

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Universitätsmedizin Greifswald

Direktor: Prof. Dr. med. Hans Jürgen Grabe

Soziale Unterstützung als Mediator der Effekte von Resilienz auf Lebensqualität bei psychotischen Erkrankungen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades

des Doktors der Medizin

der Universitätsmedizin der Universität Greifswald

vorgelegt von

Josephine Margherita Schulte

geboren 10.08.1985 in Rom, Italien

betreut von

Prof. Dr. med. Hans Jürgen Grabe

Bremen, 08.06.2020

Dekan: Prof. Dr. med. Karlhans Endlich

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Grabe

2. Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß

Tag der Disputation: 25.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellen- und Grafikverzeichnis.....	8
1 Einleitung	9
2 Theoretische Grundlagen.....	11
2.1 <i>Schizophrene Psychosen: Schizophrenie.....</i>	<i>11</i>
2.2 <i>Affektive Psychosen: Bipolar affektive Störungen.....</i>	<i>13</i>
2.3 <i>Therapie und Prävention.....</i>	<i>14</i>
2.4 <i>Quality of Life (QoL): Lebensqualität</i>	<i>16</i>
2.5 <i>Resilienz</i>	<i>21</i>
2.6 <i>soziale Unterstützung (SozU).....</i>	<i>23</i>
3 Prädiktoren für Lebensqualität: Herleitung der Hypothesen	26
3.1 <i>Psychosoziale Einflussfaktoren</i>	<i>27</i>
3.2 <i>Soziale Unterstützung als Einflussfaktor</i>	<i>31</i>
3.3 <i>Andere Einflussfaktoren</i>	<i>34</i>
3.4 <i>Hypothesen.....</i>	<i>36</i>

4	Methodik	38
4.1	<i>Studiendesign Tecla / IMeS</i>	<i>38</i>
4.1.1	Tecla: Poststationäre telemedizinische Betreuung von Patienten mit Schizophrenie oder bipolaren Störungen	38
4.1.2	IMeS: Ansätze der individualisierten Medizin bei Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen	39
4.2	<i>Messinstrumente.....</i>	<i>40</i>
4.2.1	WHOQOL-BREF	40
4.2.2	RS-11	43
4.2.3	F-SozU K-14	44
4.2.4	Kontrollvariablen	45
4.3	<i>Statistische Verfahren</i>	<i>49</i>
5	Ergebnisse	51
5.1	<i>Stichprobe.....</i>	<i>51</i>
5.2	<i>Deskriptive Analysen der Variablen QoL, SozU und Res</i>	<i>53</i>
5.3	<i>Korrelationen zwischen QoL, SozU und Res</i>	<i>54</i>
5.4	<i>Regressionsanalyse – Hypothesen I - III.....</i>	<i>55</i>
5.5	<i>Mediationsanalyse – Hypothese IV</i>	<i>58</i>

6	Diskussion	61
7	Zusammenfassung	67
8	Anhang.....	68
9	Literaturverzeichnis	76
	Eidesstattliche Erklärung.....	83
	Lebenslauf	Fehler! Textmarke nicht definiert.
	Danke	85

Abkürzungsverzeichnis

BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
HRQL	Health related Quality of Life (gesundheitsbezogene Lebensqualität)
IMeS	Ansätze der individualisierten Medizin bei schweren psychiatrischen Erkrankungen
QoL	Quality of Life (Lebensqualität)
Res	Resilienz
SHIP	Study of health in Pomerania
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
SozU	Soziale Unterstützung
Tecla	Poststationäre telemedizinische Betreuung von Patienten mit Schizophrenie oder bipolaren Störungen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Störungen psychischer Funktionen bei schizophrenen Erkrankungen	12
Abbildung 2: Cohen 2004: The main effect model: Social relationships and its direct (main) effects on psychological and physical health	25
Abbildung 3: Cohen 2004: The buffering effect model: sociale support and its influence to responses to stressful life events	25
Abbildung 4: Ritsner 2007- The distress/protection vulnerability model of quality of life impairment syndrome in schizophrenia	30
Abbildung 5: Bechdolf, Klosterkötter et al.: Structural model of general subjective QoL in post acute patients with schizophrenia	33
Abbildung 6: Angermeyer, Kilian et al: Zuordnung der WHOQOL-BREF-Items zu den Domänen	42
Abbildung 7: Einteilung der BPRS-Items in 5 faktorenanalytisch begründete Skalen	48
Abbildung 8: Modifizierte Grafik nach Leipold, B. aus „Resilienz im Erwachsenenalter“ 2015	65
Abbildung 9- 11: Angermeyer, Kilian et al: WHOQOL-BREF	68- 70
Abbildung 22: Schumacher, Leppert et al.: Resilienzskala RS-11	71
Abbildung 13: Fydrich, Sommer et al.: SozU K-14	72
Abbildung 14- 15: Overall und Gorham: BPRS	73- 74

Tabellen- und Grafikverzeichnis

Grafik 1: Modell der Mediationsanalyse (Hypothese IV)	37
Tabelle 1: Neue Variable Bildungsstand	46
Tabelle 2: Diagnosen nach SKID	52
Tabelle 3: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	52
Tabelle 4: Deskriptive Statistik	53
Tabelle 5: Shapiro – Wilk	53
Tabelle 6: Korrelationen	54
Tabelle 7: Hypothese I	55
Tabelle 8: Hypothese II	56
Tabelle 9: Hypothese III	57
Tabelle 10: Hypothese IV	59
Grafik 2: Ergebnisse der Mediationsanalyse (Hypothese IV)	59

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht anhand einer Querschnittsanalyse die Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen und die Effekte von Resilienz und sozialer Unterstützung auf die Lebensqualität. Außerdem versucht sie, die Zusammenhänge zwischen diesen Variablen eingehender zu beleuchten und herauszufinden, ob der Einfluss von Resilienz auf die Lebensqualität durch den Faktor soziale Unterstützung vermittelt wird.

Da die Lebensqualität inzwischen zu einem wichtigen Outcome-Kriterium bei vielen somatischen und psychiatrischen Erkrankungen geworden ist, eignet sich dieser Faktor gut als Zielvariable für eine Exploration. Da es sich bei den hier untersuchten psychiatrischen Störungen um zum Teil chronisch verlaufende Erkrankungen handelt, es in diesen Fällen also nicht zu einer vollständigen Remission kommt, ist die Lebensqualität ein umso wichtigerer Faktor wenn es um die Behandlung der Betroffenen geht.

Grundsätzlich besteht das Dilemma, dass die Lebensqualität psychiatrischer Patienten nicht selten in der floriden Psychosephase von ihnen selbst als günstiger eingeschätzt wird als in der Remissionsphase unter der meist antipsychotischen Behandlung. Da es sich jedoch um das eigene Erleben des Betroffenen handelt und dieser gewissermaßen als Experte seiner eigenen Lebensumstände verstanden werden kann, scheint die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität wiederum sehr wohl geeignet für eine Evaluation des Therapieerfolgs.

Auch wenn die Möglichkeiten der kausalen, medikamentösen Behandlung der hier betrachteten Erkrankungen heute effektiver und nebenwirkungsärmer sind als jemals zuvor, gibt es nach wie vor Einschränkungen in Bezug auf die Beschwerden und Nebenwirkungen, die bei der medikamentösen Therapie für die Patienten spürbar bleiben und sie in ihrem Leben mit der Erkrankung einschränken und beeinträchtigen. Umso wichtiger scheinen andere Angriffspunkte und multimodale Konzepte in der Behandlung zu sein, wie beispielsweise psychosoziale Faktoren, Psychoedukation und

Prävention. Als zwei wichtige Faktoren, die für das subjektiv empfundene Wohlergehen der Patienten eine Rolle spielen können, seien hier die Resilienz und soziale Unterstützung genannt und als Prädiktoren für die Lebensqualität in die Betrachtungen einbezogen.

2 Theoretische Grundlagen

Die in dieser Arbeit verwendeten Daten stammen aus einer Erhebung im Rahmen zweier Studien namens Tecla und IMeS, auf die im Kapitel 4: Methodik noch näher eingegangen wird. Ein Kriterium für den Einschluss der befragten Patienten war die medikamentöse Therapie mit Antipsychotika. Als Antipsychotika oder im älteren Sprachgebrauch auch Neuroleptika werden Substanzen bezeichnet, die antipsychotisch wirken, also Medikamente, die gegen Erregungszustände, Halluzinationen, Wahnideen, Denkstörungen und andere Störungen des Verhaltens oder Erlebens verwendet werden. Die in die Befragung eingeschlossenen Patienten hatten somit entweder eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) oder aus dem Kreis der bipolaren affektiven Störungen (F31). Daher werden in dieser Arbeit unter dem Begriff „psychotische Erkrankungen“ diejenigen aus diesen beiden Bereichen zusammengefasst.

2.1 Schizophrene Psychosen: Schizophrenie

Schizophrene Psychosen gehören zu den schwersten psychiatrischen Erkrankungen und haben in der deutschen Allgemeinbevölkerung eine 12-Monats-Prävalenz von 2,6 % (Jacobi et al. 2016). Sie verursachen „[...] zeitweilige fundamentale Störungen des Denkens, der Wahrnehmung oder des Erlebens mit Beeinträchtigung bis hin zum Verlust des Realitätsbezug [...]“ und verlaufen in 10-30% der Fälle chronisch (Wolfgang Gaebel 2010). Die Beschreibung nach ICD-10 Klassifikation der WHO lautet:

„Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug,

Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.“ (WHO)

Die Vielzahl der schizophrenen Symptome schließen Störungen unterschiedlicher Funktionsbereiche ein. Hierbei lassen sich sogenannte Positivsymptome und Negativsymptome unterscheiden. Die Positivsymptome beinhalten Wahn, Halluzinationen, Störungen des inhaltlichen und formalen Denkens und der Ich-Funktion während bei den Negativsymptomen Antrieb, Psychomotorik, Affektivität und Kognition gestört sind.

Funktionsbereich	Beispiele für Störungen bei Schizophrenie
1. Aufmerksamkeit	Konzentrationsstörungen
2. Inhaltliches Denken und formales Denken	Wahn (z. B. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn); Gedankenabreißen oder Einschieben in den Gedankenfluss (führt oft zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen), Konkretismus, Assoziationslockerung
3. Ich-Funktionen	Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
4. Wahrnehmung	Halluzinationen (insbesondere kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen)
5. Intentionalität und Antrieb	Apathie
6. Psychomotorik	Haltungstereotypen
7. Affektivität	verflachter oder inadäquater Affekt, Depression, Anhedonie (hat oft sozialen Rückzug zur Folge)

Abbildung 3: Störungen psychischer Funktionen bei schizophrenen Erkrankungen (Wolfgang Gaebel 2010: 8)

2.2 Affektive Psychosen: Bipolar affektive Störungen

In der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt die 12-Monats-Prävalenz für eine bipolare Störung 1.5 % (Jacobi et al. 2016). Die Beschreibung nach ICD-10 Klassifikation der WHO lautet:

Bei der Bipolaren affektiven Störung „[...] handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.“ (WHO) Neben der Polarität manische vs. depressive Symptomatik unterscheidet man zusätzlich Episoden ohne vs. mit psychotischen Symptomen. Hierbei spielen Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung bis hin zum Stupor zusätzlich zur affektiven Komponente eine Rolle. Bei den meisten affektiven Störungen kommt es zu Rezidiven und der Beginn einer solchen Störung steht oft im zeitlichen Zusammenhang mit belastenden Ereignissen oder Situationen.

In den schweren Ausformungen einer bipolaren Störung sind die manischen Episoden sowohl körperlich als auch mental und sozial aufzehrende Erkrankungen, die die körperliche Verfassung, die postremissive geistige Gesundheit und die sozialen Bezüge gravierend beeinträchtigen. Ebenso führen die schweren Depressionen zu massiven Veränderungen der Persönlichkeit, die mit einem hohen Suizidrisiko einhergehen können (Pompili et al. 2013).

2.3 Therapie und Prävention

Zu den Behandlungszielen gehören sowohl bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises als auch bei den bipolar affektiven Störungen in erster Linie die Symptomfreiheit und die Erhaltung oder Wiedererlangung maximal möglicher Lebensqualität. Durch verschiedene Therapiemodalitäten, die sich an Akutphase, Postakutphase und Remissionsphase orientieren, soll dem Patienten ermöglicht werden, ein weitestgehend selbstständiges Leben zu führen und zu sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit zurück zu finden. Um dies zu gewährleisten sind neben einer frühzeitigen medikamentösen Akuttherapie auch eine konsequenter Rückfallprophylaxe notwendig. Zusätzlich tragen begleitende Psycho- und Soziotherapien zur Krankheits- und Alltagsbewältigung bei und legen den Fokus unter anderem auf die soziale (Re-) Integration der Patienten (Wolfgang Gaebel 2010: 22).

Auch wenn der Behandlungserfolg schwerer psychiatrischer Erkrankungen wie der hier beschriebenen in den letzten Jahren zugenommen hat und es in den meisten Fällen gelingt, Krankheitssymptome zum Abklingen zu bringen und Rückfälle zu vermeiden, sind dem Behandlungserfolg nach wie vor Grenzen gesetzt. So sprechen etwa 30% der Betroffenen auf eine medikamentöse Behandlung nur mäßig gut an und auch die auftretenden Nebenwirkungen wie extrapyramidal motorische Nebenwirkungen, sexuelle Funktionsstörungen und Gewichtszunahme stellen eine große Limitation der Therapie dar (Wolfgang Gaebel 2010: 21). Da krankheitsbedingt die Einsicht in die eigene Krankheit oft erheblich eingeschränkt ist, spielt auch die mangelnde Compliance der Betroffenen für das Scheitern einer adäquaten dauerhaften Therapie eine entscheidende Rolle.

Aufgrund der Komplexität der Erkrankungen und der Vielschichtigkeit der Pathogenese gibt es bisher keine Präventionsprogramme im Sinne einer Primärprävention. Neben Programmen zur Reduktion von Drogenmissbrauch und psychoedukativer Aufklärungsmaßnahmen scheinen selektive Präventionsmaßnahmen bei spezifischen Risikogruppen sinnvolle Ansätze zu sein. Die Entwicklung und Etablierung solcher

Präventionsansätze sind jedoch erst in den Anfängen. In Deutschland sind im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie beispielsweise spezialisierte Früherkennungszentren in der Entwicklung, die insbesondere Betroffene in der frühen Prodromalphase identifizieren sollen um diese möglichst zeitig einer Behandlung zuführen zu können und somit eine Reduktion der Übergangsrates in fortgeschrittene Krankheitsstadien zu erreichen (Ruhrmann et al. 2007: 88–95).

2.4 Quality of Life (QoL): Lebensqualität

„Quality of life is an individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, features social relationships, personal beliefs and their relationship to salient of their environment.“
(World Health Organization 1997: 1)

Ausgehend von der WHO-Definition von Gesundheit als „[...] Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO Verfassung 1946) beschreiben Kovács et al. in ihrem Buch „Lebensqualität in der Medizin“ gesundheitsbezogene Lebensqualität als einen Begriff, der sich um die Frage dreht, inwieweit Krankheit einen Menschen in seiner Selbstwahrnehmung, seinen zwischenmenschlichen Beziehungen und seiner Leistungsfähigkeit prägt und beeinträchtigt (Kovács et al. 2016: 1). Das genannte Buch beschreibt einen seit den 1970er Jahren existierenden Forschungszeitweig, der versucht, geeignete Messinstrumente für die Lebensqualität von Patienten zu entwickeln und anhand der Ergebnisse dieser Messungen sinnvolle Definitionen und Konzepte für den Begriff zu finden. Einer aktuellen Literatursuche zufolge sind zwischen 1975 und Ende 2013 über 215000 Arbeiten zu diesem Thema veröffentlicht worden (Bullinger: 176).

Das Konzept der Lebensqualität hat sich im Zuge dieser Forschungsentwicklung zu einem wesentlichen Erfolgskriterium für die Behandlung von Patienten entwickelt und wird im Sozialgesetzbuch 2014 (§ 35b Abs. 1 SGB V) als einer von fünf Faktoren genannt, die den Nutzen einer Therapie für den Patienten beschreiben sollen: Verbesserung des Gesundheitszustandes, Verkürzung der Krankheitsdauer, Verlängerung der Lebensdauer, Verringerung der Nebenwirkungen, Verbesserung der Lebensqualität. Aber nicht nur Vertreter des öffentlichen Gesundheitssystems betrachten Lebensqualität als Qualitätsmerkmal, sondern auch marktwirtschaftliche Unternehmen der

Gesundheitsbranche (z.B. Arzneimittelindustrie) ziehen die subjektive LQ als Kriterium für die Nützlichkeit und Verträglichkeit ihrer Produkte heran. (Angermeyer et al. 2000a: 7)

Trotzdem gibt es bisher nur wenige Konzepte, die diesen komplexen Begriff umfassend und ganzheitlich auszuleuchten in der Lage sind. Es scheint jedoch wichtig, den Begriff Lebensqualität als einen Vielschichtigen zu begreifen, nämlich als den erlebten Gesundheitszustand in körperlicher, psychischer, sozialer, mentaler und funktionaler Hinsicht (Bullinger: 175). Lebensqualität bezeichnet neben dem Wohlergehen und dem Gesundheitszustand einer Person aber auch die Zufriedenheit mit den Lebensumständen, die den Zugang zu Ressourcen mit einschließt (Medici et al. 2015).

Neben dem allgemeinen Begriff der Lebensqualität hat sich bei vielen Autoren der spezifischere Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – *Health related Quality of life (HRQL)* - durchgesetzt. „So ist gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt zu verstehen, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht der Patienten (und/oder von Beobachtern) beinhaltet.“ (Bullinger: 176) HRQL beinhaltet physiologische und soziale Funktionen: geistige Gesundheit, Energie, Erschöpfung, Schmerz und kognitive Funktionen (Wilson and Cleary 1995: 59–65). Ritsner et al. klammern Lebensaspekte wie Einkommen, Frieden und Umweltbedingungen aus und beschreiben HRQL als einen auf physiologische, psychologische und soziale Domänen beschränkten Begriff. Die subjektive Sichtweise, also die Selbstbeurteilung aus Sicht des Individuums spielt für die Autoren eine zentrale Rolle, denn ihrer Meinung nach sei ein zentrales Element der meisten Definitionen das subjektive Empfinden des eigenen Wohlergehens. Durch diese Perspektive ist das Konstrukt HRQL für Ritsner et al. ein multidimensionales, insofern zwei Personen mit gleichem psychiatrischen Gesundheitsstatus unterschiedliche HRQL Level haben können. Dies sei deshalb der Fall, weil beispielsweise Unterschiede in Persönlichkeit oder Krankheitsumständen die Lebenszufriedenheit und das Gesundheitsverständnis einer Person in unterschiedlicher Weise beeinflussen können (Ritsner 2007).

Generell scheint es sinnvoll die Lebensqualität aus zwei Perspektiven zu betrachten. Die Literatur unterscheidet die objektive Lebensqualität aus Sicht des Behandlers oder der direkten Angehörigen des Patienten von der subjektiven Lebensqualität aus Sicht des Patienten selbst (Tomotake 2011). Methodisch unterscheidet sich hier also in der Erhebung von Lebensqualität die Fremdbeurteilung von der Selbstbeurteilung. Dies ist insofern wichtig, als Fremd- und Selbstbeurteilung zu unterschiedlichen Bewertungen der Lebensqualität führen (Narvaez et al. 2008) und divergieren können. So fanden Pickard et al. 2005 heraus, dass Beobachter wie behandelnde Ärzte oder Familienangehörige in Ihrer Beurteilung der Lebensqualität des Patienten sehr von der eigenen Wahrnehmung (Narvaez et al. 2008) des Betroffenen abweichen (Pickard and Knight 2005). Nun lässt sich darüber streiten, welche Perspektive hier die wesentlichere ist. Bei dieser Frage ist sich die Literatur jedenfalls nicht einig, was sich schon in der Diskussion darüber abzeichnet, ob der psychiatrische Patient überhaupt kognitiv in der Lage ist seine Lebensqualität valide und reliabel beurteilen zu können.

Eben dies wurde bereits 1992 von Jenkins et al. in Frage gestellt. Ihrer Meinung nach würde eine solche Messung durch gerade die Faktoren verfälscht werden, die solche schweren psychiatrischen Erkrankungen ausmachen, wie kognitive Defizite, Affektverflachung, geringe Krankheitseinsicht und Antriebslosigkeit (Jenkins 1992). Lambert et al. stellten 2004 fest, dass Patienten mit Schizophrenie nicht in der Lage sind ihr subjektives Wohlbefinden konsistent zu beurteilen (Lambert and Naber 2004: 7). Auch Ritsner et al. sind der Meinung, dass die sinnvolle Interpretation von selbstbeurteilter HRQL limitiert ist. Hier werden verschiedene Faktoren genannt, die die Erhebung eines solchen Wertes beeinträchtigen könnten: Selbstbeurteilungs-Bias, das Fehlen von universell anerkannten Messinstrumenten, sowie schlechte Reliabilität und Validität bei vielen Skalen. Jedoch hat der Unterschied zwischen subjektiver und objektiver Lebensqualität ihrer Meinung nach nichts mit den kognitiven Einschränkungen des Patienten zu tun, womit diese grundsätzlich getrennt voneinander beurteilt werden sollten (Ritsner 2007: 5).

Aber auch die gegenteilige Meinung hat in der Forschung ihre Vertreter. Becchi et al. behaupten, dass subjektive Lebensqualität valider sei als die von Außenstehenden beurteilte Lebensqualität der Patienten. Lebensqualität könne konsistent und korrekt von den Patienten selbst beurteilt werden, denn schließlich würde dieser das begutachtete Leben ja selbst (er-) leben (Basu 2004: 37). Demnach ist der Patient selbst der erfahrenste Experte in Sachen eigener Lebensqualität. Die Autoren betonen, dass das Konstrukt Lebensqualität definitionsgemäß an der Erfahrung und am Erleben des Patienten orientiert sein muss. Generell müssten die objektiven Aspekte (z.B. materielle Ressourcen) von den subjektiven (z.B. Zufriedenheit mit diesen Ressourcen) differenziert erhoben und betrachtet werden.

Narvaez et al. erhoben 2008 bei einer Untersuchung von 88 ambulanten Patienten in Kalifornien die subjektive und objektive Lebensqualität getrennt voneinander. Dabei konnten Depressionen als stärkster Prädiktor für subjektive Lebensqualität und Negativsymptomatik als Prädiktor für objektive Lebensqualität identifiziert werden. Dies macht nach Ansicht der Autoren die Wichtigkeit einer getrennten Erhebung beider Parameter deutlich, denn sie stellten eine geringe Korrelation zwischen subjektiver und objektiver Lebensqualität fest. Die subjektive Lebensqualität würde sich eher auf allgemeine Lebenszufriedenheit beziehen während objektive Lebensqualität eher einen Fokus auf Teilnahme an Aktivitäten und interpersonellen Beziehungen setzt (Narvaez et al. 2008). Auch Kovács et al. sind der Überzeugung, dass es bezüglich der Lebensqualität erhebliche Unterschiede zwischen Innen- und Außenperspektive sowie zwischen der Perspektive von Gesunden und derjenigen von Kranken gibt. In diesem Zusammenhang betonen die Autoren die Bedeutung intensiver Kommunikation zwischen Patient und Arzt (Kovács et al. 2016).

Eine interessante Untersuchung von Angermeyer et al. (2000) ergab, dass sich die Bedeutung von Lebensqualität für schwer psychisch Erkrankte wesentlich von derer anderer Personen unterscheidet. In der Studie mit dem Arbeitstitel „Quality of life – as defined by schizophrenic patients and psychiatrists“ wurden 605 Psychiater und 565 Patienten aus Deutschland gefragt, was Lebensqualität für sie bedeute. Die Antworten

wurden in 45 Kategorien eingeteilt und somit qualitativ ausgewertet. Während sowohl Patienten als auch Psychiater die Wichtigkeit von Arbeit, sozialen Beziehungen, Familie und Unabhängigkeit für das Konzept Lebensqualität erkannten, verstanden Patienten diese darüber hinaus eher im Sinne von Lebensstandard und Lifestyle. Die Sicht der Psychiater war jedoch eine krankheitsbezogener. Sie betrachteten das Konzept Lebensqualität als Abwesenheit von Behinderungen und Krankheiten um die Wichtigkeit von angemessener professioneller Hilfe und Selbsthilfe hervorzuheben (Angermeyer et al. 2001). Angermeyer et al. plädieren für die Erhebung der subjektiven Lebensqualität, denn insbesondere für die Behandlung chronischer Erkrankungen und dauerhafter Funktionsstörungen im Rahmen dieser Erkrankungen sei diese von Nutzen. Die stärkere Berücksichtigung der Patientenperspektive würde sich somit in erster Linie nach dem subjektiven Wohlbefinden des Patienten richten und dadurch die Beurteilung des Nutzens und der Kosten verschiedener medizinischer Maßnahmen erleichtern (Angermeyer et al. 2000a: 11).

2.5 Resilienz

Auch wenn es keine allgemein gültige Definition für Resilienz gibt (Aburn et al. 2016: 6), hat sich die Wissenschaft in den letzten Jahren ausführlich mit diesem Begriff auseinandergesetzt. Der Begriff Resilienz leitet sich vom englischen Wort „resilience“ (Spannkraft, Elastizität) ab und beschreibt die Fähigkeit, auch in schweren Situationen und Lebenskrisen (z.B. nach schweren Schicksalsschlägen) wie ein Stehaufmännchen wieder auf die Beine zu kommen. „Resilienz steht somit für das Immunsystem der Psyche oder auch für den Schutzschirm der Seele“ (Michaela Sit 2008: 1). Nach aktueller Forschungslage sei ein wichtiges Merkmal dieses Schutzmechanismus, dass Resilienz keine angeborene Fähigkeit oder gar ein Persönlichkeitsmerkmal ist, sondern dass sie, je nach den Umständen, in denen sich der Mensch gerade befindet, erlernbar und zeitlich variabel ist. Der Mensch ist also nicht immer gleich widerstandsfähig. Die Voraussetzungen für die Entwicklung von Resilienz liegen jedoch sehr wohl zum einen in der Persönlichkeit des Menschen begründet (sind also teilweise genetisch determiniert), auch wenn seine Lebensumwelt eine Rolle in der Ausprägung dieser Fähigkeit spielt. Insofern kann man auch von der biopsychosozialen Entwicklung von Resilienz sprechen oder von dem Ergebnis oder dem Prozess einer biopsychosozialen Anpassung an widrige Lebensumstände (Johnson and Glantz 1999). Auf der anderen Seite gab es in der Vergangenheit auch Autoren, die Resilienz als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal verstanden (Funder und Block 1989).

Für Wagnild und Young handelt es sich bei Resilienz um die Fähigkeit, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen indem externale und internale Ressourcen erfolgsbringend genutzt werden (Wagnild GM and Young HM 1993). „Resilienz bedeutet nicht die Abwesenheit von Vulnerabilität“ ist eine weitere Beschreibung des Begriffes (Deegan 2005: 29). Aber auch wenn der Begriff der Vulnerabilität dem der Resilienz sehr verwandt scheint, kann man das Resilienzkonzept eher dem Bereich der positiven Psychologie zuordnen. Es hat seinen Fokus auf Ressourcen und Mechanismen des Individuums um Stressereignisse und Problemsituationen weniger als Belastung, sondern

vielmehr als Herausforderung wahrnehmen zu können. Es geht also weniger um passiv-vermeidende als vielmehr um aktiv-problemorientierte Bewältigungsstrategien (Michaela Sit 2008: 2). Hierzu passt auch der Begriff des *problemorientierten Coping*, mit dem Strategien gemeint sind, die ein Problem beseitigen oder, im Falle des *emotionsorientierten Coping*, Bewältigungsformen, die die emotionalen Reaktionen auf Stress verändern oder lindern (Folkman und Lazarus 1980). Auch der Begriff *Hardiness* (Widerstandsfähigkeit/Ausdauer/Zäheit) ist ein der Resilienz verwandtes Konzept, auf das in der Resilienzforschung oft verwiesen wird. Die Haltungen und Strategien, die *Hardiness* beinhaltet, sollen Resilienz in Stresssituationen fördern. Die wesentlichen Persönlichkeitsmuster hierbei sind Selbstverpflichtung, internale Kontrollüberzeugung und die Fähigkeit Veränderungen als Herausforderung zu betrachten (*commitment, control, challenge*) (Maddi 2013). Diese Kompetenzen der Widerstandsfähigkeit sollen erlernbar und damit veränderbar sein. Es handelt sich bei *Hardiness* somit ähnlich wie bei den meisten Resilienzdefinitionen um ein flexibles Konstrukt im Sinne von Bewältigungskompetenz, nicht um ein starres Persönlichkeitsmerkmal.

Masten et al. nennen Indikatoren für Resilienz, nämlich intellektuelle und soziale Kompetenzen, emotionale Bindung an wichtige Bezugspersonen und elterliche Erziehungspraktiken (Masten et al. 1999), die für die Entwicklung und den Grad der Widerstandsfähigkeit eines Individuums eine wesentliche Rolle spielen.

Vom sozialen Standpunkt aus betrachtet ist Resilienz äußerst abhängig von der jeweiligen Situation. So müssen die Kultur, die Gesellschaft und die Gemeinschaft zu denen das Individuum gehört sowie der Kontext, in welchem der Begriff verwendet wird mit einbezogen werden (Aburn et al. 2016: 16).

2.6 soziale Unterstützung (SozU)

Soziale Kontakte sind für den Menschen lebenswichtig. Soziale Isolation und Deprivation können zu physischen und psychischen Erkrankungen und letztendlich sogar zum Tod führen (Alcaraz et al. 2019). Dies zeigen Beispiele wie Isolationshaft (Stein et al. 2018) oder der Missbrauch von Kindern in Form von Vernachlässigung, wie Forschungen von René Spitz, August Aichhorn oder Harry Harlow zeigten.

Soziale Unterstützung beeinflusst psychische und physische Gesundheit über ihren Effekt auf Gefühle, Kognition und Verhalten. Bezogen auf psychische Gesundheit wird Soziale Unterstützung verstanden als Regulator von Reaktionsmechanismen sowie als Schutz vor zu extremen Reaktionen und daraus resultierender Dysfunktionalität. Außerdem soll Soziale Unterstützung bei der Entstehung, Entwicklung und Genesung von Krankheiten eine wichtige Rolle spielen (Cohen et al. 2004). Soziale Unterstützung ist ein wesentlicher Faktor für die Prävention von psychischen und physischen Erkrankungen (Holt-Lunstad et al. 2010) und beinhaltet die emotionale, informative und instrumentelle Hilfe durch Familie, Peers und andere Gesellschaftsmitglieder (Kim et al. 2008). Motivation zu gesundheitsförderndem Verhalten wird demnach oft durch diese Gruppen vermittelt und auch eine Früherkennung von Krankheitssymptomen kann durch das nahe soziale Umfeld erfolgen. Aber auch, wenn bereits eine schwere psychotische Erkrankung aufgetreten ist, trägt der Faktor Soziale Unterstützung beispielsweise dazu bei, regelmäßig und zuverlässig antipsychotische Medikamente einzunehmen (Stentzel et al. 2018: 7), was entscheidend zum Therapieerfolg und auch zur Genesung beiträgt. Ein wesentlicher Punkt für die Entstehung von psychischen Erkrankungen ist auch die Aufrechterhaltung und Bildung von Selbstwert durch Freunde und soziale Beziehungen. Eine Metaanalyse von Holt-Lunstad et al. (2010) zeigte, dass das Nichtvorhandensein unterstützender sozialer Beziehungen als Risikofaktor für Mortalität betrachtet werden kann, vergleichbar mit Rauchen, Übergewicht, physischer Inaktivität etc. (Holt-Lunstad et al. 2010). Soziale Unterstützung gilt aber nicht nur als Schutzfaktor vor Krankheit sondern auch als wichtige Bewältigungsressource bei Belastungen und Erkrankungen (Segerstrom and Miller 2004).

Von Fydrich et al. Wird Soziale Unterstützung als das Ergebnis kognitiv-emotionaler Verarbeitung und Bewertung gegenwärtiger und vergangener sozialer Interaktionen betrachtet. Während dieser Interaktionen erlebten oder erwarteten Personen Hilfestellung, um Aufgaben und Belastungen zu bewältigen und persönliche Ziele zu erreichen. Damit ist Soziale Unterstützung primär eine wahrgenommene und/oder antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk (Fydrich et al. 2009: 43). Andere Forschungsarbeiten ergaben, dass der tatsächliche Erhalt von Soziale Unterstützung weniger bedeutend für die Gesundheit einer Person ist als vielmehr der Glaube und die Gewissheit daran, dass Soziale Unterstützung *verfügbar* ist (Cohen et al. 2004). Auch nach Cobb et al. erfasst das Konzept der sozialen Unterstützung die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu erhalten bzw. die Einschätzung, gegebenenfalls auf Ressourcen des sozialen Umfelds zurückgreifen zu können (Cobb 1976).

In den letzten Jahrzehnten entstanden zwei Modelle, die den Einfluss von Sozialer Unterstützung auf die Gesundheit des Menschen beleuchten. Das *main effect model* besagt, dass soziale Ressourcen unabhängig von Stresssituationen einen positiven Effekt haben (Cohen et al. 2004: 11). So sind soziale Beziehungen direkt assoziiert mit protektiven Faktoren wie kognitiven, emotionalen, behavioralen und biologischen Einflüssen, die nicht direkt als Hilfe oder Unterstützung wahrgenommen werden.

Das *stress buffering model* vertritt die Ansicht, dass der Zusammenhang zwischen Sozialer Unterstützung und Wohlergehen primär für Personen in Stresssituationen gilt (Cohen et al. 2004: 11). Die Buffering Hypothese geht davon aus, dass soziale Beziehungen emotionale, informative oder materielle Ressourcen bieten können, die helfen, auf chronische Stressoren zu reagieren. Soziale Unterstützung mildert bzw. puffert somit die schädigende Wirkung von Stress auf die Gesundheit (Holt-Lunstad et al. 2010: 2). Insofern stellt Soziale Unterstützung nach dem *stress buffering model* also eine Bewältigungsressource bei Stress dar während Soziale Unterstützung im Sinne des *main effect model* primär ein präventiver Faktor ist, der vor Überforderung schützen soll.

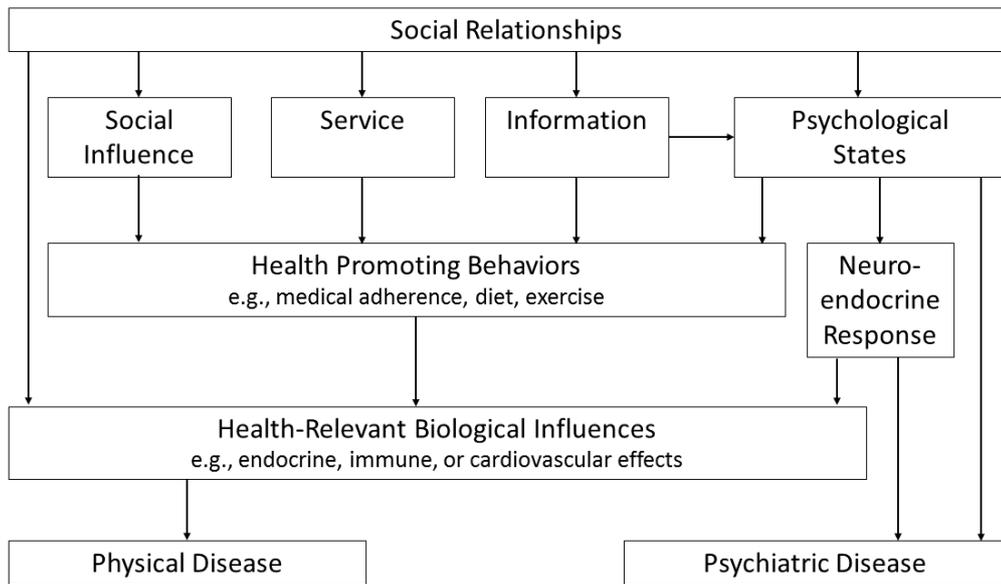


Abbildung 2: Cohen 2004: The main effect model: Social relationships and its direct (main) effects on psychological and physical health (Cohen et al. 2004: 12)

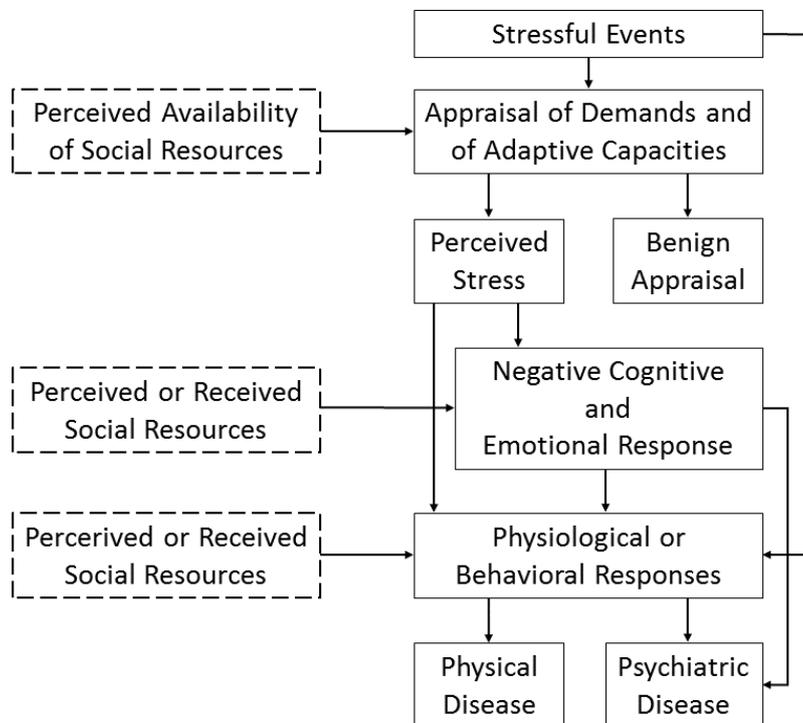


Abbildung 3: Cohen 2004: The buffering effect model: sociale support and its influence to responses to stressful life events. (Cohen et al. 2004: 13)

3 Prädiktoren für Lebensqualität: Herleitung der Hypothesen

Das Krankheitsbild Schizophrenie verläuft in 10-30% der Fälle chronisch progredient (Wolfgang Gaebel 2010: 7). Oft wird es im Krankheitsverlauf von Rückschlägen und unvollständigen Remissionen begleitet (Tandon et al. 2009: 2). Da es in vielen Fällen also nicht um die vollständige Heilung und Beseitigung der Symptome gehen kann, ist die Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität des Patienten ein wichtiges Therapieziel (Ruggeri et al. 2005: 121). Diese hat sich somit zu einem Erfolgskriterium der Behandlung bei psychiatrischen Erkrankungen entwickelt (Kovács et al. 2016: 2). Eine 2013 veröffentlichte Studie von Boyer et al. ergab außerdem, dass die Erhebung der Lebensqualität bei Schizophrenie als unabhängiger Vorhersagewert eines Rückfalls dienen kann (Boyer et al. 2013: 6). Im Falle von bipolaren Störungen haben die Anzahl der durchlaufenen Episoden einen starken negativen Effekt auf die Lebensqualität (Dean et al. 2004: 143).

Man kann davon ausgehen, dass Menschen mit bipolarer Störung oder Schizophrenie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung über eine geringere Lebensqualität verfügen (Alptekin et al. 2005: 239), wobei sich die Lebensqualität zwischen Bipolaren und Schizophrenen nicht nennenswert voneinander unterscheidet (Brissos et al. 2008: 61). Die Untersuchungen von Brissos et al. ergaben nur in der psychologischen Domäne eine minimal verringerte Lebensqualität bei Patienten mit Bipolarer Störung im Vergleich zu der an Schizophrenie Erkrankter. Ein Review von Dean et al. von 2004 ergab andererseits eine überwiegend schlechtere Lebensqualität bei Patienten mit Schizophrenen als bei Jenen mit bipolarer Störung (Dean et al. 2004: 144).

3.1 Psychosoziale Einflussfaktoren

Zu den psychosozialen Faktoren wie die in dieser Arbeit untersuchten Variablen Resilienz und Soziale Unterstützung und ihre Effekte auf die Lebensqualität gibt es bereits einige wissenschaftliche Erkenntnisse. Einen wesentlichen Beitrag hierzu trugen Ritsner et al. bei. Sie veröffentlichten 2014 eine Langzeit-follow-up-Studie, in der sie Prädiktoren für Lebensqualität über einen Zeitraum von 10 Jahren bei 108 Patienten mit Schizophrenie und schizoaffektiver Störung bestimmten. Sie kamen zu dem Schluss, dass Soziale Unterstützung eine bessere Lebensqualität induziert (Ritsner et al. 2014: 313). Auch eine frühere Untersuchung von Ritsner et al. aus dem Jahr 2012 zeigt auf, dass psychosoziale Faktoren einen größeren Einfluss auf die subjektive Lebensqualität haben als krankheitsbezogene Veränderungen wie Psychopathologie oder Medikamentennebenwirkungen (Ritsner et al. 2012: 1075) (Ritsner et al. 2002: 35). Aber nicht nur soziale Aspekte sondern auch hohe Selbstwirksamkeitserwartung und gesteigerter Selbstwert, beides Bestandteile des Resilienz-Konzeptes, sollen positive Prädiktoren für Lebensqualität sein (Ritsner et al. 2003: 308).

Die Forschungsgruppe um Ritsner entwickelte ebenfalls das vielfach zitierte Distress/Protection Model der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (*health related Quality of life = HRQL*) bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (siehe Abb.4). Die Autoren verstehen die subjektive HRQL als ein multidimensionales und heterogenes Konzept und als das Resultat aus der Interaktion zwischen beeinträchtigenden Faktoren (*distress factors*) einerseits und protektiven Faktoren andererseits (Ritsner 2007: 4). In diesem Zusammenhang prägen sie den Begriff des *HRQL impairment syndrome*. Dieses Syndrom soll aus dem Grad der HRQL resultieren, je nachdem welche Faktoren überwiegen. Innerhalb der sogenannten *distress factors* wird wiederum zwischen primären und sekundären Faktoren unterschieden, die dann gemeinsam die Beeinträchtigung der HRQL bilden. Die primären Faktoren stehen mit der Vulnerabilität des Individuums in Zusammenhang und beinhalten angeborene bzw. charakterliche (also internale) Eigenschaften (z.B. Vermeidungsverhalten, hoher Grad an Neurotizismus,

schlechte Coping-skills, schwaches Selbstkonzept) während die sekundären Faktoren krankheits- und umweltbezogen (also external) sind (Ritsner 2007: 11–12). Mit diesem Modell wollen Ritsner et al. die Ansicht untermauern, dass die verminderte Lebensqualität bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (sie beziehen hier nicht nur Schizophrenien, sondern auch schizoaffektive, Angst- und Affektstörungen mit ein) nicht allein mit dem progressiven Verlauf dieser Erkrankungen erklärt werden kann (Ritsner 2007: 9). Ihrer Meinung nach würde die Interaktion zwischen Vulnerabilität, Stressoren und protektiven Faktoren bereits im prämorbidem Stadium beeinflussen, ob die Erkrankung überhaupt ausbricht und im Falle des Ausbruchs ebenfalls ihren Verlauf mitbestimmen (Ritsner 2007: 11).

Ausgehend von diesen Betrachtungen und dem beschriebenen Modell soll die Hypothese aufgestellt werden, dass sowohl Resilienz als auch Soziale Unterstützung einen signifikanten, gerichteten Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten mit psychotischen Erkrankungen haben. Dabei lässt sich nach dem Modell von Ritsner et al. die Resilienz den primären, internalen Faktoren zuordnen. Auch wenn die soziale Unterstützung nach dem Modell von den Autoren den primären Faktoren zugeordnet wurde, lässt sich dieser Faktor hier auch als ein sekundärer, externaler Faktor verstehen.

Um diese Hypothese zu untermauern seien zusätzlich folgende Untersuchungen genannt:

Eine Longitudinalstudie von Fleury et al. von 2013 ermittelte Prädiktoren für Lebensqualität bei 297 Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, andere psychotische Störungen) in Montreal, Kanada. Die zweite Befragung fand ca. 18 Monate nach der Erstbefragung statt. Unter anderem wurden soziale Integration und Selbstwertbestätigung, zwei Aspekte sozialer Unterstützung, und das Leben in betreuten Wohneinrichtungen als Prädiktoren identifiziert (Fleury et al. 2013: 9).

Obwohl eine Studie über 318 ambulante Schizophrenie-Patienten von Adelufosi et al. eine Assoziation von Lebensqualität mit der Krankheitsschwere (ermittelt anhand des *BPRS*) sowie der sozialen Unterstützung ergab, räumen die Autoren einen möglichen

bidirektionalen Zusammenhang zwischen den genannten Variablen ein, sowohl untereinander als auch mit der Lebensqualität (Adelufosi et al. 2013: 322).

Dass soziale Faktoren nicht nur zu einer besseren Lebensqualität führen, sondern umgekehrt eine schlechtere Lebensqualität auch aus dem Fehlen dieser Faktoren resultieren kann, zeigen Suttajit et al. in der weiter oben bereits erwähnten Studie von 2015. Fehlender Kontakt zu Verwandten ist demnach ein Einflussfaktor für niedrige Lebensqualität (Suttajit and Pilakanta 2015: 1377). Auch andere Quellen ergaben, dass das Fehlen sozialer Unterstützung eine schlechtere subjektive Lebensqualität zur Folge hat (Norman et al. 2000) (Dean et al. 2004: 150–151).

Dass psychosoziale Faktoren nicht nur einen direkten Effekt auf die Lebensqualität haben zeigte eine Querschnittsstudie mit 66 postakut behandelten Schizophreniepatienten. Diese ergab, dass depressive Symptome einen direkten negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben, und dass andere erhobene Faktoren, wie negative Copingstile, soziale Unterstützung, und Selbstwirksamkeitsüberzeugung über ihren jeweiligen Einfluss auf Depressionen die Lebensqualität indirekt beeinflussen (Bechdolf et al. 2003: 228).

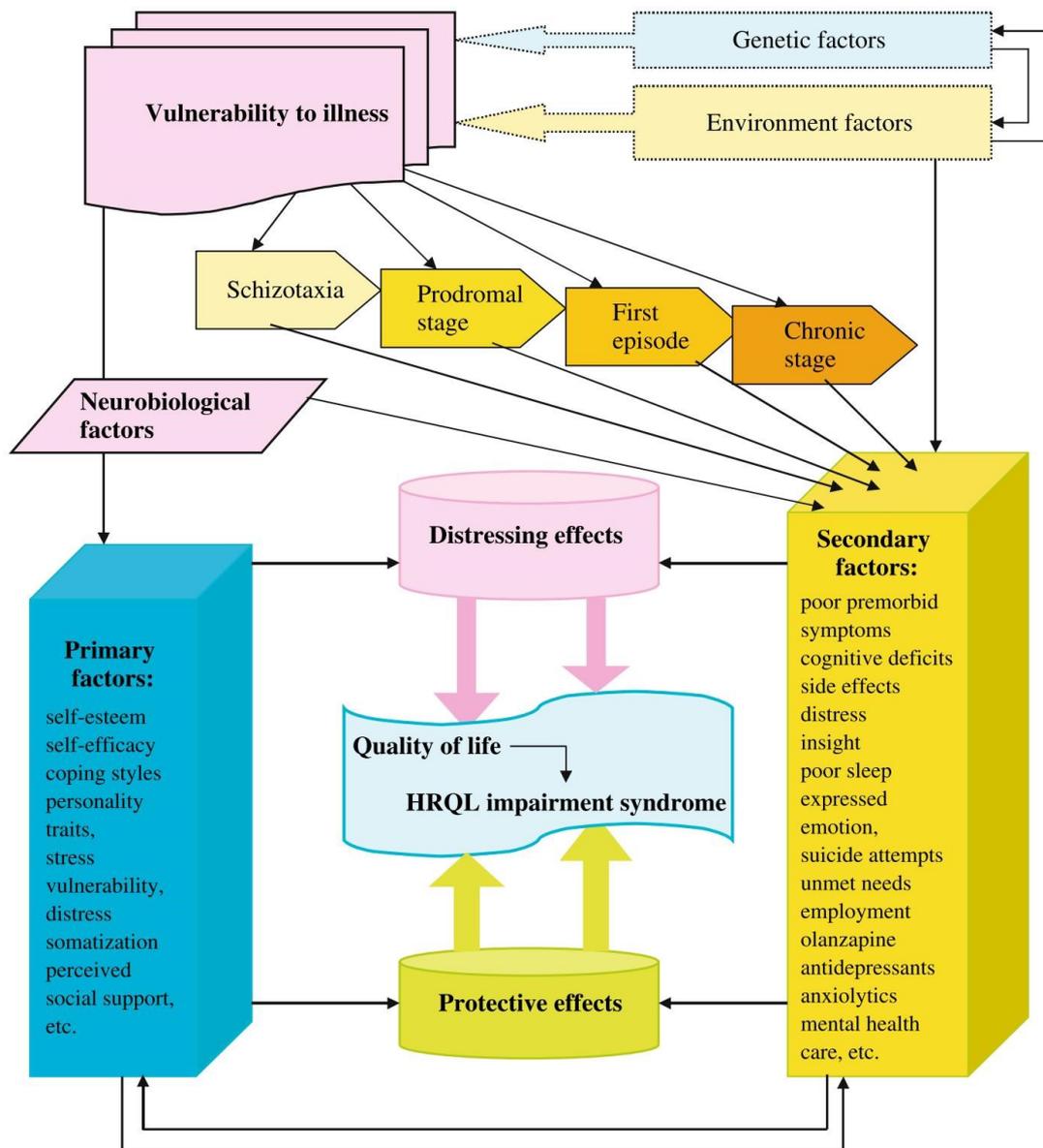


Abbildung 4: Ritsner 2007- The distress/protection vulnerability model of quality of life impairment syndrome in schizophrenia (Ritsner 2007: 12)

3.2 Soziale Unterstützung als Einflussfaktor

Ein starkes soziales Netzwerk ist laut diverser Studien ein wichtiger Einflussfaktor für die Lebensqualität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine Longitudinalstudie von Hansson et al. stützt nicht nur die Einschätzung, dass das soziale Netzwerk einer Person mit schwerer psychischer Erkrankung wesentlich für die subjektive Lebensqualität ist. Es stellte sich außerdem heraus, dass die Bedeutung dieses sozialen Netzwerkes für den Patienten über die Zeit zunimmt. Die Autoren schließen aus ihren Untersuchungen, dass die Entwicklung eines stabilen sozialen Netzwerkes ein Ansatz sein kann zur Verbesserung der Lebensqualität und generell für die Behandlung Betroffener (Hansson and Bjorkman 2007: 15).

In einer älteren longitudinalen Untersuchung von Baker et al. von 729 schwer psychisch erkrankten Erwachsenen wurden zwei Aspekte sozialer Unterstützung, nämlich Verfügbarkeit und Angemessenheit differenziert betrachtet und der Zusammenhang mit Lebensqualität und Zufriedenheit untersucht. Angemessenheit bezieht sich dabei auf die Zufriedenheit des Befragten mit der erhaltenen sozialen Unterstützung beziehungsweise deren Verfügbarkeit und lässt annehmen, dass in manchen Fällen soziale Unterstützung nicht als Hilfe und Entlastung, sondern als Kontrollverlust und Verletzung der Privatsphäre wahrgenommen werden kann. Laut der Untersuchungsergebnisse korreliert die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung signifikant mit positiver Entwicklung der Lebensqualität über den Erhebungszeitraum von neun Monaten. Unangemessene soziale Unterstützung hatte hingegen einen negativen Effekt sowohl auf die Lebensqualität als auch auf die Zufriedenheit der Patienten (Baker et al. 1992: 397).

Eine Querschnittsstudie mit 66 postakut behandelten Schizophreniepatienten untersuchte den Einfluss verschiedener Variablen auf die Lebensqualität der Patienten. Anders als bei psychisch gesunden Probanden, bei denen die drei Aspekte Soziale Unterstützung, negative Copingstile und Selbstwirksamkeit einen direkten Einfluss auf die Lebensqualität haben, hatten diese Faktoren bei Patienten mit Schizophrenie nur einen direkten Effekt auf die depressive Symptomatik und über diesen Punkt indirekt auf die

Lebensqualität (Abb.5) (Bechdorf et al. 2003: 228). Dieses Ergebnis bestätigt frühere Vermutungen, dass die Behandlung einer Psychose ein sehr schmerzhafter Prozess sein kann, der durch folgende Traumata und Depressionen die Lebensqualität wesentlich beeinträchtigen kann.

Im Gegensatz zur zuletzt genannten Studie, in der der Einfluss von sozialer Unterstützung und Coping auf die Symptomatik und hierüber auf die Lebensqualität deutlich wird, beleuchtet die folgende Studie, inwieweit die Symptomatik einen Einfluss auf soziale Kontakte und Freundschaften der Betroffenen hat. Die Untersuchung mit 1396 befragten Schizophrenen ergab, dass vermehrte Negativsymptome und Feindseligkeit aufgrund von Wahnvorstellungen mit einem Rückgang der sozialen Kontakte und dem Fehlen enger Freundschaften assoziiert sind (Giacco et al. 2012: 5). Diese Freundschaften wiederum bieten psychisch Erkrankten praktische und emotionale Unterstützung im Umgang mit Stress. Man kann annehmen, dass somit auch die Resilienz im Rahmen der Erkrankungen hierunter leidet und abnimmt. Diese beiden Studien verdeutlichen das Wechselspiel zwischen der Natur der Erkrankung (im Sinne der typischen Symptomatik) und Faktoren wie sozialer Unterstützung und Coping. Die Wechselwirkungen scheinen nicht nur auf eine Weise gerichtet zu sein, sondern sich gegenseitig zu bedingen und im Zusammenspiel eine komplexe Wirkung auf die Lebensqualität des Individuums zu haben.

Menschen mit psychotischen Störungen verfügen oft über weniger Freunde und soziale Kontakte verglichen mit der Allgemeinbevölkerung und verglichen mit Patienten mit anderen psychischen oder physischen Erkrankungen (Sias und Bartoo 2007). Hansen et al. gehen davon aus, dass der soziale Rückzug von Patienten mit psychotischen Störungen daraus resultiert, dass jegliche Stimulation vermieden wird. Die Autoren unterscheiden zwischen passivem Rückzug und aktivem Rückzug. Ersterer soll mit der Negativsymptomatik in Zusammenhang stehen (fehlende Motivation, Antriebslosigkeit), während aktive Vermeidung sozialer Kontakte eher aufgrund positiver Symptome entsteht (Beziehungswahn, Beeinflussungswahn, etc.) (Hansen et al. 2009: 276).

In einer Longitudinalstudie befragten Caron et al. 143 Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung zu den Zusammenhängen u.A. zwischen sozialer Unterstützung, Coping-Strategien und Lebensqualität. Die Befragung wurde nach 6 Monaten wiederholt und ergab, dass zwei Komponenten von sozialer Unterstützung, nämlich sozialer Anschluss und Selbstwertbestätigung die stärksten Prädiktoren für Lebensqualität sind (Caron et al. 2005). Auch die bereits beschriebene Studie von Bechdorf et al. zeigte, dass Copingstile als internale Faktoren einen starken Effekt auf die Lebensqualität bei Schizophrenie haben. Diese Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit von geeigneten Coping-Konzepten für die subjektive Lebensqualität bei dieser Erkrankung (Bechdorf et al. 2003: 233).

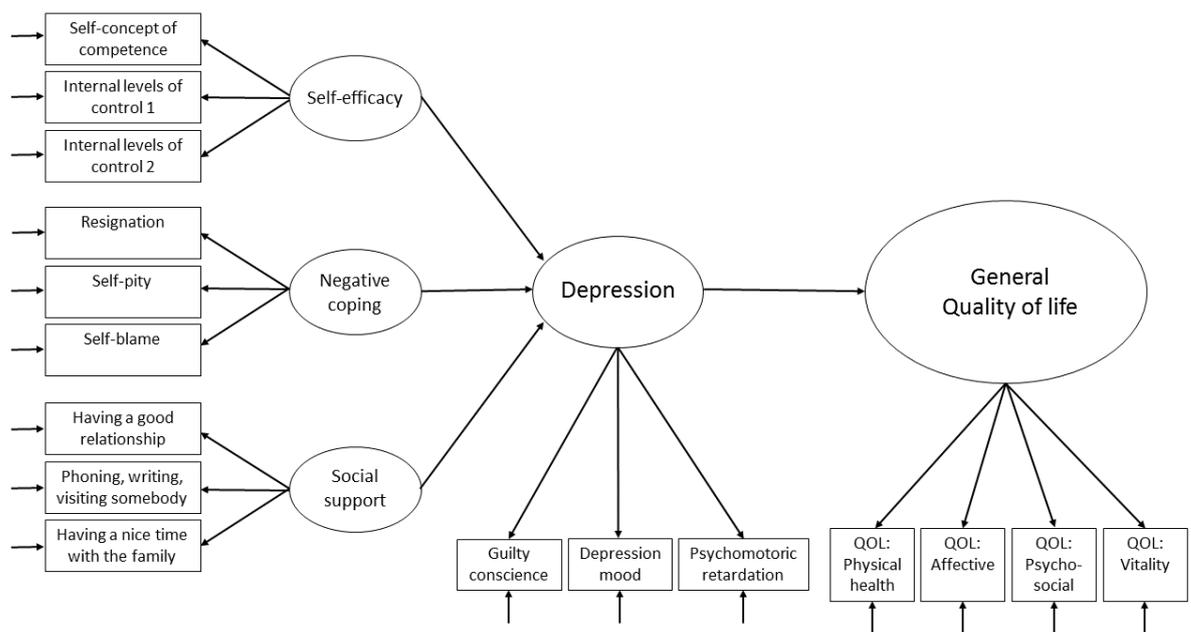


Abbildung 5: Bechdorf, Klosterkötter et al.: Structural model of general subjective QoL in post acute patients with schizophrenia (Bechdorf et al. 2003: 232)

3.3 Andere Einflussfaktoren

Im Rahmen der Lebensqualitätsforschung wurden in den vergangenen Jahrzehnten aber auch diverse andere Variablen untersucht, von denen man vermutet, dass sie einen Einfluss auf die Lebensqualität eines Individuums haben. So scheinen beispielsweise das Alter und das Geschlecht einen Effekt zu haben. Die Lebensqualität wird bei Frauen von anderen Aspekten beeinflusst als bei Männern. Danach profitieren Frauen mit Schizophrenie eher von sozialer Integration als männliche Betroffene (Wanner et al. 1997). Männer schätzen ihre soziale Unterstützung außerdem selbst geringer ein als Frauen dies tun. In Übereinstimmung mit vorherigen Ergebnissen (Hessel et al., 1998) ist jedoch von Interesse, dass sich Geschlechtsunterschiede in der sozialen Unterstützung etwa ab dem sechzigsten Lebensjahr nivellieren. Ältere Männer und Frauen erleben insgesamt soziale Unterstützung in niedrigerem Ausmaß als Jüngere.

Viele Untersuchungen beschäftigen sich mit der Psychopathologie als Prädiktor und ergaben, dass insbesondere Negativsymptomatik und depressive Symptome einen erheblichen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben (Tomotake 2011: 167) (Narvaez et al. 2008: 205). Xiang et al. untersuchten 2006 eine Gruppe von 200 ambulanten Schizophrenie-Patienten in China. Es stellte sich heraus, dass depressive Symptome alle Domänen von Lebensqualität beeinträchtigen und gleichzeitig, dass eine schwere Positivsymptomatik ebenfalls einen signifikanten Prädiktor für Lebensqualität darstellt. Hierin widerspricht diese Studie anderen Untersuchungsergebnissen. (Xiang et al. 2007: 447). Suttajit et al. fanden 2015 bei einer Untersuchung von 80 ambulanten Patienten mit Diagnose Schizophrenie heraus, dass Negativsymptome und Depressionen bei Schizophrenie die bedeutendsten Faktoren für geringe subjektive Lebensqualität sind (Suttajit and Pilakanta 2015: 1373). Interessant ist auch, dass diese Studie sich mit früheren Untersuchungen deckt, in denen die Positivsymptome die subjektive Lebensqualität weniger einschränkten als Negativsymptome (Norman et al. 2000: 303). Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die gängige Therapie in Form von Antipsychotika möglicherweise nicht immer im Sinne des Patienten und seines subjektiv empfundenen

Wohlergehens ist, da durch diese Medikamente hauptsächlich die Positivsymptomatik behoben und Negativsymptome oft noch verstärkt werden (Narvaez et al. 2008: 201). Die Tatsache, dass Suttajit et al. antipsychotischen Nebenwirkungen wie Benommenheit und Schlaflosigkeit ebenfalls eine negative Wirkung auf die psychologische und physische Domäne von Lebensqualität zuschreiben deutet zusätzlich auf die Problematik verbunden mit der medikamentösen Therapie hin (Suttajit et al. 2013).

Ein Review von Lambert et al. 2004 unter dem Titel „Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life“ verweist darauf, dass Depressionen und Ängste stärker mit QoL im Zusammenhang stehen als psychotische Symptome (Haan et al. 2002: 28). Auch Nebenwirkungen, insbesondere Extrapiramidale Symptome (EPS) scheinen eine Verschlechterung des subjektiven Wohlergehens zur Folge zu haben.

Personen, die über eine höhere Bildung verfügen, erleben ein höheres Maß an sozialer Unterstützung und erreichen demzufolge in den Messinstrumenten höhere Punktwerte als Menschen mit geringerem Bildungsstand. Befunde von Berth et al. (2005) an einer repräsentativen Stichprobe ergaben eine verminderte soziale Unterstützung bei Arbeitslosen, was die Bedeutsamkeit sozialer Integration durch die Teilnahme am Berufsleben bzw. das Risiko geringerer sozialer Integration durch Arbeitslosigkeit bestätigt.

Aus den letzten Betrachtungen folgt, dass gewisse Aspekte wie Alter, Geschlecht, Psychopathologie und Schulbildung mit den in dieser Arbeit betrachteten Variablen interagieren. Dies führt dazu, dass diese Punkte als Kontrollvariablen in die folgenden Betrachtungen mit einbezogen werden, um die Effekte, die auf sie zurückzuführen sind zu berücksichtigen.

3.4 Hypothesen

Zusammenfassend soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, inwieweit anhand der beiden Faktoren Resilienz und Soziale Unterstützung die Lebensqualität von Patienten mit psychotischen Erkrankungen eingeschätzt werden kann.

Dabei wird angenommen, dass Resilienz und Soziale Unterstützung insofern einen positiven Effekt auf die Lebensqualität haben, dass eine höhere Resilienz bzw. mehr Soziale Unterstützung mit höherer Lebensqualität einhergehen.

Hypothese I: Je höher die Resilienz eines Erkrankten desto höher ist seine Lebensqualität.

Hypothese II: Je höher die soziale Unterstützung eines Erkrankten desto höher ist seine Lebensqualität.

Betrachtet man die Ergebnisse der Recherchen bezogen auf Resilienz und Soziale Unterstützung, so erscheint weiterhin sinnvoll, den Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen näher zu untersuchen. Die Vermutung liegt nahe, dass dabei die erlebte soziale Unterstützung einer Person einen direkten Einfluss auf die Resilienz haben könnte. Soziale Unterstützung könnte gewissermaßen eine Ressource für Resilienz sein, die dem Individuum in Form von Rückhalt und persönlicher Bestätigung mehr Widerstandsfähigkeit verleiht.

Hypothese III: Je besser die soziale Unterstützung eines Erkrankten desto höher die Resilienz.

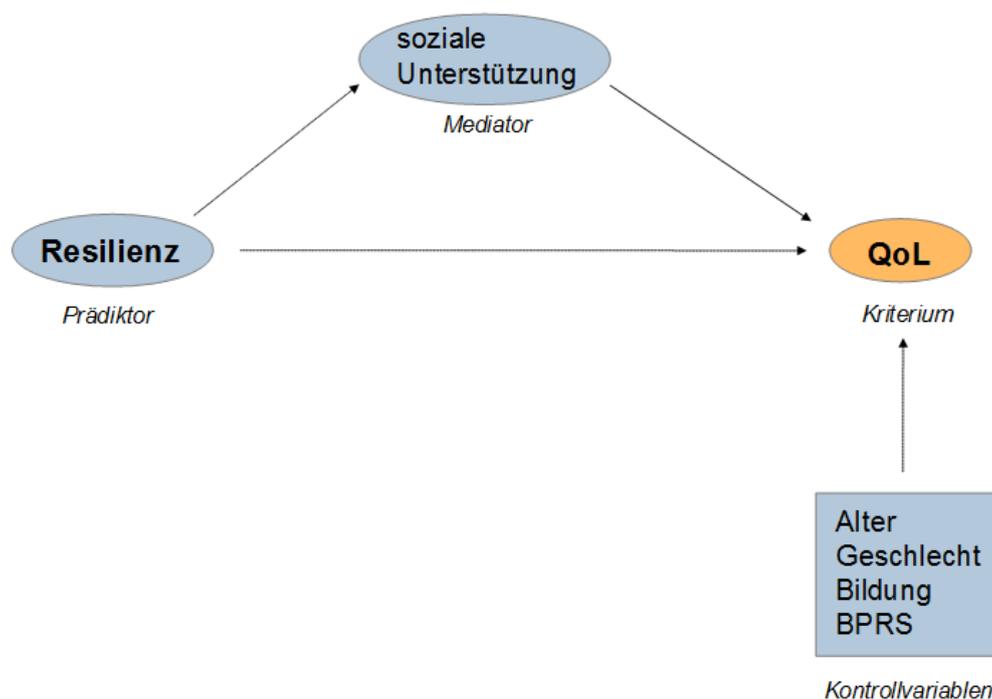
Ferner soll geprüft werden, ob die beiden Faktoren Resilienz und Soziale Unterstützung unabhängig voneinander wirken oder in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander stehen, insbesondere, ob Resilienz über Soziale Unterstützung als Mediator auf die Lebensqualität wirkt. Diese Überlegung basiert auf dem weiter oben bereits erläuterten *Stress Buffering Modell*, bei dem davon ausgegangen wird, dass ein unterstützendes soziales Netzwerk gewissermaßen als Puffer in Stresssituationen fungiert und zur

Aufrechterhaltung persönlicher Funktionsfähigkeit beiträgt und das Individuum stabilisiert. Genauer gesagt geht das Modell davon aus, dass durch erlebte soziale Unterstützung nicht nur der Selbstwert gesteigert wird, sondern auch Selbstwirksamkeitserwartungen, Problemlösungs- und Steuerungsprozesse verbessert werden können (Franke WS 2007/2008). Es wäre möglich, dass Resilienz nicht direkt die Verarbeitung und Bewältigung von Krankheitsprozessen bei psychiatrisch Erkrankten fördert, sondern dass eigentlich die erfahrene soziale Unterstützung des Betroffenen für dessen Widerstandsfähigkeit sorgt und somit für eine bessere Lebensqualität.

Hypothese IV: Soziale Unterstützung mediiert den Effekt von Resilienz auf Lebensqualität. Das bedeutet, dass der Effekt von Resilienz auf die Lebensqualität nicht direkt ist, sondern indirekt über Soziale Unterstützung vermittelt wird.

Für alle vier Hypothesen sollen die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, Bildung (anhand des höchsten allgemeinbildenden Schulabschlusses) und Psychopathologie (anhand des BPRS) in die Betrachtung mit einbezogen werden.

Die folgende Grafik soll die Fragestellung zusammenfassend veranschaulichen.



Grafik 1: Modell der Mediationsanalyse (Hypothese IV)

4 Methodik

4.1 Studiendesign Tecla / IMeS

Die Daten für die vorliegende Doktorarbeit stammen aus der Datenerhebung zweier Studien unter dem Namen „*Poststationäre telemedizinische Betreuung von Patienten mit Schizophrenie oder bipolaren Störungen*“ (Tecla) und „*Ansätze der individualisierten Medizin bei schweren psychiatrischen Erkrankungen*“ (IMeS). Diese Studien wurden durchgeführt vom Institut für Psychiatrie und Psychotherapie und vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald in Kooperation mit der Universitätsmedizin Greifswald, der Helios Klinik Stralsund und dem Krankenhaus Bethanien in Greifswald. Die Leitung hatten Herr Prof. Dr. med. Grabe und Frau PD Dr. van den Berg in Kooperation mit Herrn Prof. Dr. med. Freyberger und Herrn PD Dr. med. Langosch. Die diagnostischen Interviews der Baseline wurden durchgeführt von Lara Strobel, Enrique d'Harcourt Rowold und Josephine Schulte.

4.1.1 Tecla: Poststationäre telemedizinische Betreuung von Patienten mit Schizophrenie oder bipolaren Störungen

Mecklenburg-Vorpommern ist eine sehr ländliche und in weiten Teilen spärlich besiedelte Region im Nordosten Deutschlands mit etwa 460.000 Einwohnern. Sowohl stationäre als auch ambulante psychiatrische Institutionen sind zu großen Teilen in den größeren Städten lokalisiert, was den Zugang für viele Einwohner oft schwierig macht. Schwere psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie und Bipolare Störungen verlaufen oft chronisch und unterliegen einer hohen Rezidivrate (Wolfgang Gaebel 2010: 7). Der Therapieerfolg ist oftmals abhängig von der Medikamentenadhärenz des Patienten und gleichzeitig ist eine Krankheitseinsicht bedingt durch die Erkrankungen oft nicht gegeben.

Die Studie sollte untersuchen, ob eine telefonische und SMS-gestützte Betreuung für diese Patienten eine Alternative darstellen könnte. Primär sollte festgestellt werden, ob

die Medikamentenadhärenz nach 6 Monaten Intervention (Telefon- und SMS-Kontakte) besser ist als bei einer Kontrollgruppe ohne telefonische Betreuung. Außerdem wurde die Rehospitalisierungsrate, die Lebensqualität und die Krankheitsschwere nach der Follow-Up-Periode beurteilt (Stentzel et al. 2015: 3).

Es handelte sich um eine kontrollierte randomisierte prospektive Interventionsstudie. Nach Aufklärung und Einwilligung der Patienten und kurz vor Entlassung aus dem stationären bzw. teilstationären Aufenthalt erfolgte eine störungsspezifische Baseline-Diagnostik im persönlichen Gespräch durch wissenschaftliche Projektmitarbeiter*innen.

4.1.2 IMeS: Ansätze der individualisierten Medizin bei Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen

Hintergrund dieser von denselben Institutionen wie bei Tecla durchgeführten Studie war die fortschreitende Erforschung mit immer neuen Erkenntnissen bezüglich diverser Biomarker schwerer psychiatrischer Erkrankungen. Es handelt sich um ein quasiexperimentelles Studiendesign bei der durch Vergleich der Patientenstichprobe mit einer parallelisierten Kontrollgruppe (aus SHIP – Study of health in Pomerania) Genom-, Transkriptom-, Proteom- und Metabolomanalysen durchgeführt wurden. Ziel war es, weitere Biomarker zu identifizieren.

Die Stichprobe setzte sich auch hier zusammen aus Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen und bipolar affektiven Formenkreis (F20-29 und F31).

4.2 Messinstrumente

Im Folgenden werden die Messinstrumente beschrieben, die zur Generierung der in dieser Arbeit verwendeten Daten zur Anwendung kamen.

4.2.1 WHOQOL-BREF

Die Forschungsentwicklung auf dem Gebiet der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erbrachte seit Mitte der 1970er Jahre diverse Messinstrumente. Diese waren jedoch nicht in der Lage die jeweiligen Ergebnisse unmittelbar miteinander zu vergleichen, da sich Interpretation und Gewichtung der einzelnen Dimensionen des Konzeptes Lebensqualität stark voneinander unterschieden. So sind Kritiker der Meinung, dass Lebensqualität niemals ein mit biomedizinischen Parametern vergleichbares wissenschaftliches Kriterium werden kann, und dass es deswegen auch keine absolut richtigen Messungen geben wird. Lebensqualität sei ein normatives Konstrukt, das je nach den Ansichten in Bezug auf gutes Leben unterschiedlich definiert werden kann (Kovács et al. 2016: 24). Auch bezüglich der interkulturellen Vergleichbarkeit gibt es Schwierigkeiten, insbesondere durch unterschiedliche normative Bezugssysteme, Werte und Präferenzen und nicht zuletzt durch die Problematik der Übersetzbarkeit in unterschiedliche Sprachen (Anderson et al. 1993).

So entstand 1991 ein Projekt der *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*, dessen Ziel es war, ein internationales Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität zu entwickeln. Hierbei lag der Fokus vor allem auf den Dimensionen der subjektiven Beurteilung der eigenen Lebensbedingungen und auf der interkulturellen Anwendbarkeit des Messinstrumentes (Angermeyer et al. 2000b: 11).

Das Resultat dieser Initiative ist der WHOQOL-100 und der kürzere und praktischer durchführbare WHOQOL-BREF, die auf der Grundlage der von der WHO 1947 gefundenen Definition von Gesundheit als „ (...) Zustand umfassenden physischen, psychischen und

sozialen Wohlergehens (...)“ (United Nations World Health Organization Interim Commission 1948: 100) erstellt wurden.

Der in dieser Arbeit verwendete WHOQOL-BREF besteht aus 26 Items, die auf Grundlage einer Likert-Skala (von 1 bis 5) beurteilt werden müssen. Die Items lassen sich in Unterkategorien, den sogenannten QoL-Facetten ordnen, die ihrerseits wiederum fünf Oberkategorien zuzuordnen sind, den sogenannten QoL-Domänen. Die Domänen sind wie folgt betitelt: Global, Physisch, Psychisch, Soziale Beziehungen, Umwelt.

Eine 1991 in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchgeführte Pilotstudie zur Prüfung des WHOQOL ergab für den BREF bei einer Gesamtstichprobe von N=2432 (2073 Allgemeinbevölkerung, 261 somatische Patienten, 98 psychiatrische Patienten) bezüglich der fünf Domänen eine interne Konsistenz von 0.75 bis 0.88 (Angermeyer et al. 2000b: 52).

Zur Auswertung des WHOQOL-BREF-Fragebogens wurde für jede Fragendomäne ein Punktwert zwischen 0 und 100 ermittelt, der mit einem Normwert für das gleiche Alter und Geschlecht verglichen werden konnte, der aus den Normierungsstichproben des eingesetzten Instruments stammte. Zur Berechnung der Domänenwerte wurde das arithmetische Mittel der zu der jeweiligen Domäne gehörenden Fragen mit 4 multipliziert, man erhielt einen Wert zwischen 4 und 20. Es wurden nur Fälle in die Berechnung einbezogen, bei denen maximal eine der zur Domäne gehörenden Fragen einen fehlenden Wert aufwies. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden diese Domänenwerte mit folgender Formel in einen Wertebereich zwischen 0 und 100 transformiert: Domäne (0 bis 100) = (Domänenwert (4 bis 20) – 4) x 6,25

Item-Nr.	Iteminhalt	Domäne
1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	Global
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	
3	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? *	Physisch
10	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	
15	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	
4	Wie sehr sind Sie auf medizinische Hilfe angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? *	
18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	
5	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	Psychisch
7	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	
19	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	
11	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	
26	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression? *	
6	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	
20	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	Soziale Beziehungen
22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	
8	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	Umwelt
23	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	
12	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	
24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	
13	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	
14	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	
9	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	
25	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	

* negative Kodierung

Abbildung 6: Angermeyer, Kilian et al: Zuordnung der WHOQOL-BREF-Items zu den Domänen (Angermeyer et al. 2000b: 62)

4.2.2 RS-11

Dieses Instrument zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Persönlichkeitsmerkmal ist die von Leppert und Schumacher ins Deutsche übersetzte Version der *Resilience Scale* von Wagnild und Young aus dem Jahr 1993.

Die Resilienzskala umfasst ursprünglich 25 Items (RS-25), die in zwei faktorenanalytisch konstruierte Skalen eingeteilt werden. Die Skala „*Persönliche Kompetenz*“ (RS-Komp) erhebt Merkmale wie Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Beweglichkeit und Ausdauer des Befragten. Die Skala „*Akzeptanz des Selbst und des Lebens*“ (RS-Akz) untersucht Anpassungsfähigkeit, Toleranz, Flexibilität bezüglich der eigenen Person und des eigenen Lebensweges. Beantwortet werden die einzelnen Items auf einer siebenstufigen Likert-Skala. Durch Addition der Itemwerte erhält man einen Score, wobei ein hoher Score einer hohen Merkmalsausprägung bezogen auf Resilienz entspricht. Die Addition beider Skalenwerte ergeben einen Gesamtwert (RS-Komp + RS-Akz = RS-Ges) (Schumacher et al. 2004: 5–6).

Die für die Kurzskala ausgewählten Items bestehen aus 9 Items der Skala RS-Komp und zwei Items der Skala RS-Akz. Aufgrund der hohen Korrelation der Kurzskala mit der Gesamtskala ($r = 0.95$) kann die RS-11 als valide Kurzfassung zur Erfassung eines Generalfaktors der Resilienz eingesetzt werden und erfasst zuverlässig die psychische Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal (Schumacher et al. 2004: 9).

4.2.3 F-SozU K-14

Ausgehend von kognitiven Ansätzen und einer ausführlichen Literaturrecherche erfasst der F-SozU die subjektive Einschätzung des Befragten, bei Bedarf auf Unterstützung und Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können (Th. Fydrich, G. Sommer, E. Brähler). Die Standardform des F-SozU besteht aus 54 Items aufgeteilt auf folgende Skalen: Emotionale Unterstützung, Praktische Unterstützung, Soziale Integration, Belastung aus dem sozialen Netzwerk, Reziprozität, Verfügbarkeit einer Vertrauensperson, Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung. Insgesamt lassen sich die Items in drei Dimensionen gliedern: Praktische/Materielle Unterstützung, Emotionale Unterstützung, Soziale Integration.

Neben der Originalversion mit 54 Items gibt es mehrere Kurzversionen: K-22, K-14 und K-6. In der vorliegenden Untersuchung wurde der F-SozU K-14 verwendet, dessen Items sich ebenfalls den oben genannten Dimensionen zuteilen lassen, auch wenn die Items in dieser Version nicht explizit in diese gegliedert sind. Die Kurzform eignet sich vor allem zur Erhebung sozialer Unterstützung, so wie sie vom Befragten allgemein wahrgenommen wird. Sofern keine differenzierte Betrachtung der Inhalte dieser Wahrnehmung notwendig ist, kann die Kurzform in Forschung, Psychotherapie und im Rahmen von Beratungen innerhalb der Praxis eingesetzt werden. Dabei verfügt K-14 über sehr gute itemstatistische Kennwerte und mit einem Cronbach's α von 0.94 über eine gute innere Konsistenz (Fydrich et al. 2009: 43).

Beantwortet werden die als Aussagen formulierten Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 für „trifft gar nicht zu“ bis 5 für „trifft genau zu“).

4.2.4 Kontrollvariablen

Wie weiter oben bereits beschrieben, haben noch andere Aspekte einen signifikanten Einfluss auf die untersuchten Variablen. Um die Effekte dieser Aspekte auf die betrachteten Variablen zu berücksichtigen, sollen diese als Kontrollvariablen in die Berechnungen mit einfließen. Hierbei handelt es sich um die Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsstand und psychopathologischer Befund in Form des BPRS.

4.2.4.1 Bildungsstand

Die Kontrollvariable Bildungsstand wurde anhand des höchsten allgemeinbildenden Schulabschlusses mit folgenden Ausprägungen erhoben:

- 1) noch Schüler(in) ohne Abschluss
- 2) Schulabgang ohne Abschluss
- 3) Volks- oder Hauptschulabschluss
- 4) Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife
- 5) Abschluss polytechnische Oberschule
- 6) Fachhochschulreife, fachgebundene Hochschulreife, Fachoberschule
- 7) Abitur, allgemeine Hochschulreife, EOS mit Facharbeiterabschluss
- 8) anderer Abschluss
- 9) weiß nicht

Um diese Variable mit in die Berechnungen einbeziehen zu können, wurden drei Kategorien für die neue Variable „Bildungsstand“ gebildet: 1) niedrig – 2) mittel – 3) hoch. Die alten Kategorien wurden der neuen Variable Bildungsstand wie in Tabelle X veranschaulicht, zugeteilt. Da keiner der Probanden „noch Schüler(in) ohne Abschluss“ oder „weiß nicht“ zuzuteilen waren, wurde diesen beiden Kategorien kein neuer Wert zugeteilt. Zum Wert „anderer Abschluss“, der drei Mal gegeben war, wurden folgende

Bemerkungen vermerkt: „Förderschule“, „9. Klasse Berufsmaturität“, „8. Klasse Förderschule“. Somit wurde dem alten Wert „anderer Abschluss“ unter der neuen Variable Bildungsstand der Wert „niedrig“ zugeteilt. Anschließend wurden zwei Dummy-Variablen erzeugt: „Bildungsstand_niedrig“ und „Bildungsstand_hoch“. Die Variable Bildungsstand mit dem Wert „mittel“ bildete hierfür den Referenzwert. Die beiden entstandenen Dummy-Variablen konnten nun als Kontrollvariablen in die Regressionsanalysen mit eingeführt werden.

Tabelle 1: Neue Variable Bildungsstand

Neue Variable „Bildungsstand“	Alte Variable „höchster allgemeinbildender Schulabschluss“
1) niedrig	2) Schulabgang ohne Abschluss 3) Volks- oder Hauptschulabschluss 8) anderer Abschluss
2) mittel	4) Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife 5) Abschluss polytechnische Oberschule
3) hoch	6) Fachhochschulreife, fachgebundene Hochschulreife, Fachoberschule 7) Abitur, allgemeine Hochschulreife, EOS mit Facharbeiterabschluss
---	1) noch Schüler(in) ohne Abschluss 9) weiß nicht

4.2.4.2 BPRS

Die BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) wurde 1962 von Overall und Gorham entwickelt und ist einer der meistverwendeten Fremdbeurteilungsverfahren in der psychiatrischen Forschung. Sie dient zur Einschätzung des psychopathologischen Befunds (Maß et al. 1997: 239) und wird hauptsächlich zur Prüfung von Effekten von pharmakologischen und psychosozialen Interventionen bei Schizophrenie verwendet, kann aber auch bei affektiven Störungen und demenziellen Erkrankungen Anwendung finden. Genauer handelt es sich um ein teils unstrukturiertes, teils semistrukturiertes klinisches Interview für dessen Auswertung sowohl die Auskünfte des Patienten also auch die Beobachtungen des Interviewers miteinbezogen werden.

Da es zu Beginn keinen systematischen Interviewleitfaden gab und die einzuschätzenden Symptome lediglich durch kurze Beschreibungen definiert wurden, erstellten verschiedene Autoren (z.B. Lukoff et al. 1986) Manuale, um eine größere Standardisierung der Durchführung des Interviews zu gewährleisten (Maß et al. 1997: 240).

Die BPRS besteht aus 18 bis 24 Items (je nach Ausgabe), die zu folgenden 5 Subskalen zusammengefasst werden können: Angst/Depression, Anergie, Denkstörung, Aktivierung, Feindseligkeit/Misstrauen (Abb. 8). Die Beurteilung erfolgt mittels einer 7stufigen Rating-Skala (1 = nicht vorhanden bis 7 = extrem stark).

ANDP	Angst / Depression	Items 1 (Körperbezogenheit), 2 (Angst), 5 (Schuldgefühle), 9 (Depressive Stimmung)
ANER	Anergie	Items 3 (Emotionale Zurückgezogenheit), 13 (Motorische Verlangsamung), 16 (Affektive Abstumpfung, Verflachung), 18 (Orientierungsstörungen)
THOT	Denkstörungen	Items 4 (Zerfall der Denkprozesse), 8 (Größenideen), 12 (Halluzinationen), 15 (Ungewöhnliche Denkinhalte)
ACTV	Aktivierung	Items 6 (Gespanntheit), 7 (Manieriertheit), 17 (Erregung)
HOST	Feindseligkeit / Mißtrauen	Items 10 (Feindseligkeit), 11 (Mißtrauen, paranoide Ideen), 14 (Unkooperatives Verhalten)

Abbildung 7: Einteilung der BPRS-Items in 5 faktorenanalytisch begründete Skalen (J.E. Overall)

4.3 Statistische Verfahren

Die mit Hilfe des WHOQOL-BREF, RS-11 und F-SozU-K14 erfassten Ergebnisse wurden mit *IBM SPSS Statistics 24* verwaltet und anonymisiert ausgewertet. Es wurden die im Folgenden dargestellten Tests durchgeführt.

Deskriptive Statistik mit Mittelwerten und Standardabweichungen wurde erhoben für die betrachteten Variablen Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Resilienz (RS-11) und Soziale Unterstützung (F-SozU K-14).

Für die Überprüfung auf Normalverteilung fand der Shapiro-Wilk-Test Anwendung. Hierbei belegt ein $p > 0,05$ eine Normalverteilung, $p < 0,05$ widerlegt sie (Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$). Dieser Test zeichnet sich insbesondere durch seine hohe Teststärke bei kleineren Stichproben aus (Shapiro und Wilk 1965).

Um die Zusammenhänge zwischen den drei betrachteten Variablen zu untersuchen wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Der Pearson-Korrelationskoeffizient r misst den ungerichteten, linearen Zusammenhang zwischen zwei Variablen und kann zwischen 1 und -1 liegen. Wenn $r \approx 0$ dann liegt kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen vor. Bei $r > 0$ liegt eine positive Korrelation vor, d.h. je größer X desto größer Y. Wenn $r < 0$ dann wird X kleiner je größer Y und umgekehrt (Field 2015: 274–276).

Für die Hypothesen I, II und III wurde eine multiple lineare Regression angewendet. Sinn einer Regressionsanalyse ist es, bestimmte Vorhersagewerte (auch Prädiktoren oder Kovariaten) für eine abhängige Variable (auch Zielvariable) zu ermitteln. Es geht somit um kausale Zusammenhänge, d.h. ob eine bestimmte Variable einen gerichteten, linearen Effekt auf die Zielvariable hat. In diesem Fall wurde die hierarchische Regression durchgeführt, bei der unterschiedliche Variablen in einer bestimmten Reihenfolge eingeführt werden können. Dabei werden zuerst Variablen eingeführt, die nach bisherigem Wissensstand einen erwiesenen Effekt auf die Zielvariable haben und zuletzt die Variable, die untersucht werden soll (Field 2015: 322).

Um Hypothese IV zu überprüfen wurde eine Mediationsanalyse in vier Schritten durchgeführt. Jeder Schritt entspricht dabei jeweils einer Regression. Im ersten Schritt wurde geprüft, ob Res einen signifikanten Effekt auf QoL hat, dabei war Res also die unabhängige und QoL die abhängige Variable. Im zweiten Schritt wurde geprüft, ob Res einen signifikanten Effekt auf SozU hat. Im dritten Schritt wurde geprüft ob SozU einen signifikanten Effekt auf QoL hat. Und in einem vierten Schritt wurden Res und SozU gemeinsam als unabhängige Variablen eingesetzt, bezogen auf QoL. Falls in diesem letzten Schritt der Effekt von Res kleiner wird als im ersten Schritt, liegt eine partielle Mediation vor. Falls der Effekt ganz verschwindet, die Signifikanz p größer 0,05 ist, so kann von einer vollständigen Mediation ausgegangen werden.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobe

Ausgangspunkt für die Statistik war ein Datensatz von $N = 117$. Nachdem die Fälle, bei denen Variablen fehlende Werte aufwiesen ausgeschlossen wurden, belief sich die letztendlich betrachtete Stichprobe auf $N = 87$. Von diesen 87 Patienten waren 54 männlich (62,1%) und 33 weiblich (37,9%). Die Altersspanne betrug 20 bis 63 Jahre, das mittlere Alter lag bei $M = 41.13$ ($SD = 12.14$).

Die Diagnosen wurden anhand des SKID erhoben, einem strukturierten klinischen Interview für DSM-IV. Die anhand dieses Instrumentes ermittelten Diagnosen wurden dann von den Interviewern in eine ICD-Diagnose umgewandelt. Da die Durchführung des SKID bei 6 Probanden nicht möglich war (Verweigerung, Aufmerksamkeitsstörung, fehlendes Durchhaltevermögen) wurden in diesen Fällen die in der Krankenakte vermerkten Primärdiagnosen verwendet. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 2.

Der Bildungsstand, erhoben als höchster allgemeinbildender Schulabschluss, war in der Stichprobe wie in Tabelle 3 zu sehen verteilt.

Tabelle 2: Diagnosen nach SKID

ICD10-Diagnose	Anzahl	%
Schizophrenie (F20.XX)	38	43,7
Schizophrenieforme (F20.8)	1	1,2
Schizoaffektive (F25.X)	17	19,5
Wahnhaftige (F22.0)	3	3,5
Kurze psychotische Störung (F23.XX)	4	4,6
Substanzinduzierte psychotische Störung (F1X.5X)	2	2,3
Psychotische NNB (F29)	1	1,2
Bipolar affektive Störung (F31.X)	15	17,2
Nicht erhoben	6	6,8
Gesamt	87	100

Tabelle 3: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss

Schulabschluss	Anzahl	%
1) noch Schüler(in) ohne Abschluss	0	0
2) Schulabgang ohne Abschluss	3	3,5
3) Volks- oder Hauptschulabschluss	20	23,0
4) Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife	27	31,0
5) Abschluss polytechnische Oberschule	9	10,3
6) Fachhochschulreife, fachgebundene Hochschulreife, Fachoberschule	6	6,9
7) Abitur, allgemeine Hochschulreife, EOS mit Facharbeiterabschluss	19	21,8
8) anderer Abschluss	3	3,5
9) weiß nicht	0	0
Gesamt	87	100

5.2 Deskriptive Analysen der Variablen QoL, SozU und Res

Tabelle 4 zeigt die deskriptive Statistik von Resilienz, sozialer Unterstützung und Lebensqualität. Der Mittelwert von QoL beträgt $M = 3.35$ ($SD = 0.54$), der Mittelwert von SozU beträgt $M = 3.44$ ($SD = 0.92$) und der Mittelwert von Res beträgt $M = 4.61$ ($SD = 1.20$).

Wie in Tabelle 5 zu sehen, zeigt der Shapiro-Wilk-Test für alle drei Variablen eine Normalverteilung ($p > 0,05$).

Tabelle 4: Deskriptive Statistik

		Statistik	Std. Fehler
Lebensqualität: WHOQUOL Gesamtscore	Mittelwert	3,3457	.05773
	Std. Abweichung	.53848	
	Minimum	1,81	
	Maximum	4,54	
	Range	2,73	
Soziale Unterstützung: F-SozU - K14 Gesamtscore	Mittelwert	3,4376	.09812
	Std. Abweichung	.91524	
	Minimum	1,00	
	Maximum	5,00	
	Range	4,00	
Resilienz: RS-11 Gesamtscore	Mittelwert	4,6102	.12880
	Std. Abweichung	1.20133	
	Minimum	1,73	
	Maximum	6,73	
	Range	5,00	

Tabelle 5: Shapiro - Wilk

	Statistik	df	Sig.
WHOQOL Gesamtscore	.990	87	.725
F-SozU - K14 Gesamtscore	.977	87	.116
RS-11 Gesamtscore	.973	87	.063

5.3 Korrelationen zwischen QoL, SozU und Res

Wie in Tabelle 6 gezeigt, ergab die Pearson-Korrelation positive Zusammenhänge zwischen den drei erhobenen Variablen QoL, SozU und Res, die sich als hoch signifikant herausstellten ($p < .001$). Die höchsten Korrelationskoeffizienten wiesen Resilienz und Lebensqualität miteinander auf ($r = .62$ $p < .001$). Soziale Unterstützung und Resilienz ergaben den geringsten positiven Zusammenhang ($r = .44$ $p < .001$).

Tabelle 6: Korrelationen

		Lebensqualität: WHOQUOL Gesamtscore	Soziale Unterstützung: F-SozU-K14 Ge- samtscore	Resilienz: RS-11 Gesamtscore
Lebensqualität:	Pearson Correlation	1	.525**	.619**
WHOQUOL Gesamtscore	Sig. (2-seitig)		.000	.000
	N	87	87	87
Soziale Unterstützung:	Pearson Correlation	.525**	1	.437**
F-SozU - K14 Gesamtscore	Sig. (2-seitig)	.000		.000
	N	87	87	87
Resilienz:	Pearson Correlation	.619**	.437**	1
RS-11 Gesamtscore	Sig. (2-seitig)	.000	.000	
	N	87	87	87

** Korrelation ist signifikant mit einem Wert von 0.01 (2-seitig).

5.4 Regressionsanalyse – Hypothesen I- III

Zur Überprüfung der ersten Hypothese

Je höher die Resilienz eines Erkrankten desto höher ist seine Lebensqualität.

wurde die abhängige Variable QoL mit dem Prädiktor Res vorhergesagt. Hierbei wurden Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Psychopathologie (BPRS) als Kontrollvariablen verwendet. Wie in Tabelle 7 zu sehen ergab diese Analyse, dass Resilienz unabhängig von den eingeführten Kontrollvariablen noch 21,6% der Varianz signifikant aufklärt (B = .221; Std. β = .492; R^2 = .548; Änderung R^2 = .216; $p < .001$).

Tabelle 7: Hypothese I

Abhängige Variable: QoL		Prädiktor: Res	
Variable	B Unstandardisiert	β Standardisiert	Standardfehler
Konstante	2.755***	---	.315
Alter	.005	.109	.004
Geschlecht	.169*	.153*	.084
Bildungsstand niedrig	.053	.046	.103
Bildungsstand hoch	.142	.120	.104
BPRS	.018***	.350***	.004
Resilienz	.221***	.492***	.036
R^2	.548***	---	---
Korrigiertes R^2	.514***	---	---
Änderung R^2	.216***	---	---
F	16.145***	---	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese

Je höher die soziale Unterstützung eines Erkrankten desto höher ist seine Lebensqualität.

wurde nun QoL mit SozU prädiziert, ebenfalls nach Einführung der oben genannten Kontrollvariablen. Tabelle 8 zeigt, dass SozU unabhängig von den eingeführten Kontrollvariablen noch 12,7% der Varianz signifikant aufklärt (B = .228; Std. β = .382; R^2 = .459; Änderung R^2 = .127; $p < .001$).

Es lässt sich also folgern, dass sowohl Res als auch SozU einen positiven Effekt auf QoL haben, wobei der Effekt von Res größer ist als der von SozU.

Tabelle 8: Hypothese II

Abhängige Variable: QoL		Prädiktor: SozU	
Variable	B Unstandardisiert	β Standardisiert	Standardfehler
Konstante	3.147***	---	.331
Alter	.002	.005	.004
Geschlecht	.195*	.177*	.092
Bildungsstand niedrig	.171	.146	.112
Bildungsstand hoch	.132	.122	.114
BPRS	.020***	.396***	.005
Soziale Unterstützung	.228***	.387***	.053
R^2	.459***	---	---
Korrigiertes R^2	.419***	---	---
Änderung R^2	.127***	---	---
F	11.330***	---	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Zur Überprüfung der dritten Hypothese

Je besser die soziale Unterstützung eines Erkrankten desto höher die Resilienz.

wurde schließlich Res als abhängige Variable mit dem Prädiktor SozU vorhergesagt, wiederum unter Ausschluss der genannten Kontrollvariablen. Tabelle 9 zeigt, dass SozU unabhängig von den eingeführten Kontrollvariablen noch 14,2% der Varianz von Res signifikant aufklärt ($B = .538$; Std. $\beta = .410$; $R^2 = .252$; Änderung $R^2 = .142$; $p < .001$).

Somit lässt sich schlussfolgern, dass SozU einen positiven Effekt auf Resilienz hat.

Tabelle 9: Hypothese III

Abhängige Variable: Res		Prädiktor: SozU	
Variable	B Unstandardisiert	β Standardisiert	Standardfehler
Konstante	3.708***	---	.867
Alter	.006	.063	.010
Geschlecht	.197	.080	.241
Bildungsstand niedrig	.443	.170	.295
Bildungsstand hoch	.067	.025	.300
BPRS	.022	.194	.012
Soziale Unterstützung	.538***	.410***	.138
R^2	.252***	---	---
Korrigiertes R^2	.196***	---	---
Änderung R^2	.142***	---	---
F	4.492**	---	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

5.5 Mediationsanalyse – Hypothese IV

Soziale Unterstützung mediiert den Effekt von Resilienz auf Lebensqualität. Das bedeutet, dass der Effekt von Resilienz auf die Lebensqualität nicht direkt ist, sondern indirekt über Soziale Unterstützung vermittelt wird.

(1) Für die Untersuchung der vermuteten Mediation wurde zunächst wie für Hypothese I die abhängige Variable QoL mit der unabhängigen Variable Res prädiziert nachdem die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Psychopathologie (BPRS) eingeführt wurden. Dies ergab, wie bereits beschrieben, eine signifikante Regression von QoL auf Res ($B = .221$; Std. $\beta = .492$; $p < .001$).

(2) Im zweiten Schritt wurde SozU als abhängige Variable mit Res prädiziert. Auch hier wurden zunächst die Kontrollvariablen eingeführt und zuletzt Res. Die Werte ergaben auch hier einen signifikanten Regressionseffekt ($B = .297$; Std. $\beta = .390$; $p < .001$).

(3) Im dritten Schritt wurde dann wie für Hypothese III QoL mit SozU prädiziert nachdem die Kontrollvariablen eingeführt wurden. Auch hier war ein signifikanter Regressionseffekt zu erkennen ($B = .538$; Std. $\beta = .410$; $p < .001$).

(4) Im vierten und letzten Schritt wurde die abhängige Variable QoL mit den Variablen SozU und Res prädiziert, wieder mit vorheriger Einführung der Kontrollvariablen. Es zeigte sich, dass der Regressionskoeffizient von Res im vierten Schritt signifikant blieb, jedoch kleiner als im ersten Schritt wurde ($B = .182$; Std. $\beta = .406$; $p < .001$). Es liegt somit mit Einführung des Mediators eine Reduktion von Beta um über 10% vor.

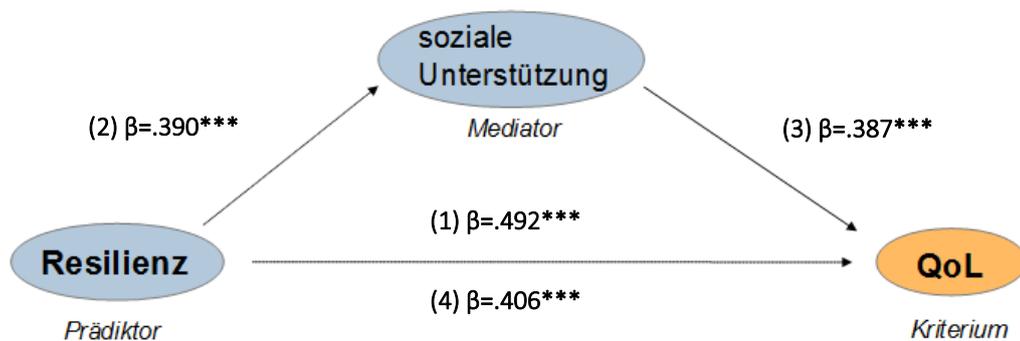
Somit lässt sich schlussfolgern, dass es sich bei SozU um einen partiellen Mediator für den Effekt von Res auf QoL handelt.

Folgende Grafik (Grafik 2) auf der nächsten Seite veranschaulicht diese Ergebnisse.

Tabelle 10: Hypothese IV

Abhängige Variable: QoL	Prädiktor: Res	Mediator: SozU	
Variable	B Unstandardisiert	β Standardisiert	Standardfehler
Konstante	2.472***	---	.324
Alter	.004	.081	.004
Geschlecht	.160*	.145*	.082
Bildungsstand niedrig	.091	.078	.101
Bildungsstand hoch	.120	.101	.101
BPRS	.016***	.317***	.004
Soziale Unterstützung	.130*	.221*	.051
Resilienz	.182***	.406***	.038
R ²	.583***	---	---
Korrigiertes R ²	.546***	---	---
Änderung R ²	.123***	---	---
F	15.750***	---	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$



Grafik 2: Ergebnisse der Mediationsanalyse (Hypothese IV)

6 Diskussion

6.1 Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf, die erwähnt werden müssen.

Erstens muss betont werden, dass es sich bei den vorliegenden Betrachtungen um eine Querschnittsanalyse handelt. Es kann deswegen keine sichere Aussage über die kausalen Zusammenhänge der betrachteten Variablen getroffen werden. Messfehler und Verzerrungen ließen sich in einem anderen Studiendesign verringern und würden somit die Güte und Aussagekraft der Ergebnisse steigern. Eine Längsschnittstudie wäre zunächst realistisch, zumal für Tecla, aus der ein großer Teil der in dieser Arbeit verwendeten Daten stammt, eine Follow-up-Datenerhebung durchgeführt wurde.

Zweitens sollte die verwendete Stichprobe mit $n = 89$ erweitert werden, um die mit einer kleinen Stichprobe einhergehenden Verzerrungen zu eliminieren und eine bessere Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten.

Drittens schafft die Diversität der Instrumente für die Erhebung der verschiedenen Variablen ein Problem in der Vergleichbarkeit von Ergebnissen. Die herangezogene Literatur verwendet zum Teil unterschiedliche Fragebögen zur Erfassung von Lebensqualität, Resilienz und Sozialer Unterstützung. Es ist fraglich, ob die unterschiedlichen Messinstrumente Ergebnisse hervorbringen, die miteinander direkt vergleichbar sind.

Viertens muss die Frage gestellt werden, ob die hier betrachteten Patienten kognitiv in der Lage waren, ihre eigene Lebensqualität zu beurteilen. Voraussetzung für eine Selbstbeurteilung wäre eine stabile Krankheitsphase, im Idealfall eine Remission. Die Wahl des Erhebungszeitpunktes versucht zwar, dieses Risiko zu minimieren, denn alle Probanden sollten kurz vor Entlassung aus dem stationären Setting interviewt werden. Trotzdem lässt sich nicht gewährleisten, dass der kognitive Zustand in diesem Moment

stabil und auch im Vergleich unter den Probanden in gleichem Maße von Aussagekraft geprägt war.

Fünftens muss erwähnt werden, dass aufgrund der Erhebung der Daten im Gespräch mit unterschiedlichen Interviewern auch hier eine Verzerrung stattgefunden haben könnte. Um diese Möglichkeit zu beleuchten, wurde ein Interviewer-BIAS für die Messinstrumente WHOQOL-BREF, RS-11, F-SozU K-14 und BPRS berechnet. Für die ersten drei Messinstrumente ergab diese Evaluation keine Verzerrung, lediglich beim BPRS waren einige wenige erhobenen Aspekte der Psychopathologie abhängig von der Person, die das Interview führte. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass der BPRS als eine Fremdeinschätzung des Interviewers erhoben wird, während die anderen Messinstrumente eine Selbstauskunft des Probanden widerspiegeln. Trotzdem lässt sich diskutieren, ob die betreffenden Anteile des BPRS überhaupt in eine statistische Datenanalyse einbezogen werden sollten.

6.2 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den psychosozialen Variablen Resilienz und Soziale Unterstützung und deren Effekte auf die Lebensqualität einer Person mit einer psychotischen Erkrankung wie Schizophrenie oder einer bipolaren Störung. Außerdem beleuchtet sie die Wechselwirkungen zwischen den beiden Variablen und im Speziellen die Wirkung von sozialer Unterstützung auf die Beziehung zwischen Resilienz und Lebensqualität. Die Ergebnisse schaffen ein sehr komplexes Bild der Zusammenhänge zwischen den drei untersuchten Variablen.

Wie erwartet zeigen die Ergebnisse, dass Menschen mit psychotischen Erkrankungen sowohl von einer hohen psychischen Widerstandsfähigkeit als auch von einem stützenden sozialen Umfeld profitieren und somit über eine höhere Lebensqualität berichten als Betroffene, die über ein geringeres Maß an Resilienz und sozialer Unterstützung verfügen. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass soziale Unterstützung nicht nur dabei hilft schwierige Lebenssituationen wie die Manifestation einer schweren psychotischen Erkrankung zu bewältigen, sondern auch ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung und Stärkung der Resilienzfähigkeit eines Individuums mit einer solchen Erkrankung sein kann. Dies stützt die Ausführungen von Michaela Sit, dass Resilienz nicht als starres Konstrukt verstanden werden kann (Michaela Sit 2008), sondern dass es möglich scheint, durch die Stärkung des sozialen Umfeldes einer erkrankten Person auch deren Widerstandsfähigkeit zu verbessern. Dies wird auch durch andere Autoren wie beispielsweise Bernhard Leipold unterstrichen, für den Resilienz ein sogenanntes relationales Konstrukt ist, das sich aus verschiedenen dynamischen Komponenten zusammensetzt. Diese Komponenten sind beispielsweise psychische Prozesse und persönliche Ressourcen (Abb. 8). Sie sind veränderbar, fluide, temporär (Leipold 2015: 19).

Wenn man davon ausgeht, dass Menschen mit einer psychotischen Erkrankung, die über eine höhere Resilienz verfügen in höherem Ausmaß in der Lage sind die Erkrankung zu bewältigen und ihre Lebensqualität als höher einschätzen, könnte man also sagen, dass diese Patienten die Krankheit besser überstehen, oder besser lernen mit ihr zu leben. Das

gleiche scheint für die soziale Unterstützung zu gelten. Darüber hinaus lässt sich jedoch ebenfalls schließen, dass weniger resiliente Erkrankte in ihrem Umgang mit der Erkrankung durch ihr soziales Netzwerk gestützt und unterstützt werden können. Diese Schlussfolgerung wirft die Frage auf, ob der Faktor Resilienz modifizierbar ist, nämlich beispielsweise durch soziale Unterstützung in Form von institutioneller oder familiärer Unterstützung. Dies würde bedeuten, einen Angriffspunkt zur Verfügung zu haben, um die Lebensqualität der Erkrankten zu steigern. Eine solche Überlegung wird durch Bernhard Leipold bestätigt, der im Zusammenhang mit dem Persönlichkeitsmuster *hardiness* die Erlernbarkeit von Resilienzaspekten beschreibt, beispielsweise durch die soziale Unterstützung von wichtigen Bezugspersonen wie Eltern, Betreuern oder Mentoren (Leipold 2015: 28). Somit schafft soziale Unterstützung in doppelter Hinsicht einen wesentlichen Beitrag zum Outcome von psychiatrischen Patienten, indem sie sowohl direkt positiv auf die Lebensqualität als auch über ihren positiven Effekt auf die Resilienz wirkt, wie das Untersuchungsergebnis zu der hier untersuchten vierten Hypothese zumindest partiell bestätigt. Dieser partielle Mediationseffekt von sozialer Unterstützung auf das Verhältnis zwischen Resilienz und Lebensqualität, den die vorliegende Untersuchung ergeben hat, deckt sich mit dem Ergebnis zweier Studien. In der Ersten wurde das gleiche Modell in Bezug auf Patienten mit Brustkrebs untersucht (Zhang et al. 2017: 5972). Die zweite Studie befragte über 2000 Betroffene der Erdbebenkatastrophe in Sechuan, China 2008 (Xu and Ou 2014). Beide Studien zeigen, dass Soziale Unterstützung zumindest zum Teil einen Beitrag zur Beziehung zwischen Resilienz und Lebensqualität leistet und schließen daraus, dass Soziale Unterstützung somit von essenzieller Bedeutung ist für Menschen, die einschneidende Lebensereignisse zu bewältigen haben. Letztendlich scheint dieser Faktor in doppelter Hinsicht wesentlich für die Verbesserung der Lebensqualität zu sein, direkt und indirekt. Nicht nur in Hinsicht auf die Therapie von Betroffenen verschiedenster Erkrankungen scheinen diese Erkenntnisse von Bedeutung zu sein, auch im Zusammenhang mit der Entwicklung von Maßnahmen könnte dies ein wesentlicher Ansatzpunkt in der Prävention von Erkrankungen sein. Aber auch in der Bildung und Aufklärung von heranwachsenden Menschen im Allgemeinen könnte dies ein wichtiger Focus sein, um sie zu

widerstandsfähigeren Individuen zu machen, die potenziell einschneidende Lebenserfahrungen vor sich haben, wie beispielsweise Naturkatastrophen, Krieg und Flucht, oder auch den Verlust einer nahe stehenden Person.

Insgesamt erscheint es schwierig im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen einem vielschichtigen Konstrukt wie der Resilienz auf den Grund zu gehen, weil diese Eigenschaft eines Menschen an sich schon eng in Zusammenhang mit dessen psychischer Verfassung zu stehen scheint. Einfacher erscheint die Erfassung von Resilienz im Zusammenhang mit einer somatischen Erkrankung, beispielsweise Brustkrebs. Eine solche Erkrankung ist zunächst einmal eine Erkrankung des Körpers, die aufgrund des einschneidenden Erfahrens dieser Lebensbedrohung auch die psychische Verfassung des Individuums beeinträchtigen kann. Dass in diesem Fall ein hohes Maß an Resilienz hilfreich bei der Krankheitsbewältigung ist (Zhang et al. 2017: 5970) erscheint logisch und nachvollziehbar. Bei einer Erkrankung der Psyche, wie beispielsweise Schizophrenie, ist jedoch die psychische Verfassung, deren Gesundheit für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung vorauszusetzen wäre, an sich gestört und beeinträchtigt. Dieser Umstand macht es schwer, den Aspekt Resilienz bei dieser Form von Erkrankungen umfassend verstehen zu können. Haben Menschen mit psychotischen Erkrankungen nicht per se eine geringere Resilienz als gesunde Menschen? Und ist das vielleicht aufgrund des engen Zusammenhangs von Resilienz und sozialer Unterstützung auch der Grund, warum diese Gruppe über ein verhältnismäßig geringer ausgeprägtes soziales Netzwerk verfügt, als andere Menschen?

Auf diese Fragen gibt eine Untersuchung von Kim et al. einen Hinweis: In dieser Fall-Kontroll-Studie, die 60 Personen mit einem sehr hohen Risiko für eine Psychose mit 47 gesunden Personen in Bezug auf ihre psychosozialen Funktionen verglich, zeigten die Personen, bei denen später eine Psychose auftrat eine geringere Resilienz als in der Kontrollgruppe (Kim et al. 2013: 769). Außerdem verfügten Personen der Risikogruppe mit höheren Resilienzscores über stabilere zwischenmenschliche Kontakte als diejenigen mit einem geringeren Resilienzniveau. Die psychosoziale Dysfunktion der Risikogruppe zeigten außerdem einen Zusammenhang mit dem Ausmaß der Resilienzfähigkeit (Kim et

al. 2013: 762). Ob nun die Resilienzfähigkeit das Vorhandensein stabiler sozialer Kontakte mit sich bringt oder umgekehrt, wurde hier nicht beantwortet. Vermutlich existiert ein bidirektionaler Zusammenhang. Aber man könnte aus diesen Ergebnissen schließen, dass Menschen mit entsprechendem Risikoprofil für psychotische Erkrankungen schon an sich in ihrer Resilienz und ihrer Fähigkeit zur Bildung sozialer Netzwerke benachteiligt sind.

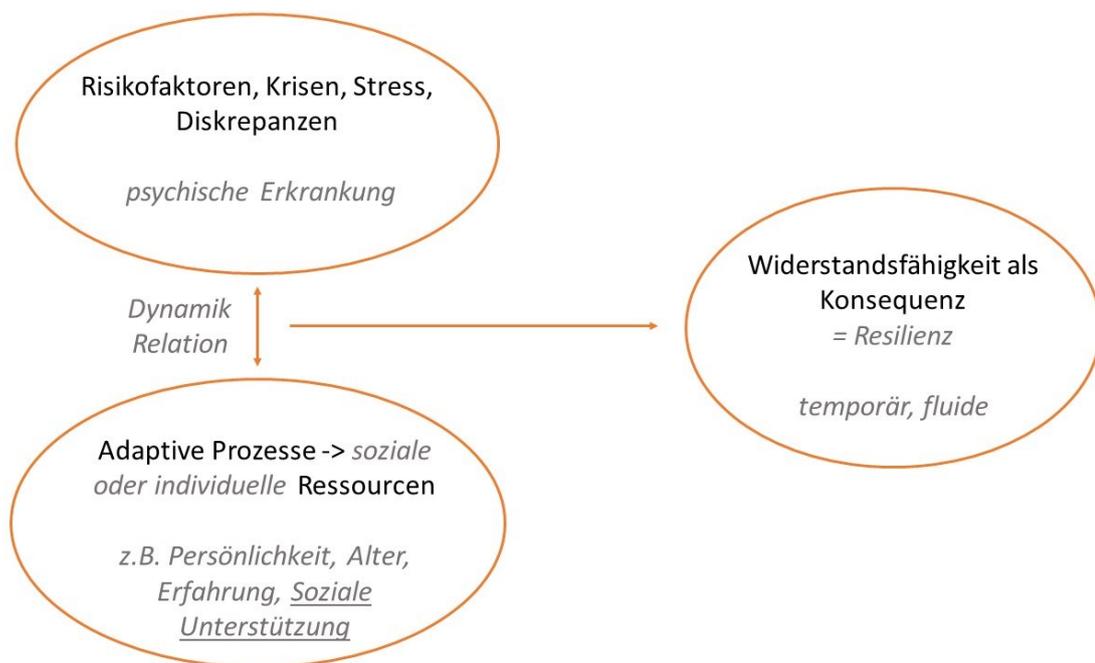


Abbildung 8: Modifizierte Grafik nach Leipold, B. aus „Resilienz im Erwachsenenalter“ 2015

7 Zusammenfassung

Da schwere psychotische Erkrankungen wie Schizophrenie und Bipolare Störungen in vielen Fällen durch Rückfälle und unvollständige Remissionen gekennzeichnet sind, stellt die Lebensqualität ein wichtiges Outcome-Kriterium bei der Behandlung dieser Erkrankungen dar. Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere psychosoziale Faktoren wie Resilienz und Soziale Unterstützung positive Effekte auf die subjektive Lebensqualität Betroffener haben. Dabei scheinen soziale Unterstützungssysteme über ihren direkten positiven Effekt auf die Lebensqualität hinaus auch wichtig zu sein für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von individuellen Bewältigungsfähigkeiten der Patienten. Somit soll diese Arbeit nicht nur die jeweiligen Wechselwirkungen zwischen den genannten Variablen untersuchen, sondern insbesondere, inwieweit Soziale Unterstützung bei Patienten mit Schizophrenie und Bipolarer Störung den positiven Effekt von Resilienz auf Lebensqualität indirekt vermittelt.

Die in dieser Querschnittsanalyse verwendeten Daten resultierten aus einer Baseline-Befragung im Rahmen zweier klinischer Studien, die mithilfe von psychiatrischen Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt wurden. Für die hier verwendete Erhebung wurden in klinischen Interviews folgende Messinstrumente verwendet: SKID, WHOQOL-BREF, RS-11, F-SozU K-14 und BPRS. Die Datenanalyse der Interviews von 87 Patienten beinhaltete deskriptive Statistik, Shapiro-Wilk-Test, Pearson-Korrelation, hierarchische lineare Regression und Mediationsanalyse.

Die Regressionsanalysen ergaben, dass sowohl Resilienz als auch Soziale Unterstützung einen positiven Effekt auf Lebensqualität haben, wobei der Effekt von Resilienz größer ist als der von Sozialer Unterstützung, und dass Soziale Unterstützung ebenfalls einen positiven Effekt auf Resilienz hat. Die Mediationsanalyse konnte zeigen, dass es sich bei Sozialer Unterstützung um einen partiellen Mediator für den Effekt von Resilienz auf Lebensqualität handelt.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass Soziale Unterstützung für die Entwicklung von Resilienz und die Verbesserung der Lebensqualität bei der betrachteten Patientengruppe eine bedeutende Rolle spielt. Die Behandlung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen sollte daher angemessene Maßnahmen anbieten um den Betroffenen zu helfen, effektive soziale Unterstützungssysteme für sich zu kultivieren und ihre Resilienz zu stärken, um somit ihre Lebensqualität zu verbessern.

8 Anhang

Im Folgenden werden die Fragebögen der Messinstrumente WHOQOL-BREF, RS-11, F-SozU K-14 und BPRS abgebildet.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
4	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
5	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
6	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
7	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
8	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
9	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5

Abbildung 9: Angermeyer, Kilian et al: WHOQOL-BREF (1) (Angermeyer et al. 2000c: 106)

In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
11	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
12	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
13	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
14	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5
		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
19	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
20	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5

Abbildung 10: Angermeyer, Kilian et al: WHOQOL-BREF (2) (Angermeyer et al. 2000c: 107)

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
23	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
25	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

Abbildung 11: Angermeyer, Kilian et al: WHOQOL-BREF (3) (Angermeyer et al. 2000c: 108)

Resilienzskala RS-11

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

		1 = nein					7 = ja	
		Ich stimme nicht zu stimme völlig zu						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7
9	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7

Abbildung 42: Schumacher, Leppert et al.: Resilienzskala RS-11 (Schumacher et al. 2004)

Soziale Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft genau zu
01. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	①	②	③	④	⑤
02. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	①	②	③	④	⑤
03. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	①	②	③	④	⑤
04. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	①	②	③	④	⑤
05. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	①	②	③	④	⑤
06. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zu hören, wenn ich mich aussprechen möchte.	①	②	③	④	⑤
07. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	①	②	③	④	⑤
08. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	①	②	③	④	⑤
09. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	①	②	③	④	⑤
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	①	②	③	④	⑤
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	①	②	③	④	⑤
12. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann auch mal ganz ausgelassen sein.	①	②	③	④	⑤
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	①	②	③	④	⑤
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	①	②	③	④	⑤

Abbildung 13: Fydrich, Sommer et al.: SozU K-14 (Fydrich et al. 2007)

5. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall, J.E. und Gorham, DR, 1962,1972,1976)

Seite 1

Anleitung: Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellung beantworten!
 1= nicht vorhanden 2 = sehr gering 3= gering 4= mäßig 5 = mäßig stark 6 = stark 7 = extrem stark

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A. Bei Aufnahme

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E. Bei Entlassung

<p>1. Körperbezogenheit : <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Grad der Teilnahme am augenblicklichen körperlichen Gesundsein. Bewerten Sie, in welchem Ausmaß physische Gesundheit vom Patienten als Problem angesehen wird, gleichgültig, ob ein realer Grund für die Klagen besteht oder nicht</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	<p>5. Schuldgefühle: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Überbesorgnis oder Gewissensbisse in Hinsicht auf früheres Verhalten. Bewerten Sie das subjektive Schulterleben aufgrund der verbalen Äußerungen des Patienten und seiner angemessenen affektiven Beteiligung. Es soll nicht von Depression, Angst oder neurotischer Abwehr auf Schuldgefühle geschlossen werden.</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
<p>2. Angst: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Besorgnis, Befürchtungen, Überbesorgnis in Bezug auf Gegenwart und Zukunft. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über sein subjektives Erleben. Es soll nicht von körperlichen Symptomen oder neurotischen Abwehrmechanismen auf Angst geschlossen werden.</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	<p>6. Gespanntheit: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Körperlich- motorische Anzeichen für Gespanntheit, „Nervosität“ und allgemein erhöhte Aktivität. Bewerten Sie nur die körperlichen Anzeichen von Gespanntheit, nicht das geschilderte subjektive Erleben des Patienten.</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
<p>3. Emotionale Zurückgezogenheit <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Mangel an emotionalem Kontakt zum Interviewer und unzureichende Beziehung zur Interviewsituation. Beurteilen Sie lediglich, wie sehr es dem Patienten anscheinend mißlingt emotionalen Kontakt zu anderen Personen in der Interviewsituation herzustellen.</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	<p>7. Manieriertheit, Affektiertheit: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Positur, Auffälligkeiten der Psychomotorik, unübliches motorisches Verhaltensbild, das bestimmte psychisch Kranke aus der Gruppe der „Normalen“ heraushebt. Bewerten Sie nur die Abnormalität des Bewegungsbildes und der Ausdrucksmotorik, nicht einfach erhöhte motorische Aktivität.</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
<p>4. Zerfall der Denkprozesse: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Grad, bis zu dem der Denkprozeß verworren, inkohärent oder zerfahren ist. Bewerten Sie nur die Integration der verbalen Äußerungen, nicht den subjektiven Eindruck, den der Patient von seinem eigenen Denkvermögen hat.</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	<p>8. Größenideen: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> A E</p> <p>Überhöhte Selbsteinschätzung, Überzeugung, in Besitz ungewohnter Kräfte und Fähigkeiten zu sein. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über sich selbst oder im Vergleich zu anderen, nicht jedoch das Verhalten in der Interviewsituation</p>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							
1	2	3	4	5	6	7																							

Abbildung 14: Overall und Gorham: BPRS Seite 1 (Overall 1962)

5. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall, J.E. und Gorham, DR, 1962,1972,1976)

Seite 2

9. Depressive Stimmung: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A
1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Mutlosigkeit, Traurigkeit. Bewerten Sie nur den Grad der Mutlosigkeit. Ziehen Sie keine Rückschlüsse auf Grund von depressiven Begleitsymptomen wie allgemeiner Verlangsamung und körperlichen Beschwerden.

10. Feindseligkeit: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A
1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Animosität, Geringschätzung, Feindseligkeit, Verachtung gegenüber Personen außerhalb der Interviewsituation. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über seine Gefühle und Handlungen anderen gegenüber. Es soll nicht von neurotischer Abwehr, Angst oder körperlichen Beschwerden auf Feindseligkeit geschlossen werden. Das Verhalten dem Interviewer gegenüber ist unter 14. (mangelnde Kooperation) zu bewerten

11. Mißtrauen, paranoide Inhalte: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A
1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Überzeugung (wahnhaft oder in anderer Weise), daß andere jetzt oder früher böswillige oder diskriminierende Absichten gegenüber dem Patienten haben oder hatten. Bewerten Sie nur solche Verdächtigungen, die auf Grund entsprechender Äußerungen nach wie vor bestehen, gleichgültig, ob sie frühere oder derzeitige Situationen betreffen.

12. Halluzinationen: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A
1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Wahrnehmungen ohne entsprechende normale Reize. Bewerten Sie nur solche Ereignisse, die laut Patient in der letzten Woche aufgetreten sind und die sich, so wie sie beschrieben werden, deutlich vom Denken und der Vorstellung Normaler abhebt.

13. Motorische Verlangsamung: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A
1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Verminderung des Energieniveaus, sichtbar an verlangsamten Bewegungen. Bewerten Sie nur das beobachtete Verhalten des Patienten und nicht den subjektiven Eindruck, den der Patient von seiner Vitalität hat

Gesamtpunktzahl: bei Aufnahme:

14. Unkooperatives Verhalten: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A

E
Offensichtlicher Widerstand, Unfreundlichkeit, Vorbehalte und mangelnde Bereitschaft mit dem Interviewer zusammenzuarbeiten. Bewerten Sie nur die Einstellung des Patienten und seine Reaktionen gegenüber dem Interviewer und auf die Interviewsituation. Beurteilen Sie nicht Äußerungen über ablehnendes oder unkooperatives Verhalten außerhalb der Interviewsituation.

15. Ungewöhnliche Denkinhalte:

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Ungewöhnliche, seltsame fremdartige oder bizarre Denkinhalte. Bewerten Sie nur das Ausmaß der Ungewöhnlichkeit, nicht den Grad des Zerfalls der Denkprozesse (formale Denkstörungen sind unter 4. berücksichtigt)

16. Affektive Abstumpfung, Verflachung:

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Reduzierte Emotionalität, offensichtlicher Mangel an normalem Fühlen und Engagement

17. Erregung: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Gesteigerte Emotionalität, Agitation, erhöhte Reagibilität

18. Orientierungsstörungen: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 A

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 E

Verwirrtheit oder mangelnde Fähigkeit, Personen, Örtlichkeiten oder Zeit zuzuordnen.

bei Entlassung:

Abbildung 55: Overall und Gorham: BPRS Seite 2 (Overall 1962)

9 Literaturverzeichnis

Aburn G, Gott M, Hoare K (2016): What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs*

Adelufosi AO, Ogunwale A, Abayomi O, Mosanya JT (2013): Socio-demographic and clinical correlates of subjective quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 209, 320–325

Alcaraz KI, Eddens KS, Blase JL, Diver WR, Patel AV, Teras LR, Stevens VL, Jacobs EJ, Gapstur SM (2019): Social Isolation and Mortality in US Black and White Men and Women. *Am J Epidemiol* 188, 102–109

Alptekin K, Akvardar Y, Kivircik Akdede BB, Dumlu K, İşik D, Pirinççi F, Yahssin S, Kitiş A (2005): Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 29, 239–244

Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D (1993): Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res* 2, 369–395

Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H (2001): Quality of Life — as Defined By Schizophrenic Patients and Psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 47, 34–42

Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H: WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität; Horgrefe Verlag, Göttingen 2000a

Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H: WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität; Horgrefe Verlag, Göttingen 2000b

Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H (2000c): WHOQOL-BREF: Deutsche Version, Göttingen; Horgrefe Verlag, 103–108

Baker F, Jodrey D, Intagliata J (1992): Social support and quality of life of community support clients. *Community Ment Health J* 28, 397–411

Basu D (2004): Quality-Of-Life Issues in Mental Health Care: Past, Present, and Future. *German Journal of Psychiatry*, 35–43

-
- Bechdorf A, Klosterkotter J, Hambrecht M, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Pukrop R (2003): Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253, 228–235
- Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, Toumi M (2013): Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 13, 15
- Brissos S, Dias VV, Carita AI, Martinez-Arán A (2008): Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Res* 160, 55–62
- Bullinger M: Zur Messbarkeit von Lebensqualität; In: *Lebensqualität in der Medizin*, 175–188
- Caron J, Lecomte Y, Stip E, Renaud S (2005): Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Ment Health J* 41, 399–417
- Cobb S (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 38, 300–314
- Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG (2004): Social relationships and health. *Am Psychol* 59, 676–684
- Dean BB, Gerner D, Gerner RH (2004): A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin* 20, 139–154
- Deegan PE (2005): The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scand J Public Health Suppl* 66, 29–35
- Field A: *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock'n'roll*, 4th ed., reprinted; SAGE, Los Angeles 2015
- Fleury M-J, Grenier G, Bamvita J-M, Tremblay J, Schmitz N, Caron J (2013): Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health Qual Life Outcomes* 11, 92
- Folkman S, Lazarus RS (1980): An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 219–239
- Franke GH: Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). Zitiert nach Inhaltsangabe des Vortrages (gehalten WS 2007/2008), Stendal
- Funder DC, Block J (1989): The role of ego-control, ego-resiliency, and IQ in delay of gratification in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1041–1050
- Fydrich T, Sommer G, Tydecks S, Brähler E (2007): *FB_sozialeUntersützung (K-14)*, Göttingen; Hogrefe Verlag

-
- Fydrich T, Sommer G, Tydecks S, Brähler E (2009): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 43–48
- Giacco D, McCabe R, Kallert T, Hansson L, Fiorillo A, Priebe S (2012): Friends and symptom dimensions in patients with psychosis: a pooled analysis. *PLoS One* 7, e50119
- Haan L de, Weisfelt M, Dingemans, P M A J, Linszen DH, Wouters L (2002): Psychometric properties of the Subjective Well-Being Under Neuroleptics scale and the Subjective Deficit Syndrome Scale. *Psychopharmacology (Berl)* 162, 24–28
- Hansen CF, Torgalsboen A-K, Melle I, Bell MD (2009): Passive/apathetic social withdrawal and active social avoidance in schizophrenia: difference in underlying psychological processes. *J Nerv Ment Dis* 197, 274–277
- Hansson L, Bjorkman T (2007): Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time?--A 6-year follow-up study. *Qual Life Res* 16, 9–16
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010): Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 7, e1000316
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87, 88–90
- Jenkins CD (1992): Assessment of outcomes of health intervention. *Soc Sci Med* 35, 367–375
- Johnson JL, Glantz MD (eds.) (1999): Resilience and development: Positive life adaptations (Longitudinal research in the social and behavioral sciences); Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 1999
- Kim HS, Sherman DK, Taylor SE (2008): Culture and social support. *Am Psychol* 63, 518–526
- Kim KR, Song YY, Park JY, Lee EH, Lee M, Lee SY, Kang JI, Lee E, Yoo SW, An SK et al. (2013): The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 47, 762–771
- Kovács, L., Kipke, R., Lutz, R. (Hrsg.) (2016): *Lebensqualität in der Medizin*; Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden 2016
- Lambert M, Naber D (2004): Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs* 18 Suppl 2, 5

Leipold B: Resilienz im Erwachsenenalter: Mit 17 Abbildungen und 7 Tabellen (UTB 4451), [1. Auflage]; Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel 2015

Maddi SR: Hardiness: Turning Stressful Circumstances into Resilient Growth (SpringerBriefs in Psychology); Springer, Dordrecht 2013

Maß R, Burmeister J, Krausz M (1997): Dimensionale Struktur der deutschen Version der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Der Nervenarzt* 68, 239–244

Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M (1999): Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Dev Psychopathol* 11, 143–169

Medici CR, Vestergaard CH, Hjorth P, Hansen MV, Shanmuganathan JW, Viuff AG, Munk-Jorgensen P (2015): Quality of life and clinical characteristics in a nonselected sample of patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*

Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL (2008): Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res* 98, 201–208

Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, Cortese L, McIntosh E, Cheng S, Rickwood A (2000): The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand* 102, 303–309

Overall G (1962): BPRS

Pickard AS, Knight SJ (2005): Proxy Evaluation of Health-Related Quality of Life: A Conceptual Framework for Understanding Multiple Proxy Perspectives. *Med Care* 43, 493–499

Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, Rihmer Z, Girardi P (2013): Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord* 15, 457–490

Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Hirschmann S, Shinkarenko E, Ratner Y (2003): Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry* 64, 308–315

Ritsner M, Ponizovsky A, Endicott J, Nechamkin Y, Rauchverger B, Silver H, Modai I (2002): The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: A naturalistic study. *European Neuropsychopharmacology* 12, 31–38

Ritsner MS: The Distress/Protection Vulnerability Model of Quality of Life Impairment Syndrome; In: Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment; hrsg. v. Ritsner MS, Awad AG: Springer Science+Business Media B.V. Dordrecht 2007, 3–19

Ritsner MS, Arbitman M, Lisker A, Ponizovsky AM (2012): Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder II. Predictive value of psychosocial factors. *Qual Life Res* 21, 1075–1084

Ritsner MS, Lisker A, Grinshpoon A (2014): Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 68, 308–317

Ruggeri M, Nosè M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, Stefani B, Malchiodi F, Tansella M (2005): Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *Br J Psychiatry* 187, 121–130

Ruhrmann S, Bechdolf A, Kühn K-U, Wagner M, Schultze-Lutter F, Janssen B, Maurer K, Häfner H, Gaebel W, Möller H-J et al. (2007): Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 51, s88-95

Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauß B, Brähler E (2004): Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Z f Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*

Segerstrom SC, Miller GE (2004): Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull* 130, 601–630

Shapiro SS, Wilk MB (1965): An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika* 52, 591

Sias PM, Bartoo H: Friendship, Social Support, and Health; In: Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health: Theory, Research, and Practice; hrsg. v. L'Abate L: Springer. New York, NY 2007, 455–472

Stein JY, Levin Y, Uziel O, Abumock H, Solomon Z (2018): Traumatic stress and cellular senescence: The role of war-captivity and homecoming stressors in later life telomere length. *J Affect Disord* 238, 129–135

Stentzel U, Grabe H-J, Strobel L, Penndorf P, Langosch J, Freyberger HJ, Hoffmann W, van den Berg N (2015): Tecla: a telephone- and text-message based telemedical concept for patients with severe mental health disorders--study protocol for a controlled, randomized, study. *BMC Psychiatry* 15, 273

Stentzel U, van den Berg N, Schulze LN, Schwaneberg T, Radicke F, Langosch JM, Freyberger HJ, Hoffmann W, Grabe H-J (2018): Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry* 18

Suttajit S, Pilakanta S (2015): Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 11, 1371–1379

Suttajit S, Srisurapanont M, Xia J, Suttajit S, Maneeton B, Maneeton N (2013): Quetiapine versus typical antipsychotic medications for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, CD007815

Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS (2009): Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 110, 1–23

Tomotake M (2011): Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *J Med Invest* 58, 167–174

Wagnild GM and Young HM (1993): Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*

Wanner VR, Joseph PJ, Oliver J, Priebe S (1997): Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *International Journal of Social Psychiatry*, 129–143

Wilson IB, Cleary PD (1995): Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 273, 59–65

Wolfgang Gaebel WW: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Schizophrenie, Berlin 2010

World Health Organization: WHOQOL: Measuring Quality of Life. The WHO Quality of Life Instruments (1997) 1997

Xiang Y-T, Weng Y-Z, Leung C-M, Tang W-K, Ungvari GS (2007): Quality of life of Chinese schizophrenia outpatients in Hong Kong: relationship to sociodemographic factors and symptomatology. *Aust N Z J Psychiatry* 41, 442–449

Xu J, Ou L (2014): Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public Health* 128, 430–437

Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G (2017): Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Med Sci Monit* 23, 5969–5979

J.E. Overall DG: BPRS Handbuch

Michaela Sit (2008): Leitfaden_Resilienz. <https://www.westermanngruppe.at/anlage/3724130/Resilienz-Was-Kinder-stark-macht>, abgerufen am: 18.10.2018

Th. Fydrich, G. Sommer, E. Brähler: F-SozU Handbuch

United Nations World Health Organization Interim Commission (1948): Official Records of the World Health Organization: Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference.

[https://www.google.de/search?q=WHO+\(1948\)+Official+Records+of+the+World+Health+Organization&rlz=1C1LENN_enDE521DE521&oq=WHO+\(1948\)+Official+Records+of+the+World+Health+Organization&aqs=chrome.69i57j0.487j0j9&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8](https://www.google.de/search?q=WHO+(1948)+Official+Records+of+the+World+Health+Organization&rlz=1C1LENN_enDE521DE521&oq=WHO+(1948)+Official+Records+of+the+World+Health+Organization&aqs=chrome.69i57j0.487j0j9&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8), abgerufen am: 20.01.2016

WHO: ICD-10-GM-2016-F20.-Schizophrenie

WHO: ICD-10-GM-2016-F31.-Bipolare affektive Störung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

Danke

Prof. Dr. med. H.-J. Grabe

Dr. Lara Strobel

Ulrike Stentzel

Dr. N. van den Berg

Team Tecla-Studie

Team Station 51 und TK Psychose Helios Klinik HST, insbes. Dr. med. Frank Janitzky

Team Station 5 und TK Odebrecht Stiftung

Dr. med. Rainer Poburski

Anna-Lena Costabel

Dr. Claudia Wiese

mein Partner Radouane Chtioui

meine Freunde

meine Familie