

Prädiktoren für die Belastung von Angehörigen Schizophreniekranker

Risks for Burden among Relatives Caring for Schizophrenia Patients

Autoren

Fabian Friedrich¹, Annemarie Unger¹, Marion Freidl¹, Renate Stelzig-Schöler², Hans Rittmannsberger³, Christian Simhandl⁴, Wolfgang Grill⁵, Dagmar Doby⁶, Johannes Wancata¹

Institute

Die Institute sind am Ende des Artikels gelistet.

Schlüsselwörter

- Schizophrenie
- Angehörige
- Belastungen
- Bedarfsdeckung

Keywords

- schizophrenia
- caregivers
- burden
- unmet needs

Zusammenfassung

Anliegen: Es sollte versucht werden, Prädiktoren für die Belastungen von Angehörigen Schizophreniekranker zu identifizieren.

Methode: 135 Angehörige Schizophreniekranker wurden mittels „Carers' Needs Assessment for Schizophrenia“ (CNA-S) und dem „Involvement Evaluation Questionnaire“ (IEQ) untersucht.

Ergebnisse: Jene Angehörigen, die Hilfen benötigten, jedoch nicht ausreichend oder gar nicht erhielten, berichteten über erhöhte Sorgen und vermehrte Spannungen mit den Kranken.

Schlussfolgerungen: Defizite im Versorgungsangebot haben eine negative Wirkung auf Angehörige.

Einleitung

An Schizophrenie Erkrankte werden im häuslichen Umfeld v.a. von Familienangehörigen betreut. Gerade jene Patienten, die Schwierigkeiten haben, sich im Alltag allein zu versorgen, sind häufig auf die Hilfe ihrer Familien angewiesen [1]. Studien zeigen aber auch, dass dies eine zusätzliche Verantwortung darstellt und die engsten Bezugspersonen einem erheblichen Ausmaß an subjektiven und objektiven Belastungen ausgesetzt sind [2]. Zu objektiven Belastungen zählen Beeinträchtigungen familiärer Beziehungen, des Soziallebens, aber auch im Bereich finanzielle Belange, Freizeitgestaltung bis hin zum Arbeitsleben. Subjektive Belastungen beziehen sich auf psychische Belastungen von Angehörigen (z.B. Depression, Angst, Verlusterlebnisse) [3, 4]. Studien zeigen weiters, dass eine vermehrte Belastung von Angehörigen psychisch Kranker sowohl einen Einfluss auf die Betreuung der Kranken selbst nach sich zieht als auch die engsten Bezugspersonen dadurch vermehrt an behandlungsbedürftigen psychischen Problemen leiden können [5, 6]. Im Rahmen der Forschung zur Belastung von Angehörigen psychisch Kranker wurde eine Reihe von Instrumenten entwickelt, die sich teilweise inhaltlich deutlich unterscheiden [7, 8]. Einige Autoren weisen aber darauf hin, dass der Begriff „Belastung“ oft ausschließlich negativ gesehen werde, die Angehörigen aber ihre Sorge für die

Kranken nicht nur negativ erleben [9]. Auf Basis derartiger Überlegungen hatte eine niederländische Arbeitsgruppe versucht, einen Fragebogen für Angehörige zu entwickeln, wobei sie aber bewusst nicht von Belastungen sprechen, da nicht alle Angehörigen diese Bemühungen und Situationen nur als negativ empfinden [10]. Auf Basis der in diesem Fragebogen (Involvement Evaluation Questionnaire = IEQ) erfassten Themen wurden die Inhalte mittels Faktorenanalyse zu 4 Bereichen zusammengefasst: (1) Spannung zwischen Krankem und Angehörigem, (2) Beaufsichtigen des Kranken, (3) sich wegen des Kranken Sorgen machen, (4) den Kranken zu etwas motivieren bzw. aktivieren. Insgesamt finden sich nur wenige Studien, die sich mit der Frage beschäftigen, wodurch diese Dimensionen beeinflusst werden. Hadrys et al. [11] untersuchten in ihrer Studie, ob die Diagnose einen Prädiktor für Veränderungen in diesem Bereich darstellt, fanden jedoch keinen signifikanten Unterschied. Tang et al. [12] untersuchten bei Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie die Belastung Angehöriger und identifizierten das individuelle Funktionsniveau der Kranken, welches mittels Global Assessment of Functioning Scale (GAF) gemessen wurde, als wichtigsten klinischen Prädiktor. Schon vor längerer Zeit konnte gezeigt werden, dass Angehörige, die lernen, ihre Kommunikation an die Bedürfnisse des Schizophreniekranken anzupassen, dazu beitragen, den Krankheitsverlauf

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1305318>
 Psychiatr Prax
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. Fabian Friedrich
 Klinische Abteilung für
 Sozialpsychiatrie,
 Universitätsklinik für Psychiatrie
 und Psychotherapie
 Währinger Gürtel 18–20
 1090 Wien, Österreich
fabian.friedrich@meduniwien.ac.at

positiv zu beeinflussen [13]. Eine mittlerweile große Anzahl von Studien beweist, dass Interventionen für die Angehörigen die Rückfallrate und somit die Zahl der stationären Aufnahmen signifikant vermindern können [14], weshalb die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung heute zum therapeutischen Standard gehört [15]. Obwohl klar ist, dass Interventionen für die Angehörigen von großer Bedeutung sind, war aber bislang nicht bekannt, welcher Anteil der Angehörigen welche Interventionen benötigt und ob dieser Bedarf gedeckt wird [16, 17]. Vor Kurzem konnte gezeigt werden, dass ein ungedeckter Bedarf an Hilfen für die Angehörigen mit gehäuften Depressionen bei den Angehörigen einhergeht [18].

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollte also untersucht werden, ob sich Prädiktoren für die Belastungen im weiten von van Wijngaarden et al. [10] verwendeten Verständnis mit den 4 Dimensionen „Spannung“, „Beaufsichtigung“, „Sorge“ und „Motivation“ finden lassen. Im Besonderen sollte der Frage nachgegangen werden, ob auch ein Zusammenhang mit der Häufigkeit ungedeckten Bedarfs bei den Angehörigen besteht.

Methodik



Stichprobe

In die Studie wurden 135 Angehörige von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektiver Psychose (ICD-10: F.20.0–9, F.25.0–9) inkludiert, sofern die Angehörigen zumindest einmal pro Woche mit den Patienten in persönlichem Kontakt standen. Die Patienten wurden zu je einem Drittel aus einem ambulanten, tagesklinischen bzw. stationären Setting konsekutiv eingeschlossen. Die Rekrutierung erfolgte in den österreichischen Bundesländern Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg. Die Angehörigen sowie die Patienten wurden in der jeweiligen Einrichtung in der Reihenfolge des Kontaktes untersucht. Sowohl Angehörige als auch Patienten wurden nur nach Unterzeichnung einer schriftlichen Einverständniserklärung in die Studie eingeschlossen. Die Daten wurden von Fachärzten für Psychiatrie, Ärzten in psychiatrischer Facharztausbildung bzw. von erfahrenen Psychologen mittels Interview erhoben. Die Fragebögen (Involvement Evaluation Questionnaire) wurden von den Angehörigen ohne fremde Hilfe ausgefüllt. Für die Studierendurchführung lag auch ein positives Votum der Ethikkommission vor.

Untersuchungsinstrumente

In unserer Studie haben wir die für international vergleichende Studien geringfügig adaptierte Version des „Involvement Evaluation Questionnaire“ (IEQ) zur Erfassung jener Bereiche herangezogen, in denen die Angehörigen in die Betreuung der Kranken involviert sind [10]. Der IEQ wurde in viele Sprachen übersetzt und findet in der internationalen Forschung eine breite Anwendung [6, 19]. Wie schon erwähnt, können mittels des IEQ 4 verschiedene Bereiche in Subskalen erfasst werden: Spannungen (9 Items), Beaufsichtigung des Kranken (6 Items), sich sorgen (6 Items) und Motivation (8 Items). Die in dieser Studie verwendete deutsche Version [3] war in Bezug auf interne Konsistenz geprüft worden (Cronbach's Alpha zwischen 0,71 und 0,83). Der Erfassungszeitrahmen betrug die vorhergehenden 4 Wochen. Da die Zahl der Items pro Subskala unterschiedlich ist, wurde der Summenscore jeder Subskala durch die Zahl der Items dividiert, um vergleichbare Werte darstellen zu können.

Der „Carers' Needs Assessment for Schizophrenia“ (CNA-S) [20] wurde zur Erfassung des ungedeckten Bedarfs bei Angehörigen verwendet. Der CNA-S ist ein semistrukturiertes Interview und erfasst, welche Interventionen benötigt werden und ob diese auch erhalten werden. Der Befragungszeitraum bezieht sich auf die vorhergehenden 3 Monate. Die Daten zur Interrater- und Test-Retest-Reliabilität sowie zur Inhaltsvalidität und der Übereinstimmungsvalidität waren zufriedenstellend [20]. Als ungedeckter Bedarf wurden jene Interventionen definiert, die als nötig erachtet wurden, welche die Angehörigen aber nicht oder nur in unzureichendem Ausmaß erhielten. Für die Analysen in dieser Studie wurde ein Summenscore („Häufigkeit eines ungedeckten Bedarfs“) gebildet, bei dem jene Interventionen addiert wurden, die Angehörige benötigten, jedoch nicht ausreichend oder gar nicht erhielten (Cronbach's Alpha 0,91).

Die Krankheitssymptomatik der Kranken wurde mittels der aus 30 Items bestehenden „Positive and Negative Syndrome Scale“ (PANSS) erhoben [21]. Es ist möglich, 3 Subskalen zu bilden: a) Positiv-Symptomatik (7 Items), b) Negativ-Symptomatik (7 Items), c) allgemeine Symptomatik (16 Items). Für diese Studie wurde ein Erfassungszeitrahmen von 4 Wochen definiert. Die interne Konsistenz dieser Subskalen (Cronbach's Alpha) liegt zwischen 0,73 und 0,87 [22].

Zusätzlich zu den soziodemografischen Daten der Angehörigen und der Patienten wurden noch folgende Daten erhoben: Krankheitsdauer, Anzahl stationär psychiatrischer Krankenhausaufnahmen und das zeitliche Ausmaß der Betreuung durch andere Angehörige.

Statistik

Die statistischen Auswertungen erfolgten mittels SPSS. Die Ergebnisse der IEQ-Subskalen wurden mittels Mittelwert und Standardabweichung dargestellt. Um dies in einheitlicher Form für Subgruppen nicht nur für kategoriale Variablen, sondern auch für kontinuierliche Variablen wie das Alter oder die Zahl stationärer Aufnahmen darstellen zu können, wurden kontinuierliche Variablen in 2 gleich große Gruppen geteilt (Dichotomisierung am Median).

Um Prädiktoren für die 4 Subskalen des IEQ zu identifizieren, wurden jeweils multiple lineare Regressionen mit den 4 Subskalen als abhängige Variable berechnet. Folgende unabhängige Variablen der Angehörigen wurden für die Regressionsanalysen verwendet: Alter, Geschlecht, Zivilstand (verheiratet vs. Rest), Familienverhältnis der Angehörigen zum Patienten (Eltern vs. Rest), die pro Woche von anderen Angehörigen für die Betreuung der Kranken aufgewendete Zeit, die Häufigkeit eines ungedeckten Bedarfs der Angehörigen. Vonseiten der Patienten gingen die folgenden unabhängigen Variablen in die Regressionsanalysen ein: Geschlecht, Alter, Zivilstand (ledig vs. Rest), Berufstätigkeit, Behandlungssetting (ambulant vs. Rest), Zahl der stationären Aufenthalte in der Vergangenheit und PANSS-Subskalen.

Ergebnisse



Knapp mehr als die Hälfte der Kranken waren männlich (57,8%), der Altersmittelwert betrug 32,9 Jahre (SD 12,0). Im Mittel waren die Patienten 5,2-mal in stationärer Behandlung (► **Tab. 1**). Mehr als zwei Drittel der Patienten waren voll bzw. teilweise beschäftigt, wenn auch geschützte Arbeitsbereiche mitgezählt wurden. Bei den befragten Angehörigen handelte es sich bei 68,9% um einen Elternteil, wobei der überwiegende Teil weiblich und verhei-

ratet war. Neben jenem Angehörigen, der an der Studie teilnahm, betreuten durchschnittlich 14,9 Stunden (SD 28,2) pro Woche noch *andere* Angehörige die Betroffenen. Im Mittel fanden sich pro Angehörigem 4,5 Interventionen, die benötigt worden wären, aber nicht ausreichend oder gar nicht erhalten wurden. Über die gesamte Stichprobe zeigten sich die höchsten Werte beim IEQ-Subscore „Sorgen“, gefolgt von „Motivieren“ und „Spannungen“ (● **Tab. 1**). Die niedrigsten Werte fanden sich für den IEQ-Subscore „Beaufsichtigung“. Die IEQ-Subscores, bezogen auf die demografischen und klinischen Variablen, sind in ● **Tab. 2** dargestellt. Bei den angehörigenbezogenen Variablen zeigte sich bei der Gruppe mit mehr ungedecktem Bedarf für alle Dimensionen des IEQ ein etwas höherer Mittelwert. Bei den patientenbezogenen Variablen beträgt der Mittelwert im IEQ-Subscore „Motivation“ in der Altersgruppe unter 32 Jahre 0,936 (SD 0,710), im Vergleich dazu in der Altersgruppe ab 32 Jahren 0,697 (SD 0,560). Um Prädiktoren für die 4 IEQ-Subscores zu identifizieren, wurden multiple lineare Regressionen durchgeführt (● **Tab. 3**). Es zeigten sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit eines ungedeckten Bedarfs der Angehörigen und dem IEQ-Subscore „Spannung“ als auch dem IEQ-Subscore „Sorgen“. Der IEQ-Subscore „Sorgen“ war überdies im ambulanten Bereich signifikant niedriger als im stationären bzw. tagesklinischen Setting. Der IEQ-Subscore „Motivation“ zeigte einen signifikant positiven Zusammenhang mit einer größeren Negativsymptomatik gemessen mit der PANSS. Für den IEQ-Subscore „Beaufsichtigung“ konnte keinerlei signifikanter Zusammenhang gefunden werden.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden die Belastungen der Angehörigen Schizophreniekranker und jene Faktoren, die das Risiko dafür erhöhen, untersucht. Dafür wurde eine inhaltlich breite Methode der Erfassung verwendet, die sich nicht ausschließlich auf negative Aspekte beschränkt, sondern umfassend erhebt, in welchen Bereichen die Angehörigen involviert waren [10]. Es zeigte sich, dass sich um die Kranken zu sorgen und sie zu etwas zu motivieren, in unserer Stichprobe die höchsten Werte zeigten. Ähnliche Ergebnisse wurden auch von Tang et al. [12] sowie von van Wijngaarden et al. [19] berichtet, die ausschließlich oder überwiegend die Angehörigen ambulanter Patienten einschlossen. Die Ähnlichkeit der Ergebnisse dieser Studien an den Familienmitgliedern ambulanter Patienten mit jenen unserer Studie fällt auf, da wir in unserer Studie jeweils ein Drittel stationäre, tagesklinische und ambulante Patienten eingeschlossen hatten.

In unserer Studie zeigte sich aber, dass das Ausmaß der Sorgen um den Kranken mit dem Behandlungssetting assoziiert war. Die Familienmitglieder von tagesklinischen und stationären Patienten zeigten in der multivariaten Auswertung signifikant höhere Werte für Sorgen als bei ambulanten Patienten. Dieses Ergebnis dürfte aufgrund unserer Ergebnisse aber nicht mit dem Ausmaß der Krankheitssymptomatik bei stationären oder tagesklinischen Patienten zusammenhängen, da diese in der multivariaten Auswertung keinen signifikanten Zusammenhang zeigten. Schützwohl et al. [23] untersuchten in ihrer Studie den Einfluss des Behandlungssettings akut psychisch Erkrankter auf die Belastung von Angehörigen. Hier fanden die Autoren keine signifikanten Unterschiede zwischen stationären und tagesklinischen Betreuungsmodellen. Es bedarf weiterführender Studien, um das Behandlungssetting als Prädiktor für die Sorgen bzw. Belastun-

Tab. 1 Stichproben-Zusammensetzung nach demografischen und klinischen Variablen der Angehörigen und der Kranken (m – Mittelwert, SD – Standardabweichung).

Angehörige		
Geschlecht		
– weiblich	%	68,9
– männlich	%	31,1
Alter	m (SD)	52,7 (12,8)
Zivilstand		
– ledig	%	11,1
– verheiratet	%	68,1
– geschieden	%	11,9
– verwitwet	%	8,9
Verhältnis zu Patienten		
– Eltern	%	68,9
– Geschwister	%	5,9
– Partner	%	15,6
– Kinder	%	4,4
– andere	%	5,2
Zahl der Stunden, die andere Angehörige pro Woche für die Betreuung des Patienten aufwenden	m (SD)	14,9 (28,2)
Häufigkeit eines ungedeckten Bedarfs	m (SD)	4,5 (3,9)
IEQ-Subscore Spannungen	m (SD)	0,609 (0,440)
IEQ-Subscore Beaufsichtigung	m (SD)	0,336 (0,463)
IEQ-Subscore Sorgen	m (SD)	1,528 (0,925)
IEQ-Subscore Motivieren	m (SD)	0,821 (0,651)
Patienten		
Geschlecht		
– weiblich	%	42,2
– männlich	%	57,8
Alter	m (SD)	32,9 (12,0)
Zivilstand		
– ledig	%	80,5
– verheiratet	%	9,8
– geschieden	%	9,8
– verwitwet	%	0,0
Berufstätigkeit		
– berufstätig (voll + teilweise, auch geschützte)	%	68,9
– nicht berufstätig	%	31,1
Behandlungssetting		
– stationär	%	34,1
– tagesklinisch	%	31,1
– ambulant	%	34,8
Zahl stationärer Aufnahmen in der Vergangenheit	m (SD)	5,2 (5,7)
PANSS Positiv-Symptomatik	m (SD)	16,4 (6,3)
PANSS Negativ-Symptomatik	m (SD)	20,2 (7,3)
PANSS Allgemeine Symptomatik	m (SD)	37,3 (9,5)

gen von Angehörigen künftig besser verstehen zu können. Möglicherweise war es bei jenen Kranken, die wir aus Stationen und Tageskliniken einschlossen, zuvor zu Problemen und Konflikten gekommen, die dazu führten, dass sich die Angehörigen noch immer sorgten. Es kann aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Tatsache, dass eine Behandlung im Krankenhaus (stationär oder tagesklinisch) nötig war, die Sorgen der Angehörigen vergrößerten. Da es sich um eine Studie im zeitlichen Querschnitt handelt, darf man auch nicht die Möglichkeit einer „reverse causality“ übersehen, nämlich dass Angehörige mit sehr großen Sorgen die Kranken zu einer Behandlung im Krankenhaus drängten. Auch bei der Interpretation aller anderen Ergebnisse unserer Studie darf nicht übersehen werden, dass eine reine Querschnittsuntersuchung die kausale Interpretation limitiert.

Tab. 2 IEQ-Subscores (m – Mittelwert, SD – Standardabweichung) nach demografischen und klinischen Variablen (kontinuierliche Variablen wurden nach dem Median dichotomisiert).

		IEQ-Subscore Spannungen		IEQ-Subscore Beaufsichtigung		IEQ-Subscore Sorgen		IEQ-Subscore Motivation	
		m	SD	m	SD	m	SD	m	SD
angehörigenbezogene Variablen									
Geschlecht	weiblich	0,602	0,440	0,321	0,487	1,551	0,944	0,862	0,704
	männlich	0,624	0,444	0,371	0,404	1,475	0,890	0,720	0,494
Alter (dichotomisiert nach Median)	≤52 Jahre	0,610	0,414	0,385	0,480	1,420	0,874	0,871	0,723
	>52 Jahre	0,607	0,470	0,284	0,441	1,638	0,969	0,768	0,568
Zivilstand (dichotomisiert)	verheiratet	0,587	0,453	0,342	0,508	1,496	0,921	0,842	0,691
	anderes	0,653	0,413	0,321	0,346	1,595	0,941	0,772	0,556
Familienverhältnis zu Patienten	Elternteil	0,602	0,450	0,322	0,501	1,632	0,938	0,833	0,673
	anderes	0,623	0,422	0,367	0,364	1,297	0,862	0,794	0,609
Zahl der Stunden, die andere Angehörige pro Woche für die Betreuung des Patienten aufwenden (dichotomisiert nach Median)	≤4 Stunden	0,586	0,408	0,346	0,422	1,522	0,894	0,777	0,609
	>4 Stunden	0,631	0,471	0,326	0,502	1,533	0,963	0,867	0,695
Häufigkeit eines ungedeckten Bedarfs (dichotomisiert nach Median)	≤3 Hilfen, die nicht erhalten	0,484	0,399	0,280	0,390	1,289	0,944	0,740	0,613
	>3 Hilfen, die nicht erhalten	0,741	0,446	0,391	0,523	1,774	0,844	0,898	0,681
patientenbezogene Variablen									
Geschlecht	weiblich	0,611	0,439	0,324	0,456	1,619	0,954	0,859	0,722
	männlich	0,607	0,444	0,344	0,471	1,460	0,903	0,790	0,593
Alter (dichotomisiert nach Median)	≤31 Jahre	0,648	0,451	0,419	0,539	1,732	0,921	0,936	0,710
	>31 Jahre	0,566	0,427	0,242	0,338	1,304	0,883	0,697	0,560
Zivilstand (dichotomisiert)	ledig	0,564	0,477	0,347	0,484	1,115	0,837	0,769	0,633
	anderes	0,613	0,438	0,335	0,463	1,573	0,926	0,827	0,656
Berufstätigkeit	nicht berufstätig	0,610	0,422	0,361	0,476	1,508	0,886	0,872	0,653
	berufstätig	0,604	0,504	0,250	0,410	1,594	1,062	0,654	0,627
Behandlungssetting	Station	0,684	0,422	0,348	0,425	1,677	1,007	0,747	0,507
	Tagesklinik	0,571	0,429	0,415	0,592	1,590	0,881	0,891	0,824
	ambulant	0,565	0,465	0,254	0,351	1,330	0,859	0,829	0,605
Zahl stationärer Aufnahmen in der Vergangenheit (dichotomisiert nach Median)	≤3 Aufnahmen	0,608	0,454	0,336	0,391	1,483	0,851	0,790	0,562
	>3 Aufnahmen	0,609	0,428	0,336	0,536	1,578	1,007	0,853	0,737
PANSS Positiv-Symptomatik	≤16 PANNS-Positiv-Score	0,577	0,462	0,299	0,415	1,423	0,934	0,733	0,570
	>16 PANNS-Positiv-Score	0,651	0,410	0,382	0,518	1,670	0,901	0,940	0,736
PANSS Negativ-Symptomatik	≤20 PANNS-Negativ-Score	0,554	0,436	0,281	0,391	1,432	0,883	0,661	0,614
	>20 PANNS-Negativ-Score	0,662	0,440	0,392	0,524	1,624	0,963	0,988	0,652
PANSS Allgemeine Symptomatik	≤38 PANNS-Allgemein-Score	0,545	0,466	0,341	0,451	1,419	1,017	0,731	0,709
	>38 PANNS-Allgemein-Score	0,670	0,407	0,331	0,478	1,636	0,817	0,915	0,576

Sowohl die Sorgen der Angehörigen als auch Spannungen zwischen Angehörigen und Kranken waren erhöht, wenn sie nicht jene therapeutischen und sozialen Hilfen erhielten, die aus ihrer Sicht nötig waren. Es könnte sein, dass Angehörige, die nicht die erforderlichen Hilfen wie z.B. Psychoedukation oder stützende Gespräche erhalten, mehr Sorgen haben als andere Angehörige. Ebenso ist es aus unserer Sicht nachvollziehbar, dass Angehörige, die Informationen über die Krankheit und deren Behandlung benötigen würden oder nicht wissen, wie sie mit den Kranken in schwierigen Situationen umgehen sollen, mehr Spannungen mit den Kranken haben. Es scheint also plausibel, dass ein ungedeckter Bedarf der Angehörigen die Sorgen der Angehörigen erhöht. Da die Erfassung des Bedarfs bei Angehörigen von Schizophreniekranken ein wissenschaftlich relativ neues Gebiet ist, liegen noch keine Studien vor, die die Frage untersucht haben, ob ein ungedeckter Bedarf die Sorgen oder andere Belastungen erhöht [16]. Jene Kranken, die von ihren Angehörigen vermehrt motiviert wurden, Tätigkeiten im Alltag (z.B. Zähneputzen, Ankleiden, morgendliches Aufstehen) durchzuführen, litten in höherem Ausmaß unter Negativsymptomatik. Seit vielen Jahren ist bekannt, dass Personen mit ausgeprägter Minussymptomatik Akti-

vierung benötigen [13]. Während andere Studien [12] auch einen Zusammenhang mit Positivsymptomatik berichteten, konnten wir einen derartigen Zusammenhang nicht finden.

Weiters scheint interessant, dass andere Variablen wie das Geschlecht der Kranken und ihrer Angehörigen auf keine einzige der IEQ-Dimensionen einen Einfluss zeigte. Zahid et al. [24] untersuchten in ihrer Arbeit 121 familiäre Angehörige Schizophreniekranker und berichten von höherer Belastung bzw. IEQ-Subscores bei Angehörigen, wenn die Patienten weiblich waren. Andere Studien berichteten, dass die Mütter als Angehörige insgesamt einen höheren Bedarf als die Väter hatten und die Krankheitsmodelle von Schizophrenie geschlechtsabhängig sind [17, 25, 26].

Auch wenn das Querschnittsdesign der vorliegenden Studie genau genommen keine kausalen Interpretationen erlaubt, finden sich doch wichtige Hinweise, die im Rahmen künftiger prospektiver Studien untersucht werden sollten. Der Hinweis, dass Defizite im Versorgungsangebot sich negativ auf die Angehörigen auswirken können, betont die Wichtigkeit der künftigen Forschung sowohl über Angehörige als auch zur Versorgung [27–29]. Außerdem könnte der ungedeckte Bedarf bei den Angehöri-

Tab. 3 Prädiktoren für IEQ-Subscores „Spannungen“, „Beaufsichtigung“, „Sorgen“ und „Motivation“ bei Angehörigen: Ergebnisse der 4 multiplen linearen Regressionen (Beta – standardisierter Regressionskoeffizient), n. s.: nicht signifikant.

unabhängige Variable	IEQ-Subscore Spannungen		IEQ-Subscore Beaufsichtigung		IEQ-Subscore Sorgen		IEQ-Subscore Motivation	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
angehörigenbezogene Variablen								
Geschlecht	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Alter	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Zivilstand (verheiratet vs. Rest)	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Familienbeziehung zu Patienten (Eltern vs. Rest)	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Zahl der Stunden ⁰ , die andere Angehörige pro Woche für die Betreuung des Patienten aufwenden	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Häufigkeit eines ungedeckten Bedarfs	0,388	0,001	n. s.	n. s.	0,373	0,000	n. s.	n. s.
patientenbezogene Variablen								
Geschlecht	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Alter	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Zivilstand (ledig vs. Rest)	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Berufstätigkeit	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Behandlungssetting (ambulant vs. Rest)	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	-0,200	0,033	n. s.	n. s.
Zahl stationärer Aufnahmen in der Vergangenheit	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
PANSS Positiv-Symptomatik	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
PANSS Negativ-Symptomatik	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	0,507	0,000
PANSS Allgemeine Symptomatik	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.

gen entweder auf real nicht vorhandene Versorgungsstrukturen oder auf fehlendes Wissen über real zwar bestehende, aber unbekannte Versorgungsstrukturen hinweisen. Diese Frage ist unseres Erachtens von großer praktischer Relevanz.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Defizite im Versorgungsangebot für die Angehörigen von Schizophreniekranken haben eine negative Wirkung auf die Angehörigen. Dies betont die Wichtigkeit einer umfassenden Versorgungsplanung auch für Angehörige.
- ▶ Die Tatsache, dass Angehörige von Patienten in tagesklinischer und stationärer Behandlung vermehrt Sorgen haben, sollte im klinischen Alltag berücksichtigt werden. Gerade im Krankenhaus dürfte es nötig sein, auf die Belastungen der Angehörigen besonders einzugehen.
- ▶ Ausgeprägte Minussymptomatik bei Schizophreniekranken dürfte von den Angehörigen verstärkte Bemühungen um das Motivieren der Kranken erfordern.

Interessenkonflikt

Die vorliegende Studie wurde durch einen „Unrestricted Grant“ der Firma Eli Lilly unterstützt, der wir dafür zu Dank verpflichtet sind.

Abstract

Risks for Burden among Relatives Caring for Schizophrenia Patients

Objective: Relatives of persons with schizophrenia have an essential role in informal caregiving. This may result in a high level of burden. Aim of the study was to investigate, if the frequency of unmet needs among relatives caring for schizophrenia patients increases the risk for burden among these relatives.

Methods: 135 relatives of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder were investigated by means of the “Involvement Evaluation Questionnaire” (IEQ) and the “Carer’s Needs Assessment for Schizophrenia” (CNA-S).

Results: Multiple linear regression analyses showed positive associations between the frequency of caregivers’ unmet needs and the IEQ-subscores “tension” and “worrying”. Further, the IEQ-subscore “worrying” was significantly lower among caregivers of outpatients than among caregivers of inpatients or day hospital patients. The IEQ-subscore “urging” was significantly associated with patient’s negative symptoms.

Conclusion: Unmet needs among caring relatives have negative effects on their burden. Further, the patients’ type of treatment setting (inpatient, outpatient, day hospital) seems to predict caregivers’ burden.

Institute

¹ Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien, Österreich

² Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinik für Psychiatrie 1, Salzburg, Österreich

³ Landesnervenklinik Wagner Jauregg, Linz, Österreich

⁴ Sozialpsychiatrische Abteilung, Krankenhaus Neunkirchen, Österreich

⁵ PSD Leitung, Psychosoziale Zentren GmbH, Stockerau, Österreich

⁶ Medizinische Abteilung, Firma Eli Lilly, Wien, Österreich

Literatur

- 1 Schütze W. Ein neues Behandlungsmodell für Psychosen in Havelland. *Psychiatr Prax* 2011; 38: 205–207
- 2 Kuipers E, Onwumere J, Bebbington P. Cognitive model of caregiving in psychosis. *Brit J Psychiatr* 2010; 196: 259–265
- 3 Bernert S, Kilian R, Matschinger H et al. Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen: die deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaires (IEQ). *Psychiatr Prax* 2001; 28 (Suppl. 02): 97–101
- 4 Möller-Leimkühler AM, Wiesheu A. Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262: 157–166
- 5 Krautgartner M, Unger A, Friedrich F et al. Risiken für Depressivität bei den Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatr* 2005; 19: 148–154
- 6 Goncalvez-Pereira M, Xavier M, van Wijngaarden B et al. Impact of psychosis on Portuguese caregivers: a cross-cultural exploration of burden, distress, positive aspects and clinical-functional correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; in press
- 7 Harvey K, Catty J, Langman A et al. A review of instruments developed to measure outcomes for carers of people with mental health problems. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 164–176
- 8 Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 228–240
- 9 Murray J, Schneider J, Banerjee S et al. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: 2 – a qualitative analysis of the experience of caregiving. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 662–667
- 10 Van Wijngaarden B, Schene AH et al. Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version. *EPSILON Study 4. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. Brit J Psychiatr* 2000; (Suppl. 39): 21–27
- 11 Hadrys T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 363–372
- 12 Tang VWK, Leung SK, Lam LCW. Clinical correlates of caregiving experience for Chinese caregivers of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 720–726
- 13 Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled clinical trial of intervention in families with schizophrenia patients. *Brit J Psychiatr* 1982; 141: 121–134
- 14 Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K et al. The Salford Family Intervention project for schizophrenic relapse prevention: five and eight year accumulating relapses. *Brit J Psychiatr* 1994; 165: 829–832
- 15 Kuipers L, Leff J, Lam D. Family work for schizophrenia a practical guide. London: Gaskell; 1997
- 16 Graap H, Bleich S, Herbst F et al. The needs of carers: a comparison between eating disorders and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 800–807
- 17 Wancata J, Freidl M, Krautgartner M et al. Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 968–970
- 18 Unger A, Krautgartner M, Freidl M et al. Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatr* 2005; 19: 141–147
- 19 Van Wijngaarden B, Koeter M, Knapp M et al. Caring for people with depression or with schizophrenia: are the consequences different? *Psychiatr Res* 2009; 169: 62–69
- 20 Wancata J, Krautgartner M, Berner J et al. The "Carers' needs assessment for Schizophrenia": an instrument to assess the needs of relatives caring for schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 221–229
- 21 Kay SR, Fiszein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261–276
- 22 Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Res* 1987; 23: 99–110
- 23 Schützwohl M, Glöckner M, Matthes C et al. Die Belastung von Bezugspersonen voll- und teil-stationär behandelte psychisch Erkrankter: Ergebnis einer randomisierten kontrollierten Untersuchung. *Psychiatr Prax* 2005; 32: 281–288
- 24 Zahid MA, Ohaeri ZJ. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 71
- 25 Freidl M, Unger A, Vyssoki B et al. Gender-Aspekte psychiatrischer Publikationen. *Neuropsychiatr* 2010; 24: 267–274
- 26 Stompe T, Ritter K, Hauska S et al. Krankheitsmodelle bei PatientInnen mit Schizophrenie in Pakistan und in Österreich unter besonderer Berücksichtigung von Genderaspekten. *Neuropsychiatr* 2010; 24: 252–258
- 27 Kaiser G, Unger A, Marquart B et al. Die Erfassung des Bedarfs bei Demenzkranken mittels Camberwell Assessment of Need (CANE) for the Elderly. *Neuropsychiatr* 2010; 24: 182–189
- 28 Kawohl W, Nordt C, Warnke I et al. Inanspruchnahme stationärer Behandlungen nach Abbau stationärer Kapazitäten: Das Angebot beeinflusst die Nachfrage. *Neuropsychiatr* 2010; 24: 27–32
- 29 Stelzig-Schöler R, Hasselbring L, Yazdi K et al. Häufigkeit und Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern psychiatrischer Patienten. *Neuropsychiatr* 2011; 25: 192–198