägen wie z.B. Tipps zur Problemlösung. Unter *praktischer* (Synonyme: instrumentelle, physische) *Unterstützung* werden Hilfeleistungen verstanden z.B. bei der Erledigung von Aufgaben. Durch *emotionale Unterstützung* erlebt der Empfänger positive Gefühle wie Zuneigung, Trost und Verständnis.

#### 2.2.3.2.2 Soziale Belastung

Im Gegensatz zur sozialen Unterstützung gibt es zur sozialen Belastung nur wenige Versuche, das Konstrukt zu definieren und zu operationalisieren. Unter der *sozialen Belastung* können Verhaltensweisen mit negativer Intention des Gebers gefasst werden (Kunz & Michalke, 2003, S. 11ff.). Beispiele für solche Verhaltensweisen wären Kritik, Zurückweisung, Überforderung, Überbehütung, Distanzlosigkeit (Sommer & Fydrich, 1989). Im weiteren Sinne werden unter sozialer Belastung auch inadäquate Unterstützungsleistungen und belastende Aspekte des sozialen Kontextes (z.B. Konflikte zwischen Geschwistern) verstanden (Laireiter & Lettner, 1993).



## 2.3 Modelle zu Zusammenhängen zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialen Beziehungen

### 2.3.1 Soziales Selektions- versus Kausalitätsmodell

Zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialen Beziehungen existieren das *Selektionsmodell* und das *Kausalitätsmodell* (s. Abbildung 1). Das Selektionsmodell betrachtet den Einfluss der psychischen Störung auf die sozialen Beziehungen, zum Beispiel durch den krankheitsbedingten sozialen Rückzug bei Depression, der langfristig zum Verlust sozialer Ressourcen führen kann. Das Kausalitätsmodell betont die Wirkung sozialer Beziehungen auf die psychische Gesundheit. Beispielsweise kann Arbeitslosigkeit und der damit einhergehende Wegfall sozialer Kontakte zu Kollegen und anderen berufsbedingten Kontakten eine depressive Entwicklung bedingen.

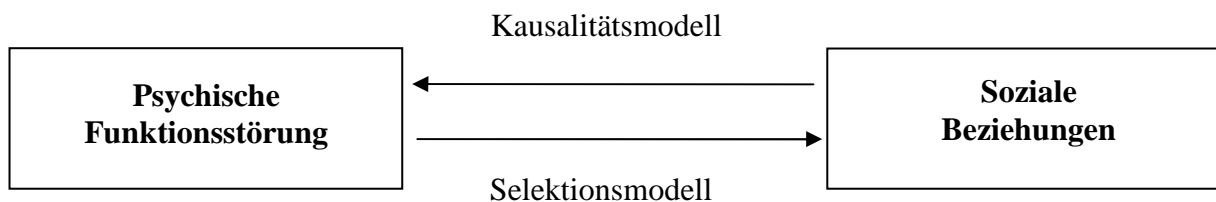


Abbildung 1 *Kausalitäts- und Selektivitätsmodell*

### 2.3.2 Puffer- versus Haupteffektmodell

Zwei Modelle zur Erklärung der Wirkung sozialer Beziehungen auf die Gesundheit sind das Puffer- und Haupteffektmodell (s. Abbildung 2).

Vom *Puffereffektmodell* spricht man, wenn soziale Beziehungen mögliche Auswirkungen pathogener Stresseinflüsse abfangen bzw. vor diesen schützen (vgl. Wills & Fegan, 2001, S. 211). Der intervenierenden Wirkung sozialer Beziehungen zwischen pathogenen Stressoren und der psychischen Gesundheit liegen zwei Erklärungsansätze zugrunde:

- Erstens stufen Personen, die darauf vertrauen können bei Bedarf unterstützt zu werden, stressvolle Situationen von vornherein als weniger bedrohlich ein.

- Zweitens fördern Verhaltensweisen von Mitmenschen, wie emotionaler Beistand, Ratschläge oder Hilfestellungen, das eigene Verhalten, Krankheiten und Stresssituationen besser bewältigen zu können (vgl. Lakey & Cohen, 2000, S. 30).

Nach dem *Haupteffekt Modell* hat das Vorhandensein sozialer Beziehungen generell einen positiven und protektiven Einfluss auf die psychische Gesundheit, unabhängig von Stressfaktoren und deren Auswirkung (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000, S. 11). Das Vorhandensein von sozialen Kontakten kann zugleich die Motivation erhöhen, auf sich selbst zu achten und aktiv zum Genesungsprozess beizutragen (Linden, 2003, S. 51, Cohen & Syme, 1985, S. 8).

Diese Modelle implizieren eine positive Konnotation sozialer Kontakte. Sie berücksichtigen nicht, dass sich soziale Beziehungen auch negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können.

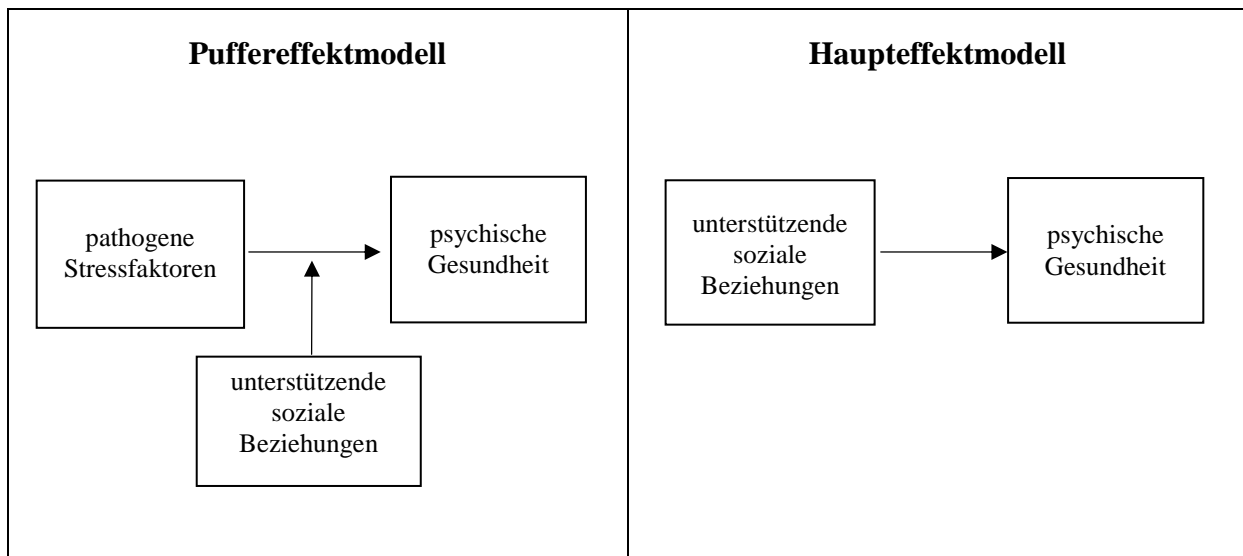


Abbildung 2 *Puffer- und Haupteffektmodell*

### 2.3.3 Wechselwirkungsmodell nach der ICF

Ein Ansatz, der das Kausalitäts- und das Selektionsmodell integriert, indem er die wechselseitige Wirkung zwischen psychischer Gesundheit und sozialen Beziehungen unabhängig von Stressfaktoren zulässt, stammt aus der ICF.

In dem Modell der ICF werden die komplexen, gegenseitigen Beziehungen zwischen einem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren dargestellt (Schuntermann, 2007, S. 30ff.). Das Modell wurde für die Studie leicht modifiziert, indem es sich auf psychische Störungen bzw. Funktionsstörungen, soziale Partizipation und soziale Umweltfaktoren begrenzt (s. Abbildung 3). Es basiert auf dem *bio-psycho-sozialen Ansatz* nach Engel (1976). Der psychische Zustand einer Person hängt von der Wechselwirkung zwischen der psychischen Störung der Person und den Kontextfaktoren ab. Die Doppelpfeile verdeutlichen verschiedene Möglichkeiten von Wirkungen und Wechselwirkungen. Sie bedeuten aber nicht, dass die Elemente sich gegenseitig beeinflussen müssen. Zumal jedes Element des Modells als Ausgangspunkt für neue Probleme herangezogen werden kann. Beispielsweise kann eine Person, die sich vom Partner trennt [soziale Partizipation], infolge eine depressive Störung [psychische Störung] entwickeln. Die depressive Störung kann Ausgangspunkt sein für weitere Beeinträchtigungen. Sie kann sich unter anderem in einer Lustlosigkeit und Antriebsarmut äußern [psychische Funktionsstörungen], die zum sozialen Rückzug vom Freundeskreis [Aktivitäten] führt und die Teilhabe am Freundeskreis reduziert [soziale Partizipation]. Verfügt der Patient über einfühlsame Freunde, die ihn trotz Depression emotional unterstützen [soziale Umweltfaktoren] und kann er diese Hilfe annehmen [personbezogener Faktor], wird die Teilhabe am Freundeskreis trotz depressiver Erkrankung nicht gefährdet.

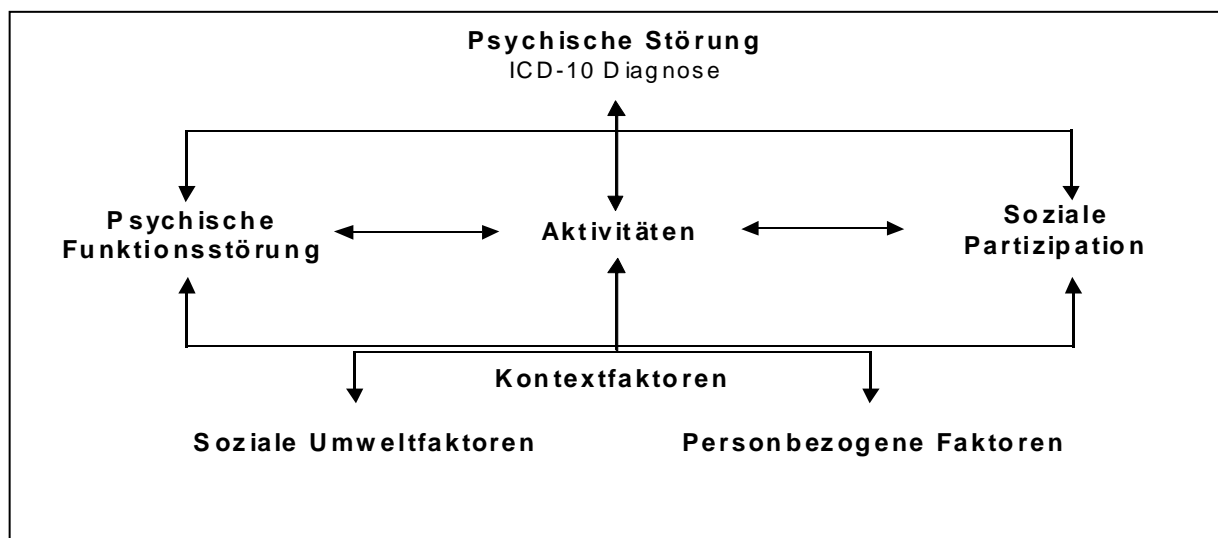


Abbildung 3 Modifiziertes bio-psycho-soziales Modell der ICF

Indem Kontextfaktoren in das Konzept einbezogen werden, ermöglicht es die Frage zu beantworten, welche Umwelt- und personbezogenen Faktoren sich positiv und welche sich negativ auf die psychische Gesundheit einer Person auswirken (s. Tabelle 1). Im ersten Fall wird von *Förderfaktoren*, im zweiten Fall von *Barrieren* gesprochen (Schuntermann, 2007, S. 25ff.). Übertragen auf den sozialen Kontext und die psychische Gesundheit können unterstützende Kontaktpersonen sich förderlich und konfliktreiche Beziehungen sich hinderlich auf die psychische Gesundheit auswirken. Dabei weist Schuntermann auf die Notwendigkeit hin, sowohl das Vorhandensein als auch das Fehlen von Förderfaktoren und Barrieren unabhängig voneinander zu untersuchen. Schließlich bedeutet das Vorhandensein von sozialer Unterstützung nicht gleichzeitig die Abwesenheit von sozialen Belastungen.

Tabelle 1 *Kontextfaktoren und psychische Gesundheit*

Kontextfaktoren	Auswirkungen auf die psychische Gesundheit	
	positiv	negativ
<b>Soziale Kontextfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>externe Förderfaktoren</i> z.B. soziale Unterstützung</li> <li>▪ Fehlen von <i>externen Barrieren</i> z.B. keine soziale Belastung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlen von <i>externen Förderfaktoren</i> z.B. keine soziale Unterstützung</li> <li>▪ <i>externe Barrieren</i> z.B. soziale Belastung</li> </ul>
<b>Personbezogene Faktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>interne Förderfaktoren</i> z.B. soziale Kompetenz</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlen von <i>internen Barrieren</i> z.B. keine Befangenheit im sozialen Kontakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlen von <i>internen Förderfaktoren</i> z.B. keine oder geringe soziale Kompetenz</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>interne Barrieren</i> z.B. unangemessene Befangenheit bis Vermeidung sozialer Kontakte</li> </ul>

### **2.3.4 Role Strain versus Rollenakkumulation**

Eine wichtige Frage ist, an wie vielen sozialen Rollen ein Mensch teilhaben sollte, sodass es für die psychische Gesundheit förderlich ist. Eine genaue Angabe besteht nach dem bisherigen Forschungsstand nicht. Jedoch wurde in verschiedenen Theorien die Frage diskutiert, ob es vorteilhafter ist, weniger soziale Rollen auszufüllen vor dem Hintergrund, dass mehrere soziale Rollen ein Mehr an Anforderungen bedeuten. Dieses Phänomen wird in der Rollensoziologie als *Mehrrollenhaushalt* bezeichnet (vgl. Meyer, 2000, S. 48). Mögliche Belastungen durch das Bestreben mehrere Rollen gleichzeitig zu erfüllen, griff William J. Goode 1960 in der Theorie zur sogenannten *Role Strain* auf. Seine Theorie basiert auf der Grundannahme, dass jeder Mensch nur ein begrenztes Kontingent an Energie und Zeit zur Verfügung hat. Eine Überschreitung dieser Ressourcen, kann erheblichen psychischen Stress bewirken (Coser, 1974; Gerson, 1976; Goode, 1960).

In der Empirie fand der Ansatz zur Rollenüberforderung nur dann Bestätigung, wenn die sozialen Rollen im Arbeits- und im Familienleben mit multiplen chronischen Belastungen verbunden waren (Melchior et al., 2007). Vielmehr hat sich die gegensätzliche Hypothese zur *Rollenakkumulation* durchgesetzt, nach der es für das seelische Gleichgewicht förderlich ist, in verschiedenen Lebensbereichen soziale Rollen auszufüllen (Sieber, 1974; Marks, 1977). Ergänzend führt Thoits (1983) an, dass Menschen mit mehreren sozialen Rollen, psychisch stabiler und gesellschaftlich orientierter sind und einen höheren Lebenssinn verspüren. Ergebnisse empirischer Studien (z.B. Brown & Harris, 1978; Mueller, 1980; Henderson et al., 1978; Nummela et al., 2008) weisen auf einen Zusammenhang zwischen wenigen sozialen Kontakten und einer erhöhten Vulnerabilität für psychischen Erkrankungen hin.

## **2.4 Empirische Befunde zu Zusammenhängen zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialen Beziehungen**

Aus den Modellvorstellungen (s. Abs. 2.3) geht die Annahme eines wechselseitigen Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit und sozialen Beziehungen hervor. Der erste Teil der Darstellung empirischer Untersuchungen bezieht sich auf die soziale Partizipation und Veränderungen in der sozialen Umwelt bei unterschiedlichen psychischen Störungsbildern. Im zweiten Teil sollen die sozialen Rollen der einzelnen Lebensbereiche erläutert und den Kodierungen der ICF zugeordnet werden. Dabei ist zu beachten, dass die ICF im Modell (s. Abb. 3) zwar eine theoretische Trennung der Konstrukte „Aktivität“ und „Partizipation“ vornimmt, bei der Kodierung aber eine gemeinsame Klassifikation (Aktivitäten und Partizipation) anbietet. Dieses Vorgehen wird damit begründet, dass sich die Konstrukte überschneiden und in der Praxis nur schwer trennen lassen (BAR, 2008, S. 14). Die ICF überlässt es dem Anwender, ob er das Präfix „d“ für life domains (Lebensbereiche) ersetzt durch „a“ für activities (Aktivitäten) oder „p“ für participation (Partizipation) verwendet. Da es in der vorliegenden Untersuchung um die Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen geht (s. Abs. 2.2.2) und weniger um einzelne Fähigkeiten oder Aktivitäten einer Person, wurde das Präfix „p“ eingeführt.

### **2.4.1 Soziale Beziehungen und psychischen Störungen**

Die soziale Partizipation und der soziale Kontext können die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen beeinträchtigen. Durch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung können sich wiederum die Teilhabe des Patienten an seinen sozialen Beziehungen und die Reaktionen seines sozialen Umfeldes verändern.

#### **2.4.1.1 Soziale Beziehungen zu Beginn psychischer Erkrankungen**

Allgemein scheint das Vorhandensein sozialer Kontakte und die aktive Teilhabe bis ins hohe Alter mit einer geringeren Prävalenz depressiver Symptome einherzugehen (Sicotte et al., 2008). Wie in der Kausalitätshypothese postuliert (s. Abs. 2.3.1), besteht für Menschen, die sich von sozialen Kontakten distanzieren, ein höheres Risiko infolge der sozialen Isolation psychische Störungen zu entwickeln (Holahan & Moos, 1981). Auch der Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und erhöhtem Risiko für Suizidalität gilt als belegt (z.B. Joiner et al., 1996).

Ebenso ist bei sozial Isolierten die Gefahr höher, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln (Page & Cole, 1991). Für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Depression scheint insbesondere das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung ausschlaggebend zu sein (z.B. Brown & Harris, 1978; Hautzinger, 1998, S.14).

Umgekehrt können psychische Erkrankungen zu einer Verringerung der sozialen Partizipation führen (s. Selektionshypothese), wie es oft bei Angsterkrankungen zu beobachten ist. So berichtet Heninger (1990) von einer verminderten Teilnahme an sozialen Beziehungen bei der Entwicklung einer Agoraphobie.

#### 2.4.1.2 Soziale Beziehungen und Krankheitsverlauf

Im Verlauf psychischer Erkrankungen zeichnen sich Veränderungen in der sozialen Partizipation ab. Welche psychopathologischen Funktionsstörungen die soziale Teilhabe erschweren, wurde bisher überwiegend bei Patienten mit psychischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Berufsleben untersucht. Als beeinträchtigende Faktoren erwiesen sich hier die Negativsymptomatik, kognitive Störungen, mangelnde soziale Kompetenz und geringe Therapiecompliance (Suslow et al., 2000, Tsang und Lam, 2000; Hoffmann et al., 2003).

In Vergleichsuntersuchungen zwischen Depressiven und gesunden Personen wurde beobachtet, dass die Anzahl der Kontaktpersonen bei Depressiven abnimmt, häufig begleitet vom Verlust intimer Bezugspersonen und Freunde (z.B. Billings & Moos, 1984; Henderson et al., 1981). In den Lebensbereichen selbst finden sich eine kleinere Zahl an Verwandten, Freunden und Arbeitskollegen (Billings et al., 1983).

Allerdings muss man an dieser Stelle die krankheitsbedingten negativen *Wahrnehmungsverzerrungen* bedenken, wie sie für depressive Störungen charakteristisch sind (Gotlib & Rottenberg, 2001). Die einseitige Wahrnehmung könnte dazu führen, dass depressive Patienten von weniger sozialen Kontakten berichten, als sie in Wirklichkeit haben.

In Studien hat man mögliche Wahrnehmungsverzerrungen kontrolliert. Zum einen durch eine Längsschnittstudie im depressiven und ein Jahr später im depressionsfreien Zustand. Zu beiden Zeitpunkten wiesen die subjektiven Angaben auf wenige soziale Kontakte hin (Billings & Moos, 1985).

Zum anderen bestätigen die Aussagen der Angehörigen depressiver Patienten, eine Reduktion der sozialen Kontakte (Billings et al., 1983, S. 131). Demzufolge ist die Angabe von Kontakten wenig anfällig für Wahrnehmungsverzerrungen bei depressiven Patienten.

Vielmehr kann die psychische Erkrankung im Verlauf zu einer reduzierten Verfügbarkeit sozialer Ressourcen führen. Langfristig können die wenigen verbleibenden Bezugspersonen mit dem depressiven Patienten selbst überfordert sein und sich zurückziehen. Darüber hinaus kann ein Rückzug der Angehörigen verstärkt werden durch das negative Interaktionsverhalten Depressiver (Hautzinger, Hoffmann & Linden, 1982, S. 261). Infolge stehen dem depressiven Patienten immer weniger soziale Ressourcen zur Verfügung. Dies kann zur weiteren Chronifizierung und Verschlimmerung der Krankheit beitragen (Amann, 1991, S. 558).

Es lässt sich festhalten, dass die Einbußen sozialer Kontakte, die bereits zum Zeitpunkt der Erstmanifestation vorliegen und mit dem Krankheitsverlauf zunehmen können, als *interaktives Produkt* zu verstehen sind (vgl. Möller-Leimkühler, 2003, S. 251). Dieses setzt sich zusammen aus der reduzierten Teilhabe an sozialen Beziehungen des Patienten und den Reaktionen der Bezugspersonen auf die psychische Störung.

## **2.4.2 Soziale Lebensbereiche und psychische Gesundheit**

### 2.4.2.1 Partnerschaft (ICF: p770)

Nach der ICF (DIMDI, 2005) werden Ehe-, Liebes- und Sexualbeziehungen den „Intimen Beziehungen“ untergeordnet.

Der Begriff Partnerschaft<sup>1</sup> wurde anstelle von Ehe gewählt, da er weiter gefasst ist und dem zeitgenössischen Beziehungsleben eher entspricht. Er bezieht sich auf relativ dauerhafte Zweierbeziehungen, die eng verbunden sind mit romantischer, pragmatischer, altruistischer und sexueller Liebe (Bierhoff, 2000).

Da eine stabile Partnerschaft als wichtigster Bedingungsfaktor für die psychische Gesundheit vor Zufriedenheit im Beruf oder Freundeskreis (Glenn & Weaver, 1981) gilt, sollen entsprechende Studienergebnisse ausführlicher berichtet werden.

---

<sup>1</sup> Sofern nicht anders angegeben, werden die Begriffe Partnerschaft und Ehe synonym verwendet.



Bereits in der weltweit viel zitierten Alameda Längsschnittsstudie (Berkman & Syme, 1979) waren mehr ledige Männer und Frauen unter den Kranken vertreten und starben früher als Verheiratete. Nachfolgende Studien bestätigten und differenzierten diese Ergebnisse (z.B. House, Robbins & Metzner, 1982). Ein ähnliches Muster findet sich für die Todesursache Suizid. In einer norwegischen Untersuchung an 51.000 Personen zu Suiziden von Alleinstehenden, wiesen alleinstehende Personen zwischen 30 und 50 Jahren die höchsten Suizidraten auf (Mastekaasa, 1995). In einer Zusammenfassung von 17 Studien zu psychischen Erkrankungen und Familienstand in den U.S.A. stellte Gove (1972) fest, dass ledige, geschiedene und verwitwete Frauen und Männer durchgängig höhere Raten psychischer Störungen aufwiesen als Verheiratete. Ähnliche Ergebnisse ergab die Metaanalyse von Schwarzer und Leppin (1989, S. 134), nach der bei 71% der Personen ohne Partnerschaft depressive Symptome eruiert wurden.

Allerdings können Partnerschaften auch Quelle von erlebten Belastungsepisoden, Konflikten oder Überforderungsgefühlen sein (Schütz & Wiesner, 2000). Partnerschaften, die sich über die Zeit hinweg verschlechtern, werden zu chronischen Belastungen, die bei vulnerablen Personen das Auftreten von Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen verstärken können (vgl. Hahlweg und Baucom, 2008, S. 77). In einer Studie von Whisman (1999), der 2538 verheiratete Personen im Alter von 15- 54 Jahren untersuchte, stiegen die Odds Ratios für Partner mit niedriger Ehequalität um das 3.1-fache für affektive Störungen, das 2.5-fache für Angststörungen und das Zweifache für Abhängigkeitserkrankungen.

Nähere Untersuchungen haben geschlechtsspezifische Interaktionseffekte ergeben, die jedoch sehr heterogen sind. So behaupten House und Kahn (1985, S. 89), dass Männer von der Ehe mehr profitieren als Frauen, gemessen an den Prävalenzraten psychischer und physischer Krankheiten sowie der Lebenserwartung. Dieser Wechseleffekt wird von Hautzinger (1985, S. 33-34) bestätigt. Der Autor entdeckte sogar eine höhere Rate depressiver Symptome bei verheirateten Frauen besonders in der Altersgruppe von 35 bis 60 Jahren. Möglicherweise lässt sich der Effekt, dass Männer stärker von der Ehe profitieren, mit dem Ergebnis der Studie von Klauer & Winkeler (2002) erklären. Demnach gelten Frauen im Durchschnitt als die besseren Unterstützer, da sie mehr und intensiver emotionale Unterstützung bieten. Burgard (2002) behauptet sogar, dass die Ehe Männer im Gegensatz zu Frauen eher davor schützt, psychiatrische bzw. psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Brown und Harris (1978, S. 181) kamen zu einer anderen Schlussfolgerung.

Die Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu entwickeln, ist bei Frauen, die unter dem frühen Verlust ihrer Mutter leiden, von Arbeitslosigkeit betroffen und allein erziehend sind deutlich geringer, wenn sie über einen Partner verfügen.

Demzufolge kann nicht allgemein formuliert werden, dass ein Geschlecht mehr von der Partnerschaft profitiert als das andere. Diese Zusammenhänge sind von Kontext, Operationalisierung als auch den Einflüssen weiterer Faktoren abhängig, wie z.B. den geschlechtsspezifischen Prävalenzraten psychischer Störungen.

Schließlich ist bekannt, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer an Depression erkranken (Laux, 2003, S. 1160) und Depressionen die Partnerschaft belasten können.

#### 2.4.2.2 Haushaltsmitglieder (ICF: p7503)

In der ICF werden sie als „informelle Beziehungen zu Mitbewohnern“ benannt. Sie lassen sich über das gemeinsame Leben in dem gleichen Haus bzw. der gleichen Wohnung definieren. Je nach Konstellation gehören dazu Partner, Kinder, Eltern oder für den Fall einer Wohngemeinschaft Mitbewohner. Die Beziehung zu Haushaltsmitgliedern ist durch die räumliche Nähe mit alltäglichem Kontakt geprägt. Handelt es sich um den Partner bzw. Familienmitglieder kann das Zusammenleben nach Nave-Herz (2004) mit den folgenden Funktionen verbunden sein: Reproduktionsfunktion (z.B. Sexualität), Sozialisations- und Erziehungsfunktion, Platzierung (Verwirklichung von bildungs- und berufsbezogenen Interessen), Erholung (z.B. gemeinsame Freizeitgestaltung) und Spannungsausgleich (Auffangen von psychischen Belastungen z.B. durch die Arbeit).

#### 2.4.2.3 Familienbeziehungen (ICF: p760)

Zur Familie werden Mitglieder der Kernfamilie, erweiterten Familie (z.B. Cousinen, Tanten, Onkel, Großeltern), aber auch der Stieffamilie gezählt. Das Vorhandensein von Familie und Verwandten zeichnet sich gegenüber anderen informellen Beziehungen dadurch aus, dass bis zum Lebensende *keine Wahlfreiheit* besteht. Das heißt, selbst wenn der Kontakt zu bestimmten Familienmitgliedern oder Verwandten abgebrochen wird, bleibt man trotzdem mit ihnen verwandt. Dies mag ein bedeutender Grund dafür sein, dass Hilfe auch dann geleistet wird, wenn die Qualität der Beziehung nicht besonders positiv ist (Hollstein, 2001, S.116).

Bevor Hilfe von Nichtverwandten in Anspruch genommen wird, die zu Gegenleistungen verpflichtet sind, wird primär die Familie/Verwandtschaft aufgesucht (Kaiser, 1993).

Hinsichtlich allgemeiner Geschlechtsunterschiede in der Familie/ Verwandtschaft scheinen mehr Frauen den Kontakt zu ihren Verwandten zu pflegen als Männer (Schmerl & Nestmann, 1991). Die Hilfeleistungen durch die Familie sind in zahlreichen Studien zur Funktion der Familie bei der Krankheitsbewältigung, Normalisierung des Alltags und Reorganisation personaler und sozialer Identität belegt worden (vgl. Möller-Leimkühler, 2003, S. 253).

Andererseits ist das Risiko für Rückfälle bei schizophrenen (Kymalainen & Weisman de Mamani, 2008) und bipolaren Störungen (Kim & Miklowitz, 2004) bei Familienmitgliedern mit einem negativem Interaktionsverhalten erhöht.

Der Begriff „Familie“ kann als Einheit verschiedener sozialer Rollen und Beziehungen verstanden werden, die im Verlauf des Lebens ihre eigene Entwicklung mit Veränderungen durchlaufen (Olson & McCubbin, 1983). Diese verschiedenen Beziehungsformen sollen näher erläutert werden.

#### *Eltern-Kind Beziehung (ICF: p7600)*

Die frühe Eltern-Kind Beziehung wird als einseitig, asymmetrisch angenommen. Sie zeichnet sich durch Aspekte einer biologischen Verbundenheit, einer hohen Emotionalität und der Unauflöslichkeit der Beziehung über die Lebensspanne aus. Die ICF ergänzt „dem Kind physische, intellektuelle und emotionale Zuwendung zu geben“ (DIMDI, 2005, S. 117).

#### *Kind-Eltern Beziehung (ICF: p7601)*

Die Entwicklungsziele eines Kindes in der Beziehung zu den Eltern ändern sich mit dem zunehmenden Alter. Während die Kinder in jüngeren Jahren den Eltern gehorchen sollten, beginnt im Jugendalter ein Ablösungsprozess, verbunden mit der Entwicklung von Autonomie und Identität (Kreppner, 1993). Der Höhepunkt dieses Prozesses tritt ein, wenn eine eigene Familie gegründet wird, mit der das Kind eine von der Herkunftsfamilie räumlich getrennte und ökonomisch unabhängige Einheit bildet (Schütze, 1993). Auch wenn der neuen Kernfamilie Vorrang vor der Beziehung zu allen Verwandten, einschließlich der Abstammungsfamilien eingeräumt wird, heißt dies nicht, dass ein solidarisches Verhältnis zur Herkunftsfamilie zum Erliegen kommt. Insbesondere in dem

Konzept der *filialen Reife* nach Blenkner (1965) wird dies verdeutlicht. Blenkner geht davon aus, dass Söhne und Töchter ungefähr zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr eine *filiale Krise* erleben.

In dieser Phase müssen sie erkennen, dass die Eltern sie nicht mehr unterstützen können, sondern nun selbst auf die Hilfe der Kinder angewiesen sind. Gelingt es den Kindern dies zu erkennen und Verantwortung für die Eltern zu übernehmen, mündet die filiale Krise in eine *filiale Reife*.

#### *Beziehungen unter Geschwistern (ICF: p7602)*

Nach der ICF besteht eine geschwisterliche Beziehung zu einer Person durch ein oder beide gemeinsame Elternteile kraft Geburt, durch Adoption oder Heirat.

In Bezug auf Geschlechtsunterschiede haben viele Studien gezeigt, dass Befragte einer Schwester emotional näher stehen als einem Bruder (Cicirelli, 1989, S. 214). Der gleiche Autor (1977) fand auch heraus, dass eine Schwester zu haben, für Frauen eine stärkere soziale Herausforderung bedeutet, für Männer hingegen mit einem Gefühl größerer Sicherheit verbunden ist. Die emotionale Nähe zu einer Schwester war für Männer und Frauen mit einer geringeren Depressivität verbunden (Cicirelli, a.a.O.).

#### *Großeltern-Enkelbeziehung (ICF: p7603)*

Diese Beziehungsform ordnet die ICF unter die Beziehungen zum „erweiterten Familienkreis“ ein, ohne sie zu konkretisieren. Dennoch sind Großeltern für die Enkelkinder oft zentrale Bezugspersonen und besonders für berufstätige Eltern eine wichtige Unterstützung in Bezug auf die zeitweise Übertragung der Kinderbetreuung.

Die Beziehung zwischen Großeltern und Enkeln ist meist unbeschwerter, da sie freier von disziplinarischer Verantwortung ist (Argyle & Henderson, 1986). Allerdings besteht Konfliktpotential, wenn sich die Eltern durch eine zu enge Bindung zwischen Großeltern und Enkel zurückgesetzt fühlen oder Grenzen verletzt werden. Dies kann wiederum Loyalitätskonflikte bei den Enkelkindern auslösen (Kaiser, 1993).

#### *Sekundäre Verwandte (ICF: p7603)*

Zur sekundären Verwandtschaft zählen Onkel, Tanten, Vetter, Cousinen, Nichten und Neffen, die in der ICF ebenfalls zum erweiterten eigenen Familienkreis gezählt werden.

Intensität und Häufigkeit der Kontakte sind normalerweise geringer als bei primären Verwandten. Dennoch können sie in Einzelfällen eine wichtige Rolle spielen z.B. bei wohnortnahen Verwandten, die zur Kinderbeaufsichtigung beitragen (Kaiser, a.a.O.).

#### *Angeheiratete Verwandte (ICF: p7609)*

Angeheiratete Verwandte sind in der ICF nicht kodiert, sie könnten in die Restkategorie nicht näher bezeichnete Familienbeziehungen (p7609) eingeordnet werden.

Zu angeheirateten Verwandten zählen Schwiegereltern und –kinder, Schwägerinnen und Schwager. Untersuchungen zeigen, dass nach Eltern und Kinder die Schwiegereltern und deren Verwandte als dritt wichtigste finanzielle und/ oder praktische Unterstützungsquelle gelten (Kaiser, a.a.O.).

#### 2.4.2.4 Berufsbedingte Beziehungen (ICF: p740)

Berufsbedingte Rollen gehören zu den formellen Beziehungen, die durch Gesetze und bestimmten Erwartungen festgelegt sind. Es gibt eine vorgegebene zeitliche und räumliche Struktur, in der man zusammenarbeitet. Die ICF unterscheidet weiter zwischen Beziehungen zu Menschen in Machtpositionen (z.B. Arbeitgeber), Untergebenen (z.B. Bedienstete) und Gleichrangigen (z.B. Kollegen).

Außer der Befriedigung existentieller Bedürfnisse dient die Arbeit auch der individuellen und sozialen Identitätsfindung. Sie schafft ein soziales Kontaktfeld, in dem auch berufliche und persönliche Kommunikationsbedürfnisse erfüllt werden können (Gaska & Frey, 1993) und sie beeinflusst den Selbstwert eines Menschen (Freese, 1982). Bereits bei Kenntnis einer Gefährdung des Arbeitsplatzes konnten höhere Depressionsraten nachgewiesen werden (Wang et al., 2008). Ist die Identifikation mit der Berufsrolle sehr stark, kann der Verlust einer solchen Rolle durch Arbeitslosigkeit oder Pensionierung zu Identitätskrisen führen. Die Folge sind nicht nur erhöhte Ausprägungen in Depression und Ängstlichkeit, sondern auch eine soziale Isolierung innerhalb weniger Wochen (Mohr & Frese, 1978). Diese negativen Auswirkungen können gemildert werden, wenn es den von Arbeitslosigkeit Betroffenen gelingt, eine neue Rolle einzunehmen z.B. durch ehrenamtliche Tätigkeiten (vgl. Frese, 1985). Allerdings wirkt sich nicht nur der Verlust des Arbeitsplatzes negativ auf die Psyche aus. Die Erfahrung von Kollegen ausgeschlossen zu werden, ging einher mit häufigerem Auftreten psychischer Symptome wie Erschöpfung, affektiven Störungen, Schlaf- und sexuellen Störungen (Punzi et al., 2007).

In Deutschland gelten psychische Krankheiten inzwischen sogar als „die wichtigste Ursache von Erwerbsunfähigkeit“ (Eikelmann et al., 2005).

Die Autoren zeigen, dass 2002 der Anteil von Patienten mit psychischen Störungen in der Altersgruppe der unter 40-Jährigen bei Männern und Frauen jeweils etwa 45 Prozent aller Frühberentungen ausmachte.

Wobei Agerbo et al. (2004) darauf hinweisen, dass viele psychisch Kranke schon lange Zeit vor der ersten Behandlung aus sozialen Beziehungen und dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind.

Dabei ist die Teilhabe am Arbeitsleben bei Patienten mit psychischen Störungen besonders wichtig. Sie senkt das Risiko, sich erheblich zu verschulden und schützt so vor Folgen wie Verlust der Wohnung oder Verarmung. Des Weiteren geht die Partizipation an verschiedenen sozialen Lebensbereichen oft einher mit einem Mehr an Unterstützung und einer deutlich höheren Zufriedenheit (Rüesch et al., 2004).

#### 2.4.2.5 Freunde (ICF: p7500)

Die ICF ordnet Freunde in die Kategorie „informelle soziale Beziehungen“ (p750) ein und definiert Freundschaften durch gegenseitige Wertschätzung und gemeinsame Interessen.

In Bezug auf die Wirksamkeit von Freundschaften formulierte Eisenberg (1979) „A friend, not an apple, a day will help keep the doctor away.“. Empirische Studien konnten belegen, dass die Existenz und Quantität von Freunden mit einer geringeren Rate psychischer Erkrankungen einhergeht (Rab et al., 2008; Fiori et al. 2006).

Mit einer genaueren Begriffsbestimmung hat sich Auhagen (1993, S. 217ff.) auseinandergesetzt. Sie definiert Freundschaft als eine dyadische, persönliche, informelle, frei gewählte soziale Beziehung, die auf Gegenseitigkeit und wechselseitiger Anziehung beruht und Sexualität ausschließt. Kon (1979) zufolge hat Freundschaft instrumentelle und emotionale Funktionen. Duck (1983) differenziert diese Aufgaben von Freundschaft weiter. Er charakterisiert Freundschaften durch ein Zugehörigkeitsgefühl, emotionale Integration und Stabilität. Freunde geben die Gelegenheit, über uns selbst zu kommunizieren sowie anderen zu helfen, mit psychischen und physischem Beistand versorgt zu werden und zu erfahren, dass wir als Menschen einen Wert besitzen.

Das Interesse an geschlechtsspezifischen Unterschieden in Freundschaften reicht bis ins antike Griechenland zurück, wo Freundschaft noch ausschließlich Männersache war (Kon, 1979, S. 35).

Aus den empirischen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte ging hervor, dass Männer mehr Kontakt zu Freunden pflegen als Frauen (Moore, 1990), wobei Frauenfreundschaften als intimer beschrieben werden (Wheeler et al., 1983). Allerdings ist vor einer allzu pauschalen Interpretation von Geschlechtsunterschieden zu warnen, da Wright (1982) feststellte, dass bei intimeren und anhaltenden Freundschaften keine Geschlechtsunterschiede mehr bestanden.

#### 2.4.2.6 Freizeitkontakte (ICF: p7504 und p9100)

Zu Freizeitkontakten zählen Personen, mit denen man soziale Aktivitäten teilt. Bei der Kategorisierung bietet die ICF zwei Möglichkeiten an. Die Freizeitkontakte können unter p7504 „Informelle Beziehungen zu Seinesgleichen“ oder unter p9100 „informelle Vereinigungen“ eingeordnet werden. Zur ersten Kategorie zählt die ICF Menschen im gleichen Alter, mit gleichen Interessen oder anderen gemeinsamen Merkmalen.

Unter der zweiten Kategorie benennt sie soziale oder gesellschaftliche Vereinigungen, die von Menschen gleicher Interessen organisiert sind wie lokale Clubs oder ethische Gruppen.

Psychische Störungen können einhergehen mit einer geringeren Teilnahme an gemeinschaftlichen Freizeitaktivitäten (Bohnert & Garber, 2007). Der Bericht „Mental Health and social exclusion“ (Social Exclusion Unit, 2004) zeigte, dass die meisten Erwachsenen mit chronischen psychischen Störungen ihre Freizeit allein und passiv verbringen. Die mangelnde Partizipation an einer aktiven Freizeitgestaltung kann wiederum die Psychopathologie verstärken. Dies zeigten Michélsen und Bildt (2003), die bei Männern, die ihre Freizeit allein und passiv verbrachten, einen erhöhten Alkoholkonsum feststellten.

#### *Religion (ICF: p930)*

Eine gesonderte Rolle spielt die aktive, regelmäßige Teilnahme an einer religiösen Gemeinschaft, die in der ICF unter „Religion und Spiritualität“ behandelt wird.

Eine Studie mit 3032 Teilnehmern im Alter von 25-74 Jahren zeigte, dass eine aktive soziale Partizipation einher ging mit einer ausgeglicheneren Gefühlslage, geringerem negativen Affekt und einer größeren Lebenszufriedenheit (Greenfield & Marks, 2007).

#### 2.4.2.7 Nachbarn (ICF: p7501)

Als Nachbarn werden in den angrenzenden oder nächstgelegenen Gebäuden wohnende Personen bezeichnet. Nachbarschaftsbeziehungen können als eine Mischung aus vorgegebenen und freiwilligen Beziehungen betrachtet werden. Vorgegeben, da die räumlichen Nähe bewirkt, dass es nahezu unmöglich ist, „nichts“ vom Leben des Anderen mitzubekommen (Hollstein, 2001, S. 125ff.). Freiwillig, da die Möglichkeit besteht, so wenig wie möglich selbst an der Nachbarschaft teilzunehmen bzw. den Kontakt ganz zu vermeiden.

Die klassische Untersuchung von Wellman (1979) zum Umfang und der Intensität von Nachbarschaftskontakten ergab, dass über 80% der Befragten wenigstens über einen Nachbarn verfügen, den sie im Notfall rufen könnten.

Ansonsten wurde deutlich, dass die Nachbarschaftsbeziehungen für den Großteil der Befragten eher als schwache Beziehungen (namentlich bekannt, Gesprächskontakt) eingeschätzt wurden. Nur ein Drittel unterhielten zu 1-2 Nachbarn eine intensivere Beziehung (gegenseitige Besuche, Hilfeleistungen). Geschlechtsspezifische Untersuchungen ergaben, dass mehr Frauen ihre Nachbarschaftsbeziehungen pflegen als Männer (Moore, 1990). Weitere Ergebnisse zeigen, dass eine aktive Teilnahme an der Nachbarschaft unter der Bedingung, dass die Umgebung gewaltfrei ist, verbunden ist mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand (Dupéré & Perkins, 2007). Andererseits ist die Qualität der Nachbarschaft ein wichtiges Kriterium, um überhaupt Nachbarschaftsbeziehungen aufzunehmen. So treten bei ungünstigen Nachbarschaften, die geprägt sind z.B. durch Gewalt oder Gefahr, neben einer geringeren sozialen Partizipation auch häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (Ross & Mirowsky, 2001).

#### 2.4.2.8 Bekannte (ICF: p7502)

Die ICF begreift Bekannte als informelle Beziehungen zu Menschen, die man kennt, die jedoch nicht zum engeren Freundeskreis gezählt werden (DIMDI, 2005, S. 117). Von Simmel (1968, S. 509ff) wurde der Bekannte auch als Fremder bezeichnet, der einerseits dazugehört, aber gleichzeitig außerhalb steht. Die Funktionen von Bekannten wurden bisher wenig untersucht. Melbeck (1993, S. 252) nimmt an, dass sie zur Informationsvermittlung oder zur Durchführung von Aktivitäten, bei denen ein Partner benötigt wird, eine wesentliche Rolle spielen.



Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die soziale Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen und die sozialen Umweltfaktoren im Sinne von unterstützenden und belastenden sozialen Beziehungen nicht getrennt werden können. Zumal das Kriterium der Wahlfreiheit bei der Betrachtung einzelner Lebensbereiche eine wesentliche Rolle spielt. In manche Lebensbereiche wird man hineingeboren, in anderen Lebensbereichen wählt man sich seine Kontakte bewusst aus und wiederum andere setzen sich zusammen aus frei gewählten und vorgegebenen Kontakten. Hinzu kommt, dass mit einer mangelnden Teilhabe an sozialen Lebensbereichen auch der Verlust an unterstützenden sozialen Beziehungen verbunden ist. Damit bleiben die direkte Wirkung (s. Haupteffektmodell) und indirekte stressdämpfende Wirkung (s. Puffereffektmodell) von sozialer Unterstützung auf die Gesundheit der Person aus.

### 3. Fragestellung

Wie aus dem Theorieteil hervorgeht, wurde die soziale Partizipation im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bisher nur in vereinzelten Lebensbereichen untersucht. Eine Untersuchung an verschiedenen psychischen Störungen mit chronischem Verlauf, in der überprüft wird, welche psychischen Funktionsstörungen mit welchen Beeinträchtigungen der sozialen Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen einhergehen, steht bislang aus.

In den einzelnen Lebensbereichen soll der Einfluss von fördernden und belastenden Merkmalen des sozialen Kontextes auf die psychische Gesundheit überprüft werden. Aufgrund der empirischen Befunde, die wiederholt auf Geschlechtsunterschiede hinweisen, soll der personbezogene Faktor „Geschlecht“ bei der Hypothesenbildung explizit berücksichtigt werden.

#### 3.1 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Partizipation

Sowohl die Kausalitäts- als auch die Selektionshypothese (s. Abs. 2.3.1) implizieren eine verringerte soziale Partizipation bei chronischen psychischen Erkrankungen.

*H1 Es wird erwartet, dass Patienten mit höherer psychopathologischer Ausprägung eine geringere soziale Partizipation insgesamt und innerhalb der Lebensbereiche aufweisen.*

Ferner soll überprüft werden, in welchen Lebensbereichen sich diese Einschränkungen zeigen unter Berücksichtigung der empirischen Befunde bisheriger Studien (s. Abs. 2.4.2). Demnach wird erwartet, dass längerfristig psychisch Kranke häufig über weniger soziale Kontakte in wahlfreien Lebensbereichen verfügen. Beim Vorhandensein eines Partners wird ein besserer Gesundheitszustand vermutet. Kontrovers dagegen wurde diskutiert, welches Geschlecht mehr von einer Partnerschaft profitiert. Daraus lassen sich folgende Hypothesen ableiten.

- H2 a) Bei Patienten mit höherer psychopathologischer Ausprägung werden Einschränkungen in der sozialen Partizipation in wahlfreien Lebensbereichen (Partnerschaft, Freunde, Freizeit, Bekannte) erwartet.*
- b) Bei Vorliegen einer Partnerschaft werden hinsichtlich der psychopathologischen Ausprägung Geschlechtsunterschiede vermutet.*

Die verschiedenen psychischen Funktionsstörungen sollen auf Unterschiede hinsichtlich der sozialen Partizipation überprüft werden.

*H3 Beim Vergleich zwischen verschiedenen psychischen Syndromen werden Unterschiede in der sozialen Partizipation erwartet.*

### **3.2 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialen Umweltfaktoren**

Allgemein soll überprüft werden, ob Zusammenhänge bestehen zwischen einem förderlich und sozial wenig belastenden Umfeld und einer geringeren psychopathologischen Beeinträchtigung. Darüber hinaus soll überprüft werden, welche Lebensbereiche als förderlich oder belastend erlebt werden.

*H4 Es wird angenommen, dass Patienten mit einer geringeren psychopathologischen Ausprägung eher ein unterstützendes und wenig sozial belastendes Umfeld aufweisen im Gegensatz zu Patienten mit einer höheren psychopathologischen Ausprägung.*

Die Partnerschaft/ Ehe wurde als wichtigster Bedingungsfaktor für die psychische Gesundheit dargestellt (s. Abs. 2.4.2.1). Deshalb soll die Qualität der Partnerschaft in dieser Arbeit besonders berücksichtigt werden.

*H5 Es wird erwartet, dass eine geringere psychopathologische Ausprägung einhergeht mit dem Erleben einer höheren Partnerschaftsqualität.*

### **3.3 Soziale Partizipation und soziale Umweltfaktoren als Prädiktoren des psychischen Gesundheitszustandes**

Es soll untersucht werden, ob und welche Indizes der sozialen Partizipation und der sozialen Umwelt Veränderungen in den psychischen Funktionsstörungen beeinflussen.

*H6 Es wird erwartet, dass die soziale Partizipation und die sozialen Umweltfaktoren einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand bei Entlassung aus der Klinik haben.*

## **4. Methode**

### **4.1 Operationalisierung der Variablen**

Unter Bezugnahme der ICF werden die Operationalisierung und Untersuchungsinstrumente zu psychischen Funktionsstörungen, sozialer Partizipation und sozialen Umweltfaktoren vorgestellt. Soziodemografische Daten zu Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Familienstand, der aktuellen beruflichen Situation (Vollzeit, Teilzeit, arbeitslos, in Ausbildung, Hausfrau/ -mann, Rente) sowie die ICD-10 Diagnosen wurden zu Beginn des Klinikaufenthaltes über die abteilungsinterne Basisdokumentation erfasst.

#### **4.1.1 Psychische Funktionsstörungen**

In der ICF werden im Kapitel 1 „Mentale Funktionen“ (b110-199) der Körperfunktionen unter anderem auch die psychopathologischen Symptome kategorisiert, die an die Standardisierungsbemühungen der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP, 1995) erinnern. Da Störungen des Bewusstseins und der Orientierung in der psychosomatischen Rehabilitation eher untypisch sind, sollen sie bei der Operationalisierung nicht berücksichtigt werden. Ein reliables, valides und praktikables Instrument, welches das Vorhandensein und das Ausmaß relevanter psychischer Symptome abfragt, ist die Symptom Checklist –90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1992). Mit einer Bearbeitungszeit von 10-15 Minuten erfragt das Screening-Instrument über 90 Items auf einer 5-stufigen Likertskala<sup>2</sup> von „überhaupt nicht“ = 0 bis „sehr stark“ = 4 die subjektive Belastung der Patienten durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der letzten 7 Tage.

In der Studie wurde die SCL-90-R zu Beginn und Ende der Behandlung über die abteilungsinterne Basisdokumentation durchgeführt.

Bei der Auswertung werden die 90 Items zu folgenden 9 syndromalen Skalen subsumiert (s. Tab. 2), die kurz erläutert werden (Franke, 2002).

---

<sup>2</sup> Die Likertskala der SCL-90-R entspricht damit der in der ICF vorgeschlagenen Skalierung zum Ausmaß einer Schädigung (DIMDI, 2005, S. 51).

Tabelle 2 *Die Skalen der SCL-90-R*

Skala 1	<i>Somatisierung</i>	körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen
Skala 2	<i>Zwanghaftigkeit</i>	leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit
Skala 3	<i>Unsicherheit im Sozialkontakt</i>	leichte soziale Unsicherheiten bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
Skala 4	<i>Depressivität</i>	Traurigkeit bis hin zu schwer ausgeprägter Depressivität
Skala 5	<i>Ängstlichkeit</i>	körperlich spürbare Nervosität bis hin zu starker Angst
Skala 6	<i>Aggressivität/ Feindseligkeit</i>	Reizbarkeit, Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
Skala 7	<i>Phobische Angst</i>	leichte Gefühle von Bedrohung bis hin zu massiven, phobischen Ängsten
Skala 8	<i>Paranoides Denken</i>	Misstrauen bis hin zu stark paranoidem Denken
Skala 9	<i>Psychotizismus</i>	Gefühle von Isolation, Entfremdung bis hin zu psychotischem Erleben

In 7 zusätzlichen Items werden Schlafstörungen, Störungen des Appetits, Schuldgefühle und Gedanken an den Tod erfragt.

Zur Übersicht über die psychische Belastung auf einem generellen Niveau werden drei globale Kennwerte gebildet:

- Der *GSI* (Global Severity Index) gilt als bester Indikator für das Ausmaß der vorhandenen psychischen Belastung, da er die Intensität der Belastung in Bezug zu allen 90 Items setzt.
- Der *PSDI* (Positive Symptom Distress Index) bezieht sich auf die Intensität im Antwortverhalten.
- Der *PST* (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Die Rohwerte der Skalen und globalen Kennwerte wurden in der Studie anschließend nach Geschlecht und Alter zu T-Werten transformiert. Die T- Werte ermöglichen einen Vergleich zu Normdaten und der Anwendung von Falldefinitionen. Nach Derogatis (1992) gilt ein Patient als „Fall“, im Sinne einer auffallenden psychischen Belastung, wenn sein T-GSI größer oder gleich 63 entspricht. In der vorliegenden Studie soll dieser Cut-off Wert von  $T_{GSI} \geq 63$  verwendet werden, um zwischen Patienten mit hoher ( $GSI \geq 63$ ) und niedriger ( $GSI \leq 62$ ) psychischer Belastung zu unterscheiden. Der T-GSI wurde zu Beginn des Klinikaufenthaltes und bei Entlassung erhoben.

#### **4.1.2 Soziale Partizipation**

In der ICF (DIMDI, 2005) lässt sich die soziale Partizipation innerhalb von zwei Kapiteln der Oberkategorie „Aktivitäten/ Teilhabe“ einordnen. In Kapitel 7 „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ (p710-p799) geht es um die Ausführung von angemessenen Handlungen, die für die Interaktionen mit Menschen (z.B. Liebespartner, Familie, Kollegen, Freunde, Nachbarn) erforderlich sind. Diese lassen sich mit dem Kapitel 9 zum „Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Leben“ (p910-p999) ergänzen, in dem es um Handlungen zur Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie (z.B. Freizeit, Religion) geht.

Angaben zur sozialen Partizipation sollen mit dem *Multidimensionalen Kontaktkreis* (MuSK; Linden et al., 2007) abgebildet werden. Der MuSK ist ein reliables, ökonomisches Instrument, das aus einem Interviewleitfaden und einer Grafik besteht (s. Anhang 9.1). Durch den grafischen Ansatz in Form eines Kreisdiagramms, wird ein systematischer Überblick der sozialen Partizipation des Patienten in den Lebensbereichen „Haushalt“, „Familie“, „Arbeit/ Bildung“, „Gute Freunde“, „Freizeit“, „Nachbarschaft“ und „Andere“ ermöglicht.

Die Kodierungen zu den sozialen Rollen innerhalb der einzelnen Lebensbereiche des MuSK mit Äquivalenzen zur Kodierung nach der ICF (DIMDI, 2005) sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3 *Kodierungen zu den sozialen Rollen in den Lebensbereichen und deren Entsprechungen nach der ICF*

LEBENS- BEREICH	Kodierungen	Entspricht im ICF (DIMDI, 2005)
HAUSHALT	1 = Ehemann/ -frau 2 = Partner 3 = Kind 4 = Elternteil 5 = Geschwister 6 = weitere Familie  7 = angeheiratete Familie 8 = Mitbewohner 9 = Freund/ Freundin 10 = ehemaliger Partner	p7701 Eheliche Beziehung p7700 Liebesbeziehung p7600 Eltern-Kind-Beziehung p7601 Kind-Eltern Beziehung p7602 Beziehung unter Geschwistern p7603 Beziehung zum erweiterten Familienkreis  p7608 Familienbeziehung, anders bezeichnet p7503 Informelle Beziehung zu Mitbewohnern p7500 Informelle Beziehung zu Freunden p7708 Intime Beziehung, anders bezeichnet
FAMILIE	1 = Ehemann/ -frau 2 = Partner 3 = Kind 4 = Elternteil 5 = Geschwister 6 = weitere Familie  7 = angeheiratete Familie  8 = ehemaliger Partner	p7701 Eheliche Beziehung p7700 Liebesbeziehung p7600 Eltern-Kind-Beziehung p7601 Kind-Eltern Beziehung p7602 Beziehung unter Geschwistern p7603 Beziehung zum erweiterten Familienkreis  p7609 Familienbeziehung, nicht näher bezeichnet p7708 Intime Beziehung, anders bezeichnet
ARBEIT/ BILDUNG	1 = Kollege/ Kommilitone 2 = Chef 3 = Angestellte	p7402 Gleichrangige p7400 Autoritätspersonen p7401 Untergebene
GUTE FREUNDE	1 = Freund/ Freundin 2 = Partner	p7500 Informelle Beziehung zu Freunden p7700 Liebesbeziehung
FREIZEIT	1 = Vereinsmitglied, Sportgruppe 2 = Kirche 3 = Selbsthilfegruppe	p9100 Informelle Vereinigungen p9300 Organisierte Religion p7504 Informelle Beziehung zu Seinesgleichen
NACHBARN	1 = Nachbar	p7501 Informelle Beziehung zu Nachbarn
ANDERE	1 = guter Bekannter 2 = Mitpatient 3 = professioneller Helfer 4 = Ehemaliger Partner	p7502 Informelle Beziehung zu Bekannten p7504 Informelle Beziehung zu Seinesgleichen p7408 Formelle Beziehung, anders bezeichnet p7708 Intime Beziehung, anders bezeichnet

Die Untersuchungsdauer des MuSK beträgt im Durchschnitt 12.5 Minuten (Linden et al., 2007). Um Interviewereffekte gering zu halten, wurde ein Interviewleitfaden erstellt (s. Anhang 9.1) und vorab ein Training der fünf Interviewerinnen durchgeführt.

Die soziale Partizipation lässt sich jeweils getrennt für die allgemeinen und aktuellen Kontaktpersonen durch folgende Indizes abbilden:

- Für das Ausmaß an sozialer Partizipation wird ein *Integrationsindex* gebildet. Er berechnet sich aus der Summe aller Lebensbereiche, für die der Patient mindestens eine Bezugsperson nennt. Der Anzahl der Lebensbereiche entsprechend, kann ein Patient maximal einen Integrationsindex von sieben erreichen. In Anlehnung an die in Abschnitt 2.3.4 dargestellte Theorie zur Rollenakkumulation ist es für die psychische Gesundheit einer Person umso besser, je mehr soziale Rollen sie ausfüllt. Somit ist ein hoher Integrationsindex von 6-7 wünschenswert, ein Index von 4-5 als mittelmäßig zu werten und die Angabe von Bezugspersonen in drei oder weniger Lebensbereichen (Integrationsindex  $\leq 3$ ) sind Anzeichen sozialer Isolation.
- Die Größe der sozialen Partizipation kann insgesamt oder einzeln für die Lebensbereiche bestimmt werden.
  - Die *Gesamtnetzgröße* ergibt sich aus der Summe aller genannten Kontaktpersonen. Die allgemeine Gesamtnetzgröße von 20-25 Personen entspricht den wissenschaftlichen Befunden zur durchschnittlichen Größe des sozialen Netzes in der Allgemeinbevölkerung (Laireiter, 2002).
  - Die *Größe eines einzelnen Lebensbereiches* ergibt sich aus der Summe aller genannten Kontaktpersonen in diesem Kontaktsegment.
- Die Art der sozialen Partizipation kann über den gesamten Kontaktkreis oder innerhalb eines Segmentes des Kontaktkreises betrachtet werden.
  - Das *Netzspektrum* gibt Auskunft darüber, in welchen Lebensbereichen Kontakt besteht und in welchen nicht. Die Darstellung erfolgt in Prozentangaben (z.B. 60% der Befragten haben keine Freizeitkontakte).
  - Die *Komposition eines Lebensbereiches* gibt in Prozent an, aus welchen sozialen Rollen sich ein Lebensbereich zusammensetzt.



### 4.1.3 Soziale Umweltfaktoren

Die *soziale Umwelt* wird in der ICF unter den Umweltfaktoren in Kapitel 3 „Unterstützung und Beziehungen“ (e310-e399) eingeordnet. Unter fördernden Faktoren wird das Ausmaß physischer und emotionaler Unterstützung verstanden, die Personen insgesamt und in den verschiedenen Lebensbereichen geben. Barrieren werden durch das Ausmaß der sozialen Belastung insgesamt und der Belastung in den einzelnen Lebensbereichen abgebildet (s. Abs. 2.2.3).

#### 4.1.3.1 Soziale Umweltfaktoren in den Lebensbereichen

Die Quellen und das Ausmaß der sozialen Unterstützung und der sozialen Belastung werden im zweiten Teil des MuSK erfragt. Sie werden als *wahrgenommene* Unterstützungs- bzw. Belastungsangaben behandelt. In Anlehnung an die fünfstufige Beurteilung von 0-4 aller Merkmale nach der ICF (DIMDI, 2005, S. 27ff.) wird das Ausmaß der sozialen Unterstützungs- und Belastungsangaben über eine fünfstufigen Likertskala von 0-4 (überhaupt nicht bis sehr) operationalisiert. Die physische Unterstützung wird im MuSK als *praktische Unterstützung* bezeichnet und in jedem der sieben Lebensbereiche wie folgt erfragt: „*Wie sehr fühlen Sie sich bei praktischen Dingen unterstützt, z.B. bei der Erledigung von Besorgungen oder Abnahme kleinerer Aufgaben, wenn Sie dies benötigen?*“. Nach dem gleichen Prinzip werden die Fragen zur emotionalen Unterstützung „*Wie sehr können Sie positive und negative Gefühle teilen oder erfahren Trost und Zuspruch, wenn Sie dies wünschen?*“ und zur sozialen Belastung „*Wie sehr fühlen Sie sich durch diese Personen kritisiert, abgelehnt, eingeengt oder überfordert?*“ gestellt. Anhand der gleichen Likertskala erfolgt abschließend ein Rating zur Zufriedenheit mit der praktischen und emotionalen Unterstützung.

Zum Ausmaß der sozialen Unterstützung und Belastung lassen sich Globalindikatoren und differenzielle Indikatoren bilden (Linden et al., 2007, S. 138).

- Die *Gesamtunterstützung* bzw. *Gesamtbelastung* ergibt sich aus dem Mittelwert aller Angaben zur sozialen praktischen/ emotionalen Unterstützung und der sozialen Belastung. Mittelwerte von 4-3 sprechen für eine sehr hohe soziale Unterstützung bzw. soziale Belastung. Werte um 2-1 deuten auf eine teilweise soziale Unterstützung und Belastung hin. Werte unter 1 geben eine sehr geringe bis überhaupt keine soziale Unterstützung / Belastung an.
- *Quellen von Unterstützung und Belastung* lassen sich in Lebensbereichen identifizieren, in denen die Mittelwerte mit 4-3 sehr hoch ausfallen.
- Bei den Angaben zur *Zufriedenheit der Unterstützung* sind Werte zwischen „ziemlich“ (3) und „sehr zufrieden“ (4) als optimal zu bewerten.

#### 4.1.3.2 Soziale Umweltfaktoren in der Partnerschaft

Fördernde und belastende Faktoren in der Partnerschaft wurden in der vorliegenden Untersuchung über eine Selbst- und Fremdbefragung mit dem Fragebogen *Quality of Relationships Inventory (QRI)* von Pierce et al. (1991) erfasst. Das QRI ist ein reliables und valides Instrument (Pierce et al., 1997; Verhofstadt et al., 2006), das eine detaillierte Beschreibung der Beziehungsqualität zwischen dem Patienten und seinem Partner erlaubt. Es misst auf einer 5-stufigen Likertskala von „überhaupt nicht“ = 0 bis „sehr“ = 4 aus Sicht des Befragten mit 7 Items die *soziale Unterstützung*, durch 12 Items den *Konflikt* und über 6 Items die *Intensität der Partnerschaft*. Der Fragebogen wurde um ein zusätzliches Item zur *Zufriedenheit mit der Beziehung* erweitert, da Angaben zur Zufriedenheit als wichtigste psychologische Dimension sozialer Unterstützung gelten (Sommer & Fydrich, 1989). Der vollständige Fragebogen ist in Anhang 9.2 einzusehen.

Insofern eine Partnerschaft bestand, wurden Patienten und ihre Partner unabhängig voneinander befragt. Der Patient erhielt den Fragebogen im Anschluss an den MuSK. Erklärte sich der Patient einverstanden, erhielt sein Partner neben einem Aufklärungsschreiben zur freiwilligen, anonymisierten Teilnahme an der Studie, den gleichen Fragebogen zur Qualität der Beziehung mit einem frankierten Rückumschlag. Um Patienten und ihre Partner hinterher zuordnen zu können, erhielten die Partner den gleichen Untersuchungscode ergänzt durch ein „A“ für Angehörigenbefragung.

#### 4.1.4 Zusammenfassende Übersicht zur Operationalisierung

Eine Übersicht zu den Variablen, Definitionen und Operationalisierungen erfolgt in Tabelle 4.

Tabelle 4 *Übersicht zu Variablen, Definitionen und Operationalisierung*

Variable	Definition	Instrumente und Operationalisierung
Psychische Funktionsstörung	Jede Schädigung, Verlust oder statistische Normabweichung in der psychischen Funktion.	Über die SCL-90-R (Franke, 2002): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die „Falldefinition“ T-GSI <math>\geq 63</math>, ab der Patienten als psychisch auffallend belastet gelten.</li> <li>2. T-Werte der 9 Skalen zu psychischen syndromalen Bereichen.</li> </ol>
Soziale Partizipation	Teilnahme/ Teilhabe in sozialen Lebensbereichen	Erster Teil des Multidimensionalen Sozialkontakt-Kreises (MuSK, Linden et al., 2007) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Ausmaß der sozialen Partizipation wird durch den <i>Integrationsindex</i> (allgemein und aktuell) operationalisiert.</li> <li>2. Die Größe der sozialen Partizipation wird durch die <i>Gesamtnetzgröße</i> und die <i>Größe in den einzelnen Lebensbereichen</i> (jeweils allgemein und aktuell) erfasst.</li> <li>3. Die Art der sozialen Partizipation wird durch das <i>Netzspektrum</i> und die <i>Komposition der einzelnen Lebensbereiche</i> (jeweils allgemein und aktuell) bestimmt.</li> </ol>
Soziale Umwelt	Als Förderfaktor soll die soziale Unterstützung, als Barriere die soziale Belastung bzw. Konflikte berücksichtigt werden.	Zweiter Teil des Multidimensionalen Sozialkontakt-Kreises (MuSK, Linden et al., 2007) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Förderfaktoren der sozialen Umweltfaktoren lassen sich über die <i>Gesamtunterstützung</i>, die <i>Quellen der Unterstützung</i> in den Lebensbereichen und die <i>Zufriedenheit mit der Unterstützung insgesamt</i> abbilden.</li> <li>2. Die Barrieren der sozialen Umweltfaktoren werden über die <i>Gesamtbelastung</i> und die <i>Quellen der Belastung in den Lebensbereichen</i> operationalisiert.</li> </ol> <p>Fragebogen zur Qualität der Partnerschaft: Quality of Relationships Inventory (QRI; Pierce et al., 1991) aus Sicht des Patienten (Selbstbefragung) und seines Partners (Fremdbefragung)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Förderfaktoren der Partnerschaft werden über 7 Items zur <i>sozialen Unterstützung</i>, 6 Items zur <i>Intensität der Beziehung</i> und einem Item zur <i>Zufriedenheit mit der Beziehung</i> präsentiert.</li> <li>2. Die Barrieren der Partnerschaft werden über 12 Items zum <i>Konflikt in der Beziehung</i> abgebildet.</li> </ol>

## 4.2 Design der Untersuchung

Das Design besteht in einer *quasiexperimentellen Querschnittsuntersuchung*. Quasiexperimentell, da bei den Patienten die Ausprägungen in Art und Ausmaß psychischer Funktionsstörungen „von Natur aus“ vorgegeben sind und auf eine Randomisierung verzichtet werden muss (Bortz, 1993). Es handelt sich um eine Querschnittsmessung mit dem Ziel, den Zusammenhang zwischen einzelnen psychischen Syndromen und der sozialen Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen abzubilden. Ziel dieser Arbeit ist es nicht, Veränderungen der sozialen Partizipation während des Behandlungsverlaufs darzustellen. Einen Überblick zu den eingesetzten Messverfahren und Untersuchungszeitpunkten erlaubt das Organigramm (s. Tab. 5).

Tabelle 5 *Organigramm zum Untersuchungsdesign*

	Messzeitpunkt	
	t1 Beginn des Klinikaufenthaltes	t2 Ende des Klinikaufenthaltes
Basisdokumentation	x	
Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 2002)	x	x
Multidimensionaler Sozialkontakt-Kreis (MuSK; Linden et al., 2007)	x	
Quality of Relationships Inventory (QRI; Pierce et al., 1991)	x (P+A) <sup>1</sup>	

<sup>1</sup>P = Patient, A = nächster Angehöriger (Partner des Patienten)

### 4.3 Stichprobe

Die Ad-hoc Stichprobe entstammt einer Population von 669 psychosomatischen Patienten eines Jahres der Rehabilitationsklinik Seehof in Teltow. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 6 Wochen. Drei Viertel der Patienten sind weiblich. Die Mehrheit der Patienten sind verheiratet, haben einen Realschulabschluss und sind berufstätig (s. Tab. 6). Über die Hälfte der Patienten litten unter einer neurotischen-, Belastungs- oder somatoformen Störung (F4) und bei über 30% wurde eine affektive Störung (F3) diagnostiziert (s. Tab. 7).

Im Folgenden sollen der Ablauf zur Rekrutierung der Patienten sowie die Ablehnungsgründe bei Nichtteilnahme (Abs. 4.3.1) kurz geschildert werden. Im Anschluss daran, werden die Ergebnisse zur Überprüfung signifikanter Unterschiede zwischen den Nichtteilnehmern und den befragten Patienten dargestellt (Abs. 4.3.2).

#### 4.3.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Alle Patienten erhielten zu Beginn der Behandlung ein Anschreiben, in dem sie über das Projekt informiert und zu einem Interview eingeladen wurden. Wenige Tage danach rief ein Mitarbeiter der Forschungsgruppe die Patienten an, um die Teilnahme abzuklären. Circa 46.5% der Patienten ( $N = 669$ ) lehnten die Befragung ab. Die Ablehnungsgründe in Abbildung 4 werden in Anlehnung an die Untersuchung von Condon (1986) kategorisiert.

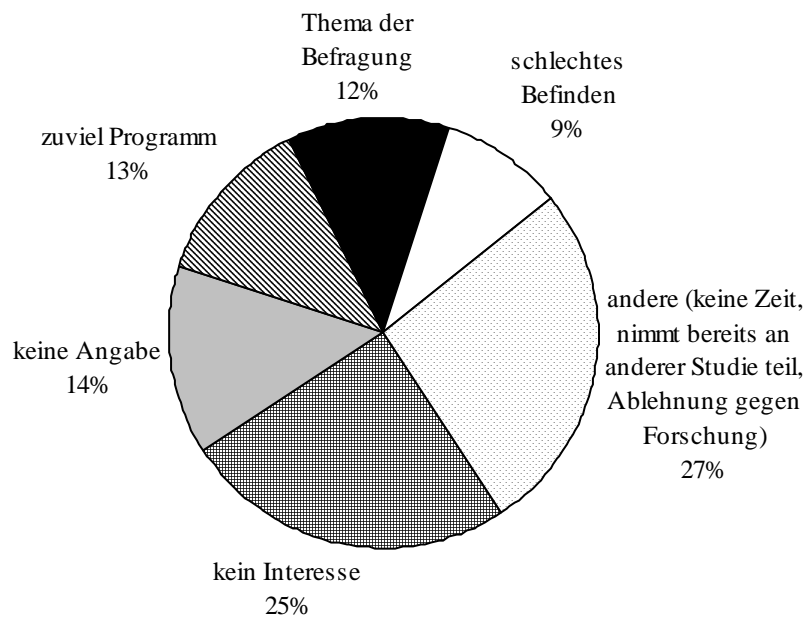


Abbildung 4 Gründe für die Ablehnung der Befragung: relative Häufigkeitsangaben in Prozent

An einer Studie nicht teilzunehmen wird zum Problem, wenn sich systematische Unterschiede bezüglich untersuchungsrelevanter Merkmale zwischen den Nichtteilnehmern und den Befragten ergeben (Bortz & Döring, 1995, S. 71). Aufgrund dessen sollen mögliche Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Befragung und den nicht befragten Patienten anhand soziodemografischer Merkmale, Diagnosen und den globalen Kennwerten der SCL-90-R überprüft werden.

#### **4.3.2 Beschreibung der Stichprobe**

Die folgenden Daten zu den Sozialindikatoren, den ICD-10 Diagnosen und den Kennwerten der SCL-90-R entstammen der Basisdokumentation der Rehabilitationsklinik Seehof.

In Tabelle 6 sind wesentliche demografische Merkmale für die befragten Patienten ( $n = 357$ ) und die Ablehner ( $n = 312$ ) dargestellt.

Die Patienten unterschieden sich geringfügig in der Aufenthaltsdauer. Die Teilnehmer blieben mit durchschnittlich 45 Tagen circa 3 Tage länger als die Ablehner.

Das durchschnittliche Alter liegt in beiden Patientengruppen bei circa 46 Jahren ( $SD = 8.3$ ) mit einer Spannweite von 21-66 Jahren.

Circa drei Viertel Frauen und ein Viertel Männer nehmen an der psychosomatischen Behandlung teil. Signifikant geringer ist der Männeranteil bei den Nichtteilnehmern.

Im Familienstand ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Mehr als die Hälfte der Patienten sind verheiratet. Um die 20% der Patienten sind in beiden Gruppen ledig, gefolgt von weiteren 20% die geschieden sind. Circa 3% der Patienten sind jeweils unter den Teilnehmern und Nichtteilnehmern verwitwet.

Ein sehr signifikanter Unterschied wird für den Bildungsgrad festgestellt. Dies betrifft den Anteil der Abiturienten, der in der Gruppe der Teilnehmer fast doppelt so hoch ist. Die höhere schulische Ausbildung bei den Teilnehmern gilt in der Forschung als ein typisches Merkmal bei der Kontrastierung freiwilliger Studienteilnehmer mit Ablehnern (Bortz & Döring, 1995, S. 71). In der Arbeitssituation ergibt sich ebenfalls ein sehr signifikanter Unterschied. Auffallend ist, dass der Anteil der Patienten, die eine EU-Rente bekommen unter den Ablehnern um ein fünffaches höher ist.

Bei der Überprüfung, ob die Rehabilitationsmaßnahme auf eigene Initiative erfolgte, zeigt sich, dass in beiden Gruppen circa drei Viertel der Patienten geschickt wurden.

Tabelle 6 *Soziodemografische Charakteristika der Befragten und Nichtteilnehmern: T-Tests und Chi<sup>2</sup>- Tests für unabhängige Stichproben*

	Befragte <i>n</i> = 357	Ablehner <i>n</i> = 312	Gesamt <i>N</i> = 669	Statistische Tests
Aufenthaltsdauer	<i>M</i> ( <i>SD</i> ) 44.6 (12.1)	<i>M</i> ( <i>SD</i> ) 42.7 (11.7)	<i>M</i> ( <i>SD</i> ) 43.7 (11.9)	<i>t</i> ( <i>df</i> ) -2.1* (667)
Alter	<i>M</i> ( <i>SD</i> ) 46.3 (8.3)	<i>M</i> ( <i>SD</i> ) 46.2 (8.2)	<i>M</i> ( <i>SD</i> ) 46.3 (8.3)	<i>t</i> ( <i>df</i> ) 0.2 (669)
<sup>1</sup> Geschlecht	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$ ( <i>df</i> )
männlich	105 (29.4)	67 (21.5)	172 (25.7)	5.1* (1)
weiblich	252 (70.6)	245 (78.5)	497 (74.3)	
Familienstand	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$ ( <i>df</i> )
ledig	70 (19.6)	54 (17.3)	124 (18.5)	3.9 (3)
verheiratet	194 (54.3)	190 (60.9)	384 (57.4)	
geschieden	84 (23.5)	58 (18.6)	142 (21.2)	
verwitwet	9 (2.5)	10 (3.2)	19 (2.8)	
Bildungsgrad	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$ ( <i>df</i> )
ohne Abschluss	4 (1.0)	3 (1.1)	7 (1.0)	11.6** (3)
Hauptschulabschluss	51 (14.3)	53 (17.0)	104 (15.5)	
Realschulabschluss	186 (52.1)	191 (61.2)	377 (56.4)	
Abitur	116 (32.5)	65 (20.8)	181 (27.1)	
Aktuelle Arbeitssituation	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$ ( <i>df</i> )
berufstätig	235 (65.8)	183 (58.7)	418 (62.3)	11.9** (3)
arbeitslos	108 (30.3)	114 (36.5)	222 (33.2)	
Ausbildung/Studium	12 (3.4)	5 (1.6)	17 (2.5)	
EU-Rente	2 (0.6)	10 (3.2)	12 (1.8%)	
<sup>1</sup> Aufenthalt auf eigene Initiative	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$ ( <i>df</i> )
ja	90 (25.2)	65 (20.8)	155 (23.0)	1.6 (1)
nein	267 (74.8)	247 (79.2)	514 (77.0)	

Anmerkungen. <sup>1</sup>Korrektur nach Yates. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .

### 4.3.3 Diagnosen und Psychopathologie

Es ist zu überprüfen, ob sich die freiwilligen Teilnehmern von den Nichtteilnehmer hinsichtlich bestimmter psychischer Störungen diagnostiziert nach den ICD-10 Kriterien (Dilling et al., 2000) und den globalen Kennwerten der SCL-90-R signifikant unterscheiden.

Tabelle 7 ermöglicht einen Überblick zu den Diagnosen psychischer Störungen in beiden Patientengruppen. Da die Kreuztabellen aus weniger als fünf Feldern bestehen, wurde zur Bestimmung der Chi-Werte die Yates Korrektur angewandt. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, außer im Bereich der affektiven Störungen. Unter den Teilnehmern ist der Anteil affektiver Störungen um ein 1.6 Faches höher als unter den Nichtteilnehmern.

Tabelle 7 *Vergleich zur Häufigkeit der Diagnosen zwischen Befragten und Nichtteilnehmern: Chi<sup>2</sup>- Tests für unabhängige Stichproben*

Diagnosen nach ICD-10 (Dilling et al., 2000)	Befragte <i>n</i> = 357 <i>n</i> (%)	Ablehner <i>n</i> = 312 <i>n</i> (%)	Gesamt <i>N</i> = 669 <i>n</i> (%)	Chi <sup>2</sup> - Test (Yates Korrektur) $\chi^2$
F0 Organische, symptomat. psych. Störungen	17 (2.5)	10 (1.5)	27 (4.0)	0.7
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	29 (4.3)	33 (4.9)	62 (9.3)	0.9
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	5 (0.7)	5 (0.7)	10 (1.5)	0.0
F3 Affektive Störungen	131 (19.6)	83 (12.4)	214 (32.0)	7.3**
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	205 (30.6)	192 (28.7)	397 (59.3)	1.0
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	11 (1.6)	14 (2.1)	25 (3.7)	0.6
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	50 (7.5)	58 (8.7)	108 (16.1)	2.3
F7 Intelligenzminderung	2 (0.3)	1 (0.1)	3 (0.4)	0.0
F8 Entwicklungsstörungen	3 (0.4)	3 (0.4)	6 (0.9)	0.0
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1 (0.1)	5 (0.7)	6 (0.9)	2.0

Anmerkungen. Alle Chi<sup>2</sup>-Tests korrigiert nach Yates mit *df* = 1. \*\* *p* < 0.01, alle anderen Variablen *p* > 0.05.



Hinsichtlich der Komorbidität der F-Diagnosen ergibt sich kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2 = 0.6$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.4$ ) zwischen den Befragten und Nichtteilnehmern. In beiden Gruppen leiden etwas mehr als 60% unter einer psychischen Störung und etwas weniger als 40% unter mehreren psychischen Störungen gleichzeitig.

Die statistische Überprüfung der globalen Kennwerte der SCL-90-R ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragten und Nichtteilnehmern der Studie (s. Tab. 8).

Tabelle 8 *Kennwerte der SCL-90-R zwischen Befragten und Nichtteilnehmern: T-Tests für unabhängige Stichproben*

	Befragte $n = 357$ $M (SD)$	Ablehner $n = 312$ $M (SD)$	Gesamt $N = 669$ $M (SD)$	T-Tests $t$
T-GSI	64.5 (10.1)	65.1 (8.3)	64.8 (9.2)	0.78
T-PSDI	63.1 (7.4)	62.6 (9.2)	62.9 (8.3)	0.85
T-PST	61.1 (7.8)	61.1 (8.4)	61.1 (8.1)	0.05

Anmerkungen.  $p$  (Levene F)  $>.05$ . Alle  $t$ -Tests mit  $df = 667$  sind nicht signifikant ( $p >.05$ ).

Es kann festgehalten werden, dass sich die Teilnehmer von den Nichtteilnehmern nicht signifikant unterscheiden in Alter, Familienstand, den psychischen Diagnosen (außer F3 Bereich) und den globalen Kennwerten der SCL-90-R. Signifikante Unterschiede ergeben sich in Geschlecht, Bildungsgrad, der aktuellen Arbeitssituation und dem Anteil affektiver Störungen. Diese Variablen sollen in den folgenden statistischen Berechnungen gesondert beachtet werden.

#### 4.4 Datenanalyse

Die Codierungen zu den einzelnen sozialen Rollen der Bezugspersonen für die Lebensbereiche wurden vorab festgelegt (s. Tab. 3). Coding Prozeduren und Dateneingabe wurden doppelt überprüft. Die statistischen Analysen erfolgen mit SPSS 12.0.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Partizipation

Im Folgenden sollen die Hypothesen 1 bis 3 (s. Abs. 3.1) überprüft werden. Zunächst werden die globalen Indizes zu Ausmaß, Größe und Art der sozialen Partizipation in Zusammenhang mit der psychopathologischen Ausprägung gebracht. Anschließend folgt eine differenzierte Betrachtung innerhalb der einzelnen Lebensbereiche.

#### 5.1.1 Globale Indizes der sozialen Partizipation

Tabelle 9 gibt einen Überblick zum Zusammenhang zwischen der psychopathologischen Ausprägung operationalisiert durch den GSI der SCL-90-R bei Aufnahme und den globalen Indizes der sozialen Partizipation unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden. Der angenommene Zusammenhang zwischen einem größeren psychopathologischen Ausmaß und einer verringerten sozialen Partizipation bestätigt sich und wird besonders deutlich in der allgemeinen Gesamtnetzgröße. Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede zeigt sich, dass die negativen Korrelationen bei Männern größer und signifikanter ausgeprägt sind als bei Frauen.

Tabelle 9 Zusammenhänge zwischen GSI und globalen Indizes zur sozialen Partizipation bei Aufnahme: Interkorrelationen nach Spearman's Rho Koeffizient

	Männer <i>n</i> = 105	Frauen <i>n</i> = 252	Gesamt <i>N</i> = 357
Integrationsindex			
allgemein	-0.28**	-0.15*	-0.23***
aktuell	-0.24**	-0.07	-0.16**
Gesamtnetzgröße			
allgemein	-0.34***	-0.20**	-0.18**
aktuell	-0.17	-0.16	-0.11*

Anmerkungen. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

Für eine differenzierte Unterscheidung zwischen Patienten mit hoher psychopathologischer Ausprägung werden die cut off Werte für den GSI der SCL-90-R bei Aufnahme des Klinikaufenthaltes eingeführt (s. Abs. 4.1.1). Es ergeben sich zwei Patientengruppen, eine mit niedrigem GSI Wert von unter bzw. gleich 62 ( $n = 132$ ) und die andere mit hohem GSI von über bzw. gleich 63 ( $n = 225$ ). In den folgenden Abschnitten werden die beiden Patientengruppen auf signifikante Unterschiede in der sozialen Partizipation untersucht.

#### 5.1.1.1 Psychopathologische Ausprägung und Ausmaß der sozialen Partizipation

Die Tabelle 10 gibt einen Überblick zur deskriptiven Statistik zwischen beiden Patientengruppen unter Berücksichtigung des Geschlechts.

Tabelle 10 *Deskriptive Statistik zum Ausmaß der sozialen Partizipation von Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

		GSI $\leq 62$			GSI $\geq 63$		
		männl. $n = 28$	weibl. $n = 104$	Gesamt $N = 132$	männl. $n = 77$	weibl. $n = 148$	Gesamt $N = 225$
allgemeiner	<i>Min.-Max.</i>	3-7	3-7	3-7	1-7	2-7	1-7
Integrationsindex	<i>M (SD)</i>	4.6 (1.2)	5.0 (1.1)	4.9 (1.1)	4.3 (1.2)	4.8 (1.3)	4.6 (1.4)
aktueller	<i>Min.-Max.</i>	2-6	0-7	0-7	1-6	1-7	1-7
Integrationsindex	<i>M (SD)</i>	3.8 (1.3)	3.9 (1.3)	3.9 (1.3)	3.2 (1.2)	3.8 (1.3)	3.6 (1.3)

In univariaten zweifaktoriellen Varianzanalysen ( $\alpha = 5\%$ ) werden die Einflüsse des GSI-Wertes und möglicher Geschlechtsunterschiede auf das Ausmaß der sozialen Partizipation genauer untersucht. Wie aus Abbildung 5 hervorgeht, ergeben sich sowohl für den *allgemeinen* als auch den *aktuellen Integrationsindex* jeweils für GSI und Geschlecht signifikante bis sehr signifikante Haupteffekte. In der Patientengruppe mit niedrigem GSI Wert zeigt sich ein höheres Ausmaß an sozialer Partizipation allgemein ( $F(1/353) = 3.7, p < 0.05$ ) und aktuell ( $F(1/353) = 4.1, p < 0.05$ ). Deutlich wird auch, dass die Frauen allgemein ( $F(1/353) = 6.8, p < 0.01$ ) und aktuell ( $F(1/353) = 6.2, p < 0.01$ ) an mehr Lebensbereichen teilnehmen als die Männer. Es werden keine signifikanten Wechselwirkungseffekte ( $F(1/353) = 0.2, p = 0.6$ ) zwischen GSI und Geschlecht beobachtet.

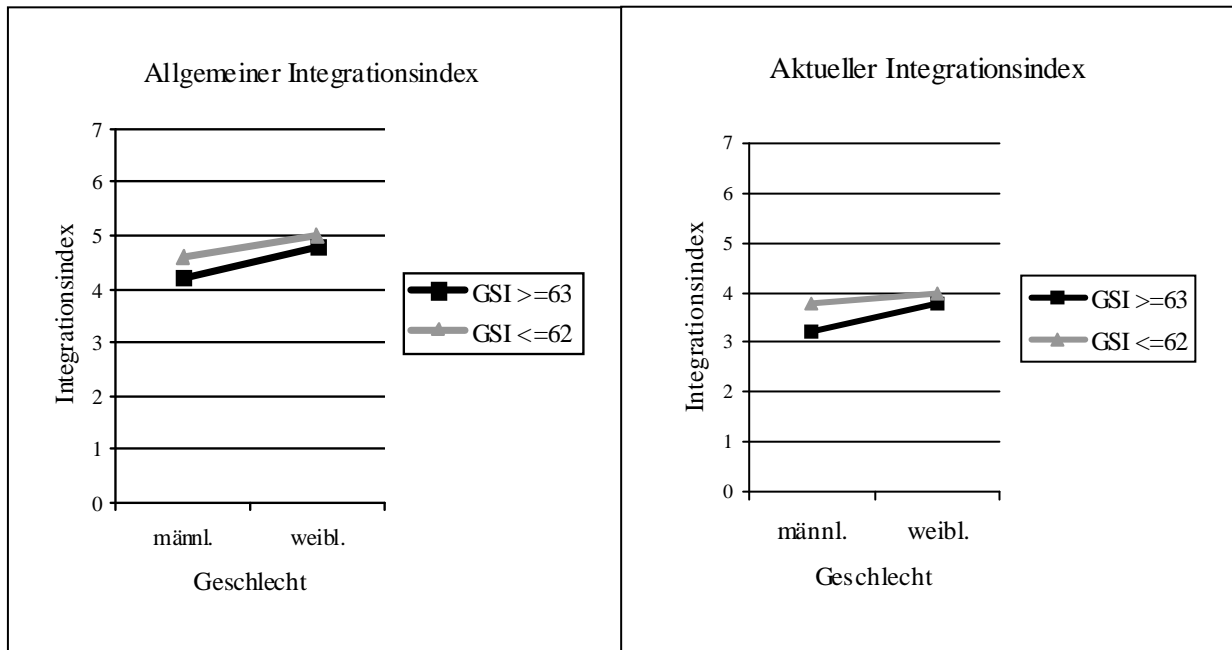


Abbildung 5 Integrationsindizes zum allgemeinen und aktuellen Ausmaß der sozialen Partizipation: Zweifaktorielle ANOVA zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

### 5.1.1.2 Psychopathologische Ausprägung und Größe der sozialen Partizipation

Betrachtet man die Größe der sozialen Partizipation zeigt sich, dass die Patienten mit dem niedrigem GSI-Wert im Durchschnitt 3 Personen mehr an Kontakten zu ihrem Gesamtnetz zählen (s. Tab. 11).

Tabelle 11 Deskriptive Statistik zur Größe der sozialen Partizipation von Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

		GSI $\leq 62$			GSI $\geq 63$		
		männl. n = 28	weibl. n = 104	Gesamt N = 132	männl. n = 77	weibl. n = 148	Gesamt N = 225
allgemeine Gesamt- netzgröße	Min.-Max.	6-66	6-66	6-66	3-90	3-57	3-90
	M (SD)	24.7 (15.0)	21.7 (11.2)	22.3 (12.1)	19.2 (16.4)	18.8 (10.3)	19.0 (12.7)
aktuelle Gesamt- netzgröße	Min.-Max.	2-37	0-40	0-40	1-45	1-32	1-45
	M (SD)	10.9 (7.5)	11.4 (6.1)	11.3 (6.3)	8.8 (7.6)	10.2 (5.8)	9.8 (6.5)

Bei der Überprüfung auf signifikante Unterschiede ergeben die zweifaktoriellen Varianzanalysen ( $\alpha = 5\%$ ) jeweils einen signifikanten Haupteffekt für die *allgemeine* ( $F(1/353) = 6.9, p < 0.01$ ) und für die *aktuelle Gesamtnetzgröße* ( $F(1/353) = 3.9, p < 0.05$ ). Die Geschlechtsunterschiede sind nicht signifikant ( $F(1/353) = 1.1, p = 0.3$ ). Es bestehen auch hier keine signifikanten Wechselwirkungseffekte ( $F(1/353) = 0.7, p = 0.4$ ) zwischen GSI und Geschlecht (s. Abb. 6).

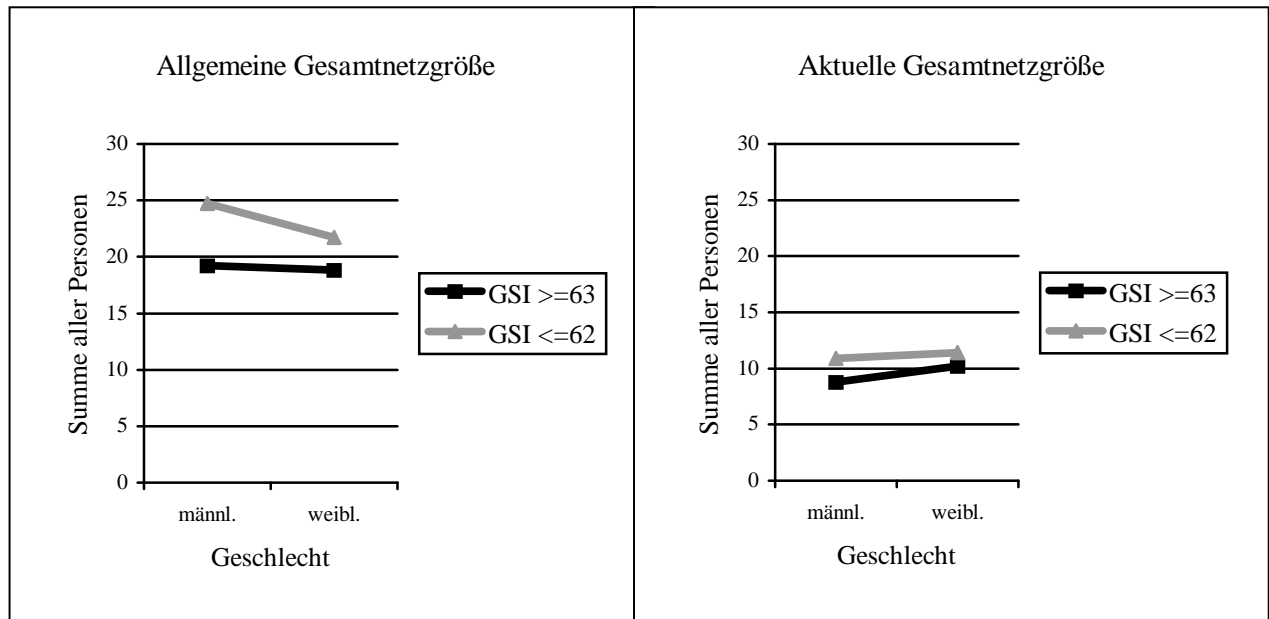


Abbildung 6 Indizes zur allgemeinen und aktuellen Größe der sozialen Partizipation: Zweifaktorielle ANOVA zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

### 5.1.1.3 Psychopathologische Ausprägung und Art der sozialen Partizipation

#### 5.1.1.3.1 Allgemeines Netzspektrum

Tabelle 12 gibt einen Überblick zum absoluten und relativen Anteil der Patienten mit niedrigem und hohem GSI, die *allgemein* an einzelnen Lebensbereichen teilnehmen bzw. nicht teilnehmen.

Tabelle 12 *Deskriptive Übersicht zum allgemeinen Netzspektrum getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

	GSI $\leq 62$ <i>n</i> = 132 <i>n</i> (%)	GSI $\geq 63$ <i>n</i> = 225 <i>n</i> (%)	Gesamt <i>N</i> = 357 <i>n</i> (%)
<b>PARTNER</b>			
keine	40 (30.3)	86 (38.2)	126 (35.3)
vorhanden	92 (69.7)	139 (61.8)	231 (64.7)
<b>HAUSHALT</b>			
keine	24 (18.2)	64 (28.6)	88 (24.7)
vorhanden	108 (81.8)	161 (71.4)	269 (75.3)
<b>FAMILIE</b>			
keine	1 (0.8)	7 (3.1)	8 (2.2)
vorhanden	131 (99.2)	218 (96.9)	349 (97.8)
<b>ARBEIT</b>			
keine	34 (25.8)	103 (45.8)	220 (61.6)
vorhanden	98 (74.2)	122 (54.2)	137 (58.4)
<b>FREUNDE</b>			
keine	14 (10.6)	42 (18.7)	56 (15.7)
vorhanden	118 (89.4)	183 (81.3)	301 (84.3)
<b>FREIZEIT</b>			
keine	85 (64.4)	153 (68.0)	238 (66.7)
vorhanden	47 (35.6)	72 (32.0)	119 (33.3)
<b>NACHBARN</b>			
keine	49 (37.1)	84 (37.3)	133 (37.3)
vorhanden	83 (62.9)	141 (62.7)	224 (62.7)
<b>ANDERE</b>			
keine	70 (53.0)	89 (39.6)	159 (44.5)
vorhanden	62 (47.0)	136 (60.4)	198 (55.5)

In der grafischen Darstellung (s. Abb. 7) zum allgemeinen Netzspektrum wird deutlich, dass die meisten Patienten unabhängig vom psychopathologischen Ausmaß in den Bereichen *Familie* und *Freunde* teilnehmen. In beiden Patientengruppen fällt auf, dass nur ein Drittel der Patienten ihre *Freizeit* mit sozialen Kontakten verbringt. Eine Überprüfung auf signifikante Unterschiede nach der *Yates Korrektur* zeigt für die Patientengruppe mit dem niedrigem GSI Wert höhere Teilnahmen in den Lebensbereichen *Haushalt* ( $\chi^2 = 4.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ) und *Arbeit* ( $\chi^2 = 13.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ).

In der Patientengruppe mit hohem GSI-Wert nehmen signifikant mehr Patienten im Bereich *Andere* teil als in der Vergleichsgruppe ( $\chi^2 = 5.1, df = 1, p < 0.05$ ).

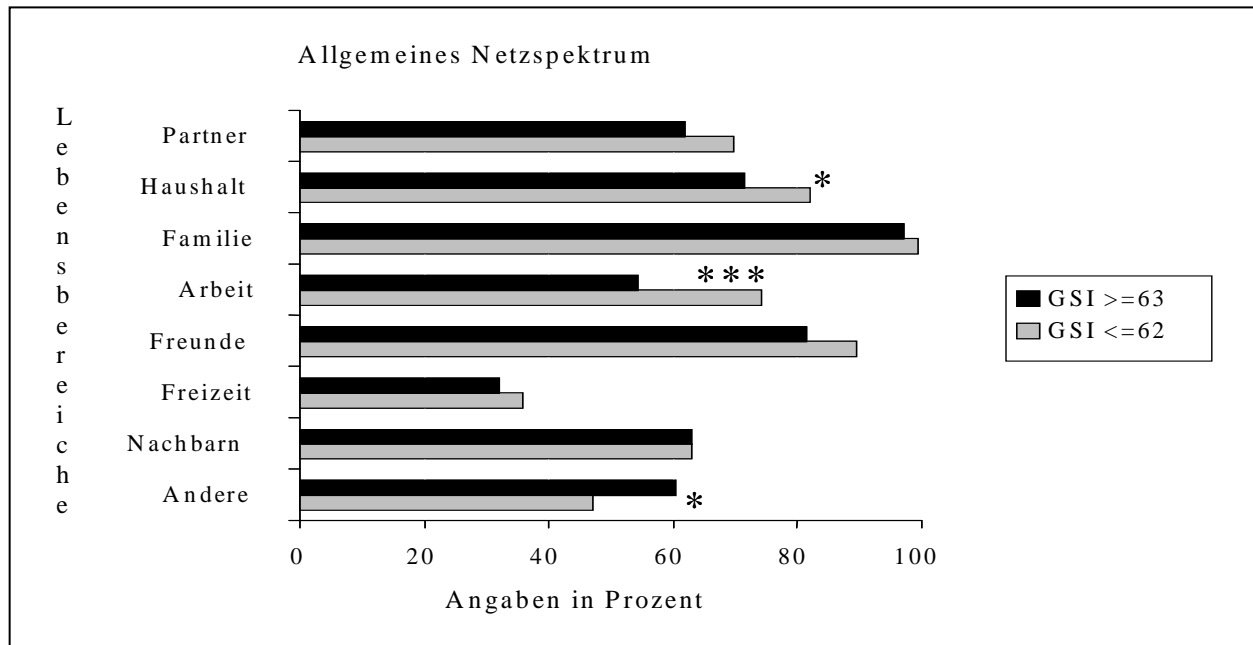


Abbildung 7 Allgemeines Netzspektrum:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI  
Anmerkungen. \* $p < 0.05$ , \*\*\* $p < 0.001$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

Bei der Kontrolle von Moderatoreffekten durch das Geschlecht (s. Tabelle 13), ergibt sich im *Haushalt* kein signifikanter Unterschied, sodass der Effekt (s. Abb. 7) allein auf die Unterschiede zwischen Patienten mit niedrigem und hohem GSI Wert zurückzuführen ist.

Im Bereich *Arbeit* zeigt sich, dass in beiden Patientengruppen mehr Frauen zu Personen aus den Arbeitsbereich Kontakt haben als Männer ( $\chi^2 = 8.2, df = 1, p < 0.01$ ). Dieser Geschlechtsunterschied fällt niedriger aus, als der zuvor berichtete höchst signifikante Unterschied zwischen Patienten mit niedrigem versus hohem GSI Wert (s. Abb. 7). Insofern kann im Arbeitsbereich grundlegend ein Unterschied hinsichtlich der psychopathologischen Ausprägung angenommen werden, der sich über die 1.9 fache geringere Teilnahme am Arbeitsleben bei den Patienten mit hohem GSI erklären lässt ( $\chi^2 = 10.9, df = 1, p < 0.01$ ).

Bei den Männern wird in der sozialen Teilhabe im Bereich *Andere* ein signifikanter Wert festgestellt ( $\chi^2 = 4.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ). Die Gruppe der Männer mit hohem GSI verfügt über fast doppelt so viele Kontakte als die männlichen Patienten mit niedrigem GSI.

Tabelle 13 *Allgemeines Netzspektrum: Chi<sup>2</sup>- Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

	Geschlecht	GSI $\leq 62$ <i>n</i> = 132 <i>n</i> (%)	GSI $\geq 63$ <i>n</i> = 225 <i>n</i> (%)	Gesamt <i>N</i> = 357 <i>n</i> (%)	<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>
<b>PARTNER</b>					
keine	männl.	9 (32.1)	27 (35.1)	36 (34.3)	
vorhanden		19 (67.9)	50 (64.9)	69 (65.7)	0.0
keine	weibl.	32 (30.8)	62 (41.9)	98 (37.3)	
vorhanden		72 (69.2)	86 (58.1)	154 (62.7)	3.0
<b>HAUSHALT</b>					
keine	männl.	6 (21.4)	25 (32.5)	31 (29.5)	
vorhanden		22 (78.6)	52 (67.5)	74 (70.5)	0.7
keine	weibl.	18 (7.3)	39 (26.5)	57 (22.7)	
vorhanden		86 (82.7)	108 (73.5)	194 (77.3)	2.5
<b>FAMILIE</b>					
keine	männl.	0 (0)	4 (5.2)	4 (3.8)	
vorhanden		28 (100)	73 (94.8)	101 (96.2)	0.4
keine	weibl.	1 (1)	3 (2.0)	4 (1.6)	
vorhanden		103 (99)	145 (98)	248 (98.4)	0.0
<b>ARBEIT</b>					
keine	männl.	10 (35.7)	42 (54.5)	52 (49.5)	
vorhanden		18 (64.3)	35 (45.5)	53 (30.5)	2.2
keine	weibl.	24 (23.1)	61 (41.2)	85 (33.7)	
vorhanden		80 (76.9)	87 (58.8)	167 (66.3)	<b>8.2**</b>
<b>FREUNDE</b>					
keine	männl.	4 (14.3)	20 (26.0)	24 (22.9)	1.0
vorhanden		24 (85.7)	57 (74.0)	81 (77.1)	
keine	weibl.	10 (9.6)	22 (14.9)	32 (12.7)	1.1
vorhanden		94 (90.4)	126 (85.1)	220 (87.3)	
<b>FREIZEIT</b>					
keine	männl.	19 (67.9)	52 (67.5)	71 (67.6)	0.0
vorhanden		9 (32.1)	25 (32.5)	34 (32.4)	
keine	weibl.	66 (63.5)	101 (68.2)	167 (66.3)	0.4
vorhanden		38 (36.5)	47 (31.8)	85 (33.7)	
<b>NACHBARN</b>					
keine	männl.	18 (32.1)	37 (48.1)	46 (43.8)	
vorhanden		19 (67.9)	40 (51.9)	59 (56.2)	1.5
keine	weibl.	40 (38.5)	47 (31.8)	87 (34.5)	
vorhanden		64 (61.5)	101 (68.2)	165 (65.5)	0.9
<b>ANDERE</b>					
keine	männl.	18 (64.3)	30 (39.0)	48 (45.7)	
vorhanden		10 (35.7)	47 (61.0)	57 (54.3)	<b>4.3*</b>
keine	weibl.	52 (50.0)	59 (39.9)	111 (44.0)	
vorhanden		52 (50.0)	89 (60.1)	141 (56.0)	2.2

Anmerkungen. <sup>1</sup>korrigiert nach Yates mit  $df=1$ ; \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .



### 5.1.1.3.2 Aktuelles Netzspektrum

Tabelle 14 gibt einen Überblick zum absoluten und relativen Anteil der Patienten mit niedrigem und hohem GSI, die *aktuell* an einzelnen Lebensbereichen teilnehmen bzw. nicht teilnehmen.

Tabelle 14 *Deskriptive Übersicht zum aktuellen Netzspektrum getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

	Aktuelles Netzspektrum		
	GSI $\leq 62$ <i>n</i> = 132 <i>n</i> (%)	GSI $\geq 63$ <i>n</i> = 225 <i>n</i> (%)	Gesamt <i>N</i> = 357
<b>PARTNER</b>			
keine	39 (29.5)	90 (40.0)	129 (36.1)
vorhanden	93 (70.5)	135 (60.0)	228 (63.9)
<b>HAUSHALT</b>			
keine	23 (17.4)	65 (28.9)	88 (24.6)
vorhanden	109 (82.6)	160 (71.1)	269 (75.4)
<b>FAMILIE</b>			
keine	11 (8.3)	121 (91.7)	29 (8.1)
vorhanden	18 (8.0)	207 (92.0)	328 (91.9)
<b>ARBEIT</b>			
keine	71 (53.8)	158 (70.2)	229 (64.1)
vorhanden	61(46.2)	67 (29.8)	128 (35.9)
<b>FREUNDE</b>			
keine	34 (25.8)	75 (33.3)	109 (30.5)
vorhanden	98 (74.2)	150 (66.7)	248 (69.5)
<b>FREIZEIT</b>			
keine	106 (80.3)	202 (89.8)	308 (86.3)
vorhanden	26 (19.7)	23 (10.2)	49 (13.7)
<b>NACHBARN</b>			
keine	106 (80.3)	167 (74.2)	273 (76.5)
vorhanden	26 (19.7)	58 (25.8)	84 (23.5)
<b>ANDERE</b>			
keine	58 (43.9)	76 (33.8)	134 (37.5)
vorhanden	74 (56.1)	149 (66.2)	223 (62.5)

In Abbildung 8 lassen sich die signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen bei der Untersuchung der aktuellen Teilnahme für die Lebensbereiche *Haushalt* ( $\chi^2 = 5.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ) und *Arbeit* ( $\chi^2 = 9.1$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.01$ ) bestätigen. Im Bereich *Andere* hebt sich der signifikante Unterschied in der aktuellen Partizipation auf.

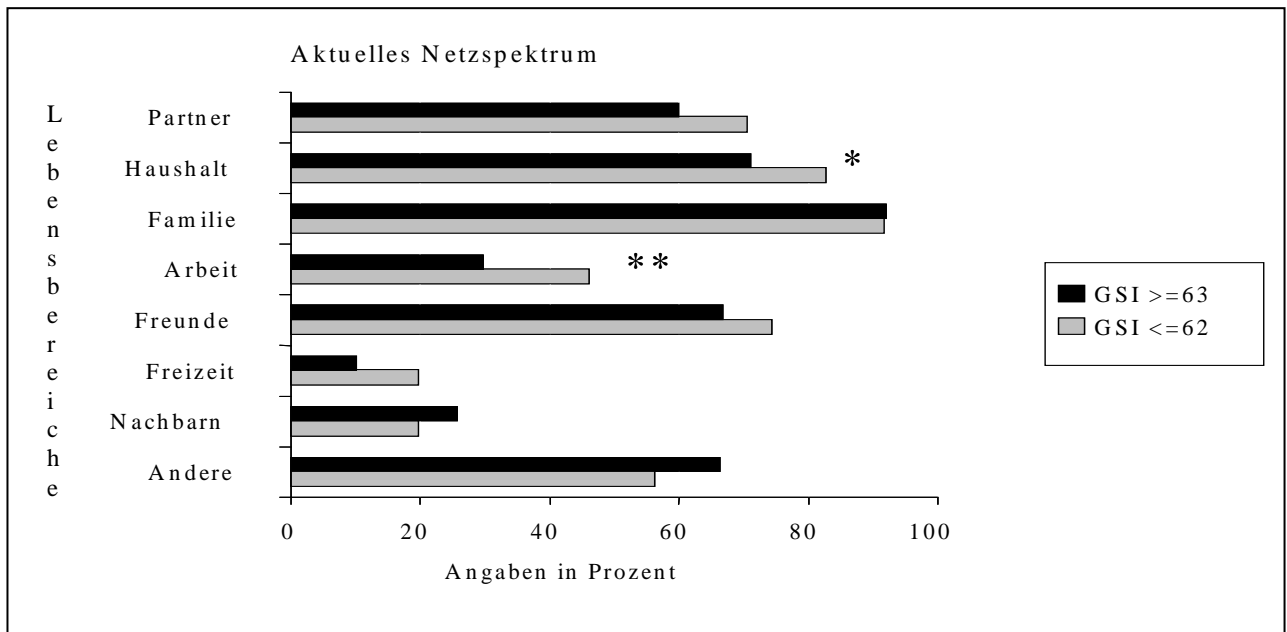


Abbildung 8 *Aktuelles Netzspektrum: Chi<sup>2</sup>- Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem (≤ 62) und hohem (≥ 63) GSI*  
 Anmerkungen \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

In Tabelle 15 zur Kontrolle von Moderatoreffekten durch das Geschlecht ergibt sich in der *Partnerschaft* ein signifikanter Unterschied zwischen den Patientinnen ( $\chi^2 = 4.4$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ). In der Gruppe mit niedrigem GSI haben 14% mehr Frauen Kontakt zum Partner. Bei den Männern ist der Kontakt zum Partner unabhängig vom GSI Wert und identisch mit dem allgemeinen Vorhandensein des Partners.

Im *Arbeitsbereich* wird der signifikante Unterschied für die Frauen in der aktuellen Partizipation bestätigt ( $\chi^2 = 6.4$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ).

Im Bereich *Andere* verschwindet der signifikante Geschlechtsunterschied bei den Männern im Vergleich zum Bereich *Andere* des allgemeinen Netzspektrums. Die männlichen Patienten mit niedrigem GSI holen deutlich auf, sodass in beiden Gruppen 61% der Männer Kontakt zu anderen Personen in der letzten Woche angeben. Hingegen zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei den Frauen. Patientinnen mit hohem GSI haben aktuell den meisten Kontakt im Bereich *Andere* ( $\chi^2 = 4.6$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ).

In den restlichen Lebensbereichen *Haushalt, Familie, Freunde, Freizeit, Nachbarn* werden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede beobachtet. Damit lässt sich der signifikante Effekt im Bereich *Haushalt* allein auf die Unterschiede zwischen den Patientengruppen zurückführen.

Tabelle 15 *Aktuelles Netzspektrum: Chi<sup>2</sup>- Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem (≤ 62) und hohem (≥ 63) GSI*

	Geschlecht	GSI ≤ 62 n = 132 n (%)	GSI ≥ 63 n = 225 n (%)	Gesamt N = 357 n (%)	<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>
<b>PARTNER</b>					
keine	männl.	9 (32.1)	27 (35.1)	36 (34.3)	0.0
vorhanden		19 (67.9)	50 (64.9)	69 (65.7)	
keine	weibl.	30 (28.8)	63 (42.6)	93 (36.9)	<b>4.4*</b>
vorhanden		74 (71.2)	85 (57.4)	159 (63.1)	
<b>HAUSHALT</b>					
keine	männl.	6 (21.4)	26 (33.8)	32 (30.5)	1.0
vorhanden		22 (78.6)	51 (66.2)	73 (69.5)	
keine	weibl.	17 (16.3)	39 (26.4)	56 (22.2)	3.0
vorhanden		87 (83.7)	109 (73.6)	196 (77.8)	
<b>FAMILIE</b>					
keine	männl.	4 (4.3)	11 (14.3)	15 (4.3)	0.0
vorhanden		24 (85.7)	66 (85.7)	70 (85.7)	
keine	weibl.	7 (6.7)	7 (4.7)	14 (5.6)	0.2
vorhanden		97 (93.3)	141 (95.3)	238 (94.4)	
<b>ARBEIT</b>					
keine	männl.	18 (64.3)	58 (75.3)	76 (72.4)	0.8
vorhanden		18 (64.3)	35 (45.5)	53 (30.5)	
keine	weibl.	53 (51.0)	100 (67.6)	153 (60.7)	<b>6.4*</b>
vorhanden		51 (49.0)	48 (32.4)	99 (39.3)	
<b>FREUNDE</b>					
keine	männl.	10 (35.7)	37 (48.1)	47 (44.8)	0.8
vorhanden		18 (64.3)	40 (51.9)	58 (55.2)	
keine	weibl.	24 (23.1)	38 (25.7)	62 (24.6)	0.1
vorhanden		80 (76.9)	110 (74.3)	190 (75.4)	
<b>FREIZEIT</b>					
keine	männl.	20 (71.4)	68 (88.3)	88 (83.8)	3.2
vorhanden		9 (32.1)	25 (32.5)	34 (32.4)	
keine	weibl.	86 (82.7)	134 (90.5)	220 (87.3)	2.7
vorhanden		18 (17.3)	14 (9.5)	32 (12.7)	
<b>NACHBARN</b>					
keine	männl.	22 (78.6)	61 (79.2)	83 (79.0)	1.0
vorhanden		16 (20.8)	6 (21.4)	22 (21.0)	
keine	weibl.	84 (80.8)	106 (71.6)	190 (75.4)	2.8
vorhanden		20 (19.2)	42 (28.4)	62 (24.6)	
<b>ANDERE</b>					
keine	männl.	11 (39.3)	30 (39.0)	41 (39.0)	0.0
vorhanden		17 (60.7)	47 (61.0)	64 (61.0)	
keine	weibl.	47 (45.2)	46 (31.1)	93 (36.9)	<b>4.6*</b>
vorhanden		57 (54.8)	102 (68.9)	159 (63.1)	

Anmerkungen. <sup>1</sup> korrigiert nach Yates mit  $df = 1$ . \*  $p < 0.05$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

### 5.1.2 Differentielle Indizes der sozialen Partizipation

In der *HI* (s. Abs. 3.1) wurde auch angenommen, dass Patienten mit einer höheren psychopathologischen Ausprägung eine geringere soziale Partizipation innerhalb der Lebensbereiche aufweisen. Diese Vermutung soll im folgenden überprüft werden.

#### 5.1.2.1 Größe der sozialen Partizipation innerhalb der Lebensbereiche

Da die Variablen zu den Größenangaben in den einzelnen Lebensbereichen nach dem *Kolmogorov-Smirnov-Test* keiner Normalverteilung unterliegen, werden anstatt von Varianzanalysen ungerichtete *U-Tests nach Mann-Whitney* durchgeführt. Angaben des arithmetischen Mittels sind bei der Betrachtung der Größen einzelner Lebensbereiche weniger sinnvoll, wenn man bedenkt, dass Patienten, die in bestimmten Lebensbereichen keine Personen haben, bei der Berechnung ausgeschlossen werden (Brosius, 2002, S. 343). Aufgrund dessen erfolgen die Angaben zum Mittelwert durch den weniger ausreißerempfindlichen Median (*MD*).

Tabelle 16 stellt den Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem und hohem GSI zu den medianen Größenangaben in einzelnen Lebensbereichen dar. Die Angaben erfolgen getrennt für die allgemeine und aktuelle Größe der sozialen Partizipation. Für den Bereich *Arbeit* werden nur erwerbstätige Patienten berücksichtigt ( $n = 242$ ).

In der *allgemeinen sozialen Partizipation* werden hoch signifikante Unterschiede in der *Familie* und *Arbeit* deutlich. In diesen Bereichen verfügen Patienten mit niedrigem GSI über mehr soziale Kontakte als die Patienten mit der höheren psychopathologischen Ausprägung. Beim Vergleich der Größen der *aktuellen* Kontaktpersonen, manifestieren sich auch hier diese signifikanten Tendenzen. Hinzu kommt, dass Patienten mit niedrigem GSI aktuell Kontakte zu mehr Mitgliedern aus den Bereichen *Haushalt* und *Freizeit* haben als ihre Vergleichsgruppe.

Tabelle 16 *Differentielle Indizes zu allgemeinen und aktuellen Größenangaben in den einzelnen Lebensbereichen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

	Größe der Lebensbereiche in der allgemeinen sozialen Partizipation			Z	Größe der Lebensbereiche in der aktuellen sozialen Partizipation			Z
	GSI $\leq 62$ <i>n</i> = 132 MD	GSI $\geq 63$ <i>n</i> = 225 MD	Gesamt <i>N</i> = 357 MD		GSI $\leq 62$ <i>n</i> = 132 MD	GSI $\geq 63$ <i>n</i> = 225 MD	Gesamt <i>N</i> = 357 MD	
Haushalt	1.0	1.0	1.0	-1.9	1.0	1.0	1.0	<b>-2.0*</b>
Familie	6.0	4.0	5.0	<b>-3.5***</b>	3.0	3.0	3.0	<b>-2.6**</b>
Arbeit	4.0	3.0	3.5	-1.7	1.0	0.0	0.5	-1.5
Freunde	3.5	3.0	3.0	-1.8	2.0	1.5	1.5	-1.5
Freizeit	0.5	0.5	0.5	-0.7	0.0	0.0	0.0	<b>-2.5*</b>
Nachbarn	1.0	1.0	1.0	-0.1	0.0	0.0	0.0	-1.1
Andere	1.0	1.0	1.0	-1.7	10.0	8.0	9.0	-0.6

Anmerkungen. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ . <sup>1</sup>Für den Bereich Arbeit werden nur erwerbsfähige Patienten (GSI  $\leq 62$ :  $n = 103$ ; GSI  $\geq 63$ :  $n = 138$ ) berücksichtigt.

Im Arbeitsbereich ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass zwischen den Patientengruppen hinsichtlich der Arbeitslosigkeit ein hochsignifikanter Unterschied bei den Frauen besteht ( $\chi^2 = 13.0$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ). Während bei den Männern der Anteil der Patienten ohne Arbeit in beiden Patientengruppen bei 30-35% liegt, ist der Anteil der arbeitslosen Frauen in der Gruppe mit niedrigem GSI mit 18% um die Hälfte geringer im Vergleich zu 39% der arbeitslosen Frauen mit hohem GSI. Betrachtet man nur die Patienten mit Arbeit ( $n = 241$ ), unter denen sich 103 Patienten mit niedrigem GSI und 138 mit hohem GSI befinden, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied zeigt sich nur noch für die aktuellen Kontakte im Arbeitsbereich, indem im Median die Frauen ( $n = 173$ ) zu einer Person Kontakt hielten, während die erwerbstätigen Männer ( $n = 68$ ) keinen Kontakt hatten.

Bei der Kontrolle für weitere Geschlechtsunterschiede in Tabelle 17 ergeben sich in der allgemeinen Partizipation keine signifikanten Unterschiede. In der aktuellen Partizipation zeigt sich ein sehr signifikanter Effekt dahingehend, dass Frauen zu mehr *Freunden* Kontakt haben als Männer. Die Patientinnen haben in der letzten Woche auch zu mehr *Familienmitgliedern* Kontakt. Die Effekte sind geringer im Vergleich zu den Werten aus Tabelle 16, sodass sich der signifikante Unterschied zwischen den GSI Patientengruppen nicht vollständig durch das weibliche Geschlecht aufklären lässt.

Tabelle 17 *Differentielle Indizes zu allgemeinen und aktuellen Größenangaben in den einzelnen Lebensbereichen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten*

	Größe der Lebensbereiche in der allgemeinen sozialen Partizipation				Größe der Lebensbereiche in der aktuellen sozialen Partizipation			
	Männer <i>n</i> = 105 <i>MD</i>	Frauen <i>n</i> = 252 <i>MD</i>	Gesamt <i>N</i> = 357 <i>MD</i>	<i>Z</i>	Männer <i>n</i> = 105 <i>MD</i>	Frauen <i>n</i> = 252 <i>MD</i>	Gesamt <i>N</i> = 357 <i>MD</i>	<i>Z</i>
Haushalt	1.0	1.0	1.0	-0.4	1.0	1.0	1.0	-0.6
Familie	4.5	5.0	4.5	-1.2	2.0	3.0	2.5	<b>-2.9*</b>
<sup>1</sup> Arbeit	3.0	4.0	3.5	-1.6	0.0	1.0	0.5	<b>-2.1*</b>
Freunde	3.0	3.0	3.0	-0.9	1.0	2.0	1.5	<b>-3.2**</b>
Freizeit	0.5	0.5	0.5	-0.1	0	0	0	-0.9
Nachbarn	1.0	1.0	1.0	-0.5	0	0	0	-0.8
Andere	1.0	1.0	1.0	-1.0	7.0	10.0	8.5	-0.9

Anmerkungen. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ . <sup>1</sup>Für den Bereich Arbeit werden nur erwerbsfähige Patienten (Männer:  $n = 68$ , Frauen:  $n = 173$ ) berücksichtigt.

### 5.1.2.2 Komposition einzelner Lebensbereiche

Im Folgenden sollen die Lebensbereiche, die sich aus verschiedenen sozialen Rollen zusammensetzen, unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden näher betrachtet werden. Ergeben sich in bestimmten Kategorien zu geringe Fallzahlen, werden diese nach Möglichkeit zusammengefasst. Die Betrachtungen erfolgen getrennt für die allgemeine und aktuelle soziale Partizipation. Bei der aktuellen sozialen Partizipation wird auf eine ausführliche Darstellung verzichtet, da die Ergebnisse weitestgehend denen der allgemeinen Partizipation entsprechen. Es werden nur die Abweichungen von der allgemeinen sozialen Partizipation dargestellt.

#### 5.1.2.2.1 Haushalt

Im Bereich *Haushalt* wird neben Partner und Kindern, mit denen der Patient zusammenlebt, eine Restkategorie *Sonstige* eingeführt. Darunter fallen Eltern, Mitglieder aus der Familie des Partners wie z.B. Schwiegereltern und Mitbewohner aus Wohngemeinschaften, die einzeln betrachtet so niedrige Fallzahlen aufweisen, dass statistische Signifikanzprüfungen nicht sinnvoll erscheinen. Die Tabelle 18 ermöglicht einen deskriptiven Überblick zur allgemeinen und aktuellen Komposition im Haushalt.

Tabelle 18 *Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition im Haushalt getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

		Allgemeine Komposition			Aktuelle Komposition		
		GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt
		<i>n</i> = 132	<i>n</i> = 225	<i>N</i> = 357	<i>n</i> = 132	<i>n</i> = 225	<i>N</i> = 357
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
<b>HAUSHALT</b>	PARTNER						
	keinen	42 (31.8)	97 (43.1)	139 (38.9)	41 (31.1)	96 (42.7)	137 (38.4)
	vorhanden	90 (68.2)	128 (56.9)	218 (61.1)	91 (68.9)	129 (57.3)	220 (61.6)
	KIND(ER)						
	kein(e)	69 (52.3)	137 (60.9)	206 (57.7)	71 (53.8)	139 (61.8)	210 (58.8)
	vorhanden	63 (47.7)	88 (39.1)	151 (42.3)	61 (46.2)	86 (38.2)	147 (41.2)
SONSTIGE							
keine	121 (91.7)	208 (92.4)	329 (92.2)	76 (57.6)	161 (71.6)	237 (66.4)	
vorhanden	11 (8.3)	17 (7.6)	28 (7.8)	56 (42.4)	64 (28.4)	120 (33.6)	

Bei der Überprüfung auf signifikante Unterschiede geht aus der Abbildung 9 hervor, dass mehr Patienten mit niedrigem GSI mit einem Partner zusammenleben ( $\chi^2 = 4.0, df = 1, p < 0.05$ ).

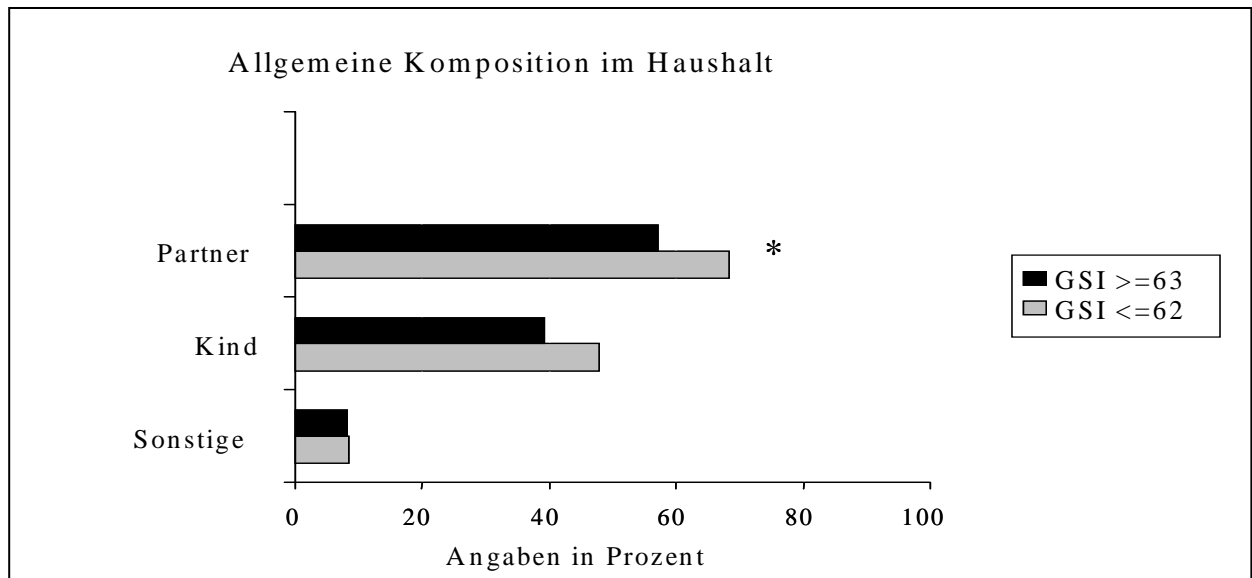


Abbildung 9 Allgemeine Komposition im Haushalt:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI  
Anmerkungen. \* $p < 0.05$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

Des Weiteren wird untersucht, ob sich signifikante Unterschiede in der Anzahl der Kinder zeigen. Die Unterscheidung zwischen keinem, einem und mehr als einem Kind ergibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen ( $\chi^2 = 4.0, df = 2, p = 0.1$ ).

Bei der Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede zeigt sich in Tabelle 19 ein signifikanter Unterschied bei den Frauen, die mit Partner zusammenleben ( $\chi^2 = 4.1, df = 1, p < 0.05$ ). 14% mehr Frauen mit niedrigem GSI leben mit ihrem Partner/ Ehemann zusammen. Dieser signifikante Unterschied entspricht dem ohne Berücksichtigung der Geschlechtsunterschiede, sodass hier ein Moderatoreffekt über das weibliche Geschlecht vorliegt. Ein weiterer signifikanter Unterschied ( $\chi^2 = 4.0, df = 1, p < 0.05$ ) ergibt sich dahingehend, dass unter den Frauen mit hohem GSI der Anteil allein erziehender Mütter doppelt so hoch ist (41.2%).



Tabelle 19 Allgemeine und aktuelle Komposition im Haushalt mit Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

Geschlecht	Allgemeine Komposition			<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>	Aktuelle Komposition			<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>	
	GSI $\leq 62$ n = 132 n (%)	GSI $\geq 63$ n = 225 n (%)	Gesamt N = 357 n (%)		GSI $\leq 62$ n = 132 n (%)	GSI $\geq 63$ n = 225 n (%)	Gesamt N = 357 n (%)		
<b>PARTNER</b>									
keinen	männl.	9 (32.1)	30 (39.0)	39 (37.1)		9 (32.1)	30 (39.0)	39 (37.1)	
vorhanden		19 (67.9)	47 (61.0)	66 (62.9)	0.2	19 (67.9)	47 (61.0)	66 (62.9)	0.2
keinen	weibl.	33 (31.7)	67 (45.3)	100 (39.7)		32 (30.8)	66 (44.6)	98 (38.9)	
vorhanden		71 (68.3)	81 (54.7)	152 (60.3)	<b>4.1*</b>	72 (69.2)	82 (55.4)	154 (61.1)	<b>4.4*</b>
<b>KIND(ER)</b>									
kein(e)	männl.	15 (53.6)	52 (67.5)	67 (63.8)		14 (50.0)	54 (70.1)	68 (64.8)	
vorhanden		13 (46.4)	25 (32.5)	38 (36.2)	1.2	14 (50.0)	23 (29.9)	37 (35.2)	2.8
kein(e)	weibl.	54 (51.9)	85 (57.4)	139 (55.2)		57 (54.8)	85 (57.4)	142 (56.3)	
vorhanden		50 (48.1)	63 (42.6)	113 (44.8)	0.5	47 (45.2)	63 (42.6)	110 (43.7)	0.1
<b>SONSTIGE</b>									
keine		24 (85.7)	70 (90.9)	94 (89.5)		12 (42.9)	52 (67.5)	64 (61.0)	
vorhanden	männl.	4 (14.3)	7 (9.1)	11 (10.5)	0.2	16 (57.1)	25 (32.5)	41 (39.0)	<b>4.3*</b>
keine		97 (93.3)	138 (93.2)	235 (93.3)		64 (61.5)	109 (73.6)	173 (68.7)	
vorhanden	weibl.	7 (6.7)	10 (6.8)	17 (6.7)	0.0	40 (38.5)	39 (26.4)	79 (31.3)	<b>3.6</b>

Anmerkungen <sup>1</sup> korrigiert nach Yates mit  $df = 1$ ; \*  $p < 0.05$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

Für die *aktuelle Komposition* lässt sich im Haushaltsbereich neben dem signifikanten Unterschied in der Partnerschaft, ein sehr signifikanter Effekt in der Restkategorie *Sonstige* festhalten ( $\chi^2 = 6.7$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.01$ ). 42.4% der Patienten mit niedrigem GSI im Vergleich zu 28.4% der Patienten mit hohem GSI haben hier aktuell Kontakt. Diese Tendenz zeigt sich sowohl für das männliche ( $\chi^2 = 4.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ) als auch für das weibliche Geschlecht ( $\chi^2 = 3.6$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.06$ ).

### 5.1.2.2.2 Familie

Die Tabelle 20 ermöglicht einen deskriptiven Überblick zur allgemeinen und aktuellen Komposition in der Familie.

Tabelle 20 Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition in der Familie getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

	Allgemeine Komposition			Aktuelle Komposition			
	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	
	<i>n</i> = 132 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 225 <i>n</i> (%)	<i>N</i> = 357	<i>n</i> = 132 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 225 <i>n</i> (%)	<i>N</i> = 357	
<b>FAMILIE</b>	KIND(ER) AUßER HAUS						
	kein(e)	77 (58.3)	123 (54.7)	200 (56.0)	82 (62.1)	124 (55.1)	206 (57.7)
	vorhanden	55 (41.7)	102 (45.3)	157 (44.0)	50 (37.9)	101 (44.9)	151 (42.3)
	ELTERN						
	keine	30 (22.7)	88 (39.1)	118 (33.1)	43 (32.6)	98 (43.6)	141 (39.5)
	vorhanden	102 (77.3)	137 (60.9)	239 (66.9)	89 (67.4)	127 (56.4)	216 (60.5)
	GESCHWISTER						
	keine	53 (40.2)	110 (48.9)	163 (45.7)	73 (55.3)	134 (59.6)	207 (58.0)
	vorhanden	79 (59.8)	115 (51.1)	194 (54.3)	59 (44.7)	91 (40.4)	150 (42.0)
	WEITERE FAMILIE						
	keine	85 (64.4)	140 (62.2)	225 (63.0)	101 (76.5)	171 (76.0)	272 (76.2)
	vorhanden	47 (35.6)	85 (37.8)	132 (37.0)	31 (23.5)	54 (24.0)	85 (23.8)
	FAMILIE DES PARTNERS						
	keine	68 (51.5)	119 (52.9)	187 (52.4)	95 (72.0)	159 (70.7)	254 (71.1)
	vorhanden	64 (48.5)	106 (47.1)	170 (47.6)	37 (28.0)	66 (29.3)	103 (28.9)

In Abbildung 10 fällt ein sehr signifikanter Unterschied ( $\chi^2 = 9.4$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.01$ ) auf. In der Patientengruppe mit niedrigem GSI haben 16 Prozent mehr Patienten Kontakt zu ihren Eltern.

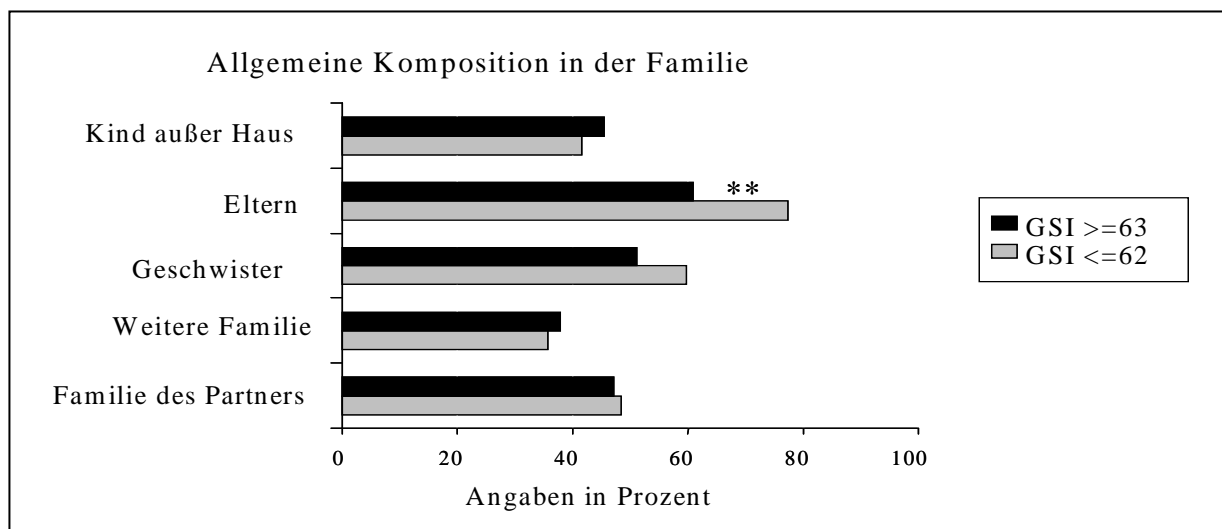


Abbildung 10 Allgemeine Komposition in der Familie:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI  
Anmerkungen.  $**p < 0.01$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

Bei der Kontrolle der Geschlechtsunterschiede (s. Tabelle 21) zeigt sich nur in der allgemeinen Komposition im Bereich Eltern ein signifikanter Unterschied bei den Männern ( $\chi^2 = 4.5$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ). Dieser Effekt ist allerdings nicht so stark wie in der geschlechtsunabhängigen Betrachtung.

Tabelle 21 Allgemeine und aktuelle Komposition in der Familie:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

Geschlecht		GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	$\chi^2$	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	$\chi^2$
		<i>n</i> = 132	<i>n</i> = 225	<i>N</i> = 357		<i>n</i> = 132	<i>n</i> = 225	<i>N</i> = 357	
Allgemeine Komposition		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		Aktuelle Komposition		<i>n</i> (%)	
KIND(ER) AUßER HAUS									
kein(e)	männl.	22 (78.6)	45 (58.4)	67 (63.8)		24 (85.7)	48 (62.3)	72 (68.6)	
vorhanden		6 (21.4)	32 (41.6)	38 (36.2)	2.8	4 (14.3)	29 (37.7)	33 (31.4)	4.2*
kein(e)	weibl.	55 (52.9)	78 (52.7)	133 (52.8)		58 (55.8)	76 (51.4)	134 (53.2)	
vorhanden		49 (47.1)	70 (47.3)	119 (47.2)	0	46 (44.2)	72 (48.6)	118 (46.8)	0.3
ELTERN									
keine	männl.	7 (25.0)	39 (50.6)	46 (43.8)		11 (39.3)	46 (59.7)	57 (54.3)	
vorhanden		21 (75.0)	38 (49.4)	59 (56.2)	4.5*	17 (60.7)	31 (40.3)	48 (45.7)	2.7
keine	weibl.	23 (22.1)	49 (33.1)	72 (28.6)		32 (30.8)	52 (35.1)	84 (33.3)	
vorhanden		81 (77.9)	99 (66.9)	180 (71.4)	3.1	72 (69.2)	96 (64.9)	168 (66.7)	0.4
GESCHWISTER									
keine		17 (60.7)	47 (64.9)	67 (63.8)		20 (71.4)	48 (62.3)	68 (64.8)	
vorhanden	männl.	15 (53.6)	30 (39.0)	45 (42.9)	1.2	8 (28.6)	29 (37.7)	37 (35.2)	0.4
keine		40 (38.5)	63 (42.6)	103 (40.9)		53 (51.0)	86 (58.1)	139 (55.2)	
vorhanden	weibl.	64 (61.5)	85 (57.4)	149 (59.1)	0.3	51 (49.0)	62 (41.9)	113 (44.8)	1.0
WEITERE FAMILIE									
keine	männl.	17 (60.7)	50 (64.9)	67 (63.8)		22 (78.6)	61 (79.2)	83 (79.0)	
vorhanden		11 (39.3)	27 (35.1)	38 (36.2)	0.0	6 (21.4)	16 (20.8)	22 (21.0)	0.0
keine	weibl.	68 (65.4)	90 (60.8)	158 (62.7)		79 (76.0)	110 (74.3)	189 (75.0)	
vorhanden		36 (34.6)	58 (39.2)	94 (37.3)	0.4	25 (24.0)	38 (25.7)	63 (25.0)	0.0
FAMILIE DES PARTNERS									
keine	männl.	15 (53.6)	44 (57.1)	59 (53.6)		22 (78.6)	58 (75.3)	80 (76.2)	
vorhanden		13 (46.4)	33 (42.9)	46 (46.4)	0.0	6 (21.4)	19 (24.7)	25 (23.8)	0.0
keine	weibl.	53 (51)	75 (50.7)	128 (51)		73 (70.2)	101 (68.2)	174 (69.0)	
vorhanden		51 (49)	73 (49.3)	124 (49)	0.0	31 (29.8)	47 (31.8)	78 (31.0)	0.0

Anmerkungen <sup>1</sup> korrigiert nach Yates mit  $df = 1$ ; \*  $p < 0.05$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

### 5.1.2.2.3 Arbeit

Die Tabelle 22 gibt einen Einblick in die absolute und relative Häufigkeit der sozialen Rollen im Arbeitsbereich.

Tabelle 22 Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition im Arbeitsbereich für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

		Allgemeine Komposition			Aktuelle Komposition		
		GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt
		<i>n</i> = 132	<i>n</i> = 225	<i>N</i> = 357	<i>n</i> = 132	<i>n</i> = 225	<i>N</i> = 357
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
ARBEIT	CHEF						
	keinen	106 (80.3)	187 (83.1)	294 (82.1)	118 (89.4)	216 (96.0)	334 (93.6)
	vorhanden	26 (19.7)	38 (16.9)	64 (17.9)	14 (10.6)	9 (4.0)	23 (6.4)
	KOLLEGE(N)						
kein(e)	34 (25.8)	103 (45.8)	137 (38.4)	71 (53.8)	157 (69.8)	228 (63.9)	
vorhanden	98 (74.2)	122 (54.2)	220 (61.6)	61 (46.2)	68 (30.2)	129 (36.1)	

Wie aus Abbildung 11 hervorgeht, besteht im Bereich *Arbeit* ein hochsignifikanter Unterschied im Kontakt zu *Kollegen* ( $\chi^2 = 13.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ). Im Gegensatz zu den Patienten mit hohem GSI haben unter den Patienten niedrigem GSI 20% mehr Kontakt zu Kollegen.

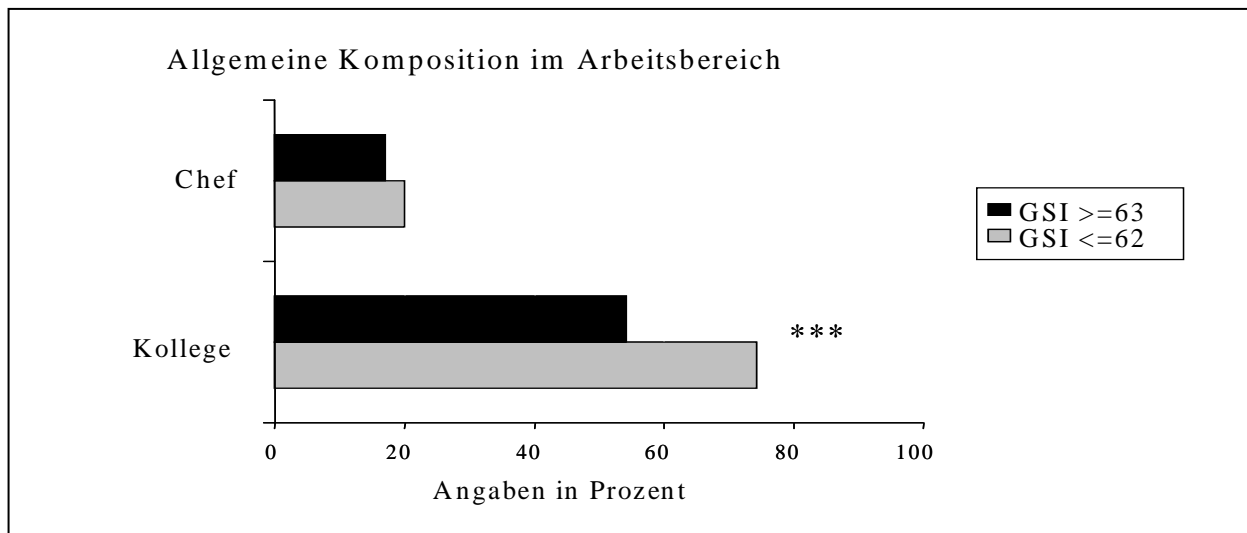


Abbildung 11 Allgemeine Komposition in der Arbeit:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI  
Anmerkungen. \*\*\* $p < 0.001$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

In der *aktuellen Partizipation* zeigen sich nicht nur signifikante Unterschiede für *Kollegen*, sondern auch für den Kontakt zu *Chefs* ( $\chi^2 = 5.0$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ). Hier haben 10.6% der Patienten mit niedrigem GSI im Vergleich zu 4% mit hohem GSI Kontakt zu ihrem Chef.

Bei Berücksichtigung der Geschlechtsunterschiede (s. Tabelle 23) zeigt sich, sowohl in der allgemeinen als auch aktuellen Komposition, dass mehr Frauen mit niedrigem GSI Kontakt zu Arbeitskollegen pflegen. Die signifikanten bis sehr signifikanten Unterschiede sind jedoch nicht so stark ausgeprägt wie bei der Betrachtung der Patientengruppen ohne die Geschlechtsunterschiede.

Tabelle 23 Allgemeine und aktuelle Komposition in der Arbeit:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

	Geschlecht	Allgemeine Komposition			<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>	Allgemeine Komposition			<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>
		GSI $\leq 62$ n = 132 n (%)	GSI $\geq 63$ n = 225 n (%)	Gesamt N = 357 n (%)		GSI $\leq 62$ n = 132 n (%)	GSI $\geq 63$ n = 225 n (%)	Gesamt N = 357 n (%)	
<b>CHEF</b>									
keinen	männl.	23 (82.1)	67 (87.0)	90 (85.7)	0.1	25 (89.3)	75 (97.4)	100 (95.2)	1.5
vorhanden		5 (17.9)	10 (13.0)	15 (14.3)		3 (10.7)	5 (4.8)	8 (4.8)	
keinen	weibl.	83 (79.8)	120 (81.1)	203 (80.6)	0.0	93 (89.4)	141 (95.3)	234 (92.9)	2.3
vorhanden		21 (20.2)	28 (18.9)	49 (19.4)		11 (10.6)	7 (4.7)	18 (7.1)	
<b>KOLLEGE(N)</b>									
kein(e)	männl.	10 (35.7)	42 (54.5)	52 (49.5)	2.2	18 (64.3)	57 (74.0)	75 (71.4)	0.5
vorhanden		18 (64.3)	35 (45.5)	53 (50.5)		10 (35.7)	20 (26.0)	30 (28.6)	
kein(e)	weibl.	24 (23.1)	61 (41.2)	85 (33.7)	<b>8.2**</b>	53 (51.0)	100 (67.6)	153 (60.7)	<b>6.4*</b>
vorhanden		80 (76.9)	87 (58.8)	167 (66.3)		51 (49.0)	48 (32.4)	99 (39.2)	

Anmerkungen <sup>1</sup> korrigiert nach Yates mit  $df = 1$ ; . \*\*  $p < 0.01$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

#### 5.1.2.2.4 Andere

In der allgemeinen Komposition besteht der Bereich *Andere* aus *Bekanntem*, *professionellen Helfern*, *Partnern* und *ehemaligen Partnern*. In den beiden letzteren Kategorien sind die Fallzahlen zu gering für die Anwendung statistischer Verfahren, sodass diese zusammengefasst werden. In der aktuellen Komposition während des Klinikaufenthaltes wird der Bereich *Andere* um die Kategorie *Mitpatient* ergänzt (s. Tab. 24).

Tabelle 24 Deskriptive Statistik zur allgemeinen und aktuellen Komposition im Bereich Andere getrennt für Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

	Allgemeine Komposition			Aktuelle Komposition		
	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt
	(n = 132) n (%)	(n = 225) n (%)	(N = 357)	(n = 132) n (%)	(n = 225) n (%)	(N = 357)
<b>BEKANNTE</b>						
keine	87 (65.9)	135 (60.0)	222 (62.2)	113 (85.6)	183 (81.3)	296 (82.9)
vorhanden	45 (34.1)	90 (40.0)	135 (37.8)	19 (14.4)	42 (18.7)	61 (17.1)
<b>PROFESSIONELLE HELFER</b>						
keine	116 (87.9)	170 (75.6)	286 (80.1)	123 (93.2)	188 (83.6)	311 (87.1)
vorhanden	16 (12.1)	55 (24.4)	71 (19.9)	9 (6.8)	37 (16.4)	46 (12.9)
<b>(EHEMALIGE ODER ZUSÄTZLICHE) PARTNER</b>						
keine	124 (93.9)	210 (93.3)	334 (93.6)	126 (95.5)	209 (92.9)	335 (93.8)
vorhanden	8 (6.1)	15 (6.7)	23 (6.4)	6 (4.5)	16 (7.1)	22 (6.2)
<b>MITPATIENT(EN)</b>						
keine	--	--	--	83 (62.9)	151 (67.1)	234 (65.5)
vorhanden	--	--	--	49 (37.1)	74 (32.9)	123 (34.5)

In Abbildung 12 zur allgemeinen Komposition im Bereich *Andere* zeigt sich ein sehr signifikanter Unterschied hinsichtlich der *professionellen Helfer*. In der Patientengruppe mit dem hohem GSI ist der Anteil derer deutlich höher, die professionelle Hilfe beanspruchen ( $\chi^2 = 7.2, df = 1, p < 0.01$ ).

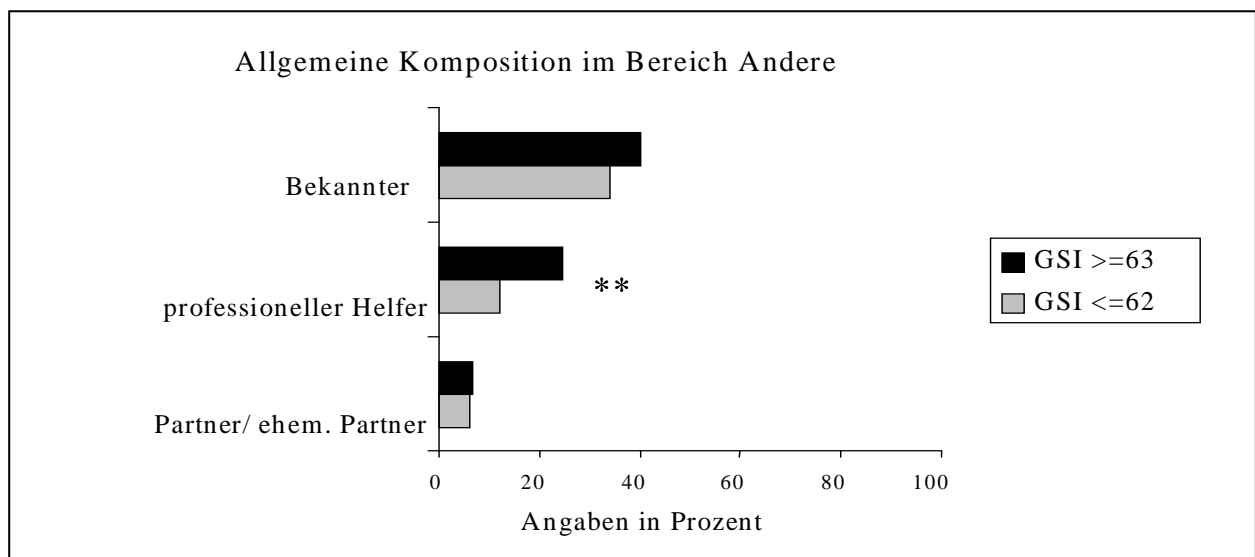


Abbildung 12 Allgemeine Komposition im Bereich Andere:  $\chi^2$ - Tests nach Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI  
Anmerkungen  $**p < 0.01$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

In Tabelle 25 zur Überprüfung von Moderatoreffekten durch das Geschlecht ergibt sich bei den Frauen ebenfalls ein sehr signifikanter Unterschied in der Kategorie *professionelle Helfer*. Der Effekt ( $\chi^2 = 7.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ) erscheint identisch mit dem aus Abbildung 12, sodass nur die weiblichen Patienten mit hohem GSI mehr Kontakt zu professionellen Helfern haben. In der aktuellen Komposition zeigt sich, dass die Frauen mehr Kontakt zu Bekannten haben als die Männer. Je ein Drittel gibt in beiden Patientengruppen Kontakte zu Mitpatienten an. Nach wie vor haben signifikant mehr Patienten mit hohem GSI Kontakt zu *professionellen Helfern* ( $\chi^2 = 6.0$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ), der über das weibliche Geschlecht moderiert wird ( $\chi^2 = 4.8$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ).

Tabelle 25 Allgemeine u. aktuelle Komposition im Bereich Andere:  $\chi^2$ -Tests n. Yates Korrektur zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) u. hohem ( $\geq 63$ ) GSI

Geschlecht		GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	<sup>1</sup> Chi <sup>2</sup>
		n = 132	n = 225	N = 357		n = 132	n = 225	N = 357	
		Allgemeine Komposition			Aktuelle Komposition				
		n (%)	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)	n (%)
<b>BEKANNTE</b>									
keine	männl.	22 (78.6)	51 (66.2)	73 (69.5)	1.0	23 (82.1)	72 (93.5)	95 (90.5)	1.9
vorhanden		6 (21.4)	26 (33.8)	32 (30.5)		5 (17.9)	5 (6.5)	10 (9.5)	
keine	weibl.	65 (62.5)	84 (56.8)	149 (59.1)	0.6	90 (86.5)	111 (75.0)	201 (79.8)	<b>4.3*</b>
vorhanden		39 (37.5)	64 (43.2)	103 (40.9)		14 (13.5)	37 (25.0)	51 (20.2)	
<b>PROFESSIONELLE HELFER</b>									
keine	männl.	22 (78.6)	57 (74.0)	79 (75.2)	0.05	25 (89.3)	63 (81.8)	88 (83.8)	0.4
vorhanden		6 (21.4)	20 (26.0)	26 (24.8)		3 (10.7)	14 (18.2)	17 (16.2)	
keine	weibl.	94 (90.4)	113 (76.4)	207 (82.1)	<b>7.3**</b>	98 (94.2)	125 (84.5)	223 (88.5)	<b>4.8*</b>
vorhanden		10 (9.6)	35 (23.6)	45 (17.9)		6 (5.8)	23 (15.5)	29 (11.5)	
<b>(EHEMALIGE ODER ZUSÄTZLICHE) PARTNER</b>									
keine	männl.	26 (92.9)	70 (90.9)	96 (91.4)	0	26 (92.9)	69 (89.6)	95 (90.5)	0
vorhanden		2 (7.1)	7 (9.1)	9 (8.6)		2 (7.1)	8 (10.4)	10 (9.8)	
keine	weibl.	98 (94.2)	140 (94.6)	238 (94.4)	0	100 (96.2)	140 (94.6)	240 (95.2)	0.1
vorhanden		6 (5.8)	8 (5.4)	14 (5.6)		4 (3.8)	8 (5.4)	12 (4.8)	
<b>MITPATIENTEN</b>									
keine	männl.	--	--	--	--	19 (67.9)	52 (67.5)	71 (67.6)	0.0
vorhanden		--	--	--		9 (32.1)	25 (32.5)	34 (32.4)	
keine	weibl.	--	--	--	--	64 (61.5)	99 (66.9)	163 (64.7)	0.6
vorhanden		--	--	--		40 (38.5)	49 (33.1)	89 (35.3)	

Anmerkungen <sup>1</sup> korrigiert nach Yates mit  $df = 1$ ; \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

### 5.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur sozialen Partizipation

Die Tabelle 26 erlaubt einen Überblick zu den signifikanten Unterschieden in der sozialen Partizipation zwischen Patienten mit niedrigem und hohem GSI.

Tabelle 26 Zusammenfassung der signifikanten Unterschiede in der allgemeinen und aktuellen sozialen Partizipation

		GSI ≤ 62	GSI ≥ 63	
<b>Globale Indizes</b>	<b>Indizes der sozialen Partizipation</b>			
	Allgemeiner Integrationsindex	>		
	Aktueller Integrationsindex	>		
	Allgemeine Gesamtnetzgröße	>		
	Aktuelle Gesamtnetzgröße	>		
	Allgemeines Netzspektrum	>		
	Haushalt	>		
	Arbeit vor allem bei Frauen	>		
	Andere		<	
	Aktuelles Netzspektrum			
	Partner bei Frauen	>		
	Haushalt	>		
	Arbeit vor allem bei Frauen	>		
	Andere bei Frauen		<	
	<b>Differenzielle Indizes</b>	Allgemeine Größenangaben in den Lebensbereichen		
Familie		>		
Aktuelle Größenangaben in den Lebensbereichen				
Haushalt		>		
Familie vor allem bei Frauen		>		
Arbeit bei Frauen		>		
Freunde bei Frauen		>		
Freizeit		>		
Allgemeine Komposition				
Haushalt		Partner bei Frauen	>	
Familie		Eltern vor allem bei Männern	>	
Arbeit		Kollegen vor allem bei Frauen	>	
Andere		Professionelle Helfer bei Frauen		<
Aktuelle Komposition				
Haushalt		Partner bei Frauen	>	
Familie	Eltern	>		
Arbeit	Chef	>		
	Kollegen vor allem bei Frauen	>		
Bekannte	Bekannte vor allem bei Frauen		<	
	Professionelle Helfer bei Frauen		<	



### 5.1.4 Soziale Partizipation bei verschiedenen psychischen Funktionsstörungen

Bei der statistischen Überprüfung der *H3* treten in Tabelle 27 in allen psychopathologischen Skalen der SCL-90-R Einschränkungen in der sozialen Partizipation auf. Die größten Beeinträchtigungen bestehen in den Skalen *Phobische Angst*, *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Depressivität*.

Tabelle 27 Korrelationen nach Spearman Rho zwischen globalen Indizes der sozialen Partizipation und den SCL-90-R Skalen

SCL-90-R Skalen	Integrationsindex	Gesamtnetzgröße
Somatisierung	- 0.1*	- 0.1
Zwanghaftigkeit	- 0.2**	- 0.2**
Unsicherheit im Sozialkontakt	- 0.2***	- 0.3***
Depressivität	- 0.2***	- 0.2***
Ängstlichkeit	- 0.2***	- 0.2***
Aggressivität/ Feindseligkeit	- 0.1	- 0.1*
Phobische Angst	- 0.3***	- 0.3***
Paranoides Denken	- 0.1*	- 0.2**
Psychotizismus.	- 0.2**	- 0.2***

Anmerkungen \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ , alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

## 5.2 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und Kontextfaktoren

Im nächsten Abschnitt werden zur Überprüfung der *H4* und *H5* die statistischen Analysen zu den Förderfaktoren und Barrieren im sozialen Kontext global (s. Abs. 5.2.1) und differenziert (s. Abs. 5.2.2) für die einzelnen Lebensbereiche und die Partnerschaft vorgestellt.

### 5.2.1 Globale förderliche und belastende Faktoren

In Tabelle 28 wird der Einfluss von GSI und Geschlecht auf das Ausmaß an praktischer, emotionaler Unterstützung und sozialer Belastung sowie der Zufriedenheit mit den Unterstützungsformen betrachtet. Hinsichtlich des Ausmaßes an praktischer, emotionaler Unterstützung und sozialer Belastung ergeben die zweifaktoriellen Varianzanalysen weder signifikante Haupteffekte noch Wechselwirkungseffekte zwischen GSI und Geschlecht. Bei den Angaben zur Zufriedenheit mit der Unterstützung ergeben sich sowohl für die praktische Unterstützung als auch für die emotionale Unterstützung sehr signifikante Haupteffekte im GSI.

Es zeigt sich, dass die Patienten mit niedrigem GSI Wert insgesamt zufriedener mit der sozialen Unterstützung sind.

Tabelle 28 Einfluss von GSI und Geschlecht auf das Ausmaß an sozialer Unterstützung, sozialer Belastung und Zufriedenheit mit der Unterstützung: Zweifaktorielle Varianzanalysen

	GSI ≤ 62			GSI ≥ 63			ANOVA		
	männl. <i>n</i> = 28 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	weibl. <i>n</i> = 104 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Gesamt <i>N</i> = 132 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	männl. <i>n</i> = 76 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	weibl. <i>n</i> = 148 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Gesamt <i>N</i> = 224 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	GSI <i>F</i>	Geschl. <i>F</i>	GSI x Geschl. <i>F</i>
Praktische Unterstützung	2.4 (0.9)	2.1 (0.9)	2.1 (0.9)	2.1 (0.9)	2.2 (0.8)	2.2 (0.8)	0.5	1.2	2.9
Emotionale Unterstützung	2.4 (0.9)	2.4 (0.8)	2.4 (0.8)	2.4 (0.8)	2.4 (0.8)	2.4 (0.8)	0.0	0.0	0.0
Soziale Belastung	0.9 (0.7)	1.0 (0.7)	1.0 (0.7)	0.9 (0.7)	1.0 (0.7)	1.0 (0.7)	0.2	1.0	0.2
Zufriedenheit mit der prakt. Unterst.	3.2 (0.7)	2.8 (1.1)	2.9 (1.0)	2.7 (1.1)	2.7 (1.0)	2.7 (1.0)	<b>7.3**</b>	2.2	2.9
Zufriedenheit mit der emot. Unterst.	3.1 (0.9)	3.0 (1.0)	3.0 (1.0)	2.5 (1.0)	2.7 (1.0)	2.6 (1.0)	<b>12.9**</b>	0.1	1.3

Anmerkungen. *p* (Levene *F*) > 0.05, *df* = 3/353, \*\**p* < 0.01; alle anderen Variablen *p* > 0.05.

## 5.2.2 Differentielle förderliche und belastende Faktoren

### 5.2.2.1 Förderliche und belastende Faktoren in den Lebensbereichen

In Tabelle 29 zur Untersuchung von förderlichen und belastenden sozialen Quellen ergeben sich nach den *U-Tests nach Mann-Whitney* keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit hohem und niedrigem GSI. Die Patienten erleben vor allem in den Bereichen *Haushalt* und *Freunde* praktische und emotionale Unterstützung. Eine weitere Quelle emotionaler Unterstützung liegt in der *Familie*. Soziale Belastungen ergeben sich für *Arbeit*, *Haushalt* und *Familie*.

Die Tabelle 30 zur Überprüfung der Moderatoreffekte durch das Geschlecht ergeben sich signifikante Unterschiede im *Haushalt*. Hier fühlen sich die Männer bei praktischen Dingen mehr unterstützt und die Frauen stärker belastet.

Tabelle 29 Förderliche und belastende soziale Quellen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI

Lebensbereiche	Praktische Unterstützung				Emotionale Unterstützung				Soziale Belastung			
	GSI $\leq 62$ MD (n)	GSI $\geq 63$ MD (n)	Gesamt MD (N)	Z	GSI $\leq 62$ MD (n)	GSI $\geq 63$ MD (n)	Gesamt MD (N)	Z	GSI $\leq 62$ MD (n)	GSI $\geq 63$ MD (n)	Gesamt MD (N)	Z
Haushalt	3.0 (108)	3.0 (161)	3.0 (269)	0.5	3.0 (97)	3.5 (160)	3.3 (265)	0.2	1.0 (98)	1.0 (169)	1.0 (267)	0.3
Familie	2.0 (131)	2.0 (218)	2.0 (349)	0.2	3.0 (131)	3.0 (217)	3.0 (348)	0.1	1.0 (131)	1.0 (217)	1.0 (348)	0.9
Arbeit	2.0 (98)	2.0 (124)	2.0 (222)	0.4	2.0 (87)	2.0 (133)	2.0 (220)	0.5	1.0 (87)	2.0 (132)	1.5 (219)	1.8
Freunde	3.0 (119)	3.0 (183)	3.0 (302)	1.6	3.0 (112)	3.0 (190)	3.0 (302)	1.0	0 (114)	0 (189)	0 (303)	0.4
Freizeit	1.0 (47)	2.0 (73)	1.5 (120)	1.7	2.0 (41)	2.0 (75)	2.0 (116)	0.1	0 (41)	0 (78)	0 (119)	1.0
Nachbarn	2.0 (85)	2.0 (141)	2.0 (226)	0.3	1.0 (87)	2.0 (138)	1.5 (225)	0.3	0 (87)	0 (137)	0 (224)	0.5
Andere	2.0 (104)	2.0 (170)	2.0 (274)	0.2	2.0 (104)	2.0 (273)	2.0 (277)	0.3	0 (104)	0 (172)	0 (276)	0.2

Anmerkungen. Alle Variablen  $p > 0.05$ .

Tabelle 30 Förderliche und belastende Quellen: U-Tests nach Mann-Whitney zum Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten

Lebensbereiche	Praktische Unterstützung				Emotionale Unterstützung				Soziale Belastung			
	Männer MD (n)	Frauen MD (n)	Gesamt MD (N)	Z	Männer MD (n)	Frauen MD (n)	Gesamt MD (N)	Z	Männer MD (n)	Frauen MD (n)	Gesamt MD (N)	Z
Haushalt	4.0 (74)	3.0 (195)	3.5 (269)	<b>2.7**</b>	3.0 (82)	3.0 (183)	3.0 (265)	0.2	1.0 (83)	1.5 (184)	1.0 (267)	<b>2.1*</b>
Familie	2.0 (101)	2.0 (248)	2.0 (349)	0.8	3.0 (104)	3.0 (244)	3.0 (348)	0.0	1.0 (104)	1.0 (244)	1.0 (348)	0.1
Arbeit	2.0 (55)	2.0 (167)	2.0 (222)	0.2	2.0 (68)	2.0 (152)	2.0 (220)	0.4	1.0 (68)	1.0 (151)	1.0 (219)	0.6
Freunde	3.0 (81)	3.0 (221)	3.0 (302)	0.5	3.0 (87)	3.0 (215)	3.0 (302)	0.1	0 (86)	0 (117)	0 (303)	0.7
Freizeit	2.0 (35)	1.0 (85)	1.5 (120)	0.2	2.0 (27)	2.0 (89)	2.0 (116)	0.2	0 (29)	0 (90)	0 (119)	0.8
Nachbarn	2.0 (59)	2.0 (167)	2.0 (226)	0.3	2.0 (62)	2.0 (163)	2.0 (225)	0.1	0 (61)	0 (163)	0 (224)	0.1
Andere	2.0 (75)	2.0 (199)	2.0 (274)	0.2	2.0 (77)	2.0 (200)	2.0 (277)	0.2	0 (77)	0 (199)	0 (276)	1.1

Anmerkungen. \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$  Alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

### 5.2.2.2 Förderliche und belastende Faktoren in der Partnerschaft

Bei den folgenden Untersuchungen zur Überprüfung der *H5* soll die Qualität der Partnerschaft aus Sicht des Patienten und seines Partners anhand des QRIs überprüft werden. In Tabelle 31 wird vorab die *geografische Distanz*, die *Dauer der Beziehung* und die *Kontaktfrequenz* zum Partner kontrolliert. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit hohem und niedrigem GSI. In beiden Patientengruppen leben über 90% der Patienten mit ihrem Partner zusammen, die Hälfte der Patienten sind länger als 20 Jahre zusammen und etwa drei Viertel der Patienten sehen sich täglich.

Tabelle 31 *Deskriptive Charakteristika zur Partnerschaft: Chi<sup>2</sup>- Tests zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	Chi <sup>2</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	$\chi^2$ (df)
<b>Geografische Distanz</b>				
leben in einem Haushalt	82(94.3)	126 (90.6)	208 (92.0)	
leben in getrennten Haushalten	5 (5.7)	13 (9.4)	18 (8.0)	10.5(1)
<b>Dauer</b>				
1-5 Jahre	6 (6.9)	21 (15.1)	27 (11.9)	
6-10 Jahre	15 (17.2)	17 (12.2)	32 (14.2)	
11-20 Jahre	22 (25.3)	33 (23.7)	55 (24.3)	
> 20 Jahre	44 (50.6)	68 (48.9)	112 (49.6)	4.3 (3)
<b>Kontaktfrequenz</b>				
den ganzen Tag	10 (11.5)	13 (9.4)	23 (10.2)	
täglich	70 (80.5)	104 (74.8)	174 (77.0)	
seltener	7 (8.0)	22 (15.8)	29 (12.8)	3.0 (2)

Anmerkungen. <sup>1</sup> Yates Korrektur. Alle Variablen  $p > 0.05$ .

Für den Vergleich zur Qualität der Beziehung (s. Tab. 32) sollen nur Paare berücksichtigt werden, die im selben Haushalt leben. Bei der Anwendung von t-Tests für unabhängige Stichproben war die Homogenität der Varianzen in beiden Stichproben gegeben. In Ausnahmefällen wurden die Freiheitsgrade (*df*) entsprechend angepasst.

Aus der *Perspektive der Patienten* wird deutlich, dass die Patienten mit niedrigem GSI ihren Partner stärker vermissen würden (Item 13) und zuversichtlicher sind, dass er oder sie gemeinsamen Unternehmungen zustimmen würde (Item 15).

Die *Sichtweise der Partner* ergibt, dass die Partner der Patienten mit niedrigem GSI sich weniger durch den Patienten verstimmt fühlen (Item 5). Sie wünschen sich auch weniger, dass der Patient sich ändert (Item 10). Sie ärgern sich weniger und seltener über den Patienten (Items 19, 20) und sind insgesamt zufriedener mit der Beziehung (Item 26).

In Tabelle 32 wird auch überprüft, inwiefern Patienten und Partner die Beziehung ähnlich beurteilen. Dazu wurden die Antworten des Patienten mit denen seines Partner anhand von *t-Tests für abhängige Stichproben* parallelisiert. Dies erfolgte getrennt für die beiden Patientengruppen. Insgesamt zeigt sich, dass die Sichtweisen der Patienten und ihrer Partners zur Beziehung größtenteils in beiden Patientengruppen übereinstimmen. Auf einzelne Abweichungen soll näher eingegangen werden.

In der Gruppe der Patienten mit dem *niedrigem GSI* bewerten die Partner die Beziehung als positiver (Items 11 und 26) als die Patienten. Sie sind auch zuversichtlicher, dass die Patienten ihnen zuhören, wenn sie sich über etwas oder jemanden ärgern (Item 18). Dabei wird deutlich, dass sich die Patienten stärker über ihren Partner ärgern als umgekehrt (Item 19).

Bei den Patienten mit *hohem GSI* wünschen sich die Partner mehr, dass sich der Patient ändern würde (Item 10). Die Partner fühlen sich auch stärker für das Wohlbefinden des Patienten verantwortlich als umgekehrt (Item 16).

Tabelle 32 *Qualität der Beziehung aus Sicht des Patienten und seines Partners: t-Tests für unabhängige Stichproben und t-Tests für abhängige Stichproben zum Vergleich zwischen Patienten mit niedrigem ( $\leq 62$ ) und hohem ( $\geq 63$ ) GSI*

Items des QRI	Patient				Partner des Patienten				Patient-Partner	
	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	$t$	GSI $\leq 62$	GSI $\geq 63$	Gesamt	$t$	${}^2t_{\text{GSI} \leq 62}$	${}^2t_{\text{GSI} \geq 63}$
	<i>n</i> = 82	<i>n</i> = 126	<i>N</i> = 208		<i>n</i> = 53	<i>n</i> = 88	<i>N</i> = 144			
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t</i> ( <i>df</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t</i> ( <i>df</i> )	<i>t</i> ( <i>df</i> )	<i>t</i> ( <i>df</i> )
1. Wie sehr können Sie sich an Ihren Partner wenden, um sich bei Problemen Rat zu holen?	3.1 (1.0)	3.1 (1.0)	3.1 (1.0)	-0.1 (206)	3.5 (0.8)	3.4 (0.9)	3.4 (0.9)	0.7 (139)	-1.5 (49)	-1.6 (80)
2. Wie oft müssen Sie sich anstrengen, um Streit mit Ihrem Partner zu vermeiden?	1.6 (1.1)	1.6 (1.2)	1.6 (1.2)	-0.2 (206)	1.4 (0.9)	1.5 (1.1)	1.5 (1.1)	-0.5 (121)	0.4 (47)	0.8 (81)
3. Wie oft streiten Sie sich mit Ihrem Partner?	1.4 (0.8)	1.4 (0.9)	1.4 (0.9)	-0.3 (206)	1.1 (0.5)	1.3 (0.8)	1.3 (0.7)	-1.5 (140)	1.6 (49)	0.7 (81)
4. Wie sehr können Sie bei Problemen auf die Hilfe Ihres Partners zählen?	3.3 (0.9)	3.2 (1.0)	3.2 (1.0)	1.0 (206)	3.5 (0.8)	3.3 (0.9)	3.4 (0.8)	1.0 (139)	-1.2 (48)	-1.0 (81)
5. Wie sehr fühlen Sie sich manchmal durch Ihren Partner verstimmt?	1.6 (1.1)	1.6 (1.0)	1.6 (1.0)	0.0 (204)	1.1 (1.0)	1.2 (1.0)	1.1 (1.0)	<b>-2.0*</b> (140)	1.0 (49)	-1.0 (79)
6. Wie sehr können Sie sich verlassen, dass Ihr Partner Ihnen ehrlich die Meinung sagt?	3.2 (0.9)	3.2 (1.0)	3.2 (1.0)	0.0 (206)	3.5 (0.8)	3.3 (0.9)	3.4 (0.8)	-0.8 (140)	-1.3 (49)	-0.2 (81)
7. Wie sehr verursacht Ihr Partner, dass Sie sich schuldig fühlen?	1.4 (1.3)	1.4 (1.3)	1.4 (1.3)	-0.3 (206)	1.1 (1.0)	1.2 (1.1)	1.1 (1.0)	1.1 (140)	0.7 (49)	1.3 (81)
8. Wie sehr müssen Sie innerhalb dieser Beziehung nachgeben?	1.7 (1.0)	1.7 (1.0)	1.7 (1.0)	-0.2 (206)	1.7 (0.9)	1.9 (0.9)	1.8 (1.0)	-0.4 (140)	0.0 (49)	-0.9 (81)
9. Wie sehr möchte Ihr Partner, dass Sie sich ändern?	1.4 (1.2)	1.7 (1.3)	1.6 (1.3)	-1.6 (201)	1.5 (1.1)	1.7 (1.1)	1.7 (1.1)	-1.2 (140)	-1.0 (46)	-0.1 (80)
10. Wie sehr wünschen Sie sich, dass Ihr Partner sich ändert?	1.4 (1.1)	1.6 (1.2)	1.5 (1.1)	-0.5 (204)	1.3 (1.0)	2.1 (1.2)	1.6 (1.1)	<b>-4.0***</b> (138)	1.0 (51)	<b>-3.1**</b> (75)
11. Wie positiv ist die Rolle, die Ihr Partner in Ihrem Leben spielt?	3.4 (0.7)	3.3 (0.9)	3.3 (0.8)	1.0 (204)	3.7 (0.6)	3.6 (0.8)	3.6 (0.7)	1.1 (140)	<b>-2.6*</b> (48)	-2.0 (79)
12. Wie bedeutend ist diese Beziehung in Ihrem Leben?	3.8 (0.6)	3.6 (0.6)	3.7 (0.6)	1.4 (206)	3.9 (0.4)	3.8 (0.5)	3.8 (0.5)	1.4 (130)	-1.7 (49)	-2.0 (81)

Items des QRI	Patient				Partner des Patienten				Patient-Partner	
	GSI ≤ 62	GSI ≥ 63	Gesamt	<sup>1</sup> t	GSI ≤ 62	GSI ≥ 63	Gesamt	<sup>1</sup> t	<sup>2</sup> t <sub>GSI ≤ 62</sub>	<sup>2</sup> t <sub>GSI ≥ 63</sub>
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t (df)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t (df)	t (df)	t (df)
13. Wie stark würden Sie Ihren Partner vermissen, wenn Sie sich für einen Monat nicht sehen?	3.5 (0.8)	3.2 (1.0)	3.3 (0.9)	<b>2.1*</b> (206)	3.6 (0.6)	3.6 (0.7)	3.8 (0.5)	0.6 (140)	-1.8 (49)	-1.8 (81)
14. Wie kritisch steht Ihnen Ihr Partner gegenüber?	2.5 (1.1)	2.3 (1.1)	2.4 (1.1)	1.4 (204)	2.2 (0.9)	2.3 (1.1)	2.3 (1.0)	-0.4 (121)	0.9 (48)	-0.7 (79)
15. Wenn Sie etwas unternehmen, wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihr Partner Sie begleitet?	2.9 (1.0)	2.5 (1.2)	2.7 (1.2)	<b>2.3*</b> (189)	3.0 (1.0)	2.7 (1.3)	2.8 (1.2)	1.5 (132)	0.0 (47)	-0.8 (81)
16. Wie verantwortlich fühlen Sie sich für das Wohlbefinden Ihres Partners?	3.2 (0.9)	3.1 (1.0)	3.2 (0.9)	0.8 (206)	3.4 (0.8)	3.5 (0.6)	3.4 (0.7)	-0.9 (140)	-1.2 (49)	<b>-4.0***</b> (81)
17. Wie sehr sind Sie auf Ihren Partner angewiesen?	2.6 (1.2)	2.4 (1.2)	2.5 (1.2)	0.7 (204)	2.8 (0.9)	2.7 (1.0)	2.7 (1.0)	0.6 (139)	-1.3 (49)	-1.5 (78)
18. Wie sehr können Sie darauf zählen, dass Ihr Partner Ihnen zuhört, wenn Sie sich ärgern?	3.0 (0.8)	3.1 (0.9)	3.1 (0.9)	-0.9 (206)	3.4 (0.8)	3.5 (0.6)	3.4 (0.7)	0.7 (140)	<b>-2.7*</b> (49)	-0.8 (81)
19. Wie stark ärgern Sie sich über Ihren Partner?	1.6 (0.9)	1.7 (0.9)	1.7 (0.9)	-0.8 (206)	1.2 (0.6)	1.6 (1.0)	1.4 (0.8)	<b>-2.9**</b> (135)	<b>2.1*</b> (47)	0.1 (79)
20. Wie oft ärgern Sie sich über Ihren Partner?	1.4 (0.9)	1.6 (1.0)	1.5 (0.9)	-1.1 (206)	1.1 (0.5)	1.6 (0.9)	1.3 (0.7)	<b>-4.0***</b> (140)	1.8 (49)	-0.3 (81)
21. Wie sehr können Sie damit rechnen, dass Ihr Partner Sie von Ihren Sorgen ablenkt?	2.5 (1.2)	2.4 (1.2)	2.4 (1.2)	0.6 (206)	2.7 (1.1)	2.5 (1.1)	2.6 (1.1)	1.1 (140)	-1.3 (49)	-0.6 (81)
22. Wie oft versucht Ihr Partner über Ihr Leben zu bestimmen?	1.2 (1.1)	1.3 (1.2)	1.3 (1.1)	-0.2 (204)	1.4 (1.1)	1.4 (1.1)	1.4 (1.1)	-0.2 (140)	-1.4 (48)	-0.5 (80)
23. Wie viel mehr geben Sie in der Beziehung, als Sie zurück erhalten?	1.3 (1.2)	1.5 (1.2)	1.4 (1.2)	-0.9 (203)	1.3 (1.1)	1.3 (1.4)	1.3 (1.3)	-0.5 (124)	-0.1 (47)	0.2 (75)
24. Wie sehr können Sie mit seiner Unterstützung rechnen, wenn jemand sterben würde?	3.6 (0.6)	3.5 (0.9)	3.6 (0.8)	0.8 (204)	3.8 (0.6)	3.8 (0.6)	3.8 (0.6)	0.3 (139)	-1.4 (47)	-0.8 (80)
25. Wie eng wird Ihre Beziehung mit Ihrem Partner in einigen Jahren sein?	3.5 (0.7)	3.3 (0.9)	3.4 (0.8)	1.5 (198)	3.7 (0.9)	3.5 (0.8)	3.6 (0.7)	1.8 (134)	-1.9 (44)	-1.3 (72)
26. Wie zufrieden sind Sie mit der Beziehung zu Ihrem Partner?	3.2 (0.8)	3.0 (1.0)	3.1 (0.9)	0.9 (205)	3.6 (0.6)	3.2 (1.0)	3.3 (0.8)	<b>2.7**</b> (139)	<b>-2.7*</b> (49)	-1.0 (79)

Anmerkungen. <sup>1</sup>t-Tests für unabhängige Stichproben; <sup>2</sup>t-Tests für abhängige Stichproben Angaben der Patienten parallelisiert zu den Angaben ihrer Partner.

\*\*\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ , Alle anderen Variablen  $p > 0.05$ .

### 5.3 Prädiktoren der sozialen Partizipation und Kontextfaktoren zur Vorhersage der psychopathologischen Ausprägung bei Entlassung

Die Überprüfung der *H6* zur Vorhersage der psychischen Beeinträchtigung erfolgt an einer *schrittweise ausgeführten Regressionsanalyse* (s. Tab. 33). Als Kriterium wird der GSI bei Entlassung verwendet. Zur Kontrolle von Geschlechtsunterschieden wird das Geschlecht als *Dummyvariable* kodiert. Im ersten Schritt werden die Moderatorvariablen *Geschlecht* und *Alter* überprüft. Im zweiten Block folgen die Indizes zur sozialen Partizipation innerhalb der einzelnen Lebensbereiche. Im dritten Schritt werden die Angaben zur Größe der einzelnen Lebensbereiche eingefügt. Im vierten Schritt werden die globalen Indizes *allgemeiner Integrationsindex* und die *allgemeine Gesamtnetzgröße* aufgenommen. Im letzten Schritt folgen die gesamten *Ausmaße der praktischen, emotionalen Unterstützung und der sozialen Belastung* sowie Angaben zur *Zufriedenheit mit der praktischen und emotionalen Unterstützung*.

Als erster Prädiktor wird das Geschlecht aufgenommen, das einen Varianzanteil von 4% erklärt. Zusammen mit den Prädiktoren zur sozialen Partizipation in den Lebensbereichen Arbeit und Freizeit werden 18% an Varianz aufgeklärt. Bei Berücksichtigung der Maße zur Zufriedenheit mit der praktischen und emotionalen Unterstützung werden insgesamt 23% von der Gesamtvarianz aufgeklärt. Alle anderen Variablen liefern keinen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Ausmaßes an psychischer Belastung bei Entlassung.

Tabelle 33 *Multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage vom GSI bei Entlassung (N = 354<sup>1</sup>)*

Prädiktoren	<i>t</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>
Konstante	39.8***	73.1	1.8	
Geschlecht	-3.1*	-3.4	1.1	-0.15
Soziale Partizipation in Arbeit	-7.0***	-7.1	1.0	-0.33
Soziale Partizipation in Freizeit	-3.1**	-3.2	1.0	-0.15
Zufriedenheit mit praktischer Unterstützung	-2.4*	-1.4	0.6	-0.14
Zufriedenheit mit emotionaler Unterstützung	-2.4*	-1.4	0.6	-0.13

*Anmerkungen* <sup>1</sup>in 3 Fällen Missing, da die Patienten die Behandlung früher abgebrochen haben und somit die SCL-90-R bei Entlassung nicht durchgeführt werden konnte.

\**p* < 0.05, \*\**p* < 0.01, \*\*\**p* < 0.001. Für 1. Schritt *df* = 1/352,  $\Delta R^2 = 0.04$ , *F* = 14.9,

\*\*\**p* < 0.001. Für 2. Schritt *df* = 2/351,  $\Delta R^2 = 0.15$ , *F* = 32.4, \*\*\**p* < 0.001. Für 3. Schritt

*df* = 3/350,  $\Delta R^2 = 0.17$ , *F* = 25.0, \*\*\**p* < 0.001, für 4. Schritt *df* = 4/349,  $\Delta R^2 = 0.21$ , *F* = 24.5,

\*\*\**p* < 0.001, Für 5. Schritt *df* = 5/348,  $\Delta R^2 = 0.22$ , *F* = 21.0, \*\*\**p* < 0.001.



Das Modell entspricht einer Normalverteilung ( $\mu = 0$ ,  $\sigma = 0.99$ ). Die Kontrolle von Autokorrelationen der Residuen liegt mit einem *Durbin –Watson Koeffizienten* von 1.7 im Toleranzbereich von 1.5 - 2.5, sodass *Autokorrelationen* ausgeschlossen werden. Die Überprüfung der Prädiktoren auf *Kollinearität* ist negativ, da die Toleranzwerte um 1.0 liegen und damit nicht unter den kritischen Grenzwert von 0.01 fallen. Die Überprüfung der *Linearität* zwischen Kriterium und Prädiktoren ist für die Prädiktoren erfüllt. Einen erklärenden Anteil zur Vorhersage der psychopathologischen Ausprägung bei Entlassung ( $GSI_{post}$ ) leisten die Variablen *Geschlecht*, *soziale Partizipation in den Bereichen Arbeit und Freizeit* sowie die *Zufriedenheit mit der praktischen und emotionalen Unterstützung*. Daraus kann folgende Regressionsgleichung zur Vorhersage dieses Kriteriums abgeleitet werden:

$$GSI_{post} = + 73.1$$

- 3.4 x Geschlecht
- 7.1 x soziale Partizipation in der Arbeit
- 3.2 x soziale Partizipation in der Freizeit
- 1.4 x Zufriedenheit mit der praktischen Unterstützung
- 1.4 x Zufriedenheit mit der emotionalen Unterstützung.

In Tabelle 34 sollen zwei praktische Beispiele gegeben werden für eine günstige versus ungünstige Konstellation hinsichtlich des GSIs bei Entlassung unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden.

Tabelle 34 *Beispiel zur Anwendung der Regressionsgleichung*

<b>K o n s t e l l a t i o n</b>	<b>günstig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nimmt am Arbeitsbereich teil (1)</li> <li>✓ Nimmt am Freizeitbereich teil (1)</li> <li>✓ Ist mit der praktischen Unterstützung zufrieden (3 oder 4)</li> <li>✓ Ist mit der emotionaler Unterstützung zufrieden (3 oder 4)</li> </ul>	
		Beispiel für Patientinnen: $73.1 - 3.4 \times 1 - 7.1 \times 1 - 3.2 \times 1 - 1.4 \times 4 - 1.4 \times 4$ $GSI_{post} = 48.2$	Beispiel für Patienten: $73.1 - 3.4 \times 0 - 7.1 \times 1 - 3.2 \times 1 - 1.4 \times 4 - 1.4 \times 4$ $GSI_{post} = 51.6$
	<b>un- günstig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nimmt nicht am Arbeitsbereich teil (0)</li> <li>✓ Nimmt nicht am Freizeitbereich teil (0)</li> <li>✓ Ist mit der praktischen Unterstützung eher unzufrieden (1 oder 0)</li> <li>✓ Ist mit der emotionaler Unterstützung eher unzufrieden (1 oder 0)</li> </ul>	
		Beispiel für Patientinnen: $73.1 - 3.4 \times 1 - 7.1 \times 0 - 3.2 \times 0 - 1.4 \times 0 - 1.4 \times 0$ $GSI_{post} = 69.7$	Beispiel für Patienten: $73.1 - 3.4 \times 0 - 7.1 \times 0 - 3.2 \times 0 - 1.4 \times 0 - 1.4 \times 0$ $GSI_{post} = 73.1$

## 6. Diskussion

In der Diskussion sollen einzelne Ergebnisse zusammengefasst und unter Bezug auf die Literatur interpretiert werden, gefolgt von kritischen Reflexionen zur Methodik der Arbeit. Die Diskussion schließt ab mit der Erörterung von Forschungsperspektiven und Implikationen für die Praxis.

### 6.1 Interpretation wichtiger Ergebnisse

#### 6.1.1 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und sozialer Partizipation

Der in Theorien (s. Abs. 2.3) postulierte und in empirischen Studien (s. Abs. 2.4) überprüfte Zusammenhang zwischen einer erhöhten Psychopathologie und wenigen sozialen Kontakten wird in dieser Untersuchung bestätigt. Wissenschaftlichen Befunden zufolge entspricht der Kontakt zu 20-25 Personen der Normalbevölkerung (Laireiter, 2002). Während dieser Bereich für die Patienten mit niedrigem GSI im Mittel mit 22 Personen zutrifft, liegen die Patienten mit hohem GSI mit einer durchschnittlichen Größe von 19 Personen darunter. Sie nehmen auch an weniger sozialen Lebensbereichen teil. Geschlechtsunterschiede ergeben sich, indem Frauen an mehr sozialen Lebensbereichen teilnehmen als Männer. Dass Frauen zu mehr Familienmitgliedern den Kontakt pflegen, ging schon aus früheren Untersuchungen hervor (z.B. Schmerl & Nestmann, 1991). Die neue Erkenntnis besteht darin, dass Frauen im Vergleich zu Männern an vielfältigeren Kontakten teilnehmen.

Die Hypothese, dass Patienten mit einer höheren psychischen Beeinträchtigung weniger an *wahlfreien* Lebensbereichen teilnehmen, lässt sich für die *aktuellen Freizeitkontakte* und das Zusammenleben mit einem *Partner* bei den Frauen bestätigen. In Bezug auf die Partnerschaft wird deutlich, dass nicht das Vorhandensein eines Partners an sich mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand einher geht, sondern entscheidend ist, dass man mit dem Partner in einem Haushalt zusammenlebt.

Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels hinsichtlich der Akzeptanz nichtehelicher Lebensgemeinschaften zu bewerten. Galten uneheliche Lebensformen früher als sittenwidrig bis strafbar, werden sie seit den 70igern zunehmend toleriert. Inzwischen sind sie weit verbreitet und beliebt.

Von 1996 bis 2006 ist sogar ein Anstieg um mehr als ein Drittel zu verzeichnen (Krieger & Weinmann, 2008). Insofern entspricht dieses Ergebnis den früheren Studien, die eine geringere Morbiditäts- und Mortalitätsrate bei verheirateten Paaren aufdeckten (s. Abs. 2.4.2.1).

Hinsichtlich der Frage, ob es Geschlechtsunterschiede im Zusammenleben mit einem Partner gibt, zeigt die vorliegende Untersuchung, dass allein erziehende Mütter psychopathologisch am stärksten belastet sind. Dies entspricht dem Ergebnis der Studie von Brown (1978). Zumal neuere Studienergebnisse bei allein Erziehenden auf ein zusätzliches Risiko von 80% hinweisen, an die Armutsgrenze zu geraten (Stürzer & Cornelißen, 2005; Dressel et al., 2005). Insofern erscheint das Zusammenleben in einer Partnerschaft für Frauen mit Kindern tendenziell mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand einherzugehen.

Auffallend ist, dass mehr Patienten mit hohem GSI am Bereich *Andere* teilnehmen. Dieses Ergebnis ist nachvollziehbar, wenn man die Zusammensetzung dieses Lebensbereiches berücksichtigt, aus der hervorgeht, dass Patientinnen mit höherer psychopathologischer Ausprägung mehr Kontakt zu professionellen Helfern haben. Erstaunlich ist, dass der Geschlechtsunterschied in der aktuellen sozialen Partizipation bestehen bleibt, wenn man bedenkt, dass durch den stationären Aufenthalt den Männern die gleichen therapeutischen Hilfeleistungen angeboten werden. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Frauen mit psychischen Problemen offener umgehen, psychische Diagnosen eher akzeptieren und häufiger therapeutische Hilfe aufsuchen (WHO, 2000).

Bei der Betrachtung *nicht wahlfreier* Lebensbereiche fällt im Bereich *Familie* auf, dass unter den Patienten mit hohem GSI häufiger kein Kontakt zu den *Eltern* besteht. Auch wenn die Ursachen für den fehlenden Kontakt zu den Eltern in dieser Studie nicht untersucht wurden, lässt sich festhalten, dass der Verlust oder Kontaktabbruch mit einer höheren psychopathologischen Ausprägung einher geht.

Im Bereich *Arbeit* ist das Ergebnis, dass die kränkeren Patienten weniger am Arbeitsbereich teilnehmen, in der untersuchten Population naheliegend. Schließlich sind längere krankheitsbedingte Ausfallzeiten am Arbeitsplatz ein häufiger Anlass für die Aufnahme einer psychosomatischen Rehabilitation, die als Ziele die Prüfung und gegebenenfalls die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit verfolgt. Geschlechtsunterschiede zeigten sich, indem Frauen am Arbeitsplatz zu einer größeren Anzahl Kontakt pflegen.

Hinsichtlich der Frage bei welchen psychischen Funktionsstörungen Einbußen in der sozialen Partizipation auftreten, fallen die Syndrombereiche Phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt und Depressivität auf. Die sozialen Einschränkungen bei Vorliegen eines phobischen Syndroms hatte Heninger (1990) bei der Entwicklung einer agoraphobischen Erkrankung beobachtet (s. Abs. 2.4.1.1). Diese Ergebnisse sind nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass ein wesentliches Kennzeichen von Angsterkrankungen darin besteht, mit Angst assoziierte Orte und Situationen zu vermeiden. Somit kommt es indirekt zu Einschränkungen im Alltag, die in extremen Fällen dazu führen können, dass Patienten ihr zu Hause nicht mehr verlassen. Die Folge sind Einschränkungen in der sozialen Partizipation aller Lebensbereiche außer im Haushalt. Unsicherheiten im Sozialkontakt gehen einher mit einem direkten Vermeidungsverhalten sozialer Kontakte, was wiederum die Einschränkungen in der sozialen Partizipation erklärt. Im Verlauf einer depressiven Erkrankung ziehen sich Patienten oft von ihren sozialen Kontakten zurück und nehmen damit weniger an verschiedenen Lebensbereichen teil. Der soziale Rückzug wird auch als ein Symptom von Depressionen definiert, der schlimmstenfalls zur sozialen Isolation führen kann.

### **6.1.2 Zusammenhänge zwischen psychischen Funktionsstörungen und Kontextfaktoren**

Die Hypothese, dass fördernde Kontextfaktoren einhergehen mit geringeren psychischen Belastungen, lässt sich auf den ersten Blick nicht bestätigen. Es ließen sich keine Unterschiede in unterstützenden und belastenden Beziehungen zwischen den Patienten mit hoher und geringer psychopathologischer Ausprägung feststellen. Interessant ist, dass die Patienten mit dem niedrigem GSI zufriedener mit der emotionalen und praktischen Unterstützung sind, obwohl beide Patientengruppen sich im Ausmaß der Unterstützungsformen nicht unterschieden. Damit liegt der Unterschied weniger in der Quantität der Unterstützung als in der Qualität. Dies könnte einerseits daran liegen, dass es den gesünderen Patienten eher gelingt die Unterstützung ihrer sozialen Beziehungen zu würdigen. Andererseits ist zu bedenken, dass die kränkeren Patienten insgesamt auf einseitige und wenige Kontakte zurückgreifen, was zwangsläufig zum Ausbrennen dieser wenigen Angehörigen führen kann (s. Abs. 2.4.1.2). Dadurch kann es zu einer Abnahme in der Qualität der Beziehungen kommen. Die Ergebnisse zur Qualität der Partnerschaft stützen diese Vermutung.

In Bezug auf die Geschlechtsunterschiede fühlten sich die Männer im Haushalt stärker unterstützt, wohingegen die Frauen sich stärker belastet fühlten. Dies legt nahe, dass die Hausarbeit in der vorliegenden Population, in der das Durchschnittsalter bei 46 Jahren liegt, hauptsächlich noch von Frauen erledigt wird. An dieser Stelle kann die Bedeutung der Theorien zur *Role Strain* bzw. *Mehrrollenhaushalt* (s. Abs. 2.3.4) diskutiert werden, wenn man die gleichzeitigen verschiedenen Rollen berufstätiger, haushaltsführender Mütter bedenkt. Diese Vermutung wird durch die Statistiken des Gender-Datenreportes bestärkt (Cornelißen, 2005). Zwar manifestiert sich ein gesellschaftlicher Einstellungswandel, indem nur noch circa ein Fünftel der Befragten glauben, dass Haushalt allein Frauensache sei, dennoch zeigt der Alltag ein anderes Bild. In der Altersgruppe der 40-49 Jährigen sind immer noch 82.7% der Frauen haushaltsführend, bei höheren Altersgruppen ist diese Tendenz sogar steigend. Hinzu kommt der wachsende Anteil von Frauen im Erwerbsleben, der seit Mitte der 90er Jahre deutlich angestiegen ist. So betrug 2004 der Anteil der erwerbstätigen Frauen im Alter von 15-64 Jahren 58.4% (bei den Männern lag er bei 70.1%) mit weiterhin steigender Tendenz bei den Frauen (Dressel, 2005).

Die Hypothese, dass eine geringere psychopathologische Ausprägung einhergeht mit einer höheren Partnerschaftsqualität, wird durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt. Bei Patienten

mit einer geringeren psychopathologischen Ausprägung ging aus einzelnen Items hervor, dass sowohl die Patienten als auch ihre Partner die Beziehung als intensiver und unterstützender bewerten. In den Aussagen der Partner der Patienten mit höherer psychopathologischer Ausprägung wurde ein höheres Konfliktpotential deutlich. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Partner der kränkeren Patienten selbst stärker belastet sind. Sie fühlen sich häufiger verstimmt und verantwortlich für das Befinden des Patienten und wünschen sich mehr, er würde sich ändern. Dies entspricht den Ergebnissen von Studien zu Angehörigen psychisch Kranker, die das Risiko, als Partner selbst zu erkranken, sogar auf 20% schätzen (Wilms et al., 2003).

### **6.1.3 Soziale Partizipation und Kontextfaktoren als Prädiktoren des psychischen Gesundheitszustandes**

Bei der Interpretation des Regressionsmodells ist zu beachten, dass das Ziel der Vorhersage nicht darin bestand, alle Variablen zu identifizieren und zu berücksichtigen, die einen Beitrag zur Erklärung der psychopathologischen Ausprägung bei Entlassung leisten. Vielmehr ging es darum, welche Variablen der sozialen Partizipation und der sozialen Umwelt einen Einfluss auf die psychopathologische Ausprägung haben. Vor diesem Hintergrund und der vergleichsweise geringen Behandlungsdauer von 6 Wochen, ist die Gesamtvarianz von 23%, mit den die Prädiktoren der sozialen Partizipation und der sozialen Umwelt den GSI bei Entlassung aufklären, als akzeptabel zu bewerten.

Prädiktoren sind Geschlecht, das Vorhandensein von Arbeits- und Freizeitkontakten und die Zufriedenheit mit der praktischen und emotionalen Unterstützung. Beim Geschlecht ist zu berücksichtigen, dass die Männer bei der Transformation der Rohwerte in standardisierte T-Werte generell höher eingestuft werden als Frauen in der gleichen Altersgruppe. Dies führt zwangsläufig auch zu einem höheren GSI Wert bei Entlassung.

Bei Betrachtung der Prädiktoren zur sozialen Partizipation wird deutlich, dass weniger die Anzahl der Kontakte entscheidend ist, als die Teilhabe an sozialen Kontakten in bestimmten Lebensbereichen. In dieser Studie zeigt sich, dass die Freizeitkontakte unabhängig von Arbeitskontakten wichtig sind. Dies impliziert, dass Freizeitkontakte fehlende Arbeitskontakte nicht kompensieren können und vice versa.

Dass die Zufriedenheitsmaße mit den Unterstützungsformen als Prädiktoren in das Vorhersagemodell mit eingehen, entspricht auch anderen Studienergebnissen, die einen engen Zusammenhang zwischen psychischer und physischer Gesundheit und der Bewertung des sozialen Umfeldes aufzeigten (z.B. Barrera, 2000, Röhrle, 1994). Zumal aus der Metaanalyse von Schwarzer und Leppin (1989) hervorgeht, dass evaluative Angaben der sozialen Kontakte, wie Zufriedenheit den größten Einfluss auf die Gesundheit haben. Laireiter (1993, S. 43) weist darauf hin, dass Zufriedenheitsskalen in der Regel das Verhältnis zwischen Bedürfnis und Angebot/Erhalt abbilden. Da in dieser Untersuchung keine Unterschiede im Angebot/Erhalt der sozialen Unterstützungsformen zwischen Patienten mit höherer und niedriger psychopathologischer Ausprägung festgestellt werden konnten, lässt dies Unterschiede im Bedürfnis vermuten. Möglicherweise haben Patienten mit einer höheren psychopathologischen Ausprägung weniger personale Ressourcen, sodass sie höhere Erwartungen an ihre Interaktionspartner stellen. Dies könnte wiederum die Interaktionspartner überfordern, was aus der Fremdbefragung bei den Partnern dieser Patientengruppe ersichtlich wurde.

Denkbar wäre auch, dass die Patienten mit höherer psychopathologischer Ausprägung generell unzufrieden sind und sich dies in einer geringeren Zufriedenheit mit ihren sozialen Beziehungen äußert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die soziale Teilnahme in jedem Lebensbereich seine eigene Bedeutung für die psychische Gesundheit hat. Diese scheint sich auch nicht durch eine größere Anzahl von Bezugspersonen in einem anderen Lebensbereich kompensieren zu lassen. Beispielsweise können Partner, nahestehende Familienmitglieder, Freunde, Freizeitkontakte oder Nachbarn die Rolle und Funktion von Arbeitskollegen ebenso wenig ersetzen, wie Freunde oder Familie dauerhaft eine Partnerschaft. Zu bedenken ist, dass einzelne Lebensbereiche nur begrenzt belastbar sind. Denn gerade für Angehörige chronisch Kranker besteht ein hohes Risiko, im Laufe der Zeit selbst zu erkranken (vgl. Amann, 1991, S. 558). Folglich entspräche der Idealfall einem Vorhandensein von mindestens einer Bezugsperson in den Bereichen Haushalt, Familie, Arbeit/ Bildung, Freunde, Freizeit und Nachbarn.

## 6.2 Stärken und Grenzen der Methodik

Die Operationalisierung der ICF Konstrukte *soziale Partizipation* und *soziale Umweltfaktoren*, erfolgte über den MuSK. Vorteile dieses Instrumentes bestehen in einer vergleichsweise geringen durchschnittlichen Durchführungsdauer von 12.5 Minuten. Durch den methodischen Zugang in Form eines Interviews mit Grafik wird ein globaler Überblick über die Zusammensetzung und die Lücken der sozialen Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen des Patienten ermöglicht. Darüber hinaus lassen sich Unterstützungs- und Belastungsquellen neben einem Gesamturteil zur Zufriedenheit mit der praktischen und emotionalen Unterstützung ermitteln. Diese Kennzeichen sprechen für eine gute Ökonomie, die im klinisch-therapeutischen Sektor besonders zu beachten ist. Schließlich sind die Patienten gerade zu Beginn der Behandlung meist stark belastet, sodass neben dem Therapieprogramm laufende Befragungen eher gering gehalten werden sollten. Um die Patienten so wenig wie möglich zusätzlich zu belasten, wurden in dieser Studie die freiwillige Teilnahme betont und Gründe für die Ablehnung der Befragung respektiert. In dieser Population ist zu berücksichtigen, dass drei Viertel der Patienten zur Behandlung geschickt worden sind z.B. durch die Initiative des medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) oder des Rentenversicherungsträger (s. Tab. 6). Dies kann die freiwillige Teilnahme an einem Forschungsprojekt zusätzlich erschweren.

Bei der Analyse der Ablehnungsgründe wurde neben dem mangelnden Interesse häufig auch „zuviel Programm“ oder „schlechtes Befinden“ genannt, was für eine reduzierte Belastbarkeit am Anfang der Behandlung spricht. Kritisch ist der häufiger genannte Ablehnungsgrund „Thema der Befragung“. Bei 12% der Patienten, die diesen Grund angaben, lässt dies Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich vermuten, die aufgrund der eigenen Erkrankung oder interpersoneller Belastungen bestehen könnten. Aufgrund dessen erfolgte eine Analyse zu Unterschieden zwischen Teilnehmern und Ablehnern in soziodemografischen und psychopathologischen Merkmalen. Es konnten keine für die Untersuchung relevanten Unterschiede festgestellt werden, außer einem sehr geringen Anteil von 1.5% der nichtteilnehmenden Patienten, die bereits EU-Rente bekommen.

Aus methodischer Sicht sind die Gütekriterien des MuSK zu diskutieren. Zur Gewährleistung der Objektivität wurden mögliche Auswirkungen aufgrund personenbezogener Merkmale und Verhaltensweisen der Interviewer kontrolliert (Bortz & Döring, 1995, S. 225ff.).



Zum einen erfolgte dies durch den Einsatz mehrerer Interviewer, die zuvor durch Trainingsmaßnahmen geschult worden waren. Zum anderen liegt ein Leitfaden zur Durchführung, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse des MuSK vor. Es wurde auch darauf geachtet, die Interviews am selben Ort und in der gleichen Zeitspanne durchzuführen.

Die Angaben zur Retest-Reliabilität des MuSK fielen in einer früheren Pilotstudie hoch aus (Linden, et al., 2007). Als problematisch können die Angaben zur Unterstützung und Belastung diskutiert werden, die auf jeweils eine Skala pro Lebensbereich reduziert wurden. Dies geht zulasten einer geringeren internen Konsistenz im Vergleich zu Befragungen, in welchen die Parameter über mehrere Items präsentiert sind (vgl. Bortz & Döring, 1995, S.184). Zumal durch die Bildung von Durchschnittswerten pro Lebensbereich einzelne Unterstützungs- und Belastungsquellen kaum sichtbar werden. Kritisch ist auch die Beurteilung der sozialen Belastung durch die Verwendung einer Skala, in der Belastungen durch praktische Überforderung mit emotionalen Konflikten vermischt werden. In einer neueren Version wurde der MuSK dementsprechend modifiziert und verfügt analog zur praktischen und emotionalen Unterstützung über zwei Belastungsskalen (vgl. Linden et al., 2007).

Zur Inhaltsvalidität ist zu beachten, dass der MuSK auf Selbstaussagen basiert. Generell können Selbstaussagen durch Faktoren wie soziale Erwünschtheit, Erinnerungseffekte und Wahrnehmungsverzerrungen beeinträchtigt werden (Schwarz, 1999).

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um Patienten mit psychopathologischen Ausprägungen handelt, sind vor allem mögliche Wahrnehmungsverzerrungen zu berücksichtigen. Um diese zu kontrollieren, wären Längsschnittuntersuchungen, die Angaben während und nach der Krankheit vergleichen oder Fremdaussagen durch die Angehörigen erforderlich. Der Aufwand für eine Mehrfachmessung wäre erheblich, wenn man bedenkt, dass es sich hier um psychisch kranke Patienten handelt, die zum Teil jahrelang unter ihrem Krankheitsbild leiden. Insofern fiel die Entscheidung für eine zusätzliche Fremdbefragung durch den Partner des Patienten zur Beurteilung der Beziehungsqualität. Die Antworten der Patienten und Partner stimmten größtenteils überein, was für eine hohe konvergente Validität hinsichtlich der Beurteilung der Beziehungsqualität spricht. Somit lassen sich, wie in anderen Untersuchungen (s. Abs. 2.4.1.2), extreme Wahrnehmungsverzerrungen ausschließen. Zumal Wetherington & Kessler (1986) darauf hinweisen, dass der Glaube unterstützt zu werden, im höheren Maße die psychische Gesundheit fördert, als objektiv erfahrene Hilfeleistungen.

Die interne Validität ist aufgrund der fehlenden Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer im quasiexperimentellen Design, im Vergleich zum Experiment unter kontrollierten Laborbedingungen, als geringer zu bewerten. Dafür erfolgte bei der Überprüfung von Zusammenhangshypothesen eine explizite Kontrolle der Moderatorvariable *Geschlecht*. Darüber hinaus wurde auf einen *kompensatorischen Ausgleich* verzichtet, der die interne Validität gefährden würde (Cook & Campbell, 1979), wie z.B. durch eine statistische Gewichtung der Fallzahlen.

Andererseits hat die Bildung natürlicher Gruppen durch den Cut off des GSI den Vorteil einer höheren externen Validität. In diesem Sinne sind die Ergebnisse repräsentativ für die Klientel einer psychosomatischen Rehabilitation, die überwiegend unter neurotischen und/oder affektiven Störungen leiden. Auch wenn die Ergebnisse nicht per se auf andere Behandlungssettings übertragbar sind, lässt eine Zusammenfassung der Forschungsergebnisse zur psychiatrischen Klientel in der Tagesklinik von Kallert und Schützwohl (2002) ähnliche Zusammenhänge vermuten. Die Autoren decken mehrere Gemeinsamkeiten zwischen der Klientel in psychiatrischen Tageskliniken und dem der psychosomatischen Rehabilitation auf. Die Patienten in den tagesklinischen Einrichtungen leiden überwiegend unter chronisch verlaufenden psychischen Störungen, die mindestens mittelmäßig ausgeprägte psychopathologische Auffälligkeiten und Störungen im sozialen Funktionsniveau aufweisen. Die Mehrheit sind Frauen. Das Durchschnittsalter liegt zwischen Mitte und Ende 40. Ungefähr 40% der Patienten hatten zu Behandlungsbeginn kein Beschäftigungsverhältnis. Diese Merkmale entsprechen denen der hier beschriebenen Stichprobe. Damit lassen sie sowohl eine übertragbare Anwendung des MuSK, als auch Ähnlichkeiten in den Ergebnissen der sozialen Partizipation erwarten.

Bei der Diskussion zur Repräsentativität der Studie muss das Alter separat behandelt werden. Das Alter ist ein wichtiger personenbezogener Faktor in der sozialen Partizipation, wenn man die *sozioemotionale Selektivitätstheorie* nach Carstensen beachtet. Nach dieser Theorie ändern sich die sozialen Kontaktbedürfnisse über die Lebensspanne aufgrund unterschiedlicher Grundmotive. Während in jungen Jahren das Bedürfnis nach Wissensaustausch einhergeht mit einer höheren Kontaktaufnahme, wird ab der zweiten Lebenshälfte die emotionale Funktion der sozialen Kontakte als wichtiger bewertet. Die Größe der sozialen Kontakte nimmt ab, während der Anteil emotional nahestehender Personen steigt (Carstensen et al., 2003). Insofern können die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht auf jüngere oder deutlich ältere Personen übertragen werden, sondern gelten überwiegend für die Altersgruppe zwischen 38 und 54 Jahren.

### 6.3 Implikationen für Forschung und Praxis

In der vorliegenden Stichprobe einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik lagen vor allem Störungen im neurotischen (F4) und affektiven Bereich (F3) vor (s. Tab. 7). Aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahlen in anderen Bereichen (F0, F1, F2, F5, F6) des Kapitel V im ICD-10 wäre ein Vergleich zwischen verschiedenen Störungsbildern nicht repräsentativ gewesen. Insofern wird für weitere Untersuchungen zur sozialen Partizipation bei psychischen Funktionsstörungen empfohlen, Patientengruppen mit verschiedenen Störungsbildern zu befragen. Bei größeren Stichproben wäre auch wünschenswert, das Alter als personenbezogenen Faktor zu berücksichtigen, da gemäß der *sozioemotionalen Selektivitätstheorie* nach Carstensen Unterschiede in der sozialen Partizipation und im sozialen Umfeld zu erwarten sind.

Für die Bedeutung in der Praxis konnte in der vorliegenden Untersuchung mehrfach bestätigt werden, dass eine höhere psychopathologische Beeinträchtigung mit Einschränkungen in der sozialen Partizipation einhergeht. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, neben der symptomatischen Behandlung, die soziale Partizipation des Patienten zu diagnostizieren und zu fördern. Zumal eine erhöhte soziale Partizipation zur Stabilisierung des psychischen Zustandes beitragen kann.

Weitere Implikationen für die Rehabilitation ergeben sich für den Freizeitbereich. In der vorliegenden Untersuchung fiel auf, dass die größten Lücken in der sozialen Partizipation in der Freizeit bestanden. Nur ein Drittel aller Patienten verbringen ihre Freizeit nicht allein. Andererseits sind soziale Freizeitkontakte ein wichtiger Prädiktor für den psychischen Gesundheitszustand, die sich auch nicht durch ein Mehr an Kontakten in anderen Lebensbereichen kompensieren lassen, wie aus der Regressionsanalyse hervorging. Dies impliziert, dass auch in der Behandlung noch mehr auf eine Integration sozialer Freizeitaktivitäten geachtet werden sollte. Während der klinischen Behandlung gelingt die soziale Integration in den meisten Fällen vor dem Hintergrund, dass die Patienten automatisch in den Ergo- Bewegungs- und anderen Gruppentherapien in Kontakt mit Mitpatienten kommen. Nach Entlassung fällt es den meisten Patienten erfahrungsgemäß schwer, die Freizeit weiterhin aktiv in der Gemeinschaft zu verbringen. Neben der Eruerung zu Präferenzen in der sozialen Freizeitplanung könnte es sinnvoll sein, noch stärker und gezielter die Umsetzung in den häuslichen Alltag vorzubereiten z.B. indem Patienten, ähnlich wie bei Arbeitserprobungen, bereits während der Behandlung erste Kontakte im Freizeitbereich organisieren.

Empirische Studien betonten wiederholt die zentrale Bedeutung der Partnerschaft im Zusammenhang mit dem psychischen Gesundheitszustand (Abs. 2.4.2.1). Auch die vorliegenden Ergebnisse ergaben einen Zusammenhang zwischen einer fehlenden Partnerschaft und stärkeren psychopathologischen Belastungen bei Frauen. Darüber hinaus wurde bei den Partnern der Patienten mit einer ausgeprägteren Psychopathologie eine größere Unzufriedenheit mit der Beziehung bis hin zu eigenen Verstimmungen durch den Partner deutlich. Dieses Ergebnis geht einher mit Studien zu Angehörigen psychisch Kranker, in denen ein erhöhtes Risiko festgestellt, als Partner eines chronisch Kranken selbst psychisch zu erkranken (Wilms et al., 2003). Dabei scheint für die Belastung der Partner, die subjektive Intensität der Beschwerden und der Schweregrad der Erkrankung ausschlaggebender zu sein, als die Art und Dauer der psychischen Erkrankung. Dies impliziert, unabhängig von der Art der psychischen Störung, die Partner der Patienten frühzeitig in die Behandlung des Patienten einzubeziehen und ähnlich wie bei somatischen Erkrankungen (Jungbauer et al., 2002, Jungbauer et al., 2008) den Partnern bedürfnis- und bedarfsgerecht, Informations-, Entlastungs- und Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Dabei könnte hilfreich sein, die Bedürfnisse der Partner psychisch chronisch kranker Patienten genauer zu explorieren. Insofern Informations- und Behandlungsmöglichkeiten für die Angehörigen im Sinne von primären und sekundären Präventionsmaßnahmen angeboten werden, wäre es sinnvoll, die Wirksamkeit der Angebote in Längsschnittstudien zu überprüfen.

## 7. Zusammenfassung

### *Hintergrund*

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen, die Einschränkungen in der sozialen Teilnahme verschiedener Lebensbereiche wie Partnerschaft, Familie, Arbeit, Freunde, Freizeit und Nachbarschaft erwarten lassen, ist steigend (Hoffmann & Hofmann, 2008). Bisherige Studien zu psychischen Störungsbildern haben sich vorwiegend auf das Arbeitsleben konzentriert und eine verringerte Teilnahme nachgewiesen. Eine Untersuchung, die im Zusammenhang mit psychopathologischen Ausprägungen, die Partizipation an allen lebenswichtigen sozialen Bereichen gleichermaßen berücksichtigt und die förderliche und belastende Faktoren von sozialen Beziehungen integriert, stand bislang noch aus. Dieses Ziel wird in der vorliegenden Untersuchung unter Bezugnahme des bio-psycho-sozialen Modells nach der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) verfolgt.

### *Methode*

Die psychopathologischen Beeinträchtigungen wurden in der SCL-90-R (Derogatis, 1992) über 9 Skalen zu psychisch-syndromalen Bereichen und durch den GSI (Global Severity Index) - als Maß für die psychische Gesamtbelastung operationalisiert. Durch den cut off Wert des GSI von  $\geq 63$ , ergaben sich zwei natürliche Patientengruppen, bestehend aus 225 Patienten mit hohem und 132 mit niedrigem GSI. Die beiden Stichproben aus der psychosomatischen Rehabilitationsklinik Seehof in Teltow wurden auf Unterschieden in der sozialen Partizipation und den Kontextfaktoren überprüft. Die Angaben zur Partizipation und den sozialen Umweltfaktoren in den Lebensbereichen erfolgten mit dem MuSK (Linden et al., 2007) – einem Interview mit grafisch dargestelltem Kontaktkreis. Fördernde und belastende Faktoren in der Partnerschaft zwischen Patient und seinem Partner wurde durch eine Selbst- und Fremdbefragung mit dem QRI Fragebogen (Pierce et al., 1991) erfasst.

### *Ergebnisse*

In der allgemeinen sozialen Partizipation zeigte sich, dass die Patienten mit höherem GSI an weniger Lebensbereichen teilnehmen ( $F(1/153) = 3.7, p < 0.05$ ) und über weniger Kontakte verfügen ( $F(1/153) = 6.9, p < 0.01$ ). Bei der Betrachtung einzelner Lebensbereiche ging eine höhere psychopathologische Belastung einher mit geringeren Teilnahmen am Arbeitsleben

( $\chi^2 = 13.3$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ), an Kontakten zu den Eltern ( $\chi^2 = 9.4$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.01$ ) und bei den Frauen mit einem häufigeren Fehlen eines Partners ( $\chi^2 = 4.0$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ).

Bei der Beurteilung der Qualität der Partnerschaft wurde deutlich, dass die Partner der psychopathologisch stärker belasteten Patienten sich häufiger über den Patienten ärgern ( $t = -4.0$ ,  $df = 140$ ,  $p < 0.001$ ), sich mehr wünschen, der Patient würde sich ändern ( $t = -4.0$ ,  $df = 138$ ,  $p < 0.001$ ) und sich selbst durch den Patienten häufiger verstimmt fühlen ( $t = -2.0$ ,  $df = 140$ ,  $p < 0.05$ ) als die Partner der Patienten mit geringem GSI.

Syndrombereiche mit einer deutlichen Reduktion in der Teilnahme an verschiedenen Lebensbereichen zeigten sich in der SCL-90-R vor allem bei phobischer Angst ( $r = -0.3$ ,  $p < 0.001$ ), Unsicherheit im Sozialkontakt ( $r = -0.2$ ,  $p < 0.001$ ) und Depressivität ( $r = -0.2$ ,  $p < 0.001$ ).

Als Prädiktoren für die Vorhersage des Gesamtausmaßes an psychischer Belastung bei Entlassung ergaben sich in der hierarchischen Regressionsanalyse neben dem Geschlecht, die soziale Partizipation in den Bereichen Arbeit und Freizeit, sowie die Zufriedenheit mit der praktischen und emotionalen Unterstützung.

### ***Schlussfolgerung***

Die vorliegenden Ergebnisse weisen in allen Lebensbereichen, außer der Nachbarschaft, auf Zusammenhänge zu psychopathologischen Beeinträchtigungen hin. Demzufolge hat jeder Lebensbereich für die psychische Gesundheit eines Menschen seine eigene Bedeutung und kann nicht durch eine größere Anzahl von Bezugspersonen in einem anderen Lebensbereich kompensiert werden. Die mangelnde soziale Partizipation in den Bereichen Arbeit und Freizeit, die gleichzeitig den Gesundheitszustand bei Entlassung mit beeinflussen, implizieren für die Rehabilitation eine gezielte Berücksichtigung bei der Behandlung. Die zentrale Bedeutung der Partnerschaft in Zusammenhang mit der Psychopathologie wurde auch in der vorliegenden Studie deutlich. Insbesondere allein erziehende Mütter ohne Partner scheinen psychisch stärker belastet zu sein. Das erhöhte Konfliktpotential, welches die Partner von Patienten mit hohem GSI in der Beziehung erleben, impliziert für die Praxis, die Partner der Patienten frühzeitig in die Behandlung des Patienten einzubeziehen und ihnen Informations- und Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. In weiteren Studien wäre es sinnvoll, die Bedürfnisse der Partner psychisch chronisch kranker Patienten genauer zu explorieren und die Wirksamkeit von Informations- und Behandlungsangeboten für Partner zu evaluieren.

## 8. Literaturverzeichnis

- Agerbo, E., Byrne, M., William, W. & Mortensen, P (2004). Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 28–33.
- Amann, G. (1991). Die Relevanz der Dauer einer Depression für das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung. *Nervenarzt* 62, 557-564.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1995). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Argyle, M. & Henderson, M. (1986). *Die Anatomie menschlicher Beziehungen. Spielregeln des Zusammenlebens*. Paderborn: Junfermann.
- Auhagen, A.E. (1993). Freundschaft unter Erwachsenen. In: A.E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.). *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 215-234). Göttingen: Hogrefe.
- Barrera, M. (2000). Social support research in community psychology. In J. Rappaport & E. Seidman (Hrsg.), *Handbook of community psychology* (S. 215-245). New York: Kluwer.
- Berkman, L.F. & Syme, L. (1979). Social Networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bierhoff, H.W. (2000). Partnerschaft im Kontext von Familienkonstellation und Wohnsituation. In: P. Kaiser (Hrsg.) *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 147-156). Hogrefe: Göttingen.
- Billings, A.G., Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 119-133.
- Billings, A.B. & Moos, R.H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Billings, A.B. & Moos, R.H. (1985). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140-153.
- Blenkner, M. (1965). Social work and family relationships in later life with some thoughts on filial maturity. In E. Shanas & G.F. Streib (Hrsg.). *Social structure and the family* (S. 46-59). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bohnert, A.M. & Garber, J. (2007). Prospective relations between organized activity participation and psychopathology during adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 35 (6), 1021-1033.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (2. überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Brosius, F. (2002). *SPSS 11*. Bonn: mitp Verlag.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2008). *ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen*. Frankfurt am Main: BAR.
- Burgard, R. (2002). *Frauenfalle Psychiatrie: Wie Frauen verrückt gemacht werden*. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- Carstensen, L.L., Fung, H.H. & Charles, S.T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion* 27 (2), 103-123.
- Cicirelli, V.G. (1989). Feelings of attachment to siblings and well-being in later life. *Psychology and Aging*, 4, 211-216.

- Cicirelli, V.G. (1977). Relationship of siblings to the elderly person's feelings and concerns. *Journal of Gerontology*, 131, 317-322.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Condon, J.T. (1986). The "Unresearched" – those who decline to participate. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 87-89.
- Cook, T.D. & Campbell, T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand-McNally.
- Cornelißen, W. (2005). *Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. (2. Fassung)*. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Coser, L. (1974). *Greedy Institutions*. New York: Free Press.
- Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Clinical Psychometric Research: Townson.
- DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: WHO.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (4. korrigierte und ergänzte Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber. (Originalarbeit erschienen bei World Health Organisation, 1992. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva).
- Dressel, C. (2005). Erwerbstätigkeit – Arbeitsmarktintegration von Frauen und Männern. In: W. Cornelißen (Hrsg). *Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 99-158). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Dressel, C., Cornelißen, W., Lohel, V., Stürzer, M. (2005). Soziale Sicherung. In: W. Cornelißen (Hrsg). *Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 406-469). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Duck, S. (1983). *Friends for life: The psychology of close relationships*. Brighton: Harvester.
- Dupéré, V. & Perkins, D.D. (2007). Community types and mental health: a multilevel study of local environmental stress and coping. *American Journal of community psychology* 39, 107-119.
- Eikermann, B., Zacharias-Eikermann, B., Richter, D., Reker, T. (2005). Integration psychisch Kranker. Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 16 (102), 1104-1110.
- Engel, G.L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Eisenberg, L. (1979). „A friend, not an apple, a day will help keep the doctor away.“ *The American journal of medicine* 66 (4), 551-553.
- Fiori, K.L., Antonucci, T.C. & Cortina, K.S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 61(1), 25-32.
- Franke, G.H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH. (Originalarbeit erschienen bei L.R. Derogatis, SCL-90-R, 1992. *Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research.).
- Freese, M. (1982). Occupational socialization and psychological development: An underemphasized research perspective in industrial psychology. *Journal of Occupational Psychology*, 55, 209-224.



- Gaska, A. & Frey, D. (1993). Berufsbedingte Rollenbeziehungen. In: A.E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.). *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 279-300). Göttingen: Hogrefe.
- Gerson, E.M. (1976). On Quality of Life. *American Sociological Review*, 41, 793-806.
- Goode, W.J. (1960). The theory of role strain. *American Sociological Review*, 25, 483-496.
- Gotlib, I. H. & Rottenberg, J. (2001). Clinical psychology of depression. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Hrsg.). *International encyclopedia of the social and behavioral science*, Vol. 5 (S. 3511-3516). Oxford. Elsevier Science.
- Gove, W.R. (1972). The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. *Social Forces*, 51, 34-44.
- Greenfield, E.A. & Marks, N.F. (2007). Religious social identity as an explanatory factor for associations between more frequent formal religious participation and psychological well-being. *The International Journal for the psychology of religion* 17 (3), 245-259.
- Hahlweg, K. & Baucom, D.H. (2008). Partnerschaft und psychische Störung. *Fortschritte der Psychotherapie*, 34, Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. Hoffmann, N. & Linden, M. (1982). Interaktionsanalysen depressiver und nichtdepressiver Patienten und ihrer Sozialpartner. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 29, 246-263.
- Henderson, S., Byrne, D.G., Duncan-Jones, P., Scott, R. & Stelle, G. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis: A preliminary communication. *British Journal of Psychiatry*, 132, 463-466.
- Henderson, S., Byrne, D., Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. Canberra: Academic Press.
- Heninger, G.R. (1990). A biologic perspective on comorbidity of Major Depressive Disorder and Panic Disorder. J.D. Maser & C.R. Cloninger (Hrsg.), *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders* (S. 381-401). Washington: American Psychiatric Press.
- Hoffmann, H., Kupper, Z. Zbinden, M. & Hirsbrunner, H. (2003). Predicting Vocational Functioning and Outcome in Schizophrenia Outpatients Attending a Vocational Rehabilitation Programm. *Social Psychiatry Epidemiology*, 38, 76-82.
- Hoffmann, H. & Hofmann, J. (2008). Rentenzugang 2007: Trendwende bei Zugängen in der Regelaltersrente? *RVaktuell* 5/6, 150-159.
- Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: a longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90 (4), 365-370.
- Hollstein, B. (2001). *Grenzen sozialer Integration. Zur Konzeption informeller Beziehungen und Netzwerke*. Opladen: Leske & Budrich.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Hrsg.), *Social support and health* (S. 83-108). New York: Academic.
- House, J.S., Robbins, C. & Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Joiner, T.E. & Rudd, M.D. (1996). Distinguishing the interrelations between hopelessness, loneliness, and suicidal ideation. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 26 (1), 19-26.
- Jungbauer, J. Döll, K. & Wilz, G. (2008). Geschlechts- und altersspezifische Aspekte des Hilfebedarfs bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten - Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie. *Rehabilitation*, 47, 145-149.
- Jungbauer, J., Mory, C. & Angermeyer, M.C. (2002). Zum Unterstützungsbedarf von Partnern schizophrener Patienten. Unterschiedliche Belastungslagen erfordern vielfältige Hilfsangebote. *Psychotherapeut*, 47, 375-380.
- Kaiser, P. (1993). Beziehungen der erweiterten Familie. In: A.E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.). *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 143-174). Göttingen: Hogrefe.

- Kallert, T.W. & Schützwohl, M. (2002). Klientel, Bewertung und Effektivität tagesklinischer psychiatrischer Behandlung: Konsequenzen aus vorliegenden Forschungsergebnissen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 153, 144-152.
- Kardorff v., E. (2000). Zur Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. *Impulse* 15, 12-17.
- Kim, E.Y. & Miklowitz, D.J. (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of affective disorders* 182 (3), 343-352.
- Klauer, T. & Winkeler, M. (2002). Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In G. Weidner, M. Koop & M. Kristenson (Hrsg.), *Heart disease: Environment, stress, and gender* (S. 223-234). Amsterdam: IOS Press.
- Kon, I.S. (1979). *Freundschaft*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Kreppner, K. (1993). Eltern-Kind Beziehungen: Kindes- und Jugendalter. In: A.E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.). *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 81-104). Göttingen: Hogrefe.
- Krieger, S. & Weinmann, J. (2008). Lebensformen in der Bevölkerung, Kinder und Kindertagsbetreuung. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) *Datenreport 2008 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. (S. 27-43). Bonn: SFG Servicecenter Fachverlag Part of the Elsevier Group.
- Kunz, S. & Michalke, M. (2003). *Konzeptualisierung und Diagnostik sozialer Belastung*. Diplomarbeit. Marburg: Philipps-Universität.
- Kymalainen, J.A. & Weisman de Mamani, A.G. (2008). Expressed emotion, communication deviance, and culture in families of patients with schizophrenia: a review of the literature. *Cultural diversity & ethnic minority psychology* 14 (2), 85-91.
- La Gaipa, J.J. (1990). The Negative Effects of Informal Support Systems. In S. Duck & R.C. Silver (Hrsg.). *Personal Relationships and Social Support* (S. 122-139). London: Sages.
- Laireiter, A.-R. (2002). Soziales Netzwerk. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. (S. 546-550). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.) (1993). *Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung*. Bern: Huber.
- Laireiter, A.-R. & Lettner, K. (1993). Belastende Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung. Ein Überblick über den Phänomenbereich und die Methodik. In: A.-R. Laireiter (Hrsg.). *Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 101-111). Bern: Huber.
- Lakey, B. & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In: S. Cohen, L.G. Underwood & B.H. Gottlieb (Hrsg.): *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists* (S. 29-52). Oxford: University Press.
- Laux, G. (2003). Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung. In: H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 1159-1210). Berlin: Springer.
- Leitner, A., Kaluscha, R. & Jacobi, E. (2008). Praktische Nutzung der ICF: Erprobung eines neuen Ansatzes in vier Kliniken. *Rehabilitation*, 47, 226-235.
- Linden, M. (2003). Patientenselbstbestimmung, Compliance und Behandlungserfolg. *Prävention und Rehabilitation*, 15 (2), 48-57.
- Linden, M. & Baron, S. (2005). Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44, 144-151.
- Linden, M., Lischka, A.-M., Popien, C. & Golombek, J. (2007). Der multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16 (3), 135-143.
- Marks, S.R. (1977). Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitment. *American Sociological Review*, 42, 921-936.

- Mastekaasa, A. (1995). Age variations in the suicide rates and self-reported subjective well-being of married and never married persons. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 21-39.
- Melbeck, C. (1993). Nachbarschafts- und Bekanntschaftsbeziehungen. In: A.E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.). *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 235-256). Göttingen: Hogrefe.
- Melchior, M., Berkman, L.F., Niedhammer, I., Zins, M. & Goldberg, M. (2007). The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 42(7), 573-582.
- Meyer, P.C. (2000). *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Michélsen, H. & Bildt, C. (2003). Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. *Occupational and environmental medicine* 60 (7), 489-496.
- Möller-Leimkühler, A.-M. (2003). Soziologische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen. In: H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 241-268). Berlin: Springer
- Mohr, G. & Frese, M. (1978). Arbeitslosigkeit und Depression unter besonderer Berücksichtigung einer empirischen Untersuchung zur Langzeitarbeitslosigkeit älterer Arbeiter. In A. Wacker (Hrsg.). *Vom Schock zum Fatalismus* (S. 179-193). Frankfurt: Campus.
- Moore, G. (1990). Structural determinants of men's and women's personal networks. *American Sociological Review*, 55, 726-735.
- Mueller, D.P. (1980). Social networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine* 14, 147-161.
- Nave-Herz, R. (2004). *Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O., Karisto, A. & Uutela, A. (2008). Social participation, trust and self-rated health: a study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health and place* 14 (2), 243-253.
- Olson, D.H. & McCubbin, H.I. (1983). *Families*. London: Sage Publication.
- Page, R.M. & Cole, E.C. (1991). Loneliness and alcoholism risk in late adolescence: A comparative study of adults and adolescents. *Adolescence*, 26 (104), 925-930.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (6), 1028-1039.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G., Sarason, B.R., Solky-Butzel, J.A. & Nagle, L.C. (1997). Assessing the Quality of Personal Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (3), 339-356.
- Punzi, S., Cassitto, M.G., Castellini, G., Costa, G. & Gilioli, R. (2007). Mobbing and its effects on health. The experience of the "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" in Milan. *La Medicina del lavoro* 98 (4). 267-283.
- Rab, F., Mamdou, R., Nasiv, S. (2008). Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *Eastern Mediterranean health journal* 14 (1). 126-133.
- Röhrle, B. (1994). *Soziales Netzwerk, Soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz.
- Ross, C.E. & Mirowsky, J. (2001). Neighborhood disadvantage, disorder, and health. *Journal of health and social behavior* 42 (3), 258-276.

- Rüesch, P. Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W. & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 686–694.
- Schmerl, C. & Nestmann, F. (1991). Frauen und Helfen: Wie weit trägt die weibliche Natur? In: F. Nestmann & C. Schmerl (Hrsg.) *Frauen – das hilfreiche Geschlecht. Dienst am Nächsten oder soziales Expertentum?* (S. 9-44). Hamburg: Rowohlt.
- Schuntermann, M.F. (2007). *Einführung in die ICF Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. (2. überarb. Aufl.). Landsberg: ecomed MEDIZIN.
- Schütz, A. & Wiesner, C. (2000). Partnerschaft und Gesundheit. In: P. Kaiser (Hrsg.) *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 193-218). Göttingen: Hogrefe.
- Schütze, Y. (1993). Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern. In: A.E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.) *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 105-118). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54, 93-105.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Metaanalyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Sicotte, M., Alvarado, B.E., León, E.M., Zunzunegui, M.V. (2008). Social networks and depressive symptoms among elderly women and men in Havana, Cuba. *Aging & mental health*, 12 (2), 193-201.
- Sieber, S.D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39, 567-578.
- Simmel, G. (1968). *Das individuelle Gesetz*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Social Exclusion Unit (2004). *Mental Health and social exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU (Materialie Nr. 22)*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sozialgesetzbuch (SGB) IX. (2006). *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. 5. Aufl. München: DTV-Beck.
- Stürzer, M. & Cornelißen, W. (2005). Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern. In: W. Cornelißen (Hrsg.) *Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 470-523). (2. Fassung). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Suslow, T., Schonauer, K., Ohrmann, P. & Reker, T. (2000). Prediction of Work Performance by Clinical Symptoms and Cognitive Skills in Schizophrenic Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (2), 116–118.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2008). *Gesundheitsreport Auswertungen 2008 Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: psychische Störungen. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK*, 18, 1-169.
- Thoits, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Tsang, H. & Lam, P. (2000). Predictors of Employment Outcome for Psychiatric Disabilities: A Review of the Literature Since the Mid '80s. *Journal of Rehabilitation*, 66 (2), 19–31.
- Van Deth, J.W. (2004) Soziale Partizipation. In J.W. van Deth (Hrsg.) *Deutschland in Europa* (S. 295-315). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Verhofstadt, L.L., Buysee, A., Rosseel, Y. & Peene, O.J. (2006). Confirming the three-factor structure of the quality of relationships inventory within couples. *Psychological Assessment* 18 (1), 15-21.

- Wang, J.L. Lesage, A., Schmitz, N. & Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *Journal of epidemiology and community health* 62 (1), 42-47.
- Wellman, B. (1979). The community question: The intimate Networks of East Yorkers. *American Journal of Sociology* 84 (5), 1201-1231.
- Wetherington, E. & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wheeler, L., Reis, H. & Nezlek, J. (1983). Loneliness and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 943-953.
- Whisman, M.A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 701-706.
- Wilms, H.U., Wittmund, B. & Angermeyer, M.C. (2003). Belastungen von Partnern psychisch Kranker. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 171–182.
- Wills, T.A. & Fegan, M.F. (2001). Social Networks and Social Support. In A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.) *Handbook of health psychology* (S. 209-234). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Genf: WHO.
- World Health Organization (2000). *Women's Mental Health. An evidence based review*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, P.H. (1982). Men's friendships, women's friendships and the alleged inferiority of the latter. *Sex Roles* 8 (1), 1-20.
- Ziersch, A.M. (2005). Health implications of access to social capital: Findings from an Australian study. *Social Science & Medicine*, 61, 2119–2131.

## 9. Anhangsverzeichnis

### 9.1 Interviewleitfaden zum MuSK

#### I. TEIL (INNENKREIS: ALLGEMEINE SOZIALE PARTIZIPATION)

*Im Folgenden soll es um Personen gehen, die in Ihrem Leben eine wichtige Rolle spielen. Dazu gehören angenehme, aber auch belastende Beziehungen.*

*Zu diesen Personen sollten Sie Kontakt aufgenommen haben, d.h. sie persönlich gesprochen, mit ihnen telefoniert oder zumindest im Briefwechsel gestanden haben. Es sollte jedoch mehr gewesen sein, als sie bloß zu grüßen.*

*Für die Aufnahme der Personen, habe ich Ihnen ein Kreisdiagramm mitgebracht. (Dem Patienten das leere Kreisdiagramm zeigen.)*

*Bitte geben Sie mir für alle Personen, jeweils einen Namen oder Kürzel und die Rolle (z.B. Mutter) an. Wir beginnen mit dem Bereich Haushalt.*

#### Hinweis für den Interviewer:

Alle Personen, die für den Patienten bedeutend sind und zu denen er Kontakt hatte, trägt der Interviewer gut sichtbar in den inneren Kreis (mit der gestrichelten Linie) ein. Für jede genannte Person, wird der Name (Vornamen oder Kürzel sind ausreichend) und dahinter in Klammern die soziale Rolle (z.B. Partner, Geschwister, Kollege, Chef, Freund) notiert.

Sollten für eine Bezugsperson mehrere Rollen genannt werden, ist nur die erstgenannte Rolle aufzunehmen.

Der Partner bzw. Ehefrau/-mann wird zusätzlich umkreist.

Gibt der Patient in einem Lebensbereich mehr als 5 Personen an, werden die weiteren Personennennungen nur noch als Zahlenangabe aufgenommen z.B. (+2).

#### 1.1 HAUSHALT

*Wohnen Sie mit jemandem im gleichen Haushalt?*

wenn ja → Namen und soziale Rolle (Partner, Kind, Elternteil, Geschwister, weitere Familie, angeheiratete Familie) in den Abschnitt Haushaltsmitglieder eintragen.

wenn nein → Weiter mit 2.

#### 1.2 FAMILIE

*Sind Familienmitglieder vorhanden, zu denen Sie Kontakt hatten?*

wenn ja → Namen und soziale Rolle (Partner, Kind, Elternteil, Geschwister, weitere Familie, angeheiratete Familie) in den Abschnitt Familie eintragen.

wenn nein → Weiter mit 3.

### 1.3 ARBEIT/ BILDUNG

*Wenn Sie jetzt an Ihre Arbeit oder Aus- bzw. Weiterbildung denken, zu welchen Personen, die für Sie eine Rolle – egal ob im positiven oder negativen Sinne – gespielt haben, hatten Sie Kontakt?*

wenn ja → Namen und soziale Rolle (Chef, Arbeitskollege, Kommilitone, Kunde) in den Abschnitt Arbeit eintragen.

wenn nein → Weiter mit 4.

### 1.4 FREUNDE

*Im nächsten Abschnitt des Kreisdiagramms geht es um Ihre Freunde. Das sollten nicht Personen sein, die Sie nur flüchtig kennen. Nennen Sie mir bitte wie bisher die Namen Ihrer Freunde.*

wenn ja → Namen und soziale Rolle (Freund, Partner) in den Abschnitt Freunde eintragen.

wenn nein → Weiter mit 5.

### 1.5 FREIZEIT

*Sind Sie in einem Verein, Sportgruppe, im Chor in der Kirche oder haben sonstige Freizeitkontakte?*

wenn ja → Namen und soziale Rolle (Vereins-, Chormitglied, Pfarrer, etc.) in den Abschnitt Freizeit eintragen.

wenn nein → Weiter mit 6.

### 1.6 NACHBARSCHAFT

*Gibt es in der Nachbarschaft Kontakte, die für Sie eine Rolle spielen und die über bloßes Grüßen hinausgehen?*

wenn ja → Namen in den Abschnitt Nachbarn eintragen.

wenn nein → Weiter mit 7.

### 1.7 ANDERE KONTAKTE

*Gibt es noch andere Personen, die für Sie eine Rolle spielen?*

wenn ja → Namen und Rolle (Bekannte, professionelle Helfer, Mitpatienten, ehemaliger Partner, etc.) in den Abschnitt Andere eintragen.

wenn nein → Weiter mit dem II. Teil.

## II. TEIL (AUBENKREIS: AKTUELLE SOZIALE PARTIZIPATION)

*Im nächsten Teil, soll es um Personen gehen, die für Sie eine Bedeutung haben und zu denen Sie in der letzten Woche Kontakt hatten.*

### Hinweis für den Interviewer:

Mit dem Patienten alle Lebensbereiche durchgehen und seine Kontakte gut sichtbar in den äußeren Kreis (mit der durchgehenden Linie) notieren.

Der Partner bzw. Ehefrau/-mann wird zusätzlich umkreist.

Gibt der Patient in einem Lebensbereich mehr als 5 Personen an, werden die weiteren Personennennungen nur noch als Zahlenangabe aufgenommen z.B. (+2).

*Wenn Sie jetzt an die letzte Woche denken, zu welchen Personen, hatten Sie Kontakt?*

- 2.1 Haushaltsbereich*
- 2.2 Familie*
- 2.3 Arbeit- bzw. Bildung*
- 2.4. Gute Freunde*
- 2.5. Freizeitbereich*
- 2.6. Nachbarschaft*
- 2.7 Andere*

## III. TEIL (FÖRDERNDES, BELASTENDES SOZIALES UMFELD)

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf alle genannten Personen, die Sie für einen bestimmten Lebensbereich angegeben haben (ohne Zeitangabe).*

Dem Patienten das Blatt zu den Skalen A vorlegen.

### 3.1 PRAKTISCHE UNTERSTÜTZUNG

*Wenn Sie an Ihre*

- 3.1.1 Haushaltsmitglieder*
- 3.1.2 Familie*
- 3.1.3 Kontakte auf Arbeit/ in der Ausbildung*
- 3.1.4 Freunde*
- 3.1.5 Freizeitkontakte*
- 3.1.6 Nachbarn*
- 3.1.7 Andere Personen*

*denken, wie sehr fühlen Sie sich bei praktischen Dingen unterstützt, z.B. bei der Erledigung von Besorgungen oder Abnahme kleinerer Aufgaben, wenn Sie dies benötigen? Schätzen Sie dies bitte mit folgender Skala von 0-4 ein!*

*(Für jeden einzelnen Bereich abfragen und den Wert in Skalen A s. S. 107 eintragen.)*



### **3.2 EMOTIONALE UNTERSTÜTZUNG**

*Wenn Sie an Ihre*

*3.2.1 Haushaltsmitglieder*

*3.2.2 Familie*

*3.2.3 Kollegen*

*3.2.4 Gute Freunde*

*3.2.5 Freizeitkontakte*

*3.2.6 Nachbarn*

*3.2.7 Andere Personen*

*denken, wie sehr können Sie positive und negative Gefühle mit ihnen teilen oder erfahren Trost und Zuspruch, wenn Sie dies wünschen? Schätzen Sie dies bitte mit folgender Skala von 0-4 ein! (Für jeden einzelnen Bereich abfragen und den Wert in die Skalen A s. S. 107 eintragen.)*

### **3.3 SOZIALE BELASTUNG**

*Wenn Sie an Ihre*

*3.3.1 Haushaltsmitglieder*

*3.3.2 Familie*

*3.3.3 Kollegen*

*3.3.4 Freunde*

*3.3.5 Freizeitkontakte*

*3.3.5 Nachbarn*

*3.3.7 Andere Personen*

*denken, wie sehr fühlen Sie sich durch diese Personen kritisiert, abgelehnt, eingeengt oder überfordert? (Für jeden einzelnen Bereich abfragen und den Wert in die Skalen A s. S. 107 eintragen.)*

### **3.4 ZUFRIEDENHEIT MIT DER UNTERSTÜTZUNG**

*Anschließend soll es darum gehen, wie zufrieden Sie mit der Unterstützung sind, die insgesamt von allen bisherigen Kontaktpersonen erfahren haben.*

*(Dem Patienten das Blatt zu den Skalen B s. S. 107 vorlegen.)*

#### **3.4.1 ZUFRIEDENHEIT MIT DER PRAKTISCHEN UNTERSTÜTZUNG**

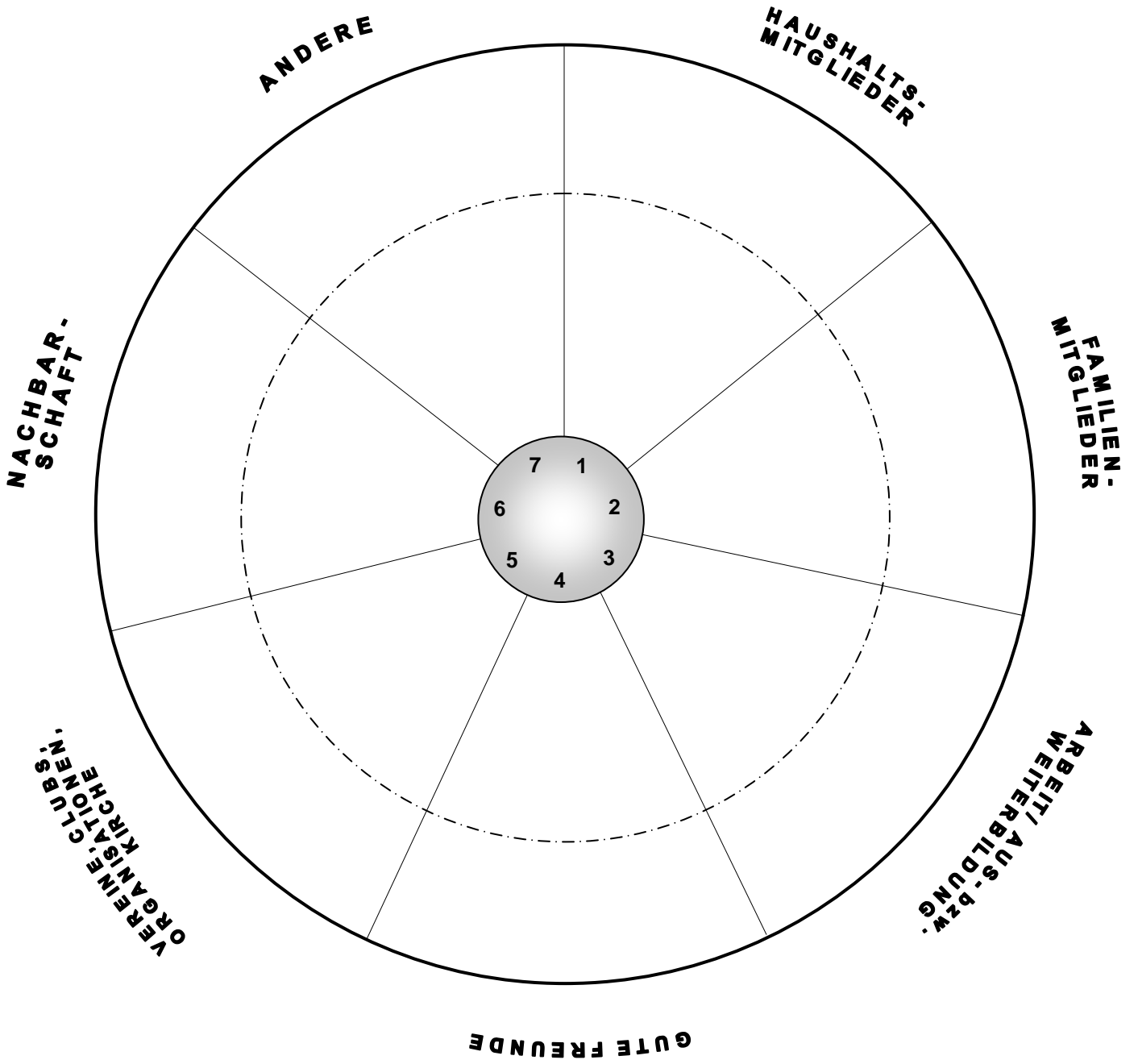
*Wie zufrieden sind Sie mit der praktischen Unterstützung (z.B. bei der Erledigung v. Besorgungen oder Abnahme kleiner Aufgaben), die Sie von Ihren Bezugspersonen bekommen?*

#### **3.4.2 ZUFRIEDENHEIT MIT DER EMOTIONALEN UNTERSTÜTZUNG**

*Wie zufrieden sind Sie mit der emotionalen Unterstützung (z.B. positive und negative Gefühle teilen zu können), die Sie von Ihren Bezugspersonen erfahren?*

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

Code: \_\_\_\_\_



## SKALEN A

FÜR ALLE PERSONENANGABEN JE BEREICH			
	Praktische Unterstützung	Emotionale Unterstützung	Belastung
	0= überhaupt nicht 1= kaum 2= teils/teils 3= ziemlich 4= sehr	0= überhaupt nicht 1= kaum 2= teils/teils 3= ziemlich 4= sehr	0= überhaupt nicht 1= kaum 2= teils/teils 3= ziemlich 4= sehr
<b>Lebensbereich:</b>			
1. Haushalt			
2. Familie			
3. Arbeit/ Bildung			
4. Freunde			
5. Freizeit			
6. Nachbarn			
7. Andere			

## SKALEN B

FÜR ALLE BEZUGSPERSONEN INSGESAMT	
Zufriedenheit mit der Praktischen Unterstützung	Zufriedenheit mit der Emotionalen Unterstützung
0= überhaupt nicht 1= kaum 2= teils/teils 3= ziemlich 4= sehr	0= überhaupt nicht 1= kaum 2= teils/teils 3= ziemlich 4= sehr

## 9.2 Fragebogen zur Qualität der Beziehung (QRI)

Dieser Fragebogen erfasst Aspekte der Beziehung zu Ihrem nächsten Angehörigen. Bitte tragen Sie den Vornamen und den 1. Buchstaben des Nachnamens für die Person, für die Sie diesen Fragebogen ausfüllen werden, hier ein: \_\_\_\_\_

Wie lange kennen Sie den Angehörigen schon? \_\_\_\_\_  
(Bitte die Jahreszahl notieren)

Wie oft sehen Sie den Angehörigen?

- den ganzen Tag
- täglich
- mehrmals pro Woche
- mehrmals im Monat
- seltener

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so, wie es für Sie am besten zu trifft auf einer Skala von 0-4, wobei 0 für *überhaupt nicht*, 1 für *wenig*, 2 für *etwas*, 3 für *ziemlich* und 4 für *sehr* steht. Lassen Sie bitte keine Frage aus! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	0 über- haupt nicht	1 wenig	2 etwas	3 ziem- lich	4 sehr
1. Wie sehr können Sie sich an Ihren Partner wenden, um sich bei Problemen Rat zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft müssen Sie sich anstrengen, um Streit mit Ihrem Partner zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft streiten Sie sich mit Ihrem Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie sehr können Sie bei Problemen auf die Hilfe Ihres Partners zählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie sehr fühlen Sie sich manchmal durch Ihren Partner verstimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie sehr können Sie sich darauf verlassen, dass Ihr Partner Ihnen ehrlich die Meinung sagt, auch wenn Sie diese Meinung nur ungern hören würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie sehr verursacht Ihr Partner, dass Sie sich schuldig fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie sehr müssen Sie innerhalb dieser Beziehung nachgeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie sehr möchte Ihr Partner, dass Sie sich ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie sehr wünschen Sie sich, dass Ihr Partner sich ändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie positiv ist die Rolle, die Ihr Partner in Ihrem Leben spielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie bedeutend ist diese Beziehung in Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie stark würden Sie Ihren Partner vermissen, wenn Sie beide sich für einen Monat nicht sehen und nicht miteinander sprechen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie kritisch steht Ihnen Ihr Partner gegenüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Wenn Sie heute etwas unternehmen wollen, wie zuversichtlich wären Sie, dass Ihr Partner bereit wäre, Sie zu begleiten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wie verantwortlich fühlen Sie sich für das Wohlbefinden Ihres Partners?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wie sehr sind Sie auf Ihren Partner angewiesen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Wie sehr können Sie darauf zählen, dass Ihr Partner Ihnen zuhört, wenn Sie sich über jemanden oder eine Sache ärgern?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wie stark ärgern Sie sich über Ihren Partner?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wie oft ärgern Sie sich über Ihren Partner?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Wie sehr können Sie damit rechnen, dass Ihr Partner Sie von Ihren Sorgen ablenkt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Wie oft versucht Ihr Partner über Ihr Leben zu bestimmen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wie viel mehr geben Sie in der Beziehung, als Sie zurück erhalten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Wie sehr könnten Sie mit der Unterstützung Ihres Partners rechnen, wenn jemand sterben würde, der Ihnen sehr nahe stand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wie eng wird Ihre Beziehung mit Ihrem Partner in einigen Jahren sein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Wie zufrieden sind Sie mit der Beziehung zu Ihrem Partner?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## **Erklärung**

„Ich, Anna-Marie Lischka, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Soziale Partizipation und Kontextfaktoren bei Patienten mit psychischen Störungen“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift