



Masterarbeit

Selbst- und Fremdeinschätzung der psychosozialen Beziehungen von Direktbetroffenen und ihren nahen Bezugspersonen nach einer Querschnittlähmung.

Anna-Katharina van den Broek-Schneiter

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. phil. Peter Lude

Erlinsbach, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Dank

Es ist mir ein Bedürfnis, allen Personen zu danken, die mich in dieser Arbeit unterstützt haben. Namentlich erwähnen möchte ich meinen fachlichen Berater Herrn Dr. phil. Peter Lude und seine Ehefrau Dr. phil. Yvonne Lude-Sigrist. Sie haben meine Arbeit mit grossem Interesse und vielen wertvollen fachlichen Inputs begleitet. Ein besonderer Dank geht an meinen Lebenspartner Dr. phil. Tobias Nünlist, der mich sowohl in lektorischer Hinsicht als auch im Zurückstellen gemeinsamer Aktivitäten unterstützt hat.

1 Abstract

Im Zentrum dieser Studie stehen die psychosozialen Beziehungen nach einer Querschnittslähmung. Direktbetroffene und Angehörige wurden in Bezug auf ihre soziale Resonanz, ihre Grundstimmung, ihre Durchlässigkeit und ihre soziale Potenz eingeschätzt. Es liegen Selbst- und Fremdbilder vor, die anhand des Giessen-Tests (GT) in einer Längsschnittstudie erhoben wurden. In verschiedenen Paraplegikerzentren der Schweiz und in Deutschland wurden die Daten ca. 4.5 Wochen nach Eintritt, kurz vor Austritt und 6 Monate nach Austritt im Rahmen der Dissertationen von Lude P. und Lude Y. (2002) erhoben (*N* Direktbetroffene zu den Erhebungszeitpunkten 1. = 71; 2. = 41; 3. = 29; *N* Angehörige zu den Erhebungszeitpunkten 1. = 33; 2. = 22; 3. = 18).

Die Untersuchung gelangte zu den folgenden Ergebnissen: Die beiden Gruppen selbst unterscheiden sich nur beim dritten Messzeitpunkt in den Skalen ‚Soziale Resonanz‘ und ‚Durchlässigkeit‘ voneinander. Die Selbst- und Fremdbilder weisen hohe Differenzen auf. Ausnahme bildet die Skala ‚Grundstimmung‘, die wenig Differenzen im Vergleich der Selbst- und Fremdbilder zeigt. Beide Gruppen weisen hingegen signifikante Abweichungen gegenüber der Normstichprobe auf (Beckmann et al., *N* = 1546, 1991). Während diese Abweichung im Fall der Direktbetroffenen nur beim ersten Messzeitpunkt gegeben ist, unterscheiden sich die Angehörigen zu allen drei Messpunkten signifikant von der Normstichprobe.

Es zeigen sich für beide Gruppen spezifische Merkmalkombinationen. Die Gruppe der Direktbetroffenen zeigt auffällige Merkmalkombinationen im Bereich des Kontaktverhaltens, ihrem emotionalen Ausdruck, ihrem Umgang mit Aggressionen und ihrer Verslossenheit. Die Gruppe der Angehörigen weist Merkmalkombinationen in den Bereichen ‚Nähe und Distanz‘, ‚Selbstwert‘ und ‚Durchsetzungsvermögen‘ auf. Eine gegenseitige Beeinflussung von Direktbetroffenen und ihren Angehörigen in Bezug auf die Selbsteinschätzung im Laufe der Zeit konnte nicht nachgewiesen werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	IV
2	Verzeichnisse	VII
2.1	Tabellenverzeichnis	VII
2.2	Abbildungsverzeichnis	VIII
2.3	Abkürzungsverzeichnis	VIII
3	Einleitung	9
4	Theorie	10
4.1	Die Rückenmarkschädigung und ihre Auswirkungen.....	10
4.1.1	Folgen für Direktbetroffene	11
4.1.2	Psychosoziale Folgen	14
4.1.3	Folgen für nahe Bezugspersonen bzw. in der Partnerschaft	16
4.1.4	Stressquellen nach einer Querschnittlähmung	17
4.2	Sozialpsychologische Aspekte nach einer Rückenmarkschädigung	18
4.2.1	Selbstbild	19
4.2.2	Fremdbild	20
4.3	Emotionspsychologische Veränderungen	21
4.3.1	Direktbetroffene.....	22
4.3.2	Angehörige und nahe Bezugspersonen	23
4.3.3	Soziale Interaktion und Emotion	24
4.4	Begriffe/Modelle	24
4.4.1	Begriffsdefinition ‚Direktbetroffene‘ und ‚nahe Bezugspersonen‘	24
4.4.2	Psychosoziale Beziehungen.....	24
4.4.3	Stufenmodell der psychosozialen Entwicklungen (Erikson)	25
4.4.4	Begriffe aus dem Giessen-Test	27
4.5	Fragestellungen und Hypothesen.....	29
5	Methodisches Vorgehen	30
5.1	Versuchsplan	30
5.2	Variablen und Erhebungsinstrument.....	31
5.2.1	Soziodemografische Daten	31
5.2.2	Giessen-Test (GT).....	32
5.2.3	Statistische Methoden.....	35
6	Datenanalyse	35
6.1	Vorbereitende Schritte	35
6.1.1	Datenvoraussetzungen	35
6.1.2	Umgang mit fehlenden Daten.....	36
6.1.3	Transformation der Daten.....	36
6.2	Deskriptive Statistik	37
6.2.1	Beschreibung der Stichprobe	37
6.2.2	Auswertung GT: Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung	37
6.2.3	Interaktionsebene (Korrelationen GT).....	37
6.2.4	Einfluss von Lähmungsgrad auf die Ergebnisse der Skalen des GT.....	38
6.3	Analysen	38
6.3.1	Vergleich der beiden Gruppen	38
6.3.2	Vergleiche der Mittelwerte des GT mit der Normstichprobe	38
6.3.3	Differenzen von Einzelbildern.....	38
6.3.4	Faktorenanalyse, auffällige Items GT.....	39
6.3.5	Mixed-Effects-Model (MEM)	39
7	Ergebnisse	40

7.1	Deskriptive Statistik	40
7.1.1	Beschreibung der Stichprobe	41
7.1.2	Auswertung GT: Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung	42
7.1.3	Interaktionsebene (Korrelationen GT)	46
7.1.4	Einfluss von Lähmungsgrad auf die Ergebnisse der Skalen des GT	51
7.2	Analysen	52
7.2.1	Vergleich der beiden Gruppen	52
7.2.2	Vergleiche Mittelwerte GT mit der Normstichprobe	53
7.2.3	Differenzen von Einzelbildern	55
7.2.4	Faktorenanalyse, auffällige Items GT	62
7.2.5	Merkmalkombinationen beim GT Direktbetroffene	62
7.2.6	Merkmalkombinationen beim GT nahe Bezugspersonen	64
7.2.7	Mixed-Effects-Model	65
8	Diskussion	67
8.1	Beantwortung der Fragestellungen	67
8.1.1	Beantwortung der Fragestellung 1	68
8.1.2	Beantwortung der Fragestellung 2	70
8.1.3	Beantwortung der Fragestellung 3	72
8.1.4	Beantwortung der Fragestellung 4	74
8.1.5	Beantwortung der Fragestellung 5	75
8.2	Hauptkenntnisse und weitere Ergebnisse der Studie	78
8.3	Abgrenzung der Studie und Ausblick	80
9	Literaturverzeichnis	81
10	Anhang	A
10.1	Kurzbeschreibung der Skalen aus dem GT	A
10.2	Tabelle Prozenträge Standardskalen GT	C
10.3	Tabellen demografische Daten Angehörige	D
10.4	Tabellen demografische Daten Direktbetroffene	E
10.5	Korrekturschritte bei der Datenüberprüfung	F
10.6	Shapiro-Wilk-Test	G
10.7	Levene's Test	I
10.8	Merkmalkombinationen beim GT Direktbetroffene	J
10.9	Merkmalkombinationen beim GT nahe Bezugspersonen	K
10.10	Signifikante Ergebnisse Randmittel	L

2 Verzeichnisse

2.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Teilnehmer (nahe Bezugspersonen und Direktbetroffene).	31
Tabelle 2: Feste Faktoren des MEM und ihre Abstufungen.	40
Tabelle 3: Zusammenstellung der Resultate aus dem GT. Selbst- und Fremdbild, Direktbetroffene und Angehörige, drei Messzeitpunkte, Rohwerte und T-transformierte Werte.	44
Tabelle 4: Normwerte der Standardskalen in der Standardstichprobe.	45
Tabelle 5: Grad der Symmetrie bzw. Komplementarität der Rollenpositionen (Selbst- und Fremdbilder).	47
Tabelle 6: Bestätigung bzw. Negation der Position.	49
Tabelle 7: Grad der positiven und negativen identifikatorischen Projektion.	51
Tabelle 8: Einfluss Lähmungsgrad auf die Selbst- und Fremdbeurteilung im GT.	52
Tabelle 9: T-Test Direktbetroffene/Angehörige, drei Messzeitpunkte.	53
Tabelle 10: Signifikante Unterschiede der Mittelwerte zwischen der Normstichprobe und der Untersuchungsstichprobe; 3 Messzeitpunkte, Selbst- und Fremdbild.	55
Tabelle 11: Differenzen zwischen Selbstbild Direktbetroffene und Selbstbild Angehörige (T-Werte).	56
Tabelle 12: Differenzen zwischen Fremdbild Angehörige und Fremdbild Direktbetroffene (T-Werte).	57
Tabelle 13: Differenz der Selbstbilder und der Fremdbilder ($s_d - s_a$ und $f_a - f_d$).	58
Tabelle 14: Differenz Selbstbild Direktbetroffene und Fremdbild der Direktbetroffenen über die Angehörigen (T-Werte).	58
Tabelle 15: Differenz Selbstbild Angehörige und Fremdbild der Angehörigen über die Direktbetroffenen (T-Werte).	59
Tabelle 16: Differenz von Selbstbild und Bild über den Partner ($s_d - f_d$ und $s_a - f_a$).	60
Tabelle 17: Differenz Selbstbild Direktbetroffene und Einschätzung durch Angehörige (T-Werte).	60
Tabelle 18: Differenz Selbstbild Angehörige und Einschätzung durch Direktbetroffene (T-Werte).	61
Tabelle 19: Differenz von Selbstbild und Einschätzung durch den Partner ($s_d - f_a$ und $s_a - f_d$).	61
Tabelle 20: Ergebnisse der festen Faktoren.	66
Tabelle 21: Beschreibung Skala Resonanz.	A
Tabelle 22: Beschreibung Skala Grundstimmung.	A
Tabelle 23: Beschreibung Skala Durchlässigkeit.	B
Tabelle 24: Beschreibung Skala Soziale Potenz.	B
Tabelle 25: Prozenträge anhand der T-Werte.	C
Tabelle 26: Demografische Daten Angehörige von t1, t2 und t3.	D
Tabelle 27: Demografische Daten Angehörige, die alle drei Untersuchungen ausgefüllt haben.	D
Tabelle 28: Demografische Daten Direktbetroffene von t1, t2 und t3.	E
Tabelle 29: Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung GT.	G
Tabelle 30: Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung der Residuen im GT.	H
Tabelle 31: Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen im GT.	I
Tabelle 32: Faktorenvergleich. Varimax rotierte Hauptkomponentenmatrix Direktbetroffene.	J
Tabelle 33: Faktorenvergleich. Varimax rotierte Hauptkomponentenmatrix Angehörige.	K
Tabelle 34: Signifikante Randmittel der Skala ‚Soziale Resonanz‘.	L
Tabelle 35: Signifikante Randmittel Skala ‚Grundstimmung‘.	L

Tabelle 36: Signifikante Randmittel Skala ‚Durchlässigkeit‘.	M
Tabelle 37: Signifikante Randmittel Skala ‚Soziale Potenz‘.	M

2.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Subjekt als personales System: Selbst, Ich, und Identität in Kontext/Kontinuum (aus Petzold 1998a, S. 371, in van der Kolk et al., 2000, S. 513).	20
Abbildung 2: Unrecodiertes Beispielitem (erste Frage zur sozialen Potenz).	33
Abbildung 3: Recodiertes Beispielitem (dritte Frage zur Grundstimmung).	34
Abbildung 4: Selbsteinschätzung Skalen SR, GS, DU und SP.	45
Abbildung 5: Korrelationen der Selbst- und Fremdbeurteilungen Direktbetroffene/Angehörige und umgekehrt.	47
Abbildung 6: Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte.	48
Abbildung 7: Korrelationen Selbst- Fremdbild gleicher Beurteiler.	50

2.3 Abkürzungsverzeichnis

GT:	Giessen-Test
SR:	Soziale Resonanz
GS:	Grundstimmung
DU:	Durchlässigkeit
SP:	Soziale Potenz
QL:	Querschnittlähmung

3 Einleitung

In der Schweiz erleiden jährlich 250 bis 400 Personen eine Querschnittlähmung (Eberhard, 2004). Häufig steht dahinter ein Unfall, oft aber auch eine Erkrankung. Die krankheitsbedingte Querschnittlähmung ist im Zunehmen begriffen (Eberhard, 2004). Die Folgen sind vielfältig und die Betroffenen sehen sich mit grundlegend veränderten Lebensbedingungen konfrontiert. Diese Veränderungen wirken sich auf das gesamte Lebensspektrum aus (persönliche Integrität, körperliches Wohlbefinden, Integration in Familie, Beruf und Gesellschaft, Selbständigkeit; vgl. die Beschreibung der Folgen einer Querschnittlähmung in Kapitel 4.1).

Diese Arbeit untersucht die Auswirkungen auf die psychosozialen Beziehungen nach einer Querschnittlähmung. Direktbetroffene und ihre nahen Bezugspersonen wurden in einer Längsschnittstudie befragt, die von Mai 1999 bis Juli 2001 dauerte. Peter und Yvonne Lude-Sigrist verarbeiteten einen Teil dieser Daten in ihren Dissertationen (Lude P., 2002; Lude Y., 2002). Die vorliegende Arbeit basiert auf jenen Daten, die mit Hilfe des Giessen-Tests (GT; Beckmann, Brähler & Richter, 1991) erhoben und bisher noch nicht ausgewertet worden sind. Die Erhebung erfolgte sowohl bei Direktbetroffenen als auch bei Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen zu jeweils drei Messzeitpunkten. Die erste Befragung fand zu Beginn der Klinikzeit ungefähr viereinhalb Wochen nach Eintritt statt, die zweite kurz vor Klinikaustritt und die dritte 6 Monate nach Ende des Klinikaufenthalts.

Obwohl der GT in vielen Forschungsarbeiten eingesetzt wurde (z.B. Boeker, Budischewski, Walesch, & Nikisch (2000); Decker & Winter (2006); Himmighoffen, Budischewski, Haertling, Hell & Boeker (2003); Hinz, Stoebel-Richter, Braehler & Kubinger (2009); Kubinger, Alexandrowicz, Punter & Braehler (2003)), haben im Bereich Querschnittlähmung keine weiteren Studien damit gearbeitet. Die Literaturrecherche in der Datenbank ‚Psychinfo‘ vom 12.11.2010 ergab bei der Suche nach ‚spinal cord injury‘ 2108 Treffer, für den Giessen-Test waren es 126 Treffer. Bei der Kombination der beiden Schlagwörter resultierten 0 Treffer.

Es ist daher von Interesse, zu untersuchen, wie sich die Resultate der vorliegenden mit dem Giessen-Test analysierten Stichprobe darstellen und ob sich spezifische Merkmale oder Reaktionen in Bezug auf die psychosozialen Beziehungen nach einer Querschnittlähmung ableiten lassen.

In einer Literaturübersicht stellen Chevalier, Kennedy und Sherlock (2009) fest, dass die bisherige und oft auch aktuelle Forschung im Bereich der Querschnittlähmung auf die Coping-Strategien und deren Beurteilungen fokussiert sind. Dabei kommen in vielen Studien Korrelationen vor, die keinerlei Aussagen darüber zulassen, wie die Folgen einer Quer-

schnittlähmung im Lauf der Zeit bewältigt werden. Um diesen Prozess besser verstehen zu können, sind Längsschnittstudien erforderlich. In zukünftigen Forschungen gälte es einzelne Coping-Strategien zu untersuchen, die Menschen mit einer Querschnittlähmung [und ihre Angehörigen; Anmerkung der Verfasserin] v.a. einsetzen (Chevalier, Kennedy & Sherlock, 2009, S. 778-781).

Die Arbeit ist folgendermassen aufgebaut: Kapitel 4 erläutert die theoretischen Grundlagen. Fragestellung und Hypothesen werden in Kapitel 4.6 formuliert. Kapitel 5 stellt das methodologische Vorgehen vor; Kapitel 6 befasst sich mit der Datenanalyse. In Kapitel 7 schliesslich werden die Ergebnisse präsentiert. Die Diskussion findet sich in Kapitel 8.

4 Theorie

Der Theorieteil der vorliegenden Arbeit erläutert die Auswirkungen einer Querschnittlähmung auf die Direktbetroffenen und ihre Angehörigen bzw. auf nahe Bezugspersonen. Er beschreibt die Folgen einer Querschnittlähmung in psychosozialen Beziehungen. Die Ausführungen stellen ausserdem sozialpsychologische Aspekte, emotionspsychologische Veränderungen sowie verwendete Begriffe und Modelle vor.

4.1 Die Rückenmarkschädigung und ihre Auswirkungen

Querschnittlähmung tritt gemäss einem Überblick von Buck und Beckers (1993) nicht erst in der Neuzeit auf. Bereits im frühen Altertum wurden Symptome und Krankheitsbild beschrieben. Verändert hat sich im Lauf der Jahrhunderte aber die Behandlung. Während früher wegen der ungünstigen Prognose auf therapeutische Massnahmen verzichtet wurde, ist man heute in der Behandlung weit fortgeschritten. Die hohe Mortalität von querschnittgelähmten Menschen im Altertum (80% der Betroffenen starben innerhalb von zwei Jahren) wurde durch gezielte Behandlungen seit dem zweiten Weltkrieg laufend gesenkt: Sir Ludwig Guttmann (1899-1980) war massgeblich an einer verbesserten Rehabilitation der Querschnittgelähmten beteiligt (Buck, Becker & Pons, 1993, S. 1-2).

Dennoch stellt eine Querschnittlähmung sowohl für Direktbetroffene als auch die nahen Personen noch heute ein gravierender Einschnitt im Leben dar und führt zu einer umfassenden Neuorientierung in sämtlichen Lebensbereichen. Heinemann und Rawal (2005) stellen fest, dass das Ziel der meisten Menschen nach einer Querschnittlähmung darin besteht, ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben zu führen. Die Lebenserwartung querschnittgelähmter Menschen ist inzwischen vergleichbar mit jener der Normalbevölkerung (Heinemann & Rawal, 2005, S. 611). Gemäss einer Übersicht von Lude P. (2010) wird die Frage nach der Lebenserwartung nach einer Querschnittlähmung in der Forschung aber kontrovers diskutiert. So stellt Schürch (1999, zit. nach Lude P., 2010) eine Lebenserwartung fest, die sich mit jener von Menschen ohne Querschnittlähmung vergleichen lässt.

Hingegen postulieren andere Forscher (z.B. Exner & Hoser, 2000; Strauss, Devivo, Pacullo & Shavelle, 2006, zit. nach Lude P., 2010), dass die Lebenserwartung von querschnittgelähmten Menschen deutlich niedriger sei als von jenen ohne Querschnittlähmung. Grund dafür seien die immer noch häufig auftretenden lähmungsspezifischen Komplikationen (Lude P., 2010, S. 3).

Heinemann (2005) hält fest, dass es nicht *einen* einzigen richtigen Weg gebe, der den Betroffenen nach einer Querschnittlähmung die Anpassung an die neue Lebenssituation erleichtert. Jeder Weg ist individuell und wird von diversen inneren und äusseren Faktoren beeinflusst. Neben baulichen Barrieren spielen personale Möglichkeiten der Anpassung, die Lähmungshöhe, der Lähmungsgrad, die berufliche Situation, der Verlust an sozialen Kontakten sowie Drogenmissbrauch (Alkohol, Medikamente und andere Drogen) eine Rolle und bestimmen mit, wie gut die Anpassung gelingt. Die Studie unterstreicht die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung (Heinemann, 2005, S. 640-641).

Auch Krause (1998) untersuchte das Zusammenhängen von persönlichen Faktoren und weiteren Aspekten bei der Bewältigung von Querschnittlähmungen. Er stellte fest, dass positive Emotionen, Aktionen und Werte die Anpassung erleichtern (Krause, 1998, S. 118). In den meisten Studien werden die Angehörigen oder nahen Bezugspersonen kaum erwähnt. Oder dies geschieht höchstens dann, wenn es darum geht, für die Direktbetroffenen gute Sozialkontakte zu ermöglichen. Diesen Mangel stellte auch Lude Y. (2002) fest, schreibt sie doch: „Die Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen haben einen ähnlich fordernden Anpassungsprozess zu leisten wie die Direktbetroffenen. Der Prozess der Verarbeitung einer Querschnittlähmung kann nur unter Einbezug des nahen sozialen Umfeldes umfassend verstanden werden.“ (Lude Y., 2002, Zusammenfassung). Es fällt auf, dass der Bereich der Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen noch kaum erforscht ist. Es überrascht daher nicht, dass nur wenige auf das Bedürfnisse der Angehörigen ausgerichtete Angebote zur Bewältigung der Situation bestehen (Lude Y., 2002, S. 17-19).

Die weiteren Ausführungen gehen auf Teilaspekte der Folgen einer Querschnittlähmung ein und befassen sich mit ihren Auswirkungen auf die Beziehung für Direktbetroffene und ihre Angehörige bzw. nahe Bezugspersonen. Die physischen Auswirkungen einer Querschnittlähmung werden nicht im Detail behandelt. Um einen Überblick darüber zu bekommen, wird auf die Literatur verwiesen (z.B. Elliott & Rivera, 2003, Zäch & Koch, 2006).

4.1.1 Folgen für Direktbetroffene

Die Direktbetroffenen erleiden durch einen Unfall oder krankheitsbedingt eine Schädigung des Rückenmarks und/oder der im Wirbelkanal verlaufenden Nervenwurzeln. Die Reizleitung ist dadurch unterbrochen. Befehle aus dem Gehirn können nicht mehr weiter gegeben werden. Dies führt zu motorischen und sensiblen Ausfällen. Nicht zu unterschätzen sind

die vegetativen Irritationen, welche zu Beeinträchtigungen der Blasen- und Darmfunktion, der Sexualfunktion, der Zirkulationsregulation, der Atmung, des Gefässtonus und der Thermoregulation führen. Je nach Höhe der Läsion sind die Ausfälle grösser oder kleiner. Eine Schädigung des Rückenmarks im Halsbereich (cervical) hat eine Tetraplegie, also Störungen aller vier Gliedmassen, zur Folge. Eine Schädigung im unteren Bereich des Rückenmarks (thoracal, lumbal und sacral) führt zu einer Paraplegie, betrifft also den Rumpf und die unteren Extremitäten. Bei den Läsionen wird zudem zwischen kompletter und inkompletter Querschnittlähmung unterschieden. So ist es z.B. möglich, dass gewisse Leitungsfunktionen noch partiell vorhanden sind. Man spricht dabei von einer inkompletten Lähmung (Buck et al., 1993, S. 7-9).

Neben den körperlichen Folgen dürfen auch die psychischen Auswirkungen nicht unterschätzt werden. Der Direktbetroffene wird meist unvermittelt aus seinem gewohnten Leben gerissen. Die Schmerzen und die Ungewissheit belasten ihn. Oft sind Operationen notwendig, um die Wirbelfraktur zu stabilisieren und Zusatzverletzungen zu behandeln. Störungen der Sensibilität, der Blasen- und Darmfunktion und der Sexualität beeinträchtigen die Betroffenen bei der Kontaktaufnahme und in ihrer Lebensqualität. Die Bettlägerigkeit, die zur Stabilisierung der Wirbelsäule im Anfangsstadium der Rehabilitation (der Akutphase) oder später bei Komplikationen notwendig ist, schränkt den Handlungsspielraum zusätzlich zur Lähmung stark ein. Auch ist die Angst vor weiteren Komplikationen ein ständiger Begleiter; dazu zählen z.B. Störungen des Kreislaufs und der Atmung, Dekubitus, Kontrakturen oder Komplikationen bei der Ausscheidung. Der Verlust an Mobilität und, meist noch schwerwiegender, der Sensibilität werden als belastend erlebt (Buck et al., 1993, S. 21-66; Buck, Beckers & Pons, 1996, s. 166).

Sturm (1979) hält dazu fest: „Das pure Erleben der so drastisch veränderten Körperlichkeit ist vor allem ein psychischer Vorgang, der stark mit Wahrnehmungen, Bewertungen, Werten, Einstellungen, Lernen, Auseinandersetzungsfähigkeit und dem persönlichen Verhalten zu tun hat“ (Sturm, 1979, zit. nach Lude P., 2010, S. 155). Oft ist die Atmung durch die Lähmung erschwert und kann ein lebensbedrohliches Risiko darstellen. Dies hat Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit und die Kommunikation (Buck et al., 1993, S. 71-81).

Kennedy und Rogers (2000) untersuchten den Zusammenhang von Angst, Depression und Querschnittlähmung. Sie fanden heraus, dass Angst und Depression nach dem 6. Monat im Paraplegikerzentrum zunimmt (Kennedy & Rogers, 2000, S. 935-936). Über die Prävalenz von Depression und Angststörungen nach einer Querschnittlähmung liegen unterschiedliche Zahlen vor. Die Diagnosestellung v.a. bei Depression ist durch den Umstand erschwert, dass auch somatische Symptome gemäss ICD-10, wie z.B. Schlafstörungen und Appetitverlust, einbezogen werden. Diese Störungen könnten aber ebenso gut in engem Zusammenhang mit der Querschnittlähmung stehen und müssen nicht zwingend auf eine Depres-

sion hinweisen. Die Differenzierung der Ursache (Querschnittlähmung oder Depression) ist somit erschwert (Kennedy & Duff, 2001; Kennedy & Rogers, 2000).

Der Umgang mit der Spastizität stellt ein wichtiges Thema dar. Sie kommt bei Patienten mit Querschnittlähmung sehr häufig vor. Sie muss aber nicht immer behandelt werden. Ausschlaggebend für den Behandlungsentscheid ist das Ausmass der Einschränkung des Patienten durch die Spasmen. Sind sie auch bei alltäglichen Handlungen störend, ist eine Behandlung angezeigt. Spasmen können aber auch positive Effekte zeigen. So können sie z.B. beim Sitzen funktionelle Unterstützung bieten, solange sie nicht zu stark sind. Die Analyse und Behandlung der Spastizität muss in einem sehr frühen Stadium beginnen, um ihre Intensität präventiv zu verringern (Buck et al., 1993, S. 88-93). Die Spastik reagiert auf Temperatur, äussere Reize, innere Reize, Lärm usw. Sie kann sich auch im Verlaufe der Zeit wesentlich verändern und muss daher immer wieder beachtet und allenfalls behandelt werden (mündlicher Hinweis von P. Lude vom 01.04.2011).

Oft leiden Betroffene auch an den Folgen des psychischen und physischen Traumas. Sie werden mit einem Schlag aus dem vertrauten Leben gerissen, viele Erwartungen an die Zukunft sind in Frage gestellt. Der Patient erlebt durch die Gefühllosigkeit eine Entfremdung vom eigenen Körper. Er empfindet Scham, da er Hilfestellungen von Drittpersonen in Anspruch nehmen muss. Es wird von ihm eine grosse Anpassungsleistung an die neue Umgebung, sein neues Körpergefühl, seine plötzliche Abhängigkeit und bei der Bewältigung des Unfalls gefordert. Später können Gefühle der Ambivalenz gegenüber dem Rollstuhl hinzukommen. Alles ist anders. Angst und Widerstand werden geweckt, die partnerschaftliche und sexuelle Entwicklung ist in Frage gestellt, die sozialen Kontakte verändern sich und die berufliche Zukunft muss neu überdacht und meist angegangen werden. Dieser Bewältigungsprozess und die damit verbundenen Gefühle der Trauer und Hoffnungslosigkeit kosten viel Energie. Es ist möglich, dass diese Stressverarbeitung ein pathologisches Ausmass annimmt und sich eine PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) entwickelt (Buck et al., 1993, 111-123). In der Rehabilitation wird daran gearbeitet, dass Direktbetroffene wieder so selbstständig wie möglich in ihrem angestammten Umfeld leben und sich darin bewegen können (Buck et al., 1996, S. 57).

Lude P. (2002) zeigt in seiner Dissertation eindrücklich die Innensicht eines Querschnittgelähmten auf. Der Patient kann der Verunsicherung eigene Erinnerungen entgegen setzen, die es ihm ermöglichen, sich „sichere Orte“ zu schaffen. So kann es vorkommen, dass er sich trotz seiner schwierigen Situation zeitweise „wohl“ fühlt. Er macht anderweitig auf die Aussenperspektive aufmerksam, bei der die schlagartige Abhängigkeit des Querschnittgelähmten von Drittpersonen, die wahrgenommene Hilflosigkeit, der Verlust an Identität und Selbstverständnis beeindrucken. Der Betroffene fühlt sich aus Sicht des Beobachtenden wehrlos gegenüber Komplikationen, dem Geschehen und in Bezug auf das weitere Leben. Demgegenüber steht das individuelle Erleben einer betroffenen Person. Die von

Aussenstehenden oft beobachtete „Verdrängung“ kann aber ebenso als Konzentration auf das Hier und Jetzt verstanden werden.

Durch die Querschnittslähmung wird vieles relativiert. Jeder Mensch wird auf Grund der aktuellen Situation seine Reaktionen anpassen. Was von aussen als Depression, Verdrängung oder ähnliches klassifiziert wird, kann ebenso gut eine sinnvolle Anpassung an die Unabänderlichkeit der Gegenwart sein. Dies setzt Kräfte frei, die einen adäquaten Umgang mit der neuen Situation ermöglichen.

Beachtung verdient auch die häufig vertretene Auffassung, der Patient regrediere auf eine kindliche Stufe, um seine Situation ertragen zu können. Diese Regression kann aus der Innensicht als aktives Anknüpfen an erfolgreiches Lernen von früher verstanden werden. Sie verliert somit den pathologischen Anstrich und wird zu einer effizienten Strategie. Die Bewältigung einer Querschnittslähmung bedingt, dass sich der Direktbetroffene intensiv mit seinen Werten und Sichtweisen befasst. Dies ermöglicht es ihm, bestehende Stärken weiter zu entwickeln bzw. neue zu erwerben (Lude P. 2002, S. 73-89).

In diesem Zusammenhang ist auch das von Lude P. & Lude Y. entwickelte Airbag-Modell interessant. Es geht davon aus, dass der Direktbetroffene im Moment, da er seine Querschnittslähmung wahrnimmt, zusätzliche psychische Ressourcen mobilisiert, die auf das Leben-Wollen ausgerichtet sind. Diese Mobilisierung geschieht ebenso unmittelbar wie der Eintritt der Querschnittslähmung. Die Modellannahme geht davon aus, dass einerseits das Kohärenzgefühl schlagartig steigt und andererseits eine Pufferung im Stresserleben erfolgt. Die Studie von P. Lude konnte diese Modellannahme bestätigen und die Airbag-Annahme anhand von verschiedenen Parametern belegen.

Diese Mobilisierung von Kräften darf nicht mit einer Beschönigung der Situation verwechselt werden. Vielmehr gelingt es den meisten Direktbetroffenen sehr schnell zu unterscheiden, wo sie ihre Kräfte erfolgreich einsetzen können und wo sie sich besser zurück halten. Dies ermöglicht es, dass die Direktbetroffenen dank der anfänglichen Ressourcenmobilisierung (Airbag-Effekt) zu einer durchaus guten Lebensqualität finden können. Dies gelingt aber nicht allen und auch nicht immer optimal. Auch erschweren die von der Gesellschaft geschaffenen behindernden Faktoren (*handicap*) die Bewegungsfreiheit und Gleichstellung immer noch deutlich (Lude P., 2002, S. 213-217).

4.1.2 Psychosoziale Folgen

„Niemand weiss, was es bedeutet, eine Querschnittslähmung zu haben, ausser denen, die selbst von einem Querschnitt betroffen sind. [...] Dieses Wechselbad der Gefühle betrifft alle; den Betroffenen selbst, seine Familie, seinen Lebenspartner und seine Freunde.“ (Buck et al., 1996, S. 29). Diese Feststellung zeigt auf, dass eine Querschnittslähmung an jeden Betroffenen und seine nahen Bezugspersonen hohe Anforderungen stellt. Die emotionale Auseinandersetzung fordert von allen Beteiligten ein hohes Mass an Energie. Es

braucht viel Zeit, bis das Geschehene verarbeitet und die Zukunftsgedanken geordnet werden können. Der Trauerprozess und die Neuorientierung stellen für alle Beteiligten eine grosse Herausforderung dar. Das Selbstverständnis muss sowohl von den Direktbetroffenen als auch von den Angehörigen und Mitmenschen neu erfahren und definiert werden (Buck et al., 1996, S. 29-30).

Livneh und Martz (2005) analysierten die psychosoziale Anpassung nach einer Querschnittlähmung. Gemäss ihren Analysen zeigt die Mehrheit der Betroffenen eine typische Abfolge der Reaktionen auf dieses einschneidende Ereignis. Es sind posttraumatische Stressreaktionen, Angst, Depression, Verleugnung, Ärger und Akzeptanz zu erwarten. Eine erfolgreiche psychosoziale Anpassung benötigt die Anerkennung oder Internalisierung der Tatsache, dass die Folgen der Querschnittlähmung veränderte Bedingungen mit sich bringen (Livneh & Martz, 2005, S. 577). Solche Phasenmodelle weisen aber eine nicht zu unterschätzende Problematik auf: Sie entsprechen den Erwartungen der Untersucher und verfügen meist über keine empirische Grundlage. Ihr Aufbau ist oft einseitig und zudem linear, was den tatsächlichen Verarbeitungsmustern keine Rechnung trägt.

In einer weiteren Studie stellen Livneh, Martz und Bodmer (2006) fest, dass die psychosoziale Anpassung an eine Querschnittlähmung anhand von drei Faktoren gemessen werden kann: Eine adaptive Reaktion (Anerkennung, Anpassung), eine maladaptive Reaktion (Angst, Depression, Ärger) und drittens das Leugnen. Das Leugnen kann dabei einerseits als bewusste oder unbewusste Abwehr, andererseits aber auch als Abwehr- und Copingstrategie verstanden werden (Livneh, Martz & Bodmer, 2006, S. 253-259). Die psychosoziale Anpassung ist ein länger dauernder Vorgang. Sie lässt sich am seelischen Gleichgewicht und der emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Akzeptanz der Querschnittlähmung ablesen (Livneh, 2001, zit. nach Martz, Livneh, Gonotovski & Stokic, 2010, S. 208).

Martz et al. (2010) fanden zudem einen engen Zusammenhang zwischen dem Grad der psychosozialen Anpassung und dem Auftreten von Dekubitus. Bei höheren Werten auf der Depressionsskala ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Dekubitus signifikant erhöht. Es konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Depression und der Schwere des Dekubitus vorhergesagt werden (Martz et al. 2010, S. 216). Ebenfalls als Vorhersagevariable setzten Burns, Boyd, Hill & Hough (2010) psychosoziale Faktoren ein. Sie konnten belegen, dass in einer männlichen amerikanischen Stichprobe folgende Faktoren eine Vorhersage zulassen, ob eine von Querschnittlähmung betroffene Person wieder arbeitet oder nicht: Anschluss an die Gemeinschaft, erfahrene Diskriminierung durch die Querschnittlähmung, soziale Unterstützung von wichtigen Anderen und depressive Symptome (Burns, Boyd, Hill & Hough, 2010, S. 81, S. 87-89). Diese Ergebnisse gelten auch für europäische Verhältnisse.

Eine Querschnittlähmung hat auch Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Davon betroffen sind in erster Linie die nahen Personen, die Partner und Partnerinnen, die Familie, aber

auch der Arbeitgeber, die Versicherungen etc. Das Ziel der Rehabilitation nach einer Querschnittlähmung ist die Rückkehr des Patienten in die vertraute Umgebung. Dazu sind oft bauliche Anpassungen notwendig. Auch die Frage, wie es mit Schule, Studium oder Arbeit weiter gehen soll, ist zentral. Schmerzlich ist überdies oft der Verlust der bis vor kurzem ausgeübten Hobbys. Es kann sein, dass neben der Freude an der Tätigkeit auch soziale Kontakte verloren gehen. Jede Situation ist individuell und muss zusammen mit dem Behandlungsteam und den beteiligten Sozialpartnern analysiert werden, um geeignete Massnahmen zur Wiedereingliederung ergreifen zu können (Buck et al., 1993, S. 101-110). Dabei ist die Rolle der Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen für das Gelingen der Rehabilitation ebenso entscheidend wie diejenige der Direktbetroffenen (Lude P., 2002, S. 48).

4.1.3 Folgen für nahe Bezugspersonen bzw. in der Partnerschaft

Die Querschnittlähmung führt zu bedeutenden Veränderungen in der Lebensgestaltung für Angehörige bzw. nahe Bezugspersonen von Betroffenen. Sie erfordert eine Auseinandersetzung mit der Begrenztheit des menschlichen Seins. Der Umgang mit Behinderung und Krankheit verlangt nach spezifischen Konfliktlösestrategien, die ihrerseits Auswirkungen auf die Paardynamik haben. So können sich Verlassens- und Abhängigkeitsängste zeigen, da das ursprüngliche Paargleichgewicht gestört wird (Brähler & Beckmann, 1993, S. 8).

Die Bedürfnisse und Gefühle von Familienangehörigen werden in der Literatur noch wenig thematisiert. Familien fühlen oft, dass sie ausserhalb des Geschehens stehen. Sie erhalten zu wenige Informationen und werden kaum in Entscheidungen einbezogen. Sie bleiben mit unbeantworteten Fragen und Befürchtungen häufig allein. Sie werden unvorbereitet in eine neue Rolle gedrängt und mit neuen Ansprüchen an ihre Energiereserven und Ressourcen konfrontiert. Je nach Beziehungsstand sind die Folgen unterschiedlich. Kinder verlieren ihre Sicherheit, können verletzlicher oder auch stärker werden, Geschwister können an Konflikten leiden, die sie kurz vor dem Trauma noch unbefangen ausgetragen haben, Partner können unter dem Verlust der Gemeinsamkeit und der Sexualität leiden. Zum emotionalen Aufruhr kommen körperliche Erschöpfung und finanzielle Fragen hinzu (Palmer S., Kriegsmann, Palmer JB, McDonald & Sadowsky, 2008, S. 129-130).

Lange Zeit existierten kaum Studien mit den Partnern von Menschen mit einer Querschnittlähmung. In einer Langzeituntersuchung von 1988 fanden Kester, Rothblum, Lobato & Milhous, dass Frauen, die mit einem querschnittgelähmten Mann verheiratet sind oder zusammen leben, höhere stressbedingte Gesundheitsprobleme aufweisen als Frauen aus einer Vergleichsstudie mit gesunden Partnern (Kester, Rothblum, Lobato & Milhous, 1988, S. 17-20). Weitere Studien zeigen, dass bei pflegenden Angehörigen oft erhöhte Levels an physischem und emotionalem Stress, an Burn-Out, Fatigue, Angst, Rückzug und Depression auftreten (Schultz, Czaja, Lustig, Zdaniuk, Martire & Perdomo, 2009, S. 1).

Lude Y. (2002) weist darauf hin, dass den unbestrittenerweise grossen Belastungen auch ein Gewinn gegenüber stehen muss. Wird nur die Belastungsseite einbezogen, ist eine solche Situation nicht bewältigbar. Die Angehörigen bzw. nahen Personen können die Hilfestellungen gegenüber einer querschnittgelähmten Person auch erfüllen, da sie aus ihrer Beziehung zu ihr wiederum Kraft schöpfen. Gelingt es, eine gleichwertige Beziehung zu gestalten, so kann ein Geben und Nehmen entstehen, das für beide Seiten wertvoll und wichtig ist. Dies bedingt ein bewusstes „Daran-Arbeiten“ und braucht neben der Verbundenheit auch Eigenständigkeit seitens beider Partner. Die Querschnittlähmung stellt in diesem Sinn eine Chance dar, weil für jede Partnerschaft wichtige Auseinandersetzungen ganz bewusst immer wieder geführt werden müssen. Das Ergebnis kann eine gute gemeinsame Lebensqualität, befriedigende Kommunikation und gegenseitiger Respekt und Unterstützung sein (Lude Y., 2002, S. 32-43).

4.1.4 Stressquellen nach einer Querschnittlähmung

Alfano, Neilson und Fink (1994) erforschten in ihrer Studie Stressquellen, die in Familien nach einer Querschnittlähmung auftreten können. Wichtige Quellen von Stress sind laut dieser Studie das Ausmass der physischen Hilflosigkeit und die daraus resultierende soziale Isolation und erschwerte soziale Anpassung, der Verlust an sensomotorischer Funktion, die finanzielle Unsicherheit und der veränderte Status in der Gesellschaft (Alfano; Neilson & Fink, 1994, S. 57-60).

Die Studie von Charlifue und Gerhart (2004a) ergänzt diese Erkenntnis, indem sie die Bedeutung der früheren Lebenseinstellung unterstreicht. Sie beeinflusst die Einschätzung von erlebtem Stress, Depression und Wohlbefinden (Charlifue & Gerhart, 2004a, S. 21). In einer Überblicksstudie kommentieren Kennedy und Duff (2001) Inzidenz, Prävalenz und deren Risikofaktoren für das Entstehen einer PTBS nach Querschnittlähmung. Sie ziehen den Schluss, dass eine PTBS nach einer Querschnittlähmung zwar vorkommen kann, aber nicht zwingend auftreten muss. Der Überblick über die Studien ergibt eine Prävalenz für PTBS nach einer Querschnittlähmung von ca. 15%, wobei unklar ist, ob die Querschnittlähmung die Ursache der PTBS ist oder umgekehrt. Es braucht daher noch weitere Studien, die die Stressoren klar beschreiben (individuelle Faktoren, Familie, Helfer, Kontext), um festzustellen, welche Stressoren nach einer Querschnittlähmung welche Auswirkungen zeigen. Auch gilt es, die Komorbidität in Bezug auf Angst und Depression, Anpassungsprozess, Copingmöglichkeiten und sozialer Unterstützung zu erforschen (Kennedy & Duff, 2001, 1-8).

Lude Y. (2002) unterstreicht, dass pflegende nahe Bezugspersonen erhöhtem Stress ausgesetzt sind und eigentlich ebenfalls Unterstützungsangebote benötigen: „Die Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen durchlaufen dagegen kein Rehabilitationsprogramm. Für sie besteht die Anpassungsleistung während der Klinikzeit oft aus Ängsten, Sorgen und dem Harren der Dinge, die da kommen: Wo also die ganze Spezialeinrichtung eines Paraplegi-

ker-Zentrums mit seinen Rehabilitationsexperten ihre primäre Aufgabe beendet – der stationäre Aufenthalt für die Patientin bzw. den Patienten abgeschlossen wurde –, finden sich schlussendlich die Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen alleine mit ‚dem behinderten Menschen‘ und der damit auch für sie so krassen wie dauerhaft veränderten Lebenssituation wieder: Allein sollen die/der Direktbetroffene mit den Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen zu Rande kommen, wozu bis anhin zahlreiche Experten nötig waren. Ängste und Sorgen können zu Distanz gegenüber der/dem Direktbetroffenen führen: Dann wird keine gemeinsame Bewältigung stattfinden.“ (Lude Y., 2002, S. 188-189).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Querschnittlähmung verschiedene Stressreaktionen nach sich ziehen kann. Es sind soziale, finanzielle, medizinische und psychische Aspekte im Auge zu behalten. Studien zeigen aber auch, dass die Stressquellen mit gezielten, auf die individuelle Situation abgestimmten Interventionen besser bewältigt werden können. Der grösste Erfolg stellt sich ein, wenn dies im Team von Direktbetroffenen und ihren nahen Bezugspersonen erarbeitet werden kann und die Fachleute diesem Team ausreichende Unterstützung geben können. Lude Y. (2002) beschreibt in diesem Zusammenhang einen weiteren wichtigen Aspekt: Der finanzielle Stress ist nicht zu unterschätzen. Durch die Übernahme der Betreuung fällt ein Teil des früheren Einkommens durch die (teilweise) Berufsaufgabe weg. Die behinderungsbedingten Mehrkosten und auch die Pflegeleistungen durch die nahen Bezugspersonen werden aber nicht ausreichend finanziell abgegolten. Daraus kann eine grosse Belastung entstehen (Lude Y., 2002, S. 25).

4.2 Sozialpsychologische Aspekte nach einer Rückenmarkschädigung

Dieses Kapitel befasst sich mit Selbstbild und Fremdbild unter besonderer Berücksichtigung sozialpsychologischer Aspekte. Dabei soll auf spezifische Fragen nach einer Rückenmarksschädigung eingegangen werden. Die Sozialpsychologie befasst sich mit Fragen des Zusammenlebens von Menschen. Unter diesem Aspekt können Selbst- und Fremdbild nur in gegenseitiger Abhängigkeit voneinander verstanden werden.

Gemäss Argyle (1990) findet der überwiegende Teil des sozialen Verhaltens zwischen Menschen statt, die in irgendeiner persönlichen Beziehung zueinander stehen. Dies macht Forschung in diesem Bereich anspruchsvoll, da subjektive Einschätzungen als bedeutende Fehlerquellen bekannt sind. Daher wird versucht, Beziehungen auf mehr als nur einer theoretischen Ebene zu untersuchen (Argyle, 1990, S. 232-238). Forschungsarbeiten auf dem Gebiet psychosozialer Vorgänge müssen Methoden anwenden, die der beschriebenen Verzerrung Rechnung tragen. Die vorliegende Arbeit zieht Rückschlüsse auf die psychosozialen Beziehungen, indem sie dem Selbstbild ein Fremdbild gegenüberstellt.

Austauschtheorien besagen, dass Beziehungen in der Regel auf einem ökonomischen Modell basieren. Demnach können Menschen leichter Hilfe annehmen, wenn sie ihrerseits in der Lage sind zu helfen. Es widerstrebt ihnen, Hilfe anzunehmen, die sie nicht erwidern können. Es kommt zu einem Verlust an Selbstwertschätzung, wenn gewährte Hilfe nicht

abgeholten werden kann (Argyle, 1990, S. 235-236). Allerdings wird auch angemerkt, dass der ökonomische Gesichtspunkt solange nicht von Bedeutung ist, als die beteiligten Partner mit der Beziehung zufrieden sind (Argyle, 1990, S. 237).

Beziehungen können auch unter dem Aspekt der „sozialen Fertigkeiten“ verstanden werden. Es entstehen Interaktionsmuster, die unterschiedliche Bedürfnisse abdecken und eine „Synchronisation“ von Aspekten wie Intimität, Dominanz, emotionaler Färbung, Geschwindigkeit und Ablauf sozialer Akte erzeugen. Sie berücksichtigen sowohl den eigenen Standpunkt als auch jenen des Partners. Der Aufbau von sozialen Beziehungen hängt damit stark von den sozialen Fertigkeiten der Beteiligten Interaktionspartner ab (Argyle, 1990, S. 236). Bei der Einordnung von psychosozialen Beziehungen spielen Grundstrukturen der Beschaffenheit des sozialen Systems eine wichtige Rolle. In diesen Systemen wirken Beziehungen über Funktionen. Es bestehen auch Regeln, wie die Beziehung zu gestalten ist (z.B. Regeln der Professionalität) (Argyle, 1990, S. 238).

Soziale Unterstützung kann die negativen Folgen von Stress vermindern oder ihnen sogar vorbeugen. Damit können „äussere Stressoren in dem Wissen um die Verfügbarkeit von Unterstützung und Hilfe als weniger belastend wahrgenommen werden, so dass Probleme bewältigt werden können.“ (Argyle, 1999, S. 254). Eine Untersuchung von Charlifue und Gerhart (2004b) zeigte, dass das gemessene Ausmass an Stress keinen Zusammenhang mit dem Gelingen der Wiedereingliederung aufweist. Hingegen steht die soziale Integration in direktem Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit, der Unabhängigkeit und den Möglichkeiten der Selbstversorgung (Charlifue & Gerhart, 2004b, S. 91).

Die folgenden Ausführungen befassen sich kurz mit unterschiedlichen Ansichten zum Selbst- und Fremdbild. Diese Sichtweisen beeinflussen die Interpretation der vorliegenden Untersuchung.

4.2.1 Selbstbild

William James (1842-1910) begründete das humanistische Verständnis vom Selbst, das sich in zwei Richtungen bewegt: Er unterscheidet einerseits das Selbst als Objekt, das durch Selbst-Wahrnehmung und die Selbst-Einschätzungen definiert wird, andererseits das Selbst im Prozess; in dieser zweiten Dimension wird das Selbst als aktiv handelnd gesehen (Quitmann, 1996, S. 144-145). Im psychoanalytischen Verständnis wird das Selbst durch das Unterbewusstsein und seine Triebe definiert. Diese prägen die psychische Wirklichkeit des Menschen und bedingen einander (Müller-Pozzi, 2002, S. 53). Im systemischen Verständnis entsteht das Selbstbild aus der Interaktion mit dem Umfeld (Schiepek, 1999, S. 287).

In einer Notsituation verändert sich die Wahrnehmung. Das Selbstbild kann nachhaltig durch den Kontrollverlust, die Ungewissheit über das Ausmass der Schäden und deren Folgen erschüttert werden. Oft entsteht der Eindruck, dass einem der Boden unter den Füs-

sen weggezogen wird. Die Reaktion auf diese Erschütterung kann in teilweise heftigen, manchmal auch unangebrachten Versuchen bestehen, sich wie gewohnt bzw. wie erwartet zu verhalten (Hausmann, 2003, S. 47 und 49).

4.2.2 Fremdbild

Das Fremdbild wird immer auch von den eigenen Ich-Prozessen geprägt. Es kann deshalb nicht unabhängig vom Selbstbild verstanden werden. Dabei spielen die fünf Säulen der Identität (a. Leiblichkeit, b. soziales Netz, c. Arbeit/Leistung/Freizeit/, d. materielle Sicherheit und f. Werte) eine Rolle. Sie prägen das Selbst, und beeinflussen dadurch die Fremdattribuierung. Ebenso haben psychophysiologische Markierungen (Amygdala), die emotionale Bewertung (Hippocampus) und die kognitive Einschätzung (Frontalhirn) einen Einfluss auf diese Fremdattribuierung und darauf, wie stark sich eine Person mit einer anderen identifiziert. Auf Grund dieses Wechselspiels entsteht ein gemeinsamer Sinn und Boden, aus dem Ressourcen gewonnen werden können (van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 2000, S. 513).

Abbildung 1 verdeutlicht diese Wechselwirkung:

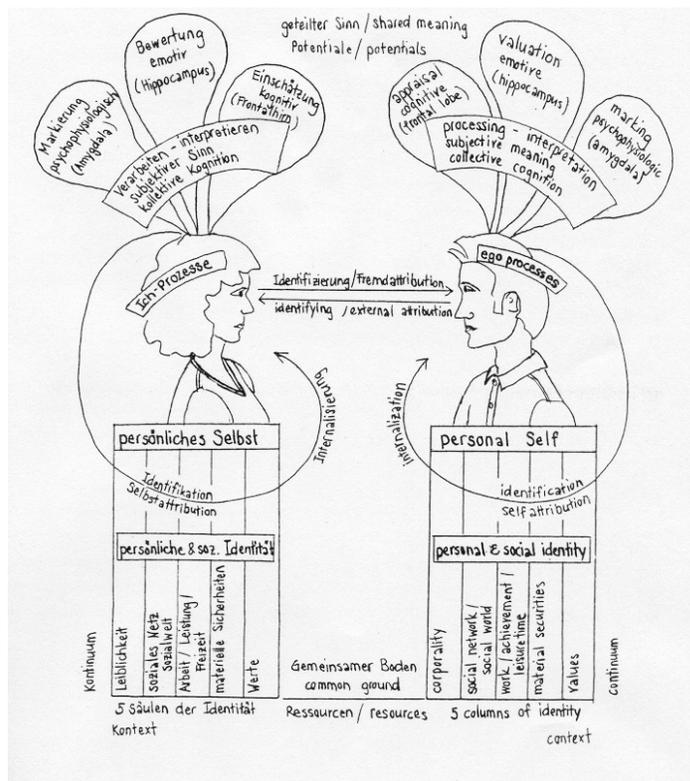


Abbildung 1: Das Subjekt als personales System: Selbst, Ich, und Identität in Kontext/Kontinuum (aus Petzold 1998a, S. 371, in van der Kolk et al., 2000, S. 513).

4.3 Emotionspsychologische Veränderungen

Emotionen stellen in der Psychologie ein zentrales Thema dar. Emotion wird als zielgerichteter Ausdruck auf bestimmte Ereignisse verstanden (z.B. Wut auf jemanden, Trauer um etwas). Wird die Zielrichtung z.B. durch Abwehren oder Negieren der Emotion verändert, kann ein Gefühl von Hilflosigkeit oder Wertlosigkeit entstehen. Zusammen mit verbalem Ausdruck, Gefühlen und Affekten sind Emotionen Teil der zwischenmenschlichen Kommunikation (Ulich & Mayiring, 2003, S. 45-51).

Banse (2000) untersuchte den Zusammenhang zwischen sozialer Interaktion und Emotion. Diese zentralen Aspekte des menschlichen Seins werden von verschiedenen Faktoren geprägt. So sind Emotionen einerseits ein soziales Geschehen. Sie werden andererseits aber auch von kulturellen Einflüssen, der Interaktion, der Persönlichkeit und dem Kontext beeinflusst. Untersuchungen zeigten, dass emotionale Episoden häufig durch das Verhalten anderer ausgelöst werden (bei Trauer z.B. etwa 80%, bei Furcht etwa 70% der Episoden). Dabei dominiert der soziale klar über den privaten Kontext. Dies bedeutet, dass viele Gefühle in Gegenwart anderer erlebt werden. Das Setting, in dem sich emotionale Erlebnisse entfalten, stellt demnach ein soziales Phänomen dar. In der Interaktion lässt sich beobachten, dass je nach Kultur Emotionen auf unterschiedliche Weise gezeigt und als angemessen eingestuft werden. Emotionsregulation und Emotionsausdruck sind stark von sozialen Normen geprägt. Sie können bewusst kontrolliert oder willkürlich erzeugt werden. Emotionen werden manchmal spontan ausgedrückt und können die kulturelle Norm übergehen. Neben der Persönlichkeit sind auch Rollenerwartungen von Bedeutung. Auch hier findet eine Interaktion statt. So gibt es vier Ängstlichkeitsdimensionen, die eindeutig soziale Ursachen aufweisen: Abwertung und Unterlegenheit, Normüberschreitung, öffentliche Auftritte und Selbstbehauptungssituationen. Im Rahmen der Bindungs- und Partnerschaftsforschung wurde festgestellt, dass Emotionen die Entwicklung von Beziehungen fördern und ermöglichen. Beispielsweise stellt die Emotion Dankbarkeit das Bedürfnis her, dem Geber etwas zurück zu geben. Dies schafft die Basis für eine kooperative Beziehung. Diese soziale Emotion bildet die Grundlage für das soziale Zusammenleben (Banse, in Otto, Euler & Mandl, 2000, S. 360-368).

Averill (1991) stellt in seinen Untersuchungen den gleichen Zusammenhang her. Auch er setzt die Art des Erlebens von Emotionen in Beziehung zur sozialen Rolle bzw. Aufgabe. Diese bestimmt mit, wie eine Situation analysiert wird und ob sich daraus eine kalte (intellektuelle) oder heisse (emotionale) Reaktion entwickelt (Averill, 1991, S. 140).

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Rolle von Emotionen nach einer Querschnittlähmung. Es geht sowohl um die Direktbetroffenen als auch die Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen. Ausserdem wird der Einfluss der sozialen Interaktion auf die Emotion untersucht.

4.3.1 Direktbetroffene

Zu Beginn der Rehabilitation existieren gemäss Palmer et al. (2008) oft Spannungen zwischen den Zielen einer schnellstmöglichen Rehabilitation und den psychischen Bedürfnissen der betroffenen Person. Einerseits ist das Ziel vordringlich, die grösstmögliche Selbständigkeit schnell zurück zu erlangen. Im Vordergrund stehen körperliche Aspekte, die täglichen Aktivitäten, die Mobilität. Das Bewältigen dieser Probleme stellt eine grosse Herausforderung dar und ist mit dem Einsatz von viel Zeit und Energie verbunden. Andererseits können Direktbetroffene ein emotional traumatisches Ereignis erleben. Es ist möglich, dass Direktbetroffene wegen der Verletzung und dem Verlust an Teilnahmemöglichkeiten an irgendwelchen Aktivitäten von ihren Gefühlen überschwemmt werden. Sie müssen damit fertig werden, dass sie einen Rollstuhl benötigen und vielleicht nie mehr gehen können (Palmer et al., 2008, S. 42-43). Das Körpererleben ist stark verändert. Der Verlust an Empfindungsvermögen und die Veränderungen der vegetativen Funktionen machen Angst (Lude, 2010, S. 154). Gleichzeitig besteht unter Umständen die Hoffnung, alle früheren Funktionen wieder zu erlangen. Direktbetroffene fühlen sich gelegentlich auch zu depressiv und zu ängstlich, um alle erforderlichen Therapien zu absolvieren. Die emotionale Reaktion muss aber nicht zwingend katastrophal ausfallen. Während die einen depressiv reagieren, beginnen andere Betroffene zu kämpfen. Und viele Betroffene können gute bis sehr gute Emotionen erleben. Dies bedeutet, dass die Bandbreite der emotionalen Befindlichkeit gross ist (Palmer et al., 2008, S. 42-43). Es ist daher von Beginn an wichtig, die Emotionen wahrzunehmen und in die Therapie mit einzubeziehen.

Palmer et al. (2008) beobachten bei den Direktbetroffenen folgende Gefühle:

- Leugnung und Hoffnung: vor allem in der ersten Phase nach der Verletzung kann es zu einem emotionalen Schockzustand kommen. Betroffene können einerseits nicht glauben, dass sie so schwer verletzt sind. Sie gehen davon aus, dass die Diagnose auf einem Irrtum beruht. Andererseits besteht die Hoffnung, die eine grosse Motivation wecken kann.
- Trauer und Depression: Trauer ist eine normale Reaktion auf das Erkennen eines grossen Verlustes. Es ist möglich, dass eine Abwärtsspirale einsetzt, bei der Selbstmitleid, Selbstvorwürfe, Verzweiflung und Suizidalität eine Rolle spielen. Eine Früherkennung kann einen allfälligen Suizid verhindern. Es gilt anzumerken, dass die meisten Menschen nach einer Querschnittlähmung keine Depression entwickeln. Hingegen sind Ärger und Traurigkeit normale und gesunde Reaktionen auf jeden bedeutenden Verlust und kommen häufig vor.
- Ärger: Ärger ist eine normale Antwort auf den Verlust von etwas Kostbarem. Er kann gegen sich selbst, z.B. bei einem Selbstunfall, oder auch gegen das Schicksal oder Gott gerichtet sein. Ärger wird oft verdrängt, weil er nicht akzeptiert wird.

- Angst: Ein erhöhter Grad an Stress und Angst gilt in den ersten Monaten nach einer Querschnittlähmung als normal. Während der Akutphase ist dies aber kaum spürbar, da die Adrenalinausschüttung erhöht ist. Wenn diese vorüber ist, wird der Betroffene oft von Angst, Erinnerungen an den Unfall (flashbacks) und/oder Alpträumen überflutet. Diese Symptome des posttraumatischen Stresses sind nach emotional überschwemmenden Situationen häufig.
- Abhängigkeit und Kontrolle: Der mit der Patientenrolle verbundene Kontrollverlust kann das Entstehen einer Depression begünstigen. Das Gefühl, nicht mehr selbst bestimmen und handeln zu können und nur noch von aussen fremdbestimmt zu sein, führt zu Hoffnungslosigkeit. Die plötzliche Abhängigkeit kann Ängste wecken, vergessen zu werden oder keine Hilfe zu bekommen (Palmer et al., 2008, S. 44-56).

Diese Aufzählung soll nicht im Sinne eines Phasenmodells verstanden werden. Solche Phasenmodelle stellen eine Aussensicht dar und können mithelfen, die Struktur der komplexen Vorgänge besser einzuordnen. Derartige Modelle unterscheiden oft die Phasen Schock, Verleugnung, Angst- und Depression, Auflehnung und Aggression, Akzeptieren, die bei der Verarbeitung einer Querschnittlähmung angeblich vorkommen. Sie bilden das eigentliche Geschehen jedoch nicht ab (Lude P., 2002, S. 52-72).

In einem Artikel evaluierten Elliott und Kennedy (2004) die Behandlung von Depressionen nach einer Querschnittlähmung. Sie wiesen auf die Ergebnisse früherer Untersuchungen hin, von denen Depressionen bei querschnittverletzten Personen in 10 bis 30% der Fälle vorkommen. Empirisch gesicherte Aussagen über die Behandlung von Depressionen nach einer Querschnittlähmung sind nicht möglich, da die Studiendesigns bis auf eines nicht randomisiert waren (Elliott & Kennedy, 2004, S. 134-138).

4.3.2 Angehörige und nahe Bezugspersonen

Angehörige und nahe Bezugspersonen fühlen sich emotional oft überschwemmt. Sie können ihre Gedanken und Gefühle häufig schlecht in Worte fassen. Da es viele Geschichten über die erfolgreiche Bewältigung einer Querschnittlähmung gibt, neigen Angehörige gemäss Palmer et al. (2008) dazu, ihren Fokus auf die verletzte Person zu legen, und vergessen ihre eigenen Bedürfnisse. Angehörige machen daher oft unbemerkt grosse emotionale Umwälzungen und Anpassungen durch, die durch die Querschnittlähmung ihres Partners oder ihrer Partnerin bedingt sind. In einer Familie können die unterschiedlichsten Emotionen gleichzeitig auftreten. Es ist möglich, dass z.B. gleichzeitig der Vater wütend, die Mutter zuversichtlich, die Schwester depressiv und der Bruder traurig ist. Das Erleben einer Querschnittlähmung bei einer nahen Person ist emotional belastend und manchmal sogar traumatisierend (Palmer et al., 2008, S. 129-130).

4.3.3 Soziale Interaktion und Emotion

Gemäss Ulich und Mayring (2003) entwickelt ein Kind seine Emotionen im sozialen Bezug. Die Mutter spiegelt und benennt die auftretenden Gefühle. Damit lernt das Kind, diese zu verstehen und zu differenzieren (Ulich & Mayring, 2003, 122-124). Auch im Erwachsenenalter spielt die soziale Bezugnahme (social referencing) eine wichtige Rolle. Menschen haben die Tendenz, sich von wichtigen Anderen emotionale Informationen einzuholen, um ein Ereignis einordnen zu können. Diese Information dient einerseits dazu, eigene Gefühlsregungen zu verstehen, andererseits gestattet sie es, ungewisse Situationen besser einschätzen zu können (Ulich & Mayring, 2003, S. 126). Die sozialen Interaktionen sind mitbestimmend für das Erleben und Bewerten der entstandenen Emotion. Dabei sind auch kulturelle Aspekte von Bedeutung.

4.4 Begriffe/Modelle

Dieses Kapitel erläutert die wichtigsten Begriffe und Modelle, die in der vorliegenden Arbeit verwendet werden. Zuerst werden verschiedene Überlegungen zum Begriff ‚Direktbetroffener‘ und ‚nahe Bezugsperson‘ formuliert (Kapitel 4.4.1). Anschliessend werden Aspekte zu psychosozialen Beziehungen (Kapitel 4.4.2), das Modell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson (Kapitel 4.4.3) und die Begriffe aus dem GT (Kapitel 4.4.4), nämlich soziale Resonanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz erklärt.

4.4.1 Begriffsdefinition ‚Direktbetroffene‘ und ‚nahe Bezugspersonen‘

Aus Gründen der besseren Übersicht wurde die Untersuchungsgruppe der vorliegenden Arbeit in Direktbetroffene bzw. Angehörige und nahe Bezugspersonen eingeteilt. Der Begriff ‚Direktbetroffene‘ bezeichnet Menschen, die eine Querschnittlähmung erlitten haben. Mit ‚nahe Bezugspersonen‘ sind Partner, Partnerinnen, Ehefrauen, Ehemänner oder nahe Freunde gemeint, die in einer engen Beziehung zum Direktbetroffenen stehen. Diese Begriffe enthalten keine Wertung. Auch Angehörige und nahe Bezugspersonen sind direkt vom Geschehen betroffen. Umgekehrt stellen die Direktbetroffenen in der Regel gleichzeitig nahe Bezugspersonen für die Angehörigen dar (vgl. auch Lude Y., 2002, S. 2).

4.4.2 Psychosoziale Beziehungen

Psychosoziale Gesundheit ist gemäss Rieländer (1995) das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von physischen, psychischen und sozialen Faktoren. Psychosoziale Beziehungen finden immer in einem für die Beteiligten spezifischen Kontext statt. Die psychosoziale Identität ist gekennzeichnet durch das Selbstverständnis, die sozialen Beziehungen und das subjektive Weltbild einer Person. Veränderungen in einem dieser Bereiche, wirken sich auf die psychosozialen Beziehungen aus (Rieländer, 1995, S. 1-5).

Eine Querschnittlähmung hat gemäss Livneh & Antonak (2005, in Dell Orto 2007) eine Anpassung der psychosozialen Beziehungen zur Folge. Diese Anpassung kann unter den

drei folgenden Aspekten beleuchtet werden: a. Basis-Konzepte, b. Reaktionen auf das Eintreten einer chronischen Behinderung und c. Copingstrategien im Zusammenhang mit einer chronischen Krankheit und Behinderung.

- a. Basiskonzepte: Zu den Basiskonzepten gehören Stress, Krise, Verlust und Trauer, Körperwahrnehmung, Selbstkonzept, Stigma, Unsicherheit und Unberechenbarkeit, Lebensqualität.
- b. Reaktionen auf das Eintreten einer chronischen Krankheit und Behinderung: Gemäss den Phasenmodellen zählen dazu Schock, Angst, Verleugnung, Depression, Zorn und Feindseligkeit, Anpassung.
- c. Copingstrategien bei einer chronischen Krankheit oder Behinderung umfassen Rückzug und Engagement (wie beispielsweise Planen, positive Restrukturierung, Akzeptieren, aktives lösen von Problemen) (Livneh & Antonak, 2005, in Dell Orto, 2007, S. 125-133).

Elliot, Herrick, Witty, Godschall & et al. (1992) stellten einen klaren Zusammenhang zwischen der Lähmungshöhe und der Intensität der Zuwendung fest. Je stärker behindert eine Person war, desto eher konnte sie auf soziale Zuwendung zählen, was ihre psychosoziale Integration vereinfachte. Die Forschenden stellten fest, dass Menschen umso besser psychosozial integriert wurden, je intensiver ihre Beziehungen waren. Ihr Stresserleben nahm deutlich ab (Elliot, Herrick, Witty, Godschall & et al. 1992, S. 61-65).

4.4.3 Stufenmodell der psychosozialen Entwicklungen (Erikson)

Die vorliegende Arbeit untersucht die psychosozialen Beziehungen nach einer Querschnittslähmung anhand des GT. Der GT beruht teilweise auf dem Stufenmodell der psychosozialen Beziehungen, das Erikson 1965 entwickelt hatte (vgl. Erikson, 1976). Deshalb soll dieses Stufenmodell hier kurz vorgestellt werden.

Erikson postuliert, dass neben der psychosexuellen Entwicklung nach Freud auch die psychosozialen Phasen der Ich-Entwicklung von Bedeutung sind. Er erweitert sie über das Erwachsenenalter bis zum Tod und unterscheidet insgesamt 8 Phasen. Er weist allen Phasen eine Entwicklungsaufgabe zu, in denen der Einzelne eine neue Orientierung zu sich selbst und den Personen seiner Umwelt finden soll. Diese Aufgaben können positiv oder negativ bewältigt werden. Jede Stufe führt zu einer Krise, die nach ihrer Bewältigung direkt zur nächsten Stufe überleitet (Erikson, 1976).

Erikson beschreibt diese acht Stufen mit ihren spezifischen Krisen vor dem Hintergrund der westlichen Industriegesellschaft, was ihre universelle Gültigkeit einschränkt. Die ersten beiden Stufen sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden, da sich die Skala Durchlässigkeit aus dem GT auf diese beiden Stufen bezieht:

Vertrauen versus Misstrauen (1. Lebensjahr)

Herrscht zu Beginn des Lebens Übereinstimmung zwischen der Welt und den persönlichen Bedürfnissen, kann das Neugeborene sein Urvertrauen ausbilden. Dieses zieht sich durch das ganze spätere Leben hindurch. Das zuverlässige Versorgt-Werden festigt das Vertrauen des Kindes in seine Bezugspersonen. Wichtig ist auch das Erleben von Misstrauen, das in Phasen des Alleinseins gefördert wird. Für die gesunde Persönlichkeitsentwicklung sollte aber die Erfahrung des Versorgt-Werdens bzw. des Vertrauens vorherrschen.

Autonomie versus Scham und Zweifel (2., 3. Lebensjahr)

In dieser Phase macht das Kind die Erfahrung, dass es autonom Dinge anwenden kann. Es lernt gehen und sprechen und kontrolliert den Stuhlgang. Es muss lernen, Dinge festzuhalten oder loszulassen. In dieser Zeit entwickelt sich ausserdem die Vorstellung von Ich und Du. Eine erfolgreiche Bewältigung setzt voraus, dass sich die Autonomie stärker ausbildet als Scham und Zweifel.

Der Vollständigkeit halber soll hier auf die weiteren Stufen von Eriksons Modell hingewiesen werden; sie spielen im vorliegenden Kontext aber keine Rolle:

- Initiative vs. Schuldgefühl (4., 5. Lebensjahr)
- Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl (6. Lebensjahr bis Pubertät)
- Identität vs. Identitätsdiffusion (13. bis 20. Lebensjahr)
- Intimität und Solidarität vs. Isolierung (20 bis etwa 45 Jahre)
- Generativität vs. Selbstabkapselung (45 bis 65 Jahre)
- Integrität vs. Verzweiflung (65 Jahre bis Tod)

Die psychische Entwicklung des Menschen wird mit hoher Wahrscheinlichkeit gestört, wenn es nicht gelingt, die in den jeweiligen Phasen auftretenden Krisen zu meistern.

Wird das Stufenmodell linear verstanden, bedeutet jedes Zurückgehen in eine frühere Phase eine Regression. Gemäss Lude P. (2002) wird im Zusammenhang mit einer Querschnittslähmung irrtümlicherweise auch von Regression gesprochen. Auf Grund der verlorenen Fähigkeit, Stuhlgang und Urin kontrollieren zu können, soll der Betroffene wieder in das Stadium eines Kleinkinds regrediert sein. Dieser Körper-Geist-Parallelismus ist gefährlich. Die verloren gegangene „äusserliche“ Fähigkeit sagt nichts über die inneren Fähigkeiten aus (Lude P., 2002, S. 50-51).

Der GT verwendet die Begriffe: ‚Soziale Resonanz‘ (SR), ‚Grundstimmung‘ (GS), ‚Durchlässigkeit‘ (DU) und ‚Soziale Potenz‘ (SP); sie sollen deshalb kurz erläutert werden.

4.4.4 Begriffe aus dem Giessen-Test

a. Soziale Resonanz (SR)

Der Begriff ‚Soziale Resonanz‘ existiert in den gängigen Fachlexika in dieser Form nicht. Dorsch (2004) bezeichnet den Begriff ‚Resonanz‘ als: „Mittönen eines Körpers beim Ertönen seines Eigentons. In der Psychologie [bezeichnet er] das Mitansprechen von Gefühlen bzw. den Widerhall, den Gefühle oder Gedanken in einem anderen Menschen finden.“ (Dorsch, 2004, S. 806). Die Definition des Begriffs ‚sozial‘ ist mit grösseren Schwierigkeiten verbunden. Es gibt eine ganze Reihe von Ausdrücken, die das Element ‚sozial‘ enthalten (Dorsch, 2004, S. 873-884). All diese Begriffe beschreiben Beziehungen zwischen Individuen. Bauer (2006) formuliert zur sozialen Resonanz folgende Überlegungen: „Das natürliche Ziel der Motivationssysteme sind soziale Gemeinschaft und gelingende Beziehungen mit anderen Individuen, wobei dies nicht nur persönliche Beziehungen betrifft, Zärtlichkeit und Liebe eingeschlossen, sondern alle Formen sozialen Zusammenwirkens. Für den Menschen bedeutet dies: Kern aller Motivation ist es, zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung zu finden und zu geben. Wir sind – aus neurobiologischer Sicht – auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen.“ (Bauer, 2006, S. 34). Franke (2007) geht davon aus, dass soziale Resonanz Interaktionen zwischen zwei klar getrennten Systemen beinhaltet. Es gehe um eine externe, interindividuelle Interaktion, die nicht im Sinne von selbst-referenziellen Systemen verstanden werden dürfe. Der Begriff ‚Soziale Resonanz‘ wird in der Philosophie, Psychologie, Sozial- und Neurowissenschaften verwendet (Franke, 2007, S. 93-98).

Der GT unterscheidet zwischen negativer und positiver sozialer Resonanz (vgl. Anhang A). Die Skala ‚Soziale Resonanz‘ untersucht die Wirkung des Probanden auf die Umgebung. Dabei interessiert die rollenhafte Identität. Die soziale Rolle bestimmt, wie man sich fühlt (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 39).

b. Grundstimmung (GS)

Dorsch (2004) definiert Grundstimmung als „die überwiegende Stimmungslage, die sich als Haltung zu sich und der Umwelt äussert“ (Dorsch, 2004, S. 380). Ausserdem wird betont, dass Stimmungen Gefühle sind, die entweder als angenehm oder als unangenehm erlebt werden. Sie werden von Emotionen insofern abgegrenzt, als sie unabhängig von einem Objekt des affektiven Erlebens auftreten können. Dies steht im Gegensatz zu Emotionen, bei denen immer ein Auslöser bekannt sein muss und in der Regel eine Richtung gegeben ist. Stimmungen können Folgen von physiologischen Prozessen sein und können die Intensität von Emotionen beeinflussen (Dorsch, 2004, S. 912).

Der GT unterscheidet zwischen hypomanischer und depressiver Grundstimmung (vgl. Anhang A). Die Grundstimmung wird in Verbindung gebracht mit der Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung. So wird die Depression als eine nach innen gerichtete Aggression verstanden; sie ist mit Selbstunsicherheit, besonderer Ängstlichkeit und Abhängigkeit verbun-

den. Die Psychoanalyse geht davon aus, dass eine „mit der depressiven Disposition verbundene Schwäche im Ich-Selbst-System zur Kompensation eine hilfeschuchende Abhängigkeitshaltung begünstigt“ (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 44).

c. Durchlässigkeit (DU)

Unter dem Begriff ‚Durchlässigkeit‘ findet sich bei Dorsch (2004) kein Eintrag. Der Ausdruck wird allgemein eher in der Physik (z.B. Durchlässigkeit eines Filters), der Biologie (z.B. Durchlässigkeit der Zellwände) oder zur Bestimmung der Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Hochschultypen (vgl. Bologna-Reform) verwendet. In der Psychologie lässt sich ‚Durchlässigkeit‘ einerseits mit ‚Offenheit‘ vergleichen. Offenheit bezieht sich laut Dorsch auf die Offenheit für Erfahrungen. Im Big-5-Modell (Modell der Persönlichkeitspsychologie) erfasst Offenheit das „Interesse an und das Ausmass der Beschäftigung mit neuen Erfahrungen, Erlebnissen und Eindrücken“ (Dorsch, 2004, S. 661). Andererseits ist im Begriff ‚Durchlässigkeit‘ die Persönlichkeitseigenschaft der Extra- bzw. Introversion enthalten. Die Beziehung zwischen Ich und Umwelt wird gemäss der Extra- bzw. Introversion in diese Dimensionen eingeteilt (Dorsch, 2004, S. 287). Die Psychoanalyse verwendet den Begriff Durchlässigkeit in Bezug auf die eigenen inneren Instanzen (Über-Ich, Ich und Es), aber auch in Bezug auf die Objektbeziehungen (innere Welt – Erleben) (Müller-Pozzi, 2004, S.123).

Im GT bewegt sich die Durchlässigkeit in psychosozialen Beziehungen zwischen den Polen durchlässig und retentiv (Anhang A). Sie lassen eine Darstellung des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens zu. Nach Erikson bildet diese Skala die Kategorien „Urvertrauen vs. Urmisstrauen“ sowie die Kategorie „Autonomie vs. Scham und Zweifel“ ab. Aus diesen Kategorien entwickeln sich Offenheit, Durchlässigkeit nach aussen und innen bzw. Verschlussheit. Je grösser die Angst vor Ausbeutung oder Missbrauch bei Offenheit ist, desto stärker ausgeprägt ist das retentive Verhalten (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 45).

d. Soziale Potenz (SP)

Der Begriff ‚Soziale Potenz‘ lässt sich bei Dorsch (2004) ebenfalls nicht nachweisen. Die Suche im Internet führt diesen Begriff meistens im Zusammenhang mit dem GT an. Werner und Langenmayer (2006c) sprechen von geringer sozialer Potenz, wenn ein Kind unterwürfig ist und wenig Tendenz zeigt, andere unterwerfen zu wollen (Werner & Langenmayer, 2006c, S. 44). Auch ist der Begriff im Zusammenhang mit Macht und Leistung zu finden (vgl. NZZ Folio 08/05, Thema: Männer).

Der GT unterscheidet zwischen sozial potent und sozial impotent (Anhang A). Dabei wird der psychoanalytische Begriff der Potenz mit folgenden Vorstellungen in Verbindung gebracht: phantasiebegabt, sich mit anderen messen, sich angstfrei mit dem anderen Geschlecht befassen, viel Liebe geben können und in engen Beziehungen zuverlässig sein.

Das Erreichen dieser Fähigkeiten wird mit der genitalen Reifestufe gleich gesetzt. Dieser Begriff gilt für beide Geschlechter (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 46-47).

4.5 Fragestellungen und Hypothesen

Dieser Arbeit liegen folgende Fragestellungen zu Grunde:

1. Unterscheiden sich soziale Resonanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz (Skalen aus dem Giessen-Test, GT) bei Direktbetroffenen und nahen Bezugspersonen?
2. Wie verhalten sich die Resultate bei der sozialen Resonanz, der Grundstimmung, der Durchlässigkeit und der sozialen Potenz im Vergleich zur Normstichprobe von Beckmann und Brähler (1991, S. 119)?
3. Unterscheiden sich Direktbetroffene von nahen Bezugspersonen in der Konvergenz bzw. Divergenz von Selbst- und Fremdbild? Wie stark stimmen Selbst- und Fremdbild überein?
4. Gibt es für die Gruppen der Direktbetroffenen bzw. der nahen Personen charakteristische Merkmalkombinationen in der Selbst- bzw. Fremdeinschätzung in den Bereichen soziale Resonanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz?
5. Welche Resultate ergeben sich bei einem Vergleich der Werte aus dem GT, wenn die Direktbetroffenen als eine Gruppe und die Angehörigen als eine zweite Gruppe betrachtet werden? Sind diese Gruppen homogen schlecht oder gut? Welche Veränderungen lassen sich über die einzelnen Messzeitpunkte beobachten: Bleiben die Werte konstant oder beeinflussen sie sich negativ bzw. positiv? Es stellt sich dabei auch die Frage, wer wen beeinflusst.

Daraus ergeben sich die folgenden Arbeitshypothesen, welche jeweils mit den Erwartungen der Autorin (→) ergänzt werden:

1. H_0 : Die Differenzen der Mittelwerte in den Skalen SR, GS, DU und SP der Selbsteinschätzung in den Gruppen Direktbetroffene und nahe Personen unterscheiden sich nicht oder nur zufällig.
→ Es wird erwartet, dass sich die beiden Gruppen unterscheiden.
2. H_0 : Die Mittelwerte in den Skalen SR, GS, DU und SP von Direktbetroffenen bzw. nahen Personen unterscheiden sich nicht oder nur zufällig von den Mittelwerten der Normstichprobe (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 119. vgl. Tabelle 4, Kapitel 8.1.2).
→ Es werden signifikante Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Normstichprobe erwartet.
3. H_0 : Die Selbst- und Fremdbild-Wahrnehmungsdifferenzen der Direktbetroffenen bzw. nahen Personen zeigen keine oder nur zufällige Auffälligkeiten.

- Es wird kein Unterschied in Konvergenz bzw. Divergenz der Selbst- und Fremdbilder erwartet.
4. H_0 : Die Faktoranalyse zeigt bei Direktbetroffenen bzw. nahen Personen keine spezifischen Merkmalkombinationen auf.
→ Es werden spezifische Merkmalkombinationen für die vorliegende Stichprobe erwartet.
5. H : Über die Veränderungen in den Skalen des GT im zeitlichen Verlauf lässt sich mutmassen, dass die Direktbetroffenen die nahen Personen zu Beginn stärker positiv beeinflussen. Der weitere Verlauf zeigt, dass bei t_2 die stärkere positive Beeinflussung von den nahen Personen ausgeht. Beim dritten Messzeitpunkt sind keine gegenseitigen Beeinflussungen mehr fest zu stellen.
→ Diese Hypothese ist nicht theoriegeleitet. Sie bezieht sich einerseits auf die Erkenntnisse aus dem Airbag-Modell (Lude P., 2002), wonach die Direktbetroffenen zu Beginn übermässig Ressourcen mobilisieren können und andererseits auf die Arbeit von Lude Y. (2002), wonach die Angehörigen stärker belastet sind. Es wird erwartet, dass die grosse Ressourcenmobilisierung der Direktbetroffenen zu Beginn einen positiven Einfluss auf die Angehörigen zeigt. Beim zweiten Messzeitpunkt wird davon ausgegangen, dass die Angehörigen nun ihrerseits die Direktbetroffenen bezüglich veränderter Situation motivieren. Beim dritten Messzeitpunkt wird davon ausgegangen, dass sich die Situation eingespielt hat und deshalb keine gegenseitigen Beeinflussungen mehr messbar sind.

5 Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen und das Untersuchungsdesign der vorliegenden Arbeit.

5.1 Versuchsplan

Die Daten stammen aus einer Längsschnittstudie und wurden von Mai 1999 bis Juli 2001 erhoben. Es wurden sowohl Direktbetroffene als auch nahe Bezugspersonen zu jeweils drei Messzeitpunkten befragt. Der erste Messzeitpunkt war zu Beginn der Klinikzeit nach durchschnittlich 4.5 Wochen angesetzt. Die zweite Befragung fand kurz vor Klinikaustritt statt. Zum dritten Mal wurden die Daten 6 Monate nach Abschluss der Klinikzeit erhoben. Die Anzahl der Teilnehmer (= N) sind in nachfolgender Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1:

Anzahl Teilnehmer (nahe Bezugspersonen und Direktbetroffene).

Messzeitpunkt	nahe Bezugspersonen	Direktbetroffene
t1	<i>N</i> = 33	<i>N</i> = 71
t2	<i>N</i> = 22	<i>N</i> = 41
t3	<i>N</i> = 18	<i>N</i> = 29

Bemerkung: t1: ca. 4.5 Wochen nach Klinikeintritt; t2 beim Austritt; t3 6 Monate nach Klinikaustritt statt.

Die Daten wurden im Paraplegikerzentrum Zürich der Universitätsklinik Balgrist (Balgrist Zürich), im Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil (SPZ), im Schweizerischen Paraplegiker-Zentrum in Basel (REHAB Basel), in Paraplegikerzentren in Bad Wildungen, in Heidelberg und in Hamburg erhoben. Aus Gründen des Datenschutzes wurden die Direktbetroffenen von den Psychologen und Psychologinnen des jeweiligen Zentrums angefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Falls notwendig assistierte eine Person bei der Testerhebung. Pro Teilnehmer waren für die Bearbeitung des Fragebogens durchschnittlich 5 Stunden notwendig, den ersten Kontakt und das Ausfüllen mitgerechnet. Eine Nicht-Teilnahme hatte keine negativen Konsequenzen auf die Behandlung. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Die Direktbetroffenen bestimmten selbst eine nahe Bezugsperson für die Teilnahme. Die ersten beiden Erhebungen erfolgten während des Klinikaufenthalts, die dritte Messung wurde per Post zugesandt (Lude P., 2002, S. 125-126).

Die Daten wurden zu einem grossen Teil in zwei Dissertationen ausgewertet (Lude P., Lude Y., 2002). Eine parallele Studie verglich die Daten der soeben genannten Dissertationen mit Zahlenmaterial aus Grossbritannien und ging der Frage nach, ob bezüglich PTBS und Depression ähnliche Werte resultieren. Es zeigte sich, dass sich die Werte nicht signifikant unterscheiden. Die deutschsprachige Gruppe verzeichnet tendenziell weniger Depressionen, dafür wies sie höhere Werte in der positiven Reinterpretation als die britische Gruppe auf (Lude P., Kennedy, Evans, Lude Y. & Beedie, 2004, S. 102-108). In der vorliegenden Arbeit sollen nun die Daten aus dem Giessen-Test ausgewertet werden, was bisher noch nicht erfolgt ist.

5.2 Variablen und Erhebungsinstrument

Das folgende Kapitel vermittelt einen Überblick über die einbezogenen Variablen und das Erhebungsinstrument der Studie.

5.2.1 Soziodemografische Daten

Bei der Befragung wurden soziodemografische Eckdaten erhoben, um einen Überblick über die untersuchte Gruppe zu erhalten. Sowohl bei den Direktbetroffenen als auch den Angehörigen werden das Geschlecht, die Altersgruppe, die Muttersprache, die Wohnsitua-

tion, die Art der Partnerschaft, der Zivilstand, der Anstellungsgrad und das Total der Teilnehmenden an den einzelnen Messzeitpunkten dargestellt. Bei den Angehörigen wird zusätzlich die Variable Beziehungsgrad (Geschwister, Partner, Eltern usw.) aufgeführt. Bei den Direktbetroffenen werden die Lähmungsursache und der Lähmungsgrad dargestellt. Es wird festgehalten, ob dieser motorisch und/oder sensibel komplett ist.

5.2.2 Giessen-Test (GT)

Der Giessen-Test (GT, Beckmann, Brähler & Richter, 1991) wurde aufgrund von psychoanalytischen Vorstellungen konstruiert. Die Absicht bestand darin, einen Test zu erstellen, der vom Probanden ein Selbstbild erhebt, das Rückschlüsse auf seine psychosozialen Tendenzen bzw. Abwehrformen zulässt. Dabei ist anzumerken, dass sich der Proband so darstellt, wie er sich sehen möchte (internalisiertes Ich-Ideal) oder auch wie er sich sehen darf (internalisiertes Über-Ich). Der Vergleich mit dem Fremdbild erlaubt es, intraindividuelle bzw. psychosozial zu beschreibende Abwehrmechanismen zu erkennen. Die Items fragen mehrheitlich die sozialen Beziehungen des Probanden ab und lassen Merkmale des körperlichen Befindens ausser Betracht. Der GT ist als diagnostisches Instrument zur psychologischen Selbst- und Fremdeinschätzung für Erwachsene und Jugendliche geeignet. Bei den Probanden sollte ein minimaler IQ von 80 vorliegen. Auswertungen zeigen eine starke Abhängigkeit der Ergebnisse vom Bildungsstand. Das Verfahren eignet sich auch als Instrument zur Erfassung sozialer Beziehungen, wenn Fremd- und Selbstbild miteinander verglichen werden. Der GT wurde zum ersten Mal 1968 und 1989 zum dritten Mal standardisiert (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 10-15). In verschiedenen Untersuchungen wurde festgestellt, dass der GT stark stichprobenabhängig ist. Zudem erfassen die Skalen veränderliche Persönlichkeitszüge (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 32-33). Brähler, Beckmann und Richter halten fest, dass „der GT ein Instrument [ist], das die Validität betont, nicht jedoch das ontologische Konzept der Homogenität psychologischer Eigenschaften“ (vgl. Brähler & Beckmann, 1981. Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 35). Im Weiteren eignet sich der GT für Verlaufskontrollen. Der GT bezieht die psychologischen Aspekte der Veränderungen mit ein, da er speziell dazu entwickelt wurde, neben zeitkonsistenten auch zeitvariable Persönlichkeitseigenschaften zu erfassen (Beckmann, Brähler & Richter, 1991, S. 87).

Becker (1997) betont in seiner Testrezension, dass Durchführung und Auswertung den Anforderungen an Objektivität, Reliabilität und Validität genügen. Der Test sei sehr ökonomisch. Dennoch kritisiert er, dass die Skalen faktoranalytisch suboptimal gebildet wurden und eher niedrige Konsistenzen aufweisen. Zudem fehlen laut Becker korrelative Studien zu Selbst- und Fremdbildversionen (Becker, 1997, S. 16-18). In einer Replik weist Beckmann (1997) darauf hin, dass zum Test inzwischen eine Reihe von Arbeiten zu Selbst- und

Fremdbildkorrelationen vorliegen (Beckmann, 1997, S. 18). Diese können aber wegen der abweichenden Skalenauswahl für die vorliegende Studie nicht eingesetzt werden.

Amelang und Schmidt (2006) kritisierten, dass dem GT keine klar umrissene Theorie zu Grunde liege. In zentralen Publikationen sei dazu nichts zu finden und es bestehe nur die Möglichkeit, mit Vergleichen zwischen Selbst- und Fremdbild Aussagen über das Paarprofil machen zu können. Ebenfalls sei die Änderungssensitivität fraglich. Die Testresultate seien erstaunlich stabil. Dennoch wird der GT oft eingesetzt. Seine Beliebtheit hängt laut Amelang damit zusammen, dass er die Möglichkeit bietet, die Selbstwahrnehmung mit der Fremdwahrnehmung einer anderen Person zu vergleichen (Amelang & Schmidt, 2006, S. 348).

Der Giessen-Test wurde zur Paardiagnostik weiter entwickelt und von Brähler und Brähler in einem Handbuch vorgestellt (Brähler & Brähler, 1993, S.6). Inzwischen existieren diverse Forschungsarbeiten, die Beziehungen zwischen Paaren untersuchen (z.B. Hell, 1982; Himmighofen et al., 2003). Diese Untersuchungen beschränken sich nicht nur auf Ehepaare, sondern befassen sich auch mit verwandten Fragestellungen. Sie untersuchen z.B. die Patienten-Therapeuten-Beziehung im psychotherapeutischen Kontext (Hinz et al., 2009, S. 82).

Es existieren Normwerte für eine 5-Skalen-Version innerhalb der „Paardiagnostik mit dem Giessen-Test“. Die 5-Skalen-Version verwendet zusätzlich die Skala „Kontrolle“. Frühere Forschungsarbeiten zeigen, dass bei sensiblen Entwicklungsabschnitten Änderungen im Selbst- und Fremdbild bedeutsam sind (Hinz et al., 2009, S. 81-82).

Der Originalfragebogen wurde in der vorliegenden Arbeit von 40 auf 24 Items reduziert, welche zur Bildung der Skalen Soziale Resonanz (SR), Grundstimmung (GS), Durchlässigkeit (DU) und Soziale Potenz (SP) eingesetzt werden. Die Skalen ‚Dominanz‘ und ‚Kontrolle‘ wurden aus ökonomischen Überlegungen weg gelassen. Die Rohwerte befinden sich zwischen -3 und +3 und werden für die Auswertung von 1 bis 7 skaliert (Beispiel in Abbildung 2).

Ich glaube, ich suche eher	-	3	2	1	0	1	2	3	+	ich meide eher	Geselligkeit.
Werte Skalierung		1	2	3	4	5	6	7			

Abbildung 2: Unrecodiertes Beispielitem (erste Frage zur sozialen Potenz).

Pro Skala sind jeweils 6 Items zugehörig. Somit befindet sich der Minimalwert einer Skala bei 6 und der Maximalwert bei 42 Punkten. Eine 0-Ankreuzung in allen Items einer Skala entspricht 24 Punkten (4 Punkte mal 6 Items pro Skala). Vier Items müssen für die Skalenbildung recodiert werden (Beispiel in Abbildung 3), nämlich: Grundstimmung, Frage 1; Grundstimmung, Frage 3; Soziale Resonanz, Frage 1 und Durchlässigkeit, Frage 5.

Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	-	3 2 1 0 1 2 3	+	meine Ärgere irgendwie abzureagieren.
Werte Skalierung		7 6 5 4 3 2 1		

Abbildung 3: Recodiertes Beispielitem (dritte Frage zur Grundstimmung).

Die Items wurden in folgender Reihenfolge abgefragt: SP 1, GS 1, GS 2, GS 3, SP 2, GS 4, SR 1, DU 1, DU 2, GS 5, DU 3, SR 2, SP3, DU 4, SR 3, DU 5, SP 4, SR 4, GS 6, SP 5, SR 5, DU 6, SR 6, SP 6. In der Auswertung wurden jeweils die Summen der entsprechenden (teilweise recodierten) Items gebildet. Daraus ergaben sich die vier Subskalen, die in der Folge mit ihrer Bedeutung dargestellt werden (vgl. dazu Tabellen 20-23 in Anhang A und B):

- a. Soziale Resonanz: Attraktivität, Beliebtheit, wahrgenommene Achtung und Wertschätzung durch andere, Durchsetzungsfähigkeit, Interesse an der eigenen äusseren Erscheinung. Negativ sozial resonant vs. positiv sozial resonant.
- b. Grundstimmung: Bedrückung, Neigung zur Selbstreflexion, Ängstlichkeit, selbstkritische Haltung, Ärgerkontrolle, Abhängigkeit. Hypomanisch vs. depressiv.
- c. Durchlässigkeit: Aufgeschlossenheit, Nähe und Offenheit gegenüber anderen Menschen, Ausdruck von Liebesbedürfnissen, Vertrauen, Erlebnisfähigkeit in der Liebe. Durchlässig vs. retentiv.
- d. Soziale Potenz: Geselligkeit, Unbefangenheit im heterosexuellen Kontakt, Hingabefähigkeit, Fähigkeit zur sozialen Konkurrenz, Bindungsfähigkeit, Phantasie. Sozial potent vs. sozial impotent.

Es erfolgte jeweils eine Selbstbeurteilung und eine Fremdbeurteilung. Daraus ergeben sich die folgenden Skalenbeschriftungen:

- Soziale Resonanz Selbstbeurteilung
- Grundstimmung Selbstbeurteilung
- Durchlässigkeit Selbstbeurteilung
- Soziale Potenz Selbstbeurteilung
- Soziale Resonanz Fremdbeurteilung

- Grundstimmung Fremdbeurteilung
- Durchlässigkeit Fremdbeurteilung
- Soziale Potenz Fremdbeurteilung

5.2.3 Statistische Methoden

Die Berechnungen erfolgten mit SPSS (bzw. PASW Statistics) Version 18. Das Signifikanzniveau wurde einheitlich mit $\alpha = 0.05$ festgelegt. Einige Resultate und Tabellen werden mit Hilfe von Excel 2002 dargestellt. Die verwendeten Methoden werden im Kapitel 6 der Datenanalyse vorgestellt.

6 Datenanalyse

Dieses Kapitel beschreibt die einzelnen Schritte im Rahmen der Datenanalyse.

6.1 Vorbereitende Schritte

Durch die Übernahme der Daten in die SPSS (bzw. PASW)-Version 18 entstanden bei den Umlauten Fehler, welche korrigiert wurden. Um einen Überblick über die Teilnahmehäufigkeit zu erhalten, wurde eine neue Variable berechnet, die angibt, wer an wie vielen Untersuchungen teilgenommen hat. Danach wurden Kategorien gebildet die Alter, Teilzeiterwerbstätigkeit und Lähmungshöhe erfassen. Anschliessend wurden die Häufigkeiten von allen eingeschlossenen Variablen abgefragt und einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Dabei wurden einzelne Eingabefehler festgestellt und verbessert. Die einzelnen Korrekturschritte finden sich in Anhang H.

6.1.1 Datenvoraussetzungen

Skalenniveau: Bei den geprüften Daten wird von intervallskalierten Daten ausgegangen. Es handelt sich beim GT um einen psychometrischen Test mit einheitlichen Ratingskalen, deren Werte eindeutig zuordenbar sind (Bortz, 2010, S. 14).

Normalverteilung: Die Variablen wurden mit dem Shapiro-Wilk-Verfahren auf Normalverteilung getestet. Dieser Test empfiehlt sich bei kleineren Stichproben ($N < 50$). Er wird auf die gesamte Stichprobe angewendet, um eine einheitliche Interpretation zu gewährleisten. Es zeigte sich, dass getrennt nach Direktbetroffenen und Angehörigen 8 von 48 Variablen nicht normalverteilt sind. Werden die Residuen der Skalen über die gesamte Stichprobe auf Normalverteilung geprüft, ergibt sich, dass 5 von 24 Skalen nicht normalverteilt sind. Die detaillierten Werte finden sich in den Anhängen G und H (Tabellen 28 und 29).

Varianzhomogenität: Die Varianzhomogenität wurde für die beiden Gruppen (Direktbetroffene und Angehörige) mittels Levene-Test geprüft. Die Skalen aus dem GT weisen homo-

gene Varianzen auf. Ausnahme bilden die beiden Skalen ‚Durchlässigkeit‘ in der Fremdbeurteilung von t1 ($F(1, 52) = 7.49, p = 0.01$) und ‚Soziale Potenz‘ in der Fremdbeurteilung von t2 ($F(1, 40) = 4.54, p = 0.04$). Es liegen also meistens homogene Varianzen vor. Die Tabelle findet sich in Anhang I (Tabelle 30).

Abhängigkeit: Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um abhängige Daten. Die Daten sind einerseits über die verschiedenen Messzeitpunkte (t1, t2, t3) und andererseits über die einzelnen Personen miteinander als Paare verbunden.

Anzahl Probanden: Die Anzahl der teilnehmenden Personen ist zu jedem Untersuchungszeitpunkt und pro Gruppe sehr unterschiedlich. Diese ungleichen Stichprobenumfänge können im Zusammenhang mit ungleichen Varianzen zu Fehlentscheidungen führen.

Obwohl die Daten nicht durchgängig normalverteilt sind, werden in der Auswertung parametrische Verfahren gewählt. Diese Verfahren sind einerseits robust gegen Verletzungen bei der Normalverteilung, andererseits erfolgen im Handbuch zum GT sämtliche Auswertungen mit parametrischen Verfahren. Somit kann die Vergleichbarkeit der vorliegenden Studie mit Daten aus den Untersuchungen im Handbuch des GT gewährleistet werden. Die Voraussetzungen der Varianzhomogenität und Unabhängigkeit sind mehrheitlich gegeben.

6.1.2 Umgang mit fehlenden Daten

Bei den Direktbetroffenen fehlten bei zwei Datensätzen alle Angaben. Diese wurden gelöscht. Bei den Direktbetroffenen fehlten ausserdem zwei Geburtsdaten, und die Angaben zu zwei Jahrgängen waren nicht plausibel (2020 bzw. 2022). Sie wurden anhand der Angabe ‚Alter in Monaten‘ rekonstruiert und korrigiert.

Für die deskriptive Darstellung der Daten wurden fehlende Daten nicht ausgeschlossen. Durch die Verwendung des Mixed-Effects-Models (MEM) konnten in der Analyse alle Daten miteinbezogen werden.

6.1.3 Transformation der Daten

Um eine Standardisierung der GT-Daten zu errechnen, wird eine T-Transformation ($\bar{M} = 50, \bar{S} = 10$) vorgenommen. Damit lässt sich eine Vergleichbarkeit der Werte unabhängig von Alter und Geschlecht herstellen (Beckmann, 1991, S. 16). Auffällige Werte sind ausserhalb der Normwerte, die zwischen $T = 30$ bis $T = 70$ liegen. Da in der vorliegenden Arbeit die Skalen des GTs nicht gemäss weiteren Forschungsarbeiten (nur vier statt sechs Subskalen) eingesetzt wurden, wird diese T-Transformation als Hilfsmittel zur Binnennormierung benutzt. Sie wird mit folgender Formel berechnet: $\frac{RW - \bar{x}_i}{s_i} \cdot 10 + 50$.

Die Normwerte für \bar{x}_i und s_i sind in Kapitel 7.1.2 in Tabelle 3 zu finden.

6.2 Deskriptive Statistik

Die Deskription der Daten erfolgt in vier Teilschritten. Nach der Beschreibung der Stichprobe werden die Schritte zur Auswertung von Selbst- und Fremdeinschätzung vorgestellt.

6.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden einzelne Kategorien gebildet (Alter, Betroffenheit). Die Daten werden sowohl mit Häufigkeit als auch mit Prozentwerten innerhalb der vorgestellten Gruppe dargestellt.

6.2.2 Auswertung GT: Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung

Die Auswertung des GT erfolgt gemäss den Handbüchern (Beckmann et al., 1991; Brähler & Brähler, 1993). Es werden jeweils die Summenscores für die Skalen ‚Soziale Resonanz‘, ‚Grundstimmung‘, ‚Durchlässigkeit‘ und ‚Soziale Potenz‘ gebildet. Dies ergibt für die Stichprobe vier Werte pro Skala und Messzeitpunkt mit je einer Selbst- und Fremdeinschätzung der Direktbetroffenen bzw. einer solchen für die Angehörigen. Die erhaltenen Werte werden gemittelt und ihre Standardabweichung ausgewiesen. Mittels der T-Transformation werden die Ergebnisse normiert und die Prozentränge ausgewiesen. Die Darstellung erfolgt in einer Tabelle. Dabei soll auch berücksichtigt werden, ob sich die Massstäbe der Beurteilung bei Selbst- bzw. Fremdeinschätzung unterscheiden. So zeigten die Untersuchungen in der Standardstichprobe (Beckmann et al., 1979), dass in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ ein Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbild besteht. Bei den anderen Skalen liess sich dieser Unterschied nicht beobachten. Beckmann et al. schlossen daraus, dass in der Normalbevölkerung „eine Tendenz besteht, den Partner als attraktiver zu beurteilen als sich selbst und auch dieser sich selbst“ (Beckmann & Richter, 1979, S. 101).

6.2.3 Interaktionsebene (Korrelationen GT)

Nach Brähler und Beckmann (1984, S. 190) werden zur Beurteilung der Interaktionsebene diverse Korrelationen dargestellt und für die vorliegende Arbeit adaptiert:

- Korrelation von Beurteilungen Direktbetroffener und Angehöriger (= Grad der Symmetrie bzw. Komplementarität der Rollenpositionen) $r_{\text{Selbstbild Direktbetroffene/Selbstbild Angehörige}}$ und $r_{\text{Fremdbild Angehörige/Fremdbild Direktbetroffene}}$ ($r_{sd/sa}$ und $r_{fa/fd}$).
- Test- und Retest-Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte (= Grad der Bestätigung bzw. Negation der Position) $r_{\text{Selbstbild Angehörige/Fremdbild Direktbetroffene}}$ und $r_{\text{Selbstbild Direktbetroffene/Fremdbild Angehörige}}$ ($r_{sa/fd}$ und $r_{sd/fa}$).
- Test- und Retest-Korrelationen von Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler (= Grad der positiven bzw. negativen identifikatorischen Projektion) $r_{\text{Selbstbild Direktbetroffene/Fremdbild Direktbetroffene}}$ und $r_{\text{Selbstbild Angehörige/Fremdbild Angehörige}}$ ($r_{sd/fd}$ und $r_{sa/fa}$).

Die Korrelationswerte dienen zur Darstellung der dynamischen Aspekte der psychosozialen Beziehung. Damit lassen sich Rollensegmente erklären, die durch die nahe Beziehung

definiert sind (Beckmann & Richter, 1979, S.101). Dabei wird in einem ersten Schritt analysiert, ob die Beurteilungen übereinstimmen und damit eine Bestätigung der Rollenposition vorliegt oder nicht. In einem nächsten Schritt wird geprüft, ob diese Rollen symmetrisch oder komplementär imponieren. Und in einem dritten Schritt wird die identifikatorische Projektion erfasst.

6.2.4 Einfluss von Lähmungsgrad auf die Ergebnisse der Skalen des GT

Der Einfluss des Lähmungsgrades (komplett, inkomplett) auf die Variablen im GT wird mit der χ^2 -Methode berechnet. Damit soll die Alternativhypothese getestet werden, ob ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen ‚Lähmungsgrad‘ und ‚Selbst- bzw. Fremdbeurteilung‘ besteht. Dabei wurden die exakten Werte angefordert, wodurch allfällige Verletzungen der Anwendungsvoraussetzungen keine Beeinträchtigung ergeben.

6.3 Analysen

Im Analyseteil werden die Daten in fünf Schritten untersucht. Dabei kommen Mixed-effects-models, der T-Test und eine Faktorenanalyse zur Anwendung. Diese Methoden sind hypothesengeleitet. Die Hypothesen sind in Kapitel 4.5 dargestellt.

6.3.1 Vergleich der beiden Gruppen

Anhand des T-Tests für abhängige Stichproben wird dargestellt, ob bei der Selbsteinschätzung im GT zwischen der Gruppe der Direktbetroffenen und der Angehörigen Unterschiede bestehen. Dabei werden die berechneten vier Skalen (SR, GS, DU, SP) der Selbsteinschätzung von Direktbetroffenen und nahen Personen verglichen.

6.3.2 Vergleiche der Mittelwerte des GT mit der Normstichprobe

Die Mittelwerte der Skalen werden mittels T-Test mit denjenigen der Normstichprobe verglichen (Normwerte der Standardskalen in der Standardstichprobe (N = 1546; siehe Beckmann et al., 1991, S. 119. vgl. Tabelle 3 in dieser Arbeit). Dabei wird der Mittelwert der Normstichprobe als Vergleichsgrösse eingesetzt.

6.3.3 Differenzen von Einzelbildern

Die nächste Untersuchung befasst sich mit den Differenzen von Einzelbildern. Dabei soll zunächst die Differenz der Mittelwerte (T-Werte) dargestellt und anschliessend eine Test-Retestkorrelation von Selbst- und Fremdbild-Wahrnehmungsdifferenzen berechnet werden. Damit sollen Veränderungen der beiden Partner eingeschätzt werden. Untersucht werden in erster Linie Auffälligkeiten des emotionalen und psychosozialen Befindens der Gruppe der Direktbetroffenen bzw. Angehörigen und ihre Einschätzung durch den Partner.

Es wurden folgende Vergleiche angestellt:

- a. Differenz der Selbstbilder und Fremdbilder:
 - a1. Selbstbild Direktbetroffener minus Selbstbild Angehöriger ($sd - sa$) und a2. Fremdbild Angehöriger minus Fremdbild Direktbetroffener ($fa - fd$).
- b. Differenz von Selbstbild und Bild über den Partner:
 - b1. Selbstbild Direktbetroffener minus Fremdbild Direktbetroffener ($sd - fd$) und b2. Selbstbild Angehöriger minus Fremdbild Angehöriger ($sa - fa$).
- c. Differenz von Selbstbild und Einschätzung durch den Partner:
 - c1. Selbstbild Direktbetroffener minus Fremdbild Angehöriger ($sd - fa$) und c2. Selbstbild Angehöriger minus Fremdbild Direktbetroffener ($sa - fd$).

Zusätzlich wurde von Brähler und Brähler (1993) vorgeschlagen, diese Ergebnisse der Differenzen zu korrelieren, da der direkte Vergleich der Differenzen methodische Fragen hinsichtlich der Stichprobenszusammensetzung aufwirft. Einerseits waren bei allen Erhebungen Urteiler und Beurteilte verschieden, andererseits fanden die Erhebungen jeweils zum selben Zeitpunkt statt. Brähler stellt fest, dass mit diesem Vorgehen die Veränderungen beider Partner sehr genau eingeschätzt werden können, da die Differenzen auf diese Weise höher ausfallen als diejenigen der Einzelwerte (Brähler & Brähler, 1993, S. 23).

6.3.4 Faktorenanalyse, auffällige Items GT

Als nächstes soll eine Faktorenanalyse aufzeigen, ob die untersuchte Stichprobe charakteristische Merkmalkombinationen aufweist, hat doch Bortz (2010) festgestellt, dass „mit der Faktoranalyse [...] Variablen gemäss ihrer korrelativen Beziehungen in voneinander unabhängige Gruppen klassifiziert werden [können].“ (Bortz, 2010, S. 386).

Field (2009) fasst verschiedene Forschungsergebnisse zur Faktorenanalyse zusammen. Er hält fest, dass entgegen der weit verbreiteten Meinung nicht zwingend eine grosse Stichprobe für eine Faktorenanalyse benötigt wird. Bei kleineren Stichproben kann ein Faktor als gesetzt gelten, wenn er mehr als vier Ladungen aufweist, die grösser als 0.6 sind. Diese Faktoren sind unabhängig von der Stichprobengrösse reliabel (Field, 2009, S. 647). Für die vorliegende Studie müssen die einbezogenen Faktorladungen also grösser als 0.6 sein.

6.3.5 Mixed-Effects-Model (MEM)

Um die Veränderungen über die drei Messzeitpunkte und die Unterschiede in den beiden Gruppen der Direktbetroffenen bzw. Angehörigen zu untersuchen, wurde die Methode der Mixed-Effects-Models (MEM) verwendet. Dabei sollen die einzelnen Skalen (SR, GS, DU, SP) im Verlauf und zwischen den Gruppen untersucht werden. Erwartet wird, dass diese Resultate Mutmassungen über die Veränderungen ermöglichen.

Mixed-Effects-Models haben den Vorteil, dass sie alle Daten einbeziehen und nicht nur mit vollständigen Datensätzen rechnen. Dadurch sind diese Modelle flexibler und der Test erhält mehr Power. Dies lässt genauere Aussagen über die Daten zu. Auch können Daten, die nicht homogen sind, dennoch im Modell berücksichtigt werden. Ebenfalls sind Berechnungen mit abhängigen Stichproben möglich.

Bei der Modellbildung wurden die Probanden bzw. Probandinnen als Subject eingesetzt. Als Wiederholungsvariablen wurden Zeit und Perspektive eingesetzt. Als Kovarianztyp bei Messwiederholung wurde zusammengesetzt symmetrisch (ZS) gewählt. Dies, weil neben der zeitlichen Wiederholung auch die Perspektive als Wiederholungsvariable eingesetzt wurde. Mit diesem Modell wurde die eingeschränkte -2 Log Likelihood mit den besten Werten präsentiert (= 2172.5). Bei Verwendung des autoregressiv-Kovarianz-Typs, AR(1), resultierte ein -2 Log Likelihood von 2206. Die Modellgüte kann somit mit Verwendung des erstgenannten Kovarianz-Typs (ZS) als besser bezeichnet werden.

Als abhängige Variable wurden die Skalenwerte eingesetzt. Feste Faktoren waren Zeit, Perspektive, Rolle, sowie Rolle*Zeit, Rolle*Perspektive und Perspektive*Zeit. Zufällige Faktoren waren die Paare. Die festen und zufälligen Faktoren wurden mit mehrfaktoriellem Verfahren geprüft.

Folgende Tabelle 2 zeigt die Zusammenstellung der im Modell verwendeten festen Faktoren und ihre Abstufungen:

Tabelle 2:

Feste Faktoren des MEM und ihre Abstufungen.

Faktoren	Abstufungen
Rolle	Direktbetroffen Angehörige
Zeit	erste Erhebung zweite Erhebung dritte Erhebung
Perspektive	Selbstbeurteilung Fremdbeurteilung

7 Ergebnisse

7.1 Deskriptive Statistik

In diesem Kapitel erfolgt die deskriptive Darstellung der erhaltenen Ergebnisse. Dabei wird die Stichprobe für beide Gruppen getrennt beschrieben (Kapitel 7.1.1). Danach erfolgen Auswertungen zur Selbst- und Fremdeinschätzung (Kapitel 7.1.2) und zur Interakti-

onsebene im GT (Kapitel 7.1.3). Anschliessend wird der Einfluss des Lähmungsgrads auf die Einschätzung im GT untersucht (Kapitel 7.1.4).

7.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe der Direktbetroffenen besteht aus 71 Personen und hat bei t1 19 (26.8%) weibliche und 52 (73.2%) männliche Teilnehmer, was einer üblichen Geschlechterverteilung bei Querschnittgelähmten Menschen entspricht (vgl. Tabelle 28 im Anhang E; sie enthält detaillierte Angaben zur Zusammensetzung der Gruppe der Direktbetroffenen). Bei der zweiten Erhebung sind es noch 15 (36.6%) weibliche und 26 (63.4%) männliche Teilnehmer. Bei der letzten Erhebung nehmen noch 10 (34.5%) weibliche und 19 (65.5%) männliche Direktbetroffene teil. Zu allen drei Messzeitpunkten ist die Altersgruppe der 25- bis 55-jährigen am stärksten vertreten. Bei t1 gehören 39 (54.9%), bei t2 24 (58.5) und bei t3 14 (48.3%) dieser Altersgruppe an. Die Einteilung der Altersgruppe wurde analog der Forschung von Lude P., Kennedy, Evans, Lude Y. und Beedie (2005) vorgenommen. Die meisten Teilnehmenden, nämlich 66 Personen (93%), sind deutscher Muttersprache. Bei der Wohnsituation zeigt sich die stärkste Veränderung beim selbständigen Wohnen. Bei der ersten Erhebung wohnten 16 (22.5%) der Direktbetroffenen allein. Bei der dritten Erhebung waren es noch 2 (6.9%). Eine Zunahme dagegen zeichnet sich beim Wohnen mit der Partnerin bzw. dem Partner ab: Bei t1 wohnten 18 (25.4%) mit der Partnerin oder dem Partner zusammen, bei t3 waren es 10 (34.5%). Die restlichen Zahlen blieben bei der Wohnsituation ungefähr gleich. Eine feste Partnerschaft führten 43 (60.6%) der Direktbetroffenen zu Beginn der Untersuchung. Beim Abschluss waren es 21 (72.4%). Davon waren 23 (32.4%) bei t1 und 16 (55.2%) bei t3 verheiratet. Bei der dritten Erhebung war niemand mehr getrennt oder wieder verheiratet. Einer Vollzeitanstellung gingen bei der ersten Erhebung 38 (53.5%) der Direktbetroffenen nach. Bei der dritten Erhebung waren dies gerade noch 2 (6.9%) der Menschen. Dafür nahm die Teilzeitbeschäftigung (Anstellungsgrad über 50%-Anstellungen) um 26.2% von t1 (1 bzw. 1.4%) bis t3 (8 bzw. 27.6%) zu. 24 (33.8%) Direktbetroffene nahmen an allen drei Erhebungen teil.

Von den 71 Teilnehmenden erlitten 20 (28.2%) eine Tetraplegie und 42 (59.2%) eine Paraplegie. Dies entspricht ungefähr der Verteilung in vergleichbaren Stichproben. Am häufigsten war ein Unfall Ursache für die Lähmung. 47 Personen (66.2%) erlitten eine unfallbedingte Schädigung des Rückenmarks. Bei 16 (22.5%) waren es krankheitsbedingte Ursachen. Eine motorisch und sensibel komplette Lähmung erlitten 29 (40.8%) bzw. 28 (39.4%) der Direktbetroffenen. Deutlich häufiger kamen inkomplette Lähmungsgrade vor. Motorisch waren 37 (52.1%) der Direktbetroffenen inkomplett gelähmt und die Sensibilität war bei 41 (57.7%) inkomplett.

Die Gruppe der Angehörigen war deutlich kleiner (vgl. Tabelle 26 im Anhang D; sie enthält die demographischen Angaben für die Angehörigen). Es nahmen bei t1 33 und bei t3

noch 18 Angehörige bzw. nahe Bezugspersonen teil. Davon sind bei der ersten Erhebung 29 (87.9%) weiblich und 4 (12.1%) männlich. Bei t2 sind 19 (86.4%) weiblich und 3 (13.6%) männlich. Bei der dritten Erhebung schliesslich sind noch 16 (88.9%) weibliche und 2 (11.1%) männliche Teilnehmende dabei. Üblicherweise sind bei Angehörigen von Querschnittgelähmten die Frauen in der Überzahl, da mehr Männer eine Querschnittlähmung erleiden und überwiegend die Partnerinnen die nächsten Bezugspersonen sind. Die am stärksten vertretene Altersgruppe entspricht derjenigen der Direktbetroffenen: 22 (66.7%) gehören bei t1, 15 (68.2%) bei t2 und 10 (55.6%) bei t3 der Altersgruppe der 25 bis 55-jährigen an. Die Gruppe der unter 25-jährigen ist gegenüber den Direktbetroffenen deutlich kleiner. 3 (9.1%) sind bei t1, 1 (4.5%) bei t2 und 2 (11.1%) bei t3 in dieser Gruppe. Die Einteilung der Altersgruppe wurde analog der Forschung von Lude P., Kennedy, Evans, Lude Y. und Beedie (2005) vorgenommen. Bei den meisten nahen Bezugspersonen handelt es sich um die Partnerinnen (51.5%); es folgen Mutter oder Vater (mit 33%). Bei t1 waren 2 (6.1%) Freund bzw. Freundin. Bei t2 und t3 kam diese Kategorie nicht mehr vor. Die Angehörigen lebten bei t1 zu 66.6% mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen. Davon hatte die Hälfte Kinder. In einer festen Partnerschaft befanden sich bei t1 30 (90.9%), bei t2 21 (95.5%) und bei t3 17 (94.4%). Die grösste Gruppe der nahen Bezugspersonen ist verheiratet. Bei t1 sind dies 19 (57.6%), bei t2 16 (72.7%) und bei t3 15 (83.3%). Es fällt auf, dass von den 14 nahen Bezugspersonen, die alle drei Erhebungen ausgefüllt haben, 11 ebenfalls verheiratet sind und eine Person wieder verheiratet ist (Anhang C). Lediglich 2 Personen mit ledigem Zivilstand füllten den Fragebogen zu allen drei Messzeitpunkten aus. Beruflich ist die grösste Gruppe der Angehörigen als Hausfrau bzw. Hausmann tätig. Die Zahlen bewegen sich zwischen 12 (36.4%) bei t1, 6 (27.3%) bei t2 und 6 (33.3%) bei t3.

7.1.2 Auswertung GT: Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung

Die Darstellung der Rohwerte und der T-transformierten Werte zeigt, dass sich Selbst- und Fremdbild nicht decken (Tabelle 3). So präsentiert z.B. die Skala ‚Soziale Resonanz‘ bei den Direktbetroffenen in t1 einen Prozentrang von 34.5% im Selbstbild und einen Prozentrang von 18.4% beim Fremdbild. Die Werte scheinen sich in den Skalen ‚Grundstimmung‘ und ‚Durchlässigkeit‘ bei t3 anzugleichen. Die Werte dieser beiden Skalen unterscheiden sich beim zweiten Messzeitpunkt am stärksten. Bei den Angehörigen sind Selbst- und Fremdbild ebenfalls divergent. Verglichen mit der Normstichprobe sind die Werte der Angehörigen in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ deutlich erhöht; dies ist ebenfalls in der Skala ‚Grundstimmung‘ der Fall. In den Skalen ‚Durchlässigkeit‘ und ‚Soziale Potenz‘ treten deutlich tiefere Werte auf. Die Werte liegen über die drei Messzeitpunkte gesehen in einem ähnlichen Bereich. Anders verhält es sich bei den Direktbetroffenen, die über die drei Messzeitpunkte grössere Veränderungen der Skalenwerte aufweisen. Ihre Werte liegen abgesehen von bei der Skala ‚Grundstimmung‘ in t3 ziemlich nahe an denjenigen der Norm-

stichprobe. Die Zusammenstellung der Werte wird in Tabelle 3 dargestellt. Die Normwerte werden anschliessend in Tabelle 4 gezeigt.

Beim Konsultieren der folgenden Tabelle ist zu beachten, dass hohe Werte nicht grundsätzlich positiv zu interpretieren sind. Dies heisst im Einzelnen:

- Skala ‚Soziale Resonanz‘: Hohe Werte bedeuten, dass sich jemand als positiv sozial resonant erlebt (z.B. anziehend, beliebt).
- Skala ‚Grundstimmung‘: Hohe Werte bedeuten, dass sich jemand als depressiv einschätzt (z.B. häufig bedrückt, sehr selbstkritisch).
- Skala ‚Durchlässigkeit‘: Hohe Werte bedeuten, dass sich jemand als retentiv erlebt (z.B. verschlossen, anderen fern).
- Skala ‚Soziale Potenz‘: Hohe Werte bedeuten, dass sich jemand als sozial impotent empfindet (z.B. ungesellig, im Kontakt befangen).

Eine detailliertere Beschreibung der Skalen findet sich im Anhang (Tabellen 21-24, Anhänge A, B).

Tabelle 3:

Zusammenstellung der Resultate aus dem GT. Selbst- und Fremdbild, Direktbetroffene und Angehörige, drei Messzeitpunkte, Rohwerte und T-transformierte Werte.

	Selbstbild					Fremdbild				
	RW		T-Trans		%-Rang	RW		T-Trans		%-Rang
	x	s	x	s	%	x	s	x	s	%
Direktbetroffene t1	N = 71					N = 48				
Soziale Resonanz	31.5	5.15	54	9.8	34.5	43.0	6.45	59	12.3	18.4
Grundstimmung	20.8	6.12	48	11.1	42.1	23.7	4.92	53	8.9	30.9
Durchlässigkeit	18.5	6.65	45	11.8	30.9	17.7	6.48	44	11.5	27.4
Soziale Potenz	16.7	5.41	45	10.4	30.9	15.0	5.29	42	10.2	21.2
Direktbetroffene t2	N = 41					N = 26				
Soziale Resonanz	30.2	5.24	51	10.0	46.0	32.5	6.69	56	12.8	27.4
Grundstimmung	21.8	5.68	50	10.4	50.0	24.5	3.21	54	5.8	34.5
Durchlässigkeit	20.5	6.73	49	11.9	46.0	17.7	5.74	44	10.2	27.4
Soziale Potenz	17.3	5.73	46	11.0	34.5	14.3	3.98	40	7.6	15.9
Direktbetroffene t3	N = 29					N = 16				
Soziale Resonanz	28.2	5.95	48	11.4	42.1	27.6	5.72	46	10.9	34.5
Grundstimmung	24.7	6.00	55	10.9	30.9	24.6	4.19	55	7.6	30.9
Durchlässigkeit	22.9	6.22	53	11.0	38.2	19.6	3.96	47	7.0	38.2
Soziale Potenz	19.0	5.09	49	9.8	46.0	16.7	4.45	45	8.5	30.9
Angehörige t1	N = 31					N = 27				
Soziale Resonanz	31.9	4.08	55	7.8	30.9	33.7	4.97	58	9.5	21.2
Grundstimmung	24.8	6.07	55	11.1	30.9	24.0	5.50	54	10.0	34.5
Durchlässigkeit	16.6	5.72	42	10.2	21.2	20.8	9.13	49	16.3	46.0
Soziale Potenz	15.1	4.65	42	8.9	21.2	15.2	4.96	42	9.5	21.2
Angehörige t2	N = 22					N = 20				
Soziale Resonanz	32.3	4.77	55	9.1	30.9	32.2	5.79	55	11.0	30.9
Grundstimmung	23.4	6.51	52	11.9	42.1	25.2	4.73	56	8.6	27.4
Durchlässigkeit	18.2	5.25	44	9.4	27.4	24.9	6.52	57	11.6	24.2
Soziale Potenz	16.7	4.45	45	8.5	30.9	18.5	5.54	48	10.6	42.1
Angehörige t3	N = 18					N = 16				
Soziale Resonanz	32.6	4.92	56	9.4	27.4	31.5	5.99	54	11.4	34.5
Grundstimmung	25.2	6.52	56	11.9	27.4	25.00	4.96	55	9.0	30.9
Durchlässigkeit	17.8	6.96	44	12.4	27.4	25.25	6.52	57	11.6	24.2
Soziale Potenz	16.2	5.66	44	10.9	27.4	18.87	5.15	49	9.9	46.0

Bemerkung: Gemäss Beckmann et al. (1991) bedeutet „ein Skalenwert von $T = 33$, dass links (bzw. unterhalb) dieses Wertes 4.5% der Bevölkerung liegen. Ein Skalenwert von $T = 67$, dass rechts (bzw. oberhalb) dieses Wertes ebenfalls 4.5% aller Fälle der Standardisierungsstichprobe liegen.“ (Beckmann et al., 1991, S. 22-23; vgl. auch Tabelle 25, Anhang C). RW = Rohwert; T-Trans = T-Transformierter Wert; %-Rang = Prozentrang. t1 = erster Messzeitpunkt. t2 = zweiter Messzeitpunkt. t3 = dritter Messzeitpunkt.

Für den Vergleich mit der Standardstichprobe von Beckmann et al. (1991) wurden folgende Werte verwendet:

Tabelle 4:

Normwerte der Standardskalen in der Standardstichprobe.

Skala	μ	σ
Soziale Resonanz	29.36	5.24
Grundstimmung	21.98	5.48
Durchlässigkeit	21.18	5.61
Soziale Potenz	19.35	5.20

Bemerkung: $N = 1546$. Beckmann et al. (1991, S. 119).

Werden die Rohwerte der Tabelle 3 mit den Normwerten in Tabelle 4 verglichen, so zeigt sich, dass Werte in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ in beiden Gruppen und über alle drei Messzeitpunkte höher sind als in der Normstichprobe. Diese beiden Gruppen schätzen sich verglichen mit der Normalbevölkerung als sozial resonanter ein. Bei der Skala ‚Grundstimmung‘ befinden sich die Direktbetroffenen bei den ersten beiden Messungen nahe bei den Normwerten. Bei t3 sind sie deutlich höher. Anders verhält es sich bei den Angehörigen: Hier sind die Werte in dieser Skala zu allen drei Messzeitpunkten deutlich höher. Die Selbsteinschätzungen weisen also höhere Depressionswerte als diejenigen der Normgruppe auf. Bei der Skala ‚Durchlässigkeit‘ zeigt sich bei den Direktbetroffenen, dass sie sich ungefähr wie die Norm einschätzen. Die Werte der Angehörigen hingegen sind deutlich tiefer als diejenigen der Norm. Das bedeutet, dass sich die Angehörigen als verschlossener erleben als die Normstichprobe. Bei der Skala ‚Soziale Potenz‘ zeigen die Direktbetroffenen eine Steigerung über die drei Messzeitpunkte. Bei t3 schätzen sie sich ähnlich ein wie die Norm. Zuvor ist ihre Einschätzung etwas tiefer. Bei den Angehörigen liegt die Einschätzung in dieser Skala zu allen drei Messzeitpunkten deutlich tiefer. Abbildung 4 verdeutlicht die Ergebnisse der Selbsteinschätzungen:

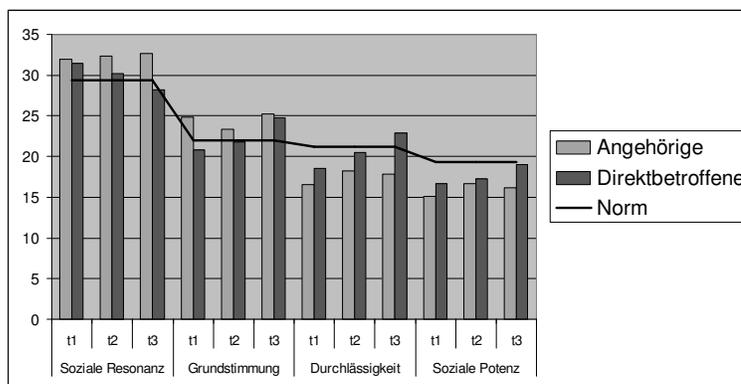


Abbildung 4: Selbsteinschätzung Skalen SR, GS, DU und SP.

7.1.3 Interaktionsebene (Korrelationen GT)

In der vorliegenden Stichprobe konnten 34 Paare gebildet werden, deren Interaktion nun untersucht werden soll. 12 Paare nahmen an allen drei Erhebungen teil. Es folgt eine Darstellung der Interaktionsebene. Diese soll mit paarweisen Einzelkorrelationen der vier Einzelbilder und vier Skalen gezeigt werden.

Korrelation der Beurteilungen durch Direktbetroffene und Angehörige

In der folgenden Auswertung werden die Korrelationen zwischen den Selbstbildern und die Korrelationen zwischen den Fremdbildern angegeben. Damit lassen sich die Positionen der Urteilenden untersuchen. Je nach Richtung der Korrelation handelt es sich um Symmetrie oder Komplementarität der Rollenpositionen. Eine positive Korrelation bedeutet, dass die Selbst- und Fremdkonzepte ähnlich bzw. symmetrisch sind; eine negative Korrelation meint, dass die Positionen komplementär zu einander stehen (Brähler, 1993, S. 50). Behringer, Geimer, Brähler, Schmidt, Schüle und Beckmann (1982) stellen fest, dass die typischen Rollenpositionen „im Normbereich von Paarbeziehungen unabhängig sind, aber unter klinischen Bedingungen auch durch die Paarbeziehung mitbestimmt werden (Behringer et al., 1982, zit. nach Brähler & Brähler, 1993, S. 28). In Beziehungen im Normbereich bestehen Korrelationen, die nahe Null liegen.

Die Zusammenstellung der Korrelationen der vorliegenden Stichprobe (Tabelle 5) zeigt bei den Selbstbildern in t1 nahe Positionen für die beiden Skalen ‚Durchlässigkeit‘ ($r = -.04$) und ‚Soziale Potenz‘ ($r = .07$). Gemäss Behringer et al. (1982) sind diese beiden Werte ähnlich der Korrelation von Paaren im Normbereich. Die Skalen ‚Soziale Resonanz‘ ($r = .33$, $p < 0.05$) und ‚Grundstimmung‘ ($r = .27$) sind positiv korreliert. Die Rollenpositionen werden als symmetrisch wahrgenommen. Bei t2 sind dann alle Korrelationen nahe Null, was auf eine Beziehung im Normbereich hinweist. Dies verändert sich zu t3 hin wieder. Hier ist die Skala ‚Soziale Resonanz‘ ($r = .36$) wieder positiv korreliert, was auf eine Symmetrie in der Rollenposition hinweist. Die Skalen ‚Grundstimmung‘ ($r = -.07$) und ‚Soziale Potenz‘ ($r = .06$) weisen eine Korrelation nahe Null auf. Und die Skala ‚Durchlässigkeit‘ ($r = -.25$) zeigt eine negative Korrelation, was auf eine komplementäre Position hinweist. Bei der Skala ‚Soziale Potenz‘ liegen die Korrelationen zu allen Messzeitpunkten nahe Null.

Abbildung 5 zeigt die Korrelationen der Beurteilung durch die Angehörigen mit denjenigen der Direktbetroffenen und umgekehrt.

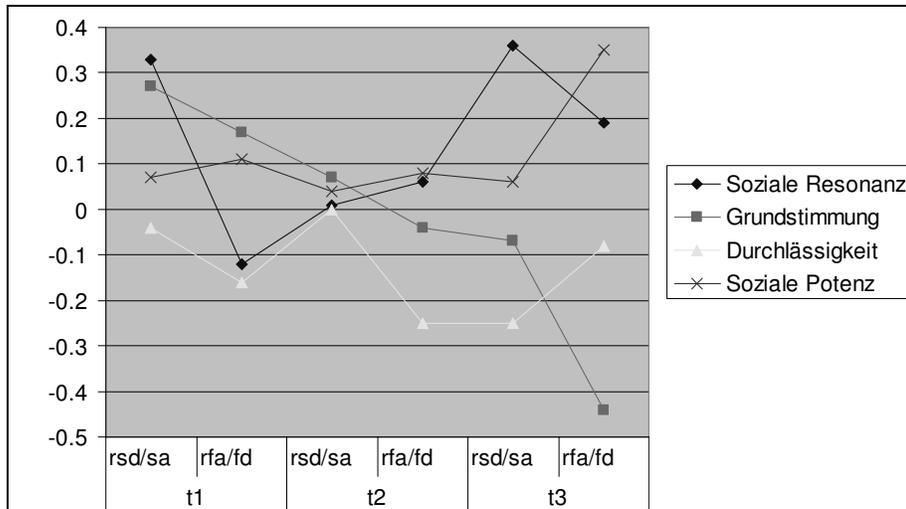


Abbildung 5: Korrelationen der Selbst- und Fremdbeurteilungen Direktbetroffene/Angehörige und umgekehrt. *sd* = Selbstbeurteilung Direktbetroffene. *sa* = Selbstbeurteilung Angehörige. *fd* = Fremdbeurteilung Direktbetroffene. *fa* = Fremdbeurteilung Angehörige.

Werden die Fremdbilder miteinander korreliert, ergibt sich ein leicht abweichendes Bild (vgl. Tabelle 5). Die Korrelationen sind insgesamt weniger hoch und es kommen häufiger negative Korrelationen vor als bei der Korrelation der Selbstbilder. Dabei ist keine der Korrelationen signifikant. Auch hier zeigen sich bei t2 Korrelationen nahe Null, mit Ausnahme der Skala ‚Durchlässigkeit‘ ($r = -.25$), die negativ korreliert. Diese Skala scheint sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung zu allen Zeitpunkten eher komplementär wahrgenommen zu werden. Bei t3 fällt auf, dass in der Korrelation der Fremdbeurteilungen die Skala ‚Grundstimmung‘ ($r = -.44$) hoch negativ ausfällt. Bei der Korrelation der Selbstbeurteilungen ist dieser Wert mit $r = -.07$ deutlich tiefer. Ebenfalls besteht ein grosser Unterschied in der Skala ‚Durchlässigkeit‘, wo die Korrelation der Selbstbilder einen Wert von $r = -.25$ und die Korrelation der Fremdbilder einen Wert von $r = -.08$ aufweist. Auch die Skala ‚Soziale Potenz‘ zeigt eine grosse Differenz zwischen der Korrelation der Selbstbilder ($r = .06$) und der Fremdbilder ($r = .35$).

Tabelle 5:

Grad der Symmetrie bzw. Komplementarität der Rollenpositionen (Selbst- und Fremdbilder).

Skala	t1		t2		t3	
	$r_{sd/sa}$	$r_{fa/fd}$	$r_{sd/sa}$	$r_{fa/fd}$	$r_{sd/sa}$	$r_{fa/fd}$
Soziale Resonanz	.33*	-.12	.01	.06	.36	.19
Grundstimmung	.27	.17	.07	-.04	-.07	-.44
Durchlässigkeit	-.04	-.16	.00	-.25	-.25	-.08
Soziale Potenz	.07	.11	.04	.08	.06	.35

Bemerkung: $r_{\text{Selbstbild Direktbetroffene/Selbstbild Angehörige}} (r_{sd/sa})$ und $r_{\text{Fremdbild Angehörige/Fremdbild Direktbetroffene}} (r_{fa/fd})$. * Die Korrelation ist auf 0.05-Niveau zweiseitig signifikant. t1 = erster Messzeitpunkt. t2 = zweiter Messzeitpunkt. t3 = dritter Messzeitpunkt.

Test- und Retest-Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte

Gemäss Brähler & Brähler (1993) bedeutet eine positive Korrelation, dass der Partner in seiner Position bestätigt wird. Eine negative Korrelation bedeutet, dass sich Selbst- und Fremdwahrnehmung konträr gegenüber stehen. Daraus lässt sich folgern, dass der Partner in seiner Rolle negiert wird (Brähler & Brähler, 1993, S. 48). Bei „normalen“ Ehen sind diese Werte bei allen Skalen leicht positiv. Extrem hohe Werte könnten auf eine pathologische Rollenfixierung hiweisen und Werte um Null herum könnten als Beziehungslosigkeit verstanden werden (Brähler & Brähler, 1993, S. 28).

Für die vorliegende Stichprobe ergeben sich, bis auf eine, durchwegs positive Korrelationen, die zum Teil hoch signifikant sind (Tabelle 6). Abbildung 6 stellt diese Korrelationen grafisch dar:

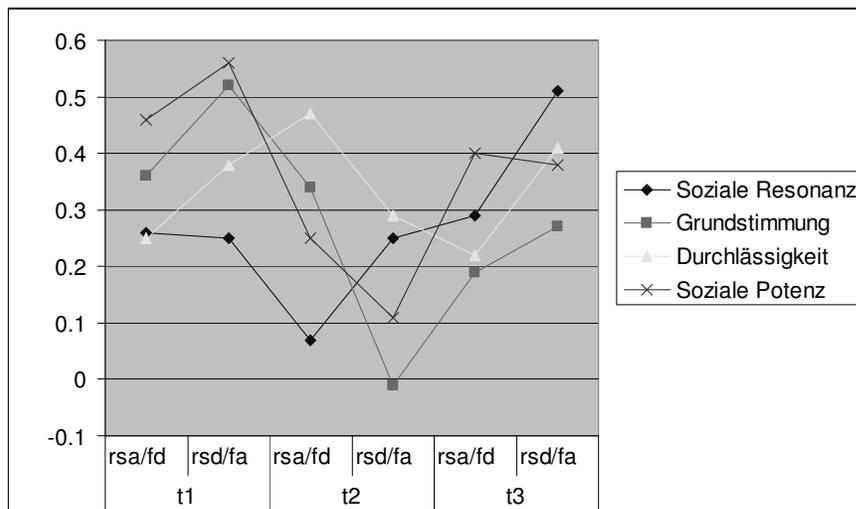


Abbildung 6: Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbild gleicher Objekte. *sd* = Selbstbeurteilung Direktbetroffene. *sa* = Selbstbeurteilung Angehörige. *fd* = Fremdbeurteilung Direktbetroffene. *fa* = Fremdbeurteilung Angehörige.

Bei t1 finden sich die höchsten Übereinstimmungen in den Skalen ‚Grundstimmung‘ und ‚Soziale Potenz‘. Offensichtlich werden diese Bereiche zu Beginn der Untersuchung von beiden Beteiligten in ähnlicher Weise gesehen. Dies ändert sich bei t2. Hier wird die selbst wahrgenommene Grundstimmung des Direktbetroffenen von den Angehörigen im Fremdurteil nicht bestätigt. Sie wird tendenziell eher entgegengesetzt wahrgenommen ($r = -.01$). Umgekehrt jedoch besteht eine signifikante Übereinstimmung der Einschätzung der Grundstimmung in der Selbstbeurteilung der Angehörigen und dem Fremdbild der Direktbetroffenen ($r = .34$). Bei t3 scheint diese Übereinstimmung abzunehmen. Die Grundstimmung korreliert in der Selbstwahrnehmung der Angehörigen noch zu $r = .19$ mit der Fremdwahrnehmung der Direktbetroffenen. Diese Korrelation ist als eher tief einzuschätzen. In einer Untersuchung von Brähler und Beckmann (1984) zeigten Ehepaare Korrelati-

onswerte von $r = .38$ bzw. $r = .45$ bei der Skala ‚Grundstimmung‘ (Brähler & Brähler, 1993, S. 28). Die Skala ‚Soziale Resonanz‘ zeigt im Verlauf, dass die Übereinstimmung in der Rollenwahrnehmung zwischen Selbstwahrnehmung der Angehörigen und der dazugehörenden Fremdwahrnehmung durch die Direktbetroffenen bei t2 massiv tiefer wird ($r = .07$). Beim dritten Messzeitpunkt ist sie ungefähr mit der ersten Messung vergleichbar. Hingegen nimmt die Korrelation von Selbstbild der Direktbetroffenen und der Fremdwahrnehmung der Angehörigen in derselben Skala signifikant zu. Beim dritten Messzeitpunkt beträgt sie $r = .51$. Dieser Wert ist um 0.04 höher, als in der Vergleichsstichprobe aus der Untersuchung Brähler ($r = .47$) und war in den ersten beiden Messungen um .22 deutlich tiefer (Brähler & Brähler, 1993, S. 28). Die Skala ‚soziale Potenz‘ zeigt die tiefsten Korrelationen ebenfalls beim zweiten Messzeitpunkt. Hier liegt die Korrelation nach anfänglich sehr hohen Werten noch bei $r = .25$ bzw. $r = .11$. Die Übereinstimmung scheint beim dritten Messzeitpunkt wieder zuzunehmen ($r = .40$ bzw. $r = .38$).

Tabelle 6:

Bestätigung bzw. Negation der Position.

Skala	t1		t2		t3	
	$r_{sa/fd}$	$r_{sd/fa}$	$r_{sa/fd}$	$r_{sd/fa}$	$r_{sa/fd}$	$r_{sd/fa}$
Soziale Resonanz	.26	.25	.07	.25	.29	.51*
Grundstimmung	.36*	.52**	.34*	-.01	.19	.27
Durchlässigkeit	.25	.38*	.47**	.29	.22	.41
Soziale Potenz	.46**	.56**	.25	.11	.40	.38

Bemerkung: $r_{\text{Selbstbild Angehörige/Fremdbild Direktbetroffene}} (r_{sa/fd})$. $r_{\text{Selbstbild Direktbetroffene/Fremdbild Angehörige}} (r_{sd/fa})$. * Die Korrelation ist auf 0.05-Niveau zweiseitig signifikant. ** Die Korrelation ist auf 0.01-Niveau zweiseitig signifikant. t1 = erster Messzeitpunkt. t2 = zweiter Messzeitpunkt. t3 = dritter Messzeitpunkt.

Test- und Retest-Korrelationen von Selbst- und Fremdbild gleicher Beurteiler

In der folgenden Tabelle 7 sind die Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbildern des gleichen Beurteilers bzw. der gleichen Beurteilerin wiedergegeben. Diese Korrelation kann als Maß für den Grad der positiven bzw. negativen identifikatorischen Projektion verstanden werden. Eine positive Korrelation bedeutet eine positive identifikatorische Projektion. Dies bedeutet, dass dem Partner Anteile zugeschrieben werden, die man bei sich selbst sieht. Umgekehrt bedeutet eine negative Korrelation, dass dem Partner Anteile zugeschrieben werden, die den eigenen entgegengesetzt sind. Beringer et al. (1982) schreiben dazu: „Projektive Wahrnehmung in jeglicher Richtung bedeutet also, dass man unfähig ist, den Partner unbelastet in seinem Selbstverständnis anzunehmen, weil der Blick dafür durch Abwehrmechanismen der eigenen Person verstellt ist. Deshalb lässt sich bei hoch positiven wie auch bei hoch negativen Korrelationen eine Störung der Paarbeziehung annehmen“ (Behringer et al., 1982, zit. nach Brähler & Brähler, 1993, S. 49). Bei „normalen“ Ehen

finden sich hier keine negativen, unter Umständen leicht positive Kennwerte (Brähler & Brähler, 1993, S. 28).

Abbildung 7 zeigt die Korrelationen von Selbst- und Fremdbild des gleichen Beurteilers:

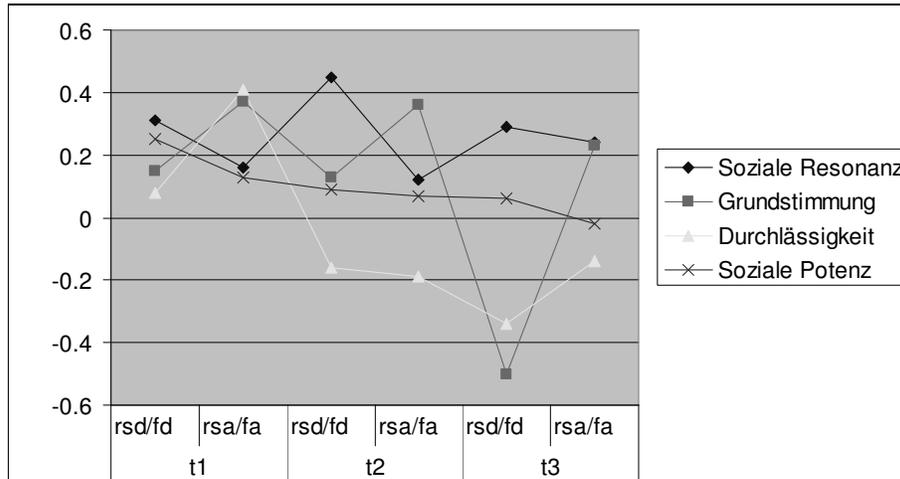


Abbildung 7: Korrelationen Selbst- Fremdbild gleicher Beurteiler. *sd* = Selbstbeurteilung Direktbetroffene. *sa* = Selbstbeurteilung Angehörige. *fd* = Fremdbeurteilung Direktbetroffene. *fa* = Fremdbeurteilung Angehörige.

Bei der ‚sozialen Resonanz‘ besteht bei den Direktbetroffenen eine hohe positive Korrelation (Tabelle 7). Dem Partner, der Partnerin wird ein ähnlicher Grad an sozialer Attraktivität zugeschrieben, wie sich selbst. Die Paare sind im Mittel aus Sicht der Direktbetroffenen positiv aufeinander bezogen. Bei den Angehörigen scheint dieser Wert tendenziell tiefer zu sein. Dem Direktbetroffenen wird zu Beginn nicht im selben Mass die soziale Attraktivität zugestanden, wie umgekehrt und sich selbst. Erst bei t3 nähert sich dieser Wert wieder dem Wert der Direktbetroffenen. Hohe Korrelationen sind in dieser Skala üblich. Auch Brähler (1993) beschreibt höhere Werte in dieser Skala (Brähler & Brähler, 1993, S. 50).

Im Bereich ‚Grundstimmung‘ erlebt sich der Direktbetroffene in t1 und t2 eher unabhängig von den Stimmungen der Angehörigen. In t3 zeigt sich dann eine signifikant negative Korrelation ($r = -.50$). Die Direktbetroffenen scheinen die Angehörigen stimmungsmässig komplementär zu sich selbst zu erleben. Sie projizieren ihre Gefühle eher nicht auf ihre Angehörigen. Bei den Angehörigen zeigt sich ein anderes Bild. Sie weisen in t1 und t2 signifikante positive Korrelationen auf. Daraus lässt sich folgern, dass sie vermutlich eine hohe positive Projektion bezogen auf die Grundstimmung ihrer direktbetroffenen Partner aufweisen. Die Korrelation nimmt bei t3 zwar ab, ist aber mit $r = .23$ immer noch hoch. Es ist möglich, dass die Angehörigen ihre Grundstimmung auf den Direktbetroffenen projizieren.

Die Skala ‚Durchlässigkeit‘ präsentiert sich mehrheitlich bei beiden Gruppen komplementär. Am stärksten zeigt sich diese Komplementarität bei t3 bei den Direktbetroffenen ($r = -.34$). Bei t1 hingegen zeigt sich noch ein völlig anderes Bild. Hier erleben sich die Direktbetroffenen relativ unabhängig zu den Angehörigen und die Angehörigen zeigen eine stark positive Korrelation ($r = .41$).

Am unabhängigsten zeigen sich die Paare bei der ‚Sozialen Potenz‘. Mit Ausnahme von t1, wo hohe positive Korrelationen zu vermerken sind. Bei t2 und t3 aber besteht annähernd Unabhängigkeit. Hier scheinen keine positiven Projektionen vorzukommen. Brähler (1993) merkt an, dass „hohe positive und besonders negative Kennwerte pathologische Beziehungsstrukturen abbilden, wenn der Partner als nahezu gleich oder auch als ganz gegensätzlich gesehen wird“ (Brähler & Brähler, 1993, S. 29).

Tabelle 7:

Grad der positiven und negativen identifikatorischen Projektion.

Skala	t1		t2		t3	
	$r_{sd/fd}$	$r_{sa/fa}$	$r_{sd/fd}$	$r_{sa/fa}$	$r_{sd/fd}$	$r_{sa/fa}$
Soziale Resonanz	.31*	.16	.45**	.12	.29	.24
Grundstimmung	.15	.37*	.13	.36*	-.50*	.23
Durchlässigkeit	.08	.41	-.16	-.19	-.34	-.14
Soziale Potenz	.25	.13	.09	.07	.06	-.02

Bemerkung: $r_{\text{Selbstbild Direktbetroffene/Fremdbild Direktbetroffene}}$ ($r_{sd/fd}$). $r_{\text{Selbstbild Angehörige/Fremdbild Angehörige}}$ ($r_{sa/fa}$). * Die Korrelation ist auf 0.05-Niveau zweiseitig signifikant. ** Die Korrelation ist auf 0.01-Niveau zweiseitig signifikant. t1 = erster Messzeitpunkt. t2 = zweiter Messzeitpunkt. t3 = dritter Messzeitpunkt.

7.1.4 Einfluss von Lähmungsgrad auf die Ergebnisse der Skalen des GT

Der Einfluss des Lähmungsgrades auf die Variablen im GT wurde mit dem χ^2 -Test berechnet (Tabelle 8). Dabei zeigte sich, dass die Alternativhypothese, dass ein Zusammenhang zwischen Lähmungsgrad und Selbst- bzw. Fremdbeurteilung besteht, klar verworfen werden kann. Die asymptotischen Signifikanzen zeigen durchgehend einen p-Wert von über 0.05 und sind damit grösser als die festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit. Somit besteht kein Einfluss vom Lähmungsgrad auf die Einschätzungen im GT.

Tabelle 8:*Einfluss Lähmungsgrad auf die Selbst- und Fremdbeurteilung im GT.*

		t1			t2			t3		
		χ^2	df	p	χ^2	df	p	χ^2	df	p
Selbstbeurteilung	Soziale Resonanz	21.88	20	0.35	16.27	15	0.36	12.06	13	0.52
	Grundstimmung	21.29	23	0.56	16.03	17	0.52	10.48	12	0.54
	Durchlässigkeit	23.94	23	0.41	18.79	20	0.54	17.62	15	0.28
	Soziale Potenz	22.54	19	0.26	16.03	18	0.59	10.48	12	0.57
Fremdbeurteilung	Soziale Resonanz	11.39	15	0.72	11.34	9	0.25	7.89	8	0.44
	Grundstimmung	9.69	16	0.88	11.56	9	0.24	7.20	8	0.51
	Durchlässigkeit	14.83	18	0.67	19.84	15	0.18	7.20	8	0.51
	Soziale Potenz	16.25	17	0.51	9.76	10	0.46	7.20	7	0.41

Bemerkung: χ^2 = CHI-Quadrat nach Pearson. df = Freiheitgrade. p = asymptotische Signifikanz. t1 = erster Messzeitpunkt. t2 = zweiter Messzeitpunkt. t3 = dritter Messzeitpunkt.

7.2 Analysen

Die folgenden Kapitel zeigen die Ergebnisse aus den Analysen, die der Beantwortung der Fragestellungen dienen. Es werden pro Unterkapitel die statistischen Arbeitshypothesen vorgestellt. In Kapitel 7.2.1 geht es um den Vergleich der beiden Gruppen mittels T-Test für abhängige Stichprobe. Kapitel 7.2.2 vergleicht die Mittelwerte der Stichprobe mit denjenigen aus der Normstichprobe. Kapitel 7.2.3 befasst sich mit den Differenzen der Einzelbilder. Kapitel 7.2.4 zeigt mittels einer Faktorenanalyse auf, ob spezifische Merkmalkombinationen vorliegen, wobei Kapitel 7.2.5 die Merkmalkombinationen bei den Direktbetroffenen und Kapitel 7.2.6 diejenigen der Angehörigen zum Inhalt hat. Kapitel 7.2.7 schliesslich untersucht mit Mixed Effects Models die Zusammenhänge über die Zeit und zwischen den einzelnen Gruppen.

7.2.1 Vergleich der beiden Gruppen

Den folgenden Auswertungen liegt die folgende Nullhypothese zugrunde:

H₀: Die Differenzen der Mittelwerte in den Skalen SR, GS, DU und SP der Selbsteinschätzung in den Gruppen Direktbetroffene und nahe Personen unterscheiden sich nicht oder nur zufällig.

Die Ergebnisse im T-Test für abhängige Stichproben ergeben teilweise negative Korrelationen (Tabelle 9), was ein Hinweis auf ein nicht einfach zu interpretierendes Deutungsmuster ist. Diese negativen Korrelationen finden sich bei den ersten Messzeitpunkten in der Skala ‚Durchlässigkeit‘ ($r = -0.4$ bzw. $r = -0.3$) und beim zweiten Messzeitpunkt in der Skala ‚soziale Potenz‘ ($r = -0.1$). Beim dritten Messzeitpunkt sind drei Skalen negativ korre-

liert. Nämlich ‚Grundstimmung‘ ($r = -.02$), ‚Durchlässigkeit‘ ($r = -.27$) und ‚soziale Potenz‘ ($r = -.07$).

In Tabelle 9 ist ersichtlich, dass sich die Differenzen der Mittelwerte bei den ersten beiden Messzeitpunkten nicht signifikant von 0 unterscheiden. Erst bei t3 zeigen zwei Skalen signifikante Unterschiede. Dabei ist der Mittelwert der Skala ‚Soziale Resonanz‘ bei den Direktbetroffenen um 5.21 kleiner als bei den Angehörigen. Diese Differenz ist signifikant von 0 verschieden ($\alpha = 0.05$, $T = -3.71$; $p = 0.003$; $KI < -8.25 > = -2.17$). In der Skala ‚Durchlässigkeit‘ zeigen die Direktbetroffenen um 6.7 höhere Mittelwerte. Diese sind ebenfalls signifikant ($T = 2.77$; $p = 0.016$; $KI < 1.48 > = 11.95$).

Tabelle 9:

T-Test Direktbetroffene/Angehörige, drei Messzeitpunkte.

	<i>M</i>	95% CI		<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
		UG	OG				
t1							
Soziale Resonanz	.30	-1.43	2.02	.35	26	.727	.41
Grundstimmung	-2.11	-4.75	.53	-1.64	26	.113	.42
Durchlässigkeit	2.96	-.23	6.15	1.91	26	.067	-.04
Soziale Potenz	2.56	-.38	5.49	1.79	26	.085	.07
t2							
Soziale Resonanz	-2.05	-5.04	.94	-1.43	19	.168	.05
Grundstimmung	-1.45	-4.87	1.97	-.89	19	.386	.29
Durchlässigkeit	2.70	-1.21	6.61	1.45	19	.164	-.03
Soziale Potenz	1.00	-2.39	4.39	.62	19	.544	-.01
t3							
Soziale Resonanz	-5.21	-8.25	-2.17	-3.71	13	.003	.55
Grundstimmung	-1.29	-6.40	3.83	-.54	13	.596	-.02
Durchlässigkeit	6.71	1.48	11.95	2.77	13	.016	-.27
Soziale Potenz	3.93	-.40	8.26	1.96	13	.072	.07

Bemerkung: t1 = 1. Messzeitpunkt; t2 = 2. Messzeitpunkt; t3 = 3. Messzeitpunkt; *M* = Mittelwert der Differenz; CI = Konfidenzintervall; UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze; *T* = T-Wert; *df* = Freiheitsgrade; *p* = Signifikanz (2-Seitig). Signifikante Werte sind fett geschrieben. *r* = Korrelation.

7.2.2 Vergleiche Mittelwerte GT mit der Normstichprobe

Mit den folgenden Auswertungen soll die folgende Nullhypothese geprüft werden:

H₀: Die Mittelwerte in den Skalen SR, GS, DU und SP von Direktbetroffenen bzw. nahen Personen unterscheiden sich nicht oder nur zufällig von den Mittelwerten der Normstichprobe.

Der Vergleich der Mittelwerte zwischen der Normstichprobe und der Untersuchungsstichprobe ergibt zum Teil signifikante Unterschiede. Diese sind in der Tabelle 10 aufgeführt. Auf eine tabellarische Darstellung der nicht signifikanten Unterschiede wird verzichtet. Es soll in den folgenden Abschnitten darauf hingewiesen werden. Bei der Skala ‚Soziale Resonanz‘ zeigen sechs Werte keine signifikante Abweichung von der Normstichprobe. Die restlichen Werte weichen signifikant von der Normstichprobe ab. Dabei sind vor allem die Angehörigen in allen Werten deutlich höher, als die Werte der Normstichprobe.

Bei der Skala ‚Grundstimmung‘ sind die meisten Werte nicht signifikant zu unterscheiden von den Werten der Normstichprobe. Die vier signifikanten Abweichungen betreffen alles Fremdbeurteilungen, sowohl der Direktbetroffenen über die Angehörigen als auch umgekehrt. Hier ist ebenfalls gegenüber der Normstichprobe eine Erhöhung vorhanden.

Bei der Skala ‚Durchlässigkeit‘ weichen die meisten Werte signifikant von denjenigen der Normstichprobe ab. Dabei fällt auf, dass die Differenz nach unten zeigt. Die Werte sind tiefer.

Bei der Skala ‚Soziale Potenz‘ weichen ebenfalls 7 Werte signifikant von der Normstichprobe ab. 5 weisen keinen signifikanten Unterschied auf. Die soziale Potenz wird sowohl von Angehörigen als auch Direktbetroffenen als deutlich niedriger eingestuft.

Tabelle 10:

Signifikante Unterschiede der Mittelwerte zwischen der Normstichprobe und der Untersuchungsstichprobe; 3 Messzeitpunkte, Selbst- und Fremdbild.

	<i>M</i>	95% CI		<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
		UG	OG			
Soziale Resonanz						
Testwert = 29.36						
Selbstbeurteilung Direktbetroffener t1	2.55	1.16	3.93	3.75	32	0.001
Fremdbeurteilung Direktbetroffener t1	5.21	3.30	7.12	5.57	29	0.000
Selbstbeurteilung Angehörige t1	2.31	0.64	3.97	2.85	26	0.008
Fremdbeurteilung Angehörige t1	4.39	2.27	6.51	4.29	23	0.000
Selbstbeurteilung Angehörige t2	2.83	0.61	5.05	2.66	20	0.015
Fremdbeurteilung Angehörige t2	3.43	0.82	6.04	2.76	18	0.013
Selbstbeurteilung Angehörige t3	3.64	1.02	6.26	2.96	15	0.010
Grundstimmung						
Testwert = 21.98						
Fremdbeurteilung Direktbetroffener t2	2.67	1.38	3.96	4.30	22	0.000
Fremdbeurteilung Direktbetroffener t3	2.66	0.23	5.10	2.36	13	0.034
Fremdbeurteilung Angehörige t2	2.91	0.71	5.12	2.77	18	0.013
Fremdbeurteilung Angehörige t3	3.15	0.32	5.98	2.39	14	0.031
Durchlässigkeit						
Testwert = 21.18						
Selbstbeurteilung Direktbetroffener t1	-2.66	-4.75	-0.58	-2.61	32	0.014
Fremdbeurteilung Direktbetroffener t1	-3.95	-6.27	-1.62	-3.47	29	0.002
Fremdbeurteilung Direktbetroffener t2	-2.88	-5.40	-0.36	-2.37	22	0.027
Selbstbeurteilung Angehörige t1	-4.88	-6.99	-2.77	-4.76	26	0.000
Selbstbeurteilung Angehörige t2	-3.37	-5.68	-1.06	-3.04	20	0.006
Fremdbeurteilung Angehörige t2	3.61	0.40	6.82	2.36	18	0.030
Selbstbeurteilung Angehörige t3	-4.93	-7.88	-1.98	-3.57	15	0.003
Fremdbeurteilung Angehörige t3	3.95	0.22	7.69	2.27	14	0.039
Soziale Potenz						
Testwert = 19.35						
Selbstbeurteilung Direktbetroffener t1	-2.02	-4.02	-0.02	-2.05	32	0.048
Fremdbeurteilung Direktbetroffener t1	-3.82	-5.50	-2.14	-4.65	29	0.000
Fremdbeurteilung Direktbetroffener t2	-4.44	-6.09	-2.78	-5.56	22	0.000
Selbstbeurteilung Angehörige t1	-4.20	-6.14	-2.27	-4.47	26	0.000
Fremdbeurteilung Angehörige t1	-3.89	-6.09	-1.69	-3.66	23	0.001
Selbstbeurteilung Angehörige t2	-2.54	-4.61	-0.47	-2.56	20	0.019
Selbstbeurteilung Angehörige t3	-3.16	-6.30	-0.02	-2.15	15	0.048

Bemerkung: Testwert = Mittelwert der Normstichprobe (Normwerte der Standardskalen in der Standardstichprobe ($N = 1546$). Beckmann et al. (1991, S. 119). t1 = 1. Messzeitpunkt; t2 = 2. Messzeitpunkt; t3 = 3. Messzeitpunkt; *M* = Mittelwert der Differenz; *CI* = Konfidenzintervall; UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze; *T* = T-Wert; *df* = Freiheitsgrade; *p* = Signifikanz (2-Seitig). Signifikante Werte sind fett geschrieben.

7.2.3 Differenzen von Einzelbildern

Bei dieser Untersuchung geht es um die Überprüfung der folgenden Nullhypothese:

H₀: Die Selbst- und Fremdbild-Wahrnehmungsdifferenzen der Direktbetroffenen bzw. nahen Personen zeigen keine oder nur zufällige Auffälligkeiten.

Differenz der Selbstbilder und der Fremdbilder (sd – sa und fa – fd).

Die Ergebnisse der Differenzen der Selbstbilder der Direktbetroffenen minus der Selbstbilder der Angehörigen anhand der Mittelwerte (T-Werte) zeigen, dass in allen Skalen pro Messzeitpunkt sehr unterschiedliche Werte bestehen (Tabelle 11). Bei der ‚Sozialen Resonanz‘ sind die beiden Selbstbilder bei t1 ungefähr gleich, der Unterschied beträgt weniger als einen T-Wert und auch die Standardabweichung ist vernachlässigbar. Dies ändert sich um durchschnittlich 4 T-Werte pro Messzeitpunkt. Die Angehörigen schätzen ihre Soziale Resonanz deutlich höher ein wie die Direktbetroffenen. Bei der Skala ‚Grundstimmung‘ sind die Werte vor allem in t1 sehr unterschiedlich. Hier schätzen die Angehörigen ihre Werte deutlich höher ein als die Direktbetroffenen. Hohe Werte bedeuten eine stärker wahrgenommene Depressivität. Bei t2 und t3 gleichen sich die Bilder an. Die Angehörigen sind aber immer noch tendenziell etwas höher in ihrer Einschätzung bezüglich Grundstimmung als die Direktbetroffenen. In der Skala ‚Durchlässigkeit‘ zeigt sich ebenfalls eine Veränderung der Werte von t1 bis zu t3. Zu beachten ist, dass ein hoher Wert in der Skala ‚Durchlässigkeit‘ eine geringe Durchlässigkeit bedeutet. Das heisst, dass sich die Direktbetroffenen grundsätzlich verschlossener einschätzen, als dies die Angehörigen tun. Die Differenz ist in dieser Skala stark zunehmend. Die Skala ‚Soziale Potenz‘ zeigt keinen linearen Verlauf in der Differenzentwicklung. Hier bestehen bei t1 eine relativ hohe Differenz, welche in t2 praktisch aufgehoben ist und in t3 wieder zunimmt. Dabei zeigen die Direktbetroffenen durchwegs die höheren Werte. Je höher die Werte in dieser Skala sind, desto höher ist die Einschätzung, sozial impotent zu sein. Nachfolgende Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse für diese Differenzwerte im Detail:

Tabelle 11:

Differenzen zwischen Selbstbild Direktbetroffene und Selbstbild Angehörige (T-Werte).

	t1		t2		t3	
	M	SD	M	SD	M	SD
Soziale Resonanz	0.46	-0.57	-4.93	-0.79	-8.95	1.28
Grundstimmung	-6.35	1.53	-2.14	-1.90	-1.71	-2.65
Durchlässigkeit	3.96	0.95	5.30	2.17	11.81	0.75
Soziale Potenz	4.20	1.45	0.87	1.62	6.25	-2.09

Bemerkung: Es wurde das Selbstbild des Direktbetroffenen minus das Selbstbild der Angehörigen gerechnet.

In der folgenden Tabelle 12 werden die Fremdbilder der Angehörigen mit den Fremdbildern der Direktbetroffenen verglichen. Die meisten Ergebnisse zeigen hier wenige Differenzen. Die Angehörigen schätzen ihre Direktbetroffenen ungefähr ähnlich ein, wie umgekehrt. Es gibt aber einige bemerkenswerte Ergebnisse. So zeigt die Skala ‚Soziale Resonanz‘ bei t3 eine sehr grosse Differenz. Die Angehörigen schätzen die Direktbetroffenen

deutlich positiver sozial resonant ein, als dies die Direktbetroffenen über die Angehörigen tun. Die Grundstimmung wird von beiden Gruppen etwa gleich fremdbeurteilt. Grosse Unterschiede bestehen in der Fremdbeurteilung der Durchlässigkeit. Die Angehörigen schätzen ihre Direktbetroffenen verschlossener ein als dies die Direktbetroffenen von den Angehörigen einschätzen. Im Vergleich der Fremdeinschätzungen zeigt auch die Skala der sozialen Potenz, dass die Angehörigen bei t2 eine höhere Einschätzung über die Direktbetroffenen abgeben, als die Direktbetroffenen bei den Angehörigen wahrnehmen. Bei t3 reduziert sich diese Differenz wieder.

Tabelle 12:

Differenzen zwischen Fremdbild Angehörige und Fremdbild Direktbetroffene (T-Werte).

	t1		t2		t3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Soziale Resonanz	-1.56	-0.19	2.50	-2.07	10.46	-0.28
Grundstimmung	0.75	2.12	0.44	2.92	0.90	1.63
Durchlässigkeit	6.34	5.65	11.56	1.48	8.77	5.08
Soziale Potenz	-0.14	1.38	6.64	3.49	3.13	2.02

Bemerkung: Es wurde das Fremdbild der Angehörigen minus das Fremdbild der Direktbetroffenen gerechnet.

Werden nun diese Differenzwerte der unterschiedlichen Zeitpunkte miteinander korreliert, ergeben sich zum Teil hochsignifikante Ergebnisse (Tabelle 13). Dabei gilt: Je kleiner der Unterschied zwischen den beiden Differenzwerten ist, desto höher fällt die Korrelation aus. Es zeigt sich, dass in der Skala ‚Durchlässigkeit‘ durchgehend die höchsten Korrelationen zu verzeichnen sind. Das heisst, dass die Differenzen der Selbsteinschätzungen und der Fremdeinschätzungen in allen drei Zeitpunkten etwa gleich gross sind. Eine Veränderung der Differenz zeigt sich in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ beim Vergleich der Fremdeinschätzungen. Hier scheint die Differenz zwischen t1 und t2 signifikant abzunehmen. Eine hoch signifikante Abnahme ergibt sich beim Vergleich der Selbstbilder in der Skala ‚Grundstimmung‘ bei der Korrelation von t2 mit t3. Dafür wird die Differenz beim Vergleich der Fremdbilder in der Skala der ‚Sozialen Potenz‘ grösser. Die einzelnen Werte finden sich in der nun folgenden Tabelle 13:

Tabelle 13:

Differenz der Selbstbilder und der Fremdbilder (sd – sa und fa – fd).

Skalen	sd-sa			fa-fd		
	A	B	C	A	B	C
Soziale Resonanz	.22	.39	.33	.29	.64*	.32
Grundstimmung	.34	.13	.62**	.53*	.31*	.50*
Durchlässigkeit	.65**	.67**	.75**	.57**	.74**	.66**
Soziale Potenz	.18	.35	.36	.53*	.43	.31

Bemerkung: sd-sa = Selbstbild Direktbetroffene minus Selbstbild Angehörige; fa-fd = Fremdbild Angehörige minus Fremdbild Direktbetroffene; A = Korrelation von t1 mit t2; B = Korrelation von t1 mit t3; C = Korrelation von t2 mit t3; * Die Korrelation ist auf dem 0.05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Differenz von Selbstbild und Bild über den Partner (sd – fd und sa – fa).

In der nächsten Tabelle 14 werden die Differenzen der Selbstbilder und Fremdbilder der Direktbetroffenen verglichen. Die Direktbetroffenen beurteilen in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ ihre Angehörigen bei t1 und t2 als sozial resonanter als sich selbst. Bei t3 beurteilten sie sich selbst als sozial resonanter als ihre Angehörigen. In der Skala ‚Grundstimmung‘ nahmen sie ihre Angehörigen als depressiver wahr als sich selbst. Diese Differenz nimmt bei t3 etwas ab. Die Skala ‚Durchlässigkeit‘ zeigt eine zunehmende positive Differenz. D.h., dass die Direktbetroffenen sich als verschlossener erleben als die Angehörigen. Diese Zurückhaltung im Kontaktverhalten nimmt nach Einschätzung der Direktbetroffenen bei jedem Messzeitpunkt zu. Ungefähr gleich wird die Differenz bei der Skala ‚Soziale Potenz‘ eingeschätzt. Auch hier bewerten sich die Direktbetroffenen höher als die Angehörigen. Dies bedeutet, dass sich die Direktbetroffenen als sozial impotenter erleben. Tabelle 14 zeigt diese Differenzen der einzelnen Skalen:

Tabelle 14:

Differenz Selbstbild Direktbetroffene und Fremdbild der Direktbetroffenen über die Angehörigen (T-Werte).

	t1		t2		t3	
	M	SD	M	SD	M	SD
Soziale Resonanz	-5.07	-2.31	-3.57	-3.88	2.91	-0.07
Grundstimmung	-5.14	4.41	-5.16	4.29	-2.09	1.51
Durchlässigkeit	2.28	-0.63	4.42	0.84	4.74	3.69
Soziale Potenz	3.46	2.20	4.52	3.00	3.59	1.33

Bemerkung: Es wurde das Selbstbild der Direktbetroffenen minus das Fremdbild der Direktbetroffenen gerechnet.

Werden nun die Werte der Angehörigen beurteilt, so ergibt sich teilweise ein ähnliches Bild bzw. ein gegenteiliges Bild zur obigen Auswertung (Tabelle 15). In der Skala ‚Soziale Re-

sonanz' erleben sie ihre Direktbetroffenen ebenfalls in t1 und t2 als sozial resonanter als sich selbst. Die Differenz ist aber weniger deutlich, als sie sich bei den Direktbetroffenen präsentiert. Laut Brähler (1993) wird der Partner häufig in emotionalen Beziehungen als attraktiver wahrgenommen, was viele Stichproben zeigen konnten (Brähler, 1993, S. 26). Die Skala ‚Grundstimmung‘ zeigt zu Beginn eine geringe positive Differenz. Die Angehörigen erleben sich also ebenfalls als leicht depressiver als die Direktbetroffenen. Hier zeigt sich ab t2 und t3 ein Widerspruch zu der Einschätzung der Direktbetroffenen: Auch die Angehörigen erleben zu diesen zwei Zeitpunkten ihre Direktbetroffenen depressiver, als sie sich selbst einschätzen. Die Differenz ist allerdings weniger ausgeprägt als bei den Direktbetroffenen, die ihre Angehörigen als deutlich depressiver einschätzten als sich selbst. Die Skala ‚Durchlässigkeit‘ bestätigt das Ergebnis der Einschätzung der Direktbetroffenen. Die Angehörigen sehen sich selbst noch deutlicher als aufgeschlossener, als sie schon von den Direktbetroffenen eingeschätzt wurden. Auch in der Skala ‚Soziale Potenz‘ scheinen sich die beiden Gruppen in ihrer Einschätzung tendenziell einig zu sein. Hier sehen sich die Angehörigen als geselliger und unbefangener wie ihre Direktbetroffenen. Diese Einschätzung wird auch von den Direktbetroffenen so geteilt (vgl. Tabelle 15). Die Werte der Angehörigen finden sich nachstehend in Tabelle 15:

Tabelle 15:

Differenz Selbstbild Angehörige und Fremdbild der Angehörigen über die Direktbetroffenen (T-Werte).

	t1		t2		t3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Soziale Resonanz	-3.98	-1.54	-1.14	-1.02	1.40	-1.06
Grundstimmung	0.46	0.76	-3.46	3.27	-1.27	2.54
Durchlässigkeit	-8.01	-7.24	-12.44	-2.81	-15.83	-2.15
Soziale Potenz	-0.60	-0.63	-3.00	-2.10	-5.79	1.41

Bemerkung: Es wurde das Selbstbild der Angehörigen minus das Fremdbild der Angehörigen gerechnet.

In der nachfolgenden Tabelle 16 werden die Differenzwerte zu den unterschiedlichen Zeitpunkten miteinander korreliert. Es zeigt sich bei den Angehörigen in den meisten Werten eine sehr hohe Korrelation, die darauf hinweist, dass die Gruppe in ihren Differenzwerten ziemlich einheitlich urteilt. Bei den Direktbetroffenen sind mit Ausnahme der Skala ‚Durchlässigkeit‘ nur vereinzelte Werte signifikant korreliert. Die Differenzwerte unterscheiden sich also deutlich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten und scheinen z.T. gross zu sein:

Tabelle 16:

Differenz von Selbstbild und Bild über den Partner (sd – fd und sa – fa).

Skalen	sd-fd			sa-fa		
	A	B	C	A	B	C
Soziale Resonanz	.04	.44*	-.07	.52*	.56*	.58**
Grundstimmung	.17	.08	.46*	.28	.43	.48*
Durchlässigkeit	.36*	.66**	.48*	.70**	.51*	.75**
Soziale Potenz	.24	.23	.54*	.62**	.57*	.63**

Bemerkung: sd-fd = Selbstbild Direktbetroffene minus Fremdbild Direktbetroffene; sa-fa = Selbstbild Angehörige minus Fremdbild Angehörige; A = Korrelation von t1 mit t2; B = Korrelation von t1 mit t3; C = Korrelation von t2 mit t3; * Die Korrelation ist auf dem 0.05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Differenz von Selbstbild und Einschätzung durch den Partner (sd – fa und sa – fd).

In der nachfolgenden Untersuchung geht es darum, das Selbstbild mit der Einschätzung durch den Partner zu vergleichen. Es interessiert, ob der Partner die sich einschätzende Person genau so sieht, wie diese sich selbst. In Tabelle 17 werden die Selbstbilder der Direktbetroffenen mit den Einschätzungen durch die Angehörigen verglichen. Es zeigt sich, dass die Einschätzungen in allen Skalen unterschiedlich sind. Die Angehörigen schätzen die Direktbetroffenen meistens höher ein, als diese sich selbst. Ausnahme bildet die Skala ‚Soziale Potenz‘. Hier schätzen die Direktbetroffenen ihre soziale Potenz höher ein, als dies die Angehörigen tun. Sie schätzen die Direktbetroffenen als anziehender (SR), depressiver (GS), verschlossener (DU) phantasiereicher und unbefangener (SP) ein, als diese sich selbst:

Tabelle 17:

Differenz Selbstbild Direktbetroffene und Einschätzung durch Angehörige (T-Werte).

	t1		t2		t3	
	M	SD	M	SD	M	SD
Soziale Resonanz	-3.51	-2.11	-6.07	-1.82	-7.55	0.21
Grundstimmung	-5.88	2.29	-5.60	1.37	-2.98	-0.12
Durchlässigkeit	-4.06	-6.28	-7.14	-0.64	-4.03	-1.40
Soziale Potenz	3.61	0.82	-2.13	-0.49	0.46	-0.68

Bemerkung: Es wurde das Selbstbild der Direktbetroffenen minus das Fremdbild der Angehörigen gerechnet.

Im Vergleich der Selbstbeurteilung der Angehörigen und der Einschätzung durch die Direktbetroffenen (Tabelle 18) lässt sich ebenfalls feststellen, dass sich die Angehörigen weniger sozial resonant einschätzen als sie durch die Direktbetroffenen beurteilt werden. Bei der Skala ‚Grundstimmung‘ ist die Einschätzung bei t1 und t3 nahezu gleich. Eine Abwei-

chung um 1 beim T-Wert entspricht einem Zehntel der Standardabweichung und ist daher vernachlässigbar. Bei t2 scheint der Beurteilungsunterschied grösser zu sein. Die Direktbetroffenen empfinden die Angehörigen als depressiver, als sie selbst es sehen. Ein auffälliger Unterschied ergibt sich bei der Durchlässigkeit in t3. Hier schätzen sich die Angehörigen selbst als deutlich offener ein, als dies die Direktbetroffenen tun. Die Selbsteinschätzung bei der ‚Sozialen Potenz‘ nimmt bei den Angehörigen zum dritten Messzeitpunkt ab. Dies sehen die Direktbetroffenen in ihren Urteilen über die Angehörigen gerade gegenteilig. Sie empfinden eine Zunahme an sozialer Potenz bei den Angehörigen, was die zuerst positive und in t3 negative Differenz erklärt:

Tabelle 18:

Differenz Selbstbild Angehörige und Einschätzung durch Direktbetroffene (T-Werte).

	t1		t2		t3	
	M	SD	M	SD	M	SD
Soziale Resonanz	-5.53	-1.74	1.36	-3.09	11.86	-1.35
Grundstimmung	1.21	2.88	-3.01	6.19	-0.37	4.17
Durchlässigkeit	-1.67	-1.59	-0.88	-1.34	-7.07	2.93
Soziale Potenz	-0.74	0.75	3.65	1.39	-2.66	3.43

Bemerkung: Es wurde das Selbstbild der Angehörigen minus das Fremdbild der Direktbetroffenen gerechnet.

Die Korrelationen zeigen wenig signifikante Ergebnisse bei der Selbstbeurteilung der Direktbetroffenen und der entsprechenden Fremdbeurteilung durch die Angehörigen (Tabelle 19). Es scheint, dass die beiden Urteile von Zeitpunkt zu Zeitpunkt sehr unterschiedlich ausfallen. Umgekehrt zeigen sich bei der Selbstbeurteilung der Angehörigen und der dazugehörigen Fremdbeurteilung durch die Direktbetroffenen mehrere hochsignifikante Korrelationen. Offensichtlich gleichen sich die Einschätzungen hier deutlicher an:

Tabelle 19:

Differenz von Selbstbild und Einschätzung durch den Partner (sd – fa und sa – fd).

Skalen	sd-fa			sa-fd		
	A	B	C	A	B	C
Soziale Resonanz	.36	.59*	.36	.27	.73**	.56**
Grundstimmung	.21	-.34	.27	.35	.39	.57**
Durchlässigkeit	.38	.46	.43*	.34	.67**	.44*
Soziale Potenz	.20	-.10	.34	.03	.19	.05

Bemerkung: sd-fa = Selbstbild Direktbetroffene minus Fremdbild Angehörige; sa-fd = Selbstbild Angehörige minus Fremdbild Direktbetroffene; A = Korrelation von t1 mit t2; B = Korrelation von t1 mit t3; C = Korrelation von t2 mit t3; * Die Korrelation ist auf dem 0.05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

7.2.4 Faktorenanalyse, auffällige Items GT

In diesem Abschnitt soll die folgende Nullhypothese geprüft werden:

H₀: Die Faktoranalyse zeigt bei Direktbetroffenen bzw. nahen Personen keine spezifischen Merkmalkombinationen auf.

Für diese Analyse wurde eine varimax rotierte Hauptkomponentenanalyse mit Kaiser-Normalisierung gemacht. Werte, die mit mehr als 0.6 auf einen Faktor laden, wurden einbezogen. Tiefere Werte wurden wegen der kleinen Stichprobe nur in den Vergleichsgruppen dargestellt, auch wenn sie auf den gleichen Faktor geladen haben. Es wurde jeweils pro Gruppe und Messzeitpunkt vier Faktoren miteinbezogen und die entsprechende Erklärung der Gesamtvarianz ausgewiesen.

7.2.5 Merkmalkombinationen beim GT Direktbetroffene

Bei der ersten Erhebung ($N = 68$) erklären die ersten vier Faktoren 46.23% der Gesamtvarianz. Bei der zweiten Erhebung ($N = 38$) sind es 57.77% und bei der dritten Erhebung ($N = 27$) werden von den ersten vier Faktoren 58.69% der Gesamtvarianz erklärt.

Faktor 1

Bei den Direktbetroffenen laden bei der ersten Erhebung nur drei Variablen mit >0.6 auf den ersten Faktor. Bei t2 und t3 sind es jeweils fünf unterschiedliche Variablen, die $>.6$ auf den Faktor laden. Es lassen sich folgende Faktoren bilden:

Faktor 1 bei t2 → Kontaktverhalten:

- Ich glaube, ich lege kaum Wert darauf, schön auszusehen. (Soziale Resonanz 6. Frage, $r = -.76$).
- Ich habe den Eindruck, dass andere mit meiner Arbeitsleistung im Allgemeinen eher unzufrieden sind. (Soziale Resonanz 4. Frage, $r = -.76$).
- Ich schätze, es gelingt mir eher schwer, mich beliebt zu machen. (Soziale Resonanz 2. Frage, $r = -.70$).
- Ich glaube, ich meide Geselligkeit. (Soziale Potenz 1. Frage, $r = .68$).
- Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe wenig erlebnisfähig. (Durchlässigkeit 6. Frage, $r = .66$).

Faktor 1 bei t3: → Kontaktverhalten/Emotionaler Ausdruck.

- Ich habe den Eindruck, ich gehe eher schwer aus mir heraus. (Durchlässigkeit 1. Frage, $r = .91$).

- Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen; Grundstimmung 5. Frage, $r = .80$).
- Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe. (Durchlässigkeit 3. Frage, $r = .74$).
- Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen. (Soziale Resonanz 5. Frage, $r = -.73$).
- Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders wenig Vertrauen. (Durchlässigkeit 5. Frage, $r = .69$).

Es fällt auf, dass bei t2 vor allem Fragen der sozialen Resonanz wichtig sind, bei t3 eher solche aus der Skala ‚Durchlässigkeit‘. Dennoch scheint das Thema beim ersten Faktor zu beiden Zeitpunkten in Richtung Kontaktverhalten zu gehen.

Faktor 2:

Auf Faktor 2 laden in t1 und t2 je vier Variablen mit $>.6$. Diese sind jedoch unterschiedlich und werden daher separat dargestellt:

Faktor 2 bei t1: → Aggressionsrichtung.

- Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen. (Soziale Resonanz, 5. Frage, $r = -.69$).
- Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen. (Grundstimmung, 5. Frage, $r = .68$).
- Ich schätze, es gelingt mir eher schwer, mich beliebt zu machen. (Soziale Resonanz, 2. Frage, $r = -.62$).
- Ich denke, ich mache mir immer Selbstvorwürfe. (Grundstimmung, 4. Frage, $r = .62$).

Faktor 2 bei t2: → Verslossenheit.

- Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe. (Durchlässigkeit, 4. Frage, $r = .84$).
- Ich habe den Eindruck, ich gebe im Allgemeinen sehr wenig von mir preis. (Durchlässigkeit, 3. Frage, $r = .83$).
- Ich halte mich für besonders ängstlich. (Grundstimmung, 3. Frage, $r = .68$).
- Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders wenig Vertrauen. (Durchlässigkeit, 5. Frage, $r = .62$).

Faktor 3

Beim Faktor 3 laden nur zum dritten Messzeitpunkt genügend Variablen auf diesen Faktor. Bei t1 und t2 sind die Ladungen für die vorliegende Stichprobengröße zu klein, um interpretiert werden zu können.

Faktor 3 bei t3: → Kontaktverhalten.

- Ich glaube, ich lege kaum Wert darauf, schön auszusehen. (Soziale Resonanz, 6. Frage, $r = -.84$).
- Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe. (Durchlässigkeit, 4. Frage, $r = .78$).
- Ich glaube, ich meide Geselligkeit. (Soziale Potenz, 1. Frage, $r = .63$).
- Ich habe den Eindruck, ich bin kaum daran interessiert, andere zu übertreffen. (Soziale Potenz, 4. Frage, $r = .62$).

Faktor 4 weist zu keinem Zeitpunkt eine eindeutige Anzahl an Variablen auf, die mit >0.6 auf diesen Faktor laden. Auf eine Darstellung wird deshalb hier verzichtet.

Die Zusammenstellung der Ergebnisse der Faktorenanalyse findet sich in Anhang J (Tabelle 32).

7.2.6 Merkmalkombinationen beim GT nahe Bezugspersonen

Bei der ersten Erhebung ($N = 29$) werden durch die ersten vier Faktoren 51.83% der Gesamtvarianz erklärt. Bei der zweiten Erhebung ($N = 22$) sind es 57.95% und bei der dritten Erhebung ($N = 17$) sind es 67.27% der Gesamtvarianz, die mit den ersten vier Faktoren erklärt werden.

Faktor 1

Bei der ersten Erhebung luden nur 3 Variablen >0.6 auf Faktor 1. Hingegen laden bei t2 und t3 vier oder mehr Variablen auf denselben Faktor mit >0.6 , sodass eine Zuordnung gemacht werden kann. Dabei zeigt sich, dass drei Variablen (Überbegriffe durch Autorin) in beiden Erhebungen auf Faktor 1 laden. Es sind dies die folgenden Variablen:

- „Nähe-Distanz“ mit $r = .93$ in t2 und $r = .65$ in t3. (Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern – sehr nahe; Durchlässigkeit 5. Frage).
- „Selbstwert“ mit $r = -.90$ in t2 und $r = -.92$ in t3. (Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, dass man mich für minderwertig – für wertvoll hält; Soziale Resonanz 3. Frage).
- „Durchsetzungsvermögen“ mit $r = -.64$ in t2 und $r = -.69$. (Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht – eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen; Soziale Resonanz 5. Frage).

Die restlichen Variablen, die in t2 bzw. t3 auf Faktor 1 sind unterschiedlich und werden hier nicht detailliert aufgeführt.

Faktor 2 bis 4

Auf die Faktoren 2 bis 4 laden jeweils nur zwei bis drei Variablen mit >0.6 . Auf Grund der kleinen Stichprobe kann hiermit keine gesicherte Zuordnung vorgenommen werden. Es müssten mindestens vier Variablen auf einen Faktor mit >0.6 laden. Deshalb soll auf die Darstellung hier verzichtet werden.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse finden sich im Anhang K (Tabelle 33).

7.2.7 Mixed-Effects-Model

Der letzten Fragestellung liegt die Hypothese zu Grunde:

H: Über die Veränderungen in den Skalen des GT im zeitlichen Verlauf lässt sich mutmassen, dass die Direktbetroffenen die nahen Personen zu Beginn stärker positiv beeinflussen. Der weitere Verlauf zeigt, dass bei t_2 die stärkere positive Beeinflussung von den nahen Personen ausgeht. Beim dritten Messzeitpunkt sind keine gegenseitigen Beeinflussungen mehr fest zu stellen.

In diese Auswertung wurden alle 110 Probanden einbezogen. Diese Zahl setzt sich aus allen Teilnehmern der Untersuchung zusammen, unabhängig davon, ob sie eine oder mehrere Befragung ausgefüllt haben. Die Residuen der Skalenwerte sind normalverteilt und somit stellen sich in der Interpretation keine Einschränkungen.

Tabelle 20 zeigt auf, dass der Konstante Term für alle Skalen signifikant ist. Bei der Skala ‚Soziale Resonanz‘ sind zudem die Faktoren Zeit, Rolle und die Interaktion zwischen Zeit und Rolle signifikant. Bei der Skala ‚Grundstimmung‘ haben der Faktor ‚Perspektive‘ sowie die Interaktion zwischen Rolle und Perspektive einen signifikanten Einfluss. Bei der Skala ‚Durchlässigkeit‘ sind sowohl Zeit und Perspektive als auch die Interaktion zwischen Rolle und Perspektive signifikant. In der Skala ‚Soziale Potenz‘ ist nur die Interaktion zwischen Rolle und Perspektive signifikant.

Tabelle 20:*Ergebnisse der festen Faktoren.*

Quelle	Soziale Resonanz		Grundstimmung		Durchlässigkeit		Soziale Potenz	
	<i>F-Wert</i>	<i>p</i>	<i>F-Wert</i>	<i>p</i>	<i>F-Wert</i>	<i>p</i>	<i>F-Wert</i>	<i>p</i>
Konstanter Term	3547.2	.000	1964.3	.000	1194.0	.000	1185.7	.000
Zeit	8.7	.000	1.4	.251	5.0	.008	2.4	.096
Perspektive	1.4	.230	6.4	.012	10.3	.001	.8	.368
Perspektive * Zeit	2.5	.083	1.6	.210	.1	.925	.03	.969
Rolle	5.3	.027	3.0	.093	.7	.414	.02	.901
Rolle * Zeit	6.1	.003	.7	.508	1.5	.219	2.6	.077
Rolle * Perspektive	1.5	.217	4.5	.035	37.3	.000	13.6	.000

Bemerkung: p = Signifikanz. Signifikante Werte sind fett gedruckt.

Werden nun die einzelnen Randmittel der signifikanten Faktoren betrachtet, ergibt sich in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ über die Zeit eine signifikante Abnahme der Mittelwerte. Diese verringern sich von $x = 32.6$ beim ersten Messzeitpunkt zu $x = 29.9$ beim dritten Messzeitpunkt. Bei der Rolle zeigt sich ein Unterschied von $x = 30.6$ bei den Direktbetroffenen zu $x = 32.3$ bei den Angehörigen. Wird die Interaktion von Rolle*Zeit näher betrachtet, zeigt sich bei den Direktbetroffenen eine starke Abnahme der Mittelwerte, bei den Angehörigen hingegen bleiben die Werte etwa gleich (vgl. Tabelle 34 in Anhang L).

In der Skala ‚Grundstimmung‘ zeigt der Faktor ‚Perspektive‘ in der Selbstbeurteilung einen Mittelwert von $x = 23.1$ und in der Fremdbeurteilung einen Mittelwert von $x = 24.4$. Diese beiden Werte unterscheiden sich signifikant. Die Interaktion zwischen Rolle und Perspektive zeigt, dass sich die Direktbetroffenen deutlich tiefer einschätzen ($x = 22.0$) als sie dies bei der Fremdbeurteilung tun ($x = 24.3$). Die Angehörigen beurteilen sich selbst und die Direktbetroffenen nahezu gleich (vgl. Tabelle 35 in Anhang L).

Die Skala ‚Durchlässigkeit‘ zeigt in der gesamten Gruppe eine signifikante Zunahme der Mittelwerte von $x = 18.6$ beim ersten Messzeitpunkt zu $x = 21.3$ beim dritten Messzeitpunkt. Dabei ist die Selbstbeurteilung mit $x = 18.9$ deutlich tiefer als diejenige der Fremdbeurteilung mit $x = 21.0$. Die Interaktion zwischen Rolle und Perspektive ist hochsignifikant und zeigt, dass die Direktbetroffenen deutlich anders urteilen als die Angehörigen. Die Direktbetroffenen schätzen die Angehörigen deutlich offener ein als sich selbst ($x = 20.5$ in der Selbstbeurteilung und $x = 18.8$ in der Fremdbeurteilung). Die Angehörigen hingegen schätzen die Direktbetroffenen noch verschlossener ein, als diese es ohnehin schon tun. Sie weisen in der Fremdbeurteilung einen Mittelwert von $x = 23.3$ gegenüber einem Mittelwert in der Selbstbeurteilung von $x = 17.4$ auf (vgl. Tabelle 36 in Anhang M).

In der Skala ‚Soziale Potenz‘ ist nur die Interaktion der Rolle mit der Perspektive signifikant. Wobei hier anzumerken ist, dass die Werte von Selbst- und Fremdbildern übereinstimmen und somit nur die reinen Zahlen einen signifikanten Unterschied aufweisen. Inhaltlich ist diese Signifikanz damit nicht zu werten (vgl. Tabelle 37 in Anhang M).

Der Faktor Zeit hat in den Skalen ‚Soziale Resonanz‘ und ‚Durchlässigkeit‘ einen signifikanten Einfluss. In der Interaktion wird dieser Faktor nur mit der Rolle bei der Skala ‚Soziale Resonanz‘ signifikant. Die Interaktion zwischen Zeit und Perspektive wird in keiner Skala signifikant (vgl. Tabelle 20).

8 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die psychosozialen Beziehungen nach einer Querschnittslähmung zu untersuchen. Dabei wurden sowohl die Direktbetroffenen selbst als auch von ihnen bestimmte nahe Bezugspersonen befragt. Die psychosozialen Beziehungen wurden im Rahmen einer Längsschnittstudie der Dres. Peter und Yvonne Lude-Sigrist mit Hilfe des Giessen-Tests erhoben und nun in dieser Arbeit ausgewertet.

Viele Forschungsarbeiten im Bereich der Querschnittslähmung befassen sich mit Copingstrategien der Direktbetroffenen und damit, wie sie ihre Lebensumstände beurteilen. Nur wenige Arbeiten setzen sich mit der Situation der Angehörigen auseinander. Beziehungen zwischen diesen beiden Gruppen wurden noch kaum untersucht. Diese Arbeit versucht deshalb, Aspekte von psychosozialen Beziehungen nach einer Querschnittslähmung darzustellen.

Bei der Untersuchung von psychosozialen Beziehungen müssen viele Faktoren berücksichtigt werden. Neben intraindividuellen Voraussetzungen spielen u.a. der Kontext, die Beziehungsdauer und -qualität sowie Copingstrategien eine Rolle. Es versteht sich von selbst, dass der Versuch, psychosoziale Beziehungen darzustellen daher einerseits sehr komplex ist und andererseits immer unvollständig bleibt. Es wäre schlicht unmöglich, sämtliche Aspekte zu berücksichtigen. Diese Arbeit rückt ausgewählte Aspekte von Beziehungen in den Brennpunkt, kann aber die vielfältigen Aspekte von Beziehungen nie vollständig abbilden. Die gewonnenen Hinweise eröffnen dennoch Einblicke in die psychosozialen Beziehungen und ihre Veränderungen durch eine Querschnittslähmung für Direktbetroffene und ihre Angehörigen.

8.1 Beantwortung der Fragestellungen

Die folgende Diskussion verfolgt das Ziel, die erhaltenen Ergebnisse zu bündeln und die dieser Arbeit zu Grunde liegenden Fragestellungen zu beantworten. Dabei werden in Kapi-

tel 8.1.1 bis 8.1.5 die Hypothesen einzeln beantwortet und in Kapitel 8.2 die Hauptkenntnisse und weitere Ergebnisse der Studie dargestellt. Kapitel 8.3 befasst sich schliesslich mit den Abgrenzungen der Studie und vermittelt einen Ausblick auf offen gebliebene Fragen, die im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten zu beantworten wären.

8.1.1 Beantwortung der Fragestellung 1

Die Ergebnisse aus dem Vergleich der beiden Gruppen (Direktbetroffene und Angehörige) zeigen, dass sich die beiden Gruppen nur in zwei Skalen beim dritten Messzeitpunkt signifikant unterscheiden. Sie weichen in den Skalen ‚soziale Resonanz‘ und ‚Durchlässigkeit‘ deutlich voneinander ab. Bei den anderen Messzeitpunkten und Skalen zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Die erwartete Hypothese, dass sich die beiden Gruppen unterscheiden, kann nicht bestätigt werden. Ausnahme bilden die Skalen ‚Soziale Resonanz in t3‘ und ‚Durchlässigkeit in t3‘. Auf diese Differenz soll in der Folge näher eingegangen werden:

Die Skala ‚Soziale Resonanz‘ unterscheidet zwischen positiv sozial resonant (anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen interessiert; entspricht hohen Werten) und negativ sozial resonant (unattraktiv, unbeliebt, missachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen desinteressiert; entspricht tiefen Werten).

Die Direktbetroffenen schätzen sich ein halbes Jahr nach Klinikaustritt in dieser Skala deutlich tiefer ein als die Angehörigen. Das Erleben von sozialer Resonanz hat stark mit Bewertungen zu tun. Gemäss Sturm (1979, zit. in Lude 2010) bewirkt das Erleben der stark veränderten Körperlichkeit eine psychische Anpassung, die u.a. mit Wahrnehmung, Bewerten und Werten zu tun hat. Dieser psychische Vorgang wirkt sich darauf aus, wie sozial resonant sich jemand fühlt.

Querschnittgelähmte können sich auf Grund äusserer Faktoren als sozial nicht resonant erleben. Dabei könnte der Faktor Missachtung eine Rolle spielen. Häufig lässt sich in der Gesellschaft beobachten, dass Fussgänger nicht wissen, wie sie auf Querschnittgelähmte reagieren sollen, und ihnen deshalb ausweichen. Dies könnte die tiefe Einschätzung beim dritten Messzeitpunkt erklären. Diese Werte stehen im Gegensatz zu t2, die höher ausfallen. Beim zweiten Messzeitpunkt schliessen die Direktbetroffenen ihre Rehabilitation ab und befinden sich noch in einem Umfeld (Paraplegikerzentrum), in welchem sie vollständig akzeptiert und wertgeschätzt werden. Sie erleben diese Akzeptanz im Alltag ausserhalb des Zentrums vermutlich meistens nur in ihrem nahen Umfeld.

Ein weiterer, in diesem Zusammenhang relevanter Aspekt bilden die gesellschaftlichen Normen, die die Leistungsfähigkeit Einzelner als Kriterium für Attraktivität auffasst. Dieser Umstand hat wiederum Einfluss auf die Bewertung und somit auf die Einschätzung der

sozialen Resonanz. Diese Normen könnten mit ein Grund sein, weshalb sich die Direktbetroffenen in der Sozialen Resonanz tiefer einschätzen.

Buck et al. (1993) führen als Folge einer Querschnittlähmung das Erleben von Scham gegenüber Drittpersonen auf, da diese Hilfestellungen übernehmen müssen. Solche Schamgefühle könnten die Beurteilung der ‚Sozialen Resonanz‘ ebenfalls beeinflussen.

In diesem Zusammenhang sind Überlegungen zum Airbag-Modell (Lude & Lude, 2002) interessant. Dieses geht davon aus, dass bei einer Querschnittlähmung innere Ressourcen mobilisiert werden können, die die Stressverarbeitung beeinflussen. Möglicherweise zeigt sich dieser Effekt in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ weniger deutlich, weil es sich hier um ein stark normativ geprägtes Konstrukt handelt, das vermutlich erst mit der Zeit durch innere Überlegungen verändert wird. Somit fehlt bei t3 ein sichtbarer Einfluss dieser Ressourcen auf die Bewertung der eigenen sozialen Resonanz. Es könnte aber auch mit der Patientenrolle zu tun haben, die ein stark normiertes Verhalten bewirkt. Das könnte auch der Grund sein, weshalb der Airbag-Effekt nach aussen nicht sichtbar wird. Direktbetroffene hüten sich, solche sensiblen Reaktionen nach aussen zu zeigen, denn sie werden erstens oft nicht verstanden und erscheinen somit als komisch und zweitens entsprechen diese Reaktionen nicht den Erwartungen der Experten. Der soziale Druck, wie man sich verhalten soll, ist gerade in einem Paraplegikerzentrum sehr gross (besonders aufgrund der Abhängigkeit betreffend Selbstständigkeit usw.).

Es gilt auch anzumerken, dass die Werte dieser Skala bei den Direktbetroffenen höher ausfallen als bei der Normstichprobe. Ihnen stehen signifikant höhere Werte bei den Angehörigen gegenüber, welche die Unterscheidung der beiden Gruppen erklärt. Diese hohen Werte bei den Angehörigen lassen sich allenfalls damit erklären, dass sie sich als selbstwirksam erleben, wenn sie es schaffen, all jene Anforderungen zu erfüllen, mit denen sie sich durch die Querschnittlähmung konfrontiert sehen. Hypothetisch könnte auch davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen sich eine hohe soziale Resonanz zuschreiben müssen, um angesichts der vielen Aufgaben, die auf sie warten, den Mut nicht zu verlieren.

Die Skala ‚Durchlässigkeit‘ unterscheidet zwischen durchlässig (aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig, intensiv in der Liebe erlebnisfähig; entspricht tiefen Werten) und retentiv (verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurückhaltend, eher misstrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig; entspricht hohen Werten).

In dieser Skala zeigt sich, dass die Angehörigen bei allen drei Messzeitpunkten tiefere Werte aufweisen als die Direktbetroffenen. Diese Werte könnten dadurch erklärt werden, dass sich die Angehörigen ihren Partnern oder Partnerinnen nach der Querschnittlähmung enger

verbunden fühlen. Durch die emotionale Erschütterung werden sie offener. Angehörige haben leichter Zugang zum sozialen Umfeld als es in der Regel die Direktbetroffenen haben. Dies erleichtert es ihnen, sich mit anderen Menschen auszutauschen und durch die Offenheit Unterstützung zu erfahren. Gemäss Banse (2000) stellen Emotionen ein soziales Phänomen dar (Banse, in Otto, 2000). Somit lässt sich schliessen, dass die Durchlässigkeit grösser wird, wenn sich ein Mensch emotional verstanden und gut aufgehoben fühlt.

Die Direktbetroffenen, im Gegensatz, werden im Verlauf eher zurückhaltender, d.h. sie weisen in dieser Skala höhere Werte als die Angehörigen auf. Dies lässt sich möglicherweise damit erklären, dass es für die Direktbetroffenen schwieriger wird, ihre Bedürfnisse nach Liebe offen zu zeigen. Aus diesen gegensätzlichen Werten ergibt sich daher in t3 eine signifikante Unterscheidung dieser beiden Gruppen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob grössere Zurückhaltung als Copingstrategie aufgefasst werden kann. Gemäss Livneh et al. (2006) kann Leugnung sowohl als Abwehr als auch als Copingstrategie dienen. Dieselbe Begründung liesse sich auch für die Offenheit bzw. Verschlussenheit annehmen. Ein Direktbetroffener kann sich einerseits mit grösserer Verschlussenheit davor schützen, in seinen Hoffnungen ständig enttäuscht zu werden. Andererseits kann es ein Schutz vor der Reaktion anderer sein, zum Beispiel jener der Experten. Sie bestimmen mit ihren Ansichten das Leben des Direktbetroffenen wesentlich mit. Es stellt sich aber auch die Frage, wann die grössere Verschlussenheit hilfreich ist und ob sie allenfalls nicht kontraproduktiv wirkt, weil die Einsamkeit zunimmt. Dies wiederum würde das Erleben der sozialen Resonanz beeinflussen.

Bei diesen Überlegungen ist ausserdem zu beachten, dass die Entwickler des GT eine Verknüpfung dieser Skala ‚Durchlässigkeit‘ mit dem Stufenmodell nach Erikson (1976) postulieren. Die Stufen Vertrauen versus Misstrauen und Autonomie versus Scham und Zweifel bilden die Grundlage für diese Skala. Beide Punkte werden durch eine Querschnittlähmung beeinflusst. So wird ein Direktbetroffener u.U. in seinem Selbstvertrauen erschüttert, was ihn unsicherer machen kann. Er kann sich gleichzeitig gegenüber der Umwelt aber nur noch wenig Misstrauen erlauben, da er von ihr abhängig und auf sie angewiesen ist. Auch ist zu Beginn der Querschnittlähmung die Autonomie durch die Behinderung oft eingeschränkt. Aus diesen Gründen muss der Direktbetroffene mit der Zeit eine grössere Eigenständigkeit erwerben. Dies kann in persönliches Wachstum münden.

8.1.2 Beantwortung der Fragestellung 2

Der Vergleich der vorliegenden Stichprobe mit der Normstichprobe ergibt meistens signifikante Unterschiede. Vor allem die Gruppe der Angehörigen weist signifikante Unterschiede gegenüber der Norm auf. Um die Hypothese 2 beantworten zu können, muss also weiter

differenziert werden. Die Hypothese soll daher für die Direktbetroffenen und die Angehörigen getrennt beantwortet werden.

Die Direktbetroffenen weisen in den Skalen ‚Soziale Resonanz t1‘, ‚Durchlässigkeit t1‘ und ‚Soziale Potenz t1‘ signifikante Unterschiede zur Normstichprobe auf. Die ‚Grundstimmung‘ unterscheidet sich nur in der Fremdbeurteilung durch die Angehörigen bei t2 und t3 signifikant von der Normstichprobe. Die Hypothese lässt sich also folgendermassen beantworten: Die Gruppe der Direktbetroffenen unterscheidet sich zum Zeitpunkt t1 in drei von vier Skalen signifikant von der Normstichprobe. Bei der zweiten und dritten Untersuchung weicht sie nicht mehr von der Norm ab. Somit kann die erwartete Hypothese, dass sich die Direktbetroffenen signifikant von der Norm unterscheiden, nur für t1 angenommen werden. Für t2 und t3 hingegen muss sie verworfen werden.

Dieses Ergebnis widerspricht der in der Gesellschaft oft vertretenen Annahme, dass eine Querschnittlähmung zu einer grundlegenden Veränderung der Persönlichkeit führt und einen Menschen psychisch völlig verwandelt und unselbständig zurück lässt. Menschen mit einer Querschnittlähmung unterscheiden sich in ihren psychosozialen Beziehungen nicht von Menschen ohne diese. Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme, die tägliche Körperpflege und auch die Mobilität können durch die Querschnittlähmung erschwert werden. Die inneren Fähigkeit, beispielsweise zu denken und das Bedürfnis nach psychosozialen Beziehungen, verändern sich dadurch nicht. Sie werden u.U. lediglich bewusster wahrgenommen.

Die Angehörigen weisen in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ zu allen drei Messzeitpunkten sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung signifikante Unterschiede zur Normstichprobe auf. Bei der Skala ‚Grundstimmung‘ weist nur die Fremdbeurteilung bei t2 und t3 auf einen signifikanten Unterschied hin. Es könnte sein, dass die Angehörigen tatsächlich bedrückter sind, wenn sie die Zeit gemeinsam mit dem Direktbetroffenen gestalten, als wenn sie Zeit ohne den Direktbetroffenen verbringen (was viel häufiger der Fall ist). In der gemeinsamen Zeit haben sie sein Schicksal wirklich vor Augen und können sich nicht so unbefangen verhalten, wie wenn sie sich alleine durch die Welt beziehungsweise den Alltag bewegen (in der restlichen Zeit ohne Direktbetroffene und ausserhalb der Klinik).

In der Skala ‚Durchlässigkeit‘ unterscheiden sich die Angehörigen zu allen drei Messzeitpunkten signifikant von der Normstichprobe. Ihre Werte sind viel tiefer. Dies wird durch die Fremdbeurteilung bestätigt. Auch die Skala ‚Soziale Potenz‘ hebt sich signifikant von der Normstichprobe ab. Diese Werte fallen ebenfalls tiefer aus. Die Direktbetroffenen bestätigen die Selbsteinschätzung der Angehörigen in t1 und t2. Die Hypothese, wonach sich die Gruppe der Angehörigen signifikant von der Normstichprobe unterscheidet, kann somit

für die drei Skalen ‚Soziale Resonanz‘, ‚Durchlässigkeit‘ und ‚Soziale Potenz‘ angenommen werden. Für die Skala ‚Grundstimmung‘ muss sie verworfen werden.

Diese Resultate zeigen ebenfalls, dass die Möglichkeit, psychosoziale Beziehungen aufzunehmen unabhängig von einer körperlichen Beeinträchtigung verstanden werden muss. Obwohl die Angehörigen körperlich unversehrt sind, weichen ihre Ergebnisse deutlich von der Norm ab.

Der Schluss liegt nahe, dass die Querschnittlähmung auf die Angehörigen einen weit größeren Einfluss hat als auf die Direktbetroffenen selbst. Diese Auffassung wird auch durch die Arbeit von Lude Y. (2002) gestützt, die bei den Angehörigen ebenfalls deutlich höhere Belastungswerte als bei den Direktbetroffenen feststellt. Dieses Ergebnis erstaunt dennoch, wird in der Literatur doch häufig darauf hingewiesen, wie schwerwiegend die Verarbeitung einer Querschnittlähmung für die Direktbetroffenen sei (z.B. Buck et al., 1996; Livneh & Martz, 2005; Palmer et al., 2008). Die Resultate der vorliegenden Studie bestätigen diesen Gedanken für t1. Danach beurteilen sich die Direktbetroffenen ähnlich wie die Probanden der Normstichprobe. Die Angehörigen hingegen bleiben über alle drei Messzeitpunkt deutlich belasteter als die Norm. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Folgen der Querschnittlähmung den Körper der Direktbetroffenen nachhaltig beeinflussen; das Verständnis ihrer eigenen Person ist dadurch aber mehrheitlich nicht betroffen. Dies wiederum würde die These des Airbag-Modells (Lude & Lude, 2002) stützen, die der inneren Verarbeitungsmöglichkeit der Direktbetroffenen eine hohe Ressourcenmobilisierung zuschreibt. So könnten die Werte der Direktbetroffenen in t2 und t3 darauf hinweisen, dass diese Annahme auch für die Einschätzung in den GT-Skalen zutrifft. Diese Argumentation wiederum würden die signifikanten Unterschiede der Angehörigen gegenüber Norm erklären. Bei ihnen zeigte sich in der Untersuchung von Lude und Lude (2002) ebenfalls, dass die Airbag-Annahme nicht zutrifft. Sie können also in geringerem Umfang auf zusätzlich mobilisierte innere Ressourcen zur Verarbeitung der Situation durch die Querschnittlähmung zählen. Oder es gelingt ihnen nicht, überdurchschnittliche Ressourcen zu mobilisieren, da sie nicht unmittelbar in ihrem Leben bedroht wurden. Bei ihnen steht der Verlust im Vordergrund. Somit unterscheiden sie sich gegenüber der Normstichprobe deutlich.

8.1.3 Beantwortung der Fragestellung 3

Die Differenzwerte sind bei den meisten Vergleichen gross. Ausnahme bilden die Differenzen der Selbstbilder der Direktbetroffenen gegenüber den Selbstbildern der Angehörigen in den Skalen ‚Soziale Resonanz t1‘ und ‚Soziale Potenz t2‘. Beim Vergleich der beiden Fremdbilder zeigen alle Skalen der ‚Grundstimmung‘ nur geringe Differenzen. Ebenfalls klein ist die Differenz der Skala ‚Soziale Potenz t1‘.

Bei der Differenz der Selbstbilder der Angehörigen und der Fremdbilder der Angehörigen sind nur die Skalen ‚Grundstimmung t1‘ und ‚Soziale Potenz t1‘ ähnlich. Die restlichen Werte unterscheiden sich deutlich.

Die Differenzen der Selbstbilder der Direktbetroffenen und Fremdbilder der Angehörigen zeigen in der Skala ‚Soziale Potenz t3‘ Ähnlichkeiten. Die restlichen Differenzwerte sind hoch.

Die Differenzen der Selbstbilder der Angehörigen und der Fremdbilder der Direktbetroffenen weisen in den Skalen ‚Soziale Potenz t1‘ und ‚Durchlässigkeit t2‘ ähnliche Werte auf. Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Hypothese verworfen werden muss, wonach sich die Differenzen nicht oder nur zufällig unterscheiden. Für die Skala ‚Grundstimmung‘ beim Vergleich der Fremdbilder kann sie angenommen werden.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen kein einheitliches Muster der Differenzen auf. Die Dynamik der psychosozialen Beziehung scheint in der Zeit nach einer Querschnittlähmung gross zu sein und ist deshalb unvorhersehbaren Veränderungen unterworfen. Sie weisen darauf hin, dass nicht von starren Rollenzuschreibungen ausgegangen werden kann. Die Positionen verändern sich; dies lässt darauf schliessen, dass sich die Beteiligten selbst immer wieder an die neue Situation anpassen. Allerdings lässt sich eine Tendenz beobachten, dass die Differenzen mit der Zeit zunehmen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich die Mitglieder der einzelnen Gruppen der Wahrnehmung ihres Selbst bewusster werden und weniger Eigenes auf die jeweils andere Gruppe projizieren. Dies könnte eine Chance für eine klarere eigene Positionierung und ehrliche psychosoziale Beziehung darstellen. Laut Brähler & Beckmann (1993) weisen gesunde Paare grosse Differenzen bei den einzelnen Vergleichen auf. In der Skala ‚Grundstimmung‘ ist dies nicht der Fall. Hier scheint es hilfreich zu sein, wenn die Differenz der Selbst- und Fremdeinschätzung nicht allzu gross ist. Auf die Beziehung zwischen Direktbetroffenen und Angehörigen übertragen zeigen die vorliegenden Daten, dass die Beziehung in neuer Qualität gestaltet und gelebt werden kann. Dies stützt auch die Aussage von Lude Y. (2002). Sie unterstreicht in ihrer Arbeit, dass es sowohl die Eigenständigkeit von beiden Partnern braucht als auch ihre Verbundenheit miteinander. Damit sei eine gute gemeinsame Lebensqualität, eine befriedigende Kommunikation und gegenseitiger Respekt möglich. Die Ergebnisse der Differenzen lassen den Schluss zu, dass sich die Paare bezüglich Grundstimmung verbunden fühlen und bezüglich der anderen Skalen eigene Positionen vertreten. Es wäre daher von Interesse, diese Ergebnisse hinsichtlich der Paarzufriedenheit zu überprüfen. Lude Y. (2002) hat in ihrer Arbeit festgestellt, dass nach einer Querschnittlähmung ein gemeinsames Wachstum beginnt. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht abschliessend, da persönliches Wachstum eher langsam fortschreitet und nur in einer Langzeitstudie erfasst werden kann (Lude Y., 2002, S. 185). Dieser Aspekt könnte zusätzlich zum oben genannten Kriterium der Paarzufriedenheit in eine weitere Forschungsarbeit einfließen.

Petzold (1998 in van der Kolk, 2000) hebt die Bedeutung des eigenen Selbst auf die Fremdbeurteilung hervor. Die Fremdbeurteilung lässt sich nicht begreifen, solange die Identität des urteilenden Selbst nicht verstanden wird. Hausmann (2003) merkt an, dass das Selbstbild durch eine Notsituation erheblich erschüttert werden kann. Somit hat diese Veränderung ihrerseits wieder Auswirkungen auf die Fremdeinschätzung. Diese Wechselwirkung bedingt vermutlich einen Teil der grossen Veränderungen in Selbst- und Fremdbild im Lauf der Zeit. Wie die ersten beiden Auswertungen (Hypothese 1 und 2) gezeigt haben, sind die Angehörigen scheinbar stärker verunsichert. Es könnte also zu einer noch stärkeren Verzerrung kommen, als sie bei Paaren gewöhnlich beobachtet wird. Brähler & Beckmann (1993) berichten, dass wichtige Andere in der Regel höher eingeschätzt werden, als dies aufgrund von objektiven Kriterien gerechtfertigt wäre. Diese Tendenz könnte durch die Querschnittlähmung noch verstärkt werden. Somit wäre die hohe Einschätzung und die daraus entstehende Differenz unter Umständen wiederum als Copingstrategie zu verstehen; Angehörige und Direktbetroffene zielen dadurch darauf ab, besser mit den an sie gestellten Anforderungen zurecht zu kommen. Wird jemand oder Etwas als lohnenswertes Ziel eingestuft, so werden die hohen Anforderungen eher in Kauf genommen bzw. können besser akzeptiert werden.

8.1.4 Beantwortung der Fragestellung 4

Die Hypothese, dass sich keine spezifischen Merkmalkombinationen für die beiden Gruppen ergeben, kann verworfen werden. Bei den Direktbetroffenen lassen sich diverse Faktoren abbilden, die in die Bereiche Kontaktverhalten, emotionaler Ausdruck, Aggressionsrichtung und Verschlussenheit gehören.

Die Angehörigen zeigen Faktoren, in denen es um die Frage der Nähe und Distanz, des Selbstwerts und des Durchsetzungsvermögens geht.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind vor allem für die psychotherapeutische Arbeit mit Direktbetroffenen und ihren Angehörigen von Interesse.

Es scheint für die Direktbetroffenen wichtig zu sein, dass sie in ihrem Kontaktverhalten, ihrem emotionalen Ausdruck, dem Umgang mit Aggressionen und auch bezüglich Offenheit bzw. Verschlussenheit Unterstützung erfahren. Diese Bereiche sind auch auf Grund der Literatur mit Unsicherheiten behaftet (Heinemann, 2005; Krause, 1998; Buck et al. 1993). Es gibt keine allgemein richtigen und somit anzustrebenden Verhaltensweisen (z.B. möglichst viele Kontakte, grösstmögliche Offenheit). Vielmehr ist es wichtig, die Situation individuell zu beurteilen und die für den Direktbetroffenen bestmögliche momentane Verhaltensweise zu erarbeiten.

Bei der Arbeit mit den Angehörigen ist ihr Umgang mit Nähe und Distanz von Bedeutung. Auch scheint ihr Selbstwert in Frage gestellt zu sein. Es fällt ihnen vermutlich oft schwer,

angesichts der belastenden Situation des Direktbetroffenen eigene Bedürfnisse geltend zu machen (Palmer et al., 2008). Somit könnte es für Angehörige ebenfalls hilfreich sein, sich mit Fachpersonen mit diesen Themen auseinander zu setzen.

Beide Gruppen zeigen mit diesen Faktoren auf, dass die Beziehungsebene neu definiert werden muss. Dies stellten auch Buck et al. (1996) fest. Es geht um das Finden eines neuen Selbstverständnisses, welches gruppenspezifische Schwerpunkte aufweist. Livneh et al. (2005) weisen darauf hin, dass eine erfolgreiche psychosoziale Anpassung die Anerkennung und Internalisierung der Tatsache voraussetzt, dass die Folgen einer Querschnittlähmung veränderte Bedingungen mit sich bringen. Erst wenn dieser Schritt gelingt, ist es möglich, die Beziehungsebene neu zu erleben und sich mit den eigenen Schwerpunkten auseinander zu setzen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass sich beide Gruppen mit dieser Tatsache auseinander setzen. Offenbar sind die Unsicherheiten bezüglich der oben genannten Aspekte für viele Personen in der jeweiligen Gruppe relevant.

8.1.5 Beantwortung der Fragestellung 5

Die Beantwortung dieser Hypothese gestaltet sich komplex. Es sind zwar Veränderungen über die Zeit zu beobachten. Sie entsprechen allerdings nicht der formulierten Hypothese, wonach diese Veränderungen auf eine gegenseitige Beeinflussung schliessen lassen. Somit muss diese Hypothese falsifiziert werden. Möglicherweise liesse sich mit einem anderen Messmittel eine Beeinflussung nachweisen. Dennoch ergeben sich einige interessante Ergebnisse:

Der Faktor ‚Zeit‘ wirkt sich auf die Skalen ‚Soziale Resonanz‘ und ‚Durchlässigkeit‘ signifikant aus. In der Skala ‚Soziale Resonanz‘ ist dies darauf zurück zu führen, dass die Werte in der Gesamtgruppe deutlich abnehmen. Dabei schätzen sich die Direktbetroffenen weniger sozial resonant ein als dies die Angehörigen tun. Somit könnte der erste Wert die soziale Resonanz erfassen, die der Direktbetroffene in der Erinnerung mit der Zeit vor der Querschnittlähmung in Verbindung bringt. Nach dem Eintritt der Querschnittlähmung kommen neue Erfahrungen dazu. Sie führen dazu, dass sich v.a. die Direktbetroffenen als zunehmend weniger sozial resonant erfahren. Möglicherweise lässt sich dies aber auch damit erklären, dass sich der Patient zuerst durch Offenheit und Dankbarkeit „in sein neues Leben“ retten möchte, seine Lage später aufgrund der Patientenrolle aber anders einschätzt. Hier stellt sich auch die Frage, welchen Einfluss die Gesellschaft auf dieses Erleben hat. Es spielt dabei eine Rolle, wie die Gesellschaft soziale Resonanz definiert und ob neben äusserer Attraktivität auch innere Werte dazu gezählt werden.

Die Werte in der Skala ‚Durchlässigkeit‘ nehmen zu. Diese Zunahme ist vor allem den Direktbetroffenen zuzuschreiben. Sie schätzen sich beim dritten Messzeitpunkt deutlich verschlossener ein als zu Beginn der Untersuchung.

Werden für diese beiden Skalen noch die Interaktionen analysiert, zeigt sich, dass die Rolle mit der Zeit signifikant interagiert. Dies wird auch durch die übrigen Resultate der Studie gestützt. Es ist ein Unterschied, ob die ‚Soziale Resonanz‘ aus der Sicht der Direktbetroffenen oder aus der Sicht der Angehörigen beurteilt wird. Bei der Skala ‚Durchlässigkeit‘ hingegen ist diese Interaktion (Rolle*Zeit) nicht signifikant. Dagegen ist in dieser Skala die Interaktion Rolle*Perspektive hochsignifikant. Es zeigt sich, dass sich die beiden Urteilenden tendenziell einig sind. Die Angehörigen und Direktbetroffenen nehmen in Bezug auf die Durchlässigkeit ähnliche Einschätzungen vor. Bei der Fremdbeurteilung werden diese Einschätzungen sogar noch verstärkt wahrgenommen. Dies bedeutet, dass die Angehörigen die Direktbetroffenen als noch verschlossener beurteilen als diese sich selbst. Umgekehrt beurteilen die Direktbetroffenen die Angehörigen als noch offener als diese sich selbst.

Dieses Ergebnis kann folgendermassen interpretiert werden: Argyle (1990) weist darauf hin, dass Beziehungen von den sozialen Fertigkeiten der beteiligten Partner abhängen. Ein Merkmal sozialer Fertigkeit ist die Art, wie sich Menschen begegnen. Durch die Abhängigkeit aufgrund der Querschnittlähmung hat sich aber für die Direktbetroffenen die Möglichkeit der Kontaktaufnahme stark verändert; dies kann Verunsicherung auslösen. Es ist möglich, dass sich dadurch die Direktbetroffenen selbst eher zu tief einschätzen und die Angehörigen eher zu hoch. Somit ist denkbar, dass dieses Ergebnis nicht die wirkliche Veränderung bzw. Einflussnahme abbildet, sondern eher Ausdruck dieser Verunsicherung oder der veränderten Situation ist. Die neuen Wertmassstäbe müssen sozusagen erst noch entstehen und neue Sicherheit vermitteln.

Die Zunahme der Werte in der Skala ‚Durchlässigkeit‘ könnte darauf hinweisen, dass die Direktbetroffenen eine Copingstrategie verfolgen, die angesichts ihrer Lebensumstände sinnvoll ist. Für die Angehörigen ist es dagegen sinnvoll, ihre auffallend grosse Offenheit zu belassen; dies würde ihre unverändert tiefen Werte erklären. Somit wird auch diese Interaktion von anderen Faktoren als der gegenseitigen Beeinflussung geprägt. Es geht eher um einen sinnvollen Umgang mit der Situation. Da diese für die Direktbetroffenen und Angehörigen unterschiedlich ausfällt, ist es auch nachvollziehbar, dass die Entwicklung eher auf diese unterschiedlichen Kontextbedingungen zurück zu führen ist als auf die hypothetisch angenommene Beeinflussung.

Die Interaktion zwischen der Rolle und der Perspektive wirkt sich deutlich stärker aus als die Zeit. Die Kombination dieser beiden Aspekte zeigt signifikante Ergebnisse in den Skalen ‚Grundstimmung‘, ‚Durchlässigkeit‘ und ‚Soziale Potenz‘.

Bei der Skala ‚Grundstimmung‘ zeigt sich, dass die Direktbetroffenen die Angehörigen als depressiver einschätzen als dies die Angehörigen selbst tun. Dies könnte unter Umständen

auch ein Ausdruck von Projektion sein. Die eigene Trauer kann nicht wahrgenommen werden, weil dies zu bedrohlich ist; sie wird daher umso stärker beim Partner vermutet. Dieser psychoanalytischen Interpretation kann die These des Airbag-Modells entgegen gehalten werden (Lude P., 2002; Lude Y., 2002), wonach die Direktbetroffenen unmittelbar nach dem Unfall dauerhaft erhöhte Ressourcen mobilisieren und dadurch mit der Trauer anders umgehen können. Interessant ist, dass die Angehörigen sowohl in der Selbst- als auch Fremdbeurteilung ähnliche Werte aufweisen. Dies kann damit zusammenhängen, dass Projektionen in umgekehrter Richtung weniger stark ausgeprägt sind. Den Angehörigen fällt eine Identifikation mit dem Partner schwerer, da sich der Direktbetroffene in einer klar wahrnehmbaren Ausnahmesituation befindet. Es lässt sich allenfalls aber auch damit begründen, dass es den Angehörigen in der Tat schlechter geht, wie die Mittelwerte der Ergebnisse zeigen.

Die Skala ‚Durchlässigkeit‘ zeigt ebenfalls, dass die Perspektive zusammen mit der Rolle einen starken Einfluss darauf hat, wie durchlässig jemand wahrgenommen wird. Hier wird deutlich, dass die eigene Position immer auch die Beurteilung der Position des Gegenübers mitprägt (vgl. Abbildung 1). Die eigenen Ich-Prozesse bestimmen gemäss van der Kolk et al. (2000) mit, wie die Prozesse beim Gegenüber wahrgenommen werden können. Daher kann es auch zu diskrepanten Einschätzungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Durchlässigkeit kommen. In diese Überlegungen spielen aber auch die oben genannten Aspekte hinein, wonach die grössere Verslossenheit bei den Direktbetroffenen bzw. die grössere Offenheit der Angehörigen als Coping-Strategie aufgefasst werden kann. Dies zeigt auf, dass die grössere Verslossenheit dem Direktbetroffenen dabei hilft, sein eigenes Ich zu bewahren und dadurch die Situation besser zu bewältigen. Umgekehrt scheint es für die Angehörigen hilfreich zu sein, über ihr Erleben zu sprechen und zusammen mit anderen Menschen Fragen offen anzugehen. Dadurch erfahren sie Unterstützung in der Bewältigung der Situation. Dies könnte sowohl die Perspektive als auch die Rolle beeinflussen.

Die Skala ‚Soziale Potenz‘ zeigt ebenfalls eine signifikante Interaktion zwischen Rolle und Perspektive. Dazu wurde allerdings bereits bei den Ergebnissen angemerkt, dass dies eine eher theoretische Interaktion darstellt. Die Fremd- und Selbstbilder stimmen überein. Dies kann von SPSS jedoch nicht erkannt werden.

Insgesamt spielen für alle drei Skalen folgende Überlegungen eine Rolle: Gemäss Palmer et al. (2008) halten die Betroffenen (hier: Angehörige und Direktbetroffene) u.U. einen grossen Teil ihrer Bedürfnisse zurück, um das neu herzustellende Gleichgewicht in der Paarbeziehung nicht zu gefährden und/oder den Partner nicht zu belasten (Palmer et al., 2008). Dies kann auch mit der Unsicherheit verbunden sein, wer in der Beziehung welche Rolle innehat. Daraus ergibt sich, dass die Perspektive und die Rolle einen grösseren Einfluss darauf ausüben, wie sich jemand selbst bzw. seinen Partner einschätzt. Denn eine Positionierung durch das Gegenüber fällt vorsichtiger aus.

8.2 Hauptkenntnisse und weitere Ergebnisse der Studie

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie präsentieren sich komplex. Dies erklärt sich einerseits aus dem Thema „psychosoziale Beziehungen“ an und für sich. Andererseits sehen sich Paare nach einer Querschnittlähmung mit veränderten Situationen konfrontiert. Sie müssen im Lauf der Zeit Anpassungen in verschiedenen Bereichen vornehmen: Da diese Prozesse bei Direktbetroffenen und nahen Angehörigen nicht parallel ablaufen, gestaltet sich die Auswertung besonders vielschichtig.

Auf der einen Seite sind die nicht erfassten Einflüsse aus den kontextuellen Bedingungen wichtig. Die Resultate zeigen eine deutliche Veränderung von t2 zu t3. Dies lässt auf einen Einfluss durch die Umgebung schliessen, da zwischen diesen beiden Zeitpunkten der Austritt aus dem geschützten Rahmen der Rehabilitationsklinik erfolgt. Dies dürfte darauf hinweisen, dass es u.a. durch die baulichen Barrieren zu grossen Einschränkungen kommt, die die Integration der Direktbetroffenen behindern. Ausserdem kann das Ausmass der Folgen der Querschnittlähmung auf die Rolle und die Behinderung erst im Alltag vollständig erfasst werden. Die ganze Wucht der Behinderung zeigt sich erst nach der Entlassung aus der Klinik in allen Bereichen. Lude P., Kennedy P., Elfström ML. and Ballert CS (2011) konnten zeigen, dass das erste Jahr nach der Entlassung insbesondere für Tetraplegiker das härteste ist. Es ist also sowohl die Querschnittlähmung an sich, die den Direktbetroffenen behindert, als auch die gesellschaftlichen Strukturen (*handicap*). Andere Studien kommen zu demselben Ergebnis. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse aus dem χ^2 -Test gestützt. Hier zeigt sich ebenfalls, dass sich die querschnittgelähmte Person unabhängig von ihrer Behinderung erlebt. Es ist aber davon auszugehen, dass zwischen Tetraplegikern und Paraplegikern ein Unterschied in dieser Einschätzung besteht.

Auf der anderen Seite stehen die Interaktionen zwischen den Direktbetroffenen und ihren Angehörigen. Diese wurden mit Hilfe von Korrelationen in Kapitel 7.1.3 deskriptiv dargestellt. Sie zeigen, dass die Rollenpositionen nur in der Selbsteinschätzung von t2 unabhängig sind. Zu diesem Zeitpunkt entsprechen die Rollenpositionen offenbar am ehesten derjenigen von Ehepaaren, die nicht von einer Querschnittlähmung betroffen sind. Bei den anderen beiden Messzeitpunkten ist nur bei der Skala ‚Soziale Potenz‘ Unabhängigkeit gegeben. Die anderen Skalen präsentieren sich unterschiedlich, wobei die Rollen in der Skala ‚Durchlässigkeit‘ komplementär dargestellt werden, die Rollenposition in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ hingegen symmetrisch wahrgenommen wird. Diese Rollenpositionen werden zu allen Zeitpunkten bestätigt. Werden diese Interaktionen unter dem Aspekt der Projektion untersucht, zeigt sich, dass in der Skala ‚Soziale Resonanz‘ eine hohe positive Projektion besteht. Dies ist auch bei Paaren der Fall, die nicht von einer Querschnittlähmung betroffen sind. Allerdings wirkt es sich hier nicht derart stark aus. Es stellt sich die

Frage, ob diese hohe positive Projektion als Ressourcenmobilisierung verstanden werden kann, die das Selbstwertgefühl zu stabilisieren vermag. Dafür würde auch sprechen, dass sich die Direktbetroffenen im Bereich der Grundstimmung eher komplementär einschätzen und ihre Gefühle nicht auf die Angehörigen projizieren. Umgekehrt geschieht dies aber. Dies könnte als Selbstschutz der Direktbetroffenen und Angehörigen interpretiert werden. Werden die hohen Korrelationen als Copingstrategie verstanden, widersprechen sie der Auffassung von Behringer et al. (1982), wonach hohe Korrelationen in jegliche Richtung als Störung in der Partnerschaft anzusehen sind. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Interaktionen zwischen Direktbetroffenen und Angehörigen nicht dem Muster bei unbelasteten Paaren entspricht. Dieser Erkenntnis spricht gegen die These der Verdrängung und unterstützt die Annahme einer adäquaten Wahrnehmung der Situation durch die Betroffenen. Ob dies im vorliegenden Zusammenhang eine pathologische oder ressourcenorientierte Anpassung darstellt, wäre in weiteren Untersuchungen zu klären.

Interessant ist, dass sich die Angehörigen konstant als stark belastet einschätzen. Sie zeigen hohe Werte in der Grundstimmung, nehmen sich also durchwegs als depressiver wahr. Dieser Befund ist konsistent mit den anderen Befunden aus dieser Studie (Lude P., 2002, Lude Y., 2002). Er stützt die These, wonach die Angehörigen stärker belastet sind als die Direktbetroffenen. Da mit dem GT keine Beeinflussung nachweisbar ist, lässt sich daraus ableiten, dass die Angehörigen tatsächlich fachliche Unterstützung nötig hätten. Den Direktbetroffenen gelingt es zumindest in diesem Stadium nicht, ihre Angehörigen nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Eine weitere Erkenntnis der vorliegenden Studie besteht darin, dass sich die Direktbetroffenen anders präsentieren, als es von aussen zu erwarten wäre. Sie zeigen sich zwar bei der Kontaktaufnahme verunsichert, stufen sich aber durchwegs als weniger depressiv ein, als es die Diagnose Querschnittlähmung erwarten liesse. Ebenfalls weisen sie tiefere Werte in der sozialen Potenz auf, als sie in der Normstichprobe auftreten. Tiefere Werte in dieser Skala bedeuten, dass sich jemand als gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu Dauerbindung und phantasiereich einschätzt. Dies könnte eine weitere Bestätigung der ‚Airbag-These‘ von Lude und Lude (2002) darstellen. Dieser Umstand spricht im Weiteren für das Auseinanderklaffen der Innensicht gegenüber der Aussensicht. Die geforderte Rolle und das verlangte Verhalten entsprechen nicht dem inneren Erleben.

Aus den Ergebnissen ist auch ersichtlich, dass die Veränderungen in der Gruppe der Direktbetroffenen grösser ausfallen als diejenigen der Angehörigen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es den Direktbetroffenen eher gelingt, sich an die veränderten Bedingungen anzupassen. Dabei erfahren sie grosse Unterstützung durch das Umfeld: Die Rehabili-

tation findet eigentlich nur mit den Direktbetroffenen statt, sie werden permanent versorgt und trainiert. Somit sind sie in einer aktiven Rolle. Die Angehörigen bleiben in ihrer Hilflosigkeit auf sich selbst gestellt. Sie sitzen zu Hause und grübeln und bekommen von Außen keine Hilfestellung. Somit finden sie sich in einer passiven Rolle. Es fällt ihnen schwerer, sich eine Entwicklung zuzugestehen, in der sie ihre Bedürfnisse ins Zentrum stellen und nicht einfach nur überleben bzw. funktionieren. Diese Ergebnisse lassen sich vor dem Hintergrund dieses Umstandes erklären.

Bei sämtlichen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass sich die Probanden so einschätzen, wie sie sich selbst sehen oder sehen möchten bzw. wie sie bei der Fremdeinschätzung den Partner sehen möchten.

8.3 Abgrenzung der Studie und Ausblick

Da die der Untersuchung zugrunde liegenden Daten im Rahmen einer Längsschnittstudie erhoben wurden, sind viele drop outs zu verzeichnen, was auch in der Literatur beschrieben wird. Dies erschwert die Interpretation teilweise. V.a. die Gruppe der Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen ist eher klein.

Da der GT stark psychoanalytisch ausgerichtet ist, ist die im Handbuch vorgegebene Auswertung auf die Abwehrformen fokussiert. Dies kommt in der vorliegenden Arbeit nur in beschränktem Umfang zum Ausdruck. Werden diese Abwehrformen im Sinne von Anna Freud aufgefasst, können sie auch hoch funktional verstanden werden. Wünschenswert wäre eine ressourcenorientierte Sichtweise, die eine Erweiterung der Erkenntnisse ermöglichen würde. Ein vergleichbares Verfahren, das Selbst- und Fremdbeurteilungen mit einbezieht, fehlt aber bislang. Deshalb wurde versucht, die Interpretation positiv zu gestalten und die Abwehr nur am Rande zu thematisieren.

Die Auswahl der Skalen wurde reduziert, damit sich die Studie innerhalb eines vertretbaren Zeitrahmens abschliessen liess. Dies erschwerte die Vergleichbarkeit mit anderen Studien, welche ihre Analysen mit allen Skalen vornahmen.

Kontextfaktoren wurden nicht mit einbezogen. Sie könnten eine erweiterte Sichtweise auf die psychosozialen Beziehungen ermöglichen. Ebenso wenig wird auf Aspekte der Bindungstheorie, des Copings und der Attributionstheorie eingegangen. Die Arbeit beschränkt sich auf Aussagen, die anhand der Resultate im Giessen Test gemacht werden können. Psychosoziale Beziehungen würden sich anhand verschiedenster Parameter beurteilen lassen. Ein wichtiger Aspekt wäre die Lebenszufriedenheit in Bezug auf die Möglichkeit, psychosoziale Beziehungen zu leben. Diese kontextuellen Bedingungen sind nicht Teil dieser Ar-

beit. In der ursprünglichen Studie (Lude P., Lude Y., 2002) wurde auch der Befindlichkeitsbogen erhoben. Eine Verknüpfung dieser Resultate wäre bestimmt von Interesse.

Trotz diesen Einschränkungen vermittelt die vorliegende Studie einen Einblick in das wichtige und interessante Gebiet der psychosozialen Beziehungen nach einer Querschnittlähmung, auf dem erst wenig gesicherte Ergebnisse vorliegen und der Forschungsbedarf gross ist.

Weiterführende Forschungsarbeiten ergäben vermutlich in folgenden Themenbereichen interessante Ergebnisse:

- Verbindung von Kontextfaktoren und deren Auswirkung auf die psychosozialen Beziehungen bei Querschnittlähmung.
- Die typische Geschlechterverteilung wurde nicht eingehend berücksichtigt. Es wäre in einer weiteren Arbeit sicher von Interesse, diesen Genderaspekten Beachtung zu schenken. Dazu wäre eine grössere Stichprobe erforderlich, da der überwiegende Teil der Querschnittgelähmten männlich und der Angehörigen weiblich ist.
- Eine zusätzliche Untersuchung könnte den Regressionen zwischen den Ergebnissen der Unterskalen im GT und Ergebnissen aus anderen erhobenen Skalen nachgehen. So wäre beispielsweise eine Verknüpfung mit der Sense of Coherence Scale von Antonovsky (SOC-Skala) mit folgender Fragestellung interessant: Bedeuten hohe Werte im SOC auch, dass sich die Person im GT positiv einschätzt, also in SR hohe Werte, in GS, DU und SP tiefe Werte aufweist?
- Im Zusammenhang mit den vorliegenden Ergebnissen wäre es interessant zu klären, ob die hohen Werte in verschiedenen Skalen bzw. Korrelationen als sinnvolle Copingstrategie interpretiert werden können oder ob von einer pathologischen Reaktion ausgegangen werden muss.
- Im Zusammenhang mit der Skala der ‚Sozialen Resonanz‘ wäre es zudem von Interesse, ob die gesellschaftlichen Normen auch über längere Zeit einen erheblich stärkeren Einfluss auf die Beantwortung zeigen oder ob sich mit der Zeit das innere Geschehen und die innere Neubewertung der Lebensqualität auf die Werte in dieser Skala auswirken.

9 Literaturverzeichnis

Alfano, DP., Neilson, PM. & Fink, MP. (1994). Sources of stress in family members following head or spinal cord injury. *Applied Neuropsychology*, 1, 57-62.

Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Heidelberg: Springer.

- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen* (DSM IV – deutsche Ausgabe). Göttingen: Hogrefe.
- Argyle, M. (1990). Soziale Beziehungen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol & GM. Stephensen (Hrsg.). *Sozialpsychologie. Lehrbuch*. (S. 233-257). Berlin: Springer.
- Averill, JR. (1991). Emotions as episodic dispositions, cognitive schemas, and transitory social roles: steps toward an integrated theory of emotion. *Perspectives in Personality*, 3, 139-167.
- Banse, R. (2000). Soziale Interaktion und Emotion. In J. H. Otto, H. A. Euler, H. Mandl (Hrsg.). *Emotionspsychologie. Ein Handbuch*. (S. 360-369). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bauer, J. (2006). *Prinzip Menschlichkeit – warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Becker, P. (1997). Giessen-Test (GT). 4., überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung 1990. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18 (1/2), 16-18.
- Beckmann, D. & Richter, HE (Herausgeber). (1979). *Erfahrungen mit dem Giessen-Test (GT)*. Bern: Huber.
- Beckmann, D., Berger, F., Leister, G. & Stephanos, S. (1976-1977). A 4-yr follow-up study of inpatient psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27(3-6), 168-178.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1991). *Der Giessen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch*. Bern: Huber.
- Beckmann, D. (1997). Replik zur Rezension des GT. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18 (1/2), 18-19.
- Boeker, H., Budischewski, K., Walesch, K. & Nikisch, G. (2000). Selbstkonzept und Elternbilder bei PatientInnen mit affektiven Störungen. Eine klinische Studie mit dem Giessen-Test. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 176-186.
- Behringer, A., Geimer, K., Brähler, E., Schmidt, O., Schüle, N. & Beckmann, D. (1982). Beziehungsstörungen bei Eltern von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 53. S. 268-278.
- Bortz, J. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7., überarb. u. aktualis. Aufl.* Berlin: Springer.
- Brähler, E. & Beckmann, D. (1981). Stability of the Giessen-Test scales. *Diagnostica*, 27(2), 110-126.
- Brähler, E. & Beckmann, D. (1984). Die Erfassung von Partnerbeurteilungen mit dem Giessen-Test. *Diagnostica*, 30(3), 184-197.
- Brähler, E. & Beckmann, D. (1993). Die Paardiagnostik mit dem Giessen-Test in Stichprobenuntersuchungen. In E. Brähler & C. Brähler (Hrsg.), *Paardiagnostik mit dem Giessen-Test* (S. 19-29). Bern: Huber.
- Brähler, E. & Brähler, C. (Hrsg.). (1993). *Paardiagnostik mit dem Giessen-Test. Handbuch*. Bern: Huber.
- Buck, M. & Beckers, D.; unter Mitarb. von Pons, C. (1993). *Rehabilitation bei Querschnittlähmung: ein multidisziplinärer Leitfaden*. Berlin [etc.]: Springer.
- Buck, M. Beckers, D. & Pons, C. (1996). *Querschnittlähmung. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen*. Berlin: Springer.
- Burns, SM., Boyd, BL, Hill, J. & Hough, S. (2010). Psychosocial predictors of employment status among men living with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55, 81-90.

- Charlifue, S. & Gerhart, K. (2004a). Changing psychosocial morbidity in people aging with spinal cord injury. *NeuroRehabilitation*, 19(1), 15-23.
- Charlifue, S. & Gerhart, K. (2004b). Community integration in spinal cord injury of long duration. *NeuroRehabilitation*, 19(2), 91-101.
- Chevalier Z, Kennedy P & Sherlock O (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord* 47, Issue 11: 778-782.
- Decker, O. & Winter, M. (2006). *Die Paardynamik bei der Lebendorganspende im Giessen-Test*. In A. Hinz & O. Decker (Hrsg.), *Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel. Altersspezifik und Geschlechterrollen* (S. 124-143). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Dell Orto, AE. [Ed] & Power, PW. [Ed]. (2007). *The psychological and social impact of illness and disability (5th ed.)*. New York: Springer Publishing.
- Dilling, Horst. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation*. Bern: Huber.
- Dorsch. (2004). Häcker, O. & Stapf, KH. (Hrsg.). *Psychologisches Wörterbuch*. 14., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Eberhard S. (2004). Statistik der stationären Behandlung bei Querschnittlähmung in der Schweiz. *Managed Care 2004*; 2, 8-11.
- Erikson, EH. (1976). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elliott, TR., Herrick, SM., Witty, TE., Godshall, F. & et al. (1992). Social relationships and psychosocial impairment of persons with spinal cord injury. *Psychology & Health*, 7, 55-67.
- Elliott, TR. & Rivera, P. (2003). Spinal cord injury. Nezu, AM. [Ed], Nezu, CM. [Ed], Geller, PA. [Ed]. *Handbook of psychology: Health psychology, Vol. 9*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, pp. 415-435.
- Elliott TR. & Kennedy P., (2004) Treatment of depression following spinal cord injury: an evidencebased review. *Rehabil Psychol* 49: 134-139.
- Exner, G. & Hoser, H. (2000). Wie alt werden Querschnittgelähmte heute? In: Zäch, GA., Gmünder, HP. & Koch, HG. (Hrsg) *Querschnitt im Längsschnitt. Erstversorgung, lebenslange Betreuung*. DMGP Nottwil, S 126-129.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. Third Edition. London: SAGE Publications Ltd.
- Franke, A. (2007). *Soziale Resonanz. Ihre Grundlagen aus verschiedenen Perspektiven*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.
- Hausmann, C. (2003). *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung: Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards*. 2., aktual. Aufl. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Heinemann, AW. & Rawal, PH. (2005). Spinal Cord Injury. Zaretsky, HH. [Ed], Richter, EF. III [Ed], Eisenberg, MG. [Ed]. *Medical aspects of disability, 3rd ed: A handbook for the rehabilitation professional*. New York, NY, US: Springer Publishing Co, pp. 611-647.
- Hell, D. (1982). *Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Eine vergleichende Studie an 103 Kranken und ihren Ehepartnern*. Berlin: Springer.

- Himmighoffen, H., Budischewski, K., Haertling, F., Hell, D. & Boeker, H. (2003). Selbstwertgefühl und Partnerbeziehungen von Patienten mit bipolaren und affektiven Störungen: Untersuchung zur Intervallpersönlichkeit mit dem Giessen-Test. *Psychiatrische Praxis*, 30, 21-32.
- Hinz, A., Stoebel-Richter, Y., Brähler, E. & Kubinger, KD. (2009). Selbst- und Fremdbild bei der Paardiagnostik mit dem Giessen-Test. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18 (2), 81-87.
- Jardine, A. (2008). Männlichkeit ist hoch riskant. *NZZ Folio Nummer 8*.
- Kennedy P. & Rogers BA. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 81, 932-937.
- Kennedy, P. & Duff, J. (2001). Post traumatic stress disorder and spinal cord injuries. Scientific Review. *Spinal Cord*, 39, 1-10.
- Kester, BL., Rothblum, ED., Lobato, D. & Milhous, RL. (1988). Spouse adjustment to spinal cord injury: Long-term medical and psychosocial factors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 32(1), 4-21.
- Krause, JS. (1998). Personality and life adjustment after spinal cord injury: An exploratory study. *Rehabilitation Psychology*, 43, 118-130.
- Kubinger, KD., Alexandrowicz, R., Punter, JF. & Brähler, E. (2003). Paardiagnostik mit dem Giessen-Test - Typische Paarprofile in der "Normal"-Bevölkerung. *Familiendynamik*, 28 (2), 219-235.
- Lessel, E. (1981). On measurement of change with the Giessen-Test in a test-retest situation. *Diagnostica*, 27(3), 227-240.
- Livneh, H. & Martz, E. (2005). Psychosocial adaptation to spinal cord injury: A dimensional perspective. *Psychological Reports*, 97, 577-586.
- Livneh, H. & Antonak, R. (2005). Psychological Adaption to Chronic Illness and Disability. A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83, 12-20. In Dell Orto, AE. [Ed] & Power, PW. [Ed]. (2007). *The psychological and social impact of illness and disability* (5th ed.). New York: Springer Publishing.
- Livneh, H., Martz, E. & Bodner, T. (2006). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13, 251-261.
- Lude, P. (2002). *Querschnittlähmung: Innensicht versus Aussensicht des Verarbeitungsprozesses bei Direktbetroffenen*. Unveröffentlichte Inauguraldissertation. Bern: Selbstverlag.
- Lude, P. (2010). Querschnittlähmung: Psychologischer Forschungsstand. *Psychotherapie Forum*, 18, 153-161.
- Lude-Sigrist P. & Lude-Sigrist Y. (2004). *Bewältigung von Querschnittlähmung bei Direktbetroffenen und Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen*. Ludwig-Guttman-Preisträger, Kurzfassung der Preisarbeiten (<http://www.dmgp.at>).
- Lude P., Kennedy P., Evans M., Lude Y. & Beedie A. (2004). Post traumatic symptoms following spinal cord injury: a comparative review of British and Swiss samples. *Spinal Cord* 43, 102-108.

- Lude P., Kennedy P., Elfström ML. & Ballert CS (2011). *FIM and Psychosocial Rehabilitation Outcomes are Weakly Related Cross-Sectionally: But FIM predicts Satisfaction with Quality of Social Support in the Long Term Perspective*. In Vorbereitung.
- Lude, Y. (2002). *Querschnittlähmung: Der Verarbeitungsprozesses bei Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen*. Unveröffentlichte Inauguraldissertation. Bern: Selbstverlag.
- Martz, E., Livneh, H., Gontkovsky, ST. & Stokic, DS. (2010). Psychosocial responses to spinal cord injury as predictors of pressure sores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(2), 203-223.
- Müller-Pozzi, H. (2002). *Psychoanalytisches Denken*. 3., erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- NZZ Folio (2008) 05 - Thema: Männer.
- Otto, JH., Euler, HA. & Mandl, H. (Hrsg.) (2000). *Emotionspsychologie. Ein Handbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Palmer, S., Kriegsman, KH., Palmer, JB. & McDonald, JW. [Col] & Sadowsky, CL. [Col]. (2008). *Spinal cord injury: A guide for living (2nd ed.)*. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.
- Quitmann, H. (1996). *Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung*. 3., und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Rieländer, M. (1995). *Aussergewöhnliche Erfahrungen verarbeiten in Beratungen zu Weltanschauungsfragen*. Frankfurt/Main, 5 Seiten, PDF-Datei, Vorlagen für ein Referat zum Umgang mit Weltanschauungsfragen.
www.psychologische-praxis.rielaender.de/Literatur/Aussergewoehnliche_Erfahrungen.pdf.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Schürch, B. (1999) Kombinierte urodynamische und neurophysiologische Diagnostik der Blasenentleerungsstörungen. Aus *Regeneration* Ausgabe 14, Frühjahr 1999. (<http://www.ifp-zh.ch/index.php?id=62>)
- Schulz, R., Czaja, SJ., Lustig, A., Zdaniuk, B., Martire, LM. & Perdomo, D. (2009). Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 54, 1-15.
- Strauss, DJ, Devivo, MJ, Paculdo, DR & Shavelle, RM (2006). Trends in life expectancy after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 87: 1079–1085.
- Sturm, E. (1979). *Rehabilitation von Querschnittgelähmten. Eine medizinpsychologische Studie*. Bern: Huber.
- Ulich, D. & Mayring, P. (2003). *Psychologie der Emotionen*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- van der Kolk, BA., McFarlane, AC. & Weisaeth, L. (Hrsg.). (2000). *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze: Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Werner, C. & Langenmayr, A. (2006c). *Die Bedeutung der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Zäch, GA, Koch, HG. (Hrsg.). (2006). *Paraplegie : ganzheitliche Rehabilitation*. Basel : Karger.

10 Anhang

10.1 Kurzbeschreibung der Skalen aus dem GT

Soziale Resonanz

Tabelle 21: Beschreibung Skala Resonanz.

<i>links</i>	<i>rechts</i>
<i>negativ sozial resonant (NR)</i>	<i>positiv sozial resonant (PR)</i>
Kurzbeschreibung:	
unattraktiv, unbeliebt, missachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen desinteressiert	anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen interessiert
Zugehörige Items:	
Ich habe den Eindruck, dass andere mit meiner Arbeitsleistung im Allgemeinen eher unzufrieden sind.	1 Ich habe den Eindruck, dass andere mit meiner Arbeitsleistung im Allgemeinen eher besonders zufrieden sind.
Ich schätze, es gelingt mir eher schwer, mich beliebt zu machen.	2 Ich schätze, es gelingt mir eher leicht, mich beliebt zu machen.
Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, dass man mich für minderwertig hält.	3 Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, dass man mich für wertvoll hält.
Ich glaube, ich lege kaum Wert darauf, schön auszu-sehen.	4 Ich glaube, ich lege sehr viel Wert darauf, schön auszu-sehen.
Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.	5 Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer, auf andere anziehend zu wirken.	6 Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.

Grundstimmung

Tabelle 22: Beschreibung Skala Grundstimmung.

<i>links</i>	<i>rechts</i>
<i>hypomanisch (HM)</i>	<i>depressiv (DE)</i>
Kurzbeschreibung:	
selten bedrückt, wenig zur Selbstreflektion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend, eher unabhängig	häufig bedrückt, stark zur Selbstreflektion neigend, sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, Ärger eher hineinfressend, eher abhängig
Zugehörige Items:	
Ich glaube, eine Änderung meiner äusseren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr wenig beeinflussen.	1 Ich glaube, eine Änderung meiner äusseren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr wenig beeinflussen.
Ich habe den Eindruck, dass ich mir eher selten über meine inneren Probleme Gedanken mache.	2 Ich habe den Eindruck, dass ich mir eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger irgendwie abzureagieren.	3 Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen.
Ich halte mich für sehr wenig ängstlich.	4 Ich halte mich für besonders ängstlich.
Ich halte mich selten für sehr bedrückt.	5 Ich halte mich oft für sehr bedrückt.
Ich denke, ich mache mir selten Selbstvorwürfe.	6 Ich denke, ich mache mir immer Selbstvorwürfe.

Durchlässigkeit

Tabelle 23: Beschreibung Skala Durchlässigkeit.

<i>links</i>	<i>rechts</i>
<i>durchlässig (DU)</i>	<i>retentiv (RE)</i>
Kurzbeschreibung:	
aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig, intensiv in der Liebe erlebnisfähig	verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurückhaltend, eher misstrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig
Zugehörige Items:	
Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel Vertrauen.	1 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders wenig Vertrauen.
Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel von meinen Bedürfnissen nach Liebe.	2 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
Ich habe den Eindruck, ich gebe im Allgemeinen viel von mir preis.	3 Ich habe den Eindruck, ich gebe im Allgemeinen sehr wenig von mir preis.
Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht aus mir heraus.	4 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher schwer aus mir heraus.
Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr nahe.	5 Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern.
Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv erlebnisfähig.	6 Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe wenig erlebnisfähig.

Soziale Potenz

Tabelle 24: Beschreibung Skala Soziale Potenz.

<i>links</i>	<i>rechts</i>
<i>sozial potent (PO)</i>	<i>sozial impotent (IP)</i>
Kurzbeschreibung:	
gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu Dauerbindung, phantasie reich	ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zu Dauerbindung, phantasiearm
Zugehörige Items:	
Ich glaube, ich suche eher Geselligkeit.	1 Ich glaube, ich meide Geselligkeit.
Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark daran interessiert, andere zu übertreffen.	2 Ich habe den Eindruck, ich bin kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
Ich glaube, ich habe es eher leicht, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.	3 Ich glaube, ich habe es eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel Phantasie.	4 Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher wenig Phantasie.
Ich glaube, ich kann einem Partner ausserordentlich viel Liebe schenken.	5 Ich glaube, ich kann einem Partner wenig Liebe schenken.
Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen.	6 Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht sehr befangen.

10.2 Tabelle Prozentränge Standardskalen GT

Tabelle 25: *Prozentränge anhand der T-Werte.*

T-Wert		%-Rang
11	89	
12	88	
13	87	
14	86	
15	85	
16	84	
17	83	0.0
18	82	0.1
19	81	0.1
20	80	0.1
21	79	0.2
22	78	0.3
23	77	0.3
24	76	0.5
25	75	0.6
26	74	0.8
27	73	1.1
28	72	1.4
29	71	1.8
30	70	2.3
31	69	2.9
32	68	3.6
33	67	4.5
34	66	5.5
35	65	6.7
36	64	8.1
37	63	9.7
38	62	11.5
39	61	14.6
40	60	15.9
41	59	18.4
42	58	21.2
43	57	24.2
44	56	27.4
45	55	30.9
46	54	34.5
47	53	38.2
48	52	42.1
49	51	46.0
50	50	50.0

Bemerkung: Beckmann, 1991, S. 135.

10.3 Tabellen demografische Daten Angehörige

Tabelle 26: Demografische Daten Angehörige von t1, t2 und t3.

		t1		t2		t3	
		N = 33	%	N = 22	%	N = 18	%
Gender	weiblich	29	87.9	19	86.4	16	88.9
	männlich	4	12.1	3	13.6	2	11.1
Alter	<25	3	9.1	1	4.5	2	11.1
	25-55	22	66.7	15	68.2	10	55.6
	>55	8	24.2	6	27.3	6	33.3
Muttersprache	Deutsch	32	97.0	21	95.5	18	100.0
	Französisch	1	3.0	1	4.5		
Beziehungsgrad	Partner / Partnerin	17	51.5	12	54.5	10	55.6
	Mutter / Vater	11	33.3	7	31.8	6	33.3
	Schwester / Bruder	3	9.1	2	9.1	2	11.1
	Freund / Freundin	2	6.1				
	Tochter / Sohn			1	4.5		
Wohnsituation	alleine	2	6.1			1	5.6
	WG	4	12.1	2	9.1	1	5.6
	Partner(in)	11	33.3	9	40.9	8	44.4
	Kind(ern)	3	9.1	2	9.1		
	Eltern(teil)	2	6.1				
	mit PartnerIn + Kind(ern)	11	33.3	8	36.4	8	44.4
	mit PartnerIn, Kind(ern) + Eltern			1	4.5		
feste Partnerschaft	nein	1	3.0	1	4.5	1	5.6
	ja	30	90.9	21	95.5	17	94.4
	keine Angabe	2	6.1				
Zivilstand	ledig	9	27.3	3	13.6	2	11.1
	verheiratet	19	57.6	16	72.7	15	83.3
	wieder verheiratet	2	6.1	2	9.1		
	geschieden	2	6.1				
	verwitwet	1	3.0	1	4.5	1	5.6
Anstellungsgrad	<= 50%	6	18.2	4	18.2	3	16.7
	>50%	5	15.2	2	9.1	2	11.1
	Hausfrau / Hausmann	12	36.4	6	27.3	6	33.3
	Vollzeitanstellung	5	15.2	6	27.3	3	16.7
	keine Angabe	5	15.1	4	18.1	4	22.2
Total Teilnahme an Messungen	Teilnahme an allen drei Messungen	14	42.4	14	63.6	14	77.8
	Teilnahme Messung eins und zwei	1	3.0	1	4.5		
	Teilnahme Messung eins und drei	2	6.1	2	9.1	2	11.1
	nur diese Messung	16	48.5	5	22.7		
	Teilnahme Messung zwei und drei					2	11.1

Tabelle 27: Demografische Daten Angehörige, die alle drei Untersuchungen ausgefüllt haben.

		N =
		14
Geschlecht	weiblich	13
	männlich	1
Beziehungsgrad d. Angehörigen	Partner / Partnerin	7
	Mutter / Vater	5
	Schwester / Bruder	2
	Freund / Freundin	0
		0
Wohnsituation, zusammengefasst	alleine	0
	WG	1
	Partner(in)	5
	Kind(ern)	1
	Eltern(teil)	1
	mit PartnerIn + Kind(ern)	6
feste Partnerschaft	nein	0
	ja	14
Zivilstand	ledig	2
	verheiratet	11
	wieder verheiratet	1
	geschieden	0
	verwitwet	0

10.4 Tabellen demografische Daten Direktbetroffene

Tabelle 28: Demografische Daten Direktbetroffene von t1, t2 und t3.

		t1		t2		t3	
		N =	%	N =	%	N =	%
		71		41		29	
Gender	weiblich	19	26.8	15	36.6	10	34.5
	männlich	52	73.2	26	63.4	19	65.5
Alter	<25	20	28.2	10	24.4	8	27.6
	25-55	39	54.9	24	58.5	14	48.3
	>55	12	16.9	7	17.1	7	24.1
Muttersprache	Deutsch	66	93.0	40	97.6	26	89.7
	Italienisch	1	1.4	1	2.4	1	3.4
	andere	4	5.6			2	6.9
Wohnsituation	alleine	16	22.5	10	24.4	2	6.9
	WG	3	4.2			4	13.8
	Partner(in)	18	25.4	12	29.3	10	34.5
	Kind(ern)	1	1.4	1	2.4	2	6.9
	Eltern(teil)	18	25.4	9	22.0	7	24.1
	anderes	1	1.4				
	mit PartnerIn + Kind(ern)	12	16.9	7	17.1	4	13.8
	mit PartnerIn, Kind(ern) + Eltern	1	1.4	2	4.9		
	keine Angabe	1	1.4				
	feste Partnerschaft	nein	28	39.4	14	34.1	8
ja		43	60.6	27	65.9	21	72.4
keine Angabe							
Zivilstand	ledig	34	47.9	20	48.8	10	34.5
	verheiratet	23	32.4	15	36.6	16	55.2
	wieder verheiratet	2	2.8	1	2.4		
	getrennt	2	2.8	2	4.9		
	geschieden	7	9.9	2	4.9	2	6.9
	verwitwet	3	4.2	1	2.4	1	3.4
	keine Angabe						
Anstellungsgrad	< = 50%	1	1.4	1	2.4	8	27.6
	>50%	1	1.4	2	4.9	2	6.9
	Hausfrau / Hausmann	7	9.9	7	17.1	4	13.8
	Vollzeitanstellung	38	53.5	16	39.1	2	6.9
	Pensioniert	3	4.2	1	2.4	5	17.2
	Anderes	21	29.6	14	34.1	8	27.6
	keine Angabe						
Total Teilnahme an Messungen	Teilnahme an allen drei Messungen	24	33.8	24	58.5	24	82.8
	Teilnahme Messung eins und zwei	15	21.1	15	36.6		
	Teilnahme Messung eins und drei	4	5.6			4	13.8
	nur diese Messung	28	39.4	1	2.4		
	Teilnahme Messung zwei und drei			1	2.4	1	3.4
Lähmungsursache	Unfall	47	66.2				
	Krankheit	16	22.5				
	anderes	6	8.5				
	unklar	1	1.4				
	keine Angabe	1	1.4				
Lähmungsgrad	Tetraplegie	20	28.2	11	26.8		
	Paraplegie	42	59.2	23	56.1		
	Teilbeeinträchtigung od. Fussgänger	9	12.7	7	17.1		
Lähmungsgrad motorisch	komplett	29	40.8	14	34.1		
	inkomplett	37	52.1	22	53.7		
	keine Beeinträchtigung	4	5.6	2	4.9		
	keine Angabe	1	1.4	3	7.3		
Lähmungsgrad sensibel	komplett	28	39.4	14	34.1		
	inkomplett	41	57.7	24	58.5		
	keine Beeinträchtigung	2	2.8	3	7.3		

10.5 Korrekturschritte bei der Datenüberprüfung

t1, Direktbetroffene: Pb-Nr. 6261 hatte eine 5 bei Muttersprache, wobei es sich vermutlich um einen Tippfehler handelt. Sie wurde durch 4 ersetzt (Andere). Pb-Nr. 6271 hatte in der Wohnsituation eine 11, die nicht codiert war. Sie wurde neu unter 6 codiert (Andere).

t2, Direktbetroffene: Pb-Nr. 1191 hatte in Erwerbstätigkeit eine 16 codiert, was nicht vorkommt. Auf Grund des Jahrgangs wurde neu 4 (pensioniert) codiert. Pb-Nr. 6181 hatte bei Erwerbstätigkeit eine 15 codiert, die nicht vorkommt. Es konnte nicht nachvollzogen werden, welcher Erwerbstätigkeit dieser Pb nachgeht. Deshalb wurde 9 (andere) codiert. Bei Pb-Nr. 4031 wurde im Lähmungsgrad sensibel eine 0 eingegeben, die nicht codiert wird. Da der Lähmungsgrad motorisch 2 (= inkomplett) angegeben wurde, wurde auch der Lähmungsgrad sensibel auf 2 (= inkomplett) gesetzt. Bei Pb-Nr. 6071 waren die beiden Variablen Lähmungsgrad motorisch und sensibel mit 0 codiert. Lähmungsgrad motorisch wurde auf 3 (= keine Beeinträchtigung) gesetzt, da er in einer Bemerkung als Fussgänger aufgeführt wurde. Lähmungsgrad sensibel wurde auf Missing gesetzt, da dazu keine Angabe gefunden wurde. Pb-Nr. 1191 hatte in Lähmungsgrad motorisch eine 0. Sie wurde auf 3 (= keine Beeinträchtigung) gesetzt, da in einer Bemerkung ‚keine motorischen Einschränkungen‘ angegeben war.

t3: Pb-Nr. 6021 hatte in Erwerbstätigkeit eine 15 codiert, die nicht zugeordnet werden kann. Es wurde 9 (= andere) codiert.

Sämtliche Daten wurden mit Hilfe der Häufigkeiten und den Max bzw. Min-Werten auf ihre Plausibilität geprüft.

10.6 Shapiro-Wilk-Test

Tabelle 29: Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung GT.

		W	df	p
d_t1	SR_s	.966	71	.049
	GS_s	.986	71	.628
	DU_s	.962	71	.029
	SP_s	.969	71	.079
	SR_f	.855	48	.000
	GS_f	.981	48	.626
	DU_f	.931	48	.007
	SP_f	.982	48	.660
d_t2	SR_s	.955	41	.103
	GS_s	.975	41	.501
	DU_s	.983	41	.797
	SP_s	.975	41	.503
	SR_f	.914	26	.032
	GS_f	.951	26	.248
	DU_f	.966	26	.518
	SP_f	.980	26	.880
d_t3	SR_s	.964	29	.405
	GS_s	.909	29	.016
	DU_s	.957	29	.274
	SP_s	.964	29	.412
	SR_f	.919	16	.164
	GS_f	.950	16	.497
	DU_f	.973	16	.887
	SP_f	.925	16	.206
a_t1	SR_s	.978	31	.764
	GS_s	.965	31	.383
	DU_s	.969	31	.484
	SP_s	.978	31	.744
	SR_f	.938	27	.110
	GS_f	.966	27	.499
	DU_f	.952	27	.236
	SP_f	.956	27	.291
a_t2	SR_s	.952	22	.344
	GS_s	.926	22	.099
	DU_s	.970	22	.705
	SP_s	.955	22	.396
	SR_f	.914	20	.076
	GS_f	.958	20	.513
	DU_f	.960	20	.543
	SP_f	.960	20	.548
a_t3	SR_s	.950	18	.424
	GS_s	.936	18	.249
	DU_s	.931	18	.200
	SP_s	.961	18	.615
	SR_f	.909	16	.113
	GS_f	.850	16	.013
	DU_f	.848	16	.013
	SP_f	.968	16	.800

Bemerkung: W = Statistik. df = Freiheitsgrade. p = Signifikanz. Signifikante Werte sind fett dargestellt. d = Direktbetroffene. a = Angehörige. t1 = 1. Messzeitpunkt. t2 = 2. Messzeitpunkt. t3 = 3. Messzeitpunkt. SR = Soziale Resonanz. GS = Grundstimmung. DU = Durchlässigkeit. SP = Soziale Potenz. s = Selbstbeurteilung. f = Fremdbeurteilung.

Tabelle 30: Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung der Residuen im GT.

	<i>W</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
t1			
SR_s	.960	25	.420
GS_s	.950	25	.250
DU_s	.981	25	.901
SP_s	.977	25	.825
SR_f	.912	25	.034
GS_f	.927	25	.072
DU_f	.954	25	.307
SP_f	.954	25	.305
t2			
SR_s	.960	25	.416
GS_s	.908	25	.028
DU_s	.958	25	.377
SP_s	.981	25	.896
SR_f	.899	25	.018
GS_f	.948	25	.224
DU_f	.958	25	.370
SP_f	.976	25	.791
t3			
SR_s	.965	25	.517
GS_s	.965	25	.524
DU_s	.980	25	.883
SP_s	.956	25	.345
SR_f	.910	25	.030
GS_f	.965	25	.525
DU_f	.896	25	.015
SP_f	.940	25	.151

Bemerkung: *W* = Statistik. *df* = Freiheitsgrade. *p* = Signifikanz. Signifikante Werte sind fett dargestellt. SR = Soziale Resonanz. GS = Grundstimmung. DU = Durchlässigkeit. SP = Soziale Potenz. s = Selbstbeurteilung. f = Fremdbeurteilung.

10.7 Levene's Test

Tabelle 31: Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen im GT.

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
t1				
SR_s	.430	1	52	.515
GS_s	.646	1	52	.425
DU_s	.189	1	52	.666
SP_s	.159	1	52	.692
SR_f	.000	1	52	.988
GS_f	.028	1	52	.868
DU_f	7.491	1	52	.008
SP_f	1.287	1	52	.262
t2				
SR_s	.134	1	40	.717
GS_s	1.208	1	40	.278
DU_s	.776	1	40	.384
SP_s	.276	1	40	.602
SR_f	.055	1	40	.816
GS_f	1.697	1	40	.200
DU_f	.070	1	40	.792
SP_f	4.546	1	40	.039
t3				
SR_s	.144	1	27	.708
GS_s	2.834	1	27	.104
DU_s	.058	1	27	.811
SP_s	1.282	1	27	.267
SR_f	.084	1	27	.774
GS_f	.140	1	27	.711
DU_f	1.797	1	27	.191
SP_f	.748	1	27	.395

Bemerkung: *F* = Statistik. *df1* = Freiheitsgrade. *df2* = Freiheitsgrade des Fehlers. *p* = Signifikanz. Signifikante Werte sind fett dargestellt. SR = Soziale Resonanz. GS = Grundstimmung. DU = Durchlässigkeit. SP = Soziale Potenz. s = Selbstbeurteilung. f = Fremdbeurteilung.

10.8 Merkmalkombinationen beim GT Direktbetroffene

Tabelle 32: Faktorenvergleich. Varimax rotierte Hauptkomponentenmatrix Direktbetroffene.

	t1	t2	t3
1. Spalte: Ladung bei Direktbetroffenen bei t1 (N = 68)			
2. Spalte: Ladung bei Direktbetroffenen bei t2 (N = 38)			
3. Spalte: Ladung bei Direktbetroffenen bei t3 (N = 27)			
<i>Faktor 1:</i>			
Durchlässigkeit, 2. Frage	.77	.52	.24
Soziale Potenz, 5. Frage	.71	-.08	.27
Durchlässigkeit, 6. Frage	.71	.66	.07
Soziale Resonanz, 6. Frage	-.30	-.76	.03
Soziale Resonanz, 4. Frage	-.12	-.76	-.06
Soziale Resonanz, 2. Frage	-.16	-.70	-.46
Soziale Potenz, 1. Frage	.31	.68	.43
Durchlässigkeit, 6. Frage	.71	.66	.07
Durchlässigkeit, 1. Frage	.10	.14	.91
Grundstimmung, 5. Frage	.07	-.09	.80
Durchlässigkeit, 3. Frage	.34	-.05	.74
Soziale Resonanz, 5. Frage	-.26	-.14	-.73
Durchlässigkeit, 5. Frage	.29	.21	.69
<i>Faktor 2:</i>			
Soziale Resonanz, 5. Frage	-.69	-.38	-.16
Grundstimmung, 5. Frage	.68	-.07	.07
Soziale Resonanz, 2. Frage	-.62	.14	-.31
Grundstimmung, 4. Frage	.62	-.14	.30
Durchlässigkeit, 4. Frage	.32	.84	-.17
Durchlässigkeit, 3. Frage	.16	.83	.07
Grundstimmung, 3. Frage	.02	.68	-.12
Durchlässigkeit, 5. Frage	.00	.62	.35
Soziale Potenz, 5. Frage	.11	.43	.86
Durchlässigkeit, 6. Frage	.22	-.13	.85
<i>Faktor 3:</i>			
Grundstimmung, 3. Frage	.75	.13	.15
Durchlässigkeit, 4. Frage	.65	.21	.78
Durchlässigkeit, 3. Frage	.63	.05	.17
Durchlässigkeit, 1. Frage	.07	.82	.03
Soziale Potenz, 3. Frage	.46	.74	.05
Soziale Resonanz, 6. Frage	.09	-.18	-.84
Durchlässigkeit, 4. Frage	.65	.21	.78
Soziale Potenz, 1. Frage	.40	-.06	.63
Soziale Potenz, 4. Frage	.01	-.28	.62
<i>Faktor 4:</i>			
Durchlässigkeit, 1. Frage	.88	.18	-.03
Soziale Resonanz, 3. Frage	-.12	-.79	-.02
Soziale Potenz, 6. Frage	-.06	.74	.10
Soziale Potenz, 2. Frage	.12	.01	.82
Grundstimmung, 4. Frage	.27	.28	.73
Grundstimmung, 2. Frage	-.03	.04	.66

10.9 Merkmalkombinationen beim GT nahe Bezugspersonen

Tabelle 33: Faktorenvergleich. Varimax rotierte Hauptkomponentenmatrix Angehörige.

	t1	t2	t3
1. Spalte: Ladung bei Angehörigen bei t1 (N = 29)			
2. Spalte: Ladung bei Angehörigen bei t2 (N = 22)			
3. Spalte: Ladung bei Angehörigen bei t3 (N = 17)			
<i>Faktor 1:</i>			
Grundstimmung, 5. Frage	.88	.47	.19
Grundstimmung, 6. Frage	.81	.47	.80
Soziale Resonanz, 4. Frage	-.62	-.14	.13
Durchlässigkeit, 5. Frage	.00	.93	.65
Soziale Resonanz, 3. Frage	-.47	-.90	-.92
Soziale Resonanz, 5. Frage	-.53	-.64	-.70
Durchlässigkeit, 2. Frage	.35	.58	.33
Soziale Resonanz, 3. Frage	-.47	-.90	-.92
Soziale Resonanz, 6. Frage	-.31	-.26	-.85
Grundstimmung, 6. Frage	.81	.47	.80
Durchlässigkeit, 1. Frage	-.03	.07	.74
Soziale Resonanz, 5. Frage	-.53	-.64	-.69
Durchlässigkeit, 5. Frage	.00	.93	.65
<i>Faktor 2:</i>			
Durchlässigkeit, 4. Frage	.89	.25	.84
Durchlässigkeit, 3. Frage	.87	-.10	.88
Soziale Resonanz, 2. Frage	.12	-.89	-.06
Durchlässigkeit, 1. Frage	.14	.79	.26
Durchlässigkeit, 3. Frage	.87	-.10	.88
Durchlässigkeit, 4. Frage	.89	.25	.84
Grundstimmung, 3. Frage	.41	.05	.71
<i>Faktor 3:</i>			
Soziale Potenz, 4. Frage	.76	.11	-.05
Durchlässigkeit, 2. Frage	.75	.46	-.14
Durchlässigkeit, 6. Frage	.73	.11	.18
Grundstimmung, 3. Frage	.47	.87	-.04
Soziale Resonanz, 6. Frage	-.41	-.79	-.12
Grundstimmung, 1. Frage	-.11	.67	-.07
Soziale Resonanz, 1. Frage	.04	.41	-.86
Soziale Potenz, 3. Frage	-.18	.00	.74
Grundstimmung, 2. Frage	.00	.16	.59
<i>Faktor 4:</i>			
Soziale Potenz, 6. Frage	-.79	.76	.37
Grundstimmung, 4. Frage	.63	.14	.29
Soziale Potenz, 3. Frage	-.34	.79	-.01
Soziale Potenz, 2. Frage	.16	.76	.80
Soziale Resonanz, 4. Frage	-.02	-.71	-.46
Soziale Resonanz, 2. Frage	-.15	.08	-.91
Soziale Potenz, 2. Frage	.16	.76	.80

10.10 Signifikante Ergebnisse Randmittel

Tabelle 34:

Signifikante Randmittel der Skala ‚Soziale Resonanz‘.

Faktor		M	SD	FG	95% CI	
					UG	OG
Zeit	t1	32.6	0.6	100.1	31.5	33.7
	t2	31.8	0.6	141.6	30.5	33.1
	t3	29.9	0.7	181.6	28.5	31.3
Rolle	Direktbetroffen	30.6	0.6	107.6	29.5	31.7
	Angehörig	32.3	0.7	101.7	30.9	33.7
Rolle*Zeit						
Direktbetroffen	t1	32.5	0.6	136.9	31.4	33.7
	t2	31.4	0.7	222.1	30.0	32.9
	t3	27.8	0.8	290.8	26.2	29.5
Angehörig	t1	32.6	0.8	173.0	31.0	34.2
	t2	32.1	0.9	207.1	30.3	33.9
	t3	32.0	1.0	239.8	30.1	33.9

Bemerkungen: CI = Konfidenzintervall. UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze. t1 = 1. Messzeitpunkt; t2 = 2. Messzeitpunkt; t3 = 3. Messzeitpunkt.

Tabelle 35:

Signifikante Randmittel Skala ‚Grundstimmung‘.

Faktor		M	SD	FG	95% CI	
					UG	OG
Perspektive						
	Selbstbeurteilung	23.1	0.6	101.0	22.0	24.2
	Fremdbeurteilung	24.4	0.6	124.8	23.1	25.6
Rolle*Perspektive						
Direktbetroffen	Selbstbeurteilung	22.0	0.6	133.2	20.8	23.2
	Fremdbeurteilung	24.3	0.7	199.8	22.9	25.6
Angehörig	Selbstbeurteilung	24.2	0.8	156.3	22.7	25.7
	Fremdbeurteilung	24.5	0.8	170.8	22.9	26.0

Bemerkungen: CI = Konfidenzintervall. UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze.

Tabelle 36:*Signifikante Randmittel Skala ‚Durchlässigkeit‘.*

Faktor		M	SD	FG	95% CI	
					UG	OG
Zeit	t1	18.6	0.6	107.7	17.4	19.9
	t2	20.1	0.8	149.8	18.6	21.6
	t3	21.2	0.8	198.1	19.6	22.9
Perspektive	Selbstbeurteilung	18.9	0.6	96.7	17.7	20.2
	Fremdbeurteilung	21.0	0.7	118.6	19.6	22.4
Rolle*Perspektive Direktbetroffen	Selbstbeurteilung	20.5	0.7	142.3	19.2	21.8
	Fremdbeurteilung	18.8	0.8	215.3	17.2	20.4
Angehörig	Selbstbeurteilung	17.4	0.9	164.1	15.6	19.1
	Fremdbeurteilung	23.3	0.9	179.1	21.4	25.1

Bemerkungen: CI = Konfidenzintervall. UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze.

Tabelle 37:*Signifikante Randmittel Skala ‚Soziale Potenz‘.*

Faktor		M	SD	FG	95% CI	
					UG	OG
Rolle*Perspektive Direktbetroffen	Selbstbeurteilung	17.3	0.5	140.1	16.2	18.3
	Fremdbeurteilung	15.1	0.6	211.0	13.8	16.3
Angehörig	Selbstbeurteilung	15.4	0.7	168.1	14.1	16.8
	Fremdbeurteilung	16.7	0.7	182.1	15.3	18.2

Bemerkungen: CI = Konfidenzintervall. UG = Untere Grenze; OG = Obere Grenze.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: