

Die Rehabilitation

Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation

Schriftleitung

Paul W. Schönle, Magdeburg
 Ferdinand Schliehe, Frankfurt/M.
 Wilfried H. Jäckel, Bad Säckingen
 Uwe Koch, Hamburg
 Bernd Steinke, Frankfurt/M.

Ehrenherausgeber

Kurt-Alphons Jochheim, Erfstadt-Lechenich

Beirat

Jürgen Bengel, Freiburg
 Wolfgang Blumenthal, Geesthacht
 Siegfried Borelli, München
 Ralph Brennecke, Berlin
 Christian Bühler, Wetter
 Hermann Delbrück, Wuppertal
 Sieglind Ellger-Rüttgardt, Berlin
 Karl-Friedrich Ernst, Karlsruhe
 Gerhard Exner, Hamburg
 Hermann Faller, Würzburg
 Klaus Fasshauer, Krefeld
 Armin Fink, Offenburg
 Jürgen Fischer, Witten
 Hans Gewinn, Münster
 Bernhard Greitemann, Bad Rothenfelde
 Hans-Günter Haaf, Frankfurt/M.
 Eckart Jacobi, Ulm
 Here Klosterhuis, Berlin
 Heinrich Kunze, Bad Emstal
 Ulrich Laschet, Bonn
 Wilfried Mau, Hannover
 Friedrich Mehrhoff, Sankt Augustin
 Hans Peter Meier-Baumgartner, Hamburg
 Werner Müller-Fahrnow, Berlin
 Christoph Nachtigäller, Düsseldorf
 Walter Oder, Wien
 Franz Petermann, Bremen
 Ute Pröschel, Heidelberg

Heiner Raspe, Lübeck
 Bernhard Rauch, Waldkirch
 Kay Rauterberg, Bad Schönborn
 Anne von Reumont, Heidelberg
 Helene Röttgen, Karlsbad
 Dieter Schäfer, Nürnberg
 Hans-Martin Schian, Köln
 Hans G. Schlack, Bonn
 Klaus Schüle, Köln
 Michael F. Schuntermann, Frankfurt/M.
 Wolfgang Seyd, Hamburg
 Wolfgang Slesina, Halle-Wittenberg
 Axel Stemshorn, Stuttgart
 Gerhard Vigener, Karlsruhe
 K.-Dieter Voß, Essen
 Felix Welti, Kiel
 Klaus Wieland, Essen
 Juhani Wikström, Helsinki
 Ulrich Wittwer, Hamburg
 Eberhard Zillessen, Bad Neuenahr-Ahrweiler
 Gerald Zilvold, Enschede

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag
 Stuttgart · New York
 Nachdruck nur mit
 Genehmigung des Verlages

Organ der
**Deutschen Vereinigung
 für die Rehabilitation
 Behinderter**

**Bundesarbeitsgemeinschaft
 für Rehabilitation**

**Deutschen Gesellschaft
 für Rehabilitations-
 wissenschaften**

Georg Thieme Verlag

Rüdigerstraße 14
 70469 Stuttgart
www.thieme.de/rehabilitation
www.thieme-connect.de

K. Kitze
D. Y. von Cramon
G. Wilz

Psychische Belastungen bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten

The Emotional Burden in Caregiving Relatives of Stroke Patients

Zusammenfassung

Ein Schlaganfall führt nicht nur zu körperlichen Beeinträchtigungen und psychischen Belastungen beim Patienten selbst. Diese Erkrankung wirkt sich insbesondere auf das emotionale Wohlbefinden der betreuenden Angehörigen, vor allem der Lebenspartner aus. In der folgenden Studie wurde das Ausmaß an psychischen Belastungen (Becks Depressionsinventar [BDI]), Becks Angstinventar [BAI]) bei den Lebenspartnern von Schlaganfallpatienten und deren Abhängigkeit von der ärztlichen Einschätzung der Schwere der Erkrankung (Barthel-Index [BI]) und der Fremdeinschätzung der Beeinträchtigung (Patient Competency Rating [PCR]) durch die Lebenspartner untersucht sowie Determinanten der psychischen Belastungen bei den Lebenspartnern ermittelt. Es wurden 82 Lebenspartner von Schlaganfallpatienten in die Befragung einbezogen, die bei Aufnahme der Patienten in die stationäre bzw. teilstationäre Rehabilitation stattfand. Bei den Angehörigen zeigt sich nach der Erkrankung des Partners eine Einschränkung des emotionalen Wohlbefindens, insbesondere der Ängstlichkeit. Die wahrgenommene Beeinträchtigung des Patienten – eingeschätzt durch die Lebenspartner – steht in enger Verbindung zu den depressiven Folgebelastungen bei den Lebenspartnern. Die ärztliche Einschätzung der Beeinträchtigung des Patienten hat dagegen keinen Einfluss auf das Ausmaß an psychischen Belastungen bei den Lebenspartnern. Als Determinanten der psychischen Belastungen bei den untersuchten Angehörigen wurden das Geschlecht und die subjektive Schweregrad-einschätzung des Schlaganfalls durch den Angehörigen ermittelt. Das Alter der Lebenspartner und die ärztliche Einschätzung der Schwere der Erkrankung haben dagegen keine prädiktive Aussagekraft für das Ausmaß an psychischen Belastungen bei den Lebenspartnern. Es sollte bei der Unterstützung von Angehörigen während der Rehabilitation besonders auf deren Vorerfahrungen

Abstract

Sustained psychosocial burdens as a consequence of stroke not only affect the stroke victim but frequently their spouses and significant others as well. The present study analyses the extent of emotional burden in spouses of stroke patients (Beck Depression Inventory, BDI and Beck Anxiety Inventory, BAI), examining the relationships of emotional burden in spouses with the medical assessment regarding stroke severity (Barthel Index, BI) and with the spouses' own perceptions of the stroke patients' impairment (Patient Competency Rating, PCR) as well as determining the factors that were independently associated with emotional burden in spouses. 82 spouses of stroke patients are examined in our study. The questioning was realised on admission into inpatient or partially inpatient rehabilitation centres. Initial results indicated that relatives of stroke victims have higher scores for anxiety compared to the general population. The assessment of disability in the stroke victims by their spouses correlates directly with the psychosocial burden of the spouses. By using this methodology, a high-risk group of spouses could be identified. The predictors of emotional burden in spouses (Anxiety and Depression) are gender of spouse and the spouse's subjective perception of disability in the stroke victim. The age of spouses and medical assessment of the severity of stroke on the other hand have no predictive value for the extent of emotional burden in spouses.

Key words

Stroke · caregivers · psychological well-being · psychological burdens

Institutsangaben

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig

Korrespondenzadresse

Dr. Gabriele Wilz · Abt. für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig · Stephanstraße 11 · 04103 Leipzig · E-mail: wilg@medizin.uni-leipzig.de

Bibliografie

Rehabilitation 2002; 41: 401–406 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0034-3536

und die individuelle Verarbeitung des Schlaganfalls eingegangen werden.

Schlüsselwörter

Schlaganfall · Angehörige · psychisches Wohlbefinden · psychische Belastungen

Theoretische Einführung

Der Schlaganfall stellt in den westlichen Industrieländern die dritthäufigste Todesursache und eine der Hauptursachen für erworbene und dauernde Behinderungen im Erwachsenenalter dar [12]. In Deutschland erkranken jedes Jahr etwa 150 000 Einwohner an einem Schlaganfall. Insgesamt leben laut Schlaganfall-Datenbank der Deutschen Schlaganfall-Hilfe derzeit rund 1 bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland mit den Konsequenzen dieser Erkrankung. Diese Fakten zeigen die große epidemiologische Bedeutung des Schlaganfalls auf.

Zu den Langzeitfolgen eines Schlaganfalls gehören physische, kognitive und sprachliche Funktionsausfälle sowie Veränderungen der emotionalen Befindlichkeit und sozialen Integration. Diese Beeinträchtigungen beim Patienten sind bisher zahlreich dokumentiert worden. Doch sie verändern nicht nur das Leben des Betroffenen selbst, sondern auch das seiner gesamten Familie, insbesondere des Lebenspartners [2, 8]. Die Belastungen, die infolge der veränderten Lebenssituation in der Familie auftreten, werden hauptsächlich mit Einschränkungen der Patienten in der Kommunikationsfähigkeit, kognitiven Beeinträchtigungen sowie Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens wie z. B. allgemeine Reizbarkeit, Antriebsminderung oder emotionale Indifferenz in Verbindung gesetzt [7]. Besondere Erschwernisse für den gemeinsamen Alltag stellen dabei Veränderungen der familiären Beziehungen (z. B. Rollenwechsel vom gleichberechtigten zum betreuenden Partner) sowie eine rasch einsetzende Isolation dar [1, 4].

Für die Gesundung der Patienten ist nun nicht nur deren eigenes emotionales Befinden, sondern auch das Wohlbefinden ihrer Angehörigen von großer Bedeutung. Denn aufgrund ihrer Erkrankung sind sie oft stark von der instrumentellen und vornehmlich der emotionalen Unterstützung ihrer Angehörigen abhängig [3, 8].

Infolge der Betreuung von Schlaganfallpatienten und der damit einhergehenden zusätzlichen Belastungen verschlechtert sich aber häufig auch der Gesundheitszustand der Angehörigen [15–17]. Solche Reaktionen lassen sich bereits in den ersten Monaten nach der Konfrontation mit den Hirnschädigungsfolgen des Partners nachweisen. Im körperlichen Bereich zeigen die Betreuenden vor allem eine Zunahme stressassoziierter Beschwerden wie Müdigkeit, Herz-Kreislauf-Störungen und Gliederschmerzen [2]. Besondere Beachtung für eine adäquat folgende Behandlung und Unterstützung der Angehörigen sollten indes die psychischen Beeinträchtigungen finden. Laut zahlreicher Studien weisen die Familienangehörigen durch die verstärkte instrumentelle und emotionale Inanspruchnahme eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens auf. Segal u.

Schall [14] stellten in ihrer Untersuchung fest, dass Angehörige von Schlaganfallpatienten über eine wesentlich geringere Lebenszufriedenheit berichteten als die Normalpopulation. Die emotionalen Folgen bei den Angehörigen durch den Schlaganfall drücken sich vor allem in erhöhter Depressivität und Ängstlichkeit aus [3, 7, 9, 15, 16]. Teilweise liegen die Depressionswerte der Angehörigen in den Studien im klinisch auffälligen Bereich [17].

Der Zusammenhang, dass Angehörige von stärker beeinträchtigten Patienten mehr emotionalen Stress zeigen, wird in einem Großteil der Untersuchungen hervorgehoben (Übersicht in [8]). Es werden vor allem von ärztlicher Seite erfasste Inkontinenz, kognitive Beeinträchtigungen und Spracheinschränkungen beim Patienten als Prädiktoren für emotionale Belastungen bei den Angehörigen beschrieben [3, 7, 17].

Andere Studien erbrachten in diesem Zusammenhang jedoch differente Ergebnisse. Macnamara et al. [9] und Stein et al. [15] stellten in ihren Untersuchungen gleichermaßen fest, dass es nicht die ärztliche Einschätzung der physischen oder kognitiven Beeinträchtigung (mittels Barthel-Index oder neuropsychologischen Testbatterien) der Patienten ist, welche die emotionalen Folgen bei den Angehörigen bestimmt. Einige Autoren betonen die Bedeutung der subjektiven Einschätzung der Schwere der Erkrankung durch die Angehörigen selbst für die Ausbildung depressiver und ängstlicher Verstimmungen (Übersicht in [8]). In den Studien von Dennis et al. [3] und Stein et al. [15] wurde beispielsweise zusätzlich zu den ärztlichen Befunden der von den Angehörigen subjektiv wahrgenommene emotionale Status der Patienten erhoben und in die Analysen mit einbezogen. Die von den Angehörigen eingeschätzte emotionale Befindlichkeit der Patienten zeigte sich dabei eng zusammenhängend mit der Manifestierung von Depression und Angst bei den Angehörigen. Macnamara et al. [9] stellten dagegen in ihrer Studie fest, dass insbesondere der Stress und die zusätzliche Belastung, die Angehörige durch das Pflegen des Patienten erleben, ausschlaggebend für das Auftreten von Angst und Depression bei den Angehörigen sind.

Ein Kritikpunkt an den bisher vorliegenden Studien ist die unzureichende Differenzierung der Stichprobe der Angehörigen. Es werden sowohl die Kinder, die Partner, die Eltern als auch betreuende Freunde in die Untersuchung eingeschlossen. Die genannten Betreuer von Schlaganfallpatienten stehen in unterschiedlichen Beziehungen zu den Betroffenen. Daher ist es möglich, dass sich auch die Zusammenhänge zwischen den Beeinträchtigungen des Patienten und den Belastungsfolgen bei den Betreuern verschieden gestalten. Es besteht somit die Notwendigkeit, die Angehörigen in homogenen Stichproben zu untersuchen. Werden die Prozentanteile der betreuenden Angehörigen von Schlaganfallpatienten in den bisher vorliegenden heterogenen Studien [8] verglichen, stellen die Lebenspartner die Mehrheit dar. Doch nur einige wenige Studien, in denen allerdings keine definierten Selektionskriterien vorliegen, beziehen sich direkt auf die Situation der Lebenspartner [8, 15]. Ihnen und ihren psychischen Belastungsfolgen gilt die Aufmerksamkeit in der folgenden Untersuchung.

Fragestellungen

Auf Grundlage der bisher vorliegenden, noch unzureichend erscheinenden Forschungsergebnisse ist in der vorliegenden Untersuchung folgenden Fragestellungen nachgegangen worden:

1. Sind bei den Lebenspartnern von Schlaganfallpatienten zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten in eine Rehabilitationsklinik psychische Belastungen festzustellen?
2. Sind in Abhängigkeit von der ärztlich eingeschätzten Schwere der Beeinträchtigung des Patienten durch den Schlaganfall Unterschiede im Ausmaß an psychischen Belastungen bei den Lebenspartnern darstellbar?
3. Sind in Bezug auf die von den Lebenspartnern eingeschätzte Beeinträchtigung der Patienten durch den Schlaganfall Unterschiede im Ausmaß an psychischen Belastungen bei den Lebenspartnern zu ermitteln?
4. Welche Merkmale von Patienten und Angehörigen beeinflussen die psychische Belastung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten?

Methoden

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Daten, die im Rahmen des Forschungsprojektes „Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten“¹ in Kooperation mit zwei stationären neurologischen Rehabilitationszentren und einer neurologischen Tagesklinik² zwischen 1998 und 2001 erhoben worden sind.

Die Zielgruppe stellten dabei die Lebenspartner von leicht bis schwer betroffenen Schlaganfallpatienten dar. Die Befragung der Angehörigen fand zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patienten in die stationäre oder teilstationäre Rehabilitation statt. Bei den Patienten sollte es sich um den ersten Schlaganfall und das klinische Bild eines „completed stroke“ im Sinne eines ischämischen Insultes bzw. einer intrazerebralen Blutung handeln. Schwere chronische Vorerkrankungen und psychiatrische Erkrankungen wurden ausgeschlossen. Die Patienten und deren Lebenspartner sollten in einer gemeinsamen Wohnung leben. Für die Lebenspartner, die als Hauptbetreuer der Patienten galten, bestand die potenzielle Pflege- bzw. Versorgungssituation erstmalig.

Zur Einschätzung des psychischen Befindens der Angehörigen wurden die Werte etablierter Verfahren zu Angst und Depressivität herangezogen. Durch das Beck-Angstinventar (BAI) [10] konnte die Schwere der klinisch relevanten Angst bei den Lebenspartnern erfasst werden. Das Beck-Depressionsinventar (BDI) [6] zeigte die Schwere depressiver Symptomatik bei den Lebenspartnern auf. Mit Hilfe des Patient Competency Ratings (PCR) [13] beurteilten die Lebenspartner das Ausmaß alltagsrelevanter Beeinträchtigungen des Patienten durch den Schlaganfall.

Die ärztliche Einschätzung der Schwere der Schlaganfallerkrankung erfolgte unter Verwendung des Barthel-Index [11], der insbesondere motorische und funktionelle Beeinträchtigungen abbildet und somit auch einen Hinweis auf den Grad der Abhängigkeit des Patienten von der Hilfe anderer Personen gibt. Die soziodemografischen Daten konnten mit einem von der Arbeitsgruppe „Generische Methoden“ des Forschungsverbundes entwickelten Fragebogen erfasst werden.

Zur Signifikanzprüfung von Mittelwertunterschieden wurden t-Tests für unabhängige Stichproben eingesetzt. Ab einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ können Mittelwerte als signifikant unterschiedlich betrachtet werden, mit $p < 0,01$ als sehr signifikant unterschiedlich und mit $p < 0,001$ als hoch signifikant abweichend voneinander. Zur weiteren Charakterisierung von Mittelwertunterschieden wurde die Effektstärke nach Cohen berechnet. Dieses Maß ergibt sich aus dem Betrag der Mittelwertdifferenz, dividiert durch die gepoolte Standardabweichung. Nach Cohen gelten Effektstärken zwischen $d = 0,2$ und $d = 0,5$ als schwach, zwischen $d = 0,5$ und $d = 0,8$ als moderat und über $d = 0,8$ als stark. Um den Beitrag von verschiedenen Variablen auf die Ausprägungen der psychischen Belastungen der Angehörigen nach dem Schlaganfall abzuschätzen, wurden multiple Regressionsanalysen berechnet. Die Auswahl der in die Regressionsgleichungen aufzunehmenden Variablen erfolgte nach der Methode „stepwise“, wobei so lange Variablen schrittweise einbezogen werden, bis von den übrigen Prädiktoren kein signifikanter Informationszuwachs mehr ausgeht.

Stichprobenbeschreibung

Die Daten von 82 Angehörigen wurden für diese Untersuchung herangezogen. Die befragten Personen sind zwischen 35 und 74 Jahre alt, das Altersmittel liegt bei 55 Jahren. Die Gruppe der befragten Angehörigen setzte sich aus 58 Frauen (67%) und 24 Männern (28%) zusammen. Zum Zeitpunkt der Befragung gingen 22 Lebenspartner (26%) einer Vollzeitbeschäftigung nach, 9 (10%) einer Teilzeitbeschäftigung, 14 der befragten Angehörigen (16%) waren arbeitslos und 31 (36%) bezogen bereits Alters- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Partnerschaften waren überwiegend langjährig und bestanden seit durchschnittlich 29,7 Jahren.

Das Alter der befragungsfähigen Patienten lag zwischen 35 und 69 Jahren (Altersmittel = 56 Jahre). Jedoch konnten aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall 21 Patienten nicht um Auskunft gebeten werden. 86% der Diagnosen entfielen auf einen ischämischen Insult, bei 14% der Fälle wurde eine intrazerebrale Blutung diagnostiziert. Der Schlaganfall lag zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel 2,7 Monate zurück.

20,8% der Patienten befanden sich zum Messzeitpunkt in teilstationärer Behandlung einer Tagesklinik, 79,2% in stationärer Behandlung einer Rehabilitationsklinik.

¹ Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen, Förderkennzeichen: 01 GD 9810/0.

² Tagesklinik für Kognitive Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig; Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig-Bennwitz; Neurologische Abteilung des Rehabilitationszentrums Bad Dübener.

Ergebnisse

Psychische Befindlichkeit der Angehörigen

Die Auswirkungen der Schlaganfallerkrankung auf das psychische Befinden der unterstützenden Partner, welches mittels BAI und BDI zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patienten in die stationäre oder teilstationäre Rehabilitation bei den Lebenspartnern ermittelt wurde, sind in Tab. 1 dargestellt.

Tab. 1 Depression und Angst bei den Lebenspartnern von Schlaganfallpatienten

	Beck Depressionsinventar (BDI)	Beck Angstinventar (BAI)
Lebenspartner von Schlaganfallpatienten	MW = 7,71 SD = 5,50 n = 72	MW = 8,93 SD = 7,84 n = 74
Normalbevölkerung (Referenzstichproben aus den Tests BDI und BAI)	MW = 6,45 SD = 5,20 n = 86	MW = 3,5 SD = 5,8 n = 3000
klinische Auffälligkeit bei Werten	> 11	> 9
Effektstärken	d = 0,24	d = 0,93

Im Vergleich zur Normstichprobe zeigen die Angehörigen nach Aufnahme der Patienten in die stationäre oder teilstationäre Rehabilitation erhöhte Ängstlichkeitswerte, die sich im Mittel an der Grenze zum klinisch auffälligen Bereich bewegen. Die hohe Effektstärke von $d = 0,93$ belegt, dass es sich hier um einen praktisch sehr bedeutsamen Unterschied zwischen den Werten der Lebenspartner von Schlaganfallpatienten und den Normwerten handelt. Von den 74 Lebenspartnern, deren Daten zur Ängstlichkeit erhoben werden konnten, weisen zudem 25 (33,8%) Personen Werte im klinisch auffälligen Bereich auf.

Die mittleren Werte für Depressivität befinden sich nicht im klinisch auffälligen Bereich und sind statistisch nicht abweichend (Effektstärkenberechnung) von der Normalbevölkerung. Von den 72 Lebenspartnern, deren Daten zur Depressivität vorlagen, lassen 16 Personen (22,2%) Werte im klinisch auffälligen Bereich erkennen.

Ärztliche Einschätzung der Beeinträchtigung der Patienten

Mittels Barthel-Index schätzten die Ärzte der kooperierenden Kliniken die Schwere der Beeinträchtigung des Patienten durch den Schlaganfall ein. Mit steigendem Gesamtwert sinkt hierbei das Ausmaß der Beeinträchtigung. Der Höchstwert, der nur von nicht oder kaum beeinträchtigten Personen erreicht werden kann, liegt bei 100 Punkten. Um etwas leichter beeinträchtigte Patienten von schwerer betroffenen Patienten unterscheiden zu können, gibt Masur [11] einen Cut-off-Wert von 85 Punkten an. Das heißt, dass Patienten, die Werte zwischen 85 und 100 Punkten erhalten, als leicht beeinträchtigt durch den Schlaganfall gelten können, Patienten mit Werten unter 85 Punkten werden als mäßig bis schwer beeinträchtigt betrachtet. Für $n = 65$ Patienten lag die ärztliche Einschätzung der Schwere der Erkrankung mittels Barthel-Index vor. Die für diese Studie rekrutierten Patienten

erreichten Barthel-Werte zwischen 15 und 100 Punkten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre bzw. teilstationäre Rehabilitation. Der überwiegende Teil der Patienten (66%) war motorisch und funktionell leicht beeinträchtigt. Die Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen (mäßige bis starke Beeinträchtigung vs. leichte Beeinträchtigung) wurden mittels t-Test und durch die Berechnung der Effektstärke geprüft. Sowohl für den BDI als auch für den BAI ergab sich kein signifikanter Mittelwertunterschied (Tab. 2).

Tab. 2 Ärztliche Einschätzung der Beeinträchtigung der Patienten durch den Schlaganfall und psychische Belastung der Lebenspartner

Barthel-Gruppen	Beck Depressionsinventar (BDI)	Beck Angstinventar (BAI)
mäßige bis starke Beeinträchtigung	MW = 9,05 SD = 5,69 n = 19	MW = 10,11 SD = 9,88 n = 19
leichte Beeinträchtigung	MW = 6,76 SD = 5,08 n = 38	MW = 8,82 SD = 7,51 n = 39
klinische Auffälligkeit bei Werten	> 11	> 9
Signifikanz und Effektstärke	n.s. d = 0,43	n.s. d = 0,15

Einschätzung der Beeinträchtigung des Patienten durch den Lebenspartner

Die Fremdeinschätzung der Lebenspartner in Bezug auf die wahrgenommene Beeinträchtigung des Patienten durch die Erkrankung mittels des Patient Competency Ratings (PCR) [13] wurde für die Studie in zwei Bereiche eingeteilt. Die Gruppe der Angehörigen, welche die Beeinträchtigung des Patienten durch den Schlaganfall als leicht (Skalenbereich: 70–120) wahrnahm, wird als die „Gruppe mit gering wahrgenommener Beeinträchtigung“ bezeichnet. Angehörige, welche die Beeinträchtigung des Patienten als mäßig bis schwer (Skalenbereich: 0–69) einschätzten, lassen sich unter der „Gruppe mit hoch wahrgenommener Beeinträchtigung“ zusammenfassen.

Wie Tab. 3 zeigt, finden sich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten für Depression zwischen den Gruppen. Je geringer die Angehörigen demnach die Beeinträchtigung der Patienten durch den Schlaganfall einschätzen, um so weniger leiden sie selbst unter depressiven Verstimmungen. Die Effektstärke von $d = 0,76$ weist zudem auf einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Ausprägung von Depression bei den Lebenspartnern hin.

Für die Angstwerte konnte mittels t-Test kein signifikantes Ergebnis hinsichtlich der Unterscheidung zwischen der „Gruppe mit gering wahrgenommener Beeinträchtigung“ und der „Gruppe mit hoch wahrgenommener Beeinträchtigung“ ermittelt werden. Die Effektstärke bleibt mit $d = 0,35$ gering.

Tab. 3 Zusammenhang der durch die Lebenspartner wahrgenommenen Beeinträchtigung des Patienten und der psychischen Belastungen der Lebenspartner

PCR-Gruppen	Beck Depressionsinventar (BDI)	Beck Angstinventar (BAI)
Fremdeinschätzung einer hohen Beeinträchtigung	MW = 10,26 SD = 5,97 n = 23	MW = 10,38 SD = 8,51 n = 24
Fremdeinschätzung einer niedrigen Beeinträchtigung	MW = 6,33 SD = 4,67 n = 43	MW = 7,77 SD = 6,93 n = 44
klinische Auffälligkeit bei Werten	> 11	> 9
Signifikanz und Effektstärke	p < 0,01 d = 0,76	n.s. d = 0,35

Determinanten der psychischen Belastung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten

Um den Beitrag der erhobenen Schweregradeinschätzungen durch die Ärzte oder Angehörigen sowie die Einflüsse von Alter und Geschlecht der Angehörigen auf die Ausprägungen der psychischen Belastungen der Angehörigen nach dem Schlaganfall abzuschätzen, wurden multiple Regressionsanalysen berechnet. Als unabhängige Variablen (Prädiktoren) wurden in die Analyse die soziodemografischen Variablen der Angehörigen *Alter* und *Geschlecht* sowie die *ärztliche Einschätzung der Schwere der Erkrankung* (BI) und die *Schweregradeinschätzung des Schlaganfalls durch die Angehörigen* (PCR) aufgenommen. Die abhängigen Variablen stellen die Kriterien für die psychische Belastung bei Angehörigen dar: *Ängstlichkeit* (BAI) und *Depression* (BDI) der Angehörigen.

In Tab. 4 und 5 sind die Ergebnisse der Regressionsanalysen dargestellt. Es konnten relevante Anteile der Kriteriumsvarianz durch die signifikanten Prädiktorvariablen aufgeklärt werden.

Tab. 4 Determinanten der Depression von Angehörigen nach dem Schlaganfall ihres Lebenspartners

Step	Prädiktoren	Beta
1	PCR	-.540
2	Geschlecht	.273
Modellzusammenfassung:	adj. R ² = .355 F = 14.48	df(Regr/Res) = 2/47 p(F) = .001

Tab. 5 Determinanten der Ängstlichkeit von Angehörigen nach dem Schlaganfall ihres Lebenspartners

Step	Prädiktoren	Beta
1	Geschlecht	.340
2	PCR	-.262
Modellzusammenfassung:	adj. R ² = .158 F = 5.69	df(Regr/Res) = 2/48 p(F) = .01

Die aufgeklärte Varianz ist allerdings für die Vorhersage von Depression bei Angehörigen mit 35% deutlich höher als für die Vorhersage von Ängstlichkeit bei den Angehörigen (16%).

Für beide Kriterien der psychischen Belastung von Angehörigen nach der Schlaganfallerkrankung ihres Partners konnten die gleichen Determinanten ermittelt werden. Das Geschlecht der Angehörigen stellt dabei einen bedeutsamen signifikanten Prädiktor dar. Frauen erreichen wesentlich höhere Ängstlichkeits- und Depressionswerte als Männer. Weiterhin erweist sich die Schweregradeinschätzung des Schlaganfalls durch die Angehörigen als wichtige Determinante für psychische Belastungen von Angehörigen nach dem Schlaganfall ihres Partners. Je schwerer die Angehörigen demnach die Schlaganfallerkrankung ihres Partners einschätzen (je geringer die PCR-Werte), umso höhere Ängstlichkeits- bzw. Depressionswerte weisen sie auf.

Das Alter der Angehörigen wie auch die ärztliche Einschätzung der Schwere der Erkrankung leisten dagegen keinen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der psychischen Belastung von Angehörigen nach dem Schlaganfall ihres Partners.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, das Ausmaß an psychischen Belastungen bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten zum Aufnahmezeitpunkt der Patienten in die stationäre bzw. teilstationäre Rehabilitation festzustellen sowie deren Zusammenhänge mit Schweregradeinschätzungen und Determinanten der psychischen Belastungen von Angehörigen zu ermitteln.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme der vom Schlaganfall betroffenen Patienten in die stationäre oder teilstationäre Rehabilitation zeigt sich bei den betreuenden Lebenspartnern eine starke Einschränkung des emotionalen Wohlbefindens hinsichtlich ihrer Angstepfindungen. Damit werden die Ergebnisse bisheriger Studien nur zum Teil bestätigt. Denn hinsichtlich depressiver Folgebelastungen wurden keine signifikanten Werte gefunden. Dies könnte im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der Befragung stehen. In den meisten der anfangs vorgestellten Studien liegt der Befragungszeitpunkt durchschnittlich 6 Monate (z.B. [3]), teilweise aber bis zu zwei Jahre (z.B. [9]) nach dem Schlaganfallereignis. So fanden schon Macnamara et al. [9], dass der Zeitrahmen des Geschehens, hier der Zeitverlauf seit Beginn der Erkrankung, für Veränderungen in der emotionalen Befindlichkeit eine hohe Bedeutung hat. Zum Beginn der Rehabilitation kann die von uns gefundene erhöhte Ängstlichkeit bei den Lebenspartnern als psychische Belastungsreaktion auf das Ereignis des Schlaganfalls aufgefasst werden, die innerhalb eines Anpassungsprozesses an die veränderte Lebenssituation auftritt. Eine qualitative Auswertung von Gründel et al. [5] zeigt, dass vor allem Unsicherheiten im Umgang mit der Krankheit und dem Patienten, Informationsmangel sowie Fragen nach der Zukunft zum Zeitpunkt des Rehabilitationsbeginns eine große Rolle bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten spielen. Diese Ungewissheiten im aktuellen Erleben der Angehörigen können zu emotionalen Verstimmungen wie Ängstlichkeit beitragen. Im Laufe der Rehabilitation und vor allem, wenn der Patient schließlich zu Hause von den Angehörigen allein zu betreuen ist, scheinen

eher depressive Verstimmungen in den Vordergrund zu treten. Stein et al. [15] beschreiben, dass zu diesem Zeitpunkt einerseits die Stimmung des Patienten den Angehörigen beeinflusst, andererseits auch Faktoren wie zusätzliche Belastungen durch Pflege und Alltagsveränderungen Grund für depressive Verstimmungen sein können. Diese Erkenntnisse weisen nachdrücklich darauf hin, dass die Betreuung der Lebenspartner spätestens von Beginn der rehabilitativen Behandlung der Patienten bis weit in die ambulante Phase hinsichtlich der Reduktion von emotionalen Folgeerkrankungen nicht vernachlässigt werden darf.

Einen weiteren wichtigen Diskussionspunkt stellen die Schweregradeinschätzungen des Schlaganfalls durch die Ärzte bzw. durch die Angehörigen und ihre Auswirkungen auf emotionale Belastungen bei den Angehörigen dar. Die ärztliche Einschätzung der motorischen und funktionellen Beeinträchtigung des Patienten durch den Schlaganfall gibt unseren Ergebnissen zufolge nur geringfügige Hinweise auf das Ausmaß an psychischen Belastungsfolgen bei den betreuenden Lebenspartnern. Damit werden die Ergebnisse der Studien von Macnamara et al. [9] und Stein et al. [15] untermauert. Die von den Lebenspartnern eingeschätzte Beeinträchtigung des Patienten durch den Schlaganfall wirkt sich dagegen auf die psychischen Belastungen der Lebenspartner, insbesondere der Depressivität, aus. Die Lebenspartner von schwerer beeinträchtigt wahrgenommenen Patienten zeigen in unserer Untersuchung wesentlich stärkere depressive Verstimmungen als die Lebenspartner von leicht beeinträchtigt wahrgenommenen Patienten. Nun stellt sich die Frage, warum der „objektive“ (von Ärzten eingeschätzte) physische Status keinen Einfluss hat, sondern vor allem die subjektive Einschätzung durch die Angehörigen. Einerseits ist es möglich, dass das individuelle Erleben des Schlaganfalls von den Angehörigen sehr unterschiedlich verarbeitet wird. Dabei können frühere Erfahrungen mit Krankheitsbewältigung, Auswirkungen des Ereignisses auf das Lebenskonzept oder die Persönlichkeit den Umgang mit der Erkrankung des Partners und damit die Ausbildung von depressiven Symptomen beeinflussen. Eine weitere Erklärung könnte die unterschiedliche Erfassung der Schwere der Erkrankung durch die beiden Instrumente (BI und PCR) liefern. Der Barthel-Index nimmt vor allem motorische und funktionelle Beeinträchtigungen auf. Im Patient Competency Rating werden jedoch zusätzlich noch kognitive und Verhaltensveränderungen erfragt. Es ist möglich, dass weniger die physischen Beeinträchtigungen für depressive Folgeerkrankungen beim Angehörigen von Bedeutung sind, wie sie im Barthel-Index ausschließlich erfasst werden. So wurde schon in anderen Studien [3, 7, 17] hervorgehoben, dass eher kognitive und sprachliche Defizite die emotionale Befindlichkeit der Angehörigen beeinflussen.

Schließlich stellte sich die Studie noch zum Ziel, Determinanten der psychischen Belastungen bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten zu ermitteln. Dabei konnten für beide Kriterien der psychischen Belastung (Ängstlichkeit und Depression) das Geschlecht und die Schweregradeinschätzung des Schlaganfalls durch die Angehörigen als Determinanten festgelegt werden. Das Geschlecht ist insofern involviert, als dass Frauen wesentlich höhere Ängstlichkeits- und Depressionswerte erreichen als die Männer. Das liegt sicherlich darin begründet, dass Frauen generell ein höheres Ängstlichkeitsniveau zeigen [10]. Allerdings kann bei Frauen die ängstliche Reaktion auf ein solches Ereignis

wie z.B. den Schlaganfall auch noch durch ihre Art der Verarbeitung extrem erhöht sein. Das Alter der Angehörigen spielt dagegen für die Manifestation von Angst und Depression bei Angehörigen keine Rolle. Dies bestätigen auch andere Studien (z. B. [3]). Schließlich soll noch einmal betont werden, dass auch durch die Regressionsanalyse die ärztliche Einschätzung der Schwere der Erkrankung nicht als Determinante für psychische Belastungen bei Angehörigen ermittelt werden konnte, jedoch die subjektive Schweregradeinschätzung des Schlaganfalls durch die Angehörigen.

Um weitsichtige Schlussfolgerungen für die Unterstützung der Lebenspartner von Schlaganfallpatienten ableiten zu können, sind Verlaufsuntersuchungen im Hinblick auf Zusammenhänge der psychischen Belastungen bei den Lebenspartnern mit den Gegebenheiten des Rehabilitationsprozesses bis hin zur ambulanten Phase nötig. Hier kann angemerkt werden, dass die vorliegende Studie Teil einer Längsschnittstudie ist, die sich vom Zeitpunkt der Aufnahme der Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung bis zur ambulanten Phase ein Jahr nach Aufnahme in die Rehabilitation erstreckt.

Literatur

- 1 Boland DL, Sims SL. Family care giving at home as a solitary journey. *J Nurs Scholarship* 1996; 28: 55–58
- 2 Brooks DN. The head-injured family. *J Clin Exp Neuropsychology* 1991; 13: 155–188
- 3 Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Warlow C. A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Stroke* 1998; 29: 1867–1872
- 4 Evans RL, Connis RT, Bishop DS, Hendricks RD, Haselkorn JK. Stroke: A family dilemma. *Disability and Rehabilitation* 1994; 16: 110–118
- 5 Gründel IA, Lehmann A, von Cramon DY, Wilz G. Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen während der stationären Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. *Klin Verhaltensmed und Rehab* 2001; 14: 288–294
- 6 Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber, 1995
- 7 Kinney JM, Stephens MAP, Franks MM, Norris VK. Stresses and satisfactions of family caregivers to older stroke patients. *J Appl Gerontol* 1995; 14: 3–21
- 8 Low JTS, Payne S, Roderick P. The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Soc Science & Med* 1999; 49: 711–725
- 9 Macnamara SE, Gummow LJ, Goka R, Gregg CH. Caregiver strain: need for late poststroke intervention. *Rehabilitation Psychology* 1990; 35: 71–78
- 10 Margraf J, Ehlers A. Beck Ängstinventar. Deutsche Version (BAI). Testhandbuch. Göttingen: Hogrefe, in Vorbereitung
- 11 Masur H. Skalen und Scores in der Neurologie. Quantifizierung neurologischer Defizite in Forschung und Praxis. Stuttgart, New York: Thieme, 1995
- 12 Poeck K, Hacke W. Neurologie. Berlin: Springer, 1998
- 13 Prigatano GP, Fordyce DJ, Zeiner HK, Roueche JR, Pepping M, Wood BC. *Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press, 1986
- 14 Segal ME, Schall RR. Life satisfaction and caregiving stress for individuals with stroke and their primary caregivers. *Rehab Psychol* 1996; 41: 303–320
- 15 Stein PN, Wayne AG, Hibbard MR. An examination of depression in the spouses of stroke patients. *Rehab Psychol* 1992; 37: 121–130
- 16 Tyman RV. The stress experienced by caregivers of stroke survivors: Is it all in the mind, or is it also in the body? *Clin Rehabil* 1994; 8: 341–345
- 17 Williams AM. Caregivers of persons with stroke: their physical and emotional wellbeing. *Quality of Life Research* 1993; 2: 213–220