

**HOHE ZUFRIEDENHEIT CHRONISCH SCHIZOPHRENER UNTER
DEPRIVATIONSBEDINGUNGEN: DIE ROLLE VON RELATIVER
DEPRIVATION, REFERENZKOGNITIONEN UND SOZIALEN
VERGLEICHEN**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Tilman Reber
aus Stuttgart

Gießen 2006

Aus dem Zentrum für Psychiatrie

Leiter:

Prof. Dr. med. B. Gallhofer

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen

Gutachter: PD Dr. M. Franz

Gutachter: Prof. Dr. Ch. Reimer

Tag der Disputation: 08.05.2007

INHALTSVERZEICHNIS

I. Einleitung	6
II. Theoretische Grundlagen	7
II.1 Lebensqualität	7
II.1.1 Geschichte der Lebensqualitäts-Forschung	7
II.1.2 Definitionen des Konstrukts Lebensqualität	8
II.1.2.1 Subjektive und objektive Lebensqualität	8
II.1.2.1.1 Der geringe Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität	8
II.1.3 Theoretische Modelle zu Lebensqualität – Zufriedenheit als Ergebnis innerpsychischer Regulationsprozesse	9
II.1.4 Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie	10
II.1.4.1 Ergebnisse der LQ-Forschung in der Psychiatrie	11
II.1.5 Zusammenfassung	12
II.2 Schizophrenie	13
II.2.1 Das Krankheitsbild der Schizophrenie	13
II.2.2 Chronische Schizophrenie und Enthospitalisierung	14
II.3 Die Theorie der relativen Deprivation	15
II.3.1 Theoretische Modelle zu relativer Deprivation	16
II.3.1.1 Relative Deprivation vs. relative Gratifikation – die Definition nach Davis (1959)	16
II.3.1.2 Fraternal Deprivation – das Modell von Runciman (1966)	17
II.3.1.3 Die Arbeiten Crosbys zu relativer Deprivation	18
II.3.1.3.1 Fünf Vorbedingungen für Unzufriedenheit - Crosbys Modell von 1976	18
II.3.1.3.2 Die empirische Überprüfung der theoretischen Modelle durch Crosby et al.	19
II.3.1.3.3 Das 2-Faktor-Modell von Crosby (1982) und dessen empirische Überprüfung	20
II.3.2 Kritik an der Theorie der relativen Deprivation	23
II.3.3 Zusammenfassung	24
II.4 Die Theorie der Referenzkognitionen	25
II.4.1 Die Vorbedingungen für Unzufriedenheit	25
II.4.1.1 Die Referenzsituation	25
II.4.1.2 Die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung	26
II.4.1.3 Die Prozessgerechtigkeit	27
II.4.2 Ein Modell zu Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der Referenzkognitionen	27
II.4.3 Die empirische Überprüfung der Theorie der Referenzkognitionen	28
II.4.4 Kritik an der Theorie der Referenzkognitionen	29
II.4.5 Zusammenfassung	30
II.5 Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse	30
II.5.1 Begriffsbestimmungen und Definitionen	31
II.5.1.1 Objekte des sozialen Vergleichs	31
II.5.1.2 Ziele des sozialen Vergleichs	31
II.5.1.3 Motive für sozialen Vergleich	32
II.5.1.4 Richtung sozialer Vergleichsprozesse	32
II.5.1.5 Sonderformen des sozialen Vergleichs	32
II.5.1.5.1 Temporale Vergleichsprozesse	32
II.5.1.5.2 Imaginierte Vergleichsziele	33
II.5.1.5.3 Vermeidung sozialer Vergleiche	33
II.5.1.5.4 Die Theorie des abwärts gerichteten sozialen Vergleichs	34
II.5.1.6 Strategien des sozialen Vergleichs unter verschiedenen Bedingungen	35
II.5.2 Der Einfluss von Deprivationsbedingungen auf soziale Vergleiche	37
II.5.2.1 Sozialer Vergleich in unterprivilegierten Gruppen	37
II.5.2.2 Sozialer Vergleich bei schweren körperlichen Erkrankungen	38
II.5.3 Der Zusammenhang zwischen sozialen Vergleichen und Zufriedenheit	39
II.5.4 Die Erfassung sozialer Vergleichsprozesse	39
II.5.4.1 Indirekte Erfassung über den Wunsch nach Information und Austausch	40
II.5.4.2 Erfassung sozialer Vergleiche über direkte Fragen	40
II.5.4.3 Erfassung sozialer Vergleiche über offene Fragen	41
II.5.4.4 Vergleich der unterschiedlichen Erfassungsmethoden sozialer Vergleiche	42
II.5.5 Zusammenfassung	42
II.6 EXKURS: Gerechtigkeitstheorien	43
II.6.1 Prinzipien der Gerechtigkeit	43

II.6.1.1	Theorien distributiver Gerechtigkeit	43
II.6.1.1.1	Das Beitragsprinzip	43
II.6.1.1.2	Das Gleichheitsprinzip	44
II.6.1.1.3	Das Bedürfnisprinzip	44
II.6.1.2	Theorien prozeduraler Gerechtigkeit	44
II.6.2	Der Einfluss wahrgenommener Ungerechtigkeit auf Zufriedenheit.	45
II.6.3	Reaktionen auf die Erfahrung von Unrecht - Die Anpassung von Gerechtigkeitsvorstellungen an äußere Umstände	45
II.6.4	Zusammenfassung	46
II.7	Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen	46
III.	Fragestellung und Hypothesen	48
III.1	Fragestellung	48
III.2	Hypothesen.	48
IV.	Methoden und Auswertung der Daten.	50
IV.1	Die Stichproben	50
IV.2	Die Operationalisierung der Konstrukte.	51
IV.2.1	Die Maße für Deprivation	51
IV.2.2	Hypothese I: Die Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation	52
IV.2.2.1	Welche Daten wurden erhoben?	52
IV.2.2.2	Wie wurden die Daten erhoben?	52
IV.2.2.3	Wie wurden die Daten quantifiziert?	53
IV.2.2.4	Die Operationalisierung des Konstruktes.	53
IV.2.3	Hypothese II: Die Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen	55
IV.2.3.1	Welche Daten wurden erhoben?	55
IV.2.3.2	Wie wurden die Daten erhoben?	55
IV.2.3.3	Wie wurden die Daten quantifiziert?	55
IV.2.3.4	Die Operationalisierung des Konstrukts	56
IV.2.4	Hypothese III: Die Replizierbarkeit der Theorie sozialer Vergleiche	58
IV.2.4.1	Welche Daten wurden erhoben?	58
IV.2.4.2	Wie wurden die Daten erhoben?	58
IV.2.4.3	Wie wurden die Daten quantifiziert?	58
IV.2.4.4	Die Operationalisierung des Konstrukts	59
IV.2.5	Hypothese IV: Der Zusammenhang von Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der untersuchten Theorien	60
IV.2.6	Auswahl der untersuchten Lebensbereiche	60
IV.3	Der Ablauf der Erhebungen	64
IV.3.1	Organisation der Datenerhebung.	64
IV.3.2	Der Ablauf des Patienteninterviews.	65
IV.3.3	Das Interview mit dem Pflegepersonal	66
IV.4	Die Auswertung der Daten	66
V.	Ergebnisse.	67
V.1	Stichprobenbeschreibung.	67
V.1.1	Umfang der Stichproben und Soziodemographie	67
V.1.2	Analyse der Verweigerer und Abbrecher.	68
V.1.3	Die objektive Lebensqualität der Langzeitpatienten in den untersuchten Lebensbereichen	68
V.2	Überprüfung der Hypothesen zur Theorie der relativen Deprivation	69
V.2.1	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (a)	69
V.2.1.1	„constellation approach“	69
V.2.1.2	„extreme score approach“	69
V.2.1.3	„comparison of individual binary variables“	70
V.2.2	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (b)	71
V.2.2.1	„constellation approach“	71
V.2.2.2	„extreme score approach“	72
V.2.2.3	„comparison of individual binary variables“	72
V.2.3	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (c)	73
V.2.3.1	„constellation approach“	74
V.2.3.2	„extreme score approach“	74
V.2.3.3	„comparison of individual binary variables“	75
V.2.4	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (d)	76

V.2.5	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I(e)	78
V.2.6	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese I.	78
V.3	Überprüfung der Hypothesen zur Theorie der Referenzkognitionen.	79
V.3.1	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese II (a)	79
V.3.1.1	„comparison of individual binary variables“	79
V.3.1.2	„consistency“	80
V.3.2	Ergebnisse der Auswertung zu den Hypothese II (b) bis II (e) - Vorbemerkung	82
V.3.2.1	Auswertungen zu Hypothese II (b) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei schizophrenen Akutpatienten	82
V.3.2.2	Auswertungen zu Hypothese II(c) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei schizophrenen Langzeitpatienten	83
V.3.2.3	Auswertungen zu Hypothese II (d) zu Gruppenunterschieden zwischen Akutpatienten, Langzeitpatienten und Normalprobanden	83
V.3.2.4	Auswertungen zu Hypothese II (e) zu Veränderungen im Lauf der Hospitalisierung bei Langzeitpatienten	83
V.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese II	84
V.4	Überprüfung der Hypothesen zu sozialen Vergleichsprozessen.	84
V.4.1	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese III (a)	84
V.4.1.1	Das Ziel sozialer Vergleiche	84
V.4.1.2	Die Richtung sozialer Vergleiche	86
V.4.2	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese III (b)	88
V.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese III	89
V.5	Überprüfung der Hypothesen zu Zusammenhängen zwischen einzelnen Elementen der verschiedenen Theorien und Zufriedenheit	89
V.5.1	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese IV (a)	89
V.5.1.1	Korrelationen bei Normalprobanden	90
V.5.1.2	Korrelationen bei schizophrenen Akutpatienten	90
V.5.1.3	Korrelationen bei schizophrenen Langzeitpatienten	91
V.5.2	Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese IV (b)	92
V.5.2.1	Varianzaufklärung bei Normalprobanden	92
V.5.2.2	Varianzaufklärung bei schizophrenen Akutpatienten	93
V.5.2.3	Varianzaufklärung bei schizophrenen Langzeitpatienten	93
V.5.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese IV	94
VI. Diskussion.		95
VI.1	Die Theorie der relativen Deprivation.	95
VI.1.1	Hypothese I(a) zur Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation bei Normalprobanden	95
VI.1.2	Hypothese I(b) zur Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation bei schizophrenen Akutpatienten	97
VI.1.3	Hypothese I(c) zur Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation bei schizophrenen Langzeitpatienten	97
VI.1.4	Hypothese I (d) zu Unterschieden zwischen den drei Gruppen	98
VI.1.5	Hypothese I (e) zum Zusammenhang relativer Deprivation mit der Hospitalisierungsdauer bei Langzeitpatienten	99
VI.2	Die Theorie der Referenzkognitionen.	100
VI.2.1	Hypothese II (a) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei Normalprobanden	100
VI.2.2	Die Hypothesen II (b) bis (e) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei schizophrenen Patienten, Gruppenunterschieden und Veränderungen im Lauf einer Hospitalisierung	101
VI.3	Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse.	103
VI.3.1	Hypothese III (a) zum Einfluss sozialer Vergleichsprozesse auf die Zufriedenheit schizophrener Langzeitpatienten	103
VI.3.2	Hypothese III (b) zum Zusammenhang zwischen abwärts gerichteten sozialen Vergleichen und Zufriedenheit	105
VI.4	Der Zusammenhang zwischen einzelnen Elementen der drei Theorien und Zufriedenheit	106
VI.5	Ausblick	107
VII. Literatur		108
Zusammenfassung		114
Summary		115
Tabellen- & Abbildungsverzeichnis		116
VIII. Anhang		118

I. EINLEITUNG

Lebensqualität hat als Evaluationskriterium in der Medizin zunehmende Bedeutung erlangt. Neben der Erfassung objektiver Parameter als Maß für den Nutzen einer Therapie findet verstärkt auch die subjektive Sicht des Patienten die Aufmerksamkeit medizinischer Forschung. Subjektive Lebensqualität wird dabei meist als Zufriedenheit der Patienten erfragt. Auch in der Psychiatrie wird subjektive Lebensqualität seit Anfang der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts gemessen. Eines der interessanten Ergebnisse dieser Forschung stellt die hohe Zufriedenheit langzeithospitalisierter Schizophrener dar. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Einrichtungen erreicht die Zufriedenheit der Langzeitpatienten sogar die hohen Werte der Normalbevölkerung. Es liegt auf der Hand, hier Anpassungsprozesse zu vermuten, die Zufriedenheitsurteile regulieren.

Wie entsteht aber Zufriedenheit unter objektiv ungünstigen Bedingungen? Aus der Sozialpsychologie sind mehrere Theorien bekannt, die solche Befunde bei psychisch Gesunden zu erklären versuchen. Dies sind die Theorie der relativen Deprivation sowie die verwandte Theorie der Referenzkognitionen und als Grundlagen beider Konstrukte die Theorie sozialer Vergleichsprozesse und Gerechtigkeitstheorien. Nach diesen Theorien entstehen Zufriedenheitsurteile u.a. aus Wünschen, Erwartungen an die Zukunft, Vorstellungen von Gerechtigkeit und über den Vergleich mit anderen.

In der vorliegenden Untersuchung soll versucht werden, diese Theorien bei langzeithospitalisierten schizophrenen Patienten anzuwenden, um Hinweise auf die Art der Adaptation zu erhalten, die zu der eingangs erwähnten hohen Zufriedenheit führt. Dazu werden die wesentlichsten Studien aus der Sozialpsychologie zunächst an Normalprobanden, dann bei schizophrenen Patienten repliziert.

II. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

II.1 Lebensqualität

Das Thema Lebensqualität hat in der Medizin in den letzten Jahrzehnten viel Beachtung erfahren. Therapiemethoden werden nicht mehr nur anhand der Besserung bestimmter Symptome, einer Verlängerung der Überlebenszeit o.ä. gemessen, sondern es wird zunehmend die Gesamtsituation des Menschen, seine Lebensqualität (LQ), interessant. Obwohl das Konstrukt LQ inzwischen in nahezu allen Bereichen der Medizin Verwendung findet, gibt es noch erhebliche Defizite sowohl bzgl. einer einheitlichen Definition als auch bzgl. allgemein anerkannter Modellvorstellungen zur Entstehung von LQ. Auch ergibt die empirische Forschung immer wieder kontraintuitive Befunde, die sich auf den ersten Blick nicht ohne weiteres erklären lassen. Die vorliegende Arbeit ist auf der Grundlage eines dieser kontraintuitiven Ergebnisse, der scheinbar paradoxen Zufriedenheit schizophrener Langzeitpatienten (LZP) unter lange bestehenden ungünstigen äußeren Umständen, entstanden. Im Folgenden wird zunächst ein allgemeiner Überblick über den Stand der LQ-Forschung gegeben, im Anschluss daran werden spezielle Ergebnisse psychiatrischer LQ-Forschung beschrieben.

II.1.1 Geschichte der Lebensqualitäts-Forschung

Obwohl der Begriff „Lebensqualität“ erst im 20. Jahrhundert Bedeutung in Wissenschaften und Gesellschaft erfahren hat, ist sein zentraler Inhalt, die Frage, nach einer „guten Beschaffenheit“¹ des menschliche Lebens, alt. Welchen Sinn das Leben hat, wann man von einem erfüllten, glücklichen Leben sprechen kann, diese Frage lässt sich mindestens bis in die griechische Antike zurückverfolgen².

Eingang in Medizin und klinische Psychologie fand der Begriff in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Analog zur Erweiterung des materialistisch-quantitativ orientierten Wohlfahrtbegriffs in der Gesellschaft wurde von der Medizin in zunehmendem Maß ein „ganzheitliches“ Menschenbild erwartet. Sie sollte nicht mehr nur (körperliche) Symptome beachten, sondern den Menschen als Einheit aus Körper und Geist in seinem sozialen Kontext sehen (vgl. dazu die populäre Gesundheitsdefinition der WHO [1948], wonach Gesundheit einen Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens darstellt). Dieser Wandel machte Therapieerfolgsriterien notwendig, die mehr als nur physiologische Parameter oder Sterberaten zur Evaluation medizinischer Behandlungen messen konnten. Unter dem Begriff LQ wurden daraufhin zunächst Funktionsparameter wie das Verhalten im Alltag unter dem Einfluss einer Krankheit gemessen (z.B. die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen, sich fortzubewegen, etc., gemessen mit dem Sickness-Impact-Profile, Bergner et al., 1976), später wurde begonnen, die subjektive Sicht der Patienten zu erfragen (z.B. seine Zufriedenheit mit den Lebensumständen, wie sie in der Münchner-Lebensqualitätsdimensionenliste von Heinisch et al., 1991 gemessen wird).

Inzwischen ist ein riesiger Zuwachs an Publikationen und Messinstrumenten zu LQ festzustellen (Pukrop, 1997). Während bis 1979 gerade 100 Publikationen im Index Medicus LQ im Titel führten, ist diese Zahl bis 1991 auf über 4000 angestiegen (Bullinger, 1991). Eine eigene Medline-Recherche (www.medline.de) fand im Jahr 2002 über 40 000 Publikationen zum Thema „quality of life“.

¹ qualitas (lat.): Beschaffenheit

² Für einen geschichtlichen Überblick vgl. Pukrop 1997

II.1.2 Definitionen des Konstrukts Lebensqualität

Einhergehend mit dem gesteigerten wissenschaftlichen Interesse an LQ kam es zur Entstehung einer Vielzahl von Modellen und Vorstellungen, die jedoch nicht in einer verbindlichen Theorie des Konstruktes LQ gemündet haben (Ludwig, 1991; Zissi, Barry & Cochrane, 1998). Inzwischen gibt es mehrere hundert verschiedener Messinstrumente, die allesamt vorgeben, LQ valide messen zu können, obwohl sie deutliche konzeptionelle Differenzen aufweisen (vgl. dazu z.B. Bowling 1991, Bullinger 1996). Die zugrunde liegenden Modellvorstellungen zum Konstrukt LQ unterscheiden sich dabei ebenso wie die verwendete Terminologie. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erscheint insbesondere ein methodisches Defizit der Lebensqualitätsforschung bedeutsam: der ungeklärte Zusammenhang zwischen „objektiver“ und „subjektiver“ Lebensqualität. Dies soll im Folgenden näher erläutert werden.

II.1.2.1 Subjektive und objektive Lebensqualität

Eine der Schwierigkeiten bei der Definition von LQ ergibt sich aus der Frage, ob subjektive oder objektive Bewertungen LQ besser abbilden können: Objektive Bewertungskriterien berücksichtigen Indikatoren wie Einkommen, Finanzen, Wohnsituation etc. und werden extern festgelegt. Untersuchungen dazu stammen hauptsächlich aus der soziologischen Wohlfahrtsforschung (z.B. Andrews & Whitey, 1978). Beim subjektiven Ansatz stammen die Bewertungen vom Individuum selbst, der subjektive Ansatz stellt eher ein psychologisches Konstrukt dar (vgl. Bullinger, 1991).

Der Vorteil eines *objektiven* Ansatzes liegt in seiner scheinbar unbegrenzten Anwendbarkeit: Er impliziert, dass LQ für alle Menschen nach denselben Kriterien bestimmbar ist, egal ob diese in Deutschland oder Sri Lanka leben, ob sie gesund oder krank sind usw. Die Nachteile liegen in der Schwierigkeit, inhaltlich zu konkretisieren und zu begründen, wann eine hohe LQ gegeben ist.

Um Informationen zur *subjektiven* LQ eines Menschen zu erhalten, wird die untersuchte Person meist nach ihrer Zufriedenheit gefragt, aber auch nach positiven und negativen Affekten oder nach der Einschätzung ihrer Funktionen und Möglichkeiten. Dieser Ansatz ist verschiedenen Kritikpunkten ausgesetzt, wie dem Vorwurf der mangelnden Validität, der geringen Generalisierbarkeit aufgrund des individualistischen Ansatzes und der geringen Nützlichkeit (vgl. Andrews & Whitey, 1978; Pukrop, 1997). Nichtsdestotrotz ist eine stetige Zunahme der Ansätze mit Schwerpunkt auf der subjektiven Sicht von LQ zu verzeichnen (Campos & Johnson, 1990) und wird vermehrt gefordert (vgl. für die Psychiatrie z.B. Katschnig & König 1994).

Da beide Ansätze in ihrer Reinform Vor- und Nachteile haben, wird von einer großen Zahl von Autoren ein integratives Konzept verfolgt, das sowohl von Außenstehenden nachvollziehbare Kriterien als auch persönliche Meinungen bei der Bewertung der LQ berücksichtigt (z.B. Glatzer & Zapf, 1984; Kilian, 1995; Barry & Zissy, 1997).

II.1.2.1.1 Der geringe Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität

Betrachtet man den *Zusammenhang* zwischen objektiver und subjektiver LQ, findet man in fast allen Lebensbereichen ausschließlich geringe bis mäßig ausgeprägte Zusammenhänge. Beispielsweise fanden Glatzer et al. (1984) einen maximalen Zusammenhang von $\eta=0.37$ zwischen dem Einkommen und der Zufriedenheit damit. Duncan (1973) stellte fest, dass das Durchschnittseinkommen in den USA zwischen 1955 und 1971 zwar gestiegen war, die Zufriedenheit damit jedoch gleich geblieben war. Weitere Beispiele für einen geringen bis gar keinen Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver LQ im Bereich des Einkommens finden

sich z.B. bei Ackermann & Paolucci (1983) und Cummins (2000). Doch nicht nur beim Einkommen sind die Zusammenhänge gering: Z.B. fanden Emmons und Diener (1985) keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Freunde und der Zufriedenheit mit dem Bereich Freundschaften. Die Wohnzufriedenheit wird nur zu 40% von der Qualität der Wohnausstattung bestimmt (Ipsen, 1978). Im Bereich Gesundheit schwanken die Zusammenhänge ebenfalls zwischen nicht vorhanden (z.B. fanden Bullinger, Angermann und Kemkes 1991 bei Herztransplantierten keinen Zusammenhang zwischen LQ und objektivem gesundheitlichem Zustand, gemessen an der Anzahl postoperativer Komplikationen) und ca. 0.25-0.61 bei bivariaten Korrelationen in verschiedenen Patientenpopulationen (Burckhardt et al. 1989).

Auch eine häufig zitierte Studie von Brickman, Coates & Janoff-Bulman (1978) deutet darauf hin, dass Zufriedenheit eher ein Ergebnis psychischer Regulationsprozesse sein könnte als eine Folge äußerer Umstände: Die Autoren befragten Unfallopfer, Lotteriegewinner und Kontrollpersonen u.a. nach ihrem allgemeinen Glücklichein und ihrem Vergnügen in Alltagssituationen (Fernsehen, Frühstück, Einkaufen etc.). Es zeigte sich u.a., dass Lotteriegewinner an alltäglichen Dingen signifikant weniger Vergnügen empfanden als die Kontrollpersonen, wogegen sich die Unfallopfer nicht von den Kontrollpersonen unterschieden. In den Erwartungen an die Zukunft zeigten sich die Unfallopfer ebenfalls nicht signifikant unglücklicher als die Kontrollpersonen, d.h. unter ungünstigen Lebensbedingungen (=niedrige objektive LQ bei Unfallopfern) ist die subjektive LQ nicht automatisch niedrig.

Insbesondere wenn objektive LQ lang anhaltend niedrig ist, findet sich eine hohe subjektive LQ. Beispiele dafür finden sich in vielen Bereichen der Medizin (Leimkühler & Müller, 1996): Krebspatienten beispielsweise unterscheiden sich in ihrer LQ nicht von Gesunden (vgl. für einen Überblick z.B. Breetvelt & Van Dam, 1991), schizophrene Langzeitpatienten berichten nach lang dauernder Hospitalisierung über eine subjektive LQ, die derjenigen der Normalbevölkerung entspricht (Franz et al. 2002).

Längsschnittlich angelegte Untersuchungen wie z.B. eine Studie über Rückenmarksverletzte von Silver (1982, zit. nach Diener & Cummins 2002) zeigten nach einem initialen Rückgang von Glücklichein und einem Anstieg von Depressivität und Angst direkt nach der Verletzung einen Rückgang der Veränderungen schon nach einem relativ kurzen Zeitraum von acht Wochen. Krause und Sternberg (1997) untersuchten ebenfalls Rückenmarksverletzte und fanden, dass die Zeit seit der Verletzung ein positiver Prädiktor für die generelle Zufriedenheit war.

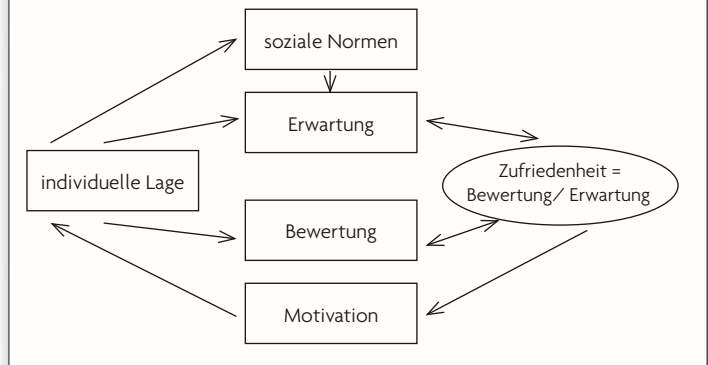
Diese oben erwähnten Beispiele des fehlenden Zusammenhangs zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität wurden auch als „kontraintuitiv“ bezeichnet (Kilian, 1995) und veranlassten verschiedene Autoren, die Validität von Zufriedenheitsmessungen als präzise und sensitive Indikatoren für LQ in Frage zu stellen (z.B. Barry & Zissi, 1997, Leimkühler et al., 1996). LQ bzw. Zufriedenheit wird statt dessen als ein autoregulatorisches System gesehen, das internen Adaptationsprozessen unterliegt, und für die Bewertung medizinischer Versorgung nicht geeignet ist.

II.1.3 Theoretische Modelle zu Lebensqualität – Zufriedenheit als Ergebnis innerpsychischer Regulationsprozesse

Entsprechend der oben erwähnten Vielzahl theoretischer Vorstellungen zum Konstrukt LQ ist die Zahl der vorgeschlagenen Modelle zur Entstehung und Zusammensetzung von Lebensqualität groß. Einfachste Modelle setzten LQ mit globalem Wohlbefinden oder Zufriedenheit gleich (z.B. Bech et al. 1990 zitiert n.

Wening 1997). Daneben gibt es extrem komplexe Vorstellungen über LQ als selbst regulierende Größe (z.B. Kilian, 1995), die sich aufgrund ihrer zahllosen Wechselwirkungen empirisch kaum noch validieren lassen. Exemplarisch soll das Modell von Hofstätter (1986) vorgestellt werden, in dem Zufriedenheitsbewertungen als Resultat kognitiver Prozesse und einer Beeinflussung durch die Umwelt betrachtet werden (vgl. Abb. II.1a). Zufriedenheit entsteht nach Hofstätter (1986) aus dem Verhältnis von Bewertung zu Erwartung, die beide der individuellen Lage entspringen. Übertrifft die Bewertung einer Situation die Erwartung daran, ist die Zufriedenheit hoch, werden Erwartungen nicht erfüllt, ist die Zufriedenheit gering. Regulieren lässt sich Zufriedenheit, indem Erwartungen oder Bewertungen geändert werden oder indem die eigene Situation verändert wird. Dies wiederum ist abhängig vom Ausmaß der Motivation. Soziale Normen spielen über die Regulation der Erwartungen eine Rolle. In diesem Modell erkennt man gut die Vorstellung von sich gegenseitig beeinflussenden Stellgrößen, die das Produkt Zufriedenheit regulieren.

Abb. II.1a: Modell zur Entstehung von Zufriedenheit n. Hofstätter (1986)



Ähnliche Vorstellungen von dynamischen Einflussfaktoren auf ein Zufriedenheitsurteil stammen beispielsweise von Michalos (1980), der zeigen konnte, dass Vergleiche mit eigenen Erfahrungen in der Vergangenheit und Vergleiche mit anderen (sogenannte „soziale Vergleiche“ s.a. Kap. II.3.3) über eine Diskrepanz zwischen Zielvorstellungen und dem Erreichen dieses Zieles Einfluss auf Zufriedenheit und Glück haben. Emmons & Diener (1985) zeigten Korrelationen zwischen sozialen Vergleichen, dem Aspirationsniveau und Änderungen in objektiven Lebensumständen einerseits und Zufriedenheitsurteilen bzw. positivem und negativem Affekt andererseits.

Welche psychologischen Faktoren tatsächlich Einfluss auf Zufriedenheitsbewertungen haben, ist Gegenstand intensiver Diskussion. Aus dem Bereich der Sozialpsychologie existieren mehrere Theorien über das Auftreten von Zufriedenheit trotz ungünstiger äußerer Umstände. Es sind dies die Theorie der relativen Deprivation von Stouffer et al. (1949), die Theorie der Referenzkognitionen von Folger et al. (1984) oder die Theorie sozialer Vergleichsprozesse, ursprünglich von Festinger (1954) formuliert. Die genannten Theorien formulieren allesamt empirisch validierte Annahmen über Voraussetzungen für das Entstehen von Zufriedenheit, auf sie wird in den folgenden Kapiteln (II.3 – II.5) ausführlich eingegangen.

II.1.4 Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie

Da die vorliegende Arbeit LQ-bewertungen schizophrener Menschen als Ausgangspunkt hat, soll in diesem Kapitel kurz auf einige Besonderheiten und Ergebnisse der LQ-Forschung in der Psychiatrie eingegangen werden. Diese begann Anfang der 80er Jahre mit den Arbeiten von Baker & Intagliata (1982), Bigelow et al. (1982), Lehman et al. (1982) und Malm et al. (1981), die LQ als Evaluationskriterium bei hospitalisierten und komplementär untergebrachten Patienten anwandten. Heutzutage wird LQ als Therapiekriterium u.a. in der Bewertung antipsychotischer Medikamente (Naber et al., 1992; Franz et al., 1996, 1997) und zur Evaluation von Enthospitalisierungsmassnahmen (Krukenberg et al., 1995, Priebe et al. 1996, Franz et al. 2002) eingesetzt.

Aus der noch kurzen Forschungstradition heraus sind verschiedene Defizite der psychiatrischen LQ-Forschung zu verzeichnen, so z.B. die Stichprobeninhomogenität vieler Studien, in denen verschiedene Diagnosegruppen als eine Population untersucht wurden (vgl. Kaiser et al., 1996; Lauer, 1996) oder geringe Stichprobengröße aus der überzogene Schlussfolgerungen gezogen werden (z.B. Meltzer, 1992). Nach Pukrop (1997) „mangelt es vor allem an längsschnittlichen Studiendesigns zur Überprüfung der Sensitivität von LQ-Skalen im psychiatrischen Feld.“ (S. 147).

II.1.4.1 Ergebnisse der LQ-Forschung in der Psychiatrie

1.) Höhe der subjektiven LQ bei psychiatrischen Patienten vs. Normalbevölkerung:

Zahlreiche Studien finden bei psychiatrisch Kranken eine niedrigere subjektive LQ als bei der Normalbevölkerung (Baker & Intagliata 1982, Bigelow et al. 1982, Franz et al. 1996, Lehman et al. 1982, Skantze et al. 1992). Dies trifft insbesondere die Lebensbereiche Arbeit, Finanzen und persönliche Sicherheit (Lehman et al. 1982). Eine Übersicht von Mercier (1994) über verschiedene Studien zeigt, dass die LQ der Allgemeinbevölkerung im Mittel bei 5.5 auf der sieben-stufigen Skala liegt, für verschiedene psychiatrische Populationen zwischen 4.4 und 5.3. Andrews und Whitey (1978) fanden für andere benachteiligte Gruppen (z.B. Farbige, allein erziehende Mütter) Werte zwischen 4.8 und 5.0. Die Ergebnisse zeigen, dass die LQ im Mittel über dem neutralen Skalenmittelpunkt liegt, also eher Richtung Zufriedenheit als Richtung Unzufriedenheit tendiert. In den Studien von Lehman et al. (1982) und Baker & Intagliata (1982) waren jeweils über 80% der psychisch Kranken mit ihren Lebensbedingungen im allgemeinen zufrieden. Ergebnisse von Albrecht et al. (1997) bestätigen diesen Befund. Die Autoren sprechen aufgrund ihrer Ergebnisse der hohen LQ bei enthospitalisierten Psychiatriepatienten von einer „resignativen“ Zufriedenheit, wobei sie jedoch keinen Beleg für einen resignativen Charakter dieser Aussagen anführen.

2.) Besondere Einflussfaktoren auf die Höhe der Lebensqualität psychiatrischer Patienten:

a) *Psychopathologie*: Berichte über einen Zusammenhang zwischen psychopathologischen Symptomen und LQ sind insgesamt uneinheitlich (Lauer & Stegmüller-Koenemund, 1994). Baker & Intagliata (1982) fanden einen Zusammenhang von 0.29 zwischen der allgemeinen subjektiven LQ und dem funktionalen klinischen Status (eingeschätzt mittels der „Global Assessment Scale“). Einen gering negativen Zusammenhang zeigt die Produktivsymptomatik mit Zufriedenheit (Franz et al. 2002, Hoffman et al. 1997, Simpson et al. 1989). Unter allgemeinen psychopathologischen Symptomen weisen Angst und Depression konsistent Zusammenhänge zwischen ca. -0.3 und -0.55 mit der LQ auf (Lehman 1988; Kaiser et al. 1996). Dies entspricht Befunden in der Normalbevölkerung, die ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen Höhe der LQ und Ausmaß an Depressivität zeigen (Heinisch et al. 1991). Die Kausalbeziehungen in diesem Zusammenhang sind jedoch nicht geklärt.

b) *Einfluss der medikamentösen Therapie*: Franz et al. (1996) und Meltzer (1992) konnten zeigen, dass die Behandlung mit atypischen Neuroleptika (NL) wie Clozapin, Risperidon und Zotepin mit höherer subjektiver LQ einher geht als die Behandlung mit konventionellen NL (z.B. Haloperidol, Fluphenazin).

c) *Einfluss des Behandlungsortes auf Lebensqualität*: Die LQ hospitalisierter Patienten liegt deutlich unter der gemeindenah versorgter Patienten. Dies trifft sowohl für die globale LQ zu als auch für bereichsspezifische LQ in verschiedenen Bereichen, v.a. Wohnen, Gesundheit und Sicherheit (Lehman 1986). Den Einfluss einer lang dauernden Hospitalisierung auf subjektive LQ, gemessen als bereichsspezifische Zufrieden-

heit, konnten Franz et al. (2002) zeigen (Abb. II.1b). Sie fanden einen Zusammenhang von 0.38 zwischen der kumulativen Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern und der Höhe der subjektiven LQ bei schizophrenen Langzeitpatienten. Dabei überstieg die subjektive LQ der langzeithospitalisierten Patienten sogar den Durchschnittswert der Normalbevölkerung (gemessen mit demselben Instrument, jedoch nicht in derselben Untersuchung), wenn die Patienten >30 Jahre hospitalisiert waren. Dieser Befund könnte ein weiterer Hinweis sein auf den oben diskutierten

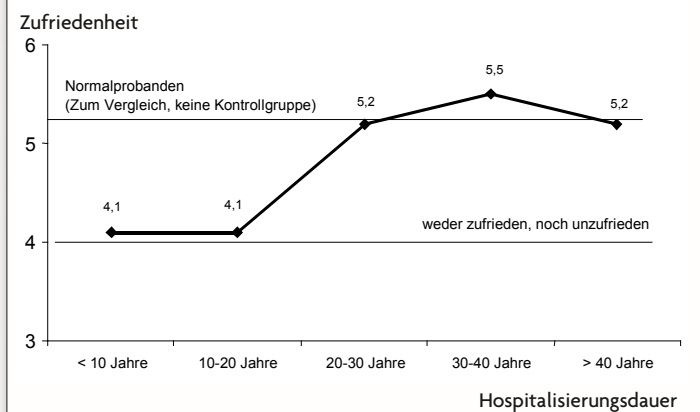
Einfluss von Anpassungsmechanismen, die LQ im Sinne eines Regelkreises steuern (vgl. dazu Kap. II.1.3).

Im Zuge einer Enthospitalisierung kommt es im Bereich der objektiven LQ zu einer deutlichen Verbesserung, insbesondere in den Bereichen Wohnen, soziale Kontakte, Freizeit und Sicherheit (Barry & Crosby, 1996, Hoffman, et al., 1998). Die subjektive LQ dagegen, zeigt nur eine kurzfristige oder keine Änderung: Barry & Crosby (1984) untersuchten die LQ psychiatrischer Patienten sechs Wochen, sechs Monate und zwölf Monate nach einer Enthospitalisierung. Sie fanden keine signifikanten Veränderungen in der bereichsspezifischen subjektiven LQ in neun Bereichen, die allgemeine Lebenszufriedenheit fiel nach einem Gipfel zum 2. Messzeitpunkt (sechs Monate nach Entlassung) bei der Messwiederholung nach einem Jahr wieder auf das Ausgangsniveau vor Entlassung zurück. Stein und Test (1980) berichteten, dass nach einer Entlassung aus psychiatrischer Behandlung die Lebenszufriedenheit von Patienten, die ein Rehabilitationsprogramm durchliefen, höher war als bei Patienten, die konventionell nachbehandelt wurden. Bei einer Nachuntersuchung nach dem Ende des Reha-Programms, verschwand dieser Unterschied zwischen den Gruppen wieder. Die meisten folgenden Studien, die randomisiert den Einfluss von Interventionen auf subjektive LQ erfassten, konnten den erwähnten positiven Einfluss nicht replizieren (Barry & Zissi, 1997). Hoffmann et al. (1998) dagegen berichten bei psychiatrischen Langzeitpatienten (Hospitalisationsdauer > 1 Jahr) über eine signifikante Verbesserung der bereichsspezifischen subjektiven LQ nach Enthospitalisierung in den Bereichen Freizeit, Finanzen und Wohnen im Rahmen der Nachuntersuchung ein Jahr nach Enthospitalisierung.

II.1.5 Zusammenfassung

Lebensqualität hat als Evaluationskriterium in der Medizin zunehmend an Bedeutung gewonnen. In der Qualitätsbeurteilung psychiatrischer Versorgung werden sowohl objektive Parameter wie der Lebensstandard oder die gesundheitliche und soziale Situation der Patienten, als auch deren subjektive Sicht erfasst. Als Maß für subjektive Lebensqualität wird häufig die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen gemessen. Eines der konsistentesten Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung besteht darin, dass zwischen den äußeren Umständen und der Zufriedenheit damit nur ein sehr geringer Zusammenhang besteht. Diese Befunde sowie Längsschnittuntersuchungen zur subjektiven Lebensqualität legen die Vermutung nahe, dass Adaptationsprozesse die Zufriedenheit einer Person mehr beeinflussen als objektive Gegebenheiten. Hinweise dafür finden sich auch in der psychiatrischen Lebensqualitäts-Forschung: z.B. zeigt sich bei schizophrenen LZP eine mit der Dauer der stationären Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern steigende Zufrie-

Abb. II.1b: Subjektive Lebensqualität und Hospitalisierungsdauer schizophrener Langzeitpatienten n. Franz et al. (1998)



denheit (Franz et al. 2002). Weiterhin erwiesen sich die Lebensqualitätsbewertungen – trotz drastischer Veränderungen der Lebensbedingungen, z.B. bei Enthospitalisierungsmassnahmen – als äußerst stabil (Barry & Zissy 1997). Falls mit dem Konstrukt subjektive Lebensqualität jedoch nur inkonsistent Reaktionen auf äussere Ereignisse gemessen werden können, wird es beispielsweise als Evaluationskriterium für Enthospitalisierungsmassnahmen fragwürdig. Eine unkritische Verwendung könnte zu einer Renaissance hospitalisierender Versorgungsstrukturen führen.

Für psychisch Gesunde existieren mehrere sozialpsychologische Theorien die erklären, wie Zufriedenheit im Sinne eines homöostatischen Systems (Cummins & Nistico 2002) reguliert wird: die Theorie der relativen Deprivation, die Theorie der Referenzkognitionen und die Theorie sozialer Vergleichsprozesse. Für psychiatrische Patienten gibt es dazu keine Untersuchungen. Daher erscheint es notwendig, zu untersuchen, ob die existierenden Theorien für die Entstehung von Zufriedenheitsurteilen bei psychiatrischen Patienten replizierbar sind.

II.2 Schizophrenie

In der vorliegenden Arbeit werden kurzzeitig und langfristig hospitalisierte, an Schizophrenie erkrankte Menschen untersucht. Es soll daher im Folgenden kurz das Krankheitsbild der Schizophrenie dargestellt werden. Insbesondere wird auf die chronische Verlaufsform und die häufig daraus resultierende Langzeithospitalisierung eingegangen.

II.2.1 Das Krankheitsbild der Schizophrenie

„Schizophrenie“ stellt an sich keine einheitliche Erkrankung dar, sondern setzt sich aus einer Gruppe von Erkrankungen zusammen, die als „Gruppe der Schizophrenien“ bezeichnet werden (Bleuler 1911). Die erste Beschreibung des Krankheitsbildes stammt vom Ende des 19. Jahrhunderts von Emil Kraepelin (1893), der verschiedene damals bekannte psychiatrische Erkrankungen zusammenfassend als „Dementia praecox“, also als eine frühzeitig einsetzende „Verblödung“ (Kraepelin), bezeichnete. In diesen verschiedenen Erkrankungen erkannte Bleuler (1911) gemeinsame „Grundsymptome“, die er durch weitere charakteristische „akzessorische“ Symptome ergänzte (s.u.).

Schizophrenie ist eine häufige Erkrankung, die in jedem Lebensalter auftreten kann, die Erkrankungswahrscheinlichkeit liegt für die Gesamtbevölkerung bei ca. 1%. Männer und Frauen erkranken gleich häufig, Frauen statistisch gesehen jedoch einige Jahre später als Männer (Ebert 1995).

Nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten, 10. Revision – ICD 10 – sind die schizophrenen Störungen „...im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet.“ (ICD 10-GM, Version 2004, S. 239f.). Nach ICD 10 werden verschiedene Formen der Schizophrenie unter der Diagnosenummer F 20 unterschieden (s. Kasten II.2a).

Kasten II.2a Einteilung der Schizophrenie nach ICD 10

F 20.0 Paranoide Schizophrenie	F 20.5 Schizophrenes Residuum
F 20.1 Hebephrene Schizophrenie	F 20.6 Schizophrenia simplex
F 20.2 Katatone Schizophrenie	F 20.8 Sonstige Schizophrenie
F 20.3 Undifferenzierte Schizophrenie	F 20.9 Schizophrenie, n.n.bez.
F 20.4 Postschizophrene Depression	

Unterschiede zwischen einzelnen Formen finden sich hinsichtlich Besonderheiten des Verlaufs und einem charakteristischen Hervortreten bestimmter Symptome.

Die psychopathologischen Symptome der Schizophrenie können grob in „positive“ und „negative“ Symptome eingeteilt werden. Die Positiv-Symptomatik wird von Andreasen (1982) als Störung oder Übersteigerung, negative Symptome dagegen als Verlust oder Minderung normaler Funktionen beschrieben. Zur Positiv-Symptomatik zählen Halluzinationen (klassischerweise akustisch), formale Denkstörungen (wie z.B. Zerfahrenheit des Denkens, Denkhemmung, Perseverationen und Gedankenabreissen), inhaltliche Denkstörungen (wie z.B. Wahnvorstellungen, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung und -lenkung) und Störungen, die mit einer Desintegration des Ich einher gehen (sog. Ich-Störungen wie z.B. Depersonalisation, Derealisation, Schwinden der Ich-Konsistenz und der Ich-Demarkation). Die Negativ-Symptomatik schizophrener Syndrome geht u.a. mit Affektverarmung, emotionalem und sozialem Rückzug und Beeinträchtigung kognitiver Funktionen wie abstraktem Denkvermögen und Spontaneität einher. Hinzu können motorische Symptome kommen, die sich zum Teil sehr auffällig mit sonderbaren Gesten und einem gesteigerten Aktivitätsniveau oder im Gegenteil einer Verarmung der Motorik mit der Extremform des katatonen Stupor äussern.

Die Ätiologie der Erkrankung ist weitgehend unbekannt, eine familiäre Belastung scheint eine Rolle zu spielen, hinzukommen wahrscheinlich diskrete zerebrale Veränderungen und psychosoziale Faktoren. Als Auslöser der Krankheit werden exogene Faktoren wie „life-events“ (z.B. der Verlust einer nahestehenden Person) oder Drogen diskutiert (sog. Vulnerabilitäts-/Stressmodell; Meehl 1962, Zubin und Spring 1977; beide zit. nach Ertl-Gehrke und Bondy 1992).

Therapeutisch setzt man seit ca. 50 Jahren Psychopharmaka ein (Laux et al. 1990), wobei insbesondere die Gruppe der Neuroleptika einen positiven Einfluss auf die Schwere der Symptomatik (Miller 1992), den Verlauf einiger Formen der Schizophrenie (Gaebel 1992) sowie die Prognose der Erkrankung hinsichtlich der Rezidivhäufigkeit (Rifkin 1992) als auch auf die Lebensqualität der Patienten zeigt (vgl. dazu auch Kap. II.1.4.1). Letztere sowie die Negativsymptomatik der Schizophrenie werden v.a. durch sogenannte atypisch wirkende Neuroleptika positiv beeinflusst. Ergänzend und alternativ werden therapeutisch u.a. kognitive Trainingsprogramme, social-skills-Programme und Angehörigenarbeit eingesetzt (Böker 1992)

Trotz moderner therapeutischer Ansätze ist die Prognose der Schizophrenie insgesamt relativ schlecht: Nur ungefähr ein Drittel der Patienten bleibt nach einer schizophrenen Episode von Rückfällen verschont, bei zwei Dritteln der Patienten kommt es zu wiederholten Episoden, oft ausgelöst durch „life events“. Bei knapp der Hälfte der Rezidiv-Patienten führt die Krankheit zu einem progredienten Persönlichkeitszerfall (Tölle, 1985) mit lang dauernden Krankenhausaufenthalten. Schizophrenie ist eine Erkrankung, die hohe direkte und indirekte Kosten im Gesundheitswesen verursacht (Kissling et al. 1999), weshalb eine Optimierung der Versorgung insbesondere chronisch Schizophrener eine dringende Notwendigkeit darstellt. Auf die chronische Schizophrenie soll im Folgenden näher eingegangen werden, da diese Patienten die primär interessierende Population dieser Studie darstellen.

II.2.2 Chronische Schizophrenie und Enthospitalisierung

Schon in frühen Beschreibungen der Beobachtung Schizophrener findet sich im Verlauf der Erkrankung eine Verarmung des Affekts, des Antriebs, der Sprache, der Sozialkontakte bis hin zu Autismus, kombiniert mit

ausgeprägten formalen Denkstörungen. Die produktive Symptomatik mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen tritt im Verlauf der Erkrankung in den Hintergrund.

Auch heute noch lassen sich Krankheitsverläufe beobachten, die in einer solchen Symptomatik münden. Man weiss jedoch inzwischen, dass dies durch äußere Faktoren zumindest gefördert wird: Insbesondere Unterstimulation durch Inaktivität und Isolierung im Rahmen lang dauernder Hospitalisierung der Kranken trägt zu Negativ-Symptomatik bei. Die früheste dazu bekannte Studie stammt von Wing und Brown (1970), die in ihrer Untersuchung zu „Institutionalism and Schizophrenia“ nachweisen konnten, dass ein repressiver Umgang mit den Patienten gekoppelt mit Passivität und Immobilität mit sozialer und klinischer Zustandsverschlechterung einher geht. Einige Autoren gehen sogar davon aus, dass eine Chronizität von Schizophrenie allein durch Institutionalismus, Unterstimulation, Stigmatisierung und Erwartung durch das soziale Umfeld bedingt ist (Harding-Courtenay et al. 1992). Als weiterer begünstigender Faktor dafür muss das Nebenwirkungsspektrum insbesondere der klassischen Neuroleptika genannt werden, die typischerweise extrapyramidal-motorische Beeinträchtigungen zur Folge haben können aber auch zu kognitiven und affektiven Einbussen führen können (Naber 1998).

Als Folge dieser Erkenntnisse entstand in den 70er Jahren im Zuge der Psychiatriereform eine Enthospitalisierungsbewegung, die begann „nicht-Krankenhaus-bedürftige“ Patienten in die Gemeinde zurückzuführen. Diese Enthospitalisierung fand bis in die 90er Jahre statt und führte dazu, dass die große Masse der Langzeitpatienten entlassen wurde. Zurück blieb bis heute eine selektierte Population, die nach wie vor auf Langzeitstationen psychiatrischer Krankenhäuser lebt und als nicht oder nur mit sehr hohem Aufwand enthospitalisierbar gilt (Franz et al. 1998). Diese Population ist charakterisiert durch ein relativ hohes Alter, es finden sich überwiegend Männer, ledig, mit niedrigem Bildungsniveau und einer sehr langen Aufenthaltsdauer in stationären psychiatrischen Einrichtungen (im Mittel 30 Jahre), einer hoch dosierten Neuroleptikamedikation und einer stark ausgeprägten psychopathologischen Symptomatik sowie einer massiven sozialen Behinderung und Isolation. Zugleich zeigen Untersuchungen von Franz et al. (1998) jedoch auch, dass die subjektive Lebensqualität dieser Patientenpopulation mit zunehmender Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern hohe Werte annimmt, wie sie von der Normalbevölkerung bekannt sind.

Auf sozialpsychologische Theorien die erklären, wie es unter ungünstigen äußeren Bedingungen zu hoher Zufriedenheit kommen kann, soll in den folgenden Kapiteln eingegangen werden.

II.3 Die Theorie der relativen Deprivation

Die Theorie der relativen Deprivation wurde 1949 von Stouffer et al. formuliert. Die Autoren hatten die Situation US-amerikanischer Soldaten während des 2. Weltkrieges untersucht und dabei u.a. festgestellt, dass Angehörige der Militärpolizei zufriedener mit dem Beförderungssystem waren als Soldaten der Luftwaffe. Dies war insofern erstaunlich, als Militärpolizisten deutlich seltener befördert wurden als Luftwaffenangehörige. Weiterhin gaben farbige Soldaten in den Südstaaten der USA eine höhere allgemeine Zufriedenheit an als farbige Armeeingehörige in den Nordstaaten. Auch dies wunderte die Autoren, da die objektive Situation für Farbige sowohl innerhalb der Armee als auch im zivilen Leben in den Südstaaten damals schlechter war als in den Nordstaaten.

Stouffer et al. (1949) erklärten diese Befunde damit, dass Militärpolizisten eine Beförderung nicht erwar-

teten, da in ihrem Umfeld nur selten befördert wurde. Sie waren deshalb mit ihrem Zustand zufrieden. Für Mitglieder der Luftwaffe dagegen war es unbefriedigender, nicht befördert zu werden, da dort Beförderungen sehr viel häufiger waren. Farbige Armeeangehörige in den Südstaaten waren im Gegensatz zu farbigen Zivilisten relativ privilegiert, da sie ein einigermaßen geregeltes Einkommen hatten, eine akzeptable medizinische Versorgung, usw. Für farbige Soldaten im Norden dagegen waren diese Privilegien nichts Außergewöhnliches, da der Lebensstandard farbiger Zivilisten in den Nordstaaten im Vergleich zu dem Farbiger in den Südstaaten höher war.

In beiden genannten Beispielen wurde der Befund einer hohen Zufriedenheit trotz objektiv ungünstiger Bedingungen durch Erwartungen und Vergleiche mit anderen erklärt. Ähnlich interpretierten die Autoren Fälle von niedriger Zufriedenheit unter objektiv relativ guten Bedingungen. Z.B. waren verheiratete Soldaten allgemein weniger zufrieden als unverheiratete, ein Ergebnis, das Untersuchungen bei der Zivilbevölkerung widersprach (Im allgemeinen ist die Zufriedenheit verheirateter Personen größer als die Zufriedenheit unverheirateter). Als Erklärung vermuteten die Autoren, dass für Verheiratete der Dienst ein größeres Opfer darstelle als für Unverheiratete oder dass diese sich mit verheirateten Freunde verglichen, denen ein Militärdienst erspart geblieben war.

Alle aufgeführten Fälle haben gemeinsam, dass sich ein Deprivationszustand durch die Umstände relativierte. Entweder zum Besseren, so dass die Zufriedenheit damit stieg (im Beispiel der Militärpolizisten) oder zum Schlechteren, so dass Zufriedenheit abnahm (im Beispiel der verheirateten Soldaten). Stouffer et al. (1949) stellten die Theorie auf, dass die Bewertung einer Situation abhängig ist von Referenzsystemen wie Erwartungen, Ansprüchen und Vergleichsstandards, die ein Individuum hat. Sie legten damit den Grundstein für die Theorie der relativen Deprivation und stellten ein Konzept vor, mit dem der niedrige Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen und deren subjektiven Bewertungen erklärt werden kann.

II.3.1 Theoretische Modelle zu relativer Deprivation

Schon im darauf folgenden Jahr erfuhr das Konzept der relativen Deprivation erste Kritik: Merton & Kitt (1950) bemängelten das Fehlen einer formalen Definition ohne jedoch eigene Vorschläge dazu zu machen. Ein erstes Modell für die Entstehung relativer Deprivation wurde 1959 von Davis vorgestellt. Weitere Modelle folgten von Runciman (1966), Gurr (1970) und Williams (1975). Die ausführlichsten Arbeiten zu relativer Deprivation stammen von Crosby et al. (z.B. Crosby 1976, Bernstein & Crosby 1980, Crosby 1982), die sowohl die verschiedenen Modelle einander gegenüber stellten als auch erstmals eine empirische Überprüfung aller bis dato vorgestellten Modelle durchführten. In den folgenden Kapiteln werden diese Modelle und deren empirische Überprüfung vorgestellt.

II.3.1.1 Relative Deprivation vs. relative Gratifikation – die Definition nach Davis (1959)

Davis (1959) stellte als erster ein formales Modell der Theorie der relativen Deprivation vor. Er definierte Deprivation allgemein als einen Zustand, dem ein nicht-deprivierter erwünschterer Zustand vorgezogen wird. Deprivation entsteht dann, wenn ein Individuum, dem es an einer Sache X mangelt, sich mit anderen vergleicht, die X besitzen. Ergänzend definierte Davis (1959), dass relative Deprivation auftritt, wenn sich eine Situation zum Schlechteren relativiert, d.h. aufgrund eines Vergleichs mit anderen, die eine erwünschte „Sache X“ besitzen, steigt die eigene Unzufriedenheit mit (dem Mangel an) X. Das Gegenteil davon – eine

Relativierung einer Situation zum Besseren – bezeichnete Davis als relative *Gratifikation*.³ Weiterhin unterschied Davis, ob ein Individuum den Vergleich mit einem Mitglied der eigenen Gruppe („in-group“) durchführt oder mit einem Mitglied aus einer anderen Gruppe („out-group“). Vergleiche mit Mitgliedern der „in-group“ führen entweder zu relativer Deprivation oder zu relativer Gratifikation. Vergleiche mit Mitglieder anderer Gruppen führen jedoch zu „sozialer Distanz“ und zwar genauer zu relativer *Unterordnung*, wenn es dem anderen verhältnismäßig besser geht oder zu sozialer *Überlegenheit*, wenn es dem anderen schlechter geht (vgl. dazu Tab. II.3a). Nach Davis (1959) kann der Begriff „relative Deprivation“ also nur angewandt werden, wenn bei der Bewertung einer Situation ein Vergleich mit einem Mitglied der eigenen Gruppe durchgeführt wird, dessen Situation besser ist.

Tab. II.3a: Relative Deprivation nach Davis (1959)

	Vergleich mit Mitglied der eigenen Gruppe ⁴	Vergleich mit Mitglied einer anderen Gruppe ⁴
Zustand des anderen wird als besser angesehen	Relative Deprivation	Unterordnung
Zustand des anderen wird als schlechter angesehen	Relative Gratifikation	Überlegenheit

II.3.1.2 Fraternale Deprivation – das Modell von Runciman (1966)

Vor dem Hintergrund zunehmender Rassenunruhen in den USA erschien 1966 Runcimans Arbeit über den Zusammenhang von relativer Deprivation und sozialer Gerechtigkeit. Die Theorie der relativen Deprivation sollte die Umstände beschreiben, unter denen eine benachteiligte Person mit ihrer Situation zufrieden ist und erklären, wann eine sogenannte „Revolution der steigenden Erwartungen“ stattfindet, d.h. unter welchen Bedingungen Menschen mit einer sie benachteiligenden Situation unzufrieden werden. „... the idea of ‘relative deprivation’, [...], provides the key to the complex and fluctuating relation between inequality and grievance.“, (Runciman 1966, S.6). Runciman unterschied „fraternale“ oder soziale relative Deprivation (die eigene Gruppe ist gegenüber einer anderen Gruppe benachteiligt) von individuell erfahrener Deprivation und formulierte als erster explizit Voraussetzungen, die für die Entstehung relativer Deprivation notwendig sind. Danach ist eine Person relativ depriviert bzgl. einer Sache X, wenn sie:

- (I) X nicht besitzt,
- (II) andere sieht, die X haben
- (III) X möchte, und
- (IV) sie es als machbar ansieht, X zu erreichen⁵.

Runcimans Vorstellungen zu sozialer relativer Deprivation wurden in den Folgejahren von mehreren Autoren angewandt: Abeles (1976) konnte zeigen, dass ein Gefühl sozialer relativer Deprivation stärker mit der Bereitschaft zu Protest und Rassenunruhen zusammenhängt als ein Gefühl individueller Deprivation. Deprivation wurde dabei als wahrgenommene sozioökonomische Distanz zu anderen (Gruppen) gemessen. Dibble (1981) wies nach, dass politisch motivierte Gewalt eher von Deprivation erzeugt wird, wenn diese mit anderen geteilt wird, als wenn sie individuell erfahren wird. Beispielsweise wurde die persönliche Erfahrung unge-

3 Ein farbiger Soldat der US-Armee während des 2. Weltkrieges erfuhr, wenn er im Norden der USA aufgewachsen war, eine relative Deprivation in der Armee. Er war unzufrieden, denn verglichen mit farbigen Zivilisten im Norden ging es ihm relativ schlecht. Ein in den südlichen Staaten der USA aufgewachsener Farbiger erfuhr in der Nomenklatur Davis' dagegen während seines Dienstes bei der Armee eine relative *Gratifikation*, da es farbigen Zivilisten im Süden der USA vergleichsweise schlechter ging als ihm in der Armee.

4 Davis berücksichtigte nicht näher, unter welchen Umständen sich ein Individuum dergestalt vergleicht, dass ein Zustand relativer Deprivation entsteht. Aufgrund eines Mangels an empirischen Daten (Festingers Theorie sozialer Vergleichsprozesse war gerade erst 5 Jahre alt - vgl. dazu Kap. II.5) ging er davon aus, dass ein Vergleich innerhalb einer Population zufällig durchgeführt wird („... we have little or no empirical data how people actually do compare, ... we see no reason to introduce a more complicated [model].“; Davis 1959, S. 282). Ein Zustand relativer Deprivation tritt somit mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit auf.

5 1970 widersprach Gurr Runciman (1966) dahingehend, dass nicht die Möglichkeit, X zu erreichen, u.a. zu relativer Deprivation führt, sondern die Unmöglichkeit. Dieser Widerspruch blieb bis Anfang der 80er Jahre ungeklärt (vgl. das folgende Kapitel zur Theorie der Referenzkognitionen II.4)

rechter Polizeigewalt („police abuse“) erst dann in soziale Proteste umgewandelt, wenn sie mit der Beobachtung ungerechter Polizeigewalt gegenüber anderen Personen der Bezugsgruppe zusammentraf. Weitere Beispiele für Untersuchungen zum Einfluss fraternaler relativer Deprivation auf soziales Verhalten finden sich z.B. bei Birt & Dion 1987, Caplan 1970 und Dubé & Guimond, 1986.

II.3.1.3 Die Arbeiten Crosbys zu relativer Deprivation

Von Crosby und Mitarbeitern stammen die ausführlichsten Arbeiten zur Theorie der relativen Deprivation (Crosby 1976, Bernstein & Crosby 1980, Crosby 1982, Crosby & Gonzales-Intal 1984, Crosby, Mührer & Löwenstein 1986). Crosby entwickelte mit ihren Mitarbeitern zwei eigene Modelle zur Entstehung relativer Deprivation und unternahm als erste eine empirische Überprüfung der bis dato existierenden theoretischen Vorstellungen. Auch beziehen sich Crosby et al. in ihren Arbeiten explizit auf die Entstehung *individueller* relativer Deprivation, wogegen sich Runciman (1966), Gurr (1970) und Williams (1975) fast ausschließlich mit *sozialer* relativer Deprivation und deren Konsequenzen befaßten.

Es wird im Folgenden zunächst Crosbys erstes Modell zu relativer Deprivation von 1976 erläutert, anschließend die Untersuchungen zu dessen Überprüfung und schließlich das daraufhin revidierte Modell von 1982.

II.3.1.3.1 Fünf Vorbedingungen für Unzufriedenheit - Crosbys Modell von 1976

Auf dem Boden einer ausführlichen Literaturübersicht entwickelte Crosby (1976) ein komplexes Modell zur

Theorie der relativen Deprivation, in dem sie zwischen Determinanten, intervenierenden Variablen und Konsequenzen relativer Deprivation unterschied. Einen Überblick gibt Tab. II.3b. Zu den sogenannten Determinanten für das Auftreten relativer Deprivation bzgl. einer Sache X zählt Crosby (1976) Persönlichkeitszüge (z.B. der Wille etwas zu erreichen), die persönliche Ver-

Tab. II.3b: Übersicht über das Modell zur relativen Deprivation von Crosby (1976)

Determinanten	Intervenierende Variablen			Konsequenzen
	Phase 1 (Vorbedingungen)	Phase 2	Phase 3 („mediating variables“)	
• Persönlichkeits-eigenschaften • persönliche Vergangenheit • unmittelbare Umgebung • gesellschaftliche Vorschriften • biologische Bedürfnisse	1. Person muss X bei jemandem sehen 2. Person muss X wollen 3. Sie muss sich zu X berechtigt fühlen 4. Das Erreichen von X muss möglich sein 5. Person darf sich nicht persönlich für das Fehlen von X verantwortlich fühlen	Relative Deprivation	• Intropunitiv/ Extrapunitiv • Kontrollüberzeugungen • Möglichkeiten	• Streßsymptome • Selbstverbesserung • Gewalt gegen die Gesellschaft • Konstruktive Änderung der Gesellschaft

gangenheit (z.B. ein kürzlicher Verlust von X), die unmittelbare Umgebung (z.B. der Kontakt mit anderen, die X besitzen), gesellschaftliche Vorschriften (z.B. die Botschaft, dass X gut und wichtig ist) und biologische Bedürfnisse (z.B. das Ausmaß, in dem X wichtig für das physische Überleben ist).

Die genannten Determinanten haben Einfluss auf *intervenierende Variablen* („intervening variables“), welche in drei Phasen unterteilt werden:

- Phase 1 enthält Vorbedingungen für relative Deprivation

Man erkennt, dass ein Teil der genannten Vorbedingungen (die Punkte 1., 2. und 4.) den Vorbedingungen von Runciman (1966) entspricht. Hinzugefügt wurden von Crosby die Aspekte des Berechtigt-seins und der Verantwortung für den Mangel an X (Wer sich selbst für einen Mangel an X verantwortlich macht, kann nicht das Gefühl einer Ungerechtigkeit haben und „by definition, the sense of injustice is a part of relative deprivation“, Crosby 1976, S.91). Wie Williams (1975) betont Crosby die Bedeutung des Sehens von X bei anderen (den sozialen Vergleich) ohne das keine der anderen Vorbedingungen entstehen könne.

- Phase 2 des Modells stellt die relative Deprivation selbst dar, die sich messen lässt über daraus entstehende Emotionen („Synonyms for the emotion of relative deprivation are a sense of grievance, a feeling of resentment, felt deprivation or simply deprivation“, Crosby 1976, S. 90)
- Phase 3 des Modells besteht aus vermittelnden Variablen („mediating variables“) zwischen Gefühlen und Konsequenzen relativer Deprivation

Bei den vermittelnden Variablen unterschied Crosby:

- (a) intropunitiv vs. extrapunitiv, d.h. ob ein Individuum die Tendenz hat, eine Strafe nach innen (auf sich selbst) oder nach außen (auf die Umwelt) zu richten,
- (b) externale von internalen Kontrollüberzeugungen und
- (c) Gelegenheiten, die relative Deprivation konstruktiv umzusetzen.

Die Konsequenzen relativer Deprivation sind die resultierenden Verhaltensweisen, deren Art und Ausmaß von allen eben genannten Elementen abhängig ist. Sie reichen von Streßsymptomen (z.B. Schlafstörungen bei eher intropunitiven Personen) bis hin zu Krawallen und Ausschreitungen (je nach Persönlichkeitsstruktur und vorhandenen Möglichkeiten).

Die für die vorliegende Arbeit wichtigen Aspekte des Modells sind Phase 1 und 2 der intervenierenden Variablen, also die Vorbedingungen für die Entstehung relativer Deprivation und die daraus resultierenden Emotionen. Der Zusammenhang zwischen Vorbedingungen und Gefühlen relativer Deprivation ist m.E. auch der einzige des Modells, der bisher empirisch überprüft wurde (vgl. Kap. II.3.1.3.2). Crosby postulierte, dass sämtliche Vorbedingungen erfüllt sein müssen, um einen Zustand relativer Deprivation entstehen zu lassen. Dieser ist gekennzeichnet durch Gefühle wie Ärger, Unzufriedenheit und Verstimmung und wird von Crosby synonym damit verwendet. Ist eine der Vorbedingungen nicht gegeben, so kann nach Crosbys Vorstellung auch keine relative Deprivation und somit Unzufriedenheit etc. entstehen.

II.3.1.3.2 Die empirische Überprüfung der theoretischen Modelle durch Crosby et al.

Betrachtet man die empirische Bestätigung der einzelnen Konzepte stellt man fest, dass ein Großteil der empirischen Unterstützung indirekt ist (Crosby et al. 1984). Keines der Modelle hat m.E. bisher direkte volle Unterstützung durch Labor- oder Feldforschung erfahren hat.

Zur empirischen Überprüfung sämtlicher Modelle bis 1976 existieren nur zwei Untersuchungen: Ein Rollenspiel-Experiment von Bernstein und Crosby (1980) und eine Befragung aus den Jahren 1978/79 (Crosby, 1982; Crosby, Muehrer und Loewenstein, 1986). Diese Untersuchungen sollen im folgenden kurz beschrieben werden:

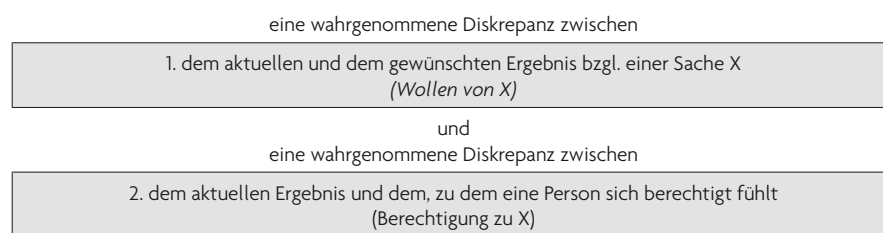
(1) 1980 veröffentlichten Bernstein und Crosby die Ergebnisse eines Rollenspiels, in dem 528 Studenten verschiedene Versionen einer Geschichte über eine fiktive Person vorgelegt bekamen. Nachdem sie die Geschichte gelesen hatten, sollten sie einschätzen, in welchem Ausmaß die Person unzufrieden ist, sich ärgert, unglücklich ist, etc. In den unterschiedlichen Versionen der Geschichte waren die einzelnen in Tab. II.3b aufgeführten Vorbedingungen für relative Deprivation jeweils gegeben oder nicht. Die Ergebnisse konnten den Zusammenhang zwischen den fünf Vorbedingungen und Gefühlen relativer Deprivation aus Crosbys ausführlichem Modell von 1976 teilweise bestätigen: Entgegen Crosbys Erwartungen zeigte sich aber, dass auch schon einzelne Vorbedingungen genügten, um Gefühle relativer Deprivation zu erzeugen oder zu verstärken. Weiterhin gab es Hinweise, dass verschiedene Faktoren einander stark beeinflussten. Z.B. entstand relative Deprivation aus dem Gefühl der Berechtigung heraus nur dann, wenn gleichzeitig ein sozialer Vergleich stattfand. Entgegen Crosbys Annahme waren Unzufriedenheit, Ärger etc. größer, wenn die Möglichkeit des Erreichens von X *gering* war als wenn sie gut war und die Person *sich selbst* statt andere für das Nicht-Besitzen von X verantwortlich machte.

(2) 1982 veröffentlichte Crosby die Ergebnisse einer Befragung von 405 Personen. Gefragt wurden Männer und Frauen in mittlerem Alter u.a. zu ihrer Arbeitsplatzsituation, zu ihrer Ansicht über die Situation berufstätiger Frauen allgemein und zur Arbeitsteilung im Haushalt. Überprüft wurde in dem Interview wiederum der Zusammenhang zwischen den von Crosby (1976) postulierten fünf Vorbedingungen für relative Deprivation und den aus relativer Deprivation entstehenden Gefühlen. Ebenfalls überprüfte Crosby in dieser Untersuchung die Validität der Modelle von Davis (1959), Runciman (1966) und Williams (1975). Auf Details dieser Untersuchungen wird weiter unten noch genauer eingegangen.

Für keines der Modelle konnte Crosby eine volle Bestätigung finden. Die von ihr postulierten fünf Vorbedingungen waren nicht in ihrer Gesamtheit notwendig, um relative Deprivation entstehen zu lassen.

II.3.1.3.3 Das 2-Faktor-Modell von Crosby (1982) und dessen empirische Überprüfung

Daraufhin revidierte Crosby ihr Modell zur Entstehung relativer Deprivation. Sie behielt für das neue Modell die beiden Faktoren bei, die am häufigsten Gefühle relativer Deprivation vorhersagen konnten. Diese beiden Faktoren waren:

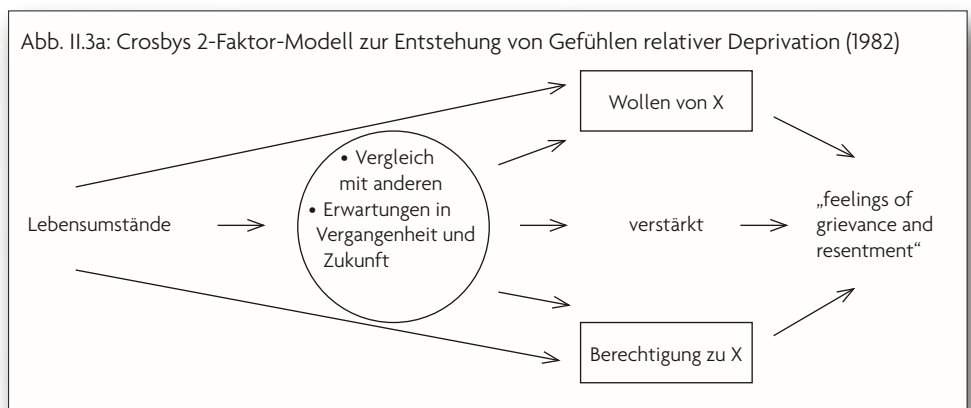


Diese beiden essentiellen Voraussetzungen für die Entstehung relativer Deprivation werden beeinflusst durch Vergleiche mit anderen und der Möglichkeit des Erreichens von X. In Anlehnung an Cook et al. (1977) unterschied Crosby hier zwischen der Möglichkeit, eine Sache X früher einmal besessen zu haben und der Möglichkeit, eine Sache in der Zukunft einmal erreichen zu können. Wenn ein Individuum in der Vergangenheit die Möglichkeit hatte, X zu erreichen, verstärkt dies die relative Deprivation (Bernstein & Crosby, 1980). Wenn es in der Zukunft die Möglichkeit sieht, X zu erreichen, wird die relative Deprivation gedämpft (Bernstein & Crosby, 1980). Eine Übersicht gibt Abb. II.3a.

Das in Abb. II.3a dargestellte 2-Faktor-Modell sowie dessen Vorläufer wurden von Crosby (1982) und Crosby et al. (1986 – durch Re-Analyse der Daten von 1982) überprüft. Die Ergebnisse dieser beiden Unter-

suchungen sollen im Folgenden ausführlicher dargestellt werden, da sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit nachvollzogen werden sollen.

In der Untersuchung von 1982 wurde zunächst in einer multiplen Regressionsanalyse überprüft, ob die aus der Literatur abgeleiteten Vorbedingungen für relative Deprivation mehr Varianz der abhängigen Variable erklären können als soziodemographische Faktoren allein. Dies war der Fall, somit wurde die Theorie der relativen Deprivation prinzipiell für gültig erklärt. Um heraus zu finden, welches der verschiedenen Modelle am genauesten ist, wurden zwei Berechnungen zu jedem einzelnen Modell durchgeführt.



1. der sogenannte „constellation approach“. Hierzu wird die Stichprobe anhand der Vorbedingungen eingeteilt in die Gruppe, in der die nach dem jeweiligen Modell gültigen Vorbedingungen gegeben sind und den Rest und hinsichtlich der (Un-)Zufriedenheitswerte verglichen.

2. der sogenannte „extreme score approach“: Hier wird die Stichprobe eingeteilt in die beiden kleinen Gruppen, die die höchste bzw. niedrigste Unzufriedenheit angegeben. Diese beiden Gruppen werden hinsichtlich des Ausmaßes, in dem die einzelnen Vorbedingungen gegeben sind verglichen.

Nach Auswertung dieser Untersuchungen konnte für keines der bis dato existierenden Modelle eine uneingeschränkte Gültigkeit postuliert werden, es wurde das 2-Faktor-Modell vorgeschlagen, da die beiden Faktoren *WOLLEN* und *BERECHTIGUNG* den stärksten Einfluss auf Zufriedenheitsurteile hatten.

In der Untersuchung von 1986 wurde dieses 2-Faktor-Modell auf seine Vorhersagekraft überprüft, indem:

1. die Folgerichtigkeit („consistency“) überprüft wurde, d.h. es wurde geprüft, ob sich ein Individuum nur dann depriviert fühlt, wenn beide als essentiell angesehenen Faktoren (*Wollen* und *Berechtigung*) gegeben sind.
2. Der Konsens in verschiedenen Lebensbereichen untersucht wurde, d.h. es wurde erwartet, dass das Modell in unterschiedlichen Kontexten dieselben Zusammenhänge zeigt.
3. Die Trennschärfe zum Konstrukt Depressivität überprüft wurde.

Aus den Ergebnissen wurde geschlussfolgert, dass eine Prädiktion mit diesem wie mit allen anderen Modellen zwar nicht gelingt, relative Deprivation (und insbesondere das 2-Faktor-Modell) jedoch als erklärendes Konzept gut geeignet sei.

Die von Crosby und Mitarbeitern publizierten Ergebnisse der eben beschriebenen Berechnungen sollen nun für das 2-Faktor-Modell dargestellt werden, da diese in der vorliegenden Untersuchung repliziert werden sollen.

1. Der sogenannte „constellation approach“ zur Überprüfung des 2-Faktor-Modells

Hierzu wird die Stichprobe retrospektiv aufgeteilt in den Teil der Personen, bei denen die beiden essentiellen Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* gegeben sind (die sog. „constellation group“) und den Rest. Die mittleren Zufriedenheitswerte der beiden Gruppen werden miteinander verglichen. Erwartungsgemäß zeigte sich signifikant höhere Unzufriedenheit bei den Probanden (Pbn), die eine bessere Sache X sowohl wollen als auch sich dazu berechtigt fühlen im Vergleich mit dem Rest der Stichprobe (Tab. II.3c).

2. Der sogenannte „extreme score approach“ zur Überprüfung des 2-Faktor-Modells

Dazu wird die Stichprobe eingeteilt in je eine Gruppe bestehend aus den Pbn mit den höchsten Zufriedenheitswerten, eine Gruppe bestehend aus den Pbn mit den niedrigsten Zufriedenheitswerten und den Rest (mit mittleren Zufriedenheitswerten). In den beiden Extremwert-Gruppen wird dann das Ausmaß verg-

Tab. II.3c: Daten von Crosby et al. 1986 zum „constellation approach“ (p.24)

	constellation group (=Wollen und Berechtigung gegeben)	Rest	
Bereich	mittlerer Unzufriedenheitswert (n)		t-Wert (Sign.niveau)
Heim (home)	11,21 (89)	8,50 (253)	6,20 (.0001)
Arbeit (job)	12,38 (44)	8,17 (240)	5,30 (.0001)

Tab. II.3d: Daten von Crosby (1982) zum „extreme score approach“ (pp. 141, 146, 150)

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“/ „Berechtigung“ bei den ...		t-Wert, df, Sign.niveau
		... am meisten Deprivierten	... am wenigsten Deprivierten	
Arbeit	Wollen	12,61 (23)	5,96 (23)	-5,57, 44, .0001
	Berechtigung	8,63 (23)	5,90 (23)	-5,79, 44, .0001
Frauen	Wollen	9,65 (42)	8,39 (58)	-4,92, 96, .0001
	Berechtigung	9,25 (42)	7,38 (58)	-7,76, 98, .0001
Heim	Wollen	6,33 (15)	2,73 (15)	-3,04, 28, .005
	Berechtigung	8,33 (15)	4,13 (15)	-2,45, 28, .021

lichen, in dem die jeweilige Vorbedingung (*Wollen* oder *Berechtigung*) vorhanden ist. Crosby (1982) zeigte, dass in den drei Bereichen *Arbeit*, *Frauen* und *Heim* sowohl *Wollen* als auch *Berechtigung* bei Pbn mit starken Deprivationsgefühlen signifikant stärker ausgeprägt sind als bei Pbn mit geringen Deprivationsgefühlen (s. Tab. II.3d).

3. „comparison of individual binary variables“ zur Überprüfung des 2-Faktor-Modells

Teilt man die Stichprobe danach auf, ob eine einzelne Vorbedingung gegeben ist oder nicht, müssen sich die so entstandenen Gruppen in ihren Deprivationswerten unterscheiden. Crosby et al. (1986) veröffentlichten die in Tab. II.3e dargestellten Ergebnisse.

Es zeigten sich entsprechend den Vorhersagen der Theorie signifikante Unterschiede in den Deprivationswerten, d.h. diejenigen Personen, die sich eine bessere Situation jeweils wünschen bzw. sich dazu berechtigt fühlen, sind im Mittel mit der aktuellen Situation unzufriedener als der Rest. Anhand der t-Werte

Tab. II.3e: Daten von Crosby et al. 1986 zu „comparison of individual binary variables“

Bereich	Vorbedingung	mittlerer Deprivationswert (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung ...		t-Wert, Sign. niveau
		... gegeben	... nicht gegeben	
Arbeit	<i>Wollen</i>	10,54 (161)	8,02 (181)	6,9 (.0001)
	<i>Berechtigung</i>	10,22 (133)	8,56 (209)	4,2 (.0001)
Heim	<i>Wollen</i>	10,14 (131)	8,54 (153)	3,5 (.0005)
	<i>Berechtigung</i>	11,66 (66)	8,55 (218)	5,6 (.0001)

zeigt sich jedoch, dass im Bereich Arbeit der Faktor *Wollen* einen größeren Einfluss zu haben scheint, im Bereich Heim der Faktor *Berechtigung*. Ergebnisse aus dem Bereich Frauen wurden nicht veröffentlicht.

4. Korrelative Zusammenhänge zwischen Vorbedingungen und relativer Deprivation

Eine ergänzende Untersuchungen zu Zusammenhängen innerhalb des 2-Faktor-Modells wurde von Olson et al. (1995) publiziert. Die Autoren untersuchten Zusammenhangsmaße zwischen den Vorbedingungen für relative Deprivation (*Wollen* und *Berechtigung*) und Zufriedenheit in zwei eigenen Studien. Die Ergebnisse sind in Tab. II.3f dargestellt. In der ersten Studie wurden 50 alleinerziehende Mütter als deprivierte Gruppe zu Vorbedingungen und Gefühlen relativer Deprivation befragt. In einer zweiten Studie wurden dieselben Variablen bei berufstätigen Frauen erhoben. In beiden Studien zeigten sich signifikante korrelative Zusammenhänge für den Faktor *Wollen* und Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit. Gefühle einer *Berechtigung* waren nur inkonstant mit Unzufriedenheit bzw. ähnlichen Emotionen verknüpft. Olson et al. (1995) schlugen vor, *Wollen* und *Berechtigung* als zwei unabhängige additive Determinanten relativer Deprivation anzusehen.

Tab. II.3f: Daten von Olson et al. 1995: Korrelationen zwischen Vorbedingungen und Gefühlen relativer Deprivation

	Studie 1		Studie 2
	resentment/anger-Index	deprivation-Index aus MAACL++	personal dissatisfaction
<i>Wollen</i>	,59*	,41*	,41*
<i>Berechtigung</i>	,44*	,21	,10

n=50; *p<.01

n=62; *p<.01

MAACL: Multiple Affect Adjective Checklist - modified

5. Ergänzende Untersuchungen von Crosby et al. (1986)

In ergänzenden Untersuchungen versuchten Crosby und Mitarbeiter (1986) die Folgerichtigkeit des Modells („consistency“) zu Überprüfen. Dazu wurden Varianzanalysen durchgeführt und für die Bereiche Arbeit und Heim publiziert. Die Ergebnisse zeigten, dass in den beiden Bereichen die Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* unterschiedlichen Einfluss haben: Im Bereich *Arbeit* spielt *Wollen* eine größere Rolle, im Bereich *Heim* hat *Berechtigung* einen größeren Einfluss. Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass **beide** Vorbedingungen gegeben sein müssen, um Unzufriedenheit zu steigern.

II.3.2 Kritik an der Theorie der relativen Deprivation

Trotz mittlerweile 50 Jahren Forschung zur Theorie der relativen Deprivation gibt es noch Kritikpunkte, die weiterer Aufklärung bedürfen.

- 1) Es herrscht keine Einigkeit darüber, ob relative Deprivation als Kognition oder als Emotion verstanden werden soll. Crosby (z.B. 1976, 1982) benutzt den Begriff als Synonym für ein Gefühl, das unter bestimmten Voraussetzungen entsteht. Williams (1975) dagegen definiert relative Deprivation als das Ergebnis eines sozialen Prozesses, der über eine bloße Emotion hinaus geht („As the outcome of a social process, relative deprivation is a consensually defined condition and not merely a subjective feeling state of an individual.“, Williams, 1975, S.358). Diese „definitional ambiguity“ (Taylor & Moghaddam, 1994) zwischen relativer Deprivation als Kognition oder Emotion ist bisher nicht geklärt.
- 2) Auch über die Art der aus relativer Deprivation entstehenden Emotionen herrscht keine Einigkeit. Für Stouffer et al. (1949) diente das Konzept der relativen Deprivation als Erklärungsmöglichkeit sowohl für Unzufriedenheit mit objektiv guten Umständen als auch für Zufriedenheit mit objektiv ungünstigen Umständen. Ein Teil späterer Arbeiten (z.B. Davis 1959, Williams 1975) benutzte die Theorie der relativen Deprivation nur noch als Erklärungsmodell für die Entstehung von *Unzufriedenheit* unter günstigen Bedingungen. Crosby dagegen (z.B. Crosby 1976; Crosby 1982) erklärte mit relativer Deprivation u.a. die bestehende paradoxe *Zufriedenheit* berufstätiger Frauen trotz wahrgenommener benachteiligender Arbeitsbedingungen. Die Theorie wurde also sowohl auf die Entstehung von Unzufriedenheit als auch auf die Entstehung von Zufriedenheit angewandt. Betrachtet man die empirischen Studien zur Theorie der relativen Deprivation, stellt man fest, dass als Maß für relative Deprivation unterschiedliche Emotionen eingesetzt wurden: So wurden die Versuchspersonen (Vpn) sowohl nach „satisfaction“ oder „dissatisfaction“ (*Zufriedenheit* bzw. *Unzufriedenheit*; z.B. Runciman 1966, Bernstein & Crosby 1980, Crosby 1982, Olson et al. 1995)), als auch nach „resentment“/„anger“ (*Ärger*; z.B. Bernstein & Crosby 1980, Crosby 1982, Olson et al. 1995), „dissapointment“ (*Enttäuschung*; Bernstein & Crosby 1980) und „unhappiness“ (*unglücklich sein*; Olson et al. 1995) gefragt. Oft wurde daraus ein Misch-index gebildet. Leuschner et al. (1995) konnten jedoch beispielsweise *Unzufriedenheit* von *Ärger* (im deutschen Sprachraum) unterscheiden, indem sie Vpn ein gerechtes vs. ein ungerechtes Vorgehen simulierten. Folglich scheinen hier Unterschiede zu existieren, die evtl. nicht durch eine einzelne Theorie erklärt werden könnten. Dies wurde m.E. in den Arbeiten zu relativer Deprivation bisher nicht thematisiert.
- 3) Ebenfalls nicht zufriedenstellend beantwortet ist ein Kritikpunkt, der schon zu Anfang des Konzeptes bestand: Die Theorie wurde und wird meist nur als post-hoc-Erklärung für eine bestehende Diskrepanz zwischen der Qualität einer Situation und deren Bewertung eingesetzt (Merton & Kitt, 1950; Taylor & Moghaddam, 1994). Versuche mittels formaler Modelle Vorhersagen für die Entstehung von Ärger und Unzufriedenheit zu treffen schlugen weitgehend fehl.
- 4) Wie in Kap. II.5 noch ausführlich erläutert werden wird, ist es nicht immer möglich, vorherzusagen mit wem sich ein Individuum vergleicht, um zu den Referenzstandards zu gelangen, an denen sich seine Deprivation relativiert. Die meisten Untersuchungen zu relativer Deprivation gehen von der Annahme aus, dass Vergleiche zum Zweck der korrekten Einschätzung der eigenen Lage mit ähnlichen anderen vorgenommen werden. Man weiß jedoch heute, dass soziale Vergleiche noch wichtige andere Funktionen wie

z.B. die Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes innehaben, die wenig mit einer korrekten Selbsteinschätzung zu tun haben (Kap. II.5). Dies wurde in den Arbeiten zu relativer Deprivation bisher kaum beachtet.

- 5) Es ist weiterhin unklar, welche Konsequenzen ein Zustand relativer Deprivation nach sich zieht (Taylor & Moghaddam, 1994). Die Ansätze in Crosbys Modell von 1976 wurden, wie oben erwähnt, m.E. empirisch bisher nicht überprüft. Eine Ausnahme stellt die Arbeit von Olson et al. (1995) dar, die korrelative Zusammenhänge zwischen relativer Deprivation und der Bereitschaft, die bestehende Situation ändern zu wollen, beschreiben.
- 6) Walker und Pettigrew (1984) kritisierten, dass die von Runciman 1966 eingeführte Trennung fraternaler von individueller Deprivation in späteren Arbeiten wieder aufgehoben und verwischt wurde. Die Autoren kritisieren beispielsweise Gurr (1970), der seine Hypothesen zu individueller relativer Deprivation überprüfte, indem er Merkmale fraternaler relativer Deprivation maß. Crosbys Modell von 1976, dass von ihr explizit für individuelle Deprivation gedacht war, wurde in einer späteren Arbeit von ihr selbst (Crosby 1982) auf den Bereich sozialer Deprivation angewandt. Dabei zeigt das „*Paradox der zufriedenen berufstätigen Frau*“ (Frauen nehmen in der Arbeitswelt die Deprivation ihres Geschlechts sehr wohl wahr, nicht jedoch ihre sich daraus ergebende persönliche Deprivation) deutlich, dass individuelle und fraternaler Deprivation sich voneinander unterscheiden lassen. Wie oben angeführt, zeigte sich fraternaler Deprivation auch in vielen Studien als besserer Prädiktor für soziales Verhalten (wie z.B. Rassenunruhen oder Arbeitskämpfe) als individuelle Deprivation.

Für weitere Kritik an der Theorie der relativen Deprivation vgl. auch Walker & Pettigrew (1984) und Taylor & Moghaddam (1994): „Clearly, work on the feelings associated with collective deprivation is just beginning, and, at least for the immediate future, research on this topic is likely to be somewhat uncoordinated“ (Taylor & Moghaddam 1994, S.131)

II.3.3 Zusammenfassung

Die Theorie der relativen Deprivation wurde aufgestellt, um hohe Zufriedenheit unter objektiv ungünstigen Bedingungen zu erklären. Die Bewertung einer Situation ist laut den Begründern der Theorie (Stouffer et al. 1949) abhängig von Erwartungen, Ansprüchen und den Vergleichsstandards eines Individuums. Zufriedenheit mit einer Sache X ist somit keine direkte Folge der äußeren Umstände sondern eine Situation wird immer *relativ* bewertet. „At the heart of the term [*relative deprivation* – TR] is the notion that subjective well-being does not derive simply from one’s objective situation.“ (Clayton et al. 1992, S. 43). Nach ausführlichen Untersuchungen von Crosby und Mitarbeitern zeigt ein einfaches Modell, das als entscheidende Faktoren für die Entstehung von Unzufriedenheit den *Wunsch* nach einer Sache und das Gefühl der *Berechtigung* dazu ansieht, ausreichende Gültigkeit als post-hoc-Erklärung. Um Unzufriedenheit entstehen zu lassen, muss eine Person sich eine Sache wünschen und sich als berechtigt für diese Sache ansehen. Sind diese Vorbedingungen nicht gegeben, entsteht auch keine Unzufriedenheit. Dabei werden sowohl der Wunsch nach einer Sache durch soziale Vergleiche beeinflusst („What we desire is based on what others have“ – Taylor & Moghaddam, 1994, S.128) als auch das Gefühl der Berechtigung zu etwas („... people typically feel they deserve the same treatment or outcomes that (...) others like themselves receive.“, Major, 1994, S.303).

II.4 Die Theorie der Referenzkognitionen

Eine weitere sozialpsychologische Theorie zur Regulation von Zufriedenheit und Unzufriedenheit ist die Theorie der Referenz-Kognitionen (referent cognitions-theory, RCT) von Folger und Mitarbeitern (u.a. Mark & Folger 1984, Folger 1986, Folger 1987). Sie wurde ursprünglich als Erweiterung der Arbeiten von Crosby und Mitarbeitern (1976, 1982) zur Theorie der relativen Deprivation vorgestellt (Folger 1987) und bezieht sich explizit auf die individuelle Form relativer Deprivation („RCT applies most directly to egoistic relative deprivation“, Folger 1986a S. 47), die die Situation schizophrener LKP charakterisiert.

Ähnlich wie bei der Theorie der relativen Deprivation wird gemäß der RCT die subjektive Bewertung einer Situation nach alternativen („Referenz“-)Wahrnehmungen beurteilt, die als Basis für Vergleiche dienen. Die RCT nennt folgende 3 Voraussetzungen für Unzufriedenheit:

- (1) das Vorhandensein einer besseren alternativen Referenzsituation („*high referent outcome*“)
- (2) eine geringe Wahrscheinlichkeit der Verbesserung der aktuellen Situation („*low likelihood of amelioration*“) und
- (3) die Vorstellung, dass eine Ungerechtigkeit zur aktuellen Situation geführt hat („*low justification*“).

Die Elemente der Theorie werden im Folgenden einzeln vorgestellt, anschließend wird eine Zusammenfassung der Theorie versucht. Weiterhin wird auf die empirische Bestätigung der Theorie eingegangen und schließlich werden einige Kritikpunkte an der Theorie aufgeführt.

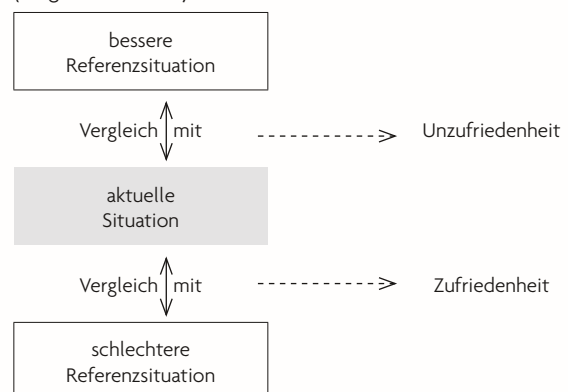
II.4.1 Die Vorbedingungen für Unzufriedenheit

Die drei Elemente der RCT wurden 1983 von Folger et al. (1983a, 1983b) zunächst einzeln publiziert, von Folger, Rosenfield & Robinson (1983c) wurden erstmals die drei Elemente gemeinsam als Voraussetzung für Unzufriedenheit vorgestellt und 1984 als „Theorie der Referenzkognitionen“ betitelt (Mark & Folger, 1984).

II.4.1.1 Die Referenzsituation

Eine Referenzsituation („*referent outcome*“) ist eine imaginierte Situation, die auch *hätte sein können*. Sie dient als Maßstab, nach dem die aktuelle Situation bewertet wird. Ist die gedankliche Alternative im Vergleich zur aktuellen Situation besser, stellt sie eine „gute Referenzsituation“ (*high referent outcome*) dar, ist sie gleich oder schlechter, stellt sie eine „schlechte Referenzsituation“ (*low referent outcome*) dar. Eine gute Referenzsituation bildet nach Folger et al. (1983) die Basis für Unzufriedenheit. Beispielsweise könnte eine Person, die auf einer Bananenschale ausrutscht und sich das Handgelenk verstaucht, unzufrieden damit sein, wenn sie sich vorstellt, dass das nicht passiert wäre, wenn sie besser aufgepasst hätte. Sie könnte aber auch zufrieden mit der Situation sein, wenn sie eine schlechte Referenzsituation zur Bewertung des Ausrutschers heranzieht (z.B. Handgelenk gebrochen statt verstaucht). Abb. II.4a soll diesen Zusammenhang veranschaulichen. Eine Referenzsituation kann sowohl aus der Erinnerung kommen als

Abb. II.4a: Der Einfluss von Referenzsituationen auf Zufriedenheit (Folger et al., 1983)



auch im Geiste simuliert werden (Folger, 1983b). Je besser sich jemand eine gute Referenzsituation vorstellen kann, je „näher“ diese ist, desto größeren emotionalen Einfluss hat sie, d.h. desto unzufriedener wird die Person mit der bestehenden Situation⁶.

Um in einer realen Situation zu einer imaginierten Alternativsituation zu gelangen, postulierte Folger (1983c), dass die aktuelle Situation gedanklich zunächst rückgängig gemacht wird („*mental undoing*“) und es dann zu einer Vorstellung kommt, wie es unter anderen Umständen auch aussehen könnte. Diese Simulation kann z.B. von anderen Ausgangsvoraussetzungen ausgehen (z.B. wäre man nicht auf einer Bananenschale ausgerutscht, wenn man einen anderen Weg gegangen wäre) oder kann andere Verläufe beinhalten, in der die eigenen oder die Handlungen anderer anders sind (z.B. wäre man nicht ausgerutscht, wenn kurz zuvor jemand die Bananenschale aufgehoben hätte), u.v.m. Durch die Simulation entsteht also entweder eine erinnerte oder eine ausgedachte „was-wäre-wenn“-Situation.

II.4.1.2 Die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung

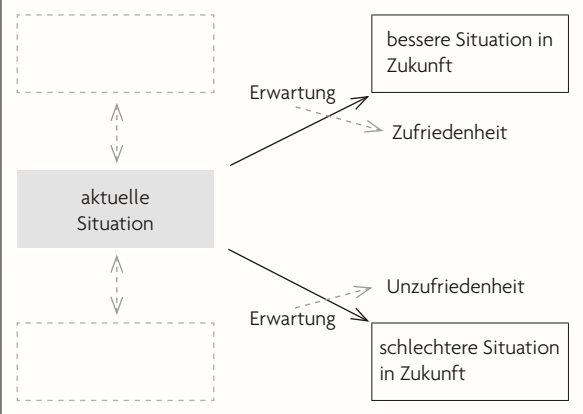
Das zweite Element der RCT, das von Folger et al. (1983a) vorgestellt wurde, ist die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung.⁷ Diese Referenzwahrnehmung bezieht sich auf das, was *noch sein könnte*, also auf die Erwartungen, die eine Person unter den aktuellen Umständen an die Zukunft hat. Die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung stellt ebenso wie die oben beschriebene „Referenzsituation“ eine Vorstellung dar, auf die bei der Bewertung der realen Situation Bezug genommen wird. Die Verbesserungswahrscheinlichkeit ist *hoch*, wenn eine Person sich vorstellen kann, dass eine erwünschte bessere Situation in Zukunft wahrscheinlich ist. Sie ist *niedrig*, wenn die bestehende (unerwünschte) Situation als stabil und unveränderlich angesehen wird oder gar eine Verschlechterung vermutet wird.

Eine hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit kann Unzufriedenheit mit einer bestehenden Situation abmildern oder sogar die Entstehung derselben verhindern (Folger et al. 1983a). Dies geschieht, indem die antizipierte verbesserte Situation die aktuelle ersetzt. Folger et al. (1983a) bezeichnen dies als „replacement effect“. Eine niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit verstärkt bei Vorhandensein einer guten Referenzsituation bestehende Unzufriedenheit (Um bei dem o.g. Bananenschalen-Beispiel zu bleiben: Die gestürzte Person wird unzufriedener sein, wenn sie annimmt, dass sie die folgenden 2 Wochen Schmerzen haben

wird, als wenn sie davon ausgeht, dass ihr am nächsten Tag schon nichts mehr weh tun wird). Abb. II.4b soll den Einfluss der Verbesserungswahrscheinlichkeit auf Zufriedenheitsurteile verdeutlichen.

Das Element der „Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung“ entspricht nach Folger (1987) in der oben beschriebenen Definition genau dem Terminus *Erwartungen an die Zukunft* aus Crosbys Modellen zu relativer

Abb. II.4b: Der Einfluss der Verbesserungswahrscheinlichkeit auf Zufriedenheitsurteile (Folger et al., 1983a)



⁶ Kahneman & Tversky (1982; zit. n. Folger et al. 1983b) stellten ein Experiment vor, in dem Versuchspersonen (Vpn) die Geschichte zweier Geschäftsmänner erzählt wurde, die beide gerade einen Flug verpasst haben. Während beide Personen 30 Minuten zu spät am Flughafen ankommen, erfährt einer der beiden, dass sein Flugzeug 25 Minuten Verspätung hatte, wogegen das des anderen pünktlich gestartet war. 96% der Vpn gaben an, dass der erste der beiden Geschäftsmänner unzufriedener sein wird als der andere obwohl beide das Flugzeug verpasst hatten. Die Autoren erklärten dies damit, dass der, dessen Flugzeug mit Verspätung gestartet war, sich besser vorstellen kann, wie er es noch hätte erreichen können, als der andere, der dessen Flugzeug pünktlich abgeflogen ist.

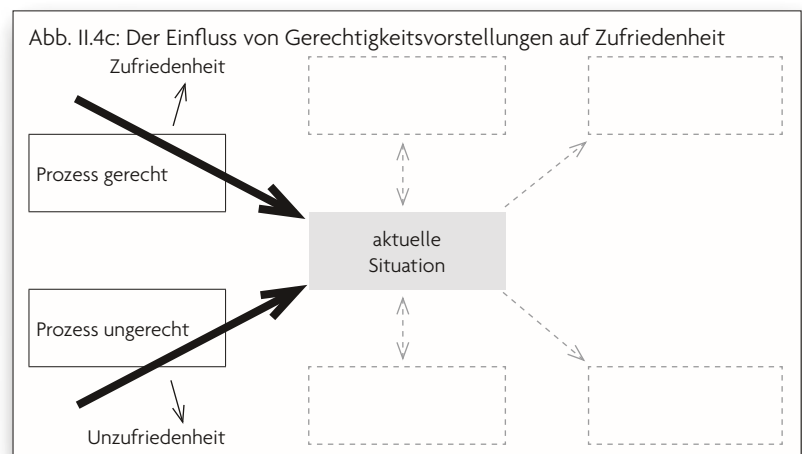
⁷ Folger et al. (1983a) bezeichneten diese Einschätzungen der Wahrscheinlichkeit ursprünglich als „*likelihood estimates*“. Im Folgenden soll der Ausdruck jedoch mit „Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung“ übersetzt werden, da dieses Element der RCT in späteren Publikationen [z.B. Folger, 1987] „*likelihood of amelioration*“ genannt und damit m.E. treffender beschrieben wird.

Deprivation (Crosby 1976, Crosby 1982 – s. voriges Kapitel). In einer der letzten veröffentlichten Arbeiten zur RCT grenzte Folger (1987) den Begriff davon jedoch ab und erweiterte ihn dahingehend, dass die Erwartung einer Verbesserung in der Zukunft zusätzlich eine Korrektur bestehender ungerechter Prozesse beinhalte. So könne nicht nur Unzufriedenheit sondern sogar Ärger (resentment) mit dem Bestehenden abgemildert werden. Dies passiert jedoch nur dann, wenn diese Korrektur von demjenigen selbst ausgeht, der für die Ungerechtigkeit verantwortlich ist.

Die beiden bisher beschriebenen imaginierten Alternativsituationen (Referenzsituation und vermutete Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung) haben also einen entgegengesetzten Einfluss auf die Bewertung einer gegebenen Situation: Während eine gute Referenzsituation zu Unzufriedenheit führt, wird dies von einer hohen Verbesserungswahrscheinlichkeit verhindert bzw. abgemildert.

II.4.1.3 Die Prozessgerechtigkeit

Das dritte und letzte Element der RCT wurde ebenfalls im Jahr 1983 von Folger, Rosenfield und Robinson (1983c) vorgestellt. Die Autoren betrachteten in dieser Arbeit die Umstände und Prozesse näher, unter denen eine Situation zustande kommt. Ausschlaggebend für ein Zufriedenheitsurteil bezüglich einer Sache X ist u.a. das Ausmaß an Gerechtigkeit, welches über den Entstehungsprozess, der zu



X geführt hat, vermittelt wird. Folger nannte dieses Element der RCT „*procedural justification*“, was im Folgenden mit „Prozessgerechtigkeit“ übersetzt wird⁸. Werden die Umstände, unter denen es zur aktuellen Situation gekommen ist, als ungerecht angesehen, ist die Zufriedenheit damit gering und es entsteht sogar Ärger. Diese Bedingung wird als „niedrige Prozessgerechtigkeit“ (*low justification*) bezeichnet. Sind die Entstehungsbedingungen jedoch gerecht („hohe Prozessgerechtigkeit“ – *high justification*), entstehen weder Unzufriedenheit noch Ärger, unabhängig davon, ob eine gute Referenzsituation vorstellbar ist oder nicht und wie die Erwartungen an die Zukunft sind. Zur Veranschaulichung soll Abb. II.4c dienen.

II.4.2 Ein Modell zu Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der Referenzkognitionen

Die drei Elemente der RCT beeinflussen also abhängig von ihrer Ausprägung Zufriedenheitsurteile (Folger 1986, 1987):

1. Gibt es mindestens eine bessere gedankliche Alternative zu der bestehenden Situation (*gute Referenzsituation*) entsteht Unzufriedenheit mit dem Bestehenden.
2. Diese Unzufriedenheit kann abgemildert werden, wenn es als wahrscheinlich angesehen wird, dass sich die gegenwärtige Situation bessern wird (*hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit*) bzw. sie kann noch verstärkt werden, wenn dies als unwahrscheinlich angesehen wird (*niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit*).
3. Aus Unzufriedenheit entsteht Ärger bzw. maximale Unzufriedenheit, wenn die Umstände, die zur ak-

⁸ Zwar lautet die wörtliche Übersetzung von „justification“ Rechtfertigung, inhaltlich bezieht sich die experimentell veränderte Variable, wie weiter unten erläutert wird, jedoch vornehmlich auf die Wahrnehmung der Gerechtigkeit des Prozesses, der zum bestehenden Ergebnis geführt hat. Daher wird in Übereinstimmung mit der Terminologie der Gerechtigkeitstheorien im deutschen Sprachgebrauch (vgl. den Exkurs in Kap. II.6) im Folgenden die vereinfachende Übersetzung „Prozessgerechtigkeit“ gewählt.

tuellen Situation geführt haben, als ungerecht angesehen werden (*niedrige Prozessgerechtigkeit*). Erscheinen die Umstände dagegen gerecht (*hohe Prozessgerechtigkeit*), entsteht keine Unzufriedenheit, selbst wenn eine gute Referenzsituation vorstellbar ist.

Abb. II.4d: Ein formales Modell zur Theorie der Referenzkognitionen

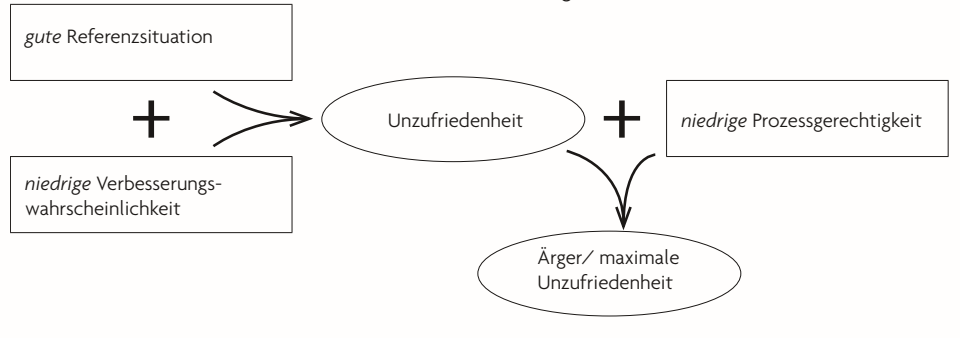


Abb. II.4d stellt den Versuch einer graphischen Darstellung dieser Zusammenhänge dar.

II.4.3 Die empirische Überprüfung der Theorie der Referenzkognitionen

Zur Überprüfung ihrer Hypothesen über die Entstehung von Unzufriedenheit, führten Folger et al. (1983a, 1983c, 1986) verschiedene Untersuchungen durch. Zum einen wiederholten sie das Rollenspiel-Experiment von Bernstein und Crosby (1980 – ausführlich beschrieben in Kap. II.3.1.3.2), wobei sie die Texte der vorgelegten Vignetten leicht abänderten (Folger et al. 1983a). Die Hintergrundinformationen beinhalteten nun eine gute/schlechte *Referenzsituationen* bzw. eine hohe/niedrige *Verbesserungswahrscheinlichkeit*. Vpn sollten sich auf der Grundlage der ihnen vorliegenden Informationen in die Situation der beschriebenen Person hineinversetzen und deren Unzufriedenheit angeben.

Die Tab. II.4a und II.4b zeigen die veröffentlichten Daten. Die Autoren konnten zeigen, dass bei experimentell erzeugter guter Referenzsituation die Unzufriedenheit der Vpn signifikant höher waren als bei schlechter Referenzsituation (Tab. II.4a) bzw. bei hoher Verbesserungswahrscheinlichkeit niedriger als bei niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit (Tab. II.4b). Diese Ergebnisse entsprechen den von der Theorie der Referenzkognitionen vorhergesagten Einflüssen der beiden Elemente.

Eine weitere Überprüfung des Einflusses von *Referenzsituation* und *Verbesserungswahrscheinlichkeit* wurde mittels eines Experiments durchgeführt (Folger, Rosenfield, Rheaume und Martin, 1983b). Das Experiment bestätigte ebenfalls die Hypothese, dass die Unzufriedenheit mit einer bestehenden Situation am größten ist, wenn es eine gute Referenzsituation gibt (d.h. eine Person sich in Gedanken eine bessere Alternative vorstellen kann) und die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der aktuellen Lage als gering angesehen wird. Die Ergebnisse sind in Tab. II.4c dargestellt. Folger und Mitarbeiter fanden im Mittel höhere Deprivationswerte in der Gruppe mit niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit als bei den Probanden der Gruppe mit hoher Verbesserungswahrscheinlichkeit. Eine Varianzanalyse ergab einen Haupteffekt der Verbes-

Tab. II.4a: Unzufriedenheitswerte bei guter bzw. schlechter Referenzsituation (n. Folger et al. 1983a)

	Mittlerer Unzufriedenheitswert (n)		
Untersuchung	Gute Referenzsituation	Schlechte Referenzsituation	
Rollenspiel 1	101,3 (26)	76,8 (19)	F (1,86) = 12,25; p < .01
Rollenspiel 2	92,4 (27)	79,4 (26)	F (1,101) = 7,29; p < .01

Tab. II.4b: Unzufriedenheitswerte bei hoher bzw. niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit (n. Folger et al. 1983a)

	Mittlerer Unzufriedenheitswert (n)		
Untersuchung	Hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit	Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit	
Rollenspiel 1	80,0 (22)	94,2 (23)	F (1,86) = 4,20; p < .05
Rollenspiel 2	80,0 (26)	86,3 (26)	F (1,101) = 3,96; p < .05

Tab. II.4c: Deprivationswerte in Abhängigkeit von Referenzsituationen und Verbesserungswahrscheinlichkeit n. Folger et al. (1983b)

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbesserungswahrscheinlichkeit	niedrig	8,33	13,27
	hoch	4,67	1,67

serungswahrscheinlichkeit, d.h. die Erwartungen an die Zukunft hatten größeren Einfluss auf die Zufriedenheit als eine gute oder schlechte Referenzsituation ($F(1,56) = 21,27; p < .01$). Darüber hinaus beschrieben sie eine Interaktion der Verbesserungswahrscheinlichkeit mit der Referenzsituation ($F(1,56) = 6,52, p < .014$). Innerhalb der Gruppe mit niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit unterscheiden sich Personen mit guter und schlechter Referenzsituation signifikant, in der anderen Gruppe nicht.

Um die Hypothese eines Einflusses der *Prozessgerechtigkeit* auf Zufriedenheit zu überprüfen, führten Folger et al. (1983c) ein Experiment durch, in dem Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit manipuliert wurden bei konstant gehaltener Verbesserungswahrscheinlichkeit. Die Auswertung der Ergebnisse (Tab. II.4d)

ergab eine signifikante Interaktion zwischen Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit. Außerdem zeigte sich, dass sich die Zufriedenheit der Probanden unter gerechten Bedingungen („hohe Prozessgerechtigkeit“) zwischen den Gruppen mit guter und schlechter Referenzsituation nicht unterschied, unter der Bedingung einer niedrigen Prozessgerechtigkeit jedoch schon (Folger et al.

1983c, p.271). Die Autoren fanden jedoch auch, dass Personen unter ungerechten Bedingungen zufrieden bzw. nur in geringem Ausmaß unzufrieden waren, wenn ihre Erwartungen niedrig waren (schlechte Referenzsituation). Es bestätigte sich somit nur ein Teil der Hypothesen bzgl. des Einflusses der Prozessgerechtigkeit (erwartet war ein großes Maß an Unzufriedenheit oder gar Ärger! – s.o.) In einer späteren Arbeit (Folger & Martin, 1986b) wurde dies als eine Frage des Kontext interpretiert und experimentell überprüft: waren Versuchspersonen der Meinung, ihre Bewertung der Gerechtigkeit eines Prozesses hätte Einfluss auf ihre Mitmenschen, wurde Unzufriedenheit auch dann geäußert, wenn die Versuchspersonen persönlich durch eine Ungerechtigkeit keinen Schaden davongetragen hatten.

II.4.4 Kritik an der Theorie der Referenzkognitionen

Im Gegensatz zur im vorigen Kapitel beschriebenen Theorie der relativen Deprivation ist die RCT noch vergleichsweise jung (Erstveröffentlichung 1984 vs. 1949) und nur spärlich untersucht. Zwar hat sie im Gegensatz zur Theorie der relativen Deprivation überwiegend experimentelle Unterstützung erfahren und konnte die meisten Vorhersagen über die Entstehung von Zufriedenheit und Unzufriedenheit erfüllen. Dagegen fand sie m.E. bisher keinen praktischen Einsatz in Untersuchungen unter „natürlichen“, d.h. nicht im Labor erzeugten Bedingungen. Die experimentelle Bestätigung bezieht sich nur auf einen kleinen Teil, der von den Autoren der Theorie getroffenen Aussagen. Beispielsweise gibt es von Folger selbst keine Überprüfung der Annahme, dass aus guter Referenzsituation und niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit Unzufriedenheit entsteht, aus einer niedrigen Prozessgerechtigkeit dagegen Ärger. Hinweise darauf finden sich aber in einer deutschsprachigen Untersuchung von Leuschner et al. (1995).

Ein weiterer Schwachpunkt, für den Folger und Mitarbeiter sowohl in früheren (Folger et al. 1983a) als auch in späteren (Folger 1986) Publikationen weiteren Forschungsbedarf sahen (dazu jedoch m.E. keine weiteren Untersuchungen publiziert haben) liegt darin, dass in den durchgeführten Experimenten nur Extremausmaße einer Referenzwahrnehmung simuliert worden waren (z.B. hohe vs. keine Verbesserungswahrschein-

Tab. II.4d: Mittlere Deprivationswerte unter Manipulation von Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit (Daten nach Folger et al. 1983c)

abhängige Variable	niedrige Prozessgerechtigkeit		hohe Prozessgerechtigkeit	
	schlechte Referenzsituation	gute Referenzsituation	schlechte Referenzsituation	gute Referenzsituation
angry	1,73	4,93	2,53	2,27
dissatisfied	2,53	4,80	2,93	3,40
upset	2,07	5,20	2,47	3,13
resentful	1,40	4,27	2,27	1,80

lichkeit). Im alltäglichen Leben finden sich jedoch vermutlich nicht immer derart klare Gegebenheiten. Die in diesem Zusammenhang von Folger und Mitarbeiter (1983a, 1986) angestellten Mutmaßungen über evtl. vorhandene kurvilineare Beziehungen wurden m.E. bisher ebenfalls nicht überprüft.

Schließlich gab es m.E. bisher noch kein Experiment, in dem alle drei Elemente der RCT variiert wurden. Es konnte somit eine Vielzahl von Interaktionen der Elemente nicht überprüft werden, wie z.B. wechselseitige Einflüsse von hoher Verbesserungswahrscheinlichkeit und niedriger Prozessgerechtigkeit auf Zufriedenheitsurteile. Auch gibt es von Folger keine Veröffentlichungen zum isolierten Einfluss der Prozessgerechtigkeit auf negative Emotionen. Insgesamt scheint die statistische Überprüfung des Modells dünner als die der Theorie der relativen Deprivation.

II.4.5 Zusammenfassung

Die Theorie der Referenzkognitionen wurde 1983 von Folger und Mitarbeitern (Folger et al. 1983b) als vereinfachtes Modell zur Erklärung der Entstehung von relativer Deprivation vorgestellt („We will reexamine relative deprivation ... and ... test a simplified model of these [underlying cognitive] processes.“, S. 173). Nach der Theorie der Referenzkognitionen spielen für Zufriedenheitsbewertungen alternative Wahrnehmungen eine Rolle, mit denen die aktuelle Situation verglichen wird. Diese Referenzkognitionen beinhalten imaginierte Alternativen zur aktuellen Situation, Vorstellungen über die Zukunft und Einschätzungen der Gerechtigkeit der momentanen Lage. Unzufriedenheit mit einer Situation entsteht dann, wenn eine bessere Alternative gut vorstellbar ist, die aktuelle Situation nicht verbesserbar erscheint und sie das Ergebnis einer Ungerechtigkeit darstellt. Um sich eine Alternative gedanklich vorstellen zu können, spielen soziale Vergleiche eine große Rolle: Wenn man sieht, dass es anderen hinsichtlich einer bestimmten Sache besser geht, kann man sich eher vorstellen dass es bei einem selbst ebenso sein könnte.

II.5 Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse

Wie in den beiden vorhergehenden Kapiteln dargelegt, spielen soziale Vergleiche sowohl für die Theorie der relativen Deprivation als auch für die Theorie der Referenzkognitionen eine wichtige Rolle (z.B. Masters et al., 1987; Olson et al., 1986, Folger, 1987). In diesem Kapitel wird ein Überblick über den Stand der Forschung zu sozialen Vergleichen gegeben. Insbesondere wird auf soziale Vergleiche im Hinblick auf relative Deprivation bzw. Unzufriedenheit eingegangen und es werden unterschiedliche Methoden der Erfassung sozialer Vergleichsprozesse vorgestellt und diskutiert.

Die Grundlagen der Theorie des sozialen Vergleichs wurden von Festinger (1954) gelegt. Festinger postulierte bei allen Individuen das Bedürfnis, sich mit anderen zu vergleichen. Dieses Bedürfnis entspringt der Notwendigkeit, die eigenen Meinungen und Fertigkeiten korrekt einzuschätzen, um in der Gesellschaft adäquat reagieren zu können.

Die Kriterien, bzgl. derer Menschen sich vergleichen, können sowohl objektiver als auch sozialer Natur sein. Ein objektives Vergleichskriterium stellt zum Beispiel die Zeit dar, die jemand für einen 100m-Lauf benötigt. Ein soziales Vergleichskriterium wäre die Leistung eines anderen Menschen beim 100m-Lauf. Laut Festinger (1954) werden soziale Kriterien dann herangezogen, wenn die Korrektheit der eigenen Einschätzung einer Sache oder Person überprüft werden soll und objektive Kriterien nicht verfügbar sind.

Für einen sozialen Vergleich werden nach Festinger Personen herangezogen, die als ähnlich angesehen wer-

den, da von diesen die wichtigsten Informationen erfahren werden können. Z.B. würde ein kleiner Junge seine Geschwindigkeit beim Laufen an der anderer gleichaltriger Jungen messen, um seine eigene Leistung zu beurteilen oder er würde seine Meinung zur Popgruppe „Tokio Hotel“ mit der seiner Freunde vergleichen. Die Leistung eines älteren Jungen beim Laufen oder die Meinung seiner Eltern zu „Tokio Hotel“ würden ihm bei der Überprüfung seiner Fähigkeiten bzw. seiner Meinung weniger helfen.

Bezüglich der Bewertung der eigenen Fähigkeiten postulierte Festinger einen *unidirectional drive upward* der dazu führt, sich mit anderen zu vergleichen, die besser sind. Dieser Drang beinhaltet einen Ansporn, die eigene Leistung zu verbessern.

Festingers Kernaussagen wurden in den folgenden Jahrzehnten in einigen Aspekten bestätigt, in anderen geklärt und erweitert (Goethals et al. 1991). Darauf soll im Folgenden eingegangen werden.

II.5.1 Begriffsbestimmungen und Definitionen

II.5.1.1 Objekte des sozialen Vergleichs

Unter Objekten des sozialen Vergleichs versteht man die Bereiche, in denen Menschen sich mit anderen vergleichen. Zusätzlich zu den ursprünglich von Festinger postulierten Bereichen „Fertigkeiten“ und „Meinungen“ beobachtete Schachter (1959) sozialen Vergleich auch bei der Bewertung von Emotionen: Er stellte bei Experimenten fest, dass Versuchspersonen, die Elektroschocks erhalten sollten, bevorzugt anderen nahe sein wollten, die derselben Bedrohung ausgesetzt waren. Dies wurde in der Literatur allgemein als der Wunsch interpretiert, sich mit anderen zu vergleichen, deren Emotionen ähnlich sind (Wheeler, 1991).

Thornton & Arrowood (1966) beobachteten sozialen Vergleich bei der Bewertung der eigenen Persönlichkeitseigenschaften. Wood et al. (1985) beschrieben sozialen Vergleich bei Patientinnen, die ihre Erfahrungen mit einer schweren Erkrankung und deren Behandlung bewerten sollten. Letztendlich werden alle Aspekte des Selbst über soziale Vergleiche (mit-)evaluiert (Wood & Taylor, 1991).

II.5.1.2 Ziele des sozialen Vergleichs

Unter dem Ziel eines sozialen Vergleichs versteht man die Person, mit der ein Vergleich vorgenommen wird. Festingers (1954) Postulat lautete, dass Menschen sich wann immer möglich mit einem „ähnlichen Anderen“ vergleiche. Diese Formulierung wurde anfänglich dahingehend interpretiert, dass v.a. Vergleichspersonen gewählt werden, die in der *evaluierten Dimension* ähnlich sind (zum Beispiel jemand, der eine ähnliche Meinung zu einem bestimmten Thema hat). Goethals und Darley (1977) schlugen vor, dass unter bestimmten Umständen auch diejenigen Personen Ziel eines sozialen Vergleichs werden, die bzgl. bestimmter *relevanter Merkmale die evaluierte Dimension betreffend* („related attributes“) ähnlich sind. Relevante Merkmale können z.B. Alter, Geschlecht, Ausbildung u.v.m. sein. Nachfolgende Forschung (Überblick z.B. bei Wheeler, 1991) konnte die Vermutung von Goethals et al. (1977) bestätigen.

Tesser und Kollegen (Tesser & Campbell, 1980; Tesser, 1986) gaben Festingers Begriff der Ähnlichkeit die Bezeichnung „*closeness*“ – Nähe. Sie stellten fest, dass unter bestimmten Bedingungen andere für soziale Vergleiche herangezogen werden, die weder in der evaluierten Dimension noch in damit in Zusammenhang stehenden Dimensionen ähnlich sind, sondern nur der Person in irgendeiner Art und Weise nahe stehen. Diese Nähe kann subjektiv (z.B. ein guter Freund) oder objektiv sein (zu objektiver Nähe zählen Tesser et al. Merkmale wie z.B. Ähnlichkeit in gesellschaftlichem Status, Studienfach, Aussehen u.v.m.). Auch die Gruppenzugehörigkeit hat großen Einfluss auf die wahrgenommene Ähnlichkeit einer anderen Person. Mitglieder der

eigenen Gruppe werden im Allgemeinen als ähnlicher angesehen als Nicht-Mitglieder. Allein eine willkürliche Aufteilung einer Anzahl von Menschen in zwei Gruppen löst ein Gefühl der Zusammengehörigkeit bei den Gruppenmitgliedern aus, dass sich in verschiedensten Bevorzugungen der eigenen Gruppe ausdrücken kann (Einen Überblick dazu gibt Atkinson, 1986).

II.5.1.3 Motive für sozialen Vergleich

Für Festinger (1954) gab es zwei Gründe, aus denen ein Individuum soziale Vergleiche durchführt: Zum einen der Wunsch nach korrekter Einschätzung eigener Fähigkeiten und Meinungen (Selbstevaluation), zum anderen ein Bedürfnis nach Verbesserung der eigenen Fähigkeiten. Nachfolgende Arbeiten ergaben jedoch noch ein weiteres wichtiges Motiv für soziale Vergleiche: Durch bestimmte Vergleichsstrategien können positive Gefühle wie z.B. eine Erhöhung des Selbstwerts entstehen (vgl. dazu Kap. II.5.1.5.4). Führt ein Individuum einen sozialen Vergleich durch, mit der Absicht, den eigenen Affekt zu verbessern, spricht man von Selbstverstärkung („self-enhancement“). Unter dieser Motivation werden Vergleiche nicht gezogen, um die Umgebung und sich selbst möglichst korrekt wahrzunehmen, sondern um die eigene Person in einem möglichst vorteilhaften Licht sehen zu können.

Während Selbstevaluation v.a. unter stressfreien Bedingungen vorkommt, stellt unter Stress-Bedingungen (z.B. unter einer Bedrohung des Selbstwerts) Selbstverstärkung das am weitaus häufigsten vorkommende Motiv für soziale Vergleiche dar (z.B. Wills, 1981; Taylor, 1983; Gibbons & Gerard, 1991).

II.5.1.4 Richtung sozialer Vergleichsprozesse

Es gibt drei Möglichkeiten, bei einem Vergleich abzuschneiden: besser, schlechter oder gleich. Die erste Möglichkeit wird als *abwärts gerichteteter*, die zweite als *aufwärts gerichteteter* und die dritte Möglichkeit als horizontaler oder häufiger *lateral* sozialer Vergleich bezeichnet. Abwärts sowie aufwärts gerichtete Vergleiche können sowohl positive als auch negative affektive Konsequenzen haben (Buunk et al., 1990). Jedoch haben insbesondere abwärts gerichtete soziale Vergleiche, also Vergleiche mit Personen, die als schlechter wahrgenommen werden, überwiegend positiven Einfluss auf Wohlbefinden und Zufriedenheit. Auf diese Art des sozialen Vergleichs wird in Kapitel V.5.1.5.4 gesondert eingegangen.

II.5.1.5 Sonderformen des sozialen Vergleichs

Zu den bisher beschriebenen klassischen Aspekten sozialer Vergleichsprozesse kamen in den letzten 20 Jahren zahlreiche neue hinzu. Insbesondere unter der Motivation Selbstverstärkung wurden Vergleichsstrategien beobachtet, die mit Festingers Postulaten z.T. nur noch wenig gemeinsam haben, so dass Wills & Suls 1991 von einer *neo social comparison theory* sprachen.

II.5.1.5.1 Temporale Vergleichsprozesse

Die Theorie temporaler Vergleichsprozesse wurde von Albert (1977) in Anlehnung an Festingers (1954) Originalhypothesen beschrieben. Als temporale Vergleiche bezeichnete Albert Vergleiche mit sich selbst zu einem früheren oder (imaginierten) späteren Zeitpunkt. Zwar fand die Theorie temporaler Vergleichsprozesse nicht dieselbe Aufmerksamkeit wie Festingers Theorie sozialer Vergleichsprozesse, jedoch konnten viele folgende Studien zeigen, dass temporale Vergleiche v.a. mit der Vergangenheit stattfinden und einen Einfluss auf die Einstellungen einer Person haben. Suls (1986) konnte zeigen, dass temporale Vergleichsprozesse vor allem im Alter zunehmend relevant werden.

II.5.1.5.2 Imaginierte Vergleichsziele

Verschiedene Studien geben Hinweise darauf, dass Menschen sich unter bestimmten Voraussetzungen Vergleichsziele vorstellen wenn keine „passenden“ verfügbar sind.

Taylor, Wood und Lichtman (Taylor, Wood & Lichtman, 1983; Wood, Taylor, Lichtman, 1985) berichten aus Interviews mit Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, von imaginierten Vergleichszielen, auf deren Existenz z.T. sogar nur aus Äußerungen Dritter geschlossen wird („I have heard, second hand, that some of them, many years down the road, are still not over There are women who don't ever reach this point [that I have]“, Wood et al. 1985, S. 1174; „You read about a few who handle it well, but it still seems like the majority really feel sorry for themselves ...“, Taylor et al., 1983, S. 34). Sind also in der Realität keine abwärts gerichteten Vergleiche möglich, die das eigene Selbstwertgefühl in einer bedrohlichen Situation stärken könnten, können sich Personen Vergleichsziele selbst schaffen.

Auf einen Vergleich mit hypothetischen anderen weisen auch die Ergebnisse von Campbell (1986) und Marks (1984) hin: beide Autoren beschrieben, dass die Zahl derjenigen, deren Fähigkeiten gleich gut oder besser sind, *unterschätzt* wird, wogegen die Zahl derer, die die eigene Meinung teilen, *überschätzt* wird. Wenn die Zahl derer, die unerwünschte Eigenschaften besitzen bzw. die eigene Meinung teilen, überschätzt wird, muss es in der Vorstellung Personen geben, die nicht real existieren. Goethals et al. (Goethals, Messick & Allison, 1991) gaben dieser Art des sozialen Vergleichs die Bezeichnung „constructive social comparison“.

II.5.1.5.3 Vermeidung sozialer Vergleiche

Eine Sonderform von Verhaltensweisen, die indirekt mit sozialen Vergleichen zu tun haben und der Selbstverstärkung dienen, ist die Vermeidung sozialer Vergleiche. Sie wurde erstmals von Brickman und Bulman (1977) beschrieben und wurde in zahlreichen späteren Studien nachgewiesen. Insbesondere wenn eine Bedrohung des Selbstwertes auftaucht, z.B. eine schwere körperliche Erkrankung (Wood et al. 1985), aber auch schon, wenn Individuen glauben, bei einer Aufgabe schlechter als die meisten anderen abzuschneiden, vergleichen sie sich seltener mit anderen (z.B. Pyszczynski et al. 1985). Der Vergleich kann sowohl kognitiv als auch durch entsprechendes Verhalten vermieden werden (Wood et al. 1991). Ein Hinweis auf kognitive Vermeidung wäre z.B. die Antwort einer armen Frau auf die Frage, wie es den Reichen im benachbarten Wohnviertel gehe: „My life is here, I don't think about them.“ (Martin, 1986, S.217). Obwohl der Frau vom Interviewer ein Vergleich geradezu aufgedrängt wird, weigert sie sich, ihn durchzuführen. Ein Beispiel für Vermeidung sozialer Vergleiche durch entsprechendes Verhalten geben Wood et al. (1985): Eine Brustkrebspatientin, der eine Brust entfernt worden war, ging nicht mehr in die Selbsthilfegruppe, nachdem sie dort viele Frauen gesehen hatte, denen beide Brüste entfernt worden waren. Affleck & Tennen (1991) berichten aus einer Untersuchung zu sozialen Vergleichen bei Müttern, deren Neugeborene intensivmedizinisch behandelt werden mussten, dass 20 % aller Befragten explizit keinen Kontakt mit anderen Eltern schwer kranker Neugeborener haben wollten. Wood et al. (1994) forderten Versuchspersonen (Vpn) auf, aus einer Reihe von psychologischen Tests jeweils für sich und eine andere Person eine gewisse Anzahl von Tests herauszusuchen. Wählte die Vpn für sich und den anderen unterschiedliche Tests, wurde das als Vermeidung eines sozialen Vergleichs interpretiert, wohingegen die Auswahl gleicher Tests für beide als Entscheidung für einen sozialen Vergleich gewertet wurde. Die Autoren konnten zeigen, dass insbesondere Personen mit niedrigem Selbstwertgefühl nach einem Misserfolgsereignis Vergleiche auf diese Art vermeiden.

II.5.1.5.4 Die Theorie des abwärts gerichteten sozialen Vergleichs

Abwärts gerichteter sozialer Vergleich, also Vergleich mit einem als schlechter wahrgenommenen Anderen, wurde erstmals von Hakmiller (1966) beschrieben. Er beobachtete, dass Versuchspersonen, denen „Feindseligkeit gegenüber den Eltern“ als sehr negative Eigenschaft beschrieben worden war, sich bevorzugt mit anderen verglichen, deren Feindseligkeit angeblich noch größer war. Personen, denen die Eigenschaft als Zeichen von Reife und Verantwortungsbewusstsein beschrieben worden war, zogen seltener Vergleiche mit Personen, die schlechter als sie selbst dastanden. Hakmiller prägte den Begriff „downward comparison“ für Vergleiche, bei denen die Zielperson in der evaluierten Eigenschaft schlechter als man selbst abschneidet.

Von Wills (1981) wurde erstmals ein formales Modell des abwärts gerichteten sozialen Vergleichs (im Folgenden auch kurz „Abwärtsvergleich“ genannt) vorgeschlagen. Er postulierte, dass subjektives Wohlbefinden („subjective well-being“) durch einen Vergleich mit einem schlechter gestellten anderen verbessert werden kann. Abwärts gerichteter sozialer Vergleich trete v.a. in Situationen auf, in denen eine Person physisch oder psychisch bedroht ist und die Situation selbst unveränderbar erscheint. In einem geringeren Ausmaß könne auch schon der Vergleich mit einem ähnlich schlecht gestellten Anderen (laterale Vergleichsrichtung) das eigene Wohlbefinden steigern, da ein Gefühl der Abweichung reduziert wird (Wills, 1991). Abwärtsvergleiche werden v.a. von Personen mit niedrigem Selbstwertgefühl gezogen (vgl. dazu Wilson & Benner, 1971; Friend & Gilbert, 1973, beide zitiert nach Wills, 1981). Gleichzeitig haben Menschen aber eine ambivalente Haltung gegenüber Abwärtsvergleichen, da zum einen das Bewusstwerden schlechter gestellter Anderer nicht nur positive Gefühle sondern auch empathisches Mitleid hervorruft, zum anderen das explizite Durchführen abwärts gerichteter Vergleiche (und damit die Selbstverstärkung der eigenen Person auf Kosten anderer) soziale Normen verletzt. Brickman (1975) berichtet, dass in Gruppen, in denen ein Mitglied schlechter gestellt ist (und damit den übrigen Gruppenmitgliedern die Möglichkeit eines Abwärtsvergleichs gegeben wird), zwar die Zufriedenheit mit der eigenen Leistung bei den Bessergestellten höher ist als in Gruppen, in denen alle gleich gestellt sind. Gleichzeitig wird jedoch die Ressourcenverteilung, die aufgrund der ungleichen Leistung erfolgte, als ungerecht angesehen. Wills (1981) vermutete aufgrund dieser Ambivalenz, dass es psychische Mechanismen gibt, die dazu dienen, abwärts gerichtete soziale Vergleiche verborgen zu halten oder zumindest weniger offensichtlich durchzuführen.

Die Hypothese, dass Abwärtsvergleiche häufig bei Personen vorkommen, die einer kurz- oder langfristigen psychischen oder physischen Bedrohung ausgesetzt sind, konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden: Unter anderem bei geistig-retardierten Erwachsenen (Gibbons, 1985), bei Krebspatienten (Wood et al. 1985), bei Opfern eines Brandes (Thompson, 1985), Patienten mit rheumatoider Arthritis (z.B. Affleck et al. 1987; 1988) und Müttern von Frühgeborenen (Affleck et al. 1987).

Dagegen brachten Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen niedrigem Selbstwertgefühl (SWG) und abwärts gerichteten sozialen Vergleichen in den folgenden Jahren divergente Ergebnisse (z.B. Campbell, 1986 vs. Smith & Insko, 1987). Wood et al. (1991) und Wills (1991) erklärten diese Widersprüche mit methodischen Unterschieden der verschiedenen Untersuchungen: In Studien, deren Ergebnisse Wills' Hypothese (niedriges SWG korreliert mit Abwärtsvergleich) widersprachen, wurden Versuchspersonen gebeten, ihre Situation, explizit mit der anderer zu vergleichen. Personen mit hohem SWG gaben hier häufiger an, besser zu sein (=Abwärtsvergleich) als Personen mit niedrigem SWG. In Untersuchungen, die Wills' Hypothe-

se stützten, sollten Vpn angeben, über wen sie weitere Informationen (z.B. in weiteren Tests) möchten, woraus indirekt auf die Vergleichsrichtung geschlossen wurde. Dabei wählten Vpn mit niedrigem SWG häufiger schlechtere Andere für Vergleiche aus (und zogen somit mehr Abwärtsvergleiche) als Vpn mit hohem SWG. Der Unterschied in beiden Methoden liegt darin, dass ein direkter Vergleich mit einem schlechteren anderen die Aussage der eigenen Überlegenheit beinhaltet, die von Personen mit niedrigem SWG naturgemäß nicht so häufig getroffen wird. Ein reines Informations-Einholen dagegen impliziert diese Aussage nicht. Abwärtsvergleiche bei Personen mit niedrigem SWG lassen sich nur mit letzterem Verfahren feststellen (Wood et al., 1991; Wills, 1991; zu methodischen Problemen bei der Erfassung sozialer Vergleichsprozesse s.a. Kap. II.5.3).

Wood et al. (1994) konnten zeigen, dass sich Personen mit niedrigem SWG nach einem Erfolgserlebnis dann abwärts verglichen, wenn dieser Vergleich „sicher“ zu sein schien, also mutmaßlich nicht zu einem schlechten Ergebnis führen würde. Personen mit hohem SWG verglichen sich dagegen nach einem Misserfolg vermehrt mit anderen.

Die Hypothese, dass Vergleiche mit gleichen (laterale Vergleiche) über eine Verminderung des Gefühls der Abweichung das Wohlbefinden verbessern, wurde bisher mit Ausnahme einer Studie mit sehr kleiner Stichprobengröße kaum empirisch überprüft (Gibbons & Gerard, 1991). Theoretisch scheinen nach diesem Prinzip jedoch Selbsthilfegruppen zu funktionieren, „... however, there is an obvious need to replicate the deviance reduction finding before any definitive conclusions can be drawn.“ (Gibbons & Gerard 1991, S. 330).

II.5.1.6 Strategien des sozialen Vergleichs unter verschiedenen Bedingungen

Trotz intensiver Forschung zu sozialen Vergleichsprozessen ist es bisher noch immer kaum möglich vorherzusagen, mit wem sich ein Individuum in verschiedenen Situationen vergleichen wird.

Wood und Taylor (1991) nennen aufgrund eines Überblicks über bis dato vorhandene Literatur drei Faktoren, von denen Ziel (und Richtung) eines sozialen Vergleichs abhängen:

1. Vom Motiv für den Vergleich (Selbstevaluation, Selbstverbesserung oder Selbstverstärkung, vgl. Kap. II.5.1.3)
2. Davon ob die Vergleichsdimension direkt oder mit ihr in Zusammenhang stehende Eigenschaften betrachtet werden (vgl. Kap. II.5.1.2)
3. Von Eigenschaften der Vergleichsdimension (deren Vertrautheit, Selbstrelevanz, Erwünschtheit und Kontrollierbarkeit).

Die Ausführungen von Wood und Taylor sollen wegen ihrer guten theoretischen Fundierung und breiten Anwendbarkeit im Folgenden kurz erläutert werden. Der Einfachheit halber wird zur Verdeutlichung der meisten Strategien ein einheitliches Beispiel – die Leistung beim Schachspiel – genommen. Tab. II.5a gibt einen Überblick.

Tab. II.5a: Vergleichsstrategien am Beispiel „Leistung im Schach“ unter verschiedenen Voraussetzungen (in Anlehnung an Wood et al. 1991)

Motiv	Ziel und Richtung des Vergleichs, wenn die evaluierte Dimension direkt betrachtet wird (Bsp.: Qualität des Schachspiels)	Ziel und Richtung des Vergleichs, wenn in Zusammenhang stehende Dimensionen , (Alter, Freundschaft, u.v.m.) betrachtet werden
korrekte Selbsteinschätzung	Bei vertrauter Dimension (d.h. die eigenen Leistungen auf dem Gebiet sind bekannt): <i>ähnliche Andere</i> , d.h. Personen, die ähnlich gut spielen Bei nicht vertrauter Dimension (Anfänger) <i>unähnliche Andere</i> (z.B. Profi-Spieler)	<i>Ähnliche Andere</i> (z.B. Personen mit gleicher Spielpraxis) helfen bei der Bewertung der zu evaluierenden Dimension <i>Bzgl. der „Nähe“ ähnliche Andere</i> (z.B. gute Freunde) haben besonders großen Einfluss auf die Selbsteinschätzung
Verbesserung der eigenen Leistung	Nach oben gerichteter Vergleich, d.h. <i>Vergleich mit Besseren</i>	<i>Ähnliche</i> (Freunde, Gleichaltrige) Personen haben größeren Einfluss auf Verbesserung
Selbstverstärkung	Nach unten gerichteter Vergleich, d.h. <i>Vergleich mit Schlechteren</i> . Insbesondere dann, wenn die Dimension erwünscht ist oder hohe Selbstrelevanz besitzt. <i>Lateraler Vergleich</i> wenn kein nach unten gerichteter Vergleich möglich ist Vermeidung des Vergleichs mit ähnlichen, wenn die Dimension unkontrollierbar scheint	Unter der Voraussetzung niedriger Selbstrelevanz der Dimension und nicht kompetitiven Bedingungen: <i>Ähnliche</i> , die in der bewerteten Dimension besser sind

Erläuterung s. Text

Vergleichsstrategien unter dem Motiv Selbstevaluation

Ist das Motiv für einen sozialen Vergleich die korrekte Einschätzung der eigenen Schachspiel-Leistung, vergleichen sich Personen mit ähnlich guten Spielern, wenn sie ihre eigene Leistung schon einigermaßen einordnen können. Ist die Qualität der eigenen Spielleistung nicht bekannt, z.B. bei Anfängern, werden bevorzugt Vergleiche mit unähnlichen gezogen. Dies ermöglicht eine bessere Einordnung in das Spektrum möglicher Leistungen und beinhaltet daher mehr Information. In beiden Fällen haben v.a. nahestehende Personen einen Einfluss auf die Bewertungen. Ob beim Vergleich mit ähnlich guten Spielern eher etwas bessere oder etwas schlechtere herangezogen werden, hängt jedoch auch von Persönlichkeitseigenschaften des Individuums ab. Ergebnisse von Ahrens (1991) weisen darauf hin, dass dysphorische Personen sich, wenn sie die Wahl haben, eher aufwärts vergleichen, non-dysphorische Personen eher Informationen über schlechtere verwenden.

Vergleichsstrategien unter dem Motiv Verbesserung der eigenen Leistung

Zum Zweck der Verbesserung der eigenen Leistung vergleichen sich Personen bevorzugt mit Besseren. Zum einen erfahren sie dabei, welche Leistungen überhaupt möglich sind, zum anderen stellen Bessere einen Ansporn dar. Dabei haben wiederum nahestehende Personen größeren Einfluss als fremde.

Vergleichsstrategien unter dem Motiv Selbstverstärkung

Ist das Motiv für einen sozialen Vergleich Selbstverstärkung, neigen Personen im Allgemeinen dazu, sich mit schlechteren Anderen zu vergleichen. Wie in Kap. II.5.1.5.4 dargestellt, bessert abwärts gerichteter sozialer Vergleich das Selbstwertgefühl und hebt die Stimmung. Es gibt jedoch auch Umstände, unter denen andere Strategien des sozialen Vergleichs zum Einsatz kommen: Dies ist der Fall, wenn es niemanden gibt, mit dem man Abwärtsvergleiche ziehen könnte. Dann könnte auf ähnliche Personen zurückgegriffen werden (Wills, 1981). Vermieden werden soziale Vergleiche, insbesondere Abwärtsvergleiche, wenn die Vergleichsdimension nicht kontrollierbar erscheint.

Betrachtet man *in Zusammenhang mit der Vergleichsdimension stehende Variablen*, gibt es Hinweise dafür, dass auch ein Vergleich mit ähnlichen oder besseren Anderen der Selbstverstärkung dienen kann. Dies jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen:

- (a) Die Bedingungen dürfen nicht kompetitiv sein (d.h. der Vergleichende steht mit dem anderen nicht im Wettbewerb) und
- (b) die Zielperson des Vergleichs ist in der evaluierten Dimension sehr gut.

Unter diesen Bedingungen erfährt der Vergleichende eine Aufwertung, wenn er sich in den übrigen Variablen ähnlich sieht. Wheeler (1966, zitiert nach Wood et al., 1991) schlug als Erklärungsmöglichkeit vor, dass der Vergleichende annehmen könnte, dass auch in der evaluierten Variablen eine gewisse Ähnlichkeit besteht und die gute Leistung des anderen auf ihn übertragen wird. Unter der Voraussetzung, dass die evaluierte Dimension geringe Relevanz für die Selbstdefinition einer Person hat, schlug Tesser (1991) für Situationen, in denen sich ein Individuum mit besseren vergleicht, die ihm aber sonst „nahe“ sind, den Begriff „bask in reflected glory“, also sinngemäß „sich im Glanz des anderen sonnen“ vor⁹.

Wann dominiert welches Motiv?

In der Literatur wurde bisher hauptsächlich der Frage nachgegangen, ob eher Selbstevaluation oder eher Selbstverstärkung das dominierende Motiv für sozialen Vergleich darstellt. Zwar kommen die meisten Studien zu dem Ergebnis, dass Selbstevaluation die wichtigere Rolle spielt, wenn sich eine Person unter neuen Bedingungen zurechtfinden muss, wogegen Selbstverstärkung v.a. in Situationen auftritt, die eine spezifische Bedrohung für das Selbstwertgefühl darstellen (Gruder 1977, zitiert nach Wood et al. 1991). Untersuchungen dazu fanden jedoch fast ausschließlich im Labor unter kontrollierten Bedingungen statt und „... there is [...] little knowledge about the typical mix of upward and downward comparisons in prevailing naturalistic conditions.“ (Wills 1991, S.73)

II.5.2 Der Einfluss von Deprivationsbedingungen auf soziale Vergleiche

In den vorigen Abschnitten wurde der aktuelle Stand der Forschung zu sozialen Vergleichsprozessen dargestellt. Fast alle theoretischen und empirischen Erkenntnisse bezogen sich dabei auf psychisch Gesunde. Eine Ausnahme stellt Gibbons' (1985) Untersuchung zu sozialem Vergleich bei geistig retardierten Erwachsenen dar. Da m.E. sonst keine Untersuchungen zu sozialem Vergleich bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung vorliegen, soll im Folgenden detaillierter auf sozialen Vergleich bei Gruppen eingegangen werden, die teilweise mit der Population schizophrener Langzeitpatienten vergleichbar sind. Dazu werden Untersuchungen zu sozialem Vergleich in unterprivilegierten Gruppen und Vergleich bei körperlichen Erkrankungen vorgestellt.

II.5.2.1 Sozialer Vergleich in unterprivilegierten Gruppen

In ihrer Arbeit zum Einfluss von Gefühlen der Berechtigung auf Zufriedenheitsbewertungen, kommt Major (1994) aufgrund einer ausführlichen Literaturübersicht zum Ergebnis, dass Ziele eines sozialen Vergleichs in benachteiligten Gruppen folgende drei Eigenschaften haben müssen:

1. Das Ziel des Vergleichs muss hervorstechen, es muss für einen Vergleich zugänglich sein. Daher tendieren Personen in benachteiligten Gruppen zu Intra-, nicht zu Intergruppenvergleichen.
2. Der Vergleich wird i.d.R. mit Individuen gezogen, die als ähnlich wahrgenommen werden.
3. Das Vergleichsziel hängt von der Motivation des Vergleichenden ab: Führt die Person eine realistische Selbsteinschätzung durch, erfolgt der Vergleich mit ähnlichen sowohl nach oben als auch nach unten.

⁹ Bsp.: Die Nachbarin erzählt, dass ihr Neffe Deutscher Schachmeisters geworden ist. Obwohl das vermutlich nicht durch ihr Zutun geschah, fühlt sie sich dadurch, dass der neue Schachmeister ihr Neffe ist (=Ähnlichkeit), besser. Sie selbst ist außer Konkurrenz (=nicht kompetitive Bedingungen) und hat auch keine Ambitionen, es ihm gleichzutun (=geringe Selbstrelevanz).

Wird der Vergleich in einem Intergruppenkontext durchgeführt, ergänzen Taylor und Moghaddam (1994): Ist die Motivation ein *group-enhancement* (eine Verstärkung der Position der eigenen Gruppe), erfolgt der Vergleich vorwiegend nach unten. Ist das Ziel *equity appeal* (Ein Anspruch auf Gleichbehandlung), vergleichen sich Mitglieder unterprivilegierter Gruppen vorwiegend aufwärts.

Als weitere Ursache für Intra- statt Intergruppenvergleiche vermuten Crocker & Major (1989), dass Menschen in dieser Situation „gelernt“ haben, dass Vergleiche mit Mitgliedern privilegierterer Gruppen für sie unangenehm sind und ihr Selbstwertgefühl verringern könnten. Intragruppenvergleiche bei Mitgliedern stigmatisierter Gruppen können so das Selbstkonzept schützen.

II.5.2.2 Sozialer Vergleich bei schweren körperlichen Erkrankungen

Die durch eine schwere Krankheit ausgelöste Unsicherheit und verringertes Selbstwertgefühl verbunden mit Stigmatisierung und emotionalem Distress können meist nur schwer durch Verhaltensänderungen beeinflusst werden. Daher stellen soziale Vergleiche eine viel versprechende Möglichkeit dar, wieder Sinn, Selbstwertgefühl und Wohlbefinden zu erlangen und das Gefühl der Stigmatisierung zu unterbinden (Affleck & Tennen, 1991). Wie in Kap. II.5.1.5.3 dargestellt, werden unter Bedingungen die den Selbstwert bedrohen Vergleiche mit anderen, die überlegen erscheinen, vermieden.

Taylor et al. (1983) identifizierten in ihrer Theorie der selektiven Evaluation fünf Strategien, mit denen Menschen, die Opfer eines Ereignisses geworden sind (z.B. Opfer eines Verbrechens, einer Naturkatastrophe oder einer Krankheit), die eigene Situation neu bewerten:

1. Die Erschaffung einer hypothetischen schlechteren Umwelt („Es könnte auch schlimmer sein“)
2. Die Vorstellung, aus dem Ereignis einen Nutzen zu ziehen („Ich bin dadurch stärker geworden“)
3. Abwärts gerichteter sozialer Vergleich („Andere sind kränker als ich“)
4. Die Erschaffung normativer Standards des Umgehens mit dem Ereignis, bei dem das eigene Coping im Vergleich besser erscheint („So viele werden dadurch einfach vernichtet – aber ich bestimmt nicht“)
5. Dimensionaler Vergleich d.h. Ausweichen auf Gebiete, in denen man selbst besser abschneidet („Ich bin wenigstens verheiratet – wie schwer müssen es erst Singles haben“)

(Zitate aus Taylor et al., 1983 - eigene Übersetzung)

Von diesen fünf Strategien stellen 3. und 5. Varianten des sozialen Vergleichs dar, Strategie Nr. 4 beinhaltet ebenfalls einen sozialen Vergleich¹⁰. Hier wird der Vergleich mit fiktiven anderen gezogen, deren Leistung schlechter ist – also ebenfalls abwärts gerichteter Vergleich. Während sich Taylor et al. (1983) nicht ausschließlich auf Erkrankte, sondern allgemein auf Menschen, die Opfer irgendeines Ereignisses geworden sind, beziehen, gibt es auch einige Studien über sozialen Vergleich bei schweren körperlichen Erkrankungen. Diese liegen z.B. vor bei Frauen mit Brustkrebs (u.a. Taylor et al. 1983; Wood et al. 1985), Patienten mit rheumatoider Arthritis (Affleck et al., 1987; 1988; Blalock et al., 1989) und Patienten mit Rückenmarksverletzungen (Schulz & Decker, 1985). Weiterhin gibt es Untersuchungen zu sozialem Vergleich bei Müttern, deren Neugeborene auf einer Intensivstation behandelt werden mussten, und bei unfruchtbaren Frauen mit Kinderwunsch (beide beschrieben in Affleck & Tennen, 1991).

Sämtliche Studien bestätigen, dass in Krankheitssituationen bevorzugt abwärts gerichtete soziale Vergleiche gezogen werden. Die subjektive Wahrnehmung der Patienten entsprach dabei nicht immer objektiven Daten. Z.B. sagten 80% der Patientinnen der Stichprobe von Wood et al. (1985) über sich, sie hätten sich bes-

¹⁰ Strategie Nr. 1 erinnert an das Element „Referenzwahrnehmung“ aus Folgers Theorie der Referenzkognitionen (Vgl. Kap. II.4): Eine gedankliche Alternative zur bestehenden Situation kann Einfluss auf Zufriedenheitsurteile nehmen.

ser an die Krankheit angepasst als andere Frauen mit Brustkrebs. Geht man davon aus, dass die Stichprobe repräsentativ ist, dürften sich rein logisch betrachtet, höchstens 50% der Patientinnen abwärts vergleichen. Wie schon in Kap. II.5.1.6 angedeutet, werden soziale Vergleiche noch durch weitere Faktoren beeinflusst. Wood et al. (1985) beschrieben, wie Patientinnen soziale Vergleiche vermieden, indem z.B. nicht mehr in Selbsthilfegruppen gingen, oder ihre Arzttermine verlegten, um nicht mit anderen im Wartezimmer sitzen zu müssen. Ein ähnliches Vermeidungsverhalten bei Krebspatienten berichten Molleman et al. (1986) und Dakof (1986, zit. nach Gibbons & Gerrard 1991). Buunk et al. (1990) stellten bei Krebspatienten fest, dass eine Vermeidung sozialer Vergleiche insbesondere dann auftritt, wenn der Gesundheitszustand wenig oder unkontrollierbar erscheint.

Vergleiche mit besseren anderen können jedoch ebenfalls beim Coping hilfreich sein. Wie von Festinger ursprünglich postuliert, kann ein aufwärts gerichteter sozialer Vergleich einen Ansporn darstellen, die eigenen Leistungen zu verbessern. Für Personen, die einer Bedrohung des Selbstwerts ausgesetzt sind, stellen Kontakte zu Besseren eine Möglichkeit dar, einen besseren Umgang mit der Situation zu lernen (Taylor & Lobel 1989). DeVellis et al. (1990) beschreiben bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, dass in Bezug auf Krankheitssymptome am häufigsten Informationen über kränkere Patienten gewünscht wurden, in Bezug auf Coping und Anpassung an die Krankheit jedoch Informationen über in dieser Hinsicht fähigere andere bevorzugt wurden.

II.5.3 Der Zusammenhang zwischen sozialen Vergleichen und Zufriedenheit

Bereits im Kapitel über abwärts gerichtete soziale Vergleiche wurde beschrieben, wie *Wohlbefinden* positiv beeinflusst werden kann, wenn ein derartiger Vergleich gezogen wird. Ähnliche Befunde gibt es für *Zufriedenheitsurteile*: Wie im Kapitel II.1 erläutert, finden sich nur geringe bis keine Zusammenhänge zwischen dem Einkommen und der Zufriedenheit damit. Dagegen lässt sich aus dem Einkommen ähnlicher anderer die Zufriedenheit mit der Arbeit vorhersagen (z.B. Clark & Oswald 1996, Van Praag & Frijters 1999, beide zit. nach Diener et al. 2002), woraus geschlossen werden kann, dass soziale Vergleiche eine entscheidende Rolle beim Zustandekommen eines Zufriedenheitsurteils spielen. Clark (1999, zit. n. Diener et al. 2002) fand auch, dass Arbeitslose weniger unzufrieden waren, wenn der Ehepartner ebenfalls arbeitslos war, als wenn der Partner Arbeit hatte. Dabei könnte man durchaus auch einen gegenteiligen Befund erwarten, da das gesamte Haushaltseinkommen niedriger ist, wenn beide Partner arbeitslos sind. Emmons & Diener (1985) befragten Studenten u.a. zu Zufriedenheit, Affekten, Aspirationsniveau und Richtung sozialer Vergleiche sowie objektiven Parametern in elf verschiedenen Lebensbereichen. Es stellte sich heraus, dass soziale Vergleiche in den meisten Bereichen der beste Prädiktor für Zufriedenheit waren. V.a. in den Bereichen Liebesleben, Freundschaften, Freizeit, physische Anziehungskraft, Familie und Lebensstandard konnte Zufriedenheit mittels sozialer Vergleiche vorhergesagt werden. In einer Untersuchung zu sozialen Vergleichen in einem Intergruppenkontext fanden Taylor, Moghaddam und Bellerose (1989) bei Personen, die vorgegebene Vergleichsgruppen als weniger überlegen wahrnahmen, u.a. höhere Zufriedenheit, weniger Ärger und weniger Frustration.

II.5.4 Die Erfassung sozialer Vergleichsprozesse

Obwohl soziale Vergleichsprozesse seit nunmehr fast 50 Jahren auf unterschiedlichste Art und Weise gemessen wurden und dabei z.T. erheblich differierende Ergebnisse in Abhängigkeit von der verwendeten Methodik auffallen (vgl. auch Kap. II.5.1.5.4 zum Zusammenhang von Abwärtsvergleichen und SWG), gibt es ins-

gesamt wenig Auseinandersetzungen mit methodischen Problemen (z.B. Wood 1996, Schwarz & Scheuring 1988). In der vorhandenen Literatur werden drei Erfassungsmethoden beschrieben:

1. Indirekte Erfassung über den Wunsch nach Information und Austausch
2. Erfassung über direktes Erfragen der Vergleichsrichtung
3. Erfassung über offene Fragen

II.5.4.1 Indirekte Erfassung über den Wunsch nach Information und Austausch

In experimentellen und empirischen Studien wurden soziale Vergleichsprozesse auf zwei Arten indirekt gemessen. Zum einen über den Wunsch nach Informationen über andere Personen, zum anderen über das Bedürfnis, sich mit anderen auszutauschen.

(A) Bei der Erfassung über den Wunsch nach Informationen, die ausschließlich im Experiment angewandt wurde, wird einer Vpn ein fiktiver Punktwert mitgeteilt, den sie angeblich in einem vorausgegangenen Test erhalten habe. Weiterhin wird die Vpn informiert, an welcher Stelle ihr Wert im Spektrum der Werte aller Teilnehmer an dem Experiment liegt (Rangordnung). Die Vpn soll dann angeben, über welche(n) anderen Teilnehmer sie weitere Informationen wünscht. Daraus wird auf einen sozialen Vergleich geschlossen (z.B. Wheeler et al. 1969; 1982).

Der Vorteil der Erfassung über dieses sogenannte *Rangordnungs-Paradigma* liegt darin, dass damit sowohl die Richtung des Vergleichs als auch die Ähnlichkeit des Vergleichsziels bestimmt werden können. Unter dem Postulat, dass soziale Vergleiche in der konstruierten Situation eines Experiments ausschließlich dem Einholen objektiver Informationen dienen, können auf diese Art indirekt soziale Vergleichsprozesse gemessen werden. Das Vergleichsziel („der andere“) ist bei dieser Art der Erhebung jedoch allein über seine Leistung in der evaluierten Dimension definiert, was der Auswahl unter natürlichen Bedingungen nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen entspricht (s. Kap. II.5.1.6) und somit nicht ohne weiteres auf den Alltag übertragen werden kann.

(B) Die Erfassung sozialer Vergleichsprozesse über den Wunsch nach Austausch stammt wie die vorige Methode aus frühen Jahren der Vergleichsforschung: Vpn haben hier die Wahl, mit wem sie in Kontakt treten wollen. Ein klassisches Experiment dazu stammt von Schachter (1959), der Vpn wählen ließ, mit wem sie gemeinsam auf bevorstehende Elektroschocks warten wollten. Die Mehrzahl der Vpn bevorzugte Leidensgenossen, denen ähnliches bevorstand. Man spricht hier auch vom *fear-affiliation-Paradigma*. Buunk et al. (1991) erfassten den Wunsch nach Austausch, indem sie Vpn fragten, in welchem Ausmaß sie mit jemand anderem über ihre Beziehung reden wollten und ob dessen Beziehung besser, schlechter oder gleich sein sollte.

Es gelten dieselben Einschränkungen wie für das Rangordnungsparadigma

II.5.4.2 Erfassung sozialer Vergleiche über direkte Fragen

Sowohl in Experimenten als auch in empirischen Erhebungen wurde die Richtung sozialer Vergleiche bestimmt, indem Vpn direkt gefragt wurden, wie sie beim Vergleich mit bestimmten anderen Personen abschnitten. Auch mit dieser Art der Erhebung lässt sich die Richtung sozialer Vergleiche darstellen, wobei die Richtung in gewisser Weise durch das vorgegebene Ziel eingeschränkt wird (Affleck & Tennen, 1991). Nichts erfahren lässt sich bei dieser Methode über die Wahl des Vergleichsziels. Möglicherweise ist die vorgegebene Person gar nicht diejenige, die eine Vpn für einen sozialen Vergleich heranziehen würde, wenn er die freie Wahl hätte.

Im Gegensatz zu der im vorigen Kapitel beschriebenen Vorgehensweise, bewertet die Vpn bei der Antwort auf die direkte Frage explizit ihre Stellung in einer Hierarchie. Werden soziale Vergleiche dagegen indirekt über den Wunsch nach Information erfragt, muss sie keine Aussage über die eigene Stellung treffen. Sie kann in diesem Fall einen abwärts gerichteten sozialen Vergleich durchführen, ohne explizit von der eigenen Überlegenheit zu sprechen. Wie in Kapitel 5.1.5.4 erwähnt, könnte dies eine Erklärung für divergente Ergebnisse bzgl. des Zusammenhangs von Abwärtsvergleichen und Selbstwertgefühl sein.

Inwiefern soziale Erwünschtheit bei beiden Methode Einfluss auf das Antwortverhalten hat, wurde m.E. bisher ebenfalls nicht ausreichend berücksichtigt. Wenn Wills' (1981) Vermutungen über einen Einfluss sozialer Normen auf die Preisgabe abwärts gerichteter Vergleiche zutreffen, könnten möglicherweise bei der erst genannten Methode Abwärtsvergleiche eher festgestellt werden, da keine explizite Überlegenheit konstatiert werden muss.

II.5.4.3 Erfassung sozialer Vergleiche über offene Fragen

Eine dritte Möglichkeit, soziale Vergleiche zu erfassen, besteht darin, offene Fragen zu stellen. Dies kann entweder direkt oder indirekt geschehen (ein Beispiel für eine direkte offene Frage zu sozialen Vergleichen findet sich bei Crosby, 1982: „Could you name three people you compare to yourself?“, anschließend: „Would you say you are better off, worse off or about the same as ...?“ S.224. Ein Beispiel für eine indirekte offene Frage nach sozialen Vergleichen findet sich bei Filip et al., 1994: Probanden (Pbn) sollten ihre Leistung in verschiedenen Bereichen auf einer Skala bewerten und anschließend ihre Selbsteinschätzung in freier Rede begründen). Beim indirekten Verfahren werden die Antworten nach dem Interview auf enthaltene Vergleiche überprüft und bewertet.

Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt in ihrer größtmöglichen Antwortfreiheit für den Pbn: Im Gegensatz zu den vorgenannten Methoden ist weder das Vergleichsziel noch irgendeines seiner Merkmale vorgegeben. Bei indirekten Fragen besteht sogar die Möglichkeit, die Dimension des Vergleichs frei zu wählen. Z.B. kann ein Pbn auf die Frage „Was hilft Ihnen beim Umgang mit ihrer Krankheit?“ Vergleiche bzgl. sozialem Rückhalt, körperlicher Verfassung, medizinischer Versorgung u.v.m. durchführen.

Einschränkend ist für diese Art der Erfassung folgendes anzumerken: Noch immer ist die Frage offen, inwiefern sich soziale Vergleiche bewusst abspielen und berichtet werden können oder ob soziale Vergleiche eher implizit durchgeführt werden und in andere Bewertungen und Aussagen einfließen. Ross et al. (1986) ließen in drei Studien Pbn beschreiben, wie sie zu einem Zufriedenheitsurteil in einem bestimmten Bereich gelangten. Der Anteil der Begründungen, die soziale Vergleiche enthielten, lag in den verschiedenen Studien jeweils nur zwischen 5-13%. Die Autoren vermuteten als Ursache, dass sich soziale Vergleiche hinter anderen offensichtlicheren Faktoren verbergen¹¹. Ähnlich niedrige Zahlen für die Durchführung sozialer Vergleiche beschreiben Filip und Buch-Bartos (1994). Hier wurden sogar nur in 3% aller Begründungen vorausgegangener Selbsteinschätzungen soziale Vergleiche gezogen. Auch sie vermuten, dass in viele Antworten, die keine sozialen Vergleiche enthielten, „... u.U. *implizit* soziale und temporale Vergleichsinformation eingeflossen ist.“ (S.30; Hervorhebung durch Filip et al.). Wood et al. (1985) beschreiben dagegen sehr viel höhere Zahlen: abwärts gerichtete soziale Vergleiche wurden in einem 1,5- bis 2-stündigen Interview zum Umgang

¹¹ „... social comparisons may occur further back in the chain of inferences that ultimately yield life quality judgements (e.g. in the setting of goals). Conceivably, these more distant components are simply overlooked as our respondents focus on their more immediate affective reactions or on the magnitude of the gap between their achievements and their goals.“ (Ross et al. 1986, S.91).

mit einer Krebserkrankung in bis zu 58% der Fälle gezogen. Dabei wurde jedoch nicht nur die Antwort auf eine einzelne Frage ausgewertet, sondern das gesamte Interview.

II.5.4.4 Vergleich der unterschiedlichen Erfassungsmethoden sozialer Vergleiche

Werden mehrere Methoden gleichzeitig eingesetzt, z.B. direkte und offene Vergleichsfragen, finden sich nicht unbedingt statistische Zusammenhänge in den Antworten auf die verschiedenen Fragen: Affleck & Tennen (1991) beschreiben, dass zwischen dem Ausmaß an Abwärtsvergleichen in Antworten auf offene Fragen und Abwärtsvergleichen in direkten Fragen *keine* signifikanten Korrelationen bestehen.

Es kann momentan also keine bestimmte Methode einer anderen vorgezogen werden. „Those planning investigations in this area [social comparison, *T.R.*] would be well advised to incorporate multiple comparison measures in their interview schedules.“ (Affleck/Tennen 1991, S.388). Dies soll auch für die vorliegende Arbeit berücksichtigt werden.

II.5.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde gezeigt, wie Menschen sich und ihre Umwelt über soziale Vergleichsprozesse evaluieren. Vieles im Leben relativiert sich durch die Beobachtung anderer, sowohl Zufriedenheit und Wohlbefinden als auch die Bewertung der Lebensumstände und deren Bedeutung für das Selbstbild eines Menschen. Soziale Vergleiche spielen auch beim Umgang mit Krankheit und der Anpassung an widrige Umstände eine wichtige Rolle.

Dabei ist der Vergleich mit anderen nicht immer nur passiv an den äußeren Umständen orientiert. Es mehrten sich Hinweise, dass Menschen die „Realität“ um sie herum aktiv gestalten. Soziale Vergleiche haben nicht nur die Funktion der objektiven Beurteilung der Umgebung, sondern vielmehr auch die Aufgabe, positive Illusionen über das Selbst aufrechtzuerhalten (Taylor & Brown, 1988). Somit können soziale Vergleiche direkten Einfluss auf die Zufriedenheit einer Person ausüben (Diener et al. 1997).

Zu diesem Zweck werden v.a. abwärts gerichtete Vergleiche, also Vergleiche mit als schlechter wahrgenommenen anderen, durchgeführt. Diese kommen zwar insbesondere unter Umständen vor, die den Selbstwert bedrohen (z.B. Krankheit, Stigmatisierung etc.). Aber auch schon wenn Versuchspersonen aufgefordert werden, sich spontan mit anderen zu vergleichen, wählen sie meist einen abwärts gerichteten Vergleich (Alicke, 1985; Brown 1986, beide zit. nach Wood et al. 1991).

Trotz umfangreicher Forschung zu sozialen Vergleichsprozessen kann bisher nicht vorhergesagt werden, unter welchen Umständen sich ein Individuum mit wem vergleicht. Auch ist die Erfassung sozialer Vergleiche in der Literatur nicht einheitlich.

II.6 EXKURS: Gerechtigkeitstheorien

Neben sozialen Vergleichsprozessen spielen Vorstellungen von Gerechtigkeit in den Theorien der relativen Deprivation und der Referenzkognitionen eine zentrale Rolle. Das Element „Berechtigt-sein zu X“ aus der Theorie der relativen Deprivation impliziert eine Vorstellung darüber, was gerecht ist. Ebenso das Element „Prozessgerechtigkeit“ aus der Theorie der Referenzkognitionen. Die Forderung nach Gerechtigkeit ist im täglichen Leben allgegenwärtig (Mellers, 1993). Ungerechtigkeit führt, wie beinahe allabendlich in der „Tagesschau“ zu sehen, zu Reaktionen von sozialen Protesten bis hin zu Kriegen. Bierhoff (1992) beschreibt Gerechtigkeit als „hohen sozialen Wert“ (S.173), der das Zusammenleben in sozialen Systemen regelt und für das Funktionieren einer Gesellschaft unerlässlich ist.

Gerechtigkeit hat zumindest zwei wichtige Funktionen:

Zum einen scheint Gerechtigkeit wichtig für das Selbstbild eines Menschen. Dies zeigten Liebrand, Messick & Wolters (1986), die Vpn erst faire und unfaire Verhaltensweisen auflisten ließen und dann angeben ließen, ob das jeweilige Verhalten eher bei ihnen oder bei anderen vorkommt. Es zeigte sich, dass faire Verhalten deutlich häufiger sich selbst als anderen zugeschrieben wird.

Zum anderen dient Gerechtigkeit dazu, die Umwelt kontrollierbar zu machen. Das Verhalten anderer lässt sich eher einschätzen wenn man davon ausgehen kann, dass jeder mit seinen Handlungen gewissen Gerechtigkeitsnormen folgen wird (Bierhoff, 1993).

Wie wichtig es ist, anderen gegenüber als gerecht zu erscheinen, zeigt beispielsweise eine Felduntersuchung von Greenberg (1990a zit. n. Bierhoff 1992), der zwei Betriebe untersuchte, die Mitarbeiter entlassen mussten. In dem Betrieb, in dem für die Kündigungen nur spärliche Begründungen gegeben wurden, stieg die Diebstahlsrate steil an, im anderen Betrieb, in dem ausführliche Begründungen für die unpopulären Maßnahmen abgegeben wurden, stieg sie kaum. Gerecht zu erscheinen ist manchmal sogar wichtiger, als gerecht zu sein (Greenberg, 1990b).

Im folgenden Kapitel wird ein kurzer Überblick über sozialpsychologische Theorien zu Gerechtigkeit gegeben. Weiterhin wird dargelegt, wie Vorstellungen über die Gerechtigkeit eines Zustandes wandelbar sind und Adaptationsprozessen unterliegen.

II.6.1 Prinzipien der Gerechtigkeit

Aus ursprünglich einer einzigen Theorie zu Gerechtigkeit – der *Equity*-Theorie (Walster, Berscheid & Walster, 1973) – hat sich mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze entwickelt, die scheinbar „wie Unkraut im Garten sprießen“ („New principles of justice seem to sprout like weeds in a garden“ Folger et al. 1995, S. 261). Grundsätzlich lässt sich zwischen distributiver und prozeduraler Gerechtigkeit unterscheiden: Distributive Gerechtigkeit bezieht sich auf das *Ergebnis* der Verteilung vorhandener Ressourcen, prozedurale Gerechtigkeit bezieht sich auf den *Prozess* der Verteilung von Ressourcen. Theorien distributiver Gerechtigkeit machen somit Aussagen über einen Endzustand, der Gerechtigkeit symbolisiert, vernachlässigen dabei jedoch den Weg hin zu diesem Endzustand. Prozedurale Gerechtigkeitstheorien dagegen befassen sich mit der Gerechtigkeit dieses Weges unabhängig vom Ergebnis des Prozesses.

II.6.1.1 Theorien distributiver Gerechtigkeit

Während ursprünglich das Beitragsprinzip, die sogenannte *Equity*-Theorie, als Hauptprinzip distributiver Gerechtigkeit galt, wurden in den letzten 20 Jahren verschiedene andere Prinzipien als relevant erkannt, u.a. das Gleichheits- (*Equality*) und das Bedürfnis- (*Need*) -prinzip (Müller & Hassebrauck, 1993). Die verschiedenen Prinzipien finden ihre bevorzugte Anwendung in unterschiedlichen sozialen Kontexten, wie zahlreiche Studien belegen konnten (vgl. dazu im Überblick z.B. Tyler & Belliveau, 1995).

II.6.1.1.1 Das Beitragsprinzip

Das Beitragsprinzip bzw. die sogenannte *Equity*-Theorie stellt den Ursprung sozialpsychologischer Forschung zu Gerechtigkeit dar (Mikula, 1986). Der Ansatz zu diesem Prinzip stammt von Homans (1961). Er definierte Gerechtigkeit als eine Regel sozialen Austauschs, die dann erfüllt ist, wenn das Verhältnis von Kosten und Nutzen der am Austausch beteiligten Individuen gleich ist. Weitere Merkmale wie Alter, Status u.v.m. beeinflussen die Variablen der folgenden Verhältnisgleichung:

$$\frac{\text{outcome von Person A}}{\text{input von Person A}} = \frac{\text{outcome von Person B}}{\text{input von Person B}}$$

Ungleichheit (*inequity*) entsteht bei ungleichen Verhältnissen der Interaktionspartner. Aus dieser Ungerechtigkeit entsteht emotionaler Dystress, der reduziert oder beseitigt werden kann, indem

- (1) die eigenen Beiträge oder Ergebnisse verändert werden
- (2) die Beiträge und/oder Ergebnisse des anderen kognitiv verzerrt werden
- (3) das Feld verlassen wird
- (4) die Beiträge und/oder Ergebnisse des anderen manipuliert werden oder der andere dazu gebracht wird, das Feld zu verlassen
- (5) die Vergleichsperson ausgetauscht wird.

Nach Deutsch (1975) findet das Beitragsprinzip der Gerechtigkeit seine Anwendung v.a. in ökonomischen, wettbewerbsorientierten Beziehungen. Ausgedehnte empirische Überprüfungen der Equity-Theorie wurden v.a. im Bereich der Arbeits- und Wirtschaftspsychologie durchgeführt und konnten die Theorie bestätigen. Z.B. führte Unterbezahlung einer Arbeit (= niedriges outcome) konsistent zu einer Verminderung der Produktionsleistung (= Verringerung des input) (vgl. dazu z.B. Müller & Hassebrauck, 1993). Überbezahlung dagegen zeigte weniger konsistente Ergebnisse. Versuche einer weiteren Formalisierung dieses Balanceprinzips schlugen fehl (Müller & Hassebrauck, 1993).

II.6.1.1.2 Das Gleichheitsprinzip

Beim Gleichheitsprinzip erhält jedes Mitglied einer Gruppe in einer Verteilungssituation den gleichen Anteil einer Ressource. Diese Prinzip der Gerechtigkeit findet vor allem in solidarisch orientierten, kooperativen Gruppensituationen Anwendung (Mikula, 1980). „Die zwischen den Empfängern bestehenden Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten [werden] hervorgehoben und etwaig bestehende Statusunterschiede vernachlässigt.“ (Mikula, 1980, S. 152). Die Forderung der Gleichberechtigung von Mann und Frau gründet sich ebenso auf das Gleichheitsprinzip der Gerechtigkeit.

II.6.1.1.3 Das Bedürfnisprinzip

Hat jemand in einer Verteilungssituation die Information, dass die Empfänger unterschiedliche Mengen der Ressource benötigen, wird u.U. vom Beitrags- oder Gleichheitskonzept abgewichen und zugunsten der bedürftigeren Person aufgeteilt. Dies wurde z.B. gezeigt für eine Lohnverteilung unter Arbeitern (Schwinger & Lamm 1981) und Essensverteilung unter Kindern (Karuza & Leventhal, 1976, beide zit. n. Schwinger 1986). Das Bedürfnisprinzip findet seine Anwendung bei fürsorglicher Orientierung der Gruppe, wenn „identity, high interdependence & intimacy“ herrschen (Greenberg & Cohen 1982 zit.n. Schwinger 1986). Die Beiträge der Person für die Gemeinschaft spielen dabei keine Rolle.

II.6.1.2 Theorien prozeduraler Gerechtigkeit

Prozedurale Gerechtigkeit bezieht sich unabhängig vom entstehenden Ergebnis auf den Prozess, der zu einer Entscheidung führt. Sie beinhaltet implizit oder explizit Regeln und Normen, nach denen in einem Disput entschieden wird (Bierhoff, 1992). Aufmerksamkeit fanden Vorstellungen zu prozeduraler Gerechtigkeit insbesondere im Bereich der Arbeitswelt, in dem es um Rechtfertigungen für Entscheidungen ging und im Bereich der Gerichtsbarkeit, wo Untersuchungen zur wahrgenommenen Gerechtigkeit des Rechtssystem existieren (z.B. Tyler 1988). Leventhal, Karuza & Fry (1980) beschreiben sechs Kriterien für prozedurale Gerechtigkeit:

- Konsistenz
- Unvoreingenommenheit
- Genauigkeit
- Korrigierbarkeit
- Repräsentativität und
- ethische Rechtfertigung

Diese Kriterien fanden eine Bestätigung durch Tyler (1988, zit. n. Bierhoff, 1992). Fairness wird aber auch dann schon hoch eingeschätzt, wenn Mitsprache- und somit Kontrollmöglichkeiten gegeben sind (z.B. Folger 1977, Bierhoff, Kristen & Klein, 1986).

II.6.2 Der Einfluss wahrgenommener Ungerechtigkeit auf Zufriedenheit

Tyler und Belliveau (1995) berichten, dass Morton Deutsch auf dem Treffen der „Society for Experimental Social Psychology“ in Evanston, Illinois 1985 erzählt habe, dass er auf das Thema soziale Gerechtigkeit gestoßen war, nachdem ihm Bewohner eines interrassischen Wohnungsprojektes ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit erklärten, indem sie Gerechtigkeitsprinzipien verwendeten.

Die vorhandene Literatur zu diesem Zusammenhang zeigt konsistente Ergebnisse: Wahrgenommene Ungerechtigkeit geht mit Unzufriedenheit einher. Tyler & Folger (1980) beispielsweise zeigten, dass eine durch die Polizei widerfahrene ungerechte Behandlung mit Unzufriedenheit korreliert. Sprecher (1986) maß das Ausmaß an *Inequity* in heterosexuellen Beziehungen und erfasste verschiedene positive und negative Emotionen in Bezug auf die Partnerschaft. Sie fand signifikant negative Zusammenhänge zwischen positiven Emotionen (z.B. Zufriedenheit, Respekt für den Partner u.a.) und wahrgenommener Unausgewogenheit in der Beziehung und signifikant positive Beziehungen zwischen negativen Emotionen (z.B. Ärger, Kränkung, depressive Verstimmung) und wahrgenommener Unausgewogenheit. Auch Mikula und Mitarbeiter erfassten in verschiedenen Studien (Mikula 1986; Mikula & Schlamberger, 1985) mittels offener Fragen u.a. die emotionalen Reaktionen auf widerfahrenes Unrecht und fanden in 21-28% Unzufriedenheit, in 55-68% Ärger.

II.6.3 Reaktionen auf die Erfahrung von Unrecht - Die Anpassung von Gerechtigkeitsvorstellungen an äußere Umstände

Wie im vorigen Kapitel gezeigt wurde, erzeugt Ungerechtigkeit negative emotionale Reaktionen. Auf diese Emotionen können die Opfer auf unterschiedlichste Art und Weise reagieren, um das Bild einer gerechten Welt aufrecht zu erhalten:

- (a) Ist eine Änderung des eigenen Verhaltens möglich, zeigt sich – wie in Kap. II.6.1.1.1 schon erwähnt – im experimentellen setting ein „sehr konsistentes Bild“ (Müller et al., 1993): Im Sinne der *Equity*-Theorie folgt einer Verringerung des *outcome* (= im Experiment häufig als Unterbezahlung auf geleistete Arbeit instrumentalisiert) i.d.R. eine Verringerung des *input*, messbar als Verminderung der Leistung.
- (b) Im täglichen Leben ist eine Wiederherstellung der Gerechtigkeit durch Verhaltensänderung i.d.R. jedoch nicht möglich. In diesem Fall kommen psychologische Strategien zum Einsatz, die die Aufrechterhaltung der Vorstellung einer gerechten Welt ermöglichen und somit negative Emotionen verringern: („If behavioral rectification is not possible, people will generally use psychological means of maintaining a ‘just world’ view ...“ Martin 1986, S. 317). Zahlreiche Untersuchungen konnten diese Hypothese einer Veränderung in der Wahrnehmung stützen und berichten von einer Ignorierung bestehender Ungerechtigkeit: Weinglass und Steil (1981, zit. n. Deutsch 1986) zeigten, welchen Einfluss religiös-ideologische Faktoren auf die Wahrnehmung von Benachteiligung haben: Orthodoxe Frauen mit religiös-fundamentalistischer Einstellung empfinden ihre benachteiligende Behandlung nicht als ungerecht. Auch in westlichen Kulturen fällt es Frauen schwer, ihre Benachteiligung wahrzunehmen. So fand z.B. Crosby (1982), dass die Diskriminierung der Frau in Beruf und Gesellschaft als solches zwar im allgemeinen wahrgenommen wird und bewusst ist, kaum jedoch die persönliche Diskriminierung. Crosby nannte dieses Phänomen „the denial of personal discrimination“ (Crosby 1984). Weitere Beispiele finden sich bei Farbigen in den USA (Pettigrew 1967), bei Homosexuellen (Birt & Dion 1987) oder bei „blue-collar workers“ (Runciman 1966). Müller et al. (1993) beschreiben die hier wirkenden Verarbeitungsprozesse folgendermaßen: „Durch Addition, Subtraktion oder Substitution kognitiver Elemente lassen sich eigene oder fremde Beiträge so umbewerten, dass der Eindruck gerechter Verhältnisse entsteht. Um wahrgenommene Unausgewogenheit zu reduzieren, werden neue konsonante Kognitionen hinzugefügt, dissonante Kognitionen eliminiert oder beide Strategien gleichzeitig benützt.“ (S. 224). Martin (1986) geht sogar soweit zu behaupten, dass chronisch Benachteiligte ungerechte Behandlung erwarten: „When a given distribution fails to arouse discontent or dissatisfaction, researchers conclude that the distribution is considered just. In fact, such statements may simply mean, that the distribution fits expectations, perhaps expectations of injustice.“ (Martin 1986, S. 318).
- (c) Eine dritte Möglichkeit der Reaktion auf widerfahrenes Unrecht zeigen Fine & Mitarbeiter (Fine et al. 1995, Brodkey und Fine 1988): Sie stellten fest, dass unter bestimmten Umständen eine persönliche Benachteiligung zwar wahrgenommen wird, diese jedoch mehr oder weniger geduldet wird, da die Opfer aufgrund gesellschaftlicher Unterdrückung und institutioneller Behinderungen nicht den Mut finden, die Diskriminierung öffentlich anzuprangern. „... when researchers investigate *why* adults hold

such paradoxical positions, we hear less that they are deluded and more that they are operating through complex, often contradictory, consciousness and surviving in institutions trying to make them see justice where little prevails.“ (Fine & Wong 1995, S. 320). Brodkey & Fine (1988) fanden bei der Auswertung von Interviews zu sexueller Belästigung an amerikanischen Universitäten, dass 70% aller Teilnehmerinnen über sexuelle Belästigung zu berichten wussten, aber nur 10% darin einen Beschwerdegrund sahen. Die Studentinnen begründeten das Erdulden der Ungerechtigkeit u.a. mit Furcht vor Vergeltungsmaßnahmen, Verlust des Rufs, und weiterem Hineindrängen in eine Opferrolle (*victimization*) im Beschwerdeprozess.

II.6.4 Zusammenfassung

Die Gerechtigkeit einer Situation lässt sich nach verschiedenen Prinzipien beurteilen, die ihre jeweiligen Anwendungsschwerpunkte in unterschiedlichen sozialen Beziehungen haben. In der Arbeitswelt wird Gerechtigkeit häufig nach dem Equity-Prinzip beurteilt, in fürsorglichen Beziehungen eher nach dem Bedürfnisprinzip, bei Verteilungsproblemen sind jedoch auch die Regeln der Verteilung relevant, nicht nur deren Ergebnis. Fühlt sich ein Mensch ungerecht behandelt entsteht emotionaler Dystress, der sich in physischen und psychischen Reaktionen sowie in Unzufriedenheit widerspiegelt. Gerechtigkeitsempfinden ist insgesamt sehr subjektiv und hängt vom gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrund eines Individuums ab (Sampson 1986). Die Reaktionen auf widerfahrenes Unrecht sind nur schwer vorhersagbar und reichen von Versuchen, das Unrecht ungeschehen zu machen bis hin zu Anpassung an die Umstände. Insbesondere bei chronischer persönlicher Benachteiligung findet man eine Verleugnung von Diskriminierung, die sich zumindest in Fehlen von Unzufriedenheit mit dem gegenwärtigen Zustand äußert. Ziel all dieser psychologischen Anpassungsprozesse ist es, dass Bild einer gerechten Welt aufrecht zu erhalten.

II.7 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

Lebensqualität hat als Evaluationskriterium in der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewonnen, jedoch u.a. auch in der sozialpsychiatrischen Forschung zu kontraintuitiven Ergebnissen geführt (Kilian 1995). So könnte die mit zunehmender Hospitalisierungsdauer steigende Zufriedenheit schizophrener Langzeitpatienten (Franz et al. 2002) eher das Ergebnis intrapsychischer Adaptationsprozesse sein als ein valider Parameter zur Beurteilung medizinischer Versorgung. Da eine unkritische Verwendung der Zufriedenheitsurteile der Patienten nachteilige Konsequenzen wie z.B. ein erneutes Interesse an hospitalisierenden Maßnahmen zur Folge haben könnte, scheint es notwendig, die Mechanismen zu untersuchen, die für die Entstehung von hoher Zufriedenheit unter objektiv benachteiligenden Bedingungen verantwortlich sein könnten.

Aus der Sozialpsychologie sind verschiedene Theorien bekannt, die Aussagen zu Voraussetzungen für die Entstehung von Zufriedenheit trotz ungünstiger äußerer Umstände machen. Nach der **Theorie der relativen Deprivation** (Stouffer et al. 1949, Crosby 1982) entstehen Zufriedenheitsurteile in Abhängigkeit von persönlichen Erwartungen, Ansprüchen und Vergleichsstandards. Zwar gibt es auch bei dieser Theorie noch zahlreiche methodische und inhaltliche Defizite, insbesondere die Formalisierung betreffend, es existiert jedoch ein empirisch mehrfach geprüftes Modell, das zumindest als post-hoc-Erklärung geeignet ist. Dieses Modell von Crosby und Mitarbeitern (1982) formuliert als essentielle Vorbedingungen für die Entstehung von Unzufriedenheit mit einer Sache X das Vorhandensein sowohl eines *Wunsches nach X* als auch eines Gefühls der *Berechtigung zu X*. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, entsteht nach der Theorie der relativen Deprivation auch unter objektiv ungünstigen Umständen keine Unzufriedenheit.

Die **Theorie der Referenzkognitionen** wurde von Folger und Mitarbeitern (Folger et al. 1983a, b, c) entwickelt. Auch sie beschreibt Vorbedingungen, die für das Auftreten von Unzufriedenheit notwendig sind, so-

genannte Referenzkognitionen. Diese bestehen aus Wahrnehmungen und Vorstellungen, an denen eine aktuelle Situation gemessen wird: Zum einen hängt die Zufriedenheit mit einer Situation von der Vorstellbarkeit einer Alternativsituation ab, zum anderen von Erwartungen an die Zukunft und von der Einschätzung der Gerechtigkeit des Prozesses, der zur aktuellen Situation geführt hat. Unzufriedenheit entsteht, wenn eine gute Alternative gedanklich vorstellbar ist, wenn die aktuelle Situation sich in Zukunft nicht verändern wird und aus einer Ungerechtigkeit heraus entstanden ist. Die postulierten Zusammenhänge wurden größtenteils experimentell bestätigt.

Sowohl für die Theorie der relativen Deprivation als auch für die Theorie der Referenzkognitionen spielt eine weitere sozialpsychologische Theorie eine wichtige Rolle: die Theorie sozialer Vergleiche.

Die **Theorie sozialer Vergleichsprozesse** (Festinger 1950) beschreibt, wie Menschen sich selbst und ihre Umwelt über Vergleiche mit anderen evaluieren. Auch Zufriedenheitsurteile werden durch soziale Vergleiche beeinflusst. In Situationen, in denen das Selbstwertgefühl bedroht ist, werden v.a. abwärts gerichtete soziale Vergleiche gezogen (Wills 1981), d.h. Vergleiche mit anderen, deren Situation als schlechter wahrgenommen wird. Dies konnte beispielsweise bei Patienten mit einer Krebserkrankung (z.B. Taylor et al. 1983) oder einer anderen schweren chronischen körperlichen Krankheit (z.B. Affleck et al. 1987) gezeigt werden. Aber auch unter Alltagsbedingungen führen gesunde Normalprobanden häufig abwärts gerichtete soziale Vergleiche durch. Somit können positive Illusionen über die eigene Person aufrecht erhalten werden, die das Wohlbefinden erhöhen (Taylor & Brown 1988). Die Erfassung sozialer Vergleiche wird bisher uneinheitlich durchgeführt und bringt auch nicht unbedingt konsistente Ergebnisse, wenn verschiedene Methoden in derselben Stichprobe verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dessen ist es bisher noch nicht möglich, eine Vorhersage über Ziel und Richtung sozialer Vergleiche unter verschiedenen Bedingungen zu treffen.

Die drei genannten Theorien überschneiden sich in Teilbereichen: dem Element *Berechtigung zu X* aus der Theorie der relativen Deprivation entspricht ungefähr das Element *Prozessgerechtigkeit* aus der Theorie der Referenzkognitionen: Beiden Elementen liegen Vorstellungen über Gerechtigkeit zugrunde. Beiden Theorien gemeinsam ist auch die Vorstellung, dass soziale Vergleiche die Grundlage für einzelne Elemente darstellen: laut Crosby et al. (1982) werden sowohl der *Wunsch nach einer Sache X* als auch das Gefühl der *Berechtigung* dazu von sozialen Vergleichen beeinflusst. Folger (1987) nannte soziale Vergleiche als Quelle für eine gute alternative *Referenzsituation*, mit der die aktuelle Situation verglichen wird.

III. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

III.1 Fragestellung

Aus dem Gesagten ergibt sich die Frage, ob die aus der Sozialpsychologie bekannten Theorien der relativen Deprivation, der Referenzkognitionen und der sozialen Vergleiche auf schizophrene Langzeitpatienten anwendbar sind. Schizophrene Langzeitpatienten zeigen eine hohe Zufriedenheit, deren Wert mit zunehmender Hospitalisierungsdauer den durchschnittlichen Wert in der Normalbevölkerung erreicht bzw. teils sogar übersteigt (Franz et al. 1998). Die drei genannten Theorien machen allesamt Aussagen über die Entstehung von Zufriedenheit trotz ungünstiger äußerer Umstände. Alle Theorien formulieren bestimmte Voraussetzungen für die Entstehung von Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit.

Da bisher keine der Theorien empirisch bei schizophrenen Menschen überprüft wurde und die vorhandenen Untersuchungen fast ausschließlich im englischen Sprachraum durchgeführt wurden, soll überprüft werden, ob sich die vorhergesagten Effekte zunächst an einer Gruppe psychisch gesunder Normalprobanden (im deutschen Sprachraum) und dann bei schizophrenen Akut- und Langzeitpatienten replizieren lassen. Für die genannten Theorien soll im weiteren untersucht werden, ob sich Unterschiede zwischen schizophrenen Langzeit- und Akutpatienten finden lassen und ob Veränderungen im Zusammenhang mit einer lang dauernden Hospitalisierung auftreten. Da sich die Theorien teilweise überschneiden bzw. aus ähnlichen Elementen bestehen, ergibt sich außerdem die Frage, wie groß der Zusammenhang zwischen der Höhe der Zufriedenheit und einzelnen Elementen der genannten Theorien ist und wie viel Varianz der Zufriedenheit durch die untersuchten Theorien aufgeklärt werden kann.

III.2 Hypothesen

Folgende Hypothesen werden aufgestellt und sollen in der vorliegenden Arbeit überprüft werden:

Hypothese I

- (a) Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* sowie *Zufriedenheit* lassen sich an einer Stichprobe psychisch gesunder Normalprobanden (NPB) replizieren.
- (b) Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* sowie *Zufriedenheit* lassen sich bei schizophrenen Akutpatienten (AP) replizieren.
- (c) Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* sowie *Zufriedenheit* lassen sich bei schizophrenen Langzeitpatienten (LZP) replizieren.
- (d) Zufriedenheit ist bei LZP höher als bei AP, die Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der relativen Deprivation (*Wollen* und *Berechtigung*) sind bei LZP geringer ausgeprägt als bei AP. NPB unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht von LZP.
- (e) Die Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der relativen Deprivation (*Wollen* und *Berechtigung*) nehmen bei LZP mit der Dauer der Hospitalisierung ab.

Hypothese II

- (a) Die nach der Theorie der Referenzkognitionen bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Referenzsituation*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Prozessgerechtigkeit* und *Zufriedenheit* lassen sich an einer Stichprobe psychisch gesunder NPB replizieren.
- (b) Die nach der Theorie der Referenzkognitionen bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Referenzsituation*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Prozessgerechtigkeit* und *Zufriedenheit* lassen sich bei schizophrenen Akutpatienten replizieren.
- (c) Die nach der Theorie der Referenzkognitionen bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Referenzsituation*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Prozessgerechtigkeit* und *Zufriedenheit* lassen sich bei schizophrenen Langzeitpatienten replizieren.
- (d) Zufriedenheit ist bei LZP höher als bei AP, die Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der Referenzkognitionen (*Referenzsituation*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Prozessgerechtigkeit*) sind bei LZP geringer ausgeprägt als bei AP. NPB unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht von LZP.
- (e) Die Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der Referenzkognitionen (*Referenzsituation*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Prozessgerechtigkeit*) nehmen bei LZP mit der Dauer der Hospitalisierung ab.

Hypothese III

- (a) LZP ziehen im Vergleich zu AP eher Vergleiche mit Mitpatienten als mit Menschen außerhalb psychiatrischer Einrichtungen, diese Vergleiche sind v.a. abwärts gerichtet.
- (b) Zufriedenheit hängt mit der Richtung sozialer Vergleiche zusammen, abwärts gerichtete soziale Vergleiche gehen mit hoher Zufriedenheit einher.

Anm: Bei NPB ist die Frage nach Ziel und Richtung sozialer Vergleiche im Sinne dieser Dissertation nicht relevant und anhand der bestehenden Datenlage nur schwer zu vermuten. Auch hier lässt sich jedoch ein entsprechender Zusammenhang von Zufriedenheit und Richtung sozialer Vergleiche erwarten.

Hypothese IV

- (a) Es bestehen korrelative Zusammenhänge zwischen den von den einzelnen Theorien (relative Deprivation, Referenzkognitionen und soziale Vergleiche) formulierten Vorbedingungen für Zufriedenheitsurteile und der Zufriedenheit selbst.
- (b) Die einzelnen Vorbedingungen können Varianz der Zufriedenheit aufklären.

IV. METHODEN UND AUSWERTUNG DER DATEN

Die Hypothesen wurden überprüft indem Personen aus der Normalbevölkerung (Normalprobanden – NPB) mittels eines Fragebogens und kurz- und langfristig hospitalisierte Schizophreniekranken (Akutpatienten – AP bzw. Langzeitpatienten – LZP) in einem strukturierten Interview befragt wurden. Dabei wurden Zufriedenheitsmaße sowie die aus den untersuchten Theorien begründeten Voraussetzungen für Zufriedenheit erhoben. Ergänzend wurden Merkmale der objektiven Lebensbedingungen in allen drei Stichproben erfragt, bei den schizophrenen Patienten wurde auch die Psychopathologie erfasst und weitere Informationen vom Pflegepersonal der Einrichtung erhoben (s.u.). Die schizophrenen Patienten (AP und LZP) wurden darüber hinaus im Rahmen der Datenerhebung für eine weitere Dissertation (Hanewald 2004) interviewt, die LZP zusätzlich noch im Rahmen der Hessischen Enthospitalisierungsstudie (Franz et al. 1998) untersucht.

IV.1 Die Stichproben

Die schizophrenen LZP befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews auf Langzeitstationen der Psychiatrischen Krankenhäuser (PKH) des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, die AP in stationärer Behandlung des Zentrum für Psychiatrie der Justus-Liebig-Universität Gießen oder auf zwei Akutstationen des PKH Gießen. Für ein Interview eingeplant wurden alle schizophrenen Akut- und Langzeitpatienten, die sich im Erhebungszeitraum (s.u.) in den entsprechenden Einrichtungen aufhielten.

Für die **Gruppe der LZP** galten folgende...

... Einschlusskriterien:

- Diagnose Schizophrenie (ICD 10 F20.0-F20.9)
- Dauer des gegenwärtigen Krankenhausaufenthaltes mindestens zwei Jahre (Dieses Einschlusskriterium galt auch als erfüllt, wenn innerhalb dieser Zeit maximal ein Entlassungsversuch von höchstens sechs Wochen Dauer erfolgte.)

... Ausschlusskriterien:

- Oligophrenie
- Bewohner mit stark ausgeprägtem hirnorganischem Abbau
- Akutpatienten, die nur deshalb noch hospitalisiert waren, weil sie zum jeweiligen Zeitpunkt keinen passenden Platz außerhalb des Akutkrankenhauses hatten („Warteschleife“)

Für die **Gruppe der AP** galten folgende...

... Einschlusskriterien:

- Diagnose Schizophrenie (ICD 10 F 20.0-F20.9) mit Erstmanifestation oder akuter Exazerbation

... Ausschlusskriterien:

- Affektive oder Schizoaffektive Psychosen, Oligophrenie und akute oder chronische organische Störungen
- langzeithospitalisierte Patienten, die zur Behandlung einer akuten Exazerbation auf eine Akutstation aufgenommen wurden.

Die **Gruppe der NPB** rekrutierte sich aus freiwilligen Teilnehmern, die während ihrer Wartezeit in der Sprechstunde einer Allgemeinarztpraxis einen Fragebogen auszufüllen bereit waren. Ein- oder Ausschlusskriterien wurden nicht formuliert.

IV.2 Die Operationalisierung der Konstrukte

Die Daten wurden in der Gruppe der kurz- und langfristig hospitalisierten schizophrenen Patienten in Form eines strukturierten Interviews erhoben. Die Fragen orientierten sich teilweise an der englischsprachigen Originalliteratur bzw. wurden vom Autor selbst formuliert. Der psychisch gesunden Kontrollgruppe lagen die Fragen mit denselben Items in Form eines anonymen Fragebogens vor. Erhoben wurden entsprechend der theoretischen Konstrukte (*relative Deprivation*, *Referenzkognitionen* und *soziale Vergleiche*) die jeweilig genannten Vorbedingungen für Zufriedenheit sowie Zufriedenheitsmaße.

Im Folgenden wird für die drei Theorien einzeln erläutert:

- 1) **welche** Daten erhoben wurden. Dabei kann zwischen Theorie-spezifischen Daten (z.B. für die Theorie der relativen Deprivation die Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung*) und Theorie-unabhängigen Daten (Emotionen wie Zufriedenheit, Ärger etc.) unterschieden werden. Letztere Maße für Deprivation sind für alle Theorien gleich und werden daher als erstes beschrieben (Kap. IV.2.1)
- 2) **wie** die Daten erhoben wurden, d.h. wie die Fragen formuliert waren und für welchen Lebensbereich (Kap. IV.2.6) sie formuliert waren. Der konkrete Ablauf der Untersuchungen wird in einem eigenen Kapitel weiter unten beschrieben (Kap. IV.3.1). Die Vorlage für das strukturierte Interview bzw. der Fragebogen für die NPB sowie die verwendeten Antwortskalen (s.u.) sind komplett im Anhang abgedruckt.
- 3) wie die erhobenen Daten **quantifiziert** wurden
- 4) wie das **Konstrukt** (=die jeweilig untersuchte Theorie) **operationalisiert** wurde

IV.2.1 Die Maße für Deprivation

In allen drei untersuchten Theorien werden als abhängige Variablen Maße für Deprivationsempfinden verwendet. Wie in den entsprechenden Kapiteln der theoretischen Grundlagen erörtert, werden in der Originalliteratur unterschiedliche Emotionen wie z.B. Zufriedenheit, Unzufriedenheit, Ärger u.ä. erfasst. Daher erschien es für die vorliegende Untersuchung ebenfalls sinnvoll, mehrere verschiedene Emotionen als Maß für Deprivationserleben zu erheben: Erhoben wurden der Parameter Zufriedenheit, der oft synonym für Lebensqualität verwendet wird (s. Kap. II.1), sowie ein Deprivationsindex. Der Deprivationsindex stellt einen gemittelten Wert aus den Variablen Zufriedenheit¹², Unzufriedenheit, Verärgerung und Verstimmung dar.

Die Daten wurden folgendermaßen erhoben (exemplarisch für den Bereich Seelische Gesundheit¹³):

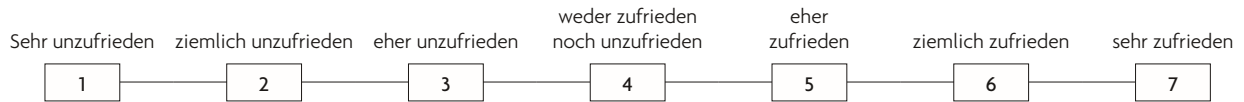
1. Zufriedenheit	„Wie zufrieden sind Sie mit ihrer seelischen Gesundheit ¹³ ?“
2. Deprivationsindex	„Sind Sie mit ihrem seelischen Gesundheitszustand ¹³ unzufrieden?“ „Sind Sie über ihren seelischen Gesundheitszustand ¹³verärgert?“ ...verstimmt?“

Die Patienten sollten die Fragen anhand verschiedener Likert-Skalen, die ihnen vorgelegt wurden, beantworten. Da die Skalen bei kognitiv gestörten Patienten zum Einsatz kamen, wurden nur solche Skalen verwendet, die konkrete Zuordnungen zu den einzelnen Rangpositionen hatten, d.h. einer Ziffer der Skala konnte konkret eine Antwortaussage zugeordnet werden. Dies hatte zur Folge dass die Skalen eine kleinere Spannbreite als die Skalen der Originalliteratur hatten (die z.B. bei Crosby – 1982 – von 1 bis 10 reichten, jedoch nur an den Skalenendpunkten eine vorgegebene Antwort enthielten). Folgende Skalen kamen zum Einsatz:

¹² Da Zufriedenheit eine gegensätzliche Emotion im Vergleich zu Unzufriedenheit, Ärger etc. darstellt, wurde bei der Berechnung des Mittelwertes der Wert der Zufriedenheit invertiert. Ausführliche Erläuterungen zu diesem Vorgehen finden sich weiter unten im selben Kapitel.

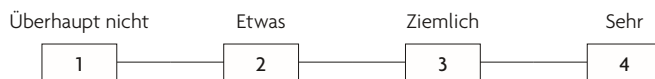
¹³ Warum u.a. der Bereich Seelische Gesundheit gewählt wurde, wird in Kap. IV.2.6 ausführlich erläutert.

1. Zufriedenheit („Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit?“)



Diese Antwortskala entspricht der Antwortskala der MLDL-GI (Franz, Plüddemann et al. 1996), mit der der Ausgangsbefund für diese Untersuchung, die hohe Zufriedenheit chronisch schizophrener LZP (s. Kap. II.1.4.1), erfasst wurde.

2. Deprivationsindex („Sind sie mit ihrem seelischen Gesundheitszustand unzufrieden?“ bzw. „Sind sie über ihre seelische Gesundheit verärgert / verstimmt?“)



Diese Skala wurde analog zur obigen erstellt. Da es im deutschen Sprachgebrauch kein positives Gegenstück zu „verärgert“ oder „verstimmt“ gibt, wurde nur die Hälfte der Skala eingesetzt.

Für die Berechnung des Deprivationsindex (=Mittelwert aus den Variablen zufrieden, unzufrieden, verärgert und verstimmt) mussten die Variablen umkodiert werden: Unzufriedenheit, Verärgerung und Verstimmung wurden für die Auswertungen auf eine Skala von 0 (=überhaupt nicht) bis 3 (=sehr) transformiert, Zufriedenheit wurde invertiert auf eine Skala von -3 (=sehr zufrieden) bis 3 (sehr unzufrieden), so dass hohe Werte nun ähnlich wie Unzufriedenheit zu werten sind(!). Somit entsprechen hohe Werte im Deprivationsindex einem großen Ausmaß negativer Emotionen, niedrige Werte eher positiven Emotionen. Der Deprivationsindex kann maximal einen Wert 3,0 (= „sehr depriviert“), minimal einen Wert von -0,75 (= „nicht depriviert“) annehmen.

Die Deprivationsmaße Zufriedenheit und Deprivationsindex werden im Folgenden – wenn inhaltlich sinnvoll – bei der Beschreibung der Methoden der Einfachheit und Lesbarkeit halber kurz als „Zufriedenheit“ zusammengefasst.

IV.2.2 Hypothese I: Die Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation

IV.2.2.1 Welche Daten wurden erhoben?

Die Theorie der relativen Deprivation besagt, dass ein Mensch mit einer Sache X unzufrieden ist, wenn er mehr von X möchte als er hat und er sich zu mehr X berechtigt fühlt. Vorbedingungen für Zufriedenheit sind entsprechende Ausprägungen der beiden Faktoren *Wollen* und *Berechtigung*. Für die Theorie der relativen Deprivation werden daher folgende Daten erhoben:

1. Das Ausmaß, in dem der Patient mehr von einer Sache X *will*
2. Das Ausmaß, in dem der Patient sich zu mehr von X *berechtigt* fühlt
3. Die Zufriedenheit mit X

IV.2.2.2 Wie wurden die Daten erhoben?

In Anlehnung an Crosby (1982) wurden die Daten in Form eines strukturierten Interviews (bei AP und LZP) bzw. Fragebogens (bei NPB) erhoben. Sämtliche Erhebungsinstrumente finden sich komplett abgedruckt im Anhang wieder. Erhoben wurden die der Theorie entsprechenden Vorbedingungen für Zufriedenheit sowie Zufriedenheit selbst in drei konkreten Lebensbereichen.

Crosby (1982) befragte ihre (weiblichen) Probanden u.a. zu den Bereichen *job*, *home*, *women* und Benotung

im Studium. Da diese Bereiche für LZP jedoch nur eine eingeschränkte Relevanz besitzen, wurden theoriegeleitet relevantere Lebensbereiche ausgesucht, in denen die Fragen der vorliegenden Untersuchung beantwortet werden sollten. Wie diese Auswahl erfolgte wird in Kapitel 2.6 ausführlich dargestellt, ausgesucht wurden die Bereiche „Freundschaften“, „Seelische Gesundheit“ und „Familie“.

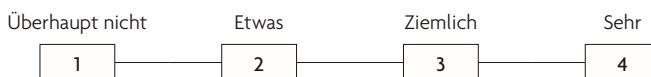
Die Formulierung der Fragen entstand durch Übersetzung der Originalfragen von Crosby (1982):

Element	Frage (exemplarisch für den Bereich Seelische Gesundheit)
1.) Wollen	„Wie sehr wünschen Sie sich, dass sich Ihre seelische Gesundheit bessert?“
2.) Berechtigung	„Haben Sie das Gefühl, dass Sie eine bessere seelische Gesundheit verdient hätten?“ ¹⁴
3.) Zufriedenheit und Deprivationsindex	„Wie zufrieden sind Sie mit ihrer seelischen Gesundheit?“ „Sind Sie über ihren seelischen Gesundheitszustand... ...verärgert?“ ...verstimmt?“ ...mit ihm unzufrieden?“

IV.2.2.3 Wie wurden die Daten quantifiziert?

Die Patienten sollten die Fragen anhand von Likert-Skalen beantworten:

- 1.) Element *Wollen* („Wie sehr wünschen Sie sich, dass sich Ihre seelische Gesundheit bessert?“) und
- 2.) Element *Berechtigung* („Haben Sie das Gefühl, dass Sie eine bessere seelische Gesundheit verdient hätten?“):¹⁴



Somit konnten die Antworten auf einer 4-stufigen Skala kodiert werden.

- 3.) Für die Deprivationsmaße *Zufriedenheit* und *Deprivationsindex* wurden oben beschriebenen Antwortskalen eingesetzt.

IV.2.2.4 Die Operationalisierung des Konstruktes

Es sollte überprüft werden ob

- (a) die Theorie der relativen Deprivation sich mit der vorliegenden Erhebung in allen drei Stichproben (NPB, AP und LZP) replizieren lässt (Hypothese I (a) bis (c)) und ob
- (b) sich Unterschiede zwischen den drei Stichproben bzw. Veränderungen im Zusammenhang mit der Hospitalisierungsdauer der LZP finden lassen (Hypothese I (d) und (e)).

ad (a):

Zur Überprüfung der Replizierbarkeit sollten die von Crosby et al. (1982; 1986 – vgl. Kap. II.3.1.3.3) publizierten Untersuchungen, mit denen die Gültigkeit der Theorie überprüft worden war, an den drei Stichproben wiederholt werden.

Folgende Untersuchungen wurden veröffentlicht, aus denen die Operationalisierung des Konstrukts „relative Deprivation“ in der eigenen Arbeit abgeleitet wurde.

(1) „constellation approach“: Crosby et al. (1986) teilten die Stichprobe ein in die Gruppe, in der sowohl *Wollen* als auch *Berechtigung* gegeben waren (=„constellation group“) und den Rest. Die constellation group wurde hinsichtlich ihrer Zufriedenheit verglichen mit dem Rest der Stichprobe.

Folgende Variablen wurden daher in der vorliegenden Arbeit untersucht:

¹⁴ Falls der Patient nachfragen sollte, was damit gemeint sei, hätte er folgendes Beispiel zur Erläuterung erhalten: „Jemand könnte das Gefühl haben, eine bessere seelische Gesundheit verdient zu haben, weil er das Gefühl hat, dass alle anderen gesünder sind als er.“ Dies war jedoch bei keinem Interview der Fall. Eine analoge standardisierte Erklärung für die anderen beiden Lebensbereiche (*Freundschaften* und *Familie*), die dem Interviewer zur Verfügung stand, wurde ebenfalls von den Patienten nie beansprucht.

unabhängige Variablen	abhängige Variablen
<i>Wollen und Berechtigung</i>	<i>Zufriedenheit und Deprivationsindex</i>

Um die Stichprobe nach dem Vorhandensein der Faktoren *Wollen* und *Berechtigung* aufteilen zu können war es notwendig, die Variablen *Wollen* und *Berechtigung* – analog dem Vorgehen von Crosby et al. (1986) – dichotom zu kodieren. Patienten, die als Antwort „überhaupt nicht“ (= 1 auf der Antwortskala) angegeben haben wurden der Gruppe 0 (Vorbedingung abwesend) zugeteilt, die übrigen Patienten (Antworten 2-4 auf der Skala) der Gruppe 1 (Vorbedingung gegeben).

(2) „extreme score approach“: Die Stichprobe wurde eingeteilt in eine kleine Gruppe aus Personen mit den höchsten Zufriedenheitswerten, eine kleine Gruppe aus Personen mit den niedrigsten Zufriedenheitswerten und den Rest (mit mittleren Zufriedenheitswerten). Zwischen den beiden Extremwert-Gruppen wurde das Ausmaß, in dem die jeweilige Vorbedingung (*Wollen* oder *Berechtigung*) vorhanden war, verglichen. Folgende Variablen wurden untersucht:

unabhängige Variablen	abhängige Variablen
<i>Zufriedenheit und Deprivationsindex als Kriterium für die Gruppeneinteilung</i>	<i>Wollen und Berechtigung</i>

Auch für diese Untersuchung mussten die Stichproben aufgeteilt werden. Um inhaltlich wie methodisch sinnvolle Aussagen treffen zu können, mussten aufgrund der – im Vergleich zur Stichprobe von Crosby (1982) kleineren – Stichprobengröße der vorliegenden Arbeit Kriterien für eine minimale und maximale Größe der Gruppen festgelegt werden. D.h., die Stichproben wurden nicht nur anhand der Ausprägungen der unabhängigen Variablen eingeteilt, sondern es wurden zusätzlich Grenzwerte für die Zugehörigkeit zu den Extremgruppen in Abhängigkeit von der Verteilung der Variablen festgelegt. Als Richtwerte für die Gruppengröße wurde festgelegt, dass die Extremwertgruppen aus je mind. 10-15 Patienten bestehen sollten, der nicht inkludierte Rest aus nicht weniger als 20 Personen.

(3) „comparison of individual binary variables“: Die Stichprobe wurde danach aufgeteilt, ob eine einzelne Vorbedingungen jeweils gegeben war oder nicht, die mittleren Zufriedenheitswerte wurden miteinander verglichen.

Folgende Variablen wurden untersucht:

unabhängige Variablen	abhängige Variablen
<i>Wollen und Berechtigung</i>	<i>Zufriedenheit und Deprivationsindex</i>

Dazu wurden die Variablen *Wollen* und *Berechtigung* wiederum in ihrer dichotomen Kodierung verwendet (s. (1) constellation approach).

ad (b)

Zur Überprüfung der Hypothesen I (d) und I(e) wurden folgende Untersuchungen durchgeführt:

- (1) Es wurden Gruppenunterschiede zwischen NPB, AP und LZP hinsichtlich der einzelnen Elemente der Theorie der relativen Deprivation betrachtet.
- (2) Innerhalb der Gruppe der LZP wurden Zusammenhänge zwischen den Elementen der Theorie der relativen Deprivation und der Hospitalisierungsdauer untersucht.

(1) Gruppenunterschiede zwischen NPB, AP und LZP

Es wurde erwartet, dass entsprechend einer hohen Zufriedenheit bei NPB und LZP die Vorbedingungen für Unzufriedenheit niedriger ausgeprägt waren als bei AP, d.h. NPB und LZP *wollten* weniger und fühlten sich zu weniger *berechtigt* als AP.

unabhängige Variablen	abhängige Variablen
Stichprobenzugehörigkeit (NPB, AP oder LZP)	Zufriedenheit und Deprivationsindex Wollen und Berechtigung

(2) Korrelationen mit der Hospitalisierungsdauer

Innerhalb der Gruppe der LZP wurde überprüft, ob sich ein Zusammenhang von *Wollen*, *Berechtigung* und *Zufriedenheit* mit der Hospitalisierungsdauer nachweisen ließ.

IV.2.3 Hypothese II: Die Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen

IV.2.3.1 Welche Daten wurden erhoben?

Die Theorie der Referenzkognitionen nennt drei Elemente als Voraussetzung für die Entstehung von Unzufriedenheit:

1. eine *gute Referenzsituation* als Alternative zur aktuellen Situation
2. eine niedrige *Wahrscheinlichkeit der Verbesserung* der aktuellen Situation
3. ein *ungerechter Prozess*, der zur aktuellen Situation geführt hat.

Als abhängige Variable wurden zur Überprüfung der Hypothese II wie bei der Theorie der relativen Deprivation

4. die *Zufriedenheit* und der *Deprivationsindex* erfasst.

IV.2.3.2 Wie wurden die Daten erhoben?

Da die Theorie der Referenzkognitionen bisher nur experimentell überprüft wurde, nicht aber im Rahmen von Fragebögen bzw. Interviews, mussten Fragen, die die einzelnen Elemente der Theorie abbilden, selbst formuliert werden:

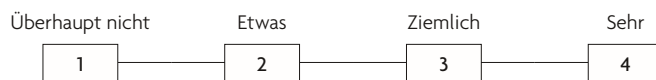
Element	Frage (exemplarisch für den Bereich Seelische Gesundheit)
1.) Referenzsituation	„Können Sie sich vorstellen, dass Ihre seelische Gesundheit unter anderen Umständen auch besser sein könnte?“ (Wenn „ja“: „Wie gut können Sie sich dies vorstellen?“)
2.) Verbesserungswahrscheinlichkeit	„Wie glauben Sie wird Ihre seelische Gesundheit in Zukunft sein?“
3.) Prozessgerechtigkeit	„Empfinden Sie den Zustand, Ihre seelische Gesundheit betreffend, als ungerecht?“
4.) Zufriedenheit und Deprivationsindex	„Wie zufrieden sind Sie mit ihrer seelischen Gesundheit?“ „Sind Sie über ihren seelischen Gesundheitszustand... ...verärgert?“ ...verstimmt?“ ...mit ihm unzufrieden?“

Die Fragen wurden ebenfalls in den theoriegeleitet ausgewählten Bereichen Freundschaften, Seelische Gesundheit und Familie gestellt (s. dazu Kap IV.2.6 zur Auswahl der untersuchten Lebensbereiche).

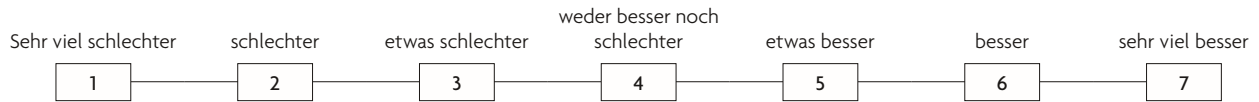
IV.2.3.3 Wie wurden die Daten quantifiziert?

Die Antworten wurden mittels 4- bzw. 7-stufiger Likert-Skalen erhoben.

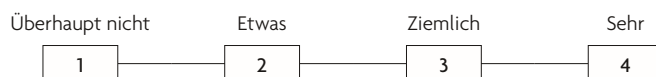
- 1.) *Referenzsituation* („Können Sie sich vorstellen, dass Ihre seelische Gesundheit unter anderen Umständen auch besser sein könnte?“ Wenn „ja“: „Wie gut können Sie sich dies vorstellen?“):



- 2.) *Verbesserungswahrscheinlichkeit* („Wie glauben Sie wird Ihre seelische Gesundheit in Zukunft sein?“):



- 3.) *Prozessgerechtigkeit* („Empfinden Sie den Zustand, Ihre seelische Gesundheit betreffend, als ungerecht?“):



- 4.) Für die Zufriedenheitsmaße wurden die oben (Kap. IV.2.1) beschriebenen Skalen eingesetzt.

IV.2.3.4 Die Operationalisierung des Konstrukts

Es sollte überprüft werden ob

- (a) sich die Theorie der Referenzkognitionen mit der vorliegenden Erhebung in allen drei Stichproben (NPB, AP und LZP) replizieren lässt (Hypothese II (a) bis (c)) und ob
- (b) sich Unterschiede zwischen den drei Stichproben bzw. Veränderungen im Zusammenhang mit der Hospitalisierungsdauer der LZP finden lassen (Hypothese II (d) und (e)).

ad (a)

Zur Überprüfung der Hypothesen II (a) bis (c) sollten die Berechnungen, die von Folger und Mitarbeitern (1983a, b, c – vgl. Kap. II.4.3) zur Bestätigung der Gültigkeit der Theorie veröffentlicht wurden, an den drei Stichproben wiederholt werden.

Folgende Untersuchungen wurden von Folger et al. (1983 a,b,c) publiziert:

(1) „comparison of individual binary variables“: Die Stichprobe wurde danach aufgeteilt, ob jeweils eine der Vorbedingungen für Zufriedenheit gegeben war oder nicht. Die entstehenden Gruppen wurden hinsichtlich ihrer Zufriedenheit miteinander verglichen. Aus der Literatur lagen hierzu Daten vor für die Elemente *Referenzsituation* und *Verbesserungswahrscheinlichkeit*.

Folgende Variablen wurden untersucht:

unabhängige Variablen	abhängige Variablen
Referenzsituation und Verbesserungswahrscheinlichkeit	Zufriedenheit und Deprivationsindex

Die Variablen *Referenzsituation* und *Verbesserungswahrscheinlichkeit* wurden dichotomisiert:

	Originalantwort auf Likert-Skala	...wurde dichotom zugeordnet
(a) <i>Referenzsituation</i> („Können Sie sich vorstellen, dass Ihre seelische Gesundheit unter anderen Umständen auch besser sein könnte?“)	1 („Überhaupt nicht“)	0 (Referenzsituation schlecht)
	2 („Etwas“)	
	3 („Ziemlich“)	
	4 („Sehr“)	
(b) <i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i> („Wie glauben Sie wird Ihre seelische Gesundheit in Zukunft sein?“)	1 („Sehr viel schlechter“)	0 (Verbesserungswahrscheinlichkeit nicht gegeben)
	2 („Schlechter“)	
	3 („Etwas schlechter“)	
	4 („Weder schlechter noch besser“)	
	5 („Etwas besser“)	1 (Verbesserungswahrscheinlichkeit gegeben)
	6 („Besser“)	
	7 („Sehr viel besser“)	

(2) Überprüfung der „consistency“: Dazu wurden die Zufriedenheitswerte in den vier Gruppen verglichen, in denen

(a) jeweils eine gute oder schlechte *Referenzsituation* und ein hohe oder niedrige *Verbesserungswahrscheinlichkeit* vorlagen.

(b) jeweils eine gute oder schlechte *Referenzsituation* und ein hohe oder niedrige *Prozessgerechtigkeit* vorlagen.

Es entstanden 4-Felder-Tafeln nach folgendem Muster:

		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.keit	niedrig	A	B
	hoch	C	D

		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess- gerechtigkeit	niedrig	A	B
	hoch	C	D

Die abhängigen und unabhängigen Variablen gestalteten sich wie folgt:

unabhängige Variablen	abhängige Variablen
(a) Referenzsituation und Verbesserungswahrscheinlichkeit	Zufriedenheit und Deprivationsindex
(b) Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit	Zufriedenheit und Deprivationsindex

Wiederum waren dichotome Kodierungen notwendig, die Variable *Prozessgerechtigkeit* wurde dazu folgendermaßen umkodiert: Patienten, die die Antwort „überhaupt nicht“ (=1 auf der Likert-Skala) angegeben haben, wurden der Gruppe 0 (Vorbedingung abwesend/ Prozessgerechtigkeit hoch) zugeteilt, die übrigen Patienten (Antworten 2-4 der Skala) der Gruppe 1 (Vorbedingung gegeben/ Prozessgerechtigkeit niedrig). Es wurden primär Mittelwertsunterschiede zwischen den Zellen betrachtet und den Daten aus der Literatur gegenüber gestellt. Ergebnisse von Varianzanalysen wurden als ergänzende Hinweise gewertet.

Exkurs:

Wie in Kap. II.4 dargelegt, wurden weitere Daten von Folger und Mitarbeitern nicht veröffentlicht. Sicherlich wäre es jedoch interessant zu wissen, welchen Einfluss *Prozessgerechtigkeit* alleine auf Zufriedenheit hat. Nach der Theorie der Referenzkognitionen (und anderen sozialpsychologischen Vorstellungen über Gerechtigkeit – vgl. Kap. II.6) müsste Zufriedenheit unter ungerechten Bedingungen niedriger sein als unter gerechten Bedingungen.

ad (b)

Folgende Untersuchungen wurden zur Überprüfung der Hypothese durchgeführt:

(1) Es wurden Gruppenunterschiede zwischen NPB, AP und LZP hinsichtlich der einzelnen Elemente der Theorie der Referenzkognitionen betrachtet.

(2) Innerhalb der Gruppe der LZP wurden Zusammenhänge zwischen den Faktoren der Theorie der Referenzkognitionen und der Hospitalisierungsdauer untersucht.

(1) Gruppenunterschiede zwischen AP und LZP

Es wurde erwartet, dass – entsprechend der höheren Zufriedenheit – bei NPB und LZP die Vorbedingungen für Unzufriedenheit deutlich weniger ausgeprägt sind als in der Gruppe der AP. D.h. NPB und LZP sollten sich eine bessere Alternative zur aktuellen Situation weniger gut vorstellen können (*Referenzsituation* schlecht), eher eine Verbesserung der Situation als AP erwarten (*Verbesserungswahrscheinlichkeit* hoch) und von gerechten Umständen ausgehen, die zur aktuellen Situation geführt haben (*Prozessgerechtigkeit* hoch).

unabhängige Variable	abhängige Variablen
Stichprobenzugehörigkeit (NPB, AP oder LZP)	Zufriedenheit und <i>Deprivationsindex</i> Referenzsituation, Verbesserungswahrscheinlichkeit und Prozessgerechtigkeit

(2) Korrelationen mit der Hospitalisierungsdauer

Innerhalb der Gruppe der LZP wurde überprüft, ob sich ein Zusammenhang zwischen den Vorbedingungen sowie Zufriedenheit und der Hospitalisierungsdauer in der erwarteten Richtung nachweisen lässt.

IV.2.4 Hypothese III: Die Replizierbarkeit der Theorie sozialer Vergleiche

IV.2.4.1 Welche Daten wurden erhoben?

Die Theorie des sozialen Vergleichs unterscheidet u.a. Ziel („mit wem vergleiche ich mich?“) und Richtung („besser als ich – schlechter als ich – gleich wie ich?“) von Vergleichsprozessen, beide sind für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wichtig. Als abhängige Variable wurden – wie bei den beiden anderen Theorien – *Zufriedenheit* und der *Deprivationsindex* gemessen.

IV.2.4.2 Wie wurden die Daten erhoben?

Wie in Kap. II.5.4 erwähnt sind in der Literatur sehr unterschiedliche Methoden der Erfassung sozialer Vergleiche beschrieben. Im Rahmen von Interviews oder Fragebögen, wie in der vorliegenden Untersuchung, können Vergleiche direkt oder indirekt (aus offenen Fragen zum Thema erschlossen) erfragt werden.

Im Interview mit den schizophrenen Patienten (AP und LZP) wurden folgende Fragen gestellt:

Element	Frage (exemplarisch für den Bereich Seelische Gesundheit)
1. Ziel des sozialen Vergleichs	offene Form: „Wie sieht es mit der seelischen Gesundheit bei anderen aus?“ direkte Form: „Wenn Sie ihre seelische Gesundheit beurteilen, vergleichen Sie sich dabei mit anderen?“ Wenn „Ja“: „Mit wem vergleichen Sie sich dabei?“ Wenn „Nein“: „Wenn ich Sie jetzt bitten würde, ihre Seelische Gesundheit mit der anderer zu vergleichen, mit wem würden Sie sich vergleichen?“
2. Richtung des sozialen Vergleichs	offene Form: „Wie sieht es mit der Seelische Gesundheit bei anderen aus?“ direkte Form: „Wenn Sie ihre seelische Gesundheit beurteilen, vergleichen Sie sich dabei mit anderen?“ Wenn „Ja“: Ist ihre eigene seelische Gesundheit besser, schlechter oder gleich wie die der/des anderen?“ Wenn „Nein“: Wenn ich Sie jetzt bitten würde, ihre Seelische Gesundheit mit der anderer zu vergleichen, wie schneiden Sie bei diesem Vergleich ab?“ direkter Vergleich mit Mitpatienten: „Wie ist ihre Seelische Gesundheit im Vergleich mit der Ihrer Mitpatienten?“

Der Fragebogen für die NPB beinhaltete lediglich eine Form der Frage zu sozialen Vergleichen: „Wenn Sie sich bezüglich Ihrer Gesundheit mit anderen vergleichen, wie schneiden Sie bei diesem Vergleich ab?“ Antwortmöglichkeiten waren „besser“, „gleich“ und „schlechter“. Auf eine offene Frage wurde bei NPB verzichtet, da eine Kodierung der Antworten ohne Kenntnis der sozialen Beziehungen und ohne die Möglichkeit des Nachfragens nicht möglich gewesen wäre.

IV.2.4.3 Wie wurden die Daten quantifiziert?

In den Antworten enthaltene Ziele sozialer Vergleiche wurden im Klartext notiert und (entweder im Anschluss oder wenn möglich noch während des Interviews) in folgende Kategorien eingeordnet:

- 0 = kein Vergleich erkennbar
- 1 = Mitpatienten
- 2 = Familienangehörige

3 = Personal der Einrichtung

4 = Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie

5 = Personen des öffentlichen Lebens, Politiker, Schauspieler etc.

6 = Unbekannte, z.B. der Interviewer, Leute die man in der Stadt sieht etc.

10 = sonstige

11 = „alle“

Diese Kategorien waren für die Antworten auf die direkte und die offene Frage gleich.

Die **Richtung** der sozialen Vergleiche wurde auf einem ordinalen Skalenniveau folgendermaßen kodiert:

Vergleichsrichtung	Variablenwert
abwärts (=selbst besser als andere)	1
lateral (=gleich wie andere)	2
aufwärts (=selbst schlechter als andere)	3

Die Erfassung der Vergleichsrichtung erfolgte ebenfalls in **direkten** und **offenen** Fragen. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden nach dem Interview vom Autor und einer zweiten Person unabhängig voneinander auf enthaltene Vergleiche überprüft und die Vergleichsrichtung – falls erkennbar – nach folgenden Anweisungen kodiert:

- Ein *aufwärts gerichteter* Vergleich wird dann angenommen, wenn aus der Antwort ersichtlich ist, dass der Patient das Gefühl hat, die Situation bzgl. Freundschaften (bzw. seelische Gesundheit/ Familie) sei bei anderen besser als bei ihm selbst. Ebenfalls dann, wenn der Patient seine eigenen Freundschaften in der Antwort im Bereich „schlecht“ ansiedelt, die anderer als eher, ziemlich oder sehr gut bezeichnet. Die Variable erhält den Wert 3.
- Ein *abwärts gerichteter* Vergleich wird dann angenommen, wenn aus der Antwort hervorgeht, dass der Patient annimmt, die Situation bzgl. Freundschaften (bzw. seelische Gesundheit bzw. Familiensituation) sei bei anderen schlechter als bei ihm selbst. Ebenfalls dann, wenn der Patient seine eigenen Freundschaften z.B. im Bereich „gut“ ansiedelt, die anderer als eher, ziemlich oder sehr schlecht bezeichnet. Die Variable erhält den Wert 1.
- Ein *lateral* Vergleich wird dann angenommen, wenn der Patient in seiner Antwort erkennen lässt, dass er die Freundschaften bei anderen als gleich oder sehr ähnlich ansieht. Eine Antwort wird als lateral gewertet, wenn der Patient das Wort „auch“ verwendet, z.B. „auch nicht schlecht“ oder „haben auch kaum Freunde“ u.ä. und wenn der Patient die Freundschaften bei anderen im selben „Qualitätsbereich“ ansiedelt wie seine eigene, z.B. wenn er seine eigene Situation bzgl. Freundschaften als „sehr gut“ bezeichnet und die bei anderen als eher oder ziemlich gut. Gibt der Patient an, bei anderen sei es teils besser, teils schlechter, wurde davon ausgegangen, dass er sich in einem Spektrum möglicher „Qualität der Freundschaften“ in der Mitte ansiedelt und damit so wie die meisten anderen dasteht, d.h. auch hier wird der Vergleich als lateral bewertet. Die Variable erhält den Wert 2.

Bei der Überprüfung der Interrater-Reliabilität ergab sich ein $\kappa=0.93$.

IV.2.4.4 Die Operationalisierung des Konstrukts

Es sollte überprüft werden ob

- sich hinsichtlich Ziel und Richtung sozialer Vergleiche Gruppenunterschiede zwischen AP und LZP finden lassen
- abwärts gerichtete soziale Vergleiche mit erhöhter Zufriedenheit einher gehen.

ad (a)

Folgende Variablen wurden untersucht:

unabhängige Variable	abhängige Variablen
Gruppenzugehörigkeit (AP – LZP)	Richtung und Ziel sozialer Vergleiche

ad (b)

Folgende Variablen wurden untersucht:

Prädiktorvariable	Kriteriumsvariablen
Richtung des sozialen Vergleichs	Zufriedenheit und Deprivationsindex

IV.2.5 Hypothese IV: Der Zusammenhang von Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der untersuchten Theorien

Die dargestellten sozialpsychologischen Theorien der relativen Deprivation, der Referenzkognitionen und der sozialen Vergleiche zeigen hinsichtlich der verwendeten Elemente Überschneidungen. Unklar ist, in welchem Ausmaß die einzelnen Elemente in Zusammenhang mit Zufriedenheit stehen. Die einzigen publizierten Daten dazu stammen von Olson et al. (1995), die die beiden Elemente *Wollen* und *Berechtigung* der Theorie der relativen Deprivation in Zusammenhang mit Zufriedenheitsmaßen setzten. Einen Vergleich der drei Theorien gibt es m.E. nicht. Im Sinne einer explorativen Datenanalyse wurden daher

- (a) die Korrelationen zwischen einzelnen Elementen der drei Theorien und Zufriedenheit überprüft und
 - (b) untersucht, welchen Anteil der Varianz der Zufriedenheit durch die Elemente aufgeklärt werden konnte.
- Folgende Variablen wurden untersucht:

Prädiktorvariablen	Kriteriumsvariablen
<i>Wollen, Berechtigung, Referenzsituation, Verbesserungswahrscheinlichkeit, Prozessgerechtigkeit, Richtung sozialer Vergleiche</i>	<i>Zufriedenheit und Deprivationsindex</i>

ad (b) Da die Prädiktorvariablen teilweise lediglich auf einem ordinalen Skalenniveau vorlagen, wurden einfache und stufenweise Regressionsanalysen mit Dummy Variablen durchgeführt. Dazu wurden die Prädiktorvariablen zunächst durch dichotome Dummys ersetzt. Für die Variable *Wollen* wird diese Umkodierung exemplarisch dargestellt, für die anderen Prädiktorvariablen gilt analoges:

Originalwert der Variable „Wollen“	Wert der Dummyvariable „4“	Wert der Dummyvariable „3“	Wert der Dummyvariable „2“
1 („überhaupt nicht“)	0	0	0
2 („etwas“)	0	0	1
3 („ziemlich“)	0	1	0
4 („sehr“)	1	0	0

Im nächsten Schritt wurden einfache Regressionsanalysen durchgeführt um zu prüfen, welche der Variablen Varianz aufklären können. Nachfolgend wurden die Variablen, die sinnvolle Prädiktoren sein könnten ($p < .25$) in eine stufenweise multiple Regression eingeführt. Zunächst wurde die Variable mit dem größten adjustierten R-Quadrat verwendet, dann die Variable mit dem zweitgrößten adjustierten R-Quadrat, dann die drittgrößte usw. Die Prozedur wurde solange fortgesetzt bis sich der F-Wert mehr signifikant veränderte.

IV.2.6 Auswahl der untersuchten Lebensbereiche

Nachdem beschrieben wurde, wie die Operationalisierung der Konstrukte für die drei untersuchten Theorien bzw. Hypothesen erfolgte, soll nun dargelegt werden, in welchen Lebensbereichen die Daten erhoben wurden.

In der Hessischen Enthospitalisierungsstudie (HESt, Franz et al. 1998), deren Ergebnis u.a. die unerwartet hohe Zufriedenheit schizophrener LZZ war, wurde die Lebensqualität mittels der MLDL-GI (Münchener Lebensqualitäts-Dimensionenliste – Gießener Version, Franz et al. 1996) bereichsspezifisch in den Dimensionen Psyche, Physis, Alltag und Soziales gemessen. Die MLDL-GI besteht aus 18 Items, d.h. in 18 konkreten Lebensbereichen wird die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Bereich erfragt. Um die Hypothesen der vorliegenden Arbeit überprüfen zu können, mussten aus der MLDL-GI einzelne Lebensbereiche herausgegriffen werden, da eine Untersuchung in allen Bereichen ein Interview von mehreren Stunden Dauer zur Folge gehabt hätte. Es wurde eine Beschränkung auf drei Lebensbereiche vorgenommen. Da die in Kapitel II dargestellten sozialpsychologischen Theorien einen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit haben, dürfte die Selektion einzelner Lebensbereiche keinen Einfluss auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben.

Die Auswahl der Lebensbereiche erfolgte durch Auswertung der vorhandenen Daten zur Lebensqualität Schizophrener, die von der AG Sozialpsychiatrie am Zentrum für Psychiatrie der JLU Gießen u.a. im Rahmen der HESt (Franz et al. 1998) und in ergänzenden Diplomarbeiten (Franz, Meyer, Spitznagel et al. 2001; Backes 1999) erhoben worden waren.

Folgende Auswahlkriterien wurden festgelegt, um möglichst reliable Ergebnisse zu erzielen und die Konstrukte in möglichst unterschiedlichen Lebensbedingungen zu überprüfen:

- I. Die ausgewählten Bereiche sollen für die Patienten der Stichprobe subjektiv bedeutsam sein.
- II. Die Bewertung des ausgewählten Bereichs sollte eine hohe intraindividuelle Variation über die Zeit besitzen.
- III. Die ausgewählten Bereiche sollen in ihrer Zufriedenheitsbewertung variieren.

Auswahlkriterium I.) Subjektive Bedeutsamkeit des ausgewählten Bereichs

Als subjektiv bedeutsam wurde ein Bereich angesehen, wenn er

- (a) von schizophrenen Patienten entweder auf die Frage nach Aspekten der Lebensqualität selbst genannt wurde (Backes 1999) oder
- (b) in der MLDL-GI von LZZ der HESt bzw. psychiatrischen Akutpatienten der JLU Gießen als wichtig gewertet wurde (Franz, Meyer, Gallhofer 1999)¹⁵

(a) In offenen Lebensqualitätsinterviews wurden Patienten gefragt, was für ihre Lebensqualität (LQ) wichtig sei, die Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (ausführliche Darstellung bei Backes 1999). Dabei fanden sich bei LZZ die meisten Nennungen für positive LQ (in der Reihenfolge der Häufigkeit) in den Bereichen *Orales* (z.B. orale Versorgung, oraler Genuss), *Kontakte* (z.B. Kontakte allgemein, positiv erlebte Kontakte etc.) und *Familie* (Familie allgemein, Familienbeziehungen etc.). Bereiche, die subjektiv zu negativer LQ gezählt werden, sind nach Backes (1999) v.a. (in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen) *Konflikte, Probleme und Gewalt mit anderen Menschen, körperliche Symptome und mangelnde Leistungsfähigkeit* und *Leiden unter der psychiatrischen Erkrankung*.

(b) Die subjektive Wichtigkeit eines Lebensbereichs wurde sowohl in der Hessischen Enthospitalisierungsstudie als auch bei psychiatrischen Akutpatienten bereichsspezifisch mit der MLDL-GI gemessen (Franz et al., 1999). Tab. IV.2a zeigt die Ergebnisse dieser Untersuchung: Für chronisch schizo-

¹⁵ Ein hoher Wert bei der Frage nach Wichtigkeit im MLDL-GI wurde nur als ergänzender Hinweis gewertet, da bei der Untersuchung und der Auswertung dieser Daten der Eindruck entstand, dass bei der Beantwortung in diesen Bereichen psychische Prozesse wirksam waren, die das Ergebnis verfälschten. Beispielsweise wurde der Bereich, in dem LZZ die niedrigste Zufriedenheit angaben auch als besonders unwichtig bewertet, was bei den Untersuchern den Verdacht erweckte, dass hier Verleugnungen das Ergebnis beeinflussen. (Franz, 1997, mdl. Mitteilung).

phrene LZP sind es v.a. die Bereiche „*Wohnen*“, „*gesundheitliche Verfassung*“ und „*Selbständigkeit*“, die wichtig sind, die drei am wenigsten wichtigen Bereiche sind „*Sexualleben*“, „*Ehe/Partnerschaft*“ und „*Freundschaften/Bekanntschaften*“.

Bei akut an Schizophrenie erkrankten Patienten waren die drei wichtigsten Lebensbereiche „*geistige Leistungsfähigkeit*“, „*gesundheitliche Verfassung*“ und „*persönliches Wohlbefinden*“, die drei am wenigsten wichtigen Lebensbereiche waren „*Sexualleben*“, „*Erfolg und Anerkennung durch andere*“ und „*Ehe/Partnerschaft*“ (Franz et al. 1999).

Tab. IV.2a: Gegenüberstellung der Lebensbereiche der MLDL-GI mit der höchsten und niedrigsten Wichtigkeit für akut und chronisch an Schizophrenie Erkrankte

	Akutpatienten	Langzeitpatienten
Höchste Wichtigkeit	Geistige Leistungsfähigkeit Gesundheitliche Verfassung Persönliches Wohlbefinden	Wohnsituation Gesundheitliche Verfassung Selbständigkeit
Niedrigste Wichtigkeit	Sexualleben Erfolg/Anerkennung Ehe/Partnerschaft	Sexualleben Ehe/Partnerschaft Freundschaften/Bekanntschaften

Auswahlkriterium II.) Hohe intraindividuelle Variation des ausgewählten Bereichs

Als zweites Auswahlkriterium wurde eine hohe intraindividuelle Variation eines entsprechenden Items in der MLDL-GI über die Zeit gewählt. Eine hohe intraindividuelle Variation wurde dahingehend interpretiert, dass über diese Bereiche bei der Beantwortung mehr „nachgedacht“ wurde (und das Ergebnis daher änderungssensitiver war) als über Bereiche, in denen über mehrere Messzeitpunkte hinweg durchwegs die gleiche Zufriedenheit angegeben worden war (und somit möglicherweise Stereotypen die Antworten beeinflusst hatten).

In einer Zeitreihenuntersuchung befragten Franz, Meyer, Spitznagel et al. (2001) chronisch schizophrene LZP über einen Zeitraum von zwei Wochen insgesamt fünf Mal und erfassten unter anderem bereichsspezifisch die subjektive LQ mit der MLDL-GI. Eines der Ergebnisse ihrer Untersuchung war eine für verschiedene Lebensbereiche stark unterschiedliche intraindividuelle Variation. Sie beschrieben Bereiche, in denen Patienten relativ stereotyp antworteten und damit scheinbar eine gleichbleibende Zufriedenheit über die Zeit angaben. Andere Bereiche dagegen zeigten im Verlauf der Untersuchung mehr oder weniger große Schwankungen. Neben tatsächlich vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Schwankungen in der Zufriedenheit könnten auch Antworttendenzen zu einer Verzerrung des Ergebnisses geführt haben. Es wurden daher für diese Untersuchung Bereiche gewählt, in denen die Tendenz gleichbleibend zu antworten gering war, d.h. die intraindividuelle Variation groß war.

Franz et al. (2001) stellten folgendes fest:

- Die höchsten intraindividuellen Variationen fanden sich bei den MLDL-GI-Items „Freundschaften/Bekanntschaften“ und „Familienleben“ sowie bei den von den Autoren zur MLDL-GI hinzugefügten Items „Leben insgesamt“ und „heutiger Tag“.
- Hohe intraindividuelle Variationen wiesen die Items „Selbstwertgefühl“, „berufliche Situation“, „finanzielle Situation“, „gesundheitliche Verfassung“, „körperliche Leistungsfähigkeit“ und „geistige Leistungsfähigkeit“ auf.

III. Das Auswahlkriterium Zufriedenheit

Die Korrelation der Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereiche mit der Aufenthaltsdauer kann als Maß für unterschiedlich ausgeprägte Anpassungsvorgänge interpretiert werden. Steigt die subjektive LQ in einem Bereich des Lebens, in dem objektiv schlechte Bedingungen herrschen, mit der Dauer des Aufenthalts in psychiatrischen Krankenhäusern an, könnten hier Anpassungsvorgänge stattfinden, eine eigene Deprivation relativieren. Nach Franz (mdl. Mitteilung 1996) fanden sich die drei höchsten (positiven) Korrelationen bei

LZP, die im Rahmen der Hessischen Enthospitalisierungsstudie interviewt worden waren, in den Bereichen „körperliche Leistungsfähigkeit“, „Freundschaften/Bekanntschaften“ und „finanzielle Situation“. Am niedrigsten korrelierten die drei Bereiche „Unterstützung und Geborgenheit durch andere“, „Erfolg und Anerkennung“ und „Familienleben“ mit der kumulativen Aufenthaltsdauer. Am zufriedensten sind LZP insgesamt mit den drei Bereichen „Freizeit“, „Wohnen“ und „Freundschaften/Bekanntschaften“, am wenigsten zufrieden in den drei Bereichen „Sexualleben“, „Umgang mit der Krankheit“ und „körperliche Leistungsfähigkeit“. Schizophrene Akutpatienten sind dagegen am zufriedensten mit den drei Bereichen „Medizinische Behandlung“, „Wohnen“ und „Freundschaften/Bekanntschaften“, am wenigsten zufrieden sind sie mit den drei Bereichen „berufliche Situation“, „Ehe/Partnerschaft“ und „Sexualleben“ (vgl. dazu Tab. IV.2b).

Tab. IV.2b: Gegenüberstellung der drei Lebensbereiche der MLDL-GI mit der jeweils höchsten und niedrigsten Zufriedenheit von akut und chronisch an Schizophrenie Erkrankten

	Akutpatienten	Langzeitpatienten
Höchste Zufriedenheit	Medizin. Behandlung Wohnen Freundschaften/Bekanntschaften	Freizeit Wohnen Freundschaften/Bekanntschaften
Niedrigste Zufriedenheit	Beruf Ehe/Partnerschaft Sexualleben	Sexualleben Umgang mit der Krankheit Körperliche Leistungsfähigkeit

Die nach den unter I bis III genannten Kriterien in Frage kommenden Bereiche wurden nun in drei Gruppen geteilt:

- 1) Eine Gruppe von Bereichen, die starken Anpassungsmechanismen an lange Hospitalisierung unterliegen könnten: Dies sollten Bereiche sein, in denen psychiatrische LZP objektiv depriviert sind und in denen die Patienten trotzdem besonders zufrieden (gemessen mit der MLDL-GI) sind. Zum zweiten sollte in dieser Gruppe die Korrelation der Zufriedenheit mit der Aufenthaltsdauer – ebenfalls als Hinweis für Anpassung (vgl. dazu auch das Kapitel Lebensqualität II.1) – positiv sein.
- 2) Eine zweite Gruppe von Bereichen wurden unter dem Aspekt ausgewählt, dass sie wenig bis gar keiner Anpassungen unterliegt. Als Kriterien für diese Lebensbereiche wurde eine geringe Zufriedenheit und eine niedrige bis nicht vorhandene Korrelation der Zufriedenheit mit der Aufenthaltsdauer gewählt.
- 3) Einer dritten Gruppe wurden diejenigen Bereiche zugeordnet, die nach o.g. Kriterien zwar ausgewählt werden sollte, sich jedoch nicht eindeutig eine der beiden Gruppen zuordnen ließen. Hier lagen sowohl Wichtigkeit als auch Zufriedenheit verglichen mit den übrigen Items der MLDL-GI im mittleren Bereich.

Zusammenfassung

Eine Gegenüberstellung sämtlicher in Frage kommender Bereiche samt ihren auswahlrelevanten Eigenschaften gibt Tabelle IV.2cA im Anhang. Nur fünf der bisher angeführten Lebensbereiche erfüllten die o.g. Kriterien zur Einordnung in eine der drei Gruppen vollständig. Von diesen wurden wie oben erwähnt aus Gründen der Durchführbarkeit des Interviews drei Bereiche ausgewählt und zwar für Gruppe 1 der Bereich „Freundschaften/Bekanntschaften“, „seelische Gesundheit“ für Gruppe 2¹⁶ und „Familie“ für Gruppe 3¹⁷. Für die Gruppe der Normalprobanden wurde statt „Seelische Gesundheit“ die allgemeinere Formulierung „Gesundheit“ verwendet, da sich die Stichprobe aus den Patienten einer Allgemeinarztpraxis rekrutiert und zu vermuten ist, dass die Patienten größtenteils nicht wegen eines psychiatrischen Gesundheitsproblems dort warteten¹⁸.

¹⁶ Dieser Bereich erhielt den Vorzug gegenüber der Alternative „Ehe/Partnerschaft“ aufgrund der Nennung im offenen Lebensqualität-Interview (und damit Hinweisen für größere subjektive Bedeutsamkeit)

¹⁷ In diese Gruppe hätte auch der Bereich Finanzen gehört, wegen höherer intraindividuellen Variation wurde aber der Bereich „Familie“ ausgewählt.

¹⁸ Da sich die Klientel einer Allgemeinarztpraxis (= Stichprobe der Normalprobanden) sowohl aus akut als auch aus chronisch Kranken zusammensetzt, kann für den Bereich Gesundheit nicht eindeutig festgelegt werden, ob die Patienten hier eher Ähnlichkeit mit der Gruppe der AP oder der Gruppe der LZP haben. Da das Gesundheitsproblem jedoch so dringlich scheint, dass ein Arztbesuch erforderlich ist bzw. die Patienten mindestens

IV.3 Der Ablauf der Erhebungen

IV.3.1 Organisation der Datenerhebung

Die Datenerhebung zur vorliegenden Studie fand bei den schizophrenen Patienten zusammen mit der Datenerhebung für eine weitere Dissertation (AP und LZP – vgl. Hanewald 2004) und die Hessische Enthospitalisierungsstudie (HESt – nur LZP – vgl. Franz et al. 1998) statt. In allen drei Untersuchungen wurden strukturierte Interviews bzw. Fragebögen eingesetzt. Untersucht wurden die LZP der Psychiatrischen Krankenhäuser (in der Reihenfolge der Datenerhebung): Merxhausen, Riedstadt, Eichberg, Herborn, Hadamar und Marburg, Beginn der Erhebung war der 14.08.96, Ende der 24.03.97.

Der Kontakt zu den LZP wurde über die Enthospitalisierungsbeauftragten des jeweiligen PKH aufgenommen, die eine Auflistung der in Frage kommenden Patienten erstellten und Kontakt mit den Stationen herstellten, auf denen die Patienten lebten. Das Pflegepersonal der jeweiligen Stationen stellte die Interviewer den Patienten vor. Den Patienten wurde der Sinn der Untersuchungen erklärt sowie deren Einverständnis zur Teilnahme an den Studien eingeholt.

Die AP befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchungen auf den Akutstationen des Zentrums für Psychiatrie der Justus-Liebig-Universität Gießen bzw. auf zwei Akutstationen des PKH Gießen. Auch hier wurde der Kontakt zu den Patienten über das Pflegepersonal hergestellt, nach entsprechender Aufklärung und Einwilligung in die Studienteilnahme erfolgten dann die jeweiligen Interviews für die beiden Dissertations-Untersuchungen. Beginn der Erhebung war der 04.09.96, Ende war der 06.08.97.

Jedes der Interviews dauerte zwischen 20 und 45, in Ausnahmefällen bis zu 60 Minuten. Mit Ausnahme der LZP im Psychiatrischen Krankenhaus Marburg wurden sämtliche inkludierten LZP zunächst im Rahmen der HESt interviewt, danach in wechselnder Reihenfolge vom Autor oder Herrn Hanewald für die jeweiligen Dissertationsuntersuchungen. Aus der Menge der Interviews ist zu erklären, warum nicht alle eingeplanten Patienten an allen Untersuchungen teilnahmen. Manche brachen schon das erste Interview nach wenigen Sätzen ab, andere komplettierten nur ein oder zwei Interviews und verweigerten im weiteren die Teilnahme an den Untersuchungen.

Die Untersuchungen fanden nach Möglichkeit an aufeinanderfolgenden Tagen statt, aus organisatorischen Gründen wurden die LZP in den Krankenhäusern Riedstadt und Eichberg für die Dissertationsuntersuchungen jedoch erst einige Wochen nach der HESt-Befragung interviewt.¹⁹

Die AP wurden in wechselnder Reihenfolge im Abstand von möglichst nur ein bis zwei Tagen vom Autor oder Herrn Hanewald für die jeweiligen Untersuchungen befragt. Dabei wurde darauf geachtet, dass das Gespräch nicht innerhalb der ersten beiden Wochen nach Aufnahme auf die Station stattfand, um eine Konfundierung durch die floride psychopathologische Symptomatik (mit z.B. ausgeprägten formalen Denkstörungen oder Wahninhalten) zu vermeiden.

mit dem Arzt sprechen wollen und nicht nur ein Rezept abholen (wie z.B. bei chronisch Kranken wie Diabetikern, Hypertonikern etc.) wird davon ausgegangen, dass die NPB in dieser Fragestellung den AP ähnlich sind. Dies hat Einfluss auf die Hypothesen I (d) und II (d), darauf wird bei der Darstellung der Ergebnisse zu diesen beiden Hypothesen noch einmal gesondert eingegangen.

¹⁹ Die in dieser Dissertation verwendeten Daten, die im Rahmen des Pflegerinterviews erhoben wurden (Soziodemographie und Daten zum sozialen Netz) wurden durch dieses Zeitfenster nicht wesentlich beeinflusst: Zwar war die Hospitalisierungsdauer zum zweiten Untersuchungszeitpunkt einige Wochen länger als zum Zeitpunkt der HESt-Untersuchung, bei der sich meist über mehrere Jahre bis Jahrzehnte erstreckenden Hospitalisierung wurde dieser Unterschied jedoch vernachlässigt.

Die Interviews mit den schizophrenen Patienten fanden jeweils auf den Stationen statt, auf denen sich die Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung befanden. Dabei wurde nach Möglichkeit ein Raum aufgesucht, in dem das Interview ungestört von Radio, Fernseher oder Mitpatienten durchgeführt werden konnte.

Zu jedem schizophrenen Patienten wurde zusätzlich ein Mitarbeiter des Pflegepersonals befragt. Die Pflegepersonal-Interviews wurden ebenfalls von den beiden Genannten und zusätzlich von Hilfskräften des Zentrums für Psychiatrie am Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen, durchgeführt. Die Hilfskräfte erhoben diese Daten im Rahmen der Erhebungen zur HEST und waren vor Beginn der Erhebungen ausgiebig in der Durchführung der verwendeten Interviews trainiert worden.

Die Stichprobe der NPB rekrutierte sich aus den Patienten einer Gießener Allgemeinarztpraxis. An der Anmeldung befand sich ein Stapel mit Fragebögen sowie ein Informationsschild, das auf die Fragebögen hinwies. Die Arzthelferinnen wurden gebeten, den Patienten ebenfalls auf die Möglichkeit hinzuweisen, in der Wartezeit anonym einen Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen wurde danach wieder an der Anmeldung abgegeben. Beginn der Erhebung war der 18.09.96, Ende war der 04.11.96.

IV.3.2 Der Ablauf des Patienteninterviews

Das Patienteninterview gliederte sich durch die oben beschriebenen Lebensbereiche „Freundschaften“, „(Seelische) Gesundheit“ und „Familie“ in drei gleiche Teile. Zu jedem Lebensbereich wurden analoge Fragen gestellt. Ein Großteil der Fragen sollte anhand der oben vorgestellten 4- oder 7-stufigen Likert-Skalen beantwortet werden. Die übrigen Fragen waren offen, die Antworten wurden notiert und später nach vom Autor vorgegebenen Richtlinien kodiert (vgl. Kap. IV.2.4.3). Vor Beginn des eigentlichen Interviews stellte sich der Interviewer mit Namen und Funktion vor. Dann wurde der Aufbau des Interviews erläutert. Schließlich wurden die Patienten ermuntert, bei Unklarheiten nachzufragen, es wurde die Möglichkeit erwähnt, Fragen nicht zu beantworten und das Interview zu unterbrechen bzw. abubrechen.

Jeder der drei folgenden Teile des Interviews wurde zusätzlich mit einigen empathisch vorgetragenen offenen Fragen eingeleitet, die die Patienten anregen sollten, frei über ihre Situation im entsprechenden Lebensbereich zu reden (vgl. dazu Tab. IV.3a). Nach diesen einleitenden Fragen, in denen die Patienten auf ihre aktuelle Situation im jeweiligen Lebensbereich fokussiert wurden und einen Überblick über ihr soziales Netzwerk bzw. ihre gesundheitliche Situation abgeben konnten, wurden sie gebeten, ihre Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der jeweiligen Situation bzw. ihre Verärgerung/ Verstimmung darüber auszudrücken. Es folgten die Fragen zu den Vorbedingungen für relative Deprivation, Referenzkognitionen und zu sozialen Vergleichen.

Tab. IV.3a: Einleitung und offene Fragen jeweils zu Beginn der drei Teilbereiche des Interviews

Bereich	Einleitende Fragen
Freundschaften	Zunächst soll es in unserem Gespräch um Ihre Freundschaften gehen. (Ungefähr) Wie viele Personen würden Sie zu Ihrem Freundeskreis zählen? Wie oft haben Sie Kontakt zu Ihren Freunden? (Besuche, Unternehmungen, Telefonate etc.) und evtl. weitere sich daraus ergebende Fragen.
Seelische Gesundheit	Der nächste Bereich, den ich gern ansprechen würde, ist Ihre Gesundheit, und zwar soll es insbesondere um Ihre seelische oder psychische Gesundheit gehen. Wie lange sind Sie nun schon im Krankenhaus (in Behandlung)? Ist dies Ihr erster Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus? Wenn Nein, Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus? Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal krank wurden und ins Krankenhaus mussten? Wie geht es Ihnen jetzt? Bekommen Sie Medikamente? Helfen die Ihnen? etc.
Familie	Der letzte Bereich, über den ich mich gern mit Ihnen unterhalten würde, ist Ihre familiäre Situation. Wie ist Ihr Kontakt zu Ihrer Familie? Wie häufig haben Sie Kontakt zu Familienangehörigen? Haben Sie Geschwister? Wenn ja, wie viele? und evtl. weitere sich daraus ergebende Fragen...

Beim Erstinterview, das bei LZP in der Regel im Rahmen der HEST-Untersuchung stattfand, wurde bei den schizophrenen Patienten die Psychopathologie mittels der Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler 1987) erhoben. Die PANSS misst die Dimensionen Positivsymptomatik, Minussymptomatik und allgemeine Psychopathologie. Ergänzende Informationen zur PANSS konnten aus der Befragung des Pflegepersonals (s.u.) herangezogen werden. Die Kodierung erfolgte nach einem Leitfaden, der für jedes psychopathologische Merkmal zu jeder Ausprägung eine eindeutige Beschreibung enthält.

IV.3.3 Das Interview mit dem Pflegepersonal

Informationen zur Soziodemographie der Stichproben AP und LZP wurden durch Akteneinsicht und ein Interview mit dem Pflegepersonal der jeweiligen psychiatrischen Einrichtung erhoben. Dazu wurde der GEKS (Gießener Erhebungsbogen zu Krankengeschichte und psychosozialen Status; vgl. Franz et al. 2001) eingesetzt, ein Interviewleitfaden zur Erhebung bewohnerbezogener Daten bei chronisch psychisch Kranken. Der GEKS erfasst unter anderem Daten zur Soziodemographie der Patienten, Merkmale zur Krankheit, Therapie, Compliance, sozialen Beziehungen, Freizeitverhalten u.v.m. Als Interviewpartner wurden möglichst Personen befragt, die den Patienten gut kannten, falls ein Bezugssystem in der Pflege vorhanden war, wurde der jeweilige Bezugspfleger interviewt.

IV.4 Die Auswertung der Daten

Die erhobenen Rohdaten wurden über eine Eingabemaske in das Datenbankprogramm MS Access eingegeben und zur Auswertung in eine SPSS-Datei transformiert. Die statistischen Berechnungen erfolgten mit SPSS für Windows.

Da die Variablen in der Regel nicht normalverteilt waren, wurden bei der Auswertung non-parametrische Verfahren angewendet. Für die Berechnung der Mittelwerts-Unterschiede wurde der Mann-Whitney-U-Test und für kategoriale Daten (Soziodemographie, soziale Vergleiche) der χ^2 -Test verwendet, Korrelationen wurden nach Spearman oder Kendalls-Tau errechnet.

Der α -Fehler wurde bei 5% festgelegt, ein signifikantes Testergebnis lag somit bei $p < .05$ vor, ein statistischer Trend bei $p \geq .05$ und $< .10$. Da die Hypothesen in mehreren Lebensbereichen getestet wurden und die Berechnungen mit i.d.R. mehreren abhängigen Variablen durchgeführt wurden, wurde bei multiplen Tests zur Verminderung einer α -Fehlerkumulierung eine Bonferronikorrektur²⁰ durchgeführt. Der Übersichtlichkeit halber ist das adjustierte α' im Ergebnisteil bei den jeweiligen Berechnungen angegeben.

²⁰ Das adjustierte α' nach Bonferroni errechnet sich aus der angenommenen Fehlerwahrscheinlichkeit α dividiert durch die Anzahl m der durchgeführten Tests ($\alpha' = \alpha / m$)

V. ERGEBNISSE

V.1 Stichprobenbeschreibung

V.1.1 Umfang der Stichproben und Soziodemographie

Es wurden 75 Langzeit- und 74 Akutpatienten interviewt. Von den Normalprobanden lagen 70 Fragebögen vor.

Von den 75 interviewten LZP konnte bei 64 ein komplettes Interview durchgeführt werden, fünf Patienten brachen das Gespräch nach dem ersten Drittel (Bereich Freundschaften) ab, ein Patient weigerte sich, über den Bereich Seelische Gesundheit zu sprechen, von den übrigen fünf Patienten sind nur rudimentäre Daten, meist zu den offenen Fragen vorhanden. Teilweise schienen diese Patienten trotz mehrfacher Erklärung mit der Anwendung der Likert-Skalen überfordert, von ihnen liegen somit nur inkomplette Datensätze vor.

Von den 74 interviewten AP konnte bei 70 ein komplettes Interview durchgeführt werden. Zwei Patienten wollten nicht über den Bereich Familie sprechen, ein Patient sprach nur gebrochen deutsch, die Frage nach dem „Verdient-haben“ und die direkte allgemeine Vergleichsfrage („Wenn Sie ihre seelische Gesundheit beurteilen, vergleichen Sie sich dabei mit andern?“) konnten nicht verständlich gemacht werden. Ein weiterer Patient brach das Interview nach der Hälfte ab, da er sich „ausgehört“ fühlte und bei einer Patientin konnten die Fragen nicht komplett gestellt werden, da sie nie direkt antwortete.

Bei den NPB wurden 64 Fragebögen komplett ausgefüllt abgegeben. Bei einem Fragebogen schien eine Seite übersehen worden zu sein, ein Proband hatte bei manchen Fragen alle Antwortmöglichkeiten angekreuzt und teilweise mit Kommentaren versehen, die übrigen waren nur teilweise ausgefüllt, evtl. weil die Wartezeit vorüber war und die Patienten ins Arztzimmer aufgerufen wurden. Bei den unvollständigen Fragebögen lagen zwei komplette Antwortsätze zum Bereich Freundschaften vor, vier zum Bereich Gesundheit und einer zum Bereich Familie.

Tab. V.1a: Soziodemographische Daten und Krankheitsmerkmale in den 3 Stichproben

	LZP (n=75)		AP (n=74)		NPB (n=70)		Gruppenunterschiede
Alter	60,0 (± 12,5)		36,3 (± 11,5)		36,9 (± 23,1)		p<.001, t=12.0; df=146
Geschlecht	34w / 41m		29w / 45m		52w / 18m		n.s., $\chi^2=0.74$; df=1
Familienstand: ledig	66	(88%)	51	(68,9%)	25	(35,7%)	p<.001, $\chi^2=12.75$; df=3
verheiratet / fester Partner	1	(1,3%)	13	(17,6%)	34	(48,6%)	
geschieden	6	(8%)	8	(10,8%)	7	(10%)	
verwitwet	2	(2,7%)	2	(2,7%)	4	(5,7%)	
Schulabschluss: unbekannt	2	(2,7%)	13	(17,6%)	2	(2,8%)	p<.001, $\chi^2=25.14$; df=4
Sonderschule / kein A.	14	(18,7%)	1	(1,4%)	3	(4,3%)	
Hauptschule	43	(57,3%)	22	(29,7%)	14	(20%)	
Mittlere Reife	10	(13,3%)	12	(16,2%)	19	(27,2%)	
Abitur	6	(8%)	26	(35,1%)	32	(45,7%)	
Erkrankungsdauer in Jahren	36,1 (± 11,1)		8,3 (± 7,3)		–		p<.001, t=17.6; df=139
Zahl stationärer psychiatrischer Behandlungen	5,2 (± 6,0)		6,3 (± 6,6)		–		n.s., t=-1.0; df=144
Dauer des gegenwärtigen Krankenhausaufenthalts in Jahren	25,4 (± 14,2)		0,1 (± 0,07)		–		p<.001*, U=0.00; Z=-10.4
Gesamtdauer bisheriger Krankenhausaufenthalte in Jahren	31,5 (± 12,7)		1,2 (± 1,8)		–		p<.001, t=19.3; df=136

LZP=Langzeithospitalisierte Patienten, AP=kurzfristig hospitalisierte Patienten; NPB=Normalprobanden; * Mann-Whitney-U-Test

Die soziodemographischen Daten wurde bei AP und LZP im Rahmen eines Aktenstudiums sowie ergänzend durch ein Interview mit dem Pflegepersonal erhoben. Bei den NPB wurden die Daten auf dem Fragebogen

abgefragt. Tab. V.1a zeigt diese Daten im Überblick. Man erkennt, dass sich LZP von AP zum einen hinsichtlich des Alters, zum anderen auch sowohl bzgl. der Erkrankungsdauer als auch bzgl. der Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Einrichtungen unterscheiden. Die Gruppe der NPB ist hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale der Gruppe der AP ähnlich, die Patienten sind im Mittel ungefähr gleich alt, auch hinsichtlich Familienstand und Schulbildung zeigen sich hier keine größeren Unterschiede. Bei den NPB hatten jedoch deutlich mehr Frauen als Männer den Fragebogen ausgefüllt.

V.1.2 Analyse der Verweigerer und Abbrecher

Die Stichprobe der LZP der vorliegenden Untersuchung stellt einen Teil der in der HEST (Franz et al. 1998) inkludierten Patienten dar. Sämtliche Patienten, die an den Interviews zur HEST teilgenommen hatten (n=144), wurden gebeten, auch an den Interviews für die vorliegende Arbeit sowie an der Untersuchung von Hanewald (2004) teilzunehmen. Knapp die Hälfte der Befragten stimmte zu. Hinsichtlich Alter, Familienstand, Schulbildung und Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Einrichtungen sowie der Psychopathologie und der Lebensqualität (gemessen mit der MLDL-GI, vgl. Franz et al. 1996) unterscheidet sich die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung nicht signifikant von den Verweigerern. Lediglich die Geschlechtsverteilung ist unterschiedlich: Bei den Teilnehmern der vorliegenden Arbeit ist der Anteil der Männer höher als bei den Verweigerern. Die entsprechenden Daten finden sich im Anhang (Tab.V.1bA). Vergleicht man die Abbrecher unter den LZP der vorliegenden Untersuchung mit denjenigen LZP, die das Interview komplett durchgeführt haben, ergeben sich ebenfalls keine Unterschiede hinsichtlich der o.g. Merkmale (Tab. V.1cA im Anhang).

Für die Abbrecher in den Stichproben der AP und der NPB gilt Analoges: Es finden sich mit einer Ausnahme keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Soziodemographie (AP und NPB) und Psychopathologie (AP). Die entsprechenden Daten finden sich in den Tabellen V.1dA bzw. V.1eA im Anhang. Die Ausnahme stellt die Schulbildung der Abbrecher bei den AP dar, die statistische Überprüfung ist aufgrund der geringen Zahl der Abbrecher jedoch kaum reliabel.

V.1.3 Die objektive Lebensqualität der Langzeitpatienten in den untersuchten Lebensbereichen

Zur Analyse der objektiven Situation der LZP wurden die über das Pflegepersonal erhobenen Daten zum sozialen Netzwerk, die im Interview erhobene Psychopathologie sowie die Angaben der Patienten selbst zu Zahl und Häufigkeit ihrer sozialen Kontakte untersucht und mit den Daten der beiden anderen Gruppen verglichen.

Es zeigte sich, dass das soziale Netzwerk LZP sowohl hinsichtlich der Anzahl der Freunde als auch im Hinblick auf die Kontakthäufigkeit zur Primärfamilie im Vergleich zu den NPB deutlich reduziert war. So gaben die NPB der vorliegenden Untersuchung an, im Mittel 10,6 Freunde zu besitzen, die LZP gaben im Schnitt 1,05 Personen als Freunde an. Die Anzahl der Kontakte zur Primärfamilie wird von den NPB mit im Mittel 102 pro Jahr angegeben, von den LZP mit 30 pro Jahr. Auch die Auswertung der über das Pflegepersonal erhobenen Daten zu den sozialen Beziehungen der LZP spiegelt eine starke Reduktion der sozialen Kontakte in dieser Population wider. Die Hauptquelle sozialer Kontakte stellte die Primärfamilie dar, hier wurden im Schnitt 1,27 Personen angegeben. Die Kontakthäufigkeit lag bei durchschnittlich einem Kontakt/Monat (auch Telefonate wurden hier dazu gezählt). Freundschaftlicher Kontakt zu anderen Menschen – i.d.R. Mitbewohner – wurde mit durchschnittlich 0,57 Personen angegeben.

Die Psychopathologie der schizophrenen Langzeitpatienten – gemessen mit der PANSS – lag hinsichtlich der Positivsymptomatik (z.B. Halluzinationen, Wahnideen und Feindseligkeit) in einem Bereich, der mit den produktiven Symptomen der Akutpatienten, die sich zum Zeitpunkt des Interviews in einem teilremittierten Stadium befanden, vergleichbar war (n.s.; $t=-0,89$, $df=134$). Hinsichtlich der Negativsymptomatik (wie Affektverflachung, emotionaler Rückzug, Apathie, fehlende Spontaneität u.a.) und der allgemeinen psychopathologischen Symptomatik lagen die Werte der Langzeitpatienten deutlich über den Werten schizophrener Akutpatienten ($p<.001$; $t=3,17$, $df=146$ bzw. $p<.001$, $t=7,36$, $df=146$).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die LZP der vorliegenden Untersuchung objektiv betrachtet unter schwersten Deprivationsbedingungen sowohl hinsichtlich ihrer sozialen Situation (Freundschaften und Familie) als auch hinsichtlich ihrer Seelischen Gesundheit leben.

V.2 Überprüfung der Hypothesen zur Theorie der relativen Deprivation

V.2.1 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (a)

I (a) Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* sowie *Zufriedenheit* lassen sich an einer Stichprobe psychisch gesunder Normalprobanden replizieren.

Dazu wurden die in der Literatur publizierten und ausführlich in Kapitel II.3.1.3.3 dargestellten Verfahren von Crosby et al. (1982 bzw. 1986) zur Überprüfung der Gültigkeit ihrer Theorie in der Stichprobe der NPB nachvollzogen. Die Ergebnisse werden in der im Kapitel IV.2.2.4 aufgeführten Reihenfolge dargestellt.

V.2.1.1 „constellation approach“

Die Stichprobe wurde hierzu aufgeteilt in die Gruppe, in der sowohl *Wollen* als auch *Berechtigung* gegeben war, und den Rest. Beide Gruppen wurden hinsichtlich ihrer mittleren Zufriedenheitswerte verglichen. Die

Ergebnisse zeigt Tabelle V.2a. In allen drei untersuchten Lebensbereichen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der „constellation group“, in der die beiden essentiellen Voraussetzungen *Wollen* und *Berechtigung* gegeben waren, und dem Rest der Stichprobe. D.h. erwartungs-

Tab. V.2a: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei NPB - „constellation approach“

	constellation group (=Wollen und Berechtigung gegeben)	Rest	Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U-Test]
Bereich	Mittelwert Zufriedenheit (n)		
Freundschaften	4,72 (25)	5,93 (41)	.0004
Gesundheit	3,41 (49)	5,11 (19)	.0001
Familie	4,20 (25)	5,63 (36)	.0008
	Mittelwert Deprivationsindex (n)		
Freundschaften	-0,12 (25)	-0,48 (41)	.0002
Gesundheit	0,57 (49)	-0,18 (19)	.0001
Familie	0,27 (25)	-0,30 (36)	.0008

Standardabweichungen und mittlere Ränge finden sich im Anhang (Tab. V.2aA); Adjustiertes $\alpha'=.05/6=.0083$

gemäß zeigten sich diejenigen Patienten, die eine Sache sowohl wollten, als auch sich dazu berechtigt fühlten, weniger zufrieden bzw. zeigten höhere Werte im Deprivationsindex als der Rest der Stichprobe.

V.2.1.2 „extreme score approach“

Die Stichprobe wurde eingeteilt in eine kleine Gruppe mit den höchsten Zufriedenheitswerten, eine kleine Gruppe mit den niedrigsten Zufriedenheitswerten und den Rest. Die Gruppen mit der höchsten und niedrigsten Zufriedenheit wurden hinsichtlich des Ausmaßes, in dem die Vorbedingungen (*Wollen* und *Berechtigung*) gegeben waren verglichen. Da die Variablen nicht normal verteilt waren, mussten nach den im

Methodenteil (Kap IV.2.2.4) beschriebenen Kriterien die Grenzen zur Aufteilung der Gruppen in jedem Bereich einzeln festgelegt wurden. Tabelle V.2b gibt die Grenzwerte wieder, an denen die Stichprobe aufgeteilt wurde. Die Mittelwerte der Vorbedingungen Wollen und Berechtigung in den beiden extreme-scorer-Gruppen sind in Tabelle V.2c dargestellt. Es fanden sich erwartungsgemäß in allen untersuchten Lebensbereichen signifikante Unterschiede in den Ausprägungen der beiden Vorbedingungen Wollen und Berechtigung. D.h. in der Gruppe mit der niedrigsten Zufriedenheit (bzw. den höchsten Werten im Deprivationsindex) war sowohl der Wunsch nach einer Verbesserung der Situation als auch das Gefühl der Berechtigung zu einer besseren Situation signifikant stärker ausgeprägt als in der Gruppe mit der höchsten Zufriedenheit (bzw. den niedrigsten

Werten im Deprivationsindex). Für die Bedingung *Berechtigung* im Bereich Seelische Gesundheit erreichte der Unterschied auf der Ebene des Einzelvergleichs statistische Signifikanz, für den adjustierten α -Fehler jedoch kein signifikantes Niveau mehr.

V.2.1.3 „comparison of individual binary variables“

Die Stichprobe wurde danach aufgeteilt, ob eine einzelne Vorbedingung (*Wollen* bzw. *Berechtigung*) gegeben war oder nicht. Den Vergleich der mittleren Zufriedenheitswerte in den entstehenden Gruppen zeigt Tabelle V.2d. Wiederum konnte der Befund von Crosby et al. bestätigt werden: mit *Zufriedenheit* bzw. dem *Deprivationsindex* als Maß für relative Deprivation fanden sich in allen drei Lebensbereichen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, sowohl für *Wollen* als auch für *Berechtigung*. Eine Ausnahme bildete der Bereich Gesundheit, Vorbedingung *Wollen*: Hier wurden die Unterschiede nicht signifikant, eine sinnvolle statistische Aussage ließ sich jedoch aufgrund extrem unterschiedlicher Gruppengrößen ($n=3$ vs. $n=67$) nicht treffen.

Tab. V.2b: Obere und untere Grenzwerte für die Einteilung in die Extremwertgruppen bei NPB (daraus sich ergebende Gruppengrößen in Klammern)

Bereich	Variable	Grenzwert für Einteilung in most deprived -Gruppe* (n)	Grenzwert für Einteilung in least deprived -Gruppe** (n)	Anzahl Patienten in „Rest“-Gruppe (n/gesamt gültige n)
Freundschaften	<i>Zufriedenheit</i>	4 (14)	7 (18)	37/69
	<i>Deprivationsindex</i>	0,00 (16)	-0,75 (18)	35/69
Gesundheit	<i>Zufriedenheit</i>	2 (13)	5 (26)	31/70
	<i>Deprivationsindex</i>	1,00 (15)	-0,25 (17)	38/70
Familie	<i>Zufriedenheit</i>	3 (15)	7 (11)	40/66
	<i>Deprivationsindex</i>	0,50 (11)	-0,75 (12)	34/67

Die Tabelle zeigt den Grenzwert, bis zu dem bzw. von dem ab eine Person in die jeweilige *extreme-scorer* Gruppe gezählt wurde. Hinter den Werten (in Klammern) steht die daraus resultierende Gruppengröße.

*der Gruppe zugewiesen wurden alle Patienten mit einem Wert $\leq$ dem angegebenen (*Zufriedenheit*) bzw. $\geq$ dem angegebenen (*Deprivationsindex*)

** der Gruppe zugewiesen wurden alle Patienten mit einem Wert $\geq$ dem angegebenen (*Zufriedenheit*) bzw. $\leq$ dem angegebenen (*Deprivationsindex*)

Tab. V.2c: Mittelwerte der Ausprägung der Vorbedingungen (*Wollen* und *Berechtigung*) bei NPB - „extreme score approach“

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“ / „Berechtigung“		Sign.niveau ($p < \dots$) [M-W-U-Test]
		most deprived bzw. niedrigste Zufriedenheitswerte (n)	least deprived bzw. höchste Zufriedenheitswerte (n)	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	2,29 (14)	1,41 (17)	.001
	<i>Berechtigung</i>	1,92 (12)	1,12 (17)	.003
Gesundheit	<i>Wollen</i>	4,00 (13)	2,73 (26)	.0002
	<i>Berechtigung</i>	3,00 (12)	1,89 (26)	.005
Familie	<i>Wollen</i>	2,57 (14)	1,18 (11)	.0003
	<i>Berechtigung</i>	2,58 (12)	1,30 (10)	.004
Bereich	Vorbedingung	most deprived bzw. höchste Werte im Deprivationsindex (n)	least deprived bzw. niedrigste Werte im Deprivationsindex (n)	Sign.niveau ($p < \dots$) [M-W-U-Test]
Freundschaften	<i>Wollen</i>	2,38 (16)	1,41 (17)	.0004
	<i>Berechtigung</i>	2,14 (14)	1,12 (17)	.0007
Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,93 (15)	2,47 (17)	.0001
	<i>Berechtigung</i>	2,86 (14)	1,94 (17)	.02
Familie	<i>Wollen</i>	2,80 (10)	1,18 (11)	.002
	<i>Berechtigung</i>	3,30 (10)	1,30 (10)	.0007

Standardabweichungen und mittlere Ränge finden sich im Anhang (Tabelle V.2cA), adjustiertes $\alpha' = .05/12 = .0042$

Anmerkung: Von Crosby et al. (1986) wurden – wie in Kap. II.3.1.3.2 dargelegt – ergänzend die Ergebnisse zweier Varianzanalysen publiziert, in denen belegt wurde, dass der Faktor *Wollen* im Bereich „Arbeit“ größeren Einfluss hat als der Faktor *Berechtigung*, im Bereich „Heim“ sich der Einfluss der beiden Faktoren jedoch umgekehrt verhält. In der vorliegenden Untersuchung konnten die Ergebnisse von Varianzanalysen aufgrund der fehlenden Voraussetzungen (Normalverteilung, Varianzhomogenität) nur bedingt verwertet werden. Im Sinne einer explorativen Datenanalyse wurden Varianzanalysen trotzdem durchgeführt, die Tabelle mit den entsprechenden Daten findet sich im Anhang (Tabelle V.2eA). Es ergaben sich in den Bereichen Freundschaften und Familie Hinweise für einen Haupteffekt des Faktors *Berechtigung*, im Bereich Familie zusätzlich für einen Interaktionseffekt der beiden Faktoren *Wollen* und *Berechtigung*.

Tab. V.2d: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei NPB - „comparison of individual binary variables“

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Zufriedenheit (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.-niveau (M-W-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	5,02 (43)	6,08 (25)	.002
	<i>Berechtigung</i>	4,73 (29)	6,00 (37)	.0001
Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,82 (67)	4,67 (3)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	3,44 (50)	5,11 (18)	.0001
Familie	<i>Wollen</i>	4,39 (36)	5,82 (27)	.0004
	<i>Berechtigung</i>	4,07 (27)	5,82 (33)	.0002
Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Deprivationsindex (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.-niveau (M-W-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	-0,22 (43)	-0,52 (25)	.002
	<i>Berechtigung</i>	-0,15 (29)	-0,50 (37)	.0001
Gesundheit	<i>Wollen</i>	0,39 (67)	-0,17 (3)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,55 (50)	-0,18 (18)	.0001
Familie	<i>Wollen</i>	0,13 (36)	-0,31 (28)	.0008
	<i>Berechtigung</i>	0,39 (28)	-0,46 (33)	.0001

Standardabweichungen und mittlere Ränge finden sich im Anhang (Tab. V.2dA) Adjustiertes $\alpha'=.05/12=.0042$

Zusammenfassung: Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Berechnungen zu Hypothese I (a) gibt Tabelle V.2e. Die dargestellten Untersuchungen sprachen gegen die Gültigkeit der statistischen Nullhypothese einer **fehlenden** Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation in der Gruppe der NPB, somit wurde Hypothese I (a) angenommen. Die theoretisch vorhergesagten Zusammenhänge zwischen *Wollen*, *Berechtigung* und *Zufriedenheit* fanden sich in der Gruppe der NPB in den drei durchgeführten Untersuchungen wieder. Für eine Einzeluntersuchung ergab sich zwar ein nicht-signifikantes Testergebnis, ein extrem kleines n in dieser untersuchten Gruppe lässt jedoch Zweifel am statistischen Wert dieses Befundes zu.

Tab. V.2e: Übersicht über die Signifikanz der Einzelergebnisse der Untersuchungen zur Hypothese I (a) bei NPB

Unters. Nr.*	Freundschaften				Gesundheit				Familie			
	Zufriedenheit		Deprivationsindex		Zufriedenheit		Deprivationsindex		Zufriedenheit		Deprivationsindex	
	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>
1	+		+		+		+		+		+	
2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3	+		+		Ø	+	Ø	+	+	+	+	+

*Untersuchungsnummer 1: constellation approach; 2: extreme score approach; 3: comparison of individual binary variables

+ sign. Ergebnis für adjustiertes α' , Ø Ergebnis nicht signifikant für adjustiertes α'

V.2.2 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (b)

I (b) Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* sowie Zufriedenheit lassen sich bei schizophrenen Akutpatienten replizieren.

Es wurden dieselben Berechnungen wie für die Stichprobe der NPB im vorigen Kapitel durchgeführt.

V.2.2.1 „constellation approach“

Die Stichprobe wurde aufgeteilt in die Gruppe, in der sowohl *Wollen* als auch *Berechtigung* gegeben war und

den Rest. Beide Gruppen wurden hinsichtlich ihrer mittleren Zufriedenheitswerte verglichen. Die Ergebnisse zeigt Tabelle V.2f. Es fanden sich ähnliche Ergebnisse wie bei den NPB: Waren die beiden Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* vorhanden, war Zufriedenheit geringer bzw. Deprivation größer. Dieser Gruppenunterschied wurde in den Bereichen Freundschaften und Familie statistisch signifikant, im Bereich Seelische Gesundheit bestand er nur deskriptiv.

V.2.2.2 „extreme score approach“

Die Stichprobe wurde eingeteilt in eine kleine Gruppe mit den höchsten Zufriedenheitswerten, eine kleine Gruppe mit den niedrigsten Zufriedenheitswerten und den Rest. Die Extremwert-Gruppen wurden hinsichtlich des Ausmaßes, in dem die Vorbedingungen (*Wollen* und *Berechtigung*) gegeben waren verglichen. Die Grenzwerte, bei denen die Stichproben aufgeteilt wurden, sind in Tabelle V.2gA1 im Anhang aufgeführt.

Betrachtet man die extreme-score-Gruppen fanden sich bei AP im Vergleich zu den Ergebnissen bei NPB weniger eindeutige Befunde (Tabelle V.2g): Es fanden sich Hinweise, dass die nach der Theorie der relativen Deprivation postulierten Zusammenhänge bestehen, d.h. in den Gruppen mit der höchsten Zufriedenheit war das Ausmaß an *Wollen* und *Berechtigung* niedriger als in der Gruppe mit der niedrigsten Zufriedenheit. Analoges gilt, wenn man den Deprivationsindex betrachtet. Dieser Unterschied wurde im Bereich Familie für den Deprivationsindex auch für das adjustierte α' signifikant. Im Bereich Freundschaften war

der Unterschied jedoch schwächer, wenn auch statistisch bis auf eine Ausnahme noch signifikant. Im Bereich Seelische Gesundheit dagegen konnten die erwarteten Unterschiede nicht sicher nachgewiesen werden.

V.2.2.3 „comparison of individual binary variables“

Die Stichproben wurden danach aufgeteilt, ob eine einzelne Vorbedingung (*Wollen* oder *Berechtigung*) gegeben war oder nicht. Den Vergleich der mittleren Zufriedenheitswerte bei AP zeigt Tabelle V.2h. Mit einer Ausnahme zeigten sämtliche Lebensbereiche unter beiden Zufriedenheitsmaßen signifikante Unterschiede entspre-

Tab. V.2f: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei AP - „constellation approach“

Bereich	constellation group (=Wollen und Berechtigung gegeben)	Rest	Sign.niveau ($p < \dots$) [M-W-U]
	Mittelwert Zufriedenheit (n)		
Freundschaften	4,25 (36)	5,47 (36)	.003
Seel. Gesundheit	4,00 (58)	4,93 (14)	n.s.
Familie	3,33 (40)	5,52 (29)	.0001
	Mittelwert Deprivationsindex (n)		
Freundschaften	0,70 (36)	0,02 (36)	.003
Seel. Gesundheit	0,94 (58)	0,32 (14)	.04
Familie	1,14 (40)	-0,15 (29)	.0001

Standardabweichungen und mittlere Ränge im Anhang (Tab. V.2fA), adjustiertes $\alpha' = .05/6 = .0083$

Tab. V.2g: Mittelwerte der Ausprägung der Vorbedingungen (*Wollen* und *Berechtigung*) bei AP - „extreme score approach“

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“/„Berechtigung“		Sign.niveau (M-W-U-Test)
		most deprived bzw. niedrigste Zufriedenheit (n)	least deprived bzw. höchste Zufriedenheit (n)	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	3,39 (18)	2,46 (11)	.08
	<i>Berechtigung</i>	2,41 (17)	1,64 (11)	.05
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,88 (16)	3,17 (12)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	3,13 (16)	2,82 (11)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,42 (12)	2,00 (15)	.006
	<i>Berechtigung</i>	3,17 (12)	1,64 (14)	.006
Bereich	Vorbedingung	most deprived bzw. höchste Werte im Deprivationsindex (n)	least deprived bzw. niedrigste Werte im Deprivationsindex (n)	Sign.niveau (M-W-U-Test)
Freundschaften	<i>Wollen</i>	3,46 (13)	1,96 (23)	.0005
	<i>Berechtigung</i>	2,46 (13)	1,68 (22)	.02
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,92 (13)	2,75 (12)	.02
	<i>Berechtigung</i>	3,31 (13)	2,60 (10)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,56 (16)	1,50 (12)	.0002
	<i>Berechtigung</i>	3,19 (16)	1,50 (12)	.0007

Standardabweichungen und mittlere Ränge im Anhang (Tab. V.2gA2), adjustiertes $\alpha' = .05/12 = .0042$

chend den Ergebnissen aus der Literatur (Ausnahme: Vorbedingung Berechtigung, Bereich Seelische Gesundheit, Parameter *Zufriedenheit*).

Anmerkung: Wie für die Stichprobe der NPB galt auch für die AP, dass ergänzende Ergebnisse einer Varianzanalyse bei fehlenden Voraussetzungen nur eingeschränkt verwertbar waren. Im Sinne einer explorativen Datenanalyse wurden Varianzanalysen trotzdem berechnet, die Ergebnisse finden sich im Anhang (Tabelle V.2iA). Ähnlich wie in der Gruppe der NPB ergaben sich im Bereich Freundschaften Hinweise für einen Haupteffekt der *Berechtigung*. Im Bereich Familie fanden sich Hinweise für zwei Haupteffekte der Faktoren *Wollen* und *Berechtigung*, es zeigte sich kein Interaktionseffekt.

Zusammenfassung: Bei AP ließen sich Zusammenhänge, wie sie von

der Theorie der relativen Deprivation postuliert wurden, zumindest im Bereich Familie nachweisen. Die statistische Nullhypothese einer fehlenden Replizierbarkeit musste daher verworfen werden, Hypothese I (b) wurde angenommen. Eine Übersicht über die Ergebnisse zu Hypothese I (b) gibt Tabelle V.2i.

Tab. V.2h: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex AP - „comparison of individual binary variables“

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Zufriedenheit (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (M-W-U-Test)
		... gegeben	... nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	4,56 (59)	6,00 (15)	.004
	<i>Berechtigung</i>	4,26 (38)	5,53 (34)	.002
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	4,10 (70)	6,75 (4)	.007
	<i>Berechtigung</i>	4,00 (58)	4,93 (14)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,80 (54)	5,94 (16)	.0005
	<i>Berechtigung</i>	3,40 (41)	5,65 (25)	.0002
Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Deprivationsindex (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (M-W-U-Test)
		... gegeben	... nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	0,52 (59)	-0,33 (15)	.0005
	<i>Berechtigung</i>	0,70 (38)	-0,02 (34)	.002
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	0,86 (70)	-0,69 (4)	.003
	<i>Berechtigung</i>	0,94 (58)	0,32 (14)	.04
Familie	<i>Wollen</i>	0,85 (54)	-0,33 (16)	.0001
	<i>Berechtigung</i>	1,10 (41)	-0,23 (25)	.0001

Standardabweichungen und mittlere Ränge im Anhang (Tab. V.2hA), adjustiertes $\alpha' = .05/12 = .0042$

Tab. V.2i: Übersicht über die Signifikanz der Einzelergebnisse der Untersuchungen zur Hypothese I (b) bei AP

Unters. Nr.*	Freundschaften				Gesundheit				Familie			
	Zufriedenheit		Deprivationsindex		Zufriedenheit		Deprivationsindex		Zufriedenheit		Deprivationsindex	
	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>	<i>Wollen</i>	<i>Berechtigung</i>
1	+		+		Ø		Ø		+		+	
2	Ø	Ø	+	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	+	+
3	+	+	+	+	Ø	Ø	+	Ø	+	+	+	+

*Untersuchungsnummer 1: constellation approach; 2: extreme score approach; 3: comparison of individual binary variables

+ sign. Ergebnis für adjustiertes α' , Ø Ergebnis nicht signifikant für adjustiertes α'

Die Zusammenhänge waren bei AP insgesamt weniger konstant als in der Stichprobe der NPB. In den Bereichen Freundschaften und Seelische Gesundheit waren die Zusammenhänge wie sie von der Theorie der relativen Deprivation postuliert wurden zwar durchgehend deskriptiv vorhanden und auch teilweise signifikant auf der Ebene der Einzeluntersuchung. Für das adjustierte α' jedoch wurde insbesondere im Bereich Seelische Gesundheit keine statistische Signifikanz erreicht.

V.2.3 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (c)

I (c) Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* sowie Zufriedenheit lassen sich bei schizophrenen Langzeitpatienten replizieren.

Es wurden dieselben Berechnungen wie für die Stichproben der NPB und AP durchgeführt.

V.2.3.1 „constellation approach“

Die Stichprobe wurde aufgeteilt in die Gruppe, in der sowohl *Wollen* als auch *Berechtigung* gegeben war und den Rest. Beide Gruppen wurden hinsichtlich ihrer mittleren Zufriedenheitswerte verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle V.2j dargestellt. Es zeigten sich in den drei Lebensbereichen durchgehend Mittelwertsunterschiede in der erwarteten Richtung, diese wurden statistisch jedoch nur teilweise signifikant. Für das adjustierte α' konnte kein Unterschied zwischen den Patienten, die sich eine bessere Situation in dem entsprechenden Bereich sowohl wünschten als auch sich dazu berechtigt fühlten, und dem Rest der Stichprobe nachgewiesen werden. Auf der Ebene einzelner Mittelwertsvergleiche fanden sich signifikante Unterschiede in der erwarteten Richtung lediglich im Bereich Freundschaften für beide untersuchte Parameter (Zufriedenheit und Deprivationsindex) und im Bereich Familie für den Parameter Deprivationsindex.

Tab. V.2j: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei LZP - „constellation approach“

Bereich	constellation group (=Wollen und Berechtigung gegeben)	Rest	Sign.niveau ($p < \dots$) [M-W-U-Test]
	Mittelwert Zufriedenheit (n)		
Freundschaften	4,73 (26)	6,11 (45)	.03
Seel. Gesundheit	4,54 (28)	5,61 (36)	n.s.
Familie	5,14 (28)	5,89 (36)	n.s.
	Mittelwert Deprivationsindex (n)		
Freundschaften	-0,06 (26)	-0,52 (45)	.03
Seel. Gesundheit	0,29 (28)	-0,31 (36)	n.s.
Familie	0,13 (28)	-0,47 (36)	.04

Standardabweichungen und mittlere Ränge im Anhang (Tab. V.2jA); adjustiertes $\alpha' = .05/6 = .0083$

V.2.3.2 „extreme score approach“

Die Stichprobe wurde eingeteilt in eine kleine Gruppe mit den höchsten Zufriedenheitswerten, eine kleine Gruppe mit den niedrigsten Zufriedenheitswerten und den Rest. Die Extremwert-Gruppen wurden hinsichtlich des Ausmaßes, in dem die Vorbedingungen (*Wollen* und *Berechtigung*) gegeben waren, verglichen. In Tabelle V.2kA1 im Anhang sind die Grenzwerte aufgelistet, bei denen die Stichproben aufgeteilt wurden. Die Ergebnisse der Berechnungen zeigt Tabelle V.2k. Es fanden sich zwar deskriptiv alle Gruppenunterschiede in der erwarteten Richtung, d.h. in den Gruppen mit der höchsten Zufriedenheit war das Ausmaß an *Wollen* und *Berechtigung* niedriger als in der Gruppe mit der niedrigsten Zufriedenheit. Entsprechendes gilt, wenn man den Deprivationsindex betrachtete. Jedoch wurden nicht alle Unterschiede signifikant: In den Bereichen Freundschaften und Familie unterschieden sich die Extremgruppen nur bzgl. des Gefühl der Berechtigung signifikant voneinander. Im Bereich Seelische Gesundheit dagegen unterschieden sich die Extremgruppen nur bzgl. des Faktors Wollen signifikant voneinander. Hinsicht-

Tab. V.2k: Mittelwerte der Ausprägung der Vorbedingungen (Wollen und Berechtigung) bei LZP - „extreme score approach“

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“/ „Berechtigung“		Sign.niveau (M-W-U-Test)
		most deprived bzw. niedrigste Zufriedenheit (n)	least deprived bzw. höchste Zufriedenheit (n)	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	2,54 (13)	2,18 (28)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	2,67 (12)	1,61 (28)	.002
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,60 (15)	2,67 (18)	.03
	<i>Berechtigung</i>	2,71 (14)	2,12 (17)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	2,82 (11)	2,52 (23)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	2,82 (11)	2,04 (23)	.08
Bereich	Vorbedingung	most deprived bzw. höchste Werte im Deprivationsindex (n)	least deprived bzw. niedrigste Werte im Deprivationsindex (n)	Sign.niveau (M-W-U-Test)
Freundschaften	<i>Wollen</i>	2,69 (16)	2,18 (28)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	2,68 (15)	1,61 (28)	.002
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,62 (13)	2,71 (17)	.04
	<i>Berechtigung</i>	2,75 (12)	2,13 (16)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,08 (13)	2,55 (20)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	3,23 (13)	1,90 (20)	.004

Standardabweichungen und mittlere Ränge im Anhang (Tab. V.2kA2); adjustiertes $\alpha' = .05/12 = .0042$

lich des adjustierten α -Niveaus fand sich nur ein einziger signifikanter Unterschied den Faktor Berechtigung im Bereich Freundschaften betreffend.

V.2.3.3 „comparison of individual binary variables“

Die Stichprobe wurde danach aufgeteilt ob eine einzelne Vorbedingung (*Wollen* oder *Berechtigung*) gegeben war oder nicht. Den Vergleich der mittleren Zufriedenheitswerte der resultierenden Gruppen bei LZP zeigt Tabelle V.2l. Erneut fanden sich rein deskriptiv zwar Unterschiede zwischen den Gruppen in der erwarteten Richtung, d.h. das Ausmaß der Zufriedenheit könnte bei LZP von den Faktoren *Wollen* und *Berechtigung* beeinflusst werden. Statistisch si-

Tab. V.2l: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex LZP - „comparison of individual binary variables“

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Zufriedenheit (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (M-W-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	5,35 (43)	5,83 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	4,84 (31)	6,20 (40)	.01
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	4,74 (46)	5,95 (20)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	4,60 (30)	5,62 (34)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	5,43 (37)	5,76 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	5,10 (30)	5,97 (34)	n.s.
Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Deprivationsindex (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (M-W-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	-0,25 (43)	-0,44 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	-0,11 (31)	-0,54 (40)	.009
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	0,17 (46)	-0,46 (20)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,25 (30)	-0,31 (34)	.10
Familie	<i>Wollen</i>	-0,05 (37)	-0,44 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,12 (30)	-0,49 (34)	.02

Standardabweichungen und mittlere Ränge im Anhang (Tab. V.2lA); adjustiertes $\alpha'=.05/12=.0042$

gnifikant wurden die Mittelwertsunterschiede jedoch lediglich im Bereich Freundschaften für den Faktor Berechtigung und Zufriedenheit sowie Deprivationsindex als abhängige Variablen und im Bereich Familie für den Faktor Berechtigung und den Deprivationsindex als abhängige Variable. Auf dem Niveau des adjustierten α -Fehlers fanden sich dagegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen.

Anmerkung: Wie für die Stichproben der NPB und der AP galt auch für die LZP, dass eine Varianzanalyse zur Ergänzung der Ergebnisse aufgrund der fehlenden Voraussetzungen eigentlich nicht durchgeführt werden konnte. Im Sinne einer explorativen Datenanalyse wurde diese trotzdem berechnet, die Ergebnisse finden sich im Anhang (Tabelle V.2mA). Ähnlich wie in der Gruppe der NPB ergaben sich in den Bereichen Freundschaften und Familie Hinweise für einen Haupteffekt der *Berechtigung*, entsprechend der von Crosby et al. (1986) veröffentlichten Ergebnisse im Bereich „Heim“.

Zusammenfassung: Für die Gruppe der LZP konnte die statistische Nullhypothese nicht verworfen werden: Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge zwischen den Faktoren *Wollen* und *Berechtigung* und Zufriedenheit ließen sich in der untersuchten Stichprobe **nicht** nachweisen. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese I (c) gibt Tabelle V.2m.

Tab. V.2m: Übersicht über die Signifikanz der Einzelergebnisse der Untersuchungen zur Hypothese I (c) bei LZP

Unters. Nr.*	Freundschaften				Gesundheit				Familie			
	Zufriedenheit		Deprivationsindex		Zufriedenheit		Deprivationsindex		Zufriedenheit		Deprivationsindex	
	Wollen	Berechtigung	Wollen	Berechtigung	Wollen	Berechtigung	Wollen	Berechtigung	Wollen	Berechtigung	Wollen	Berechtigung
1	Ø		Ø		Ø		Ø		Ø		Ø	
2	Ø	+	Ø	+	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	+
3	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

*Untersuchungsnummer 1: constellation approach; 2: extreme score approach; 3: comparison of individual binary variables
+ sign. Ergebnis für adjustiertes α' , Ø Ergebnis nicht signifikant für adjustiertes α'

Zwar wurden bei LZP Einzelergebnisse signifikant mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=5\%$. Nimmt man jedoch den adjustierten α -Fehler zur Überprüfung der „globalen“ Hypothese I (c) reicht die statistische

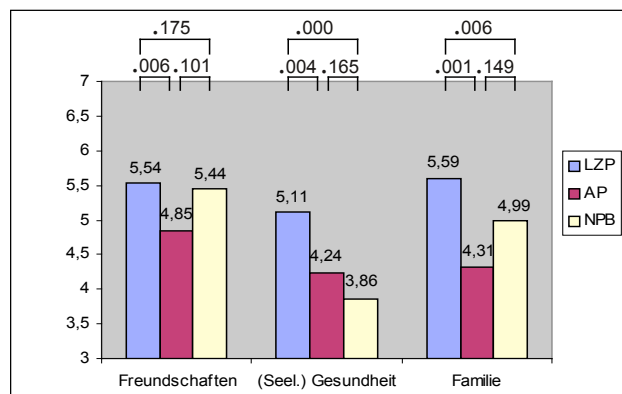
Sicherheit der Ergebnisse nicht aus, um Aussagen über das Vorhandensein von Gruppenunterschieden zu treffen. Somit konnten die Zusammenhänge zwischen *Wollen* und *Berechtigung* und der Zufriedenheit bei LZP nicht repliziert werden.

V.2.4 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I (d)

I (d) Zufriedenheit ist bei schizophrenen Langzeitpatienten höher als bei schizophrenen Akutpatienten, die Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der relativen Deprivation (*Wollen* und *Berechtigung*) sind bei den Langzeitpatienten geringer ausgeprägt als bei den Akutpatienten. Psychisch gesunde Normalprobanden unterscheiden sich in den Bereichen Freundschaften und Familie in dieser Hinsicht nicht von den Langzeitpatienten, im Bereich Gesundheit nicht von schizophrenen Akutpatienten²¹.

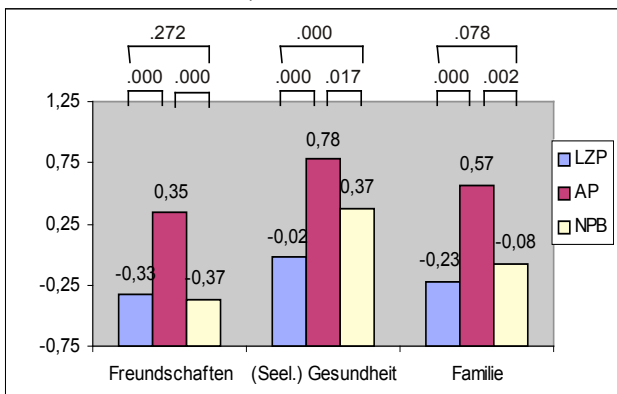
Die Mittelwerte der Vorbedingungen (*Wollen* und *Berechtigung*) und der Maße relativer Deprivation (*Zufriedenheit* und *Deprivationsindex*) in den drei Stichproben sind in den Abbildungen V.2a-d dargestellt. Die Standardabweichungen sowie die mittleren Ränge dazu finden sich im Anhang (Tabelle V.2nA).

Abb. V.2a: Mittelwerte Zufriedenheit bei NPB, LZP und AP



Mittelwertsunterschiede nach MWU-Test
Skala von 1 sehr zufrieden bis 7 sehr unzufrieden

Abb. V.2b: Mittelwert Deprivationsindex bei NPB, LZP und AP



Mittelwertsunterschiede nach MWU-Test
Skala von -0,75 nicht depriviert bis 3,0 sehr depriviert

Erwartungsgemäß zeigten LZP in allen untersuchten Bereichen eine signifikant höhere Zufriedenheit bzw. einen niedrigeren Wert im Deprivationsindex als AP. NPB unterschieden sich wie erwartet im Bereich Freundschaften nicht von LZP²². Im Bereich Familie dagegen fanden sich zwar ähnlich niedrige Werte im Deprivationsindex wie bei LZP, betrachtet man die Zufriedenheit, stellt man jedoch fest, dass hier ein signifikanter Unterschied bestand: LZP waren in diesem Bereich noch zufriedener als die Normalbevölkerung! Im Bereich Gesundheit waren die NPB ähnlich unzufrieden wie die AP. Dieser Befund erklärt sich aus der Situation, in der sich die NPB zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden: Die Stichprobe der NPB rekrutierte sich wie in Kapitel IV.1 beschrieben aus Patienten im Wartezimmer einer Arztpraxis. Somit dürften diese Patienten ein eher akutes gesundheitliches Problem haben und sich hinsichtlich ihrer Gesundheit in einer ähnlichen Situation wie die schizophrenen AP befinden. Für den Deprivationsindex lagen die Werte der NPB im Bereich Gesundheit zwischen denen der LZP und der AP und unterschieden sich jeweils signifikant von denen der beiden anderen Stichproben.

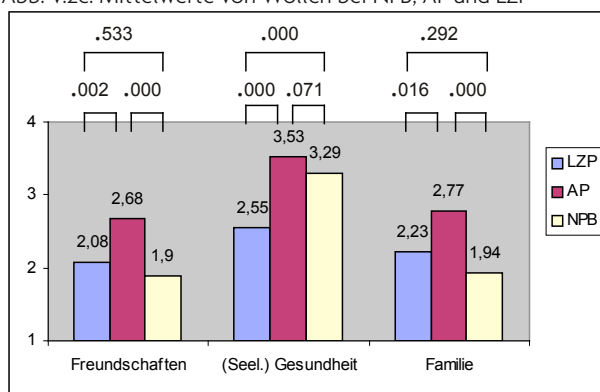
²¹ Wie im Methodenteil erwähnt ergab sich aus der Auswahl des Bereichs „Gesundheit“ in Kombination mit der Entscheidung, die Stichprobe der NPB aus den Patienten im Wartezimmer einer Allgemeinarztpraxis zu rekrutieren, eine besondere Konstellation: Hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation wurden die NPB ähnlich den schizophrenen Akutpatienten einzuschätzen sein. Bei beiden Gruppen liegt eine eher akute Störung im Bereich ihrer Gesundheit vor.

²² Testet man auf das Nicht-Vorliegen eines Unterschieds, sollte das α entsprechend hoch gewählt werden, um einen möglichst kleinen β -Fehler zu erzielen. Bei der vorliegenden Stichprobengröße und der Annahme einer mittleren Effektstärke erscheint ein α -Niveau von 0.05 angemessen, der β -Fehler liegt dann bei 0.015 (Überprüfung der Power mit Statistikpaket BIAS nach Noether, 1978). Die Signifikanzniveaus für sämtliche Unterschiede, auch die nicht-signifikanten, sind in den Abbildungen mit angegeben.

Anm.: Zwischen AP und NPB stellten sich darüber hinaus folgende Verhältnisse dar: Für Zufriedenheit als Maß fanden sich in den Bereichen Freundschaften und Familie keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Stichproben, für den Deprivationsindex zeigten sich die AP in allen drei untersuchten Bereichen weniger zufrieden als die NPB.

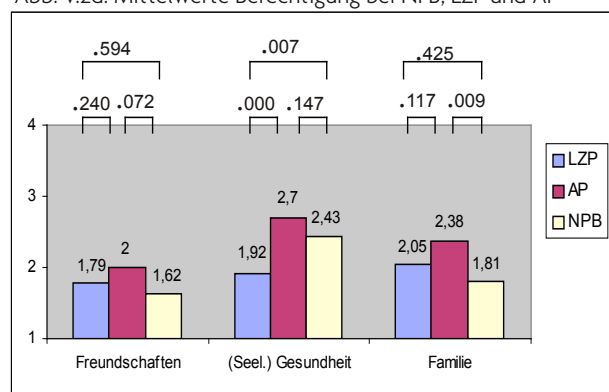
Betrachtet man die Mittelwertsunterschiede in den **Vorbedingungen** für relative Deprivation, fanden sich für *Wollen* (s. Abbildung V.2c) erwartungsgemäß in den drei untersuchten Lebensbereichen bei LZP eine signifikant geringere Ausprägung als bei AP. In den Bereichen Freundschaften und Familie unterschieden sich neben den LZP auch die NPB signifikant von AP im Ausmaß der Diskrepanz zwischen aktueller und gewünschter Situation. Der Wunsch nach Besserung war jeweils bei den AP am höchsten, LZP und NPB unterschieden sich hier nicht. Im Bereich (seelische) Gesundheit fanden sich erwartungsgemäß signifikante Unterschiede zwischen LZP und AP bzw. zwischen LZP und NPB, kein Unterschied dagegen zwischen AP und NPB.

Abb. V.2c: Mittelwerte von Wollen bei NPB, AP und LZP



Mittelwertsunterschiede nach MWU-Test
1 überhaupt nicht, 2 etwas, 3 ziemlich, 4 sehr

Abb. V.2d: Mittelwerte Berechtigung bei NPB, LZP und AP



Mittelwertsunterschiede nach MWU-Test
1 überhaupt nicht, 2 etwas, 3 ziemlich, 4 sehr

Bzgl. des Faktors *Berechtigung* (Abbildung V.2d) bestand ein signifikanter Unterschied zwischen AP und LZP nur im Bereich Seelische Gesundheit, in den beiden anderen Bereich (Freundschaften und Familie) zeigten sich die Unterschiede lediglich deskriptiv, wurden jedoch statistisch nicht signifikant.

Eine Übersicht über Ergebnisse der Untersuchungen zur Hypothese I (d) unter Berücksichtigung des adjustierten α -Fehlers gibt Tabelle V.2n. Man erkennt, dass zumindest im Bereich Seelische Gesundheit die erwarteten Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den Stichproben entsprechend der Hypothese I (d) gefunden wurden.

Tab. V.2n: Vergleich der Mittelwerte von Wollen, Berechtigung, Zufriedenheit und Deprivationsindex zwischen den Stichproben

	Vergleich LZP – AP		
	Freundschaften	Seelische Gesundheit	Familie
Zufriedenheit		+	+
Deprivationsindex	+	+	+
Wollen	+	+	
Berechtigung		+	

Vergleich NPB- LZP/AP		
Freundschaften	(Seelische) Gesundheit	Familie
+	+	+
+	+	+
+	+	+
+	+	+

+ = sign. Ergebnis entsprechend der Hypothese auf adjustiertem α -Niveau ($\alpha'=.05/12=.0042$)

Zusammenfassung: Somit wurde die statistische Nullhypothese verworfen bzw. Hypothese I (d) angenommen: Zumindest für den Bereich Seelische Gesundheit wurden die erwarteten Gruppenunterschiede bzw. – gemeinsamkeiten gefunden.

Für Zufriedenheit bzw. den Deprivationsindex konnte gezeigt werden, dass das Zufriedenheitsniveau der LZP den Werten der Normalbevölkerung in den Bereichen Freundschaften und Familie entsprach, bzw. es sogar noch überstieg. Auch unterschieden sich beide Gruppen hierin von der Stichprobe der AP. Entsprechend niedrig ausgeprägt war bei LZP und NPB der Wunsch nach einer Verbesserung der aktuellen Situation bzw. das Gefühl der Berechtigung zu einer besseren Situation.

V.2.5 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese I(e)

I (e) Die Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der relativen Deprivation (*Wollen* und *Berechtigung*) nehmen bei schizophrenen Langzeitpatienten mit der Dauer der Hospitalisierung ab.

Gemäß Hypothese I (e) wurde ein negativer Zusammenhang zwischen Wollen, Berechtigung und dem Deprivationsindex mit der Hospitalisierungsdauer erwartet sowie ein positiver Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Hospitalisierungsdauer. Tabelle V.2o stellt die Rangkorrelationen zwischen Vorbedingungen, Zufriedenheit und Parametern der Hospitalisierungsdauer dar.

Betrachtet man zunächst die Zufriedenheit und den Deprivationsindex, stellt man fest, dass nur in den Bereichen Freundschaften und Seelische Gesundheit ein Zusammenhang von maximal $|.28|$ mit der Hospitalisierungsdauer nachzuweisen war. Im Bereich Familie bestanden keine signifikanten Zusammenhänge. Die Vorbedingungen Wollen und Berechtigung zeigten ebenfalls keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge mit der Hospitalisierungsdauer.

Darüber hinaus zeigt die Tabelle einen Zusammenhang von Lebensqualität mit dem Lebensalter.

Zusammenfassung: Hypothese I (e) wurde somit nicht angenommen. In der vorliegenden Untersuchung konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass die Voraussetzungen für Unzufriedenheit nach der Theorie der relativen Deprivation bei schizophrenen Langzeitpatienten mit der Dauer der Hospitalisierung abnehmen.

V.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese I

Die von der Theorie der relativen Deprivation zwischen den Faktoren *Wollen* und *Berechtigung* sowie Zufriedenheitsurteilen postulierten Zusammenhänge ließen sich in den Stichproben der NPB und AP replizieren. Während sich entsprechende Befunde bei NPB in allen drei untersuchten Lebensbereichen fanden, zeigten sich bei AP konstant statistisch signifikante Ergebnisse nur im Bereich Seelische Gesundheit. Für langfristig hospitalisierte Schizophrene konnte aufgrund der vorliegenden Daten nicht mit ausreichender Sicherheit gesagt wer-

Tab. V.2o: Rangkorrelationen zwischen Vorbedingungen und Maßen relativer Deprivation und Hospitalisierungsdauer und Lebensalter bei LZP

Bereich	Alter	Dauer des derzeitigen Psychiatrieaufenthaltes	kumulative Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie
Bereich Freundschaften			
Wollen	-.28 72 .009	-.12 69 n.s.	-.14 67 n.s.
Berechtigung	-.24 71 .02	.00 68 n.s.	-.03 66 n.s.
Zufriedenheit	.20 72 .05	.21 69 .04	.21 67 .05
Deprivationsindex	-.20 72 .05	-.22 69 .04	-.22 67 .04
Bereich Seelische Gesundheit			
Wollen	-.27 66 .02	-.09 63 n.s.	-.17 62 .09
Berechtigung	-.06 64 n.s.	-.05 61 n.s.	-.02 60 n.s.
Zufriedenheit	.23 66 .03	.27 63 .02	.19 62 .07
Deprivationsindex	-.26 66 .02	-.28 63 .02	-.21 62 .05
Bereich Familie			
Wollen	-.10 66 n.s.	-.10 63 n.s.	-.08 62 n.s.
Berechtigung	-.20 64 .06	-.02 61 n.s.	-.15 60 n.s.
Zufriedenheit	.00 68 n.s.	-.11 65 n.s.	-.02 64 n.s.
Deprivationsindex	-.10 68 n.s.	.03 65 n.s.	-.07 64 n.s.

Die Zellen zeigen an:

obere Zeile: Korrelationskoeffizient n. Spearman
mittlere Zeile: n
untere Zeile: eins. Sign.niveau ($p < \dots$)

den, dass sich die vermuteten Zusammenhänge replizieren lassen.

Im Vergleich der drei Stichproben miteinander zeigte sich, dass sich LZP erwartungsgemäß sowohl hinsichtlich ihrer Zufriedenheit als auch hinsichtlich des Ausmaßes von *Wollen* und *Berechtigung* in den Bereichen Freundschaften und Familie nicht wesentlich von einer Stichprobe psychisch gesunder NPB unterschieden. Dagegen fanden sich statistisch signifikante Unterschiede zur Stichprobe der AP: Letztere waren in allen untersuchten Bereichen deutlich unzufriedener, ebenso waren die Vorbedingungen für Zufriedenheit entsprechend gering ausgeprägt.

Ein korrelativer Zusammenhang zwischen einzelnen Elementen der Theorie der relativen Deprivation und der Hospitalisierungsdauer bei LZP ließ sich in der vorliegenden Untersuchung nicht nachweisen.

V.3 Überprüfung der Hypothesen zur Theorie der Referenzkognitionen

V.3.1. Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese II (a)

II (a) Die nach der Theorie der Referenzkognitionen bestehenden Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen *Referenzsituation*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Prozessgerechtigkeit* und Zufriedenheit lassen sich an einer Stichprobe psychisch gesunder Normalprobanden replizieren.

Die in der Literatur publizierten und in Kapitel II.4.3 ausführlich dargestellten Methoden, mit denen Folger et al. (1983a,b,c) die Gültigkeit ihrer Theorie überprüften, sollten in der Stichprobe der NPB nachvollzogen werden. Die Ergebnisse werden in der im Methodenkapitel IV.2.3.4 aufgeführten Reihenfolge dargestellt.

V.3.1.1 „comparison of individual binary variables“

(a) Gute vs. Schlechte Referenzsituation

Die Stichprobe wurde danach aufgeteilt, ob die Vorbedingung „gute Referenzsituation“ gegeben war oder nicht. Den Vergleich der mittleren Zufriedenheitswerte, die jeweiligen Zellenbesetzung (n) und das Signifikanzniveau des Tests auf Unterschiede nach Mann-Whitney zeigt Tabelle V.3a.

Die Referenzsituation hatte in den Bereichen Freundschaften und Familie signifikanten Einfluss auf *Zufriedenheit* bzw. den *Deprivationsindex*.

Die Probanden, die sich eine bessere Alternative zur aktuellen Situation vorstellen konnten, waren signifikant weniger zufrieden als diejenigen, die sich keine Alternative vorstellen konnten. Für den Bereich Gesundheit ergaben sich zwar Gruppenunterschiede in der erwarteten Richtung, diese Unterschiede wurden aber nicht statistisch signifikant.

(b) Hohe vs. Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit

Die Stichprobe wurde danach aufgeteilt, ob die Vorbedingung „hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit“ gegeben war oder nicht. Den Vergleich der mittleren Zufriedenheitswerte zeigt Tabelle V.3b.

Die von Folger et al. publizierten Zusammenhänge konnten in der Stichprobe der NPB nicht gefunden werden. Deskriptiv zeigten sich in den Bereichen Freundschaften und Gesundheit Unterschiede in den abhän-

Tab. V.3a: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei guter und schlechter Referenzsituation - NPB

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit (n)		Sign.niveau (p<...) [M-W-U]
	Gute Referenzsituation	Schlechte Referenzsituation	
Freundschaften	5,07 (44)	6,04 (24)	.003
Gesundheit	3,84 (61)	4,00 (8)	n.s.
Familie	4,64 (40)	5,58 (25)	.008
	Mittelwert Deprivationsindex (n)		
	Gute Referenzsituation	Schlechte Referenzsituation	
Freundschaften	-0,23 (44)	-0,51 (24)	.002
Gesundheit	0,41 (61)	0,13 (8)	n.s.
Familie	0,05 (40)	-0,25 (25)	.02

Standardabweichungen und mittlere Ränge finden sich im Anhang (Tabelle V.3aA); adjustiertes $\alpha' = .05/6 = .0083$

gigen Variablen **entgegen** der erwarteten Richtung (d.h. es gab Hinweise für eine niedrigere Zufriedenheit wenn die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der aktuellen Situation als hoch angesehen wurde), diese Unterschiede wurden jedoch nicht signifikant. Im Bereich Familie zeigten sich die Unterschiede zwar gemäß den Erwartungen, die statistische Überprüfung erbrachte aber ebenfalls keine Signifikanz.

V.3.1.2 „consistency“

(a) Kombination von Referenzsituation und Verbesserungswahrscheinlichkeit

Es wurden die vier Gruppen verglichen, in denen die beiden Elemente *Referenzsituation* und *Verbesserungswahrscheinlichkeit* jeweils einzeln oder gemeinsam gegeben waren oder nicht. Die Ergebnisse der NPB sind in der Tabelle V.3c dargestellt.

Zunächst fiel auf, dass nicht alle Zellen der 4-Feldertafeln ausreichend besetzt waren, um statistisch sinnvolle Vergleiche berechnen zu können. Die in allen Bereichen kritisch niedrig besetzte Zellen war diejenige, bei der sich ein Proband keine bessere Alternative zur aktuellen Situation vorstellen konnte, eine Verbesserung jedoch trotzdem für wahrscheinlich hielt.

Im Bereich **Freundschaften** ging entsprechend der Ergebnisse von Folger et al. (1983b) unter den Bedingungen einer niedrigen Verbesserungswahrscheinlichkeit eine schlechte Referenzsituation mit signifikant höherer Zufriedenheit bzw. niedriger Deprivation einher. Unter der Bedingung einer hohen Verbesserungswahrscheinlichkeit ließ sich diese Aussage nicht treffen, da die entsprechende Zelle mit $n=4$ nicht ausreichend besetzt war. Im Bereich **Gesundheit** war die kritische Zelle sogar nur mit $n=2$ besetzt, die einzigen statistisch „signifikanten“ Unterschiede für den Bereich **Gesundheit** fanden sich jedoch in Bezug auf diese Zelle, so dass hier keine fundierten Aussagen gemacht werden konnten. Die

einzigen erwarteten Unterschiede, die auch statistisch signifikant wurden, fanden sich im Bereich **Familie**: Unter der „Deprivations-auslösenden“ Konstellation einer guten Referenzsituation kombiniert mit niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit fanden sich die niedrigsten *Zufriedenheitswerte*.

Tab. V.3b: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei hoher und niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit - NPB

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit (n)		Sign.niveau ($p < \dots$) [M-W-U]
	Hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit	Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit	
Freundschaften	5,27 (26)	5,62 (39)	n.s.
Gesundheit	3,55 (29)	4,03 (36)	n.s.
Familie	5,22 (23)	4,88 (40)	n.s.
Bereich	Mittelwert Deprivationsindex (n)		Sign.niveau ($p < \dots$) [M-W-U]
	Hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit	Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit	
Freundschaften	-0,27 (26)	-0,40 (39)	n.s.
Gesundheit	0,49 (29)	0,31 (36)	n.s.
Familie	-0,27 (23)	0,00 (40)	n.s.

Standardabweichungen finden sich im Anhang (Tabelle V.3bA); adjustiertes $\alpha' = .05/6 = .0083$

Tab. V.3c: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex unter dem Einfluss von Referenzsituation und Verbesserungswahrscheinlichkeit bei NPB

Bereich *Freundschaften*

Zufriedenheit		Referenzsituation		Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut			schlecht	gut
Verbess. wahrsch. keit	niedrig	6,11a,b (19)	5,15a (20)	Verbess. wahrsch. keit	niedrig	-0,53a,b	-0,28a
	hoch	6,00 (4)	5,14b (22)		hoch	-0,50	-0,28b

$a:p < .03$
 $b:p < .01$

$a:p < .02$
 $b:p < .008$

Bereich *Gesundheit*

Zufriedenheit		Referenzsituation		Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut			Schlecht	gut
Verbess. wahrsch. keit	niedrig	3,20a (5)	4,17b (30)	Verbess. wahrsch. keit	niedrig	0,40a	0,31
	hoch	5,50a,c (2)	3,41b,c (27)		hoch	-0,38a,b	0,56b

$a:p < .08$
 $b:p < .08$
 $c:p < .06$

$a:p < .07$
 $b:p < .04$

Bereich *Familie*

Zufriedenheit		Referenzsituation		Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut			Schlecht	gut
Verbess. wahrsch. keit	niedrig	5,59a,b (22)	4,00 a,c (18)	Verbess. wahrsch. keit	niedrig	-0,34a,b	0,42a,c
	hoch	5,50(2)	5,19 b,c (21)		hoch	-0,38	-0,26b,c

$a:p < .004$
 $b:p < .10$
 $c:p < .05$

$a:p < .002$
 $b:p < .08$
 $c:p < .03$

Mittelwert; (n); Indices: Zelle unterscheidet sich auf dem unter der Tabelle angegebenen Signifikanzniveau von Zelle mit demselben Index
Standardabweichungen finden sich im Anhang (Tab. V.3cA)

Von Folger et al. (1983b) wurden die Ergebnisse einer Varianzanalyse veröffentlicht, die einen Haupteffekt der Verbesserungswahrscheinlichkeit sowie einen Interaktionseffekt Referenzsituation X Verbesserungswahrscheinlichkeit belegten. In der vorliegenden Untersuchung konnten die Ergebnisse von Varianzanalysen aufgrund der fehlenden Voraussetzungen (Normalverteilung, Varianzhomogenität) nur bedingt verwertet werden. Im Sinne einer explorativen Datenanalyse wurden Varianzanalysen trotzdem durchgeführt, die Ergebnistabelle findet sich im Anhang (Tabelle V.3c1A). Es ergab sich in den Bereichen Freundschaften und Gesundheit kein signifikanter Einfluss der beiden Faktoren. Im Bereich Familie zeigten sich Hinweise auf einen Haupteffekt der *Verbesserungswahrscheinlichkeit* sowie eine Interaktion der beiden Faktoren *Referenzsituation* und *Verbesserungswahrscheinlichkeit*, analog der Ergebnisse von Folger et al. (1983b).

(b) Kombination von Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit

Es wurden die vier Gruppen verglichen, in denen die beiden Elemente der RCT Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit jeweils einzeln oder gemeinsam gegeben waren oder nicht. Die Ergebnisse bei NPB sind in Tabelle V.3d dargestellt.

Wiederum gab es eine „kritische“ Zelle in der 4-Feldertafel, die mit einem n von 3 nicht ausreichend besetzt war, um die Berechnung von Mittelwertsunterschieden sinnvoll erscheinen zu lassen. Vernachlässigte man die Werte dieser kritischen Zelle fanden sich deskriptiv die niedrigsten Werte für Zufriedenheit (bzw. die höchsten Werte für den Deprivationsindex) unter der Konstellation einer niedrigen Prozessgerechtigkeit verbunden mit einer guten Referenzsituation. Dies entsprach den Aussagen der Theorie der Referenzkognitionen. Darüber hinaus fanden sich jedoch trotz der Bedingung einer hohen Prozessgerechtigkeit Unterschiede zwischen Patienten, die über eine gute bzw. eine schlechte Referenzsituation berichteten, d.h. trotz eines als gerecht empfundenen Prozesses ließ sich Zufriedenheit noch steigern. Dieser Unterschied wurde für die Bereiche Freundschaften und Familie sowohl für Zufriedenheit als auch für den Deprivationsindex signifikant und entsprach somit nicht den Vorhersagen der Theorie der Referenzkognitionen.

Von Folger et al. (1983c) wurden die Ergebnisse mehrerer Varianzanalysen veröffentlicht, die eine Interaktion zwischen Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit nachweisen konnten (vgl. Kapitel II.4.3). In der vorliegenden Untersuchung konnten die Ergebnisse von Varianzanalysen aufgrund der fehlenden Voraussetzungen (s.o.) nur bedingt verwertet werden. Im Sinne einer explorativen Datenanalyse wurden Varianzana-

Tab. V.3d: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex unter dem Einfluss von Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit bei NPB

Bereich Freundschaften

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozessgerechtigkeit	niedrig	6,00 (1)	4,80a (15)
	hoch	6,04 a,b (23)	5,25b (28)

a:p<.02
b:p<.02

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozessgerechtigkeit	niedrig	-0,50	-0,13a
	hoch	-0,51a,b	-0,30b

a:p<.02
b:p<.01

Bereich Gesundheit

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozessgerechtigkeit	niedrig	4,00 (3)	2,91 a (22)
	hoch	4,00 (5)	4,36a (39)

a:p<.0007

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozessgerechtigkeit	niedrig	0,25	0,89a,b
	hoch	0,05a	0,14b

a:p<.03
b:p<.0004

Bereich Familie

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozessgerechtigkeit	niedrig	2,33 a,b (3)	4,00 c,d (17)
	hoch	6,05a,c (21)e	5,24d (21)b,e

a:p<.006
b:p<.009
c:p<.0005
d:p<.04
e:p<.009

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozessgerechtigkeit	niedrig	0,83a,b	0,47a,c,d
	hoch	-0,51c,e	-0,30b,d,e

a:p<.006
b:p<.01
c:p<.0003
d:p<.02
e:p<.008

Mittelwert; (n); Indices: Zelle unterscheidet sich auf dem unter der Tabelle angegebenen Signifikanzniveau von Zelle mit demselben Index
Standardabweichungen finden sich im Anhang (Tab. V.3dA)

lysen trotzdem durchgeführt, die Ergebnisse finden sich im Anhang (Tabelle V.3d1A). Im Bereich Freundschaften zeigten sich keinerlei Effekte, in den Bereichen Gesundheit und Familie ergaben sich Hinweise auf einen Haupteffekt der *Prozessgerechtigkeit* und einen Interaktionseffekt *Referenzsituation* X *Prozessgerechtigkeit* im Bereich Familie.

Zusammenfassung: Hypothese II (a) wurde verworfen, die nach der Theorie der Referenzkognitionen bestehenden Zusammenhänge zwischen Vorbedingungen für Zufriedenheit und Zufriedenheit selbst wie sie in der Originalliteratur publiziert wurden, konnten in der vorliegenden Untersuchung an NPB nicht repliziert werden.

EXKURS zu Hypothese II (a): Hohe vs. niedrige Prozessgerechtigkeit

Zum isolierten Einfluss einer hohen oder niedrigen Prozessgerechtigkeit auf Zufriedenheit und Deprivation gibt es von Folger keine Publikationen. Aus dem theoretischen Hintergrund heraus (vgl. Kapitel II.6) müsste eine hohe Prozessgerechtigkeit jedoch mit hoher Zufriedenheit einher gehen. Daher wurde die Stichprobe anhand dieser Variablen aufgeteilt und hinsichtlich der Zufriedenheitswerte verglichen (Tabelle V.3e).

Es zeigte sich der theoretisch plausible Einfluss von Ungerechtigkeit, der jedoch nicht in allen Bereichen zu signifikanten Unterschieden in den Zufriedenheitsmaßen führte: Signifikant wurden die Mittelwertsunterschiede in den Bereichen Gesundheit und Familie, nicht im Bereich Freundschaften, obgleich sich dieser Unterschied deskriptiv in der erwarteten Richtung nachweisen ließ.

Tab. V.3e: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei hoher und niedriger Prozessgerechtigkeit bei NPB

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit (n)		Sign.niveau (p<...) [M-W-U]
	Hohe Prozessgerechtigkeit	Niedrige Prozessgerechtigkeit	
Freundschaften	5,61 (51)	4,88 (16)	n.s.
Gesundheit	4,32 (44)	3,04 (25)	.002
Familie	5,64 (42)	3,75 (20)	.0002
Bereich	Mittelwert Deprivationsindex (n)		Sign.niveau (p<...) [M-W-U]
	Hohe Prozessgerechtigkeit	Niedrige Prozessgerechtigkeit	
Freundschaften	-0,39 (51)	-0,16 (16)	n.s.
Gesundheit	0,13 (44)	0,81 (25)	.0005
Familie	-0,41 (42)	0,53 (20)	.0001

Standardabweichungen und mittlere Ränge finden sich im Anhang (Tabelle V.3eA)

V.3.2 Ergebnisse der Auswertung zu den Hypothese II (b) bis II (e) - Vorbemerkung

Die Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen an einer Stichprobe psychisch gesunder NPB war die Voraussetzung für die weitere Auswertung der Daten der schizophrenen Patienten. Dies war nicht gegeben, somit war die weitere Datenauswertung für schizophrene Akut- und Langzeitpatienten zur Überprüfung der aufgestellten Hypothese nicht sinnvoll. Da die vorliegende Arbeit jedoch erstmalig die Theorie der Referenzkognitionen auf psychiatrische Patienten anzuwenden versucht und somit auch explorativen Charakter hat, wurden die Auswertungen zu den Hypothesen II b (Replizierbarkeit bei schizophrenen Akutpatienten) und II c (Replizierbarkeit bei schizophrenen Langzeitpatienten) sowie die Untersuchung auf entsprechende Gruppenunterschiede (Hypothese II d und e) trotzdem durchgeführt. Die Ergebnisse sollen im Folgenden kurz zusammengefasst werden. Auf die entsprechenden Daten (im Anhang) wird im Text verwiesen.

V.3.2.1 Auswertungen zu Hypothese II (b) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei schizophrenen Akutpatienten

Die Berechnungen ergaben erwartungsgemäß, dass auch für die Gruppe der AP die Hypothese der Replizierbarkeit der von der Theorie der Referenzkognitionen aufgestellten Zusammenhänge zwischen Vorbedingungen für das Auftreten von Zufriedenheit und Zufriedenheit selbst nicht angenommen werden konnte. Den Vorhersagen der Theorie gemäße Einflüsse fanden sich für das Element *Referenzsituation* nur im Bereich Familie, d.h. Patienten, die sich eine bessere Familiensituation alternativ zur bestehenden vorstellen konn-

ten, waren weniger zufrieden als Patienten, die das nicht konnten. In den Bereichen Freundschaften und Seelische Gesundheit ließen sich keine Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen nachweisen. Die *Verbesserungswahrscheinlichkeit* hatte im Bereich Freundschaften einen statistisch signifikanten Einfluss entgegen der erwarteten Richtung, in den beiden anderen Bereichen ließen sich keine Mittelwertsunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen nachweisen. Die entsprechenden Tabellen zu diesen Untersuchungen finden sich im Anhang (Tabelle V.3fA bis V.3jA – die Nomenklatur erfolgte analog zur Nomenklatur bei NPB in Kap. V.3.1). Lediglich für das Element *Prozessgerechtigkeit* zeigten sich eindeutige und fast durchgehend signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe, die das Gefühl hatte, dass Ungerechtigkeit zur aktuellen Situation geführt hatte, und dem Rest. Patienten, die das Gefühl hatten, dass die aktuelle Situation ungerecht ist, waren durchweg weniger zufrieden bzw. zeigten höhere Werte im Deprivationsindex.

V.3.2.2 Auswertungen zu Hypothese II(c) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei schizophrenen Langzeitpatienten

In der Stichprobe der LZP zeigten sich weder für das Element *Referenzsituation* noch für *Verbesserungswahrscheinlichkeit* Unterschiede in den Zufriedenheitswerten zwischen Patienten bei denen die jeweilige Vorbedingung gegeben war und denen, bei denen sie nicht gegeben war. Für *Prozessgerechtigkeit* dagegen fanden sich die postulierten Unterschiede: Die Mittelwerte der Zufriedenheit (bzw. des Deprivationsindex) waren in der Gruppe, die das Gefühl hatte, dass Ungerechtigkeit zur aktuellen Situation geführt hatte, in allen drei untersuchten Bereichen niedriger (bzw. höher im Deprivationsindex) als bei den Patienten, die den aktuellen Zustand als gerecht empfanden. Diese Unterschiede wurden in den Bereichen Seelische Gesundheit und Familie für beide untersuchten Parameter statistisch signifikant, ebenso im Bereich Freundschaften für den Parameter Deprivationsindex. Für Zufriedenheit ergab sich ein Trend. Die entsprechenden Tabellen zu diesen Untersuchungen finden sich im Anhang (Tab. V.3kA bis V.3oA).

V.3.2.3 Auswertungen zu Hypothese II (d) zu Gruppenunterschieden zwischen Akutpatienten, Langzeitpatienten und Normalprobanden

Die Ergebnisse (vgl. die Abb. V.3aA bis V.3cA im Anhang) unterstützten die Hypothese II (d) nicht: Zwar fanden sich die postulierten Unterschiede zwischen LZP und AP hinsichtlich der beiden Faktoren *Referenzsituation* und *Prozessgerechtigkeit* wenngleich die Unterschiede im Bereich Familie statistisch nicht signifikant wurden. Der Faktor *Verbesserungswahrscheinlichkeit* dagegen verhielt sich nicht erwartungsgemäß: AP hatten bei niedrigerer Zufriedenheit höhere Erwartungen an die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der Situation in der Zukunft. Auch der Vergleich der NPB mit den beiden Stichproben schizophrener Patienten zeigte nicht durchgehend die erwarteten Ergebnisse: In den Bereichen Freundschaften unterschieden sich NPB entgegen den Erwartungen von LZP hinsichtlich des Faktors *Verbesserungswahrscheinlichkeit*, im Bereich Seelische Gesundheit fanden sich dagegen keine Unterschiede, obwohl solche erwartet wurden. Auch zeigten sich unerwartete Unterschiede zwischen NPB und AP im Bereich Seelische Gesundheit hinsichtlich aller drei Faktoren obwohl sich die beiden Stichproben hinsichtlich ihrer Zufriedenheitsurteile nicht unterschieden.

V.3.2.4 Auswertungen zu Hypothese II (e) zu Veränderungen im Lauf der Hospitalisierung bei Langzeitpatienten

Es fand sich lediglich im Bereich Freundschaften eine auf dem adjustierten α -Niveau signifikante Abnahme des Vorstellungsvermögens für eine bessere Alternative zur aktuellen Situation (*Referenzsituation*). In den

beiden anderen Bereichen zeigten sich keine signifikanten Korrelation mit der Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie. Für die Ausprägungen der beiden anderen Elemente (*Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Prozessgerechtigkeit*) zeigten sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Zusammenhänge, weder mit der Dauer des gegenwärtigen Psychiatrieaufenthaltes noch mit der kumulativen Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Einrichtungen. Betrachtet man die Vorzeichen der Korrelationskoeffizienten, ergaben sich immerhin Hinweise darauf, dass das Gefühl von Ungerechtigkeit im Lauf der Hospitalisierung abnehmen könnte. Die Zusammenhänge hatten in allen drei Bereich jedoch lediglich die Stärke statistischer Trends. Die Ergebnisse sind im Detail in Tabelle V.3qA im Anhang aufgeführt.

V.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese II

Im Gegensatz zur Überprüfung der Theorie der relativen Deprivation (Hypothese I) ergaben die Auswertungen zur Theorie der Referenzkognitionen, dass die postulierten Zusammenhänge schon in der Gruppe der NPB nicht repliziert werden konnten. Zwar konnte für einzelne Elemente der Theorie – die Referenzsituation und die Prozessgerechtigkeit – isoliert ein Einfluss auf Zufriedenheitsurteile dargestellt werden, dieser Befund bestand jedoch nicht konstant in allen drei untersuchten Lebensbereichen. Für das Element Verbesserungswahrscheinlichkeit ließen sich die von Folger et al. (1983b) postulierten Zusammenhänge mit Zufriedenheit nicht replizieren. Die weitere Datenauswertung, die eher in explorativer Intention durchgeführt wurde, ergab für die AP weitestgehend ähnliche Befunde wie bei NPB. In der Stichprobe der LZP konnte dagegen für das Element Prozessgerechtigkeit ein Zusammenhang mit Zufriedenheitsurteilen gefunden werden. Für die anderen beiden Elemente der Theorie ergaben sich auch hier keine Ergebnisse gemäß den Postulaten der Theorie der Referenzkognitionen.

Entsprechend der Ergebnisse in den drei Stichproben fielen auch die Gruppenunterschiede nur teilweise wie erwartet aus. Insgesamt schien das Element *Verbesserungswahrscheinlichkeit* einen Einfluss auf Zufriedenheitsurteile zu haben, der dem von Folger und Kollegen postulierten entgegengesetzt wirkte: Die Erwartung einer Verbesserung der aktuellen Situation in Zukunft war in der vorliegenden Untersuchung eher mit niedriger Zufriedenheit verbunden, Patienten die eine solche Verbesserung nicht erwarteten, waren zufriedener als solche, die eine Verbesserung erwarteten.

Innerhalb der Gruppe der LZP konnte auch kein konsistenter Zusammenhang der Vorbedingungen mit der Hospitalisierungsdauer nachgewiesen werden.

Hypothese II wurde verworfen.

V.4 Überprüfung der Hypothesen zu sozialen Vergleichsprozessen

V.4.1 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese III (a)

III (a) Schizophrene Langzeitpatienten ziehen im Vergleich zu Akutpatienten eher Vergleiche mit Mitpatienten, diese Vergleiche sind v.a. abwärts gerichtet.

V.4.1.1 Das Ziel sozialer Vergleiche

Die Abbildungen V.4a-c zeigen die Antworten auf die offene Frage nach sozialen Vergleichen (z.B. „Wie sieht es mit der seelischen Gesundheit bei anderen aus?“). Es zeigten sich signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test²³) zwischen LZP und AP. LZP verglichen sich in allen untersuchten Bereichen v.a. mit Mitpatienten,

²³ Wo die Voraussetzungen nicht erfüllt waren (erwartetes $n \leq 5$ /Zelle), wurde Fishers exakter Test berechnet (Diehl et al. 1997, S. 189).

Abb. V.4a: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf die offene Frage, Bereich Freundschaften.

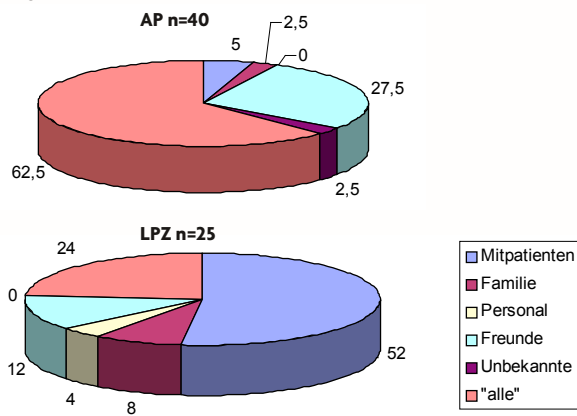
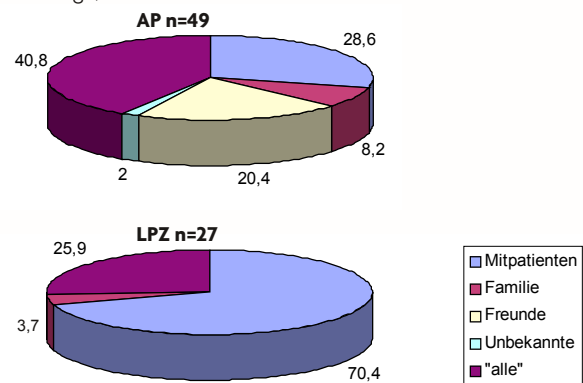
Angaben in Prozent; $\chi^2=24,5$; $df=5$; $p<.001$; adjustiertes $\alpha'=.05/6=.0083$

Abb. V.4b: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf die offene Frage, Bereich Seelische Gesundheit

Angaben in Prozent; $\chi^2=14,7$; $df=4$; $p<.006$; adjustiertes $\alpha'=.05/6=.0083$

AP am häufigsten mit einer abstrakten Allgemeinheit (beispielsweise: „Bei allen anderen ist es besser als bei mir.“), erst an zweiter Stelle kamen konkrete Personen aus dem Freundes-/ Bekanntenkreis außerhalb der psychiatrischen Einrichtung. Die zu den Berechnungen gehörigen Kreuztabellen finden sich im Anhang in den Tabellen V.4aA-cA.

Bei den Antworten auf eine direkte Frage („Wenn Sie einschätzen, wie zufrieden Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit sind, mit wem vergleichen Sie sich dabei?“) fanden sich auch mit dieser Methode der Erfassung sozialer Vergleiche signifikante Unterschiede (Abbildungen V.4d-f): LZZ verglichen sich wiederum vor allem mit Mitpatienten, AP verglichen sich zum größten Teil mit Freunden und Bekannten außerhalb der Einrichtung. Die Kreuztabellen zu den Berechnungen finden sich im Anhang (Tabellen V.4aA-cA).

Bezüglich der Ziele sozialer Vergleiche wurden also sowohl in den Antworten auf eine indirekte Frage als auch in den Antworten auf eine direkte Frage nach sozialen Vergleichen statistisch signifikante Unterschiede zwischen AP und LZZ deutlich: LZZ verglichen sich in allen untersuchten Lebensbereichen zum größten Teil mit Mitpatienten, AP dagegen verglichen sich entweder bevorzugt mit einer abstrakten Allgemeinheit (Antwort auf die offene Frage) oder mit Personen, die erwartungsgemäß dem Freundes- oder Bekanntenkreis außerhalb der psychiatrischen Einrichtung zuzuordnen sind (Antwort auf die direkte Frage).

Abb. V.4c: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf die offene Frage, Bereich Familie

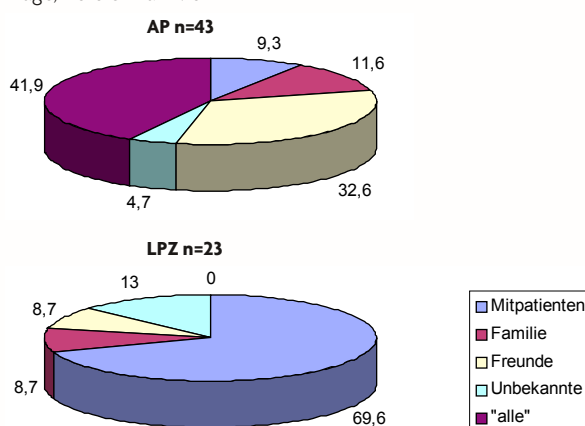
Angaben in Prozent; $\chi^2=32,6$; $df=4$; $p<.001$; adjustiertes $\alpha'=.05/6=.0083$

Abb. V.4d: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf direkte Frage, Bereich Freundschaften

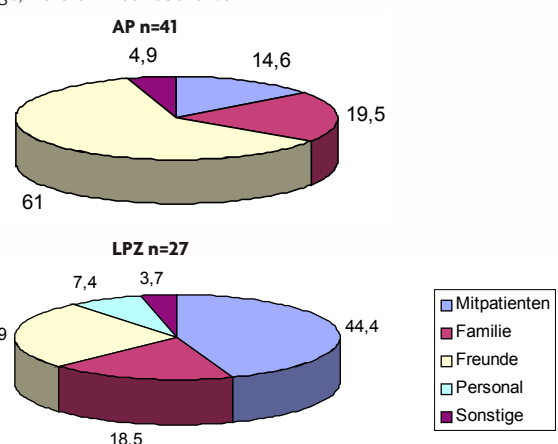
Angaben in Prozent; $\chi^2=12,8$; $df=4$; $p<.02$; adjustiertes $\alpha'=.05/6=.0083$

Abb. V.4e: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf direkte Frage, Bereich Seelische Gesundheit

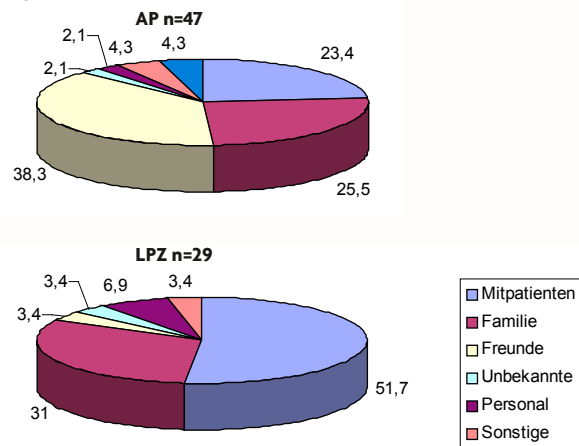
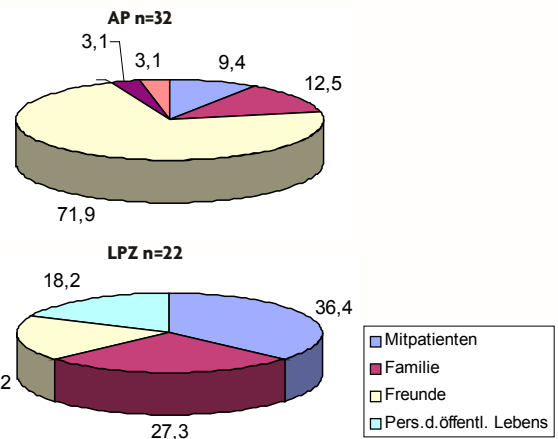
Angaben in Prozent; $\chi^2=15,5$; $df=6$; $p<.02$; adjustiertes $\alpha'=.05/6=.0083$

Abb. V.4f: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf direkte Frage, Bereich Familie

Angaben in Prozent; $\chi^2=20,9$; $df=5$; $p<.002$; adjustiertes $\alpha'=.05/6=.0083$

V.4.1.2 Die Richtung sozialer Vergleiche

Die Abbildungen V.4g-i zeigen die Richtung sozialer Vergleiche, die in den Antworten auf die offene Frage (z.B. „Wie sieht es mit der seelischen Gesundheit bei anderen aus?“) bei L郑 und AP enthalten war. Die Abbildungen geben die prozentuale Häufigkeit der einzelnen Richtungen in den Antworten, die einen Vergleich enthielten, an.

In den Antworten fanden sich hypothesenkonform im Bereich Seelische Gesundheit bei L郑 v.a. abwärts gerichtete soziale Vergleiche, d.h. die eigene Situation wurde im Vergleich zu der des Vergleichsziels als besser eingeschätzt. Bei AP fanden sich eher lateral und aufwärts gerichtete Vergleiche. Im Bereich Freundschaften zogen L郑 v.a. laterale und aufwärts gerichtete Vergleiche, im Bereich Familie hauptsächlich laterale. AP verglichen sich im Bereich Freundschaften v.a. lateral, im Bereich Familie lateral und aufwärts. Die Unterschiede zwischen AP und L郑 wurden nur für den Bereich Familie statistisch signifikant. Betrachtet man die Antworten auf die direkte Frage (z.B. „Wenn Sie sich bzgl. ihrer seelischen Gesundheit mit anderen vergleichen, wie schneiden Sie bei diesem Vergleich ab?“ – s. Abbildungen V.4j-l), fanden sich zwischen AP und L郑 keine statistisch signifikante Unterschiede. Deskriptiv betrachtet waren Abwärts- und Lateral-Vergleiche bei L郑 häufiger als bei AP, welche sich in allen Bereichen häufiger aufwärts verglichen, d.h. davon ausgingen, dass die Situation bei anderen besser ist als bei ihnen selbst.

Auf den direkten Vergleich mit Mitpatienten angesprochen (z.B. „Wie ist ihre eigene seelische Gesundheit im Vergleich mit der ihrer Mitpatienten?“) zeigte sich ein ähnliches Bild (Abbildungen V.4m-o):

Abb. V.4g: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf offene Frage – Bereich Freundschaften

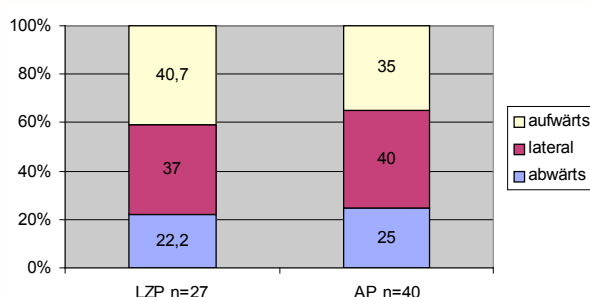
Angaben in Prozent; $\chi^2=0,2$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4h: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf offene Frage – Bereich Seelische Gesundheit

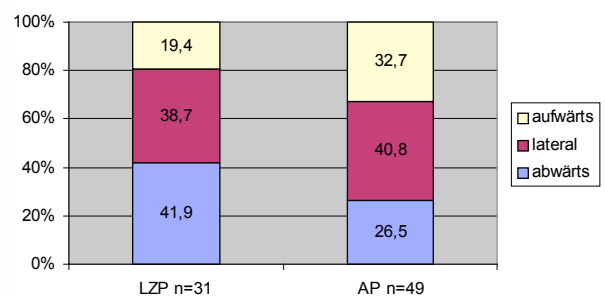
Angaben in Prozent; $\chi^2=2,6$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4i: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf offene Frage – Bereich Familie

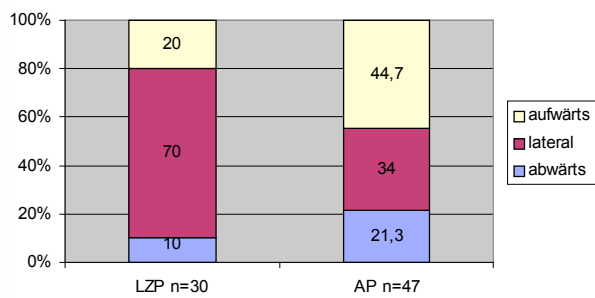
Angaben in Prozent; $\chi^2=9,7$; $df=2$; $p<.009$, Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4j: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf direkte Frage – Bereich Freundschaften

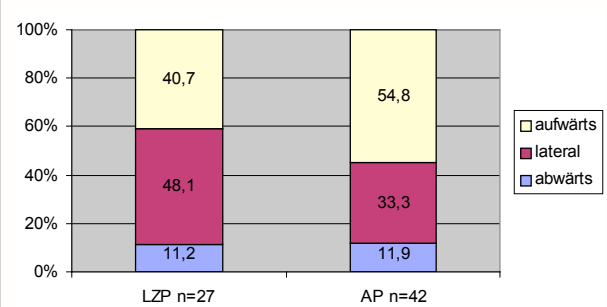
Angaben in Prozent; $\chi^2=1,6$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4k: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf direkte Frage – Bereich Seelische Gesundheit

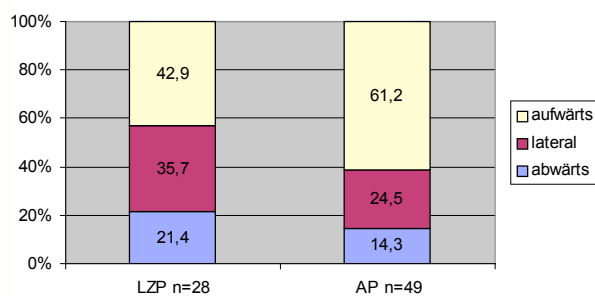
Angaben in Prozent; $\chi^2=2,4$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4l: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf direkte Frage – Bereich Familie

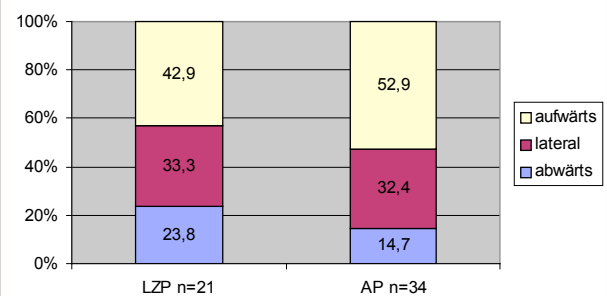
Angaben in Prozent; $\chi^2=0,8$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4m: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf Frage nach Mitpatienten – Bereich Freundschaften

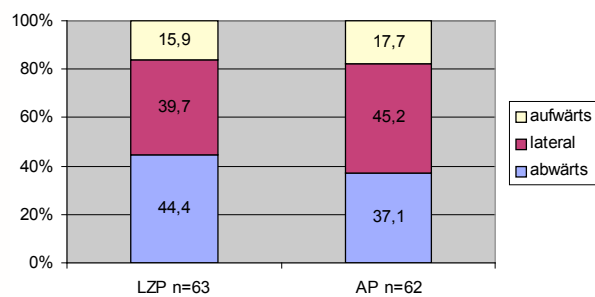
Angaben in Prozent; $\chi^2=0,7$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4n: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf Frage nach Mitpatienten – Bereich Seelische Gesundheit

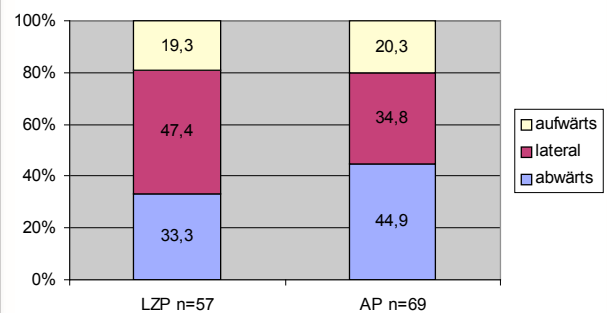
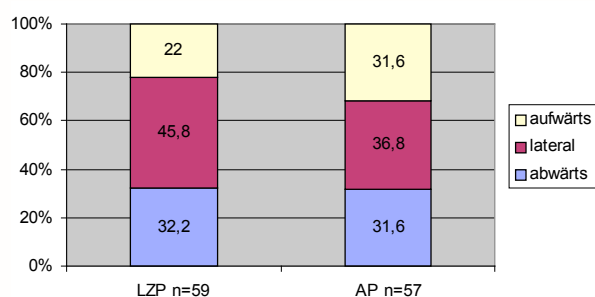
Angaben in Prozent; $\chi^2=2,3$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Abb. V.4o: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf Frage nach Mitpatienten – Bereich Familie

Angaben in Prozent; $\chi^2=1,7$; $df=2$; n.s., Adjustiertes $\alpha'=.05/9=.0055$

Wiederum überwogen – zumindest in den Bereichen Seelische Gesundheit und Familie – nicht wie erwartet Abwärtsvergleiche bei LZP sondern horizontal gerichtete soziale Vergleiche. Statistisch signifikante Unterschiede zum Vergleichsverhalten der AP ließen sich nicht nachweisen.

Zusammenfassung: Insgesamt konnte die Hypothese III (a) nicht angenommen werden. LZP unterschieden sich von AP zwar hinsichtlich der Ziele sozialer Vergleiche (LZP verglichen sich vor allem mit Mitpatienten, AP vor allem mit Freunden außerhalb der Psychiatrie bzw. mit einer abstrakten „Allgemeinheit“), ein Unterschied in der Richtung sozialer Vergleiche konnte zwischen AP und LZP jedoch nicht festgestellt werden. Zwar tendierten LZP eher zu lateral bzw. abwärts gerichteten Vergleichen, die Unterschiede zur Stichprobe der AP wurden jedoch nicht statistisch signifikant. Das Signifikanzniveau des einzig signifikanten Einzelvergleichs (Antwort auf die offene Frage im Bereich Familie) lag unter dem des adjustierten α -Fehlers.

V.4.2 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese III (b)

III (b) Zufriedenheit hängt mit der Richtung sozialer Vergleiche zusammen, abwärts gerichtete soziale Vergleiche gehen mit hoher Zufriedenheit einher.

Die Ergebnisse für die drei Stichproben sind in den Tabellen V.4a & V.4b dargestellt. Es wurden Korrelationen nach Kendalls-tau-b für ordinal skalierte Daten (Richtung sozialer Vergleiche) berechnet. In den Tabellen ist jeweils der abgeschnittene Wert des Korrelationskoeffizienten, die Anzahl der verwertbaren Antworten je Frage und das einseitige Signifikanzniveau angegeben.

Für die Stichprobe der NPB (Tabelle V.4a) zeigten sich die erwarteten Zusammenhänge zwischen abwärts gerichteten sozialen Vergleichen und Zufriedenheitsurteilen durchweg signifikant mit einem Korrelationskoeffizienten für Zufriedenheit zwischen $-.25$ und $-.51$ bzw. für den Deprivationsindex zwischen $.34$ und $.52$. (Die unterschiedlichen Vorzeichen ergeben sich aus der Zusammensetzung des Deprivationsindex, der wie im Methodenteil beschrieben aus „negativen“ Emotionen wie Unzufriedenheit, Ärger etc. besteht). Die Zusammenhänge bei AP und LZP sind in Tabelle V.4b dargestellt. Für AP ergaben sich mit einer Ausnahme signifikante Zusammenhänge in der erwarteten

Tab. V.4a: Korrelation zwischen der Richtung des sozialen Vergleichs und Zufriedenheit bei Normalprobanden

Bereich	Zufriedenheit	Deprivationsindex
Freundschaften	$-.51$ 61 .001	$.52$ 61 .001
Gesundheit	$-.25$ 64 .008	$.34$ 64 .001
Familie	$-.46$ 62 .001	$.49$ 62 .001

Die Zellen zeigen an:

oberste Zeile: Korrelationen nach Kendalls-tau-b
mittlere Zeile: n
unterste Zeile: zweise. Sign.niveau ($p < \dots$); adjust.
 $\alpha' = .05/6 = .0083$

Richtung in allen drei untersuchten Bereichen. (Die Ausnahme bildete der Bereich Freundschaften, wenn nach dem direkten Vergleich mit Mitpatienten gefragt wurde) Die Korrelationskoeffizienten lagen in der Größenordnung zwischen $-.22$ und $-.48$ (Zufriedenheit) bzw. $.22$ bis $.44$ (Deprivationsindex). Statistische Signifikanz bestand auf dem Niveau des adjustierten α -Fehlers für die Parameter Zufriedenheit und Deprivationsindex für die offene Frage in den Bereichen Freundschaften und Familie und für den Parameter Deprivationsindex im Bereich Seelische Gesundheit für die Antworten auf die Frage nach Mitpatienten.

Bei LZP fanden sich nur wenig signifikante Zusammenhänge in den beiden Bereichen Familie und Seelische Gesundheit. Im Bereich Freundschaften ergaben sich keinerlei signifikante Korrelationen. Im Bereich Seelische Gesundheit lag lediglich das Signifikanzniveau einer einzigen Korrelation (Deprivationsindex und Vergleich mit Mitpatienten) unter dem Niveau des adjustierten α -Fehlers. Im Bereich Familie galt dies für Zufriedenheit und den Vergleich mit Mitpatienten. Die Korrelationskoeffizienten bewegten sich in der Größenordnung von $.31/- .31$ und $.34/- .34$ (jeweils für Zufriedenheit/ Deprivationsindex).

Zusammenfassung: Für die drei untersuchten Stichproben konnte ein Zusammenhang zwischen der Richtung sozialer Vergleiche und Zufriedenheit nicht ausgeschlossen werden. Dieser Zusammenhang bestand

bei AP für unterschiedliche Arten, soziale Vergleichsprozesse im Interview zu erfassen (sowohl über die Auswertung von Antworten auf eine offene Frage als auch über die Antworten auf eine direkte Frage nach dem Vergleich mit Mitpatienten). In der Gruppe der LZP dagegen konnte ein derartiger Zusammenhang nur in den Antworten auf die direkte Frage nach dem Vergleich mit Mitpatienten in den Bereichen Seelische Gesundheit und Familie nachgewiesen werden.

V.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese III

Die Hypothese eines Einflusses sozialer Vergleiche auf die Zufriedenheit schizophrener LZP konnte nicht komplett verworfen werden, die vermuteten Zusammenhänge bestätigten sich jedoch nur inkonsistent: Hypothesenkonform verglichen sich LZP bevorzugt mit Mitpatienten, AP dagegen eher mit Freunden und Bekannten außerhalb

der psychiatrischen Einrichtung bzw. mit einer abstrakten Allgemeinheit. Die von den LZP berichteten Vergleiche waren zwar nicht wie vermutet überwiegend abwärts gerichtet sondern hauptsächlich lateral, d.h. die Personen, mit denen die Vergleiche erfolgten wurden als ähnlich hinsichtlich der Qualität ihrer Freundschaften, ihrer seelischen Gesundheit und ihrer Familienverhältnisse betrachtet. Es konnte aber bei LZP (wie auch bei NPB und AP) ein Zusammenhang zwischen der Richtung sozialer Vergleiche und der Zufriedenheit festgestellt werden: Abwärts gerichtete soziale Vergleiche gingen mit höherer Zufriedenheit einher als aufwärts gerichtete. Dieser Zusammenhang ließ sich bei LZP in den Antworten auf die direkte Frage nach dem Vergleich mit Mitpatienten feststellen, nicht jedoch in Antworten auf eine offene Frage bzw. auf eine allgemein gehaltene direkte Frage und auch nicht in allen drei untersuchten Lebensbereichen.

Tab. V.4b: Korrelationen zwischen der Richtung sozialer Vergleiche und Zufriedenheitsmaßen bei AP und LZP

Bereich			Zufriedenheit	Deprivationsindex		Zufriedenheit	Deprivationsindex
Freundschaften	offene Frage („Wie sieht's bei anderen aus?“)	AP	-,45 40 .001	,40 40 .002	LZP	-,11 27 n.s.	,15 27 n.s.
	direkte Frage („Wie schneiden Sie beim Vergleich mit anderen ab?“)		-,30 42 .02	,22 42 .05		-,01 27 n.s.	,04 27 n.s.
	Vergleich mit Mitpatienten		-,10 60 n.s.	,14 60 .09		-,02 63 n.s.	,00 63 n.s.
Seelische Gesundheit	offene Frage („Wie sieht's bei anderen aus?“)		-,22 49 .04	,27 49 .02		-,22 31 .08	,21 31 .09
	direkte Frage („Wie schneiden Sie beim Vergleich mit anderen ab?“)		-,29 49 .008	,32 49 .004		-,26 28 .06	,23 28 .08
	Vergleich mit Mitpatienten		-,26 69 .005	,34 69 .001		-,31 57 .004	,34 57 .002
Familie	offene Frage („Wie sieht's bei anderen aus?“)		-,48 47 .001	,44 47 .001		,13 30 n.s.	-,15 30 n.s.
	direkte Frage („Wie schneiden Sie beim Vergleich mit anderen ab?“)		-,36 34 .008	,41 34 .003		-,25 21 .10	,25 21 .09
	Vergleich mit Mitpatienten		-,22 57 .03	,24 57 .02		-,34 59 .002	,31 59 .004

Die Zellen zeigen an: oberste Zeile: Korr.koeffizient n. Kendalls-tau-b
mittlere Zeile: n
unterste Zeile: eins. Sign.niveau ($p < .\dots$);
adjust. $\alpha' = .05 / 18 = .0027$

V.5 Überprüfung der Hypothesen zu Zusammenhängen zwischen einzelnen Elementen der verschiedenen Theorien und Zufriedenheit

V.5.1 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese IV (a)

IV (a) Es bestehen korrelative Zusammenhänge zwischen den von den einzelnen Theorien (relative Deprivation, Referenzkognitionen und soziale Vergleiche) formulierten Vorbedingungen für Zufriedenheitsurteile und der Zufriedenheit selbst.

Es wurden Korrelationen nach Kendalls-tau-b berechnet, da dieses Verfahren weder eine Intervallskalierung voraussetzt (wie sie beispielsweise für die Richtung sozialer Vergleiche nicht gegeben ist) noch eine Normalverteilung. Die Korrelationen der Zufriedenheit mit der Richtung sozialer Vergleiche wurden bereits bei den Auswertungen zu Hypothese III dargestellt, sie werden hier der Vollständigkeit halber jedoch nochmals aufgeführt. Die Ergebnisse sind für die drei Stichproben getrennt in den Tabellen V.5a-c dargestellt.

V.5.1.1 Korrelationen bei Normalprobanden

Die Höhe der Korrelationen, die Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Antworten (n) sowie das Signifikanzniveau in der Stichprobe der NPB sind in Tabelle V.5a dargestellt.

Es zeigten sich Zusammenhangsstärken nach Kendalls-tau bis maximal .52. Dabei fanden sich in den drei untersuchten Lebensbereichen für die einzelnen Variablen unterschiedlich starke Zusammenhänge mit Zufriedenheitsurteilen: Im Bereich Freundschaften zeigten die Variable (in absteigender Reihenfolge) *Richtung des sozialen Vergleichs* sowie die Variablen *Berechtigung* und *Wollen* aus der Theorie der relativen Deprivation die höchsten Zusammenhänge mit Zufriedenheitsmaßen. Für den Bereich Gesundheit waren es die Variablen *Wollen*, *Prozessgerechtigkeit* (aus der Theorie der Referenzkognitionen) und *Berechtigung*. Im Bereich Familie fanden sich die drei stärksten Zusammenhänge mit Zufriedenheit für die Variablen *Berechtigung*, *Richtung sozialer Vergleiche* und *Prozessgerechtigkeit*.

Kein Zusammenhang mit der Zufriedenheit ließ sich für die Variable *Verbesserungswahrscheinlichkeit* nachweisen. Ebenfalls nur schwach ausgeprägt war der Zusammenhang von Vorstellungen über die *Prozessgerechtigkeit* mit Zufriedenheit im Bereich Freundschaften sowie der Zusammenhang der *Referenzsituation* mit Zufriedenheit im Bereich Gesundheit.

V.5.1.2 Korrelationen bei schizophrenen Akutpatienten

Die Höhe der Korrelationen, die Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Patienten sowie das Signifikanzniveau in der Stichprobe der AP sind in Tabelle V.5b dargestellt.

Bei AP fand sich ein ähnliches Bild wie bei den NPB: Die stärksten Zusammenhänge mit Zufriedenheit fanden sich für die Variablen *Wollen*, *Berechtigung*, *Prozessgerechtigkeit* und *Richtung sozialer Vergleiche*. Dabei zeigten sich wieder Unterschiede in den drei untersuchten Lebensbereichen: Für den Bereich Freundschaften fanden sich die höchsten Korrelationen (in absteigender Reihenfolge) für *Richtung sozialer Vergleiche*, *Prozessgerechtigkeit* und *Wollen*. Im Bereich Seelische Gesundheit waren es die Variablen *Wollen* sowie zwei verschiedene Parameter der *Richtung des sozialen Vergleichs*, die mit der Zufriedenheit im jeweiligen Bereich zusammenhängen. Im Bereich Familie korrelierten die Variablen *Prozessgerechtigkeit*, *Richtung sozialer Vergleiche*

Tab. V.5a: Korrelationen zwischen einzelnen Elementen der Theorie der relativen Deprivation, der Theorie der Referenzkognitionen, der Richtung sozialer Vergleiche sowie Zufriedenheitsmaßen bei NPB

Freundschaften	Wollen	Berechtigung	Referenzsituation	Verbess.wahrscheinlichkeit	Prozessgerechtigkeit	Richtung des sozialen Vergleichs
Zufriedenheit	-,31 68 .003	-,40 66 .001	-,30 68 .004	-,07 65 n.s.	-,16 67 n.s.	-,51 61 .001
Deprivationsindex	,34 68 .002	,44 66 .001	,30 68 .004	,07 65 n.s.	,17 67 n.s.	,52 61 .001
Gesundheit						
Zufriedenheit	-,47 70 .001	-,32 68 .002	-,17 69 .08	-,05 65 n.s.	-,33 69 .002	-,25 64 .008
Deprivationsindex	,49 70 .000	,35 68 .001	,23 69 .02	,04 65 n.s.	,37 69 .001	,34 64 .001
Familie						
Zufriedenheit	-,41 63 .001	-,44 60 .001	-,41 63 .001	,10 63 n.s.	-,45 62 .001	-,46 62 .001
Deprivationsindex	,41 64 .001	,50 61 .001	,39 64 .001	-,11 63 n.s.	,49 62 .001	,49 62 .001

Die Zellen zeigen an: oberste Zeile: Korr.koeffizient n. Kendalls-tau-b
mittlere Zeile: n
unterste Zeile: zweis. Sign.niveau (p < ...)

und *Berechtigung* am stärksten mit Zufriedenheit. In diesem Bereich waren die Korrelationskoeffizienten auch insgesamt am höchsten, die größte Stärke des Zusammenhangs betrug .63. Keine bzw. nur schwache Zusammenhänge fanden sich wiederum für die Variablen *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Referenzsituation*, beides Elemente der Theorie der Referenzkognitionen.

V.5.1.3 Korrelationen bei schizophrenen Langzeitpatienten

Die Höhe der Korrelationen, die Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Patienten sowie das Signifikanzniveau in der Stichprobe der LZP sind in Tabelle V.5c dargestellt.

Bei LZP zeigten sich im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen nur wenig korrelative Zusammenhänge zwischen den Elementen der einzelnen Theorien und Zufriedenheitsmaßen. Die wenigen vorhandenen statistisch signifikanten Zusammenhänge fanden sich im Bereich Freundschaften für die Variable *Berechtigung*. Im Bereich Seelische Gesundheit korrelierten die Variable *Prozessgerechtigkeit* und *Richtung des sozialen Vergleichs* mit Zufriedenheitsmaßen. Im Bereich Familie fanden sich statistisch signifikante korrelative Zusammenhänge ebenfalls für die *Richtung des sozialen Vergleichs* wenn sie über die Frage nach Mitpatienten erfasst wird sowie die Variablen *Prozessgerechtigkeit* und *Berechtigung*. Für die beiden letzteren galt dies jedoch nur für den Deprivationsindex, mit Zufriedenheit fand sich kein korrelativer Zusammenhang.

Tab. V.5b: Korrelationen zwischen einzelnen Elementen der Theorie der relativen Deprivation, der Theorie der Referenzkognitionen, der Richtung sozialer Vergleiche sowie Zufriedenheitsmaßen bei AP

Freundschaften	Wollen	Berechtigung	Referenzsituation	Verbess.-wahrsch.keit	Prozessgerechtigkeit	soz. Vgl. -offene Frage	soz. Vgl. -direkte Frage	soz. Vgl. - Frage nach Mitpat.
Zufriedenheit	-.29 74 .003	-.22 72 .03	-.16 74 .08	-.09 72 n.s.	-.37 74 .001	-.45 40 .001	-.30 42 .02	-.10 60 n.s.
Deprivationsindex	.38 74 .001	.25 72 .008	.19 74 .04	.17 72 n.s.	.43 74 .001	.40 40 .002	.22 42 .05	.14 60 .09
Seelische Gesundheit								
Zufriedenheit	-.24 74 .02	-.07 72 n.s.	-.04 73 n.s.	.14 72 n.s.	-.04 74 n.s.	-.22 49 .04	-.29 49 .008	-.26 69 .005
Deprivationsindex	.35 74 .001	.18 72 n.s.	.06 73 n.s.	-.12 72 n.s.	.22 74 .02	.27 49 .02	.32 49 .004	.34 69 .001
Familie								
Zufriedenheit	-.35 67 .001	-.41 66 .001	-.29 68 .004	.10 67 n.s.	-.53 67 .000	-.48 47 .001	-.36 34 .008	-.22 57 .03
Deprivationsindex	.47 67 .001	.47 66 .001	.37 68 .000	-.03 67 n.s.	.63 67 .000	.44 47 .001	.41 34 .003	.24 57 .02

Die Zellen zeigen an: oberste Zeile: Korr.koeffizient n. Kendalls-tau-b
mittlere Zeile: n
unterste Zeile: zweis. Sign.niveau (p<...)

Tab. V.5c: Korrelationen zwischen einzelnen Elementen der Theorie der relativen Deprivation, der Theorie der Referenzkognitionen, der Richtung sozialer Vergleiche sowie Zufriedenheitsmaßen bei LZP

Freundschaften	Wollen	Berechtigung	Referenzsituation	Verbess.-wahrsch.keit	Prozessgerechtigkeit	soz. Vgl. -offene Frage	soz. Vgl. -direkte Frage	soz. Vgl. - Frage nach Mitpat.
Zufriedenheit	-.03 72 n.s.	-.26 71 .01	-.13 69 n.s.	.17 65 n.s.	-.17 70 n.s.	-.11 27 n.s.	-.01 27 n.s.	-.02 63 n.s.
Deprivationsindex	.06 72 n.s.	.28 71 .006	.13 69 n.s.	-.18 65 .10	.20 70 .06	.15 27 n.s.	.04 27 n.s.	.00 63 n.s.
Seelische Gesundheit								
Zufriedenheit	-.18 66 .07	-.15 64 n.s.	-.19 62 .08	-.02 56 n.s.	-.34 64 .003	-.22 31 .08	-.26 28 .06	-.31 57 .004
Deprivationsindex	.19 66 .06	.18 64 .08	.23 62 .03	.05 56 n.s.	.32 64 .002	.21 31 .09	.23 31 .08	.34 57 .002
Familie								
Zufriedenheit	.04 66 n.s.	-.08 64 n.s.	.10 66 n.s.	.10 66 n.s.	-.16 67 n.s.	.13 30 n.s.	-.25 21 .10	-.34 59 .002
Deprivationsindex	.07 66 n.s.	.25 64 .02	.03 66 n.s.	.03 66 n.s.	.34 67 .001	-.15 30 n.s.	.25 21 .09	.31 59 .004

Die Zellen zeigen an: oberste Zeile: Korr.koeffizient n. Kendalls-tau-b
mittlere Zeile: n
unterste Zeile: zweis. Sign.niveau (p<...)

V.5.2 Ergebnisse der Auswertungen zu Hypothese IV (b)

IV (b) Die Vorbedingungen für Zufriedenheit aus den einzelnen Theorien können Varianz der Zufriedenheit aufklären.

Es wurden Regressionsanalysen mit Dummy Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse werden für die 3 Stichproben getrennt dargestellt. Da Regressionsanalysen ein hinreichend großes n voraussetzen, wurden bei der Auswertung der sozialen Vergleiche bei Schizophrenen nur die Frage nach dem Vergleich mit Mitpatienten verwendet, da lediglich bei dieser Frageform mindestens jeweils ca. 55 Datensätze mit verwertbaren Antworten zur Verfügung standen (s.a. die Auswertungen zu sozialen Vergleichen in Kap. V.4).

V.5.2.1 Varianzaufklärung bei Normalprobanden

Zunächst wurden einfache Regressionsanalysen für die Prädiktorvariablen *Wollen*, *Berechtigung*, *Referenzsituation*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit*, *Prozessgerechtigkeit* und *Richtung sozialer Vergleiche* durchgeführt. Nach den drei untersuchten Bereichen sortiert, zeigte sich im Bereich Familie, dass sämtliche Variablen signifikanten Einfluss auf Zufriedenheit bzw. den Deprivationsindex hatten. In den Bereichen Freundschaften und Gesundheit galt dies nur für einen Teil der Variablen. Einen Überblick gibt Tab. V.5d.

Tab. V.5d: Sinnvolle Prädiktorvariablen bei NPB für Zufriedenheit bzw. Deprivationsindex

Prädiktor \ Kriterium	Freundschaften		Gesundheit		Familie	
	Zufriedenheit	Deprivationsindex	Zufriedenheit	Deprivationsindex	Zufriedenheit	Deprivationsindex
Wollen	3	3	1	1	6	6
Berechtigung	2	2	2	3	4	4
Referenzsituation	4	4		(6)	5	5
Verbess.wahrsch.keit			(5)	(5)	3	3
Prozessgerechtigkeit	(5)	5	3	2	2	1
Sozialer Vergleich	1	1	4	4	1	2

Einfache Regressionsanalyse mit Dummy Variablen. Die Zahlen 1-6 geben an, dass eine Prädiktorvariablen sinnvoll ist ($p < .05$) und die absteigende Reihenfolge des adjustierten R-Quadrat. 1 steht für das höchste adjustierte R-Quadrat, 2 für das zweithöchste etc. Zahlen in Klammern geben an, dass das Signifikanzniveau $> .05$ und $< .25$ lag. Diese Variablen wurden explorativ ebenfalls in die schrittweise multiple Analyse eingefügt (s.u.). Detaillierte Daten finden sich in den Tab. V.5dA1-3 im Anhang.

Die sinnvollen Prädiktorvariablen (bzw. deren Dummy Variablen) wurden schrittweise in eine multiple Regressionsanalyse eingesetzt. Es zeigte sich, dass bei NPB bis zu 45,3% der Varianz der Kriteriumsvariable Zufriedenheit durch die Prädiktoren *sozialer Vergleich* und *Prozessgerechtigkeit* erklärt werden konnten (Bereich Familie) und bis zu 69,2% der Varianz des Deprivationsindex (ebenfalls Bereich Familie). Die Ergebnisse sind in Tab. V.5e dargestellt. Das Hinzufügen weiterer Variablen erbrachte keine zusätzliche Varianzaufklärung. Im Bereich Gesundheit konnte durch den Prädiktor *Wollen* 31,4% der Varianz der Zufriedenheit aufgeklärt werden, durch eine Kombination der Prädiktoren *Wollen*, *Prozessgerechtigkeit* und *sozialer Vergleich* 47,6% der Varianz des Deprivationsindex.

Tab. V.5e: Ergebnisse der stufenweisen multiplen Regressionsanalyse bei NPB

Bereich Freundschaften					
Kriteriumsvariable	Prädiktorvariablen*	R	R-Quadrat	adjust. R-Quadrat	F-change
Zufriedenheit	sozialer Vergleich + Berechtigung (n=61)	,608	,370	,349	.000
Deprivationsindex	Sozialer Vergleich + Berechtigung (n=61)	,680	,463	,414	.032
Bereich Gesundheit					
Zufriedenheit	Wollen (n=61)	,587	,345	,314	.000
Deprivationsindex	Wollen + Prozessgerechtigkeit + sozialer Vergleich (n=61)	,736	,542	,476	.004
Bereich Familie					
Zufriedenheit	sozialer Vergleich + Prozessgerechtigkeit (n=61)	,706	,498	,453	.006
Deprivationsindex	Prozessgerechtigkeit + sozialer Vergleich + Verbesserungswahrsch.keit (n=61)	,865	,749	,692	.006

*angegeben ist das Modell mit den Variablen, die die meiste Varianz der jeweiligen Kriteriumsvariablen erklären. Das Hinzufügen weiterer Variablen in die Gleichung erbrachte keine weitere Varianzaufklärung.

V.5.2.2 Varianzaufklärung bei schizophrenen Akutpatienten

In Tab. V.5f ist dargestellt, welche Prädiktorvariablen signifikanten Einfluss auf Zufriedenheit und den Deprivationsindex bei AP hatten. Es zeigten sich weitgehend ähnliche Befunde wie bei den NPB: Im Bereich Familie hatten nahezu alle Prädiktorvariablen bis auf die Verbesserungswahrscheinlichkeit signifikanten Einfluss auf die Kriteriumsvariablen.

Die sinnvollen Prädiktorvariablen (bzw. deren Dummy Variablen) wurden schrittweise in eine multiple Regressionsanalyse eingesetzt. Es zeigte sich, dass bei den schizophrenen Akutpatienten bis zu 35,6% der Varianz der Kriteriumsvariable Zufriedenheit durch den Prädiktor *Prozessgerechtigkeit* erklärt werden konnte (Bereich Familie) und bis zu 60,4% der Varianz des Deprivationsindex (ebenfalls Bereich Familie) durch die Variablen *Prozessgerechtigkeit* und *Referenzsituation*. Im Bereich Gesundheit war wiederum *Wollen* bzw. die Kombination von *Wollen* und *sozialen Vergleichen* an einer (wenn auch geringen) Varianzaufklärung von ca. 17% beteiligt. Die Ergebnisse sind in Tab. V.5g dargestellt. Das Hinzufügen weiterer Variablen erbrachte keine zusätzliche Varianzaufklärung.

V.5.2.3 Varianzaufklärung bei schizophrenen Langzeitpatienten

In Tab. V.5h ist dargestellt, welche Prädiktorvariablen signifikanten Einfluss auf Zufriedenheit und Deprivationsindex hatten. Bei den Langzeitpatienten zeigten im Bereich Seelische Gesundheit alle Prädiktorvariablen einen Einfluss auf Zufriedenheit bzw. den Deprivationsindex. In den Bereichen Freundschaften und Familie waren es weniger Prädiktorvariablen die in die nachfol-

Tab. V.5f: Sinnvolle Prädiktorvariablen bei AP für Zufriedenheit bzw. Deprivationsindex

Prädiktor \ Kriterium	Freundschaften		Seel. Gesundheit		Familie	
	Zufriedenheit	Deprivationsindex	Zufriedenheit	Deprivationsindex	Zufriedenheit	Deprivationsindex
Wollen	4	3	1	1	3	3
Berechtigung	2	4			2	2
Referenzsituation	(6)	(6)			4	4
Verbess.wahrsch.keit	(5)	(5)				
Prozessgerechtigkeit	1	1	(3)	2	1	1
Sozialer Vergleich	3	2	2	3	5	5

Einfache Regressionsanalyse mit Dummy Variablen. Die Zahlen 1-6 geben an, dass eine Prädiktorvariablen sinnvoll ist ($p < .05$) und die absteigende Reihenfolge des adjustierten R-Quadrat. 1 steht für das höchste adjustierte R-Quadrat, 2 für das zweithöchste etc. Zahlen in Klammern geben an, dass das Signifikanzniveau $> .05$ und $< .25$ lag. Diese Variablen wurden explorativ ebenfalls in die schrittweise multiple Analyse eingefügt (s.u.). Detaillierte Daten finden sich in den Tab. V.5dA1-3 im Anhang.

Tab. V.5g: Ergebnisse der stufenweisen multiplen Regressionsanalyse bei AP

Bereich Freundschaften					
Kriteriumsvariable	Prädiktorvariablen*	R	R-Quadrat	adjust. R-Quadrat	F-change/Signifikanz
Zufriedenheit	Prozessgerechtigkeit + Berechtigung (n=72)	,599	,359	,300	,025
Deprivationsindex	Sozialer Vergleich + Berechtigung (n=62)	,685	,470	,422	,046
Bereich Seelische Gesundheit					
Zufriedenheit	Wollen + sozialer Vergleich (n=69)	,481	,232	,171	,046
Deprivationsindex	Wollen (n=72)	,448	,201	,167	,001
Bereich Familie					
Zufriedenheit	Prozessgerechtigkeit (n=67)	,622	,387	,356	,000
Deprivationsindex	Prozessgerechtigkeit + Referenzsituation (n=67)	,800	,640	,604	,045

*angegeben ist das Modell mit den Variablen, die die meiste Varianz der jeweiligen Kriteriumsvariablen erklären. Das Einfügen weiterer Variablen in die Gleichung erbrachte keine weitere signifikante Veränderung in F.

Tab. V.5h: Sinnvolle Prädiktorvariablen bei L郑 für Zufriedenheit bzw. Deprivationsindex

Prädiktor \ Kriterium	Freundschaften		Seel. Gesundheit		Familie	
	Zufriedenheit	Deprivationsindex	Zufriedenheit	Deprivationsindex	Zufriedenheit	Deprivationsindex
Wollen			4	4		
Berechtigung	1	1	(6)	(6)	(4)	3
Referenzsituation	(3)	3	5	5		(4)
Verbess.wahrsch.keit	(2)	(4)	3	3	2	2
Prozessgerechtigkeit	(4)	2	2	2	1	1
Sozialer Vergleich			1	1	3	(5)

Einfache Regressionsanalyse mit Dummy Variablen. Die Zahlen 1-6 geben an, dass eine Prädiktorvariablen sinnvoll ist ($p < .05$) und die absteigende Reihenfolge des adjustierten R-Quadrat. 1 steht für das höchste adjustierte R-Quadrat, 2 für das zweithöchste etc. Zahlen in Klammern geben an, dass das Signifikanzniveau $> .05$ und $< .25$ lag. Diese Variablen wurden explorativ ebenfalls in die schrittweise multiple Analyse eingefügt (s.u.). Detaillierte Daten finden sich in den Tab. V.5dA1-3 im Anhang.

gende schrittweise Regression hineingenommen wurden.

Die sinnvollen Prädiktorvariablen (bzw. deren Dummy Variablen) wurden schrittweise in eine multiple Regressionsanalyse eingesetzt. Es zeigte sich, dass bei den schizophrenen Langzeitpatienten bis zu 48,7% der Varianz der Kriteriumsvariable Zufriedenheit durch die Prädiktoren *sozialer Vergleich* und *Prozessgerechtigkeit* erklärt werden konnte (Bereich Seelische Gesundheit) und bis zu 62,8% der Varianz des Deprivationsindex (Bereich Familie) durch die Kombination der Variablen *Prozessgerechtigkeit*, *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und *Berechtigung*. Die Ergebnisse sind in Tab. V.5i dargestellt. Das Hinzufügen weiterer Variablen erbrachte keine zusätzliche Varianzaufklärung.

Tab. V.5i: Ergebnisse der stufenweisen multiplen Regressionsanalyse bei LZP

Bereich Freundschaften					
Kriteriumsvariable	Prädiktorvariablen*	R	R-Quadrat	adjust. R-Quadrat	F-change/Signifikanz
Zufriedenheit	Berechtigung (n=69)	,412	,170	,132	.006
Deprivationsindex	Berechtigung (n=69)	,446	,199	,163	.002
Bereich Seelische Gesundheit					
Zufriedenheit	sozialer Vergleich + Prozessgerechtigkeit (n=57)	,730	,533	,487	.024
Deprivationsindex	sozialer Vergleich + Prozessgerechtigkeit (n=57)	,717	,514	,466	.034
Bereich Familie					
Zufriedenheit	Prozessgerechtigkeit + Verbess.wahrsch.keit (n=63)	,798	,638	,434	.001
Deprivationsindex	Prozessgerechtigkeit + Verbess.wahrsch.keit + Berechtigung (n=61)	,838	,702	,628	.041

*angegeben ist das Modell mit den Variablen, die die meiste Varianz der jeweiligen Kriteriumsvariablen erklären. Das Einfügen weiterer Variablen in die Gleichung erbrachte keine weitere signifikante Veränderung in F.

V.5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese IV

Es konnten in allen 3 Stichproben statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen für Zufriedenheit gemäß der untersuchten Theorien und Zufriedenheit selbst nachgewiesen werden. Die Höhe der Zusammenhänge variierte in Abhängigkeit von untersuchter Stichprobe und untersuchtem Lebensbereich. Konstant **keine** Zusammenhänge ließen sich für das Element *Verbesserungswahrscheinlichkeit* aus der Theorie der Referenzkognitionen nachweisen. Generell nur schwache Zusammenhänge fanden sich für das Element *Referenzsituation*, ebenfalls aus der Theorie der Referenzkognitionen stammend. Starke Zusammenhänge mit Zufriedenheit fanden sich für *Wollen*, *Berechtigung*, *soziale Vergleiche* und *Prozessgerechtigkeit*. Betrachtet man die aufgeklärte Varianz der Zufriedenheit, bestätigt sich, dass im Wesentlichen 3 Faktoren Einfluss hatten: Soziale Vergleiche, Wünsche und Vorstellungen über Berechtigung bzw. Gerechtigkeit. Durch eine Kombination einzelner Elemente aus unterschiedlichen Theorien ließ sich ein größerer Teil der Varianz der Zufriedenheit aufklären als durch sämtliche Elemente eine einzelnen Theorie.

VI. DISKUSSION

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung war die häufig als „kontraintuitiv“ bezeichnete hohe Lebensqualität langzeithospitalisierter schizophrener Patienten trotz ungünstiger Lebensbedingungen. Da die Zufriedenheit dieser Population mit der Dauer der Hospitalisierung zunimmt, liegt es nahe eine Anpassungsleistung der Patienten zu vermuten, bei der durch intrapsychische Mechanismen subjektive Lebensqualität auf ein höheres Niveau reguliert wird.

Aus der Sozialpsychologie sind mehrere Theorien bekannt, die Aussagen darüber treffen, wie es zu Zufriedenheit trotz ungünstiger äußerer Umstände kommen kann. In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, ob sich diese sozialpsychologischen Theorien – die Theorie der relativen Deprivation, der Referenzkognitionen und die Theorie sozialer Vergleichsprozesse – auf die Situation der zufriedenen schizophrenen Langzeitpatienten anwenden lassen.

Da Untersuchungen zu den genannten Theorien bisher ausschließlich für die Normalbevölkerung bzw. für körperlich erkrankte Personen – bis auf wenige Ausnahmen allesamt im englischsprachigen Raum – existieren, wurde in der vorliegenden Untersuchung zunächst überprüft, ob sich die für die jeweiligen Theorien publizierten Zusammenhänge in Stichproben psychisch gesunder Normalprobanden und schizophrener Patienten replizieren lassen. Dann wurde untersucht, ob sich als Hinweis für Anpassungsprozesse bei schizophrenen Langzeitpatienten Gruppenunterschiede zu erst kurzfristig hospitalisierten schizophrenen Patienten bzw. Zusammenhänge zwischen den Komponenten der genannten Theorien und der Hospitalisierungsdauer der Langzeitpatienten finden lassen. Schließlich wurde überprüft, wie groß der Zusammenhang einzelner Elemente der drei Theorien mit der Zufriedenheit der schizophrenen Langzeitpatienten ist und welcher Anteil der Zufriedenheit durch diese Theorien erklärt werden kann.

Es konnte bestätigt werden, dass sich die Zufriedenheit schizophrener Langzeitpatienten trotz objektiv schlechter Umstände nicht von der Zufriedenheit der Normalbevölkerung unterscheidet und beide Gruppen deutlich zufriedener sind als erst kurzfristig hospitalisierte schizophrene Patienten.

Bei der Überprüfung der drei Theorien zeigte sich, dass sich die **Theorie der relativen Deprivation** in den Gruppen der Normalprobanden und der Akutpatienten ohne Einschränkungen replizieren ließ. In der Gruppe der Langzeitpatienten ließen sich die Befunde jedoch nur teilweise wiederfinden, die Hypothese einer Replizierbarkeit der Theorie bei Langzeitpatienten musste verworfen werden. Die Aussagen der **Theorie der Referenzkognitionen** konnten in der vorliegenden Untersuchung für keine der drei untersuchten Gruppen bestätigt werden. Die **Theorie sozialer Vergleiche** konnte dagegen für alle drei Gruppen bestätigt werden. Eine Kombination verschiedener Elemente der drei Theorien konnte bis zu 69% der Varianz einer reichspezifischen Zufriedenheit erklären.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse anhand der einzelnen Hypothesen diskutiert werden.

VI.1 Die Theorie der relativen Deprivation

VI.1.1 Hypothese I(a) zur Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation bei Normalprobanden

Hypothese I (a) konnte angenommen werden: Die nach der Theorie der relativen Deprivation bestehenden Zusammenhänge ließen sich bei Normalprobanden replizieren, indem die von Crosby (1982; Crosby et al.

1986) publizierten Untersuchungen nachvollzogen wurden. Die Gruppe, in der die beiden Voraussetzungen *Wollen* und *Berechtigung* gegeben waren, war signifikant unzufriedener als der Rest der Stichprobe. In der Gruppe mit den niedrigsten Zufriedenheitswerten war die Ausprägung der beiden Faktoren *Wollen* und *Berechtigung* signifikant höher als in der Gruppe mit der höchsten Zufriedenheit. Hierzu ist einschränkend Folgendes anzumerken: Aufgrund der schiefen Verteilung der Variablen musste für die Aufteilung der Stichprobe in Extremgruppen als Kriterium nicht nur die Ausprägung der Zufriedenheitswerte (Vergleich der Zufriedensten mit den Unzufriedensten) berücksichtigt werden, sondern auch die resultierende Gruppengröße (vgl. Kapitel IV.2.2.4). So wurden z.B. Patienten in die Gruppe der Unzufriedensten im Bereich *Freundschaften* eingeteilt, wenn sie als Antwort auf der Skala Werte von 1 („sehr unzufrieden“) bis 4 („weder zufrieden noch unzufrieden“) angegeben hatten, im Bereich *Gesundheit* dagegen nur wenn sie Antworten der Werte 1 („sehr unzufrieden“) und 2 („ziemlich unzufrieden“) angegeben hatten. Dadurch konnte gewährleistet werden, dass die Extremgruppen auch tatsächlich diejenigen Probanden beinhalteten, die im jeweils untersuchten Bereich die höchsten bzw. niedrigsten Zufriedenheitsurteile abgegeben hatten. Durch dieses Verfahren unterschieden sich die drei Stichproben hinsichtlich der Ausprägungen (Mittelwerte) ihrer unabhängigen Variablen. Eine exakte Vergleichbarkeit der Stichproben untereinander war somit nicht gegeben, dies entsprach jedoch auch nicht der Fragestellung der vorliegenden Untersuchung.

Auch in der dritten Untersuchung zur Überprüfung der Hypothese I (a) fanden sich bis auf eine Ausnahme die erwarteten Gruppenunterschiede. Lediglich für den Faktor *Wollen* im Bereich *Gesundheit* erreichten Mittelwertsunterschiede keine statistische Signifikanz. Aufgrund extrem unterschiedlicher Gruppengrößen ($n=3$ vs. $n=67$) scheint in diesem Bereich eine statistisch sinnvolle Aussage jedoch nur mit Einschränkungen möglich.

Ergänzend wurde eine Varianzanalyse durchgeführt. Aufgrund der Verteilung der hier erhobenen Variablen sowie der kleineren Stichprobengröße im Vergleich mit der Originalarbeit konnte dieser Ansatz, mit dem Crosby und Mitarbeiter (1986) die Folgerichtigkeit („consistency“) ihres Modells prüften, nicht exakt nachvollzogen werden. Die Ergebnisse der durchgeführten Varianzanalyse, die aufgrund der fehlenden Voraussetzungen nur als ergänzende Hinweise gewertet wurden, zeigten zumindest eine teilweise Übereinstimmung mit den Befunden von Crosby und Kollegen. Größere Stichproben konnten im Rahmen dieser Dissertation auch in den Gruppen der schizophrenen Akut- und Langzeitpatienten nicht rekrutiert werden. Weitere Untersuchungen an einem größeren Kollektiv sind zur Überprüfung der erhobenen Daten insbesondere für die schizophrenen Patienten (s.u.) wünschenswert. Wie weiter unten ausgeführt werden wird, zeigten sich in Bereichen, in denen Ergebnisse nicht signifikant wurden oft statistische Trends oder zumindest deskriptiv Unterschiede in der erwarteten Richtung. Hier lässt sich vermuten, dass bei entsprechend größeren Stichproben statistische Signifikanz erreicht werden könnte.

Insgesamt konnte jedoch bestätigt werden, dass *Wollen* und *Berechtigung* als Voraussetzung für Zufriedenheit bei Normalprobanden nachzuweisen waren. Die Theorie der relativen Deprivation konnte in dieser deutschsprachigen Operationalisierung an psychisch Gesunden repliziert werden.

VI.1.2 Hypothese I(b) zur Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation bei schizophrenen Akutpatienten

Die Zusammenhänge des 2-Faktor-Modells zu relativer Deprivation konnten in der Stichprobe der erst kurzfristig hospitalisierten schizophrenen Patienten ebenfalls nachgewiesen werden. Insgesamt fanden sich jedoch weniger konsistente Ergebnisse als in der Gruppe der Normalprobanden: Im Bereich Familie konnten die von der Theorie der relativen Deprivation postulierten Zusammenhänge komplett repliziert werden. Im Bereich Freundschaften zeigten sich in zwei der drei Untersuchungen die erwarteten Ergebnisse, nicht jedoch bei der Auswertung der Extremwertgruppen. Im Bereich Seelische Gesundheit fielen die Ergebnisse noch uneindeutiger aus: teilweise unterschieden sich die Gruppen nicht einmal auf der Ebene der einzelnen Vergleiche signifikant voneinander. Deskriptiv stellten sich die Gruppenunterschiede in sämtlichen Untersuchungen jedoch auch bei den nicht-signifikanten Ergebnissen in der erwarteten Richtung dar.

Die unerwarteten Befunde im Bereich Seelische Gesundheit könnten unter anderem dadurch zu erklären sein, dass sowohl der Wunsch nach Besserung als auch das Gefühl der Berechtigung zu besserer Gesundheit in diesem Bereich im Vergleich zu den Bereichen Freundschaften und Familie sehr stark ausgeprägt waren (vgl. die Abbildungen V.2c und V.2d in Kapitel V.2.4 bzw. Tabelle V.2nA im Anhang) und die Werte eher wenig Varianz zeigen. Dies lässt sich leicht durch die Situation, in der sich diese Population befindet erklären: wegen einer akuten Erkrankung bzw. eines akuten Schubes sind diese Menschen hospitalisiert, ihre Gesundheit befindet sich in einem denkbar schlechten Zustand. Somit konnten sich auch die Patienten in den Untergruppen bei einzelnen Untersuchungen kaum voneinander unterscheiden.

Alternativ wäre auch denkbar, dass für schizophrene Patienten im Bereich der Gesundheit der Einfluss von Wünschen bzw. Vorstellungen des Verdient-habens auf Gesundheitsurteile geringer ist als beispielsweise soziale Vergleiche. Die Untersuchungen zu Hypothese IV (s.u.) stützten diese Annahme: insbesondere für den Faktor *Berechtigung* zeigten sich nur schwache Zusammenhänge mit Zufriedenheitsmaßen. Hier schienen soziale Vergleiche eine wichtigere Rolle zu spielen.

Auch für die erst kurzfristig hospitalisierten schizophrenen Patienten konnte somit gezeigt werden, dass bei ihnen die Theorie der relativen Deprivation grundsätzlich replizierbar ist. Wollen und Berechtigung haben einen Einfluss auf Zufriedenheit, der jedoch bereichsspezifisch unterschiedliche Ausprägung besitzt.

VI.1.3 Hypothese I(c) zur Replizierbarkeit der Theorie der relativen Deprivation bei schizophrenen Langzeitpatienten

Bei schizophrenen Langzeitpatienten konnte die Hypothese einer Replizierbarkeit der Zusammenhänge, wie sie die Theorie der relativen Deprivation postuliert, nicht angenommen werden. Zwar stellten sich die Ergebnisse allesamt in der erwarteten Richtung dar. Signifikante Unterschiede fanden sich in den Auswertungen jedoch nur vereinzelt, teilweise für Zufriedenheit als abhängige Variable und nicht für den Deprivationsindex (einer Variable, die das Ausmaß an Verärgerung, Verstimmung und Unzufriedenheit abbildet), teilweise umgekehrt. Lediglich im Extremwertgruppen-Ansatz für den Faktor *Berechtigung* in den Bereichen Freundschaften und Familie fanden sich signifikante Unterschiede.

Dies könnte darauf hinweisen, dass die Theorie in der Gruppe der Langzeitpatienten keine Gültigkeit besitzt, beispielsweise weil die Zusammenhänge zwischen den Vorbedingungen (z.B. *Berechtigung*) und Zufriedenheit ein Maß an Abstraktionsfähigkeit voraussetzen, das bei dieser Population nicht gegeben ist. Eine

weitere Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass die Formulierung der Fragen das Abstraktionsvermögen der Patienten überforderten, die Patienten jedoch nicht zugeben wollten, dass die Fragen sie überforderten. Die Antworten könnten somit einen willkürlichen Charakter haben. Bekanntermaßen stellen die chronisch schizophrenen Patienten eine kognitiv teilweise schwer gestörte Population dar (vgl. Kapitel II.2.2). Franz et al. (1996) konnten beispielsweise zeigen, dass schon allein eine paper-pencil-Form der Erfassung der bereichsspezifischen Zufriedenheit bei schizophrenen Patienten eine Überforderung darstellen kann. Durch die Entwicklung eines Interviews, in welchem zu so abstrakten Lebensbereichen wie beispielsweise „Erfolg und Anerkennung durch Andere“ bei Bedarf konkrete „Übersetzungen“ in eine einfache Sprache angeboten werden, konnte die drop-out-Rate bei der Erfassung von Lebensqualität von 30% auf 10% gesenkt werden (Franz et al. 1996). Es könnte daher vermutet werden, dass auch in der vorliegenden Arbeit eine Formulierung wie beispielsweise „Haben Sie das Gefühl, dass sie eine bessere Seelische Gesundheit verdient hätten?“ eine Überforderung darstellte, auch wenn die Patienten vor dem Interview explizit darum gebeten worden waren, nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden hätten. Gerade für die Fragen nach Gefühlen des *Be-rechtigt-seins* gab es standardisierte Erklärungsmöglichkeiten zur Verfügung. Diese wurden jedoch bei keinem einzigen Interview angefordert, d.h. kein Patient hatte nachgefragt, was es denn mit dieser Frage auf sich hätte. Die in der vorliegenden Untersuchung zur Abschätzung der Psychopathologie eingesetzte PANSS enthält ein Item „erschwertes abstraktes Denkvermögen“. Beim Vergleich der Werte der Langzeitpatienten (im Mittel 4,03 auf einer 7-stufigen Skala) mit denen der Akutpatienten (1,78) zeigten sich signifikante Unterschiede ($p < .001$; $t = 9,91$; $df = 146$).

VI.1.4 Hypothese I (d) zu Unterschieden zwischen den drei Gruppen

Hypothesenkonform fanden sich im Bereich Seelische Gesundheit signifikante Unterschiede zwischen akut und langfristig hospitalisierten Schizophrenen für alle untersuchten Komponenten, in den anderen Bereichen ließen sich die nicht signifikanten Unterschiede durchgehend deskriptiv in der erwarteten Richtung nachweisen. Die Unterschiede zwischen Normalprobanden und den schizophrenen Patienten wurden ebenfalls durchgehend signifikant. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass mit der Theorie der relativen Deprivation in der vorliegenden Operationalisierung des 2-Faktor-Modells von Crosby (1982) die hohe Zufriedenheit chronisch schizophrener Langzeitpatienten erklärt werden könnte: Im Lauf einer Hospitalisierung nimmt die Ausprägung der Vorbedingungen für Unzufriedenheit ab und die Zufriedenheit steigt.

Betrachtet man die absoluten Werte der Zufriedenheit und des Deprivationsindex, fanden sich in allen drei Stichproben die stärksten Verbesserungswünsche im Bereich (Seelische) Gesundheit. Bei erst kurzzeitig hospitalisierten Schizophrenen lag der Mittelwert mit 3,53 am oberen Ende der Skala (die von 1=„überhaupt kein“ Verbesserungswunsch bis 4=„sehr starker“ Verbesserungswunsch reichte), bei Langzeitpatienten und Normalprobanden immerhin noch über der Skalenmitte bzw. im oberen Viertel. Auch bei „Freundschaften“ und „Familie“ gaben Langzeitpatienten Werte für *Wollen* an, die über der Skalenmitte liegen. Die Vermutung einer allgemeinen Resignation, wie sie von anderen Autoren als Grund für die hohen Zufriedenheitswerte dieser Population vermutet wird (Albrecht et al. 1997), lässt sich aus diesen Daten nicht unterstützen, wird jedoch durch Ergebnisse aus Untersuchungen zur Theorie der Referenzkognitionen (s.u.) teilweise bestätigt und dort diskutiert.

VI.1.5 Hypothese I (e) zum Zusammenhang relativer Deprivation mit der Hospitalisierungsdauer bei Langzeitpatienten

Einen weiteren Ansatz zur Überprüfung der Anwendbarkeit der Theorie der relativen Deprivation stellte die Untersuchung auf korrelative Zusammenhänge zwischen Komponenten der Theorie relativer Deprivation und der Hospitalisierungsdauer bei Langzeitpatienten dar. Für diese Hypothese fanden sich in den erhobenen Daten jedoch keine Bestätigung: Eine Abnahme der Wünsche oder des Gefühls eines zu-Besserem-berechtigt-seins im Lauf einer Hospitalisierung konnte nicht nachgewiesen werden. Eine Zunahme der Zufriedenheit mit der Hospitalisierungsdauer konnte in den Bereichen Freundschaften und Seelische Gesundheit festgestellt werden²⁴.

Im Bereich Familie zeigte die Zufriedenheit keinen Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Einrichtungen. Somit war für diesen Bereich auch keine Veränderung in den **Vorbedingungen** für Zufriedenheit zu erwarten. Dass auch in den beiden anderen Bereichen keine Zusammenhänge nachzuweisen waren, könnte u.a. an der Variablenverteilung liegen. Diese war zum Einen wie oben erwähnt schief (für die Zufriedenheitsvariablen zeigt sich eine rechtsschiefe Verteilung, d.h. es werden eher Werte im Bereich Zufriedenheit angegeben als im Bereich Unzufriedenheit. Für die Faktoren *Wollen* und *Berechtigung* fanden sich linksschiefe Verteilungen hin zu niedrigen Ausprägungen der jeweiligen Variable).

Die explorative Auswertung der Daten zeigte nebenbefundlich, dass eher das Alter als die Hospitalisierungsdauer einen Einfluss auf die untersuchten Variablen hat (vgl. Tab. V.2oA im Anhang): In allen drei untersuchten Lebensbereichen konnte ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Zufriedenheit und dem Alter nachgewiesen werden: Ältere Patienten waren zufriedener als jüngere. Auch das Maß in dem Patienten sich eine bessere Situation bzgl. ihrer Freundschaften und ihrer Seelischen Gesundheit wünschten, schien mit zunehmendem Alter abzunehmen. Ebenso wurde das Gefühl des zu-Besserem-berechtigt-seins in den Bereichen Freundschaften und Familie mit zunehmendem Alter geringer. Zum Einfluss des Alters auf Zufriedenheit gibt es unterschiedliche Aussagen (vgl. Mayring 1991), generell scheint die allgemeine Zufriedenheit im Alter zuzunehmen, speziell im Bereich Gesundheit eher abzunehmen. Nach Auspartialisieren der Variable „Alter“ ließen sich diese korrelativen Zusammenhänge zwischen Hospitalisierungsdauer und Zufriedenheit nicht mehr nachweisen.

Zusammenfassend waren die Zusammenhänge zwischen den von der Theorie der relativen Deprivation postulierten Vorbedingungen für Zufriedenheit und Zufriedenheit selbst in den Gruppen der Normalprobanden und der kurzzeitig hospitalisierten schizophrenen Patienten deutlich und in der Gruppe der Langzeitpatienten ansatzweise nachweisbar. Innerhalb der Gruppe der Langzeitpatienten konnten keine Veränderungen einzelner Komponenten der Theorie in Zusammenhang mit der Hospitalisierungsdauer gefunden werden. Unterschiede in der Höhe der Zufriedenheit sowie deren Vorbedingungen zwischen kurz und lange hospitalisierten Patienten können jedoch als Hinweise auf tatsächlich vorhandene Anpassungsvorgänge interpretiert werden. So war die Zufriedenheit bei Langzeitpatienten höher als bei Akutpatienten und die Ausprägung eines Wunsches nach Besserung der persönlichen Situation sowie das Gefühl eines zu-Besserem-berechtigt-

²⁴ Dies widerspricht auf den ersten Blick dem im Methodenteil beschriebenen Auswahlkriterium für den Bereich Seelische Gesundheit: Ursprünglich sollte mit „Seelische Gesundheit“ ein Bereich gewählt werden, der nur geringer Anpassung unterliegt. Tatsächlich wurden mit der MLDL-GI auch niedrige Zufriedenheitswerte für das Item „Umgang mit der Krankheit“ bei LZP gemessen (Franz, mdl. Mitteilung), was als nur geringe Anpassung interpretiert worden war. Eine Korrelation mit der Aufenthaltsdauer für die Zufriedenheit mit dem Bereich Seelische Gesundheit ist bisher jedoch noch nicht festgestellt worden, da dieser Lebensbereich so in der MLDL-GI nicht erfasst wird. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um das Verhalten dieses Items zu klären.

Seins war bei Langzeitpatienten deutlich geringer als bei Akutpatienten. Ein gewisses „Erklärungspotential“ der Theorie der relativen Deprivation für die Bewertung hoher Zufriedenheit bei schizophrenen Langzeitpatienten ist somit ganz nicht auszuschließen, war in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht sicher nachzuweisen.

VI.2 Die Theorie der Referenzkognitionen

VI.2.1 Hypothese II (a) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei Normalprobanden

Die Theorie der Referenzkognitionen nennt als Voraussetzung für die Entstehung von Unzufriedenheit das Vorhandensein einer guten Referenzsituation, eine niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit sowie eine niedrige Prozessgerechtigkeit. Damit Unzufriedenheit entstehen kann, muss sich jemand eine bessere Alternative zur aktuellen Situation vorstellen können, es muss unwahrscheinlich sein, dass sich die aktuelle Situation bessert und Ungerechtigkeit muss an der Entstehung des aktuellen Zustandes beteiligt sein. Die postulierten Zusammenhänge dieser Theorie konnten bei Normalprobanden nicht repliziert werden. Zwar zeigte sich, dass Zufriedenheit geringer und die Werte im Deprivationsindex höher sind, wenn eine bessere Alternative zur aktuellen Situation vorstellbar ist (*gute Referenzsituation* – statistisch signifikant in den Bereichen Freundschaften und Familie, nicht im Bereich Gesundheit). Bei der Überprüfung der Komponente *Verbesserungswahrscheinlichkeit* dagegen schien die Möglichkeit, dass die aktuelle Situation sich in Zukunft bessert entgegen den Erwartungen eher mit niedriger Zufriedenheit bzw. höheren Werten im Deprivationsindex einher zu gehen! Betrachtet man die Diskussion in der Literatur zum Einfluss von Erwartungen an die Zukunft auf Zufriedenheitsurteile, stellt man fest, dass hier generell Unklarheit herrscht, welche Rolle zukünftige Erwartungen spielen: Von verschiedenen Autoren (z.B. Runciman 1966, Crosby 1976) wird die Möglichkeit, eine Sache X in Zukunft erreichen zu können, als Voraussetzung für Unzufriedenheit angesehen, von anderen (z.B. Gurr 1970) dagegen deren Unmöglichkeit. Unklar erscheint auch, welche Rolle es spielt, ob die erwartete Veränderung innerhalb eines kurzen Zeitraumes eintreten wird oder erst zu einem späteren Zeitpunkt. Möglicherweise könnte die Zufriedenheit bei bald erwarteter Besserung höher sein als wenn die Besserung erst in einem Zeitraum von mehreren Jahren erwartet wird. Bei der Überprüfung des gemeinsamen Einflusses der Komponenten *Referenzsituation* und *Verbesserungswahrscheinlichkeit* auf Zufriedenheit, zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung zunächst ein Problem mit der Zellbesetzung: Nur sehr wenige Probanden gaben an, dass sie eine Verbesserung in der Zukunft erwarten (*hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit*) ohne dass sie sich vorstellen können, dass ihre aktuelle Situation auch besser sein könnte (*schlechte Referenzsituation*), eine zugegebenermaßen auch nur schwer vorstellbare Kombination. Die Zellbesetzungen lagen hier in allen drei untersuchten Lebensbereichen bei $n < 5$, so dass keine statistisch reliablen Aussagen getroffen werden konnten. Die Aussagen die statistisch belegbar waren, stimmten nur teilweise mit denen der Originalliteratur überein, teilweise fanden sich auch gegenteilige Ergebnisse. Analoges galt für die Überprüfung eines gemeinsamen Einflusses von *Referenzsituation* und *Prozessgerechtigkeit*. Betrachtet man die ergänzend durchgeführten Untersuchungen zum isolierten Einfluss des Elements *Prozessgerechtigkeit*, fanden sich hier Ergebnisse, die die Hypothese II (a) unterstützen: Vorstellungen über die Ungerechtigkeit der aktuellen Situation gehen überzufällig häufig mit niedrigerer Zufriedenheit einher.

Insgesamt musste die Hypothese II (a) zur Replizierbarkeit der Zusammenhänge der Theorie der Referenzkognitionen bei Normalprobanden abgelehnt werden. Folgende Erklärungen könnten in Betracht gezogen werden:

Ein kritischer Punkt könnte in der unterschiedlichen Methodik dieser Arbeit im Vergleich zu den experimentellen Untersuchungen, mittels derer die Theorie ursprünglich überprüft worden war, liegen. In der Literatur finden sich nur Studien vor, in denen die einzelnen Faktoren der Theorie experimentell variiert wurden, indem den Probanden unterschiedliche Hintergrundinformationen einer Geschichte gegeben wurden. Es wurde m.W. keine Untersuchung publiziert, in der versucht wurde, die Ausprägung der einzelnen Komponenten der Theorie nicht nur in fiktiven Geschichten sondern „im richtigen Leben“ zu erfassen und zu quantifizieren. Da es keine Vorlagen in der Originalliteratur zur Erfassung dieser Komponenten im Rahmen eines Interviews gibt, wurden die entsprechenden Fragen vom Autor dieser Dissertation selbst formuliert. Hier könnte die Operationalisierung misslungen sein, möglicherweise bilden diese Fragen die einzelnen Elemente der Referenzkognitions-Theorie nicht adäquat ab.

Zum anderen könnte es auch sein, dass sich die einzelnen Faktoren (wie z.B. die Vorstellbarkeit einer besseren Alternative zur aktuell bestehenden Situation) nicht auf einer für die Zufriedenheit relevanten oder für die Erfassung durch die Fragen nötigen kognitiven Ebene befanden. In den in der Originalliteratur vorgestellten Experimenten wurden die Versuchspersonen dahingehend manipuliert, dass sie nach Durchlesen einer Geschichte bzw. Durchlaufen der Versuchsanordnung eine gute Referenzsituation verinnerlicht haben sollten. Ob sie das Vorhandensein einer solchen Referenzsituation aber auch verbalisieren können, wurde nicht untersucht. Möglicherweise lässt sich die Theorie der Referenzkognitionen also überhaupt nicht über ein Interview erfassen, auch hierzu gibt es m.W. keine Literatur.

Die Formulierung zur Erfassung der Referenzsituation in der vorliegenden Arbeit („Können Sie sich vorstellen, dass ihre Gesundheit unter anderen Umständen auch besser sein könnte?“) erfasste nur positive vorstellbare Alternativen zur aktuellen Lage. Prinzipiell denkbar wäre aber auch, dass sich die Patienten nicht nur eine gute Alternative sondern auch eine schlechte Alternative vorstellen können. Beide Vorstellungen können auch zeitgleich bei einer Person vorhanden sein. Diese Konstellation lässt sich im Rahmen eines Experiments weitgehend vermeiden, im täglichen Leben jedoch nicht. Möglicherweise ist hier eine Übertragbarkeit der Theorie aus dem Labor heraus auf ein „natürliches“ setting im Rahmen von Feldforschung nur beschränkt möglich und bedarf weiterer Untersuchungen.

VI.2.2 Die Hypothesen II (b) bis (e) zur Replizierbarkeit der Theorie der Referenzkognitionen bei schizophrenen Patienten, Gruppenunterschieden und Veränderungen im Lauf einer Hospitalisierung

Nachdem die Überprüfung der Hypothese II (a) ergeben hatte, dass sich die Theorie der Referenzkognitionen in der vorliegenden Operationalisierung bei Normalprobanden nicht replizieren ließ, konnte davon ausgegangen werden, dass dies auch für die schizophrenen Patienten nicht möglich sein würde. Da die Studienlage zur empirischen Überprüfung der Theorie der Referenzkognitionen eher spärlich ist, wurden die erhobenen Daten in einem explorativen Sinn trotzdem ausgewertet. Die Ergebnisse sollen nun zusammenfassend diskutiert werden.

Es bestätigten sich zunächst die Erwartungen (und die bereits aus der Überprüfung der Hypothese I zur Theorie der relativen Deprivation erhobenen Befunde): Die bei Normalprobanden bestehenden Zusammen-

hänge fanden sich bei kurzzeitig hospitalisierten schizophrenen Patienten in abgeschwächter Form wieder, bei Langzeitpatienten zeigten die Ergebnisse deskriptiv in die erwartete Richtung, teilweise auch rudimentär signifikant. Ursächlich könnte hier aufgrund der ähnlichen Erhebungsmethodik neben der möglicherweise misslungenen Operationalisierung der Theorie (s.o.) eine Erklärung analog zur oben (Kapitel VI.1.3) beschriebenen vermutet werden: Bei schizophrenen Langzeitpatienten handelt es sich um eine kognitiv teils schwerst gestörte Gruppe, der möglicherweise die Abstraktionsfähigkeit fehlt, sich zu Vorstellungen über die Gerechtigkeit ihrer aktuellen Situation zu äußern. Auch könnte die Vorstellbarkeit von Alternativen zum momentanen Zustand – sowohl Alternativen zur aktuellen Situation (*Referenzsituation*) als auch Alternativen für die Zukunft (*Verbesserungswahrscheinlichkeit*) – in den drei untersuchten Bereichen aufgrund des settings der Langzeitpatienten (lang dauernde Hospitalisierung mit Reduktion des sozialen Netzwerks, wenig stimulierende Umgebung, chronische Erkrankung ohne wesentlich Veränderung der Symptome, etc.) reduziert sein. Zwar unterschieden sich die Antworten der Langzeitpatienten zum Ausmaß der Vorstellbarkeit von Alternativen in ihrer Höhe nicht wesentlich von denen der Normalprobanden (s. dazu die Abbildungen V.3aA und V.3bA im Anhang). Jedoch könnte die Genauigkeit, mit der sie gegeben werden, angezweifelt werden, wenn man ein gewisses Maß an Abstraktionsfähigkeit als Voraussetzung für valide Antworten postuliert. Entsprechend der fehlenden Replizierbarkeit der Theorie in den drei Stichproben ließen sich auch weder die erwarteten Unterschiede zwischen den Stichproben nachweisen, noch zeigten sich bei Langzeitpatienten Zusammenhänge zwischen einzelnen Komponenten der Theorie und der Hospitalisierungsdauer.

Das kritische Element, an dem die Replikation der Ergebnisse von Folger et al. (1983a, b, c) vor allem scheiterte, war die *Verbesserungswahrscheinlichkeit*. Den vorliegenden Ergebnissen nach schien eher das Gefühl, dass sich eine Situation nicht bessert mit Zufriedenheit einher zu gehen als die Aussicht auf Verbesserung. Vergleicht man die Stichproben miteinander, finden sich in allen drei Bereichen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen kurz und langfristig hospitalisierten Patienten: Schizophrene Akutpatienten halten eine Verbesserung der aktuellen Situation für wahrscheinlicher als Langzeitpatienten. Dieser Befund leuchtet zwar schon allein aufgrund der Lebensumstände der Langzeitpatienten (jahrelange Isolation durch Hospitalisierung, chronifizierter Krankheitsverlauf, etc.) unmittelbar ein. Gemäß der Theorie der Referenzkognitionen müssten dieses Element bei hoher Zufriedenheit jedoch höher ausgeprägt sein als bei niedriger Zufriedenheit. Betrachtet man die absoluten Werte, so findet man bei Langzeitpatienten zwar niedrigere Werte als bei Akutpatienten, der Mittelwert befindet sich jedoch noch über dem Skalenmittel von 4 (Abbildung V.3bA im Anhang), was bedeutet, dass die Langzeitpatienten trotz ihrer Situation noch immer davon ausgehen, dass sich etwas bessern könnte. Auch die Zusammenhänge zwischen *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und Hospitalisierungsdauer bei Langzeitpatienten schienen plausibel, stimmten mit den Postulaten der Theorie jedoch nicht überein: Zwar werden die Korrelationen statistisch nicht signifikant, befinden sich aber in den Bereichen Freundschaften und Seelische Gesundheit im negativen Bereich, d.h. mit zunehmender Hospitalisierungsdauer wird die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung geringer beurteilt – ein Befund, dem eine realistische Einschätzung zugrunde zu liegen scheint.

Zusammenfassend lässt sich zur Theorie der Referenzkognitionen folgendes sagen: In der vorliegenden Operationalisierung konnten die postulierten Zusammenhänge zwischen den drei Elementen der Theorie und Zufriedenheit in keiner der untersuchten Stichproben repliziert werden. Zwar schienen einzelne Faktoren

wie die Vorstellbarkeit einer besseren Alternative und Vorstellungen über Gerechtigkeit Einfluss auf Zufriedenheitsurteile zu haben, speziell der postulierte Einfluss der *Verbesserungswahrscheinlichkeit* konnte in den vorliegenden Daten nicht repliziert werden.

Die vorliegenden Ergebnisse – auch in Verbindung mit den oben beschriebenen Befunden zur Theorie der relativen Deprivation – könnten auch im Hinblick auf die Frage eines resignativen Charakters der hohen Zufriedenheit bei Langzeitpatienten (Albrecht et al. 1997) interpretiert werden: Langzeitpatienten schätzten die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung ihrer gegenwärtigen Situation (realistischerweise) niedriger ein als Akutpatienten. Die Erwartung, dass sich an der aktuellen Situation nichts verbessern wird, ging jedoch mit höherer Zufriedenheit einher als Erwartungen, dass sich eine Verbesserung einstellen wird. Eine gewisse resignative Grundhaltung lässt sich in solche Aussagen durchaus interpretieren. Gegen die Vermutung einer resignativen Genese der Zufriedenheit sprechen dagegen die absoluten Werte der gegebenen Antworten: auf die Frage, wie groß die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der derzeitigen Situation eingeschätzt wird, antworteten die Langzeitpatienten im Mittel eher optimistisch (absolut 4,35 bis 4,41 auf einer 7-stufigen Skala mit der Mitte 4 = „weder noch“ und dem positiven Skalenendpunkt 7 „sehr wahrscheinlich“ – vgl. Abb. V.3pA im Anhang). Auch antworteten schizophrene Langzeitpatienten auf die Frage „Wie sehr wünschen sie sich, dass sich ihre Situation im Bereich X (Freundschaften, Seelische Gesundheit, Familie) bessert?“ im Mittel mit einem Wert von 2,08 bis 2,55 auf einer 4-stufigen Skala (1 – „überhaupt nicht“; 2 – „etwas“; 3 – „ziemlich“; 4 – „sehr“). Beide Male liegen die Absolutwerte nur gering im positiven Bereich. Deren Stellenwert hinsichtlich der Frage, ob Resignation bei zufriedenen Langzeitpatienten vermutet werden kann, ist möglicherweise eher gering. Hier müssen weitere Untersuchungen zur Klärung beitragen.

VI.3 Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse

Bei den Auswertungen zu sozialen Vergleichen fiel auf, dass sich die Antworten nicht nur in den drei untersuchten Bereichen unterschieden, sondern insbesondere auch in Abhängigkeit von der Fragenformulierung. Beispielsweise unterschied sich der Prozentsatz der Akutpatienten, der sich in den Antworten auf eine **offene** Frage abwärts verglich deutlich von dem Prozentsatz der Patienten, der sich in Antworten auf eine **direkte** Fragen abwärts verglich. Dies entspricht den in der Literatur beschriebenen Befunden (s. Kapitel x), dass auch bei der Erfassung sozialer Vergleiche die Form der Frage Einfluss auf die Antwort hat. In der vorliegenden Arbeit wurden bewusst unterschiedliche Fragenformulierungen zur Erfassung sozialer Vergleiche gewählt, um die Art der Vergleiche möglichst umfassend zu erheben.

VI.3.1 Hypothese III (a) zum Einfluss sozialer Vergleichsprozesse auf die Zufriedenheit schizophrener Langzeitpatienten

Die Hypothese III (a), dass Langzeitpatienten v.a. abwärts gerichtete soziale Vergleiche sowie Vergleiche mit Mitpatienten ziehen, konnte nur hinsichtlich des Vergleichsziels bestätigt werden: Langzeitpatienten bevorzugten in allen untersuchten Bereichen Vergleiche mit Mitpatienten. Dies entspricht den aus der Literatur abgeleiteten Vermutungen, dass Personen in unterprivilegierten Gruppen v.a. Intragruppenvergleiche durchführen (Major 1994). Das Überwiegen von Vergleichen mit Mitpatienten in bis zu 70% der Antworten war sowohl in Antworten auf offene als auch in den Antworten auf die Fragen nach sozialen Vergleichen erkennbar. Eine Erklärung dafür dürfte darin liegen, dass die langzeithospitalisierten Patienten kaum noch Kontakte

außerhalb der Klinik haben (vgl. dazu Kapitel V.5 zur objektiven Situation der Langzeitpatienten). Die einzige weitere Personengruppe, zu der diese Population noch größeren Kontakt hat, stellt das Personal der Einrichtung dar. Mit diesem verglichen sich die Patienten jedoch nur in einem sehr kleinen Prozentsatz.

Akutpatienten nannten in ihren Antworten auf die offene Frage am häufigsten eine abstrakte Allgemeinheit als Vergleichsziel („Bei allen anderen ist es besser mit den Freundschaften“), nach konkreten Vergleichszielen befragt wurden vor allem Freunde und Bekannte außerhalb der psychiatrischen Einrichtung genannt. Die Nennung der abstrakten „Leute im allgemeinen“ war in dieser Form nicht erwartet worden und könnte als eine Metapher für das „normale Leben“ angesehen werden, mit dem sich die Akutpatienten vergleichen. Als Grund für die seltenere Nennung von Mitpatienten als Vergleichsziel könnte vermutet werden, dass die Patienten durch den noch kurzen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik ihre Mitpatienten noch nicht ausreichend kennen, um sie als Vergleichsziele zu benutzen. Andererseits stechen die Mitpatienten durch ihre „Verfügbarkeit“ im täglichen Leben hervor und wurden trotzdem nicht übermäßig häufig genannt, auch nicht bei der Evaluation der gesundheitlichen Situation.

Bei der Betrachtung der bloßen Anzahl der Nennungen in den Antworten auf Fragen nach Vergleichszielen, fiel auf, dass Langzeitpatienten in allen Bereichen deutlich weniger verwertbare Antworten abgaben als erst kurzzeitig hospitalisierte Patienten (vgl. Tab. V.3aA im Anhang). Dies könnte zum einen an den reduzierten kognitiven Fähigkeiten der chronisch Schizophrenen liegen, zum anderen daran, dass in zunehmendem Alter (die Langzeitpatienten waren im Schnitt 20 Jahre älter als die Akutpatienten) temporale Vergleichsprozesse, also Vergleiche mit sich selbst zu einem früheren Zeitpunkt des Lebens, die sozialen Vergleiche zu überwiegen scheinen (Filip et al. 1994, Suls 1986). Weitere Untersuchungen zur Klärung dieses Einflussfaktors sollten erfolgen.

Nicht exakt hypothesen-konform stellte sich die Richtung der sozialen Vergleiche in den beiden Stichproben dar: Unter den insgesamt neun ausgewerteten Variablen war nur für eine ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Akut- und Langzeitpatienten nachzuweisen, der vermutlich aufgrund der hohen Anzahl lateraler Vergleiche in der Gruppe der Langzeitpatienten (70%) zustande kam. Die Auswertung der Antworten auf direkte Fragen zeigten zwar deskriptiv, dass sich Akutpatienten in allen drei Lebensbereichen häufiger aufwärts verglichen als Langzeitpatienten, bei Langzeitpatienten überwogen jedoch nicht wie erwartet abwärts gerichtete sondern laterale Vergleiche, die Unterschiede zwischen den Gruppen wurden statistisch nicht signifikant.

Eine mögliche Erklärung für diesen Befund könnte in sozialer Erwünschtheit im Rahmen der Interviewsituation liegen. Abwärts gerichtete soziale Vergleiche haben immer auch etwas „Anrüchiges“ und verletzen gewisse soziale Normen, weshalb vermutet wurde, dass es psychische Mechanismen gibt, diese Vergleiche eher im Verborgenen durchzuführen (Wills 1981). Unterstützt wird diese Vermutung, wenn man die Nennungen der Vergleichsrichtung bei den Normalprobanden betrachtet, die in Form eines anonymen Fragebogens erhoben worden war: Die Normalprobanden zogen zumindest in den Bereichen Freundschaften und Familie am häufigsten von allen drei Gruppen Abwärtsvergleiche und am seltensten Aufwärtsvergleiche (vgl. dazu Tabelle VI.3aA im Anhang). Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass in manchen Situation ein abwärts gerichteter Vergleich aufgrund der objektiv schlechten Umstände gar nicht mehr möglich ist und dann laterale Vergleiche durchgeführt werden „müssen“, um zumindest die aufwärts gerichteten Vergleiche mit ihren un-

angenehmen Folgen zu vermeiden. Dies könnte insbesondere auf die schizophrenen Langzeitpatienten zutreffen: Die Auswertung der subjektiven Angaben beispielsweise zur Anzahl der Freunde (Kapitel V.1) zeigt, dass den Patienten durchaus bewusst ist, wie wenig Freunde sie haben. Somit ist ein Vergleich mit anderen, die schlechter gestellt sind, schlicht kaum noch möglich. Weiterhin gibt es Vermutungen darüber, dass durch laterale Vergleiche Wohlbefinden steigt, indem ein Gefühl der „Abweichung“ reduziert wird.

Insgesamt scheint es zur Frage, welcher Art soziale Vergleiche bei chronisch hospitalisierten Schizophrenen sind, weiteren Klärungsbedarf zu geben. Es konnten jedoch signifikante Unterschiede im Vergleichsverhalten von Akut- und Langzeitpatienten nachgewiesen werden.

VI.3.2 Hypothese III (b) zum Zusammenhang zwischen abwärts gerichteten sozialen Vergleichen und Zufriedenheit

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Richtung der sozialen Vergleiche und Zufriedenheitsurteilen, fanden sich bei Normalprobanden die erwarteten Korrelationen in allen drei untersuchten Lebensbereichen: Abwärts gerichtete soziale Vergleiche gingen mit hoher Zufriedenheit einher. Der Zusammenhang war stärker in den Bereichen Freundschaften und Familie als im Bereich Gesundheit. In der Stichprobe der Akutpatienten fand sich dieser Zusammenhang ebenfalls. Mit Ausnahme der Frage nach dem Vergleich mit Mitpatienten im Bereich Freundschaften wurden alle Korrelationen in der erwarteten Richtung signifikant. In der Stichprobe der Langzeitpatienten dagegen, fanden sich die Zusammenhänge nicht mehr so deutlich: Im Bereich Freundschaften zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und Vergleichsrichtung. In den Bereichen Seelische Gesundheit und Familie wurden die Zusammenhänge lediglich dann signifikant, wenn man die Antworten auf die Fragen nach dem Vergleich mit Mitpatienten betrachtete. Die Vergleichsrichtung in den Antworten auf offene Fragen zeigte auch in diesen Bereichen keinen Zusammenhang mit Zufriedenheit. In den Antworten auf eine direkte Frage zeigten sich lediglich Zusammenhänge in der Stärke statistischer Trends, jedoch allesamt in der erwarteten Richtung.

Ein Grund für die schwachen Zusammenhänge könnte auch hier in der schon oben erwähnten geringen Stichprobengröße liegen, dieses Problem kam insbesondere bei der Überprüfung dieser Hypothese zu tragen: Fragen zu sozialen Vergleichen, bei denen die Patienten offen eine Antwort formulieren sollten und nicht nur auf einen Punkt einer vorgelegten Skala deuten konnten, wurden insgesamt nur von ca. 1/3 bis 2/5 der Interviewten überhaupt beantwortet. Die übrigen Patienten gaben an dieser Stelle des Interviews entweder keine Antworten oder Antworten, die hinsichtlich (der Richtung) sozialer Vergleiche nicht verwertbar waren (Z.B. antwortete eine Patientin auf die offene Frage, wie es mit Freundschaften bei anderen aussähe: „Frau H. (= im selben Zimmer lebende Mitpatientin – TR) hat fünf Kinder, die sind wie Freunde.“ Ein anderer Patient antwortete auf offene Fragen generell mit „Normal.“). Somit reduzierte sich durch offene Fragen die Zahl verwertbarer Antworten deutlich. Untersuchungen an einer größeren Stichprobe würden hier sicherlich weitere Klärung bringen.

Darüber hinaus unterschieden sich die drei Formen, nach sozialen Vergleichen zu fragen, in ihrem Grad an Konkretheit bzw. Abstraktion. Je konkreter der Frage formuliert war, desto stärker stellte sich der Zusammenhang zwischen Abwärts-Vergleichen und Zufriedenheit dar. Möglicherweise spielte also auch hier – wie bei den Untersuchungen zu den beiden anderen Theorien (s.o.) eine Überforderung der kognitiv gestörten Patienten durch zu abstrakte Fragen eine Rolle.

VI.4 Der Zusammenhang zwischen einzelnen Elementen der drei Theorien und Zufriedenheit

Da sich die drei untersuchten Theorien in einzelnen Elementen überschneiden bzw. einander sogar beinhalten (vgl. die Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen – Kapitel II.7) wurde im Sinne einer explorativen Datenanalyse untersucht, welche der Elemente einen Zusammenhang mit Zufriedenheit zeigen, und wie hoch ggf. die Stärke des Zusammenhangs ist. Zu relativer Deprivation gibt es hierzu kaum, zur Theorie der Referenzkognitionen keine Daten.

In allen Stichproben fanden sich Korrelationen sowohl zwischen Elementen der Theorie der relativen Deprivation als auch zwischen Elementen der Theorie der Referenzkognitionen und Zufriedenheit. Die Stärke des Zusammenhangs variierte je nach untersuchter Stichprobe und untersuchtem Lebensbereich. In keiner der drei Stichproben konnte ein Zusammenhang zwischen *Verbesserungswahrscheinlichkeit* und Zufriedenheit nachgewiesen werden. Generell schienen also Vermutungen über eine Verbesserung der aktuellen Situation in der Zukunft nicht mit Zufriedenheitsurteilen zusammenzuhängen.

Bei Normalprobanden und schizophrenen Akutpatienten zeigten sich die stärksten Zusammenhänge der Zufriedenheit mit den Komponenten *Wollen* und *Berechtigung*, der *Prozessgerechtigkeit* und der *Richtung sozialer Vergleiche*. Die *Referenzsituation* zeigte in diesen Gruppen in allen Bereichen schwächere Zusammenhänge mit der Zufriedenheit, die Zusammenhänge waren teilweise auch nicht mehr statistisch signifikant. Normalprobanden und Akutpatienten stimmten insofern überein, als sich in beiden Gruppen der stärkste Zusammenhang im Bereich Freundschaften mit der *Richtung sozialer Vergleiche* fand, und im Bereich Gesundheit mit dem Faktor *Wollen*. Im Bereich Familie unterschieden sich die beiden Gruppen (Normalprobanden: *Berechtigung* – Akutpatienten: *Prozessgerechtigkeit*). Bei Langzeitpatienten fanden sich weniger ausgeprägte Korrelationen als in den beiden anderen Gruppen, wobei auch bei ihnen die Elemente *Berechtigung*, *Prozessgerechtigkeit* und *Richtung des sozialen Vergleichs* bedeutsame Zusammenhänge zeigten.

Dies wirft die Frage auf, ob in den verschiedenen Lebensbereichen jeweils unterschiedliche Elemente eine Rolle spielen, da der Einfluss der einzelnen Faktoren nicht in allen Bereichen gleich groß ist. Zwar wurden die Unterschiede zwischen den Korrelationen nicht auf Signifikanz getestet, jedoch berichteten schon Crosby und Kollegen (1986), dass die beiden Faktoren *Wollen* und *Berechtigung* unterschiedliche Gewichtung in den Bereichen „Heim“ und „Arbeit“ haben: Im Bereich Heim schien *Berechtigung* einen größeren Einfluss zu haben, im Bereich Arbeit spielte *Wollen* eine größere Rolle. Setzt man voraus, dass eine gewisse Analogie des Bereichs „Heim“ mit dem Bereich Familie der vorliegenden Untersuchung gegeben ist, könnte hier eine Übereinstimmung der Untersuchungsergebnisse mit denen von Crosby et al. (1986) vermutet werden.

Weiterhin fällt bei der Betrachtung der Ergebnisse auf, dass sich die Zusammenhänge bei den schizophrenen Langzeitpatienten durchweg geringer darstellen als in den beiden anderen Gruppen. Eine Erklärungsmöglichkeit könnte in einer Varianzrestriktion liegen: In der Gruppe der schizophrenen Langzeitpatienten wiesen die Antworten im Allgemeinen keine große Varianz auf. Sowohl in den abhängigen als auch in den unabhängigen Variablen fand sich der Großteil der Antworten auf einen kleinen Wertebereich der eigentlich 7-stufigen Skala beschränkt. Gegen die Annahme eines Messfehlers, beispielsweise durch ein unzureichendes Instrument, spricht die Tatsache, dass sich in den beiden anderen Stichproben (Normalprobanden und Akut-

patienten) eine breite Streuung der Antworten zeigt. Ebenfalls könnten Deckeneffekte die korrelativen Zusammenhänge verschleiern: Befinden sich nahezu alle Antworten am oberen Ende der Skala, können keine starken korrelativen Zusammenhänge mit anderen Variablen aufgezeigt werden. Die Situation der chronisch schizophrenen Langzeitpatienten spricht für solche Decken- bzw. Bodeneffekte: Durch ein Umfeld, dass alle Patienten in eine ähnliche Situation bringt, könnten Aspirationsniveau, Maßstäbe für Vergleiche, Wünsche etc. auf ein ähnliches Niveau abgesenkt bzw. Zufriedenheit angehoben sein.

Betrachtet man die aufgeklärte Varianz der Zufriedenheit, bestätigt sich, dass im Wesentlichen dieselben Faktoren Einfluss hatten: Soziale Vergleiche, Wünsche und Vorstellungen über Berechtigung bzw. Gerechtigkeit. Durch eine Kombination der unterschiedlichen Theorien ließ sich ein größerer Teil der Varianz der Zufriedenheit aufklären als durch eine einzelne Theorie allein. Bei den langzeithospitalisierten Schizophrenen konnte knapp die Hälfte der Varianz der Zufriedenheit über soziale Vergleiche und Vorstellungen über die Gerechtigkeit der aktuellen Situation aufgeklärt werden. Es blieb jedoch weiterhin ein großer Teil der Varianz der Zufriedenheit unaufgeklärt. Möglicherweise spielen hier andere psychologische Konstrukte wie z.B. Depressivität, Befindlichkeit, Kompetenzerwartung u.a. eine Rolle. (vgl. Hanewald 2004).

VI.5 Ausblick

In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich die sozialpsychologische Theorie der relativen Deprivation und die Theorie sozialer Vergleiche mit gewissen Einschränkungen bei schizophrenen Patienten replizieren lassen. Wiewohl nicht alle postulierten Zusammenhänge der genannten Theorien in den erhobenen Daten vollständig wiedergefunden werden konnten, so unterstützen die Ergebnisse doch stark die Annahme, dass Adaptationsprozesse mittels Veränderungen von Referenzwahrnehmungen wie Wünschen, sozialen Vergleichen und Vorstellungen über Gerechtigkeit für die Zufriedenheit chronisch Schizophrener bedeutsam sind. Die vorliegende Untersuchung stellt somit einen ersten Schritt dar und zeigt die prinzipielle Anwendbarkeit sozialpsychologischer Theorien auf die schizophrenen (Langzeit-)Patienten. Weiterhin zeigt sie auf explorativer Basis Zusammenhänge auf, die zukünftige Untersuchungen zur Zufriedenheit chronisch schizophrener Patienten berücksichtigen sollten. Solche Untersuchungen sind nötig, da einerseits falsche Schlüsse aus der hohen Zufriedenheit der Langzeitpatienten dazu führen können, eine weitere Bewahrung oder erneute Einrichtung hospitalisierender Strukturen für diese Patienten zu fordern. Andererseits lassen sich über die Erfassung von Referenzsystemen Erklärungen finden, die die „Kontraintuitivität“ der hohen Zufriedenheitswerte, die diese Population angibt, reduzieren.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit lässt sich auch vermuten, dass keine der untersuchten Theorien als allein gültige Erklärung für die Entstehung der hohen Zufriedenheit der Langzeitpatienten heranzuziehen sein wird. Eher sollte überlegt werden, ob sich aus den hier untersuchten und weiteren Faktoren vielleicht eine Art „Referenzwahrnehmungstheorie für Schizophrene“ formulieren lässt, die bei Interpretationen der Zufriedenheit schizophrener Patienten zukünftig berücksichtigt werden sollte.

VII. LITERATUR

- Aaronson, N.K. (1989) Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methodologic Issues. *Controlled Clinical Trials* 10: 195 S- 208 S
- Abeles, R.P. (1976) Relative Deprivation, Rising Expectations and Black Militancy. *Journal of Social Issues*, Vol. 32, No.2, 119-137
- Ackerman, N., Paolucci, B. (1983) Objective and Subjective Income adequacy: Their relationship to perceived life quality measures. *Social Indicators Research* 12, 25-48
- Adams, J.S. (1965) Inequity in Social Exchange. In: Berkowitz, L. (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol 2). NY: Academic Press
- Affleck, G., Tennen, H. (1991) Social Comparison and Coping with Major Medical Problems. In: Suls, J., Wills, T.A. (eds.) *Social Comparison: Contemporary Theory and Research*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J. (1988) Social Comparisons in Rheumatoid Arthritis: Accuracy and Adaptional Significance. *Journal of Social and Clinical Psychology* 6, 219-234
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J., Rowe, J. (1987) Downward Comparison and Coping with Serious Medical Problems. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 570-578
- Ahrens, A.H. (1991) Dysphoria and Social Comparison: Combining Information Regarding Others' Performances. *Journal of Social and Clinical Psychology* Vol.10, No.2, 190-205
- Albert, S. (1977) Temporal Comparison Theory. *Psychological Review* Vol. 84, No. 6, 485-503
- Albrecht, G., Vieten, B., Pörksen, N., Ingleuf, H.J., Wilm, B., Günther, C., Kimpel, S. (1997) Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten, Abschlußbericht des Projektes C1. Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health
- Alicke, M.D. (1985) Global Self-evaluation as Determined by the Desirability and Controlability of Trait Adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology* 49, 1621-1630
- Andreasen, N. (1982) Negative versus positive schizophrenia: definition and validation. *Archives of General Psychiatry* 39,789-794
- Andrews F.M., Withey S.B. (1978) *Social Indicators of well-being* 2. Auflage - New York: Plenum Press
- Atkinson, M.L. (1986) The Perception of Social Categories: Implications of the Social Comparison Process. In: Olson, J.M., Herman, C.P., Zanna, M.P. (eds.) *Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium*, Vol. 4. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Backes, S. (1999) Komponenten der subjektiven Lebensqualität schizophrener Patienten. Eine qualitative Inhaltsanalyse offener Interviews. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Gießen, Fachbereich Psychologie
- Baker, F., Intagliata, J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning* Vol.5, 69-79
- Barry M.M., Crosby C. (1994) Assessing the impact of community placement on quality of life. In: Crosby, C. & Barry, M.M. (eds.) *Evaluation of Community Resettlement from the North Wales Psychiatric Hospital*
- Barry, M.M., Crosby, C. (1996) Quality of Life as an Evaluative Measure in Assessing the Impact of Community Care on People with Long-term Psychiatric Disorders. *British Journal of Psychiatry* 168, 210-216
- Barry, M.M., Zissi, A. (1997) Quality of Life as an outcome Measure in evaluating mental health services: A review of the empirical Evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* 32, 38-47
- Bech P., Hjortso, S. (1990) Problems in measuring the quality of life in schizophrenia. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 46, 85-89
- Bergner, M.; Bobitt, R.A., Kressel, S., Pollard, W.E., Gilson, B.S., Morris, J.R. (1976) The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology of the development of a health status measure. *International Journal of Health Services* 6 (3), 393-415
- Bernstein, M., Crosby, F. (1980) An Empirical Examination of Relative Deprivation Theory. *Journal of Experimental Social Psychology* 16, 442-456
- Bierhoff, H.W. (1992) Prozedurale Gerechtigkeit: Das Wie und Warum der Fairneß. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 163-178
- Bierhoff, H.W. (1993) *Sozialpsychologie - Ein Lehrbuch*. 3. überarbeitete Auflage, Kohlhammer Verlag Stuttgart, Berlin, Köln
- Bierhoff, H.W., Kristen, R., Klein, R. (1986) Größe der Mitsprache und prozedurale Gerechtigkeit. In: Amelang, M. (Hrsg.) *Bericht über den 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg 1986* Vol.1. Göttingen, Hogrefe
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., Olson, M. (1982) The Concept and Measurement of Quality of Life as a dependent Variable in Evaluation of mental Health Services. In: Tash, W. & Stahler, G. (eds.) *Innovative approaches to mental health evaluation*. N.Y.:Academic Press
- Birt, C.M., Dion, K.L. (1987) Relative Deprivation Theory and Responses to Discrimination in Gay Male and Lesbian Sample. *British Journal of Social Psychology* 26, 139-145
- Blalock, S., DeVellis, B., DeVellis, R. (1989) Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of applied social psychology* 19, 665-680
- Bleuler, E. (1911) *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.) *Handbuch der Psychiatrie*, 4. Abteilung, 1. Hälfte. Deuticke, Leipzig
- Böker, W. (1992) Rehabilitationsprogramme für chronisch schizophrene Patienten. In: Rifkin, A., Osterheider, M. (Hrsg.) *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Springer Verlag Berlin
- Bowling A. (1991) *Measuring Health*. Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia
- Breetvelt, I.,S., Van Dam, F.S.A.M. (1991) Underreporting by Cancer Patients: The Case of Response-Shift; *Soc. Sci. Med.* Vol.32 No.9, 981-987
- Brickman, P. (1975) Adaptation Level Determinants of Satisfaction with Equal and Unequal Outcome Distributions in Skill and Chance Situations. *Journal of Personality and Social Psychology* 32(2), 191-198
- Brickman, P., Bulman, R.J. (1977) Pleasure and Pain in Social Comparison. In: Suls, J.M., Miller, R.L. (eds.) *Social Comparison Processes. Theoretical and Empirical Perspectives*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington
- Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R. (1978) Lottery Winners and Accident-victims: Is Happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 36, No. 8, 917-927
- Brodkey, L., Fine, M. (1988) Presence of mind in the absence of body. *Journal of Education* 170, 84-99
- Brown, J.D. (1986) Evaluations of Self and Others: Self-enhancement Biases in Social Judgements. *Social Cognition* 4, 353-376
- Bullinger, M. (1991) Lebensqualität unter antihypertensiver Therapie: konzeptuelle, methodische und praktische Aufgaben. In: Bullinger, M., Ludwig, M., Steinbüchel v., N. (Hrsg) *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. (1996) Lebensqualität - ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In: Möller, H.J., Engel, R., Hoff, P. (Hrsg.) *Befunderhebung in der Psychiatrie: Negativsymptomatik, Lebensqualität und andere neue Entwicklungen*. Springer, Wien, New York.
- Bullinger, M., Angermann, C., Kemkes, B.M. (1991) Lebensqualität nach Herztransplantation - Ergebnisse einer Querschnittstudie. In: Bullinger, M., Ludwig, M., Steinbüchel v., N. (Hrsg) *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse*. Göttingen: Hogrefe.

- Bullinger, M., Kirchberger, I., Steinbüchel v., N. (1993) Der Fragebogen Alltagsleben - ein Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 3, 121-131
- Burckhardt C.S., Woods, S.L., Schultz, A.A., Ziebarth, D.M. (1989) Quality of life of adults with chronic illness. A psychometric study. *Research in Nursing and Health* 12, 347-354
- Buunk, B.P., Collins, R.L., Taylor, S.E., VanYperen, N.W. (1990) The Affective Consequences of Social Comparison: Either Direction has its Ups and Downs. *Journal of Personality and Social Psychology* 59(6), 1238-1249
- Buunk, B.P., VanYperen, N.W., Taylor, S.E., Collins, R.L. (1991) Social Comparison and the Drive Upward Revisited: Affiliation as a Response to Marital Stress. *European Journal of Social Psychology* 21, 529-546
- Campbell, A., Converse, P., Rodgers, W.L. (1976) *The Quality of American Life*. New York: Russel Sage Foundation
- Campbell, J.D. (1986) Similarity and Uniqueness: The Effects of Attribute Type, Relevance, and Individual Differences in Self-Esteem and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 50, No. 2, 281-294
- Campos, S.S., Johnson, T.M. (1990) Cultural Considerations. In Spilker, B. (ed.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. Raven Press: New York
- Caplan, N. (1970) The New Ghetto Man: A Review of Resent Empirical Findings. *Journal of Social Issues* 26, 59-73
- Clark, A. E. (1999) Unemployment as a Social Norm: Psychological Evidence from Panel Data, Unpublished paper, University of Orleans, France
- Clark, A. E., Oswald, A.J. (1996) Satisfaction and comparison income. *Journal of Public Economics* 61, 359-381
- Clayton, S.D., Crosby, F.J. (1992) Relative Deprivation. In: Clayton, S.D., Crosby, F.J. (eds.) *Justice, Gender, and Affirmative Action*. Ann Harbour: University of Michigan Press
- Cook, T.D., Crosby, C., Hennigan, K.M. (1977) The Construct Validity of Relative Deprivation. In: Suls, J.M.; Miller, R.L. (eds.) *Social Comparison Processes. Theoretical and Empirical Perspectives*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington
- Crocker, J., Major, B. (1989) Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological Review* 96(4), 608-630
- Crosby, F. (1976) A Model of Egoistical Relative Deprivation. *Psychological Review* Vol. 83, No. 2, 85-113
- Crosby, F. (1982) *Relative Deprivation and Working Women*. New York: Oxford University Press
- Crosby, F. (1984) The denial of personal discrimination. *American Behavioral Scientist* 27, 371-386
- Crosby, F., Burris, L., Censor, C., MacKethan, E.R. (1986) Two rotten appels spoil the justice barrel. In: Bierhoff, H.W., Cohen, R.L., Greenberg, J. (eds.) *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press
- Crosby, F., Gonzales-Intal, M. (1984) Relative Deprivation and Equity Theory: Felt Injustice and the Undeserved Benefits of Others. In: Folger, R. (Ed.) *The Sense of Injustice: Social Psychological Perspectives*. New York: Plenum Press
- Crosby, F., Muehrer, P., Loewenstein, G. (1986) Relative Deprivation and Explanation: Models and Concepts. In: Olson, J.M., Herman, C.P., Zanna, M.P. (eds.) *Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium*, Vol. 4. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Cummins R.A. (2000) Personal Income and Subjective Well-Being: A Review. *Journal of Happiness Studies* 1: 133-158
- Cummins, R.A., Nistico, H. (2002) Maintaining Life Satisfaction: The Role of Positive Cognitive Bias. *Journal of Happiness Studies* 3: 37-69
- Dakof, G.A. (1986) Psychological and social adaptation to Parkinson's disease; Unpublished doctoral dissertation, University of California, Berkeley.
- Davis, J.A. (1959) A Formal Interpretation of the Theory of Relative Deprivation. *Sociometry* 22, 280-296
- Deutsch, M. (1986) Cooperation, Conflict, and Justice. In: Bierhoff, H.W., Cohen, R.L., Greenberg, J. (eds.) *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press
- Deutsch, M. (1975) Equity, Equality, and Need: What Determines which Value Will Be Used as the Basis of Distributive Justice? *Journal of Social Issues* 31, 137-149
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit (1999) ICD-10-SGBV, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- DeVellis, R., Holt, K., Renner, B., Blalock, S., Blanchard, L., Cook, H., Klotz, M., Mikow, V., Harring, K. (1990) The relationship of social comparison to rheumatoid arthritis symptoms and affect. *Basic and Applied Social Psychology* 11(1), 1-18
- Dibble, U. (1981) Socially shared deprivation and the approval of violence: Another look at the experience of American blacks during the 1960's. *Ethnicity* 8, 149-168
- Diehl, J.M.; Staufenbühl, T. (1997) *Statistik mit SPSS für Windows*. Verlag D: Klotz, Eschborn
- Diener, E. (1994) Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research* 31, 103-157
- Diener, E., Fujita, F. (1997) Social Comparisons and Subjective Well-Being. In Buunk, B., Gibbons, F.X. (eds.) *Health, Coping, and Well-Being: Perspectives from Social Comparison Theory*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Dion, K.L. (1986) Responses To Perceived Discrimination and Relative Deprivation. In: Olson, J.M., Herman, C.P., Zanna, M.P. (eds.) *Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium*, Vol. 4. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Dubé, L., Guimond, G. (1986) Relative Deprivation and Social Protest. In: Olson, J.M., Herman, C.P., Zanna, M.P. (eds.) *Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium*, Vol. 4. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Duncan, O.D. (1973) Does money buy satisfaction? *Social Indicators Research* 2, 267-274
- Emmons, R.A., Diener, E. (1985) Factors Predicting Satisfaction Judgements: A Comparative Examination. *Social Indicators Research* 16, 157-167
- Ertl-Gehrke, M., Bondy, B. (1992) Vulnerabilität für psychiatrische Erkrankungen – Ergebnisse einer Familienstudie. In: Rifkin, A., Osterheider, M. (Hrsg.) *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Springer Verlag Berlin
- Festinger, L. (1954) A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations* 7, 117-140
- Filip, S.-H., Buch-Bartos, K. (1994) Vergleichsprozesse und Lebenszufriedenheit im Alter: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie* Band XXVI, Heft 1, 22-34
- Fine, M., Wong, L.M. (1995) Perceived (In)Justice: Freeing the Compliant Victim. In: Bunker, B.B., Rubin, J.Z. (eds.) *Conflict, Cooperation, and Justice. Essays Inspired by the Work of Morton Deutsch*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Folger, R. (1977) Distributive and Procedural Justice: Combined Impact of „Voice“ and Improvement on Experienced Injustice. *Journal of Personality and Social Psychology* 35, 108-119
- Folger, R. (1984) Perceived Injustice, Referent Cognitions and the Concept of Comparison Level. *Representative Research in Social Psychology* 14, 88-108
- Folger, R. (1986) Rethinking Equity Theory: A Referent Cognitions Model. In: Bierhoff, H.W., Cohen R. L., Greenberg, J. (Hrsg.) *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press
- Folger, R. (1987) Reformulating the Preconditions of Resentment: A Referent Cognitions Model. In: Masters, J.C., Smith, W.P. (Eds.) *Social Comparison, Social Justice and Relative Deprivation. Theoretical and Empirical und Policy Perspectives*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates

- Folger, R., Martin, C. (1986) Relative Deprivation and Referent Cognitions: Distributive and Procedural Justice Effects. *Journal of Experimental Social Psychology* 22, 531-546
- Folger, R., Rosenfield, D., Rheaume, K. (1983a) Role Playing Effects of Likelihood and Referent Outcomes in Relative Deprivation. *Representative Research in Social Psychology* 13, 2-10
- Folger, R., Rosenfield, D., Rheaume, K., Martin, C. (1983b) Relative Deprivation and Referent Cognitions. *Journal of Experimental Social Psychology* 19, 172-184
- Folger, R., Rosenfield, D., Robinson, T. (1983c) Relative Deprivation and Procedural Justifications. *Journal of Personality and Social Psychology* 45(2), 268-273
- Folger, R., Sheppard, B., Buttram, R.T. (1995) Equity, Equality, and Need; Three Faces of Social Justice. In: Bunker, B.B., Rubin, J.Z. (eds.) *Conflict, Cooperation, and Justice. Essays Inspired by the Work of Morton Deutsch*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Franz, M. (1996) Empirische Untersuchungen zur Lebensqualität schizophrener Patienten unter Neuroleptikabehandlung In: Möller, H.J., Engel, R., Hoff, P. (Hrsg.) *Befunderhebung in der Psychiatrie: Negativsymptomatik, Lebensqualität und andere neue Entwicklungen*. Springer, Wien, New York.
- Franz, M., Ehlers, F., Meyer, T. (1998) Hessische Enthospitalisierungsstudie: Bericht für den Landeswohlfahrtsverband über den Untersuchungszeitraum 1994-1997. Kassel: LWV
- Franz, M., Gallhofer, B. (1996) Befindlichkeit und Compliance: Klinische Beobachtungen unter Risperidon. *Therapiewoche Neurologie Psychiatrie* 10, 951-954
- Franz, M., Lis, S., Plüddemann, K., Gallhofer, B. (1997) Conventional vs. atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 170, 422-425
- Franz M, Meyer T, Gallhofer B (1999) Are importance ratings useful in the assessment of subjective quality of life in schizophrenic patients? *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 8, 204-211
- Franz, M., Meyer, T., Gallhofer B. (2002) Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten – Teil 3 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 29, 306-310
- Franz, M., Meyer, T., Gallhofer, B. (2001) Lebensqualität und Neuroleptikabehandlung in der Schizophrenie - aktueller Stand der Forschung. In D Naber, F Müller-Spahn (Hrsg.) *Leponex: Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums. Aspekte der Lebensqualität in der Schizophrenietherapie*. Berlin: Springer, 72-83
- Franz, M., Meyer, T., Spitznagel, A., Schmidt, H., Wening, K., Gallhofer, B. (2001) Responsiveness of subjective quality of life in schizophrenic patients: a quasi-experimental pilot study. *Eur Psychiatry* 16: 99-103
- Franz, M., Plüddemann, K., Gruppe, H., Gallhofer, B. (1996) Modifikation und Anwendung der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste bei schizophrenen Patienten. In: H-J Möller, R Engel, P Hoff (Hrsg.) *Befunderhebung in der Psychiatrie: Negativsymptomatik, Lebensqualität und andere neue Entwicklungen*. Berlin: Springer, 103-111
- Friend, R.M., Gilbert, J. (1973) Threat and fear of negative evaluation as determinants of locus of social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology* 41, 328-240
- Gaebel, W. (1992) Verlaufsausgang und Verlaufsprädiktoren schizophrener Erkrankungen unter neuroleptischer Behandlung. In: Rifkin, A., Osterheider, M. (Hrsg.) *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Springer Verlag Berlin
- Gibbons, F.X. (1985) Stigma Perception: Social Comparison Among Mentally Retarded Persons. *American Journal of Mental Deficiency* Vol. 90, No. 1, 98-106
- Gibbons, F.X. (1986) Social Comparison and Depression: Company's Effect on Misery. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 51, No. 1, 140-148
- Gibbons, F.X., Gerard, M. (1989) Effects of Upward and Downward Social Comparison on Mood States. *Journal of Social and Clinical Psychology* 8, 14-31
- Gibbons, F.X., Gerrard, M. (1991) Downward Comparison and Coping with Threat. In: Suls, J., Wills, T.A. (eds.) *Social Comparison: Contemporary Theory and Research*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Glatzer, W., Zapf, W (1984) Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt: Campus
- Goethals, G.R., Darley, J.M. (1977) Social Comparison Theory: An Attributional Approach. In: Suls, J.M., Miller, R.L. (eds.) *Social Comparison Processes. Theoretical and Empirical Perspectives*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington
- Goethals, G.R., Messick, D.M., Allison, S.T. (1991) The Uniqueness Bias: Studies of Constructive Social Comparison. In: Suls, J., Wills, T.A. (eds.) *Social Comparison: Contemporary Theory and Research*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Greenberg, J. (1990a) Employee theft as a reaction to underpayment inequity: The hidden costs of pay cuts. *Journal of Applied Psychology* 75, 561-568
- Greenberg, J. (1990b) Looking fair vs. Being fair: Managing Impressions of organizational justice. *Research in Organizational Behaviour* 12, 111-157
- Greenberg, J., Cohen, R.L. (1982) Why justice? Normative and instrumental interpretations. In: Greenberg, J., Cohen R.L. (eds.) *Equity and Justice in social behaviour*. New York: Academic Press
- Grofman, B.N., Muller, E.N. (1973) The Strange Case of Relative Gratification and Potential for Political Violence: The V-Curve Hypothesis. *American Political Science Review* 67, 514-549
- Gruder, C.L. (1977) Choice of comparison persons in evaluating oneself. In: Suls, J.M., Miller, R.L. (eds.) *Social Comparison Processes. Theoretical and Empirical Perspectives*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington
- Guimond, S., Dubé-Simard, L. (1983) Relative deprivation theory and the Quebec nationalist movement: The Cognition-Emotion distinction and the personal-group deprivation issue. *Journal of Personality and Social Psychology* 44(3), 526-535
- Gurr, T.R. (1970) *Why men rebel*. Princetown, N.J.: Princetown University Press
- Hakmiller, K.L. (1966) Threat as a Determinant of Downward Comparison. *Journal of Experimental Social Psychology* 2 (Suppl.1), 1-5
- Hanewald, B. (2004) Subjektive Lebensqualität schizophrener Patienten- Ein eigenständiges Konstrukt oder redundant mit ähnlichen Konstrukten? Inaugural-Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen, Fachbereich Humanmedizin
- Harding-Courtenay, M., Zubin, J., Strauss, J.S. (1992) Chronizität bei Schizophrenie: Eine Neueinschätzung. In: Brenner, H.D., Boeker, W. (Hrsg.) *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. Dynamische Wechselwirkungen relevanter Faktoren*. Huber, Bern
- Heinisch, M., Ludwig, M., Bulinger, M. (1991) Psychometrische Testung der Münchner Lebensqualitätsdimensionenliste. In: Bullinger, M., Ludwig, M., Steinbüchel, N. (Hrsg.) *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse*. Göttingen: Hogrefe
- Hoffmann K., Kaiser W., Isermann M., Priebe S. (1998) Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten nach Ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Gesundheitswesen* 60, 232-238
- Hoffmann, K., Priebe, S., Isermann, K., Kaiser, W. (1997) Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. *Psychiatrische Praxis* 16, 1-7
- Hofstätter, P.R. (1986) *Bedingungen der Zufriedenheit*. Zürich: Edition Interfrom

- Holzinger A, Angermeyer M.C., Matschinger H. (1997) „Lebensqualität für schizophrene Patienten - das ist...“ - Ergebnisse einer Umfrage bei Psychiatern. *Psychiatrische Praxis* 24, 61-64
- Homans, G.C. (1961) *Social Behaviour*. New York: Hartcourt
- Ipsen, D. (1978) Das Konstrukt Zufriedenheit. *Soziale Welt* 29, 44-53
- Kahnemann, D., Tversky, A. (1982) Availability and the Simulation Heuristic. In: Kahnemann, D. Slovic, P., Tversky, A. (eds.) *Judgement under Uncertainty: Heuristics and Biases*. New York: Cambridge University Press
- Kaiser W., Priebe S., Hoffmann K., Isermann M. (1996) Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt* 67, 572-582
- Kanning, U.P., Mummendey, A. (1993) Soziale Vergleichsprozesse und die Bewältigung „negativer sozialer Identität“ - Eine Feldstudie in Ostdeutschland. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 211-217
- Karuz, J., Leventhal, G.S. (1976) Justice judgements: Role demands and perceptions of fairness. Paper presented at the meeting of the American psychological Association, Washington, DC
- Katschnig, H.; König, P. (1994) *Schizophrenie und Lebensqualität*. Springer, Wien, New York
- Kay, R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987) The Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13, 261-276
- Kilian, R. (1995) Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 22, 97-101
- Kissling, W., Höffler, J., Seemann, U., Müller, P., Rüther, E., Trenkmann, U., Uber, A. Graf, v.D., Schulenburg, J.M., Glaser, P., Mast, O., Schmidt, D. (1999) Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 67, 29-36
- Kraepelin, E. (1893) *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 4., vollständig umgearbeitete Aufl., Abel Leipzig
- Kruckenberg, P., Fabian, A.S., Henning, H.J. (1995) Modellprojekt Integration von Patienten einer psychiatrischen Langzeitklinik in dezentrale gemeindenähe Versorgungseinrichtungen. Endbericht des Evaluationsprojektes zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Bremen im Zuge der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg. Band 47. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Lauer, G. (1993) Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 20, 88-90
- Lauer, G. (1996) Lebensqualität und Schizophrenie: Ein Überblick über empirische Ergebnisse. In: Möller, H.J., Engel, R., Hoff, P. (Hrsg.) *Befunderhebung in der Psychiatrie: Negativsymptomatik, Lebensqualität und andere neue Entwicklungen*. Springer, Wien, New York
- Lauer, G., Stegmüller-Koenemund, U. (1994) Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis* 21, 70-73
- Laux, G., Dietmaier, O., König, W. (1990) *Psychopharmaka – Ein Leitfaden*. 3. Aufl. Gustav Fischer Verlag Stuttgart
- Lehman A.F. (1983) The well-being of chronic mental patients. *Archives of General Psychiatry* 40, 369-373
- Lehman, A.F. (1986) The Quality of Life of Chronic Patients in a State Hospital and in Community residences. *Hospital and Community Psychiatry* Vol.37, No.9, 901-907
- Lehman, A.F. (1988) A Quality Of Life Interview For The Chronically Mentally Ill. *Evaluation and Program Planning* 11, 51-62
- Lehman, A.F., Slaughter, J.G., Myers, P. (1991) Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric quarterly* Vol 1 No 62, 35-49
- Lehman, A.F., Ward, N.C., Linn, L.S. (1982) Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issues. *American Journal of Psychiatry* 139 Vol. 10, 1271-1276
- Leimkübler, A.M., Müller, U. (1996) Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 67, 765-773
- Lerner, M.J. (1980) *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press
- Leuschner, B., Bengsch, P., Krüger, J., Schneider, G., Ziebell, K. (1995) Der Einfluss von Rechtfertigung auf Ärger und Unzufriedenheit von Studenten - Eine Replikation des Experiments von Folger, Rosenfield & Robinson (1983). *Bielefelder Arbeiten zur Sozialpsychologie*, Nr. 176, Universität, Fakultät für Soziologie, Bielefeld
- Leventhal, G.S., Karuz, J., Fry, W.R. (1980) Es geht nicht nur um Fairneß: Eine Theorie der Verteilungspräferenzen. In: Mikula, G. (Hrsg.) *Gerechtigkeit und soziale Interaktion*. Bern: Huber
- Liebrand, W.B.G., Messick, D.M., Wolters, F.J.M. (1986) Why we are fairer than others: A cross-cultural replication and extension. *Journal of Experimental Social Psychology* 22, 590-604
- Ludwig, M. (1991) Lebensqualität auf der Basis subjektiver Theoriebildung. In: Bullinger, M., Ludwig, M., Steinbüchel v., N. (Hrsg) *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse*. Göttingen: Hogrefe
- Major, B. (1994) From Social Inequality to Personal Entitlement: The Role of Social Comparisons, Legitimacy Appraisals, and Group Membership. In: Zanna, M. (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* Vol. 26, 293-355
- Malm, U., May, P.R.A., Dencker, S.J. (1981) Evaluation of the Quality of Life of the Schizophrenic Outpatient: A checklist. *Schizophrenia Bulletin* Vol.7, No.3, 477-487
- Mares, M.-L., Cantor, J. (1992) Elderly Viewers' Responses to Televised Portrayals of Old Age. *Communication Research* Vol.19, No.4, 459-478
- Mark, M.M., Folger, R. (1984) Responses to relative deprivation: A conceptual framework. In Shaver, P. (Ed.) *Review of personality and social psychology*, Vol. 5. Beverly Hills, CA Sage.
- Marks, G. (1984) Thinking one's Abilities are unique and one's opinions are common. *Personality and Social Psychology Bulletin* 10, 203-208
- Martin, J. (1986) The Tolerance of Injustice. In: Olson, J.M., Herman, C.P. Zanna, M.P. (eds.) *Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium*, Vol 4. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Martin, J. (1986) When Expectations and Justice do not coincide - Blue-collar visions of a just world. In: Bierhoff, H.W., Cohen, R.L., Greenberg, J. (eds.) *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press
- Masters, J.C., Smith, W.P. (1987) *Social Comparison, Social Justice, and Relative Deprivation. Theoretical and Empirical, and Policy Perspectives*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Mayring, P. (1991) Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele, A., Becker, P. (Hrsg.) *Wohlbefinden*. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Mellers, B. (1993) Introductory remarks. In: Mellers, B., Baron, J. (eds.) *Psychological Perspectives on Justice*. Cambridge University Press
- Meltzer, H.Y. (1992) Dimensions of Outcome with Clozapine. *British Journal of Psychiatry* 160 (suppl. 17), 46-53
- Mercier C. (1994) Improving the quality of life of people with severe mental disorders. *Social Indicators research* 33, 165-192
- Merton, R.K., Kitt, A.S. (1950) Contributions to the Theory of Reference Group Behaviour. In: Merton, R.K., Lazarsfeld, P.F. (eds.) *Continuities in Social Research, Studies in the Scope and Method of „The American Soldier“*. Glencoe, Ill.: The Free Press
- Metee, D.R., Riskind, J. (1974) Size of defeat and liking for superior and similar ability competitors. *Journal of Experimental Social Psychology* 10, 333-351
- Metee, D.R., Smith, G. (1977) Social Comparison and Interpersonal Attraction. In: Suls, J.M., Miller, R.L. (eds.) *Social Comparison Processes. Theoretical and Empirical Perspectives*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington

- Michalos, A.C. (1980) Satisfaction and Happiness. *Social Indicators Research* 8, 385-422
- Mikula, G. (1980) Die Rolle der Gerechtigkeit in Aufteilungserscheinungen. In: Mikula, G. (Hrsg.) *Gerechtigkeit und sozialen Interaktion*, Bern: Huber
- Mikula, G. (1986) The Experience of injustice. In: Bierhoff, H.W., Cohen, R.L., Greenberg, J. (eds.) *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press
- Mikula, G., Schlamberger, K. (1985) What people think about an unjust event: Toward a better understanding of the phenomenology of experiences of injustice. *European Journal of Social Psychology* 15, 37-49
- Miller, D. (1992) Negative Symptome und therapeutische Strategien bei Schizophrenie. In: Rifkin, A., Osterheider, M. (Hrsg.) *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Springer Verlag Berlin
- Mollemann, E., Pruyn, J., VanKnippenberg, A. (1986) Social Comparison processes among cancer patients. *British Journal of Social Psychology* 25, 1-13
- Müller, G.F., Hassebrauck, M. (1993) Gerechtigkeits-theorien. In: Frey, D., Irle, M. (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie*, Bd. I. 2. vollst. überarbeitete u. erw. Aufl. Huber Verlag, Bern, Toronto, Seattle
- Naber, D. (1998) Unerwünschte Wirkungen von Neuroleptika und ihr Einfluß auf die Lebensqualität schizophrener Patienten. In: Möller, H.J., Müller, N. (Hrsg.) *Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Springer Verlag Wien
- Naber, D., Hackl, C., Marzelli, B., Modell, S., Boerner, R., Koch, H.J. (1992) Zur subjektiven Wirkung von Clozapin (Leponex) im Vergleich zu typischen Neuroleptika. In: Naber, D., Müller-Spahn, F. (Hrsg.) *Clozapin. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums*. Schattauer, Stuttgart
- Noether, G.E. (1978). Sample Size Determination for some common non-parametric tests. *J Am Stat Ass*, 82, 645-647.
- Olson, J.M., Herman, C.P., Zanna, M.P. (1986) Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium. Lawrence Erlbaum Ass., Hillsdale, New Jersey
- Olson, J.M., Roese, N.J., Meen, J., Robertson, D.J. (1995) The Preconditions and Consequences of Relative Deprivation: Two Field Studies. *Journal of Applied Social Psychology* 25, 944-964
- Pettigrew, T.A. (1967) Social Evaluation Theory. In: Levine, D. (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 15). Lincoln: University Press
- Pleban, R., Tesser, A. (1981) The Effects of Relevance and Quality of Another's Performance on Interpersonal Closeness. *Social Psychology Quarterly* 44, 278-285
- Priebe, S., Hoffmann, K., Isermann, M., Kaiser, W. (1996) Klinische Merkmale Langzeithospitalisierter Patienten - Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 23, 15-20
- Pukrop, R. (1997) Theoretische Explikation und empirische Validierung des Konstruktes Lebensqualität unter besonderer Berücksichtigung psychopathologischer Subgruppen und facettheoretischer Methodik; Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Naturwissenschaften an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Universität Bielefeld
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., LaPrelle, J. (1985) Social Comparison After Success and Failure: Biased Search for Information Consistent with a Self-serving Conclusion. *Journal of Experimental Social Psychology* 21, 195-211
- Rifkin, A. (1992) Dosierung und Therapieerfolg bei der Langzeitbehandlung der Schizophrenie. In: Rifkin, A., Osterheider, M. (Hrsg.) *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Springer Verlag Berlin
- Ross, M., Eyman, A., Kishchuk, N. (1986) Determinants of Subjective Well-Being. In: Olson, J.M., Herman, C.P., Zanna, M.P. (eds.) *Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium*, Vol. 4. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Runciman, W.G. (1966) *Relative Deprivation and Social Justice: A Study of Attitudes to Social Inequality in 20th Century England*. Berkeley: University of California Press
- Rupprecht, R. (1993) *Lebensqualität. Theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung*; Unveröffentlichte Dissertation. Erlangen- Nürnberg
- Sampson, E.E. (1986) Justice ideology and social legitimation: A revised agenda for psychological inquiry. In: Bierhoff, H.W., Cohen, R.L., Greenberg, J. (eds.) *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press
- Sartorius N. (1993) A WHO method for the assessment of health-related quality of life (WHOQOL). In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (eds.) *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Dordrecht Kluwer Academic, Boston London
- Sartorius, N., Janca, A. (1996) *Psychiatric Assessment Instruments developed by the World Health Organization*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31, 55-69
- Schachter, S. (1959) *The Psychology of Affiliation*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Schulz, R., Decker, S. (1985) Long-Term Adjustment to Physical Disability: The Role of Social Support, Perceived Control, and Self-Blame. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 48, No. 5, 1162-1172
- Schwarz, N., Scheuring, B. (1988) Judgement of Relationship Satisfaction: Inter- and Intraindividual comparisons as a Function of Questionnaire structure. *European Journal of Social Psychology* 18, 485-496
- Schwinger, T. (1986) The Need principle of distributive justice. In: Bierhoff, H.W., Cohen, R.L., Greenberg, J. (eds.) *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press
- Schwinger, T., Lamm, H. (1981) Justice norms in allocation decisions: Need consideration as a function of resource adequacy for complete need satisfaction, recipients' contributions, and recipients' interpersonal attraction. *Social Behaviour and Personality* 9, 235-241
- Seashore, S.E. (1974) Job satisfaction as an indicator of quality of employment. *Social Indicators Research* 1, 135-168
- Simpson, C.J., Hyde, C.E., Faragher, E.B. (1989) The Chronically Mentally Ill in Community Facilities: A Study of Quality of Life. *British Journal of Psychiatry* 154, 77-82
- Silver, R. L. (1982) *Coping with an Undesirable Life Event: A Study of Early Reactions to Physical Disability*. Doctoral dissertation, Northwestern University, Evanston, Illinois
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S.J., May, P.R., Corrigan, P. (1992) Comparison of Quality of Life with Standards of Living in Schizophrenic Out-Patients. *British Journal of Psychiatry* 161, 797-801
- Smith, R.H., Insko, C.A. (1987) Social Comparison Choice During Ability Evaluation. *Personality and Social Psychology Bulletin* 13, 111-122
- Sprecher, S. (1986) The relation between inequity and emotions in close relationships. *Social Psychology Quarterly* 49, 309-321
- Stein, L.I., Test, M.A. (1980) Alternatives to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37, 392-397
- Stouffer, S.A., Suchman, E.A., DeViney, L.C., Star, S.A., Williams, R.M. (1949) *The American Soldier: Adjustment during Army Life*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press
- Strack, F., Schwarz, N., Chassein, B., Kern, D., Wagner, D. (1988) The Salience of comparison standards and the activation of social norms: Consequences for judgements of happiness and their communication. Unpublished manuscript, Universität Mannheim
- Strack, F., Schwarz, N., Gschneidinger, E. (1985) Happiness and reminiscing: The role of time perspective, mood, and mode of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology* 49, 1460-1469

- Suls, J. (1986) Comparison Processes in Relative Deprivation: A Life-Span Analysis. In: Olson, J.M., Herman, C.P., Zanna, M.P. (eds.) *Relative Deprivation and Social Comparison: The Ontario Symposium*, Vol. 4. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Taylor, D.M., Moghaddam, F.M. (1994) Relative Deprivation Theory: Meeting the Challenge of Resource Mobilization Theory. In: Taylor, D.M., Moghaddam F.M. (eds.) *Theories of Intergroup Relations: International Sociological Perspectives*, 2nd ed. Westport: Praeger Publishers
- Taylor, D.M., Moghaddam, F.M., Bellerose, J. (1989) Social Comparison in an Intergroup Context. *The Journal of Social Psychology* 129 (4), 499-515
- Taylor, S.E. (1983) Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist* Nov. 83, 1161-1173
- Taylor, S.E., Brown, J.D. (1988) Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin* Vol. 103, No. 2, 193-210
- Taylor, S.E., Lobel M. (1989) Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review* Vol. 96, No. 4, 569-575
- Taylor, S.E., Wood, J.V., Lichtman, R.R. (1983) It could be worse: Selective Evaluation as a Response to Victimization. *Journal of Social Issues* 39, 19-40
- Tesser, A. (1980) Self-esteem Maintenance in Family Dynamics. *Journal of Personality and Social Psychology* 39, 77-91
- Tesser, A. (1986) Some Effects of Self-evaluation Maintenance on Cognition and Action. In: Sorrentino, R.M., Higgins, E.T. (eds.) *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behaviour*. New York: Guilford
- Tesser, A. (1991) Emotion in Comparison and Reflection. In: Suls, J., Wills, T.A. (eds.) *Social Comparison: Contemporary Theory and Research*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Tesser, A., Campbell, J. (1980) Self-definition: The Impact of the Relative Performance and Similarity of Others. *Social Psychology Quarterly* 43, 341-347
- Thompson, S.C. (1985) Finding Positive Meaning in a Stressful Event and Coping. *Basic and Applied Social Psychology* 6, 279-295
- Thornton, D.A., Arrowood, A.J. (1966) Self-evaluation, Self-enhancement, and the Locus of Social Comparison. *Journal of Experimental Social Psychology* (Suppl.1), 40-48
- Tölle, R. (1985) *Psychiatrie*, 7. überarbeitete Auflage, Springer-Verlag Berlin
- Tyler, T.R. (1988) What is procedural justice? Criteria used by citizens to assess the fairness of legal procedures. *Law and Society Review* 22, 103-134
- Tyler, T.R., Belliveau, M.A. (1995) Tradeoffs in Justice Principles: Definitions of Fairness. In: Bunker, B.B., Rubin, J.Z. (eds.) *Conflict, Cooperation, and Justice. Essays Inspired by the Work of Morton Deutsch*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Tyler, T.R., Folger, R. (1980) Distributional and procedural aspects of satisfaction with citizen-police encounters. *Basic and applied Social Psychology* 1, 282-292
- Utne, M., Hatfield, E., Traupman, J., Greenberger, D. (1984) Equity, marital satisfaction, and stability. *Journal of Social and Personal Relationships* 1, 323-332
- van Praag, B. M. S., Frijters, P. (1999) The measurement of welfare and wellbeing: The Leyden approach. In: Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (eds.) *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology* (New York: Russell Sage Foundation)
- Walker, I., Pettigrew, T.F. (1984) Relative Deprivation Theory: An Overview and Conceptual Critique. *British Journal of Social Psychology* 23, 301-310
- Walster, E., Berscheid, E., Walster, G.W. (1973) New Directions in Equity Research. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 25, No.2, 151-176
- Weinglass, J., Steil, J. (1981) When is unequal unfair: The role of ideology. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, CA
- Wenger, N.K. (1986) Quality of life: concept and approach to measurement. *Advanced Cardiology* 33, 122-130
- Wening K. (1997) Subjektive Lebensqualität bei Schizophrenen – Eine quantitative und qualitative Untersuchung des Spontanverlaufs und der Veränderung durch eine Störintervention. Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen
- Wheeler, L. (1966) Motivation as Determinant of Upward Comparison. *Journal of Experimental Social Psychology* (Suppl.1) 27-31
- Wheeler, L. (1991) A Brief History of Social Comparison Theory. In: Suls, J., Wills, T.A. (eds.) *Social Comparison: Contemporary Theory and Research*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Wheeler, L., Koestner, R., Driver, R.E. (1982) Related Attributes in the Choice of Comparison Others: It's There, but It Isn't All There Is. *Journal of Experimental Social Psychology* 18, 489-500
- Wheeler, L., Shaver, K.G., Jones, R.A., Goethals, G.R., Cooper, J., Robinson, J.E., Gruder, C.L., Butzine, K.W. (1969) Factors Determining Choice of a Comparison Other. *Journal of Experimental Social Psychology* 5, 219-232
- Williams Jr, R.M. (1975) Relative Deprivation. In: Coser, L.A. (Ed.) *The Idea of Social Structure: Papers in Honor of Robert K. Merton*. New York: Harcourt Brace Jovanovich
- Wills, T.A. (1981) Downward Comparison Principles in Social Psychology. *Psychological Bulletin* Vol. 90, No.2, 245-271
- Wills, T.A. (1991) Social Comparison Processes in Coping and Health. In: Snyder, C.R., Forsyth, D.R. (eds.) *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: Pergamon Press
- Wills, T.A., Suls, J. (1991) Commentary: Neo-Social Comparison Theory and Beyond. In: Suls, J., Wills, T.A. (eds.) *Social Comparison: Contemporary Theory and Research*, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Wilson, S.R., Benner, L.A. (1971) The effects of self-esteem and situation on comparison choices during ability evaluation. *Sociometry* 34, 381-397
- Wing, J.K., Brown, W. (1970) *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge University Press
- Wood, J.V. (1996) What is Social Comparison and How Should we Study it? *Personality and Social Psychology Bulletin* 22(5), 520-537
- Wood, J.V., Giordano-Beech, M., Taylor, K.L., Michela, J.L., Gaus, V. (1994) Strategies of Social Comparison among people with low self-esteem: self-protection and self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology* 67(4), 713-731
- Wood, J.V., Taylor, K.L. (1991) Serving Self-Relevant Goals Through Social Comparison. In: Suls, J., Wills, T.A. (eds.) *Social Comparison: Contemporary Theory and Research*, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Wood, J.V., Taylor, S.E., Lichtman, R.R. (1985) Social Comparison in Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 49, No. 5, 1169-1183
- World Health Organization (1948) *Construction in basic documents*. Genf: World Health Organization
- Zapf, W. (1984) Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Hrsg.) *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt/M., New York: Campus
- Zissi, A., Barry, M.M., Cochrane, R. (1998) A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine* 28(5) 1221-30

Zusammenfassung

Lebensqualität (LQ) hat als Bewertungskriterium psychiatrischer Therapie in den letzten Jahren breite Verwendung erfahren, ihre Validität als Indikator wird jedoch durch Studien in Frage gestellt. Diese finden bei chronisch schizophrenen Patienten eine zunehmende subjektive LQ und Zufriedenheit, je länger sie hospitalisiert sind. Die objektiven Lebensumstände dieser Patienten sind dagegen keinesfalls zufriedenstellend. Die vorliegende Arbeit soll zur Aufklärung dieses kontraintuitiven Verhaltens des Indikators LQ beitragen. Zu diesem Zweck wurden die sozialpsychologischen Theorien zu „Relativer Deprivation“, „Referenzkognitionen“ und „sozialen Vergleichen“ auf psychiatrische Patienten übertragen. Diese Theorien erklären bei Normalprobanden das Phänomen, dass Menschen unter objektiv schlechten Bedingungen zufriedener sein können als Menschen unter objektiv besseren Bedingungen. Die in den Theorien genannten Voraussetzungen für Unzufriedenheit wurden in Anlehnung an die amerikanischen Originalarbeiten operationalisiert, quantifizierbar gemacht und an repräsentativen Stichproben aus der Normalbevölkerung sowie bei schizophrenen Langzeit- und Akutpatienten gleichzeitig mit subjektiver LQ gemessen.

Es konnte gezeigt werden, daß die Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und deren Voraussetzungen gemäß den Theorien der relativen Deprivation und der sozialen Vergleiche bei schizophrenen Patienten ebenso wie bei der Normalbevölkerung replizierbar sind. Die Theorie der Referenzkognitionen konnte in der Operationalisierung der vorliegenden Arbeit weder auf die Normalbevölkerung noch auf die psychiatrischen Patienten angewendet werden.

Die Ergebnisse stützen die Annahme, daß die hohe Zufriedenheit chronisch schizophrener Patienten eher über Adaptationsprozesse reguliert wird als daß sie eine Folge äußerer Umstände darstellt. Insbesondere scheinen Veränderungen im Aspirationsniveau, der Wahrnehmung von Ungerechtigkeit sowie bei der Durchführung sozialer Vergleiche eine Rolle zu spielen. Zukünftige Untersuchungen zur Zufriedenheit chronisch schizophrener Patienten sowie auf LQ basierte Therapieentscheidungen, wie z.B. Entscheidungen über die Unterbringung solcher Patienten sollten diese Befunde berücksichtigen.

Summary

Subjective quality of life (*sqol*) has found broadly based use in evaluation of psychiatric therapy. Its validity is questioned by results of studies, which found in chronic schizophrenic patients rising satisfaction and *sqol* with ongoing hospitalization although the objective living conditions of these patients are bad. The present study tries to enlighten on these constraintuitive results concerning *sqol*. Therefore social psychological theories on „relative deprivation“, „referent cognitions“ and „social comparisons“ are applied to psychiatric patients. These theories explain the phenomenon of people living under bad circumstances being more satisfied than people living under good conditions. The preconditions of dissatisfaction according to the different theories are operationalized and quantified following the angloamerican original literature and measured together with *sqol* in representative samples of schizophrenic patients and healthy controls.

It could be shown, that the theory of relative deprivation and the theory of social comparisons can be replicated in schizophrenic patients. referent-cognitions-theory could not be replicated in the samples of this study.

The findings support the assumption, that high *sqol* in chronic schizophrenic patients is more likely a result of intrapsychic adaptation processes than of objective living conditions. Especially changes in level of aspiration, perceptions of injustice and social comparisons seem to influence satisfaction-ratings. Further investigations on satisfaction of chronic schizophrenic as well as decisions about therapeutic strategies i.e. hospitalization should consider these results.

Abbildungsverzeichnis

Abb. II.1a: Modell zur Entstehung von Zufriedenheit n. Hofstätter (1986)	10
Abb. II.1b: Subjektive Lebensqualität und Hospitalisierungsdauer schizophrener Langzeitpatienten n. Franz et al. (1998)	12
Abb. II.3a: Crosbys 2-Faktor-Modell zur Entstehung von Gefühlen relativer Deprivation (1982)	20
Abb. II.4a: Der Einfluss von Referenzsituationen auf Zufriedenheit	25
Abb. II.4b: Der Einfluss der Verbesserungswahrscheinlichkeit auf Zufriedenheitsurteile	26
Abb. II.4c: Der Einfluss von Gerechtigkeitsvorstellungen auf Zufriedenheit	27
Abb. II.4d: Ein formales Modell zur Theorie der Referenzkognitionen	28
Abb. V.2a: Mittelwerte Zufriedenheit bei NPB, Lzp und AP	76
Abb. V.2b: Mittelwert Deprivationsindex bei NPB, Lzp und AP	76
Abb. V.2c: Mittelwerte von Wollen bei NPB, AP und Lzp	77
Abb. V.2d: Mittelwerte Berechtigung bei NPB, Lzp und AP	77
Abb. V.4a: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf die offene Frage, Bereich Freundschaften	85
Abb. V.4b: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf die offene Frage, Bereich Seelische Gesundheit	85
Abb. V.4c: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf die offene Frage, Bereich Familie	85
Abb. V.4d: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf direkte Frage, Bereich Freundschaften	85
Abb. V.4e: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf direkte Frage, Bereich Seelische Gesundheit	86
Abb. V.4f: Ziel sozialer Vergleiche in Antworten auf direkte Frage, Bereich Familie	86
Abb. V.4g: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf offene Frage – Bereich Freundschaften	86
Abb. V.4h: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf offene Frage – Bereich Seelische Gesundheit	86
Abb. V.4i: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf offene Frage – Bereich Familie	87
Abb. V.4j: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf direkte Frage – Bereich Freundschaften	87
Abb. V.4k: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf direkte Frage – Bereich Seelische Gesundheit	87
Abb. V.4l: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf direkte Frage – Bereich Familie	87
Abb. V.4m: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf Frage nach Mitpatienten – Bereich Freundschaften	87
Abb. V.4n: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf Frage nach Mitpatienten – Bereich Seelische Gesundheit	87
Abb. V.4o: Richtung sozialer Vergleiche in Antwort auf Frage nach Mitpatienten – Bereich Familie	87

Tabellenverzeichnis

Tab. II.3a: Relative Deprivation nach Davis (1959)	17
Tab. II.3b: Übersicht über das Modell zur relativen Deprivation von Crosby (1976)	18
Tab. II.3c: Daten von Crosby et al. 1986 zum „constellation approach“ (p.24)	21
Tab. II.3d: Daten von Crosby (1982) zum „extreme score approach“ (pp. 141, 146, 150)	21
Tab. II.3e: Daten von Crosby et al. 1986 zu „comparison of individual binary variables“	22
Tab. II.3f: Daten von Olson et al. 1995: Korrelationen zwischen Vorbedingungen und Gefühlen relativer Deprivation	22
Tab. II.4a: Unzufriedenheitswerte bei guter bzw. schlechter Referenzsituation (n. Folger et al. 1983a)	28
Tab. II.4b: Unzufriedenheitswerte bei hoher bzw. niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit (n. Folger et al. 1983a)	28
Tab. II.4c: Deprivationswerte in Abhängigkeit von Referenzsituationen und Verbesserungswahrscheinlichkeit n. Folger et al. (1983b)	28
Tab. II.4d: Mittlere Deprivationswerte unter Manipulation von Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit (Daten nach Folger et al. 1983c)	29
Tab. II.5a: Vergleichsstrategien am Beispiel „Leistung im Schach“ unter verschiedenen Voraussetzungen (in Anlehnung an Wood et al. 1991)	36
Tab. IV.2a: Gegenüberstellung der Lebensbereiche der MLDL-GI mit der höchsten und niedrigsten Wichtigkeit für akut und chronisch an Schizophrenie Erkrankte	62
Tab. IV.2b: Gegenüberstellung der drei Lebensbereiche der MLDL-GI mit der jeweils höchsten und niedrigsten Zufriedenheit von akut und chronisch an Schizophrenie Erkrankten	63
Tab. IV.3a: Einleitung und offene Fragen jeweils zu Beginn der drei Teilbereiche des Interviews	65
Tab. V.1a: Soziodemographische Daten und Krankheitsmerkmale in den 3 Stichproben	67
Tab. V.2a: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei NPB - „constellation approach“	69
Tab. V.2b: Obere und untere Grenzwerte für die Einteilung in die Extremwertgruppen bei NPB (daraus sich ergebende Gruppengrößen in Klammern)	70

Tab. V.2c: Mittelwerte der Ausprägung der Vorbedingungen (<i>Wollen</i> und <i>Berechtigung</i>) bei NPB - „extreme score approach“	70
Tab. V.2d: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei NPB - „comparison of individual binary variables“	71
Tab. V.2e: Übersicht über die Signifikanz der Einzelergebnisse der Untersuchungen zur Hypothese I (a) bei NPB	71
Tab. V.2f: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei AP - „constellation approach“	72
Tab. V.2g: Mittelwerte der Ausprägung der Vorbedingungen (<i>Wollen</i> und <i>Berechtigung</i>) bei AP - „extreme score approach“	72
Tab. V.2h: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex AP - „comparison of individual binary variables“	73
Tab. V.2i: Übersicht über die Signifikanz der Einzelergebnisse der Untersuchungen zur Hypothese I (b) bei AP.	73
Tab. V.2j: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei LZP - „constellation approach“	74
Tab. V.2k: Mittelwerte der Ausprägung der Vorbedingungen (<i>Wollen</i> und <i>Berechtigung</i>) bei LZP - „extreme score approach“	74
Tab. V.2l: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex LZP - „comparison of individual binary variables“	75
Tab. V.2m: Übersicht über die Signifikanz der Einzelergebnisse der Untersuchungen zur Hypothese I (c) bei LZP	75
Tab. V.2n: Vergleich der Mittelwerte von <i>Wollen</i> , <i>Berechtigung</i> , Zufriedenheit und Deprivationsindex zwischen den Stichproben	77
Tab. V.2o: Rangkorrelationen zwischen Vorbedingungen und Maßen relativer Deprivation und Hospitalisierungsdauer und Lebensalter bei LZP	78
Tab. V.3a: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei guter und schlechter Referenzsituation - NPB	79
Tab. V.3b: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei hoher und niedriger Verbesserungswahrscheinlichkeit - NPB	80
Tab. V.3c: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex unter dem Einfluss von Referenzsituation und Verbesserungswahrscheinlichkeit bei NPB.	80
Tab. V.3d: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex unter dem Einfluss von Referenzsituation und Prozessgerechtigkeit bei NPB	81
Tab. V.3e: Mittelwerte Zufriedenheit und Deprivationsindex bei hoher und niedriger Prozessgerechtigkeit bei NPB	82
Tab. V.4a: Korrelation zwischen der Richtung des sozialen Vergleichs und Zufriedenheit bei Normalprobanden	88
Tab. V.4b: Korrelationen zwischen der Richtung sozialer Vergleiche und Zufriedenheitsmaßen bei AP und LZP.	89
Tab. V.5a: Korrelationen zwischen einzelnen Elementen der Theorie der relativen Deprivation, der Theorie der Referenzkognitionen, der Richtung sozialer Vergleiche sowie Zufriedenheitsmaßen bei NPB.	90
Tab. V.5b: Korrelationen zwischen einzelnen Elementen der Theorie der relativen Deprivation, der Theorie der Referenzkognitionen, der Richtung sozialer Vergleiche sowie Zufriedenheitsmaßen bei AP	91
Tab. V.5c: Korrelationen zwischen einzelnen Elementen der Theorie der relativen Deprivation, der Theorie der Referenzkognitionen, der Richtung sozialer Vergleiche sowie Zufriedenheitsmaßen bei LZP	91
Tab. V.5d: Sinnvolle Prädiktorvariablen bei NPB für Zufriedenheit bzw. Deprivationsindex	92
Tab. V.5e: Ergebnisse der stufenweisen multiplen Regressionsanalyse bei NPB	92
Tab. V.5f: Sinnvolle Prädiktorvariablen bei AP für Zufriedenheit bzw. Deprivationsindex	93
Tab. V.5g: Ergebnisse der stufenweisen multiplen Regressionsanalyse bei AP	93
Tab. V.5h: Sinnvolle Prädiktorvariablen bei LZP für Zufriedenheit bzw. Deprivationsindex.	93
Tab. V.5i: Ergebnisse der stufenweisen multiplen Regressionsanalyse bei LZP.	94

VIII. ANHANG

Tab. IV.2cA: Übersicht über die auswahlrelevanten Eigenschaften der für Lebensqualität wichtigen Lebensbereiche psychiatrischer Patienten

Lebensbereich	Untersuchungsinstrument					
	Offenes LQ-Interview (Backes 1999)	MLDL-GI				Zuordnung zu Gruppe
		positive signifikante Korrelation Zufriedenheit x Dauer	Mittelwert Zufriedenheit (LZP <i>kursiv</i> , AP fett)	Mittelwert Wichtigkeit (LZP <i>kursiv</i> , AP fett)	intraindividuelle Variation hoch	
Arbeit/„berufl. Situation“	+/-					
Orales	+/-	n.u.	n.u.	n.u.	n.u.	
Kontakte	+/-	n.u.	n.u.	n.u.	n.u.	
„Freundschaften/ Bekanntschaften“		+	+ (5,11) + (4,83)	- (5,43)	↑↑	1
Familie/ „Familienleben“	+				↑↑	3
Finanzen/ „finanz. Situation“	-	+			↑	3
„körperliche Leistungsfähigkeit“	-	+	- (4,63)		↑	
seelische Gesundheit	-		n.u.	n.u.	n.u.	
„Umgang mit der Krankheit“			-- (4,47)	+++ (6,45)		2
„geistige Leistungsfähigkeit“					↑	
„Gesundheitliche Verfassung“				<i>++ (6,39)</i> ++ (6,39)	↑	
„Freizeit“			<i>+++ (5,5)</i>			
„Wohnsituation“			<i>++ (5,3)</i>	<i>+++ (6,55)</i> ++ (4,85)		
„Sexualleben“			<i>--- (4,45)</i> - (4,06)	<i>--- (4,31)</i> --- (5,04)		
„Ehe/ Partnerschaft“			-- (4,0)	<i>-- (4,85)</i> - (5,62)		2
„Selbständigkeit“				<i>+</i> (6,44)		
„Leben insgesamt“					↑↑	
„heutiger Tag“					↑↑	

Erläuterungen:

n.u. bedeutet „nicht untersucht“, da dieser Lebensbereich durch Auswertung des Offenen LQInterviews (Backes 1999) gefunden wurde, jedoch in dieser Form nicht in der MLDL-GI vorhanden ist und somit weder Mittelwerte noch Korrelationen vorhanden sind.

Spalte Lebensbereich: in Anführungszeichen = Item des MLDL-GI im Wortlaut

ohne Anführungszeichen = Item nach Inhaltsanalyse offener Fragen (Backes 1999)

Spalte *Offenes LQInterview*: + bedeutet subjektiv bedeutsam für positive LQ; - bedeutet subjektiv bedeutsam für negative LQ

Spalte *MLDL-GI* Korrelationen: + bedeutet „vorhanden“

Spalte *MLDL-GI* Mittelwerte: +++ höchster Mittelwert, ++ zweithöchster Mittelwert, + dritthöchster Mittelwert --- niedrigster Mittelwert, -- zweitniedrigster Mittelwert, - drittniedrigster Mittelwert

Spalte intraindividuelle Variation hoch: ↑↑ höchste intraindivid. Varianzen, ↑ hohe intraindivid. Varianz

Tab. V.1bA: Soziodemographische Daten und Krankheitsmerkmale der untersuchten LZP im Vergleich zu den Verweigerern (Patienten der HEST - Franz et al. 1998)

	LZP der vorliegenden Untersuchung – kompl. Interview (n=64)	LZP – Verweigerer (Pat. der HEST) (n=74)	Gruppenunterschiede
Alter in Jahren	60,0	58,6	n.s.; t = 0,40; df = 138
Geschlecht Männer	53%	72%	p < .04; $\chi^2 = 4,39$; df = 1
Familienstand: ledig	89%	84%	n.s.; $\chi^2 = 0,94$; df = 1
Schulabschluß: unbekannt Sonderschule/kein A. Hauptschule höherer Abschluß	7,8% 56,3% 25%	12,3% 70,3% 13,5%	n.s.; $\chi^2 = 2,57$; df = 3
Gesamtdauer bisheriger Krankenhausaufenthalte in Jahren	30,4	27,6	n.s.; t = 0,15; df = 130
Lebensqualität (MLDL-GI Summenscore)*	4,95	5,06	n.s.; t = -0,53; df = 112
Psychopathologie – Positivsymptomatik	17,7 (± 5,2)	18,8 (± 5,7)	n.s.; t = -1,03; df = 134
Psychopathologie – Negativsymptomatik	22,3 (± 7,3)	24,3 (± 7,9)	n.s.; t = -0,66; df = 134
Psychopathologie – Allgemeine Symptomatik	37,4 (± 7,9)	40,1 (± 7,8)	n.s.; t = -1,16; df = 134

*auch auf der Ebene einzelner Items fanden sich keine sign. Gruppenunterschiede

Tab. V.1cA: Soziodemographische Daten und Krankheitsmerkmale der LZP mit komplettem Interview im Vergleich zu Abbrechern

	LZP – komplettes Interview (n=64)	LZP – Abbrecher (n=11)	Gruppenunterschiede
Alter	60,0	60,1	n.s.; t = 0,02; df = 73
Geschlecht Männer	53%	63%	n.s.; $\chi^2 = 0,42$; df = 1
Familienstand: ledig	89%	82%	n.s.; $\chi^2 = 0,47$; df = 1
Schulabschluß: Sonderschule/kein A. Hauptschule höherer Abschluß	7,8% 56,3% 25%	9,1% 63,6% 0%	n.s.; $\chi^2 = 6,54$; df = 5
Gesamtdauer bisheriger Krankenhausaufenthalte in Jahren	30,4	31,7	n.s.; t = -0,28; df = 68
Psychopathologie – Positivsymptomatik	17,7 (± 5,2)	20,7 (± 4,3)	n.s.; t = -1,81; df = 72
Psychopathologie – Negativsymptomatik	22,3 (± 7,3)	25,2 (± 5,5)	n.s.; t = -1,22; df = 72
Psychopathologie – Allgemeine Symptomatik	37,4 (± 7,9)	41,4 (± 5,4)	n.s.; t = -1,61; df = 72

Tab. V.1dA: Soziodemographische Daten und Krankheitsmerkmale der AP mit komplettem Interview im Vergleich zu den Abbrechern/ Verweigerern

	AP – komplettes Interview (n=70)	AP – Abbrecher/ Verweigerer (n=4)	Gruppenunterschiede
Alter	36,3	35,2	n.s.; t = -0,18; df = 72
Geschlecht Männer	62%	50%	n.s.; $\chi^2 = 0,24$; df = 1
Familienstand: ledig	68%	75%	n.s.; $\chi^2 = 0,08$; df = 1
Schulabschluß: Sonderschule/kein A. Hauptschule höherer Abschluß	1,6% 33,9% 61,3%	25% 0% 25%	p < .002; $\chi^2 = 20,64$; df = 5
Psychopathologie – Positivsymptomatik	14,6 (± 6,1)	24,5 (± 5,1)	n.s.; t = -3,17; df = 72
Psychopathologie – Negativsymptomatik	14,7 (± 6,7)	18,5 (± 5,1)	n.s.; t = -1,10; df = 72
Psychopathologie – Allgemeine Symptomatik	28,0 (± 6,9)	40,5 (± 9,7)	n.s.; t = -3,42; df = 72

Tab. V.1eA: Soziodemographische Daten der NPB mit komplettem Interview im Vergleich zu den Abbrechern/ Verweigerern

	NPB – komplettes Interview (n=64)	NPB – Abbrecher/ Verweigerer (n=6)	Gruppenunterschiede
Alter	38,2	4,2	n.s.; t = 0,84; df = 64
Geschlecht Männer	23%	43%	n.s.; $\chi^2 = 1,26$; df = 1
Familienstand: ledig	37%	29%	n.s.; $\chi^2 = 0,18$; df = 1
Schulabschluß: Sonderschule/kein A. Hauptschule höherer Abschluß	0% 0% 100%	0% 0% 100%	n.s.; $\chi^2 = 2,00$; df = 4

Tab. V.2aA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge bei NPB - „constellation approach“ (Hypothese I(a))

	constellation group (=Wollen und Berechtigung gegeben)	Rest	
Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
Freundschaften	4,72; 1,370; 29 (25)	5,93; 1,058; 40 (41)	.0004
Gesundheit	3,41; 1,383; 28 (49)	5,11; 1,100; 50 (19)	.0001
Familie	4,20; 1,756; 22 (25)	5,63; 1,374; 37 (36)	.0008
	Mittelwert Deprivationsindex Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		
Freundschaften	-0,12; 0,415; 45 (25)	-0,48; 0,265; 27 (41)	.0002
Gesundheit	0,57; 0,710; 41 (49)	-0,18; 0,321; 18 (19)	.0001
Familie	0,27; 0,835; 40 (25)	-0,30; 0,657; 25 (36)	.0008

Tab. V.2cA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Vorbedingungen *Wollen* und *Berechtigung* bei NPB - „extreme score approach“ (Hypothese I(a))

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“/ „Berechtigung“		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		most deprived bzw. niedrigste Zufriedenheits werte; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)	least deprived bzw. höchste Zufriedenheits werte; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)	
Freundschaft	<i>Wollen</i>	2,29; 0,726; 21 (14)	1,41; 0,507; 12 (17)	.001
	<i>Berechtigung</i>	1,92; 0,900; 20 (12)	1,12; 0,332; 12 (17)	.003
Gesundheit	<i>Wollen</i>	4,00; 0,000; 29 (13)	2,73; 1,002; 16 (26)	.0002
	<i>Berechtigung</i>	3,00; 0,953; 27 (12)	1,89; 1,143; 16 (26)	.005
Familie	<i>Wollen</i>	2,57; 0,852; 18 (14)	1,18; 0,405; 7 (11)	.0003
	<i>Berechtigung</i>	2,58; 1,165; 15 (12)	1,30; 0,949; 7 (10)	.004
Bereich	Vorbedingung	most deprived bzw. höchste Werte im Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)	least deprived bzw. niedrigste Werte im Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)	Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
Freundschaft	<i>Wollen</i>	2,38; 0,719; 23 (16)	1,41; 0,507; 12 (17)	.0004
	<i>Berechtigung</i>	2,14; 1,027; 21 (14)	1,12; 0,332; 12 (17)	.0007
Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,93; 0,258; 23 (15)	2,47; 0,943; 11 (17)	.0001
	<i>Berechtigung</i>	2,86; 0,949; 20 (14)	1,94; 1,197; 13 (17)	.02
Familie	<i>Wollen</i>	2,80; 1,135; 15 (10)	1,18; 0,405; 7 (11)	.002
	<i>Berechtigung</i>	3,30; 0,823; 15 (10)	1,30; 0,949; 6 (10)	.0007

Tab. V.2dA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationswerte bei NPB - „comparison of individual binary variables“ (Hypothese I(a))

Bereich	Vorbedingung	mittlerer Zufriedenheits wert; Standardabweichung; mittlerer Rang (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	5,02; 1,406; 29 (43)	6,08; 0,909; 44 (25)	.002
	<i>Berechtigung</i>	4,73; 1,292; 24 (29)	6,00; 1,080; 41 (37)	.0001
Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,82; 1,527; 35 (67)	4,67; 0,577; 48 (3)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	3,44; 1,387; 29 (50)	5,11; 1,132; 50 (18)	.0001
Familie	<i>Wollen</i>	4,39; 1,695; 25 (36)	5,82; 1,360; 41 (27)	.0004
	<i>Berechtigung</i>	4,07; 1,796; 21 (27)	5,82; 1,103; 38 (33)	.0002
Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	-0,22; 0,402; 40 (43)	-0,52; 0,227; 25 (25)	.002
	<i>Berechtigung</i>	-0,15; 0,393; 44 (29)	-0,50; 0,270; 25 (37)	.0001
Gesundheit	<i>Wollen</i>	0,39; 0,721; 36 (67)	-0,17; 0,144; 17 (3)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,55; 0,712; 40 (50)	-0,18; 0,330; 18 (18)	.0001
Familie	<i>Wollen</i>	0,13; 0,755; 39 (36)	-0,31; 0,728; 24 (28)	.0008
	<i>Berechtigung</i>	0,39; 0,929; 42 (28)	-0,46; 0,276; 22 (33)	.0001

Tab. V.2eA: Ergebnisse der Varianzanalysen zur Theorie der relativen Deprivation NPB

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	<i>Wollen</i>	2,92	1	2,92	2,13	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	9,56	1	9,56	6,97	,010
	<i>Interaktion</i>	0,00	1	0,00	0,00	n.s.
	<i>Fehler</i>	85,04	62	1,37		
Deprivations-index	<i>Wollen</i>	0,27	1	0,27	2,54	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,75	1	0,75	7,03	,010
	<i>Interaktion</i>	0,01	1	0,01	0,07	n.s.
	<i>Fehler</i>	6,64	62	0,11		
Bereich Gesundheit						
Zufriedenheit	<i>Wollen</i>	0,52	1	0,52	0,29	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	1,03	1	1,03	0,59	n.s.
	<i>Interaktion</i>	3,28	1	3,28	1,86	n.s.
	<i>Fehler</i>	112,77	64	1,76		
Deprivations-index	<i>Wollen</i>	0,36	1	0,36	0,88	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,25	1	0,25	0,61	n.s.
	<i>Interaktion</i>	0,49	1	0,49	1,20	n.s.
	<i>Fehler</i>	26,07	64	0,41		
Bereich Familie						
Zufriedenheit	<i>Wollen</i>	1,12	1	1,12	0,56	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	30,07	1	30,07	14,90	,000
	<i>Interaktion</i>	9,16	1	9,16	4,54	,038
	<i>Fehler</i>	113,01	56	2,02		
Deprivations-index	<i>Wollen</i>	1,69	1	1,69	4,38	,041
	<i>Berechtigung</i>	11,91	1	11,91	30,93	,000
	<i>Interaktion</i>	3,47	1	3,47	9,02	,004
	<i>Fehler</i>	21,94	57	0,39		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.2fA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge bei AP - „constellation approach“ (Hypothese I(b))

	constellation group (=Wollen und Berechtigung gegeben)	Rest	
Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
Freundschaften	4,25; 1,873; 29 (36)	5,47; 1,521; 44 (36)	.003
Seel. Gesundheit	4,00; 1,910; 35 (58)	4,93; 1,940; 45 (14)	n.s.
Familie	3,33; 2,068 ; 25(40)	5,52; 1,785; 45 (29)	.0001
	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		
Freundschaften	0,70; 1,055; 44 (36)	0,02; 0,819; 29 (36)	.003
Seel. Gesundheit	0,94; 0,940; 39 (58)	0,32; 1,026; 26 (14)	.04
Familie	1,14; 0,947; 43 (40)	-0,15; 0,839; 20 (29)	.0001

Tab. V.2gA2: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Ausprägung der Vorbedingungen bei AP - „extreme score approach“ (Hypothese I(b))

		Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“ / „Berechtigung“		
Bereich	Vorbedingung	most deprived bzw. niedrigste Zufriedenheits werte; Standardabweichung; mittlere Ränge (n)	least deprived bzw. höchste Zufriedenheits werte; Standardabweichung; mittlere Ränge (n)	Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
Freundschaften	<i>Wollen</i>	3,39; 0,916; 17 (18)	2,46; 1,440; 12 (11)	.08
	<i>Berechtigung</i>	2,41; 1,064; 17 (17)	1,64; 1,206; 11 (11)	.05
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,88; 0,342; 16 (16)	3,17; 1,337; 13 (12)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	3,13; 1,025; 14 (16)	2,82; 1,471; 14 (11)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,42; 0,900; 18 (12)	2,00; 1,309; 10 (15)	.006
	<i>Berechtigung</i>	3,17; 1,115; 18 (12)	1,64; 1,151; 10 (14)	.006

Fortsetzung Tab. V.2gA2

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“/ „Berechtigung“		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		most deprived bzw. höchste Werte im Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlere Ränge (n)	least deprived bzw. niedrigste Werte im Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlere Ränge (n)	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	3,46; 0,877; 26 (13)	1,96; 1,065; 14 (23)	.0005
	<i>Berechtigung</i>	2,46; 0,967; 23 (13)	1,68; 1,129; 15 (22)	.02
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	3,92; 0,277; 16 (13)	2,75; 1,422; 10 (12)	.02
	<i>Berechtigung</i>	3,31; 0,947; 13 (13)	2,60; 1,506; 11 (10)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,56; 0,892; 19 (16)	1,50; 0,905; 8 (12)	.0002
	<i>Berechtigung</i>	3,19; 0,911; 19 (16)	1,50; 1,000; 9 (12)	.0007

Tab. V.2gA1: Obere und untere Grenzwerte für die Einteilung in die Extremwertgruppen (daraus sich ergebende Gruppengrößen in Klammern) bei AP

Bereich	Variable	Grenzwert für Einteilung in most deprived -Gruppe* (n)	Grenzwert für Einteilung in least deprived -Gruppe** (n)	Anzahl Patienten in „Rest“-Gruppe (n/gesamt gültige n)
Freundschaften	<i>Zufriedenheit</i>	3 (18)	7 (11)	45/74
	<i>Deprivationsindex</i>	1,50 (13)	-0,50 (23)	38/74
Seel. Gesundheit	<i>Zufriedenheit</i>	2 (16)	7 (12)	46/74
	<i>Deprivationsindex</i>	2,00 (13)	-0,50 (12)	49/74
Familie	<i>Zufriedenheit</i>	1 (12)	7 (15)	54/71
	<i>Deprivationsindex</i>	1,75 (16)	-0,75 (12)	33/71

Tabelle zeigt den Grenzwert, bis zu dem bzw. von dem ab eine Person in die jeweilige extreme-scorer Gruppe gezählt wurde. Hinter den Werten in Klammern und kursiv steht die daraus resultierende Gruppengröße.

*der Gruppe zugewiesen wurden alle Patienten mit einem Wert $\leq$ dem angegebenen (*Zufriedenheit*) bzw. $\geq$ dem angegeben (*Deprivationsindex*)

** der Gruppe zugewiesen wurden alle Patienten mit einem Wert $\geq$ dem angegebenen (*Zufriedenheit*) bzw. $\leq$ dem angegeben (*Deprivationsindex*)

Tab. V.2hA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge bei AP - „comparison of individual binary variables“ (Hypothese I(b))

Bereich	Vorbedingung	mittlerer Zufriedenheitswert ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	4,56; 1,831; 34 (59)	6,00; 1,069; 52 (15)	.004
	<i>Berechtigung</i>	4,26; 1,855; 29 (38)	5,53; 1,502; 44 (34)	.002
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	4,10; 1,905; 36 (70)	6,75; 0,500; 66 (4)	.007
	<i>Berechtigung</i>	4,00; 1,910; 35 (58)	4,93; 1,940; 45 (14)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,80; 2,201; 29 (54)	5,94; 1,436; 49 (16)	.0005
	<i>Berechtigung</i>	3,40; 2,072; 26 (41)	5,65; 1,719; 46 (25)	.0002
Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	0,52; 1,012; 42 (59)	-0,33; 0,515; 20 (15)	.0005
	<i>Berechtigung</i>	0,70; 1,037; 44 (38)	-0,02; 0,815; 28 (34)	.002
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	0,86; 1,010; 39 (70)	-0,69; 0,125; 6 (4)	.003
	<i>Berechtigung</i>	0,94; 0,940; 39 (58)	0,32; 1,026; 26 (14)	.04
Familie	<i>Wollen</i>	0,85; 1,055; 39 (54)	-0,33; 0,705; 17 (16)	.0001
	<i>Berechtigung</i>	1,10; 1,099; 42 (41)	-0,23; 0,768; 19 (25)	.0001

Tab. V.2iA: Ergebnisse der Varianzanalysen zur Theorie der relativen Deprivation AP

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	Wollen	2,83	1	2,83	1,00	n.s.
	Berechtigung	10,59	1	10,59	3,75	,057
	Interaktion	1,14	1	1,14	0,40	n.s.
	Fehler	192,09	68	2,83		
Deprivations-index	Wollen	0,93	1	0,93	1,10	n.s.
	Berechtigung	3,79	1	3,79	4,46	,038
	Interaktion	0,61	1	0,61	0,71	n.s.
	Fehler	57,81	68	0,85		
Bereich Gesundheit						
Zufriedenheit	Wollen	10,01	1	10,01	2,80	,099
	Berechtigung	3,38	1	3,38	0,95	n.s.
	Interaktion	0,00	0	-	-	-
	Fehler	246,92	69	3,58		
Deprivations-index	Wollen	2,68	1	2,68	2,70	n.s.
	Berechtigung	1,92	1	1,92	1,94	n.s.
	Interaktion	0,00	0	-	-	-
	Fehler	68,41	69	0,99		
Bereich Familie						
Zufriedenheit	Wollen	10,87	1	10,87	2,83	,097
	Berechtigung	26,49	1	26,49	7,04	,010
	Interaktion	0,11	1	0,11	0,05	n.s.
	Fehler	232,80	62	3,76		
Deprivations-index	Wollen	2,85	1	2,85	3,44	,068
	Berechtigung	9,10	1	9,10	11,98	,001
	Interaktion	0,01	1	0,01	0,01	n.s.
	Fehler	50,01	62	0,81		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.2jA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge bei LZP - „constellation approach“ (Hypothese I (c))

Bereich	constellation group (=Wollen und Berechtigung gegeben)	Rest	Sign.niveau (p<...)[Mann-Whitney-U]
	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		
Freundschaften	4,73; 2,273; 29 (26)	6,11; 0,935; 40 (45)	.03
Seel. Gesundheit	4,54; 2,396; 30 (28)	5,61; 1,479; 35 (36)	n.s.
Familie	5,14; 2,305; 31 (28)	5,89; 1,282; 34 (36)	n.s.
	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		
Freundschaften	-0,06; 0,722; 43 (26)	-0,52; 0,247; 32 (45)	.03
Seel. Gesundheit	0,29; 1,053; 37 (28)	-0,31; 0,630; 29 (36)	n.s.
Familie	0,13; 0,968; 38 (28)	-0,47; 0,339; 28 (36)	.04

Tab. V.2kA1: Obere und untere Grenzwerte für die Einteilung in die Extremwertgruppen (daraus sich ergebende Gruppengrößen in Klammern) bei LZP

Bereich	Variable	Grenzwert für Einteilung in most deprived -Gruppe* (n)	Grenzwert für Einteilung in least deprived -Gruppe** (n)	Anzahl Patienten in „Rest“-Gruppe (n/ gesamt gültige n)
Freundschaften	Zufriedenheit	4 (13)	7 (28)	30/72
	Deprivationsindex	0,00 (16)	-0,75 (28)	28/72
Seel. Gesundheit	Zufriedenheit	3 (15)	7 (18)	33/66
	Deprivationsindex	1,00 (13)	-0,75 (17)	36/66
Familie	Zufriedenheit	4 (11)	7 (23)	34/68
	Deprivationsindex	0,50 (13)	-0,75 (20)	35/68

Tabelle zeigt den Grenzwert, bis zu dem bzw. von dem ab eine Person in die jeweilige *extreme-scorer* Gruppe gezählt wurde. Hinter den Werten in Klammern und kursiv steht die daraus resultierende Gruppengröße.

*der Gruppe zugewiesen wurden alle Patienten mit einem Wert $\leq$ dem angegebenen (Zufriedenheit) bzw. $\geq$ dem angegebenen (Deprivationsindex)

** der Gruppe zugewiesen wurden alle Patienten mit einem Wert $\geq$ dem angegebenen (Zufriedenheit) bzw. $\leq$ dem angegebenen (Deprivationsindex)

Tab. V.2kA2: Mittelwerte der Ausprägung der Vorbedingungen bei L郑 - „extreme score approach“ (Hypothese I(c))

Bereich	Vorbedingung	Mittelwert der jeweiligen Vorbedingung „Wollen“/ „Berechtigung“		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		most deprived bzw. niedrigste Zufriedenheits werte; Standardabweichung (n)	least deprived bzw. höchste Zufriedenheits werte; Standardabweichung (n)	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	2,54; 1,127 (13)	2,18; 1,219 (28)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	2,67; 0,985 (12)	1,61; 1,031 (28)	.002
Seel.	<i>Wollen</i>	3,60; 0,737 (15)	2,67; 1,237 (18)	.03
Gesundheit	<i>Berechtigung</i>	2,71; 1,204 (14)	2,12; 1,317 (17)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	2,82; 1,328 (11)	2,52; 1,310 (23)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	2,82; 1,250 (11)	2,04; 1,296 (23)	.08
Bereich	Vorbedingung	most deprived bzw. höchste Werte im Deprivationsindex ; Standardabweichung (n)	least deprived bzw. niedrigste Werte im Deprivationsindex ; Standardabweichung (n)	Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
Freundschaften	<i>Wollen</i>	2,69; 1,138 (16)	2,18; 1,219 (28)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	2,68; 1,047 (15)	1,61; 1,031 (28)	.002
Seel.	<i>Wollen</i>	3,62; 0,768 (13)	2,71; 1,263 (17)	.04
Gesundheit	<i>Berechtigung</i>	2,75; 1,288 (12)	2,13; 1,360 (16)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	3,08; 1,188 (13)	2,55; 1,395 (20)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	3,23; 1,092 (13)	1,90; 1,294 (20)	.004

Tab. V.2IA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge bei L郑 - „comparison of individual binary variables“ (Hypothese I(c))

Bereich	Vorbedingung	mittlerer Zufriedenheits wert; Standardabweichung; mittlerer Rang (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
		...gegeben	...nicht gegeben	
Freundschaften	<i>Wollen</i>	5,35; 1,975; 36 (43)	5,83; 1,365; 38 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	4,84; 2,131; 29 (31)	6,20; 0,883; 41 (40)	.01
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	4,74; 2,314; 32 (46)	5,95; 0,686; 38 (20)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	4,60; 2,328; 30 (30)	5,62; 1,518; 35 (34)	n.s.
Familie	<i>Wollen</i>	5,43; 2,102; 34 (37)	5,76; 1,327; 32 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	5,10; 2,26; 30 (30)	5,97; 1,218; 34 (34)	n.s.
Bereich	Vorbedingung	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n) in jeder Gruppe wenn Vorbedingung...		Sign.niveau (Mann-Whitney-U-Test)
Freundschaften	<i>Wollen</i>	-0,25; 0,624; 38 (43)	-0,44; 0,410; 34 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	-0,11; 0,676; 43 (31)	-0,54 ; 0,237; 31(40)	.009
Seel. Gesundheit	<i>Wollen</i>	0,17; 1,040; 36 (46)	-0,46; 0,219; 28 (20)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,25; 1,028; 37 (30)	-0,31; 0,646; 29 (34)	.10
Familie	<i>Wollen</i>	-0,05; 0,899; 35 (37)	-0,44; 0,355; 31 (29)	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	0,12; 0,944; 38 (30)	-0,49; 0,305; 27 (34)	.02

Tab. V.2mA: Ergebnisse der Varianzanalysen zur Theorie der relativen Deprivation L郑

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	<i>Wollen</i>	0,75	1	0,75	0,31	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	15,44	1	15,44	6,29	.015
	<i>Interaktion</i>	2,04	1	2,04	0,83	n.s.
	<i>Fehler</i>	164,45	67	2,46		
Deprivations- index	<i>Wollen</i>	0,23	1	0,23	1,00	n.s.
	<i>Berechtigung</i>	1,31	1	1,31	5,66	.020
	<i>Interaktion</i>	0,27	1	0,27	1,17	n.s.
	<i>Fehler</i>	15,56	67	0,23		

Fortsetzung Tab. V.2mA

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Gesundheit						
Zufriedenheit	Wollen	3,97	1	3,97	1,05	n.s.
	Berechtigung	2,20	1	2,20	0,58	n.s.
	Interaktion	0,15	1	0,15	0,04	n.s.
	Fehler	227,94	60	3,80		
Deprivations-index	Wollen	1,13	1	1,13	1,58	n.s.
	Berechtigung	0,65	1	0,65	0,91	n.s.
	Interaktion	0,07	1	0,07	0,10	n.s.
	Fehler	42,96	6	0,72		
Bereich Familie						
Zufriedenheit	Wollen	1,96	1	1,96	0,60	n.s.
	Berechtigung	9,51	1	9,51	2,92	,093
	Interaktion	0,02	1	0,02	0,01	n.s.
	Fehler	195,19	60	3,25		
Deprivations-index	Wollen	0,00	1	0,00	0,00	n.s.
	Berechtigung	1,99	1	1,99	4,16	,046
	Interaktion	0,09	1	0,09	0,20	n.s.
	Fehler	28,77	60	0,48		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V2nA Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Vorbedingungen und Maße relativer Deprivation in allen 3 Stichproben (Ergänzung zu den Grafiken VIa-e)

Bereich	Elemente der Theorie der relativen Deprivation	LZP	AP
Freundschaften	Wollen	2,08; 1,10; 63	2,68; 1,36; 84
	Berechtigung	1,79; 1,05; 68	2,00; 1,13; 76
	Zufriedenheit	5,54; 1,76; 83	4,85; 1,80; 64
	Deprivationsindex	-0,33; 0,55; 56	0,35; 0,99; 91
(Seelische) Gesundheit	Wollen	2,55; 1,26; 54	3,53; 0,86; 85
	Berechtigung	1,92; 1,16; 55	2,70; 1,16; 80
	Zufriedenheit	5,11; 2,04; 81	4,24; 1,95; 61
	Deprivationsindex	-0,02; 0,92; 53	0,78; 1,04; 86
Familie	Wollen	2,23; 1,26; 59	2,77; 1,25; 75
	Berechtigung	2,05; 1,27; 61	2,38; 1,24; 70
	Zufriedenheit	5,59; 1,77; 79	4,31; 2,23; 58
	Deprivationsindex	-0,23; 0,73; 54	0,57; 1,10; 83
		LZP	NPB
Freundschaften	Wollen	2,08; 1,10; 72	1,90; 0,85; 68
	Berechtigung	1,79; 1,05; 71	1,62; 1,62; 67
	Zufriedenheit	5,54; 1,76; 75	5,44; 1,35; 66
	Deprivationsindex	-0,33; 0,55; 67	-0,37; 0,49; 75
(Seelische) Gesundheit	Wollen	2,55; 1,26; 57	3,29; 0,94; 79
	Berechtigung	1,92; 1,16; 58	2,43; 1,14; 75
	Zufriedenheit	5,11; 2,04; 84	3,86; 1,51; 54
	Deprivationsindex	-0,02; 0,92; 54	0,37; 0,71; 82
Familie	Wollen	2,23; 1,26; 69	1,94; 1,01; 63
	Berechtigung	2,05; 1,27; 66	1,81; 1,07; 61
	Zufriedenheit	5,59; 1,77; 76	4,99; 1,69; 58
	Deprivationsindex	-0,23; 0,73; 62	-0,08; 0,77; 74
		AP	NPB
Freundschaften	Wollen	2,68; 1,36; 85	1,90; 0,85; 57
	Berechtigung	2,00; 1,13; 75	1,62; 1,62; 63
	Zufriedenheit	4,85; 1,80; 67	5,44; 1,35; 78
	Deprivationsindex	0,35; 0,99; 87	-0,37; 0,49; 56
(Seelische) Gesundheit	Wollen	3,53; 0,86; 78	3,29; 0,94; 67
	Berechtigung	2,70; 1,16; 75	2,43; 1,14; 66
	Zufriedenheit	4,24; 1,95; 77	3,86; 1,51; 68
	Deprivationsindex	0,78; 1,04; 81	0,37; 0,71; 64
Familie	Wollen	2,77; 1,25; 78	1,94; 1,01; 55
	Berechtigung	2,38; 1,24; 72	1,81; 1,07; 56
	Zufriedenheit	4,31; 2,23; 63	4,99; 1,69; 72
	Deprivationsindex	0,57; 1,10; 78	-0,08; 0,77; 58

Tab. V.2oA: Partialkorrelationen zwischen Vorbedingungen und Maßen relativer Deprivation und Hospitalisierungsdauer nach Auspar-
tialisieren des Alters bei LZP

Bereich		Dauer des derzeitigen Psychiatrieaufenthaltes	kumulative Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie
Freundschaften	Wollen	.065	.159
		66	64
		n.s.	n.s.
	Berechtigung	.121	.196
		63	65
		n.s.	n.s.
	Zufriedenheit	.003	-.001
		66	64
		n.s.	n.s.
	Deprivationsindex	-.008	.001
		66	64
		n.s.	n.s.
Seelische Gesundheit	Wollen	.066	.054
		60	59
		n.s.	n.s.
	Berechtigung	-.070	.013
		58	57
		n.s.	n.s.
	Zufriedenheit	.107	-.021
		60	59
		n.s.	n.s.
	Deprivationsindex	-.155	-.049
		60	59
		n.s.	n.s.
Familie	Wollen	-.056	-.010
		60	59
		n.s.	n.s.
	Berechtigung	.081	-.041
		58	57
		n.s.	n.s.
	Zufriedenheit	-.178	-.090
		62	61
		n.s.	n.s.
	Deprivationsindex	.093	.034
		62	61
		n.s.	n.s.

Tab. V.3aA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationsparameter unter dem Einfluß der Referenzsitua-
tion bei NPB – „comparison of individual binary variables“ (Hypothese II(a))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Gute Referenzsituation	Schlechte Referenzsituation	
Freundschaften	5,07; 1,34; 29 (44)	6,04; 1,12; 44 (24)	.003
Gesundheit	3,84; 1,53; 35 (61)	4,00; 1,51; 37 (8)	n.s.
Familie	4,64; 1,63; 27 (40)	5,58; 1,69; 40 (25)	.008
	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Gute Referenzsituation	Schlechte Referenzsituation	
Freundschaften	-0,23; 0,39; 40 (44)	-0,51; 0,28; 25 (24)	.002
Gesundheit	0,41; 0,74; 36 (61)	0,13; 0,48; 29 (8)	n.s.
Familie	0,05; 0,76; 37 (40)	-0,25; 0,76; 25 (25)	.02

Tab. V.3bA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationsparameter unter dem Einfluß der Verbesse-
rungswahrscheinlichkeit bei NPB – „comparison of individual binary variables“ (Hypothese II(a))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit	Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit	
Freundschaften	5,27; 1,19; 29 (26)	5,62; 1,41; 36 (39)	n.s.
Gesundheit	3,55; 1,43; 30 (29)	4,03; 1,58; 35 (36)	n.s.
Familie	5,22; 1,17; 32 (23)	4,88; 1,95; 32 (40)	n.s.
	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit	Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit	
Freundschaften	-0,27; 0,39; 37 (26)	-0,40; 0,36; 30 (39)	n.s.
Gesundheit	0,49; 0,72; 36 (29)	0,31; 0,74; 31 (36)	n.s.
Familie	-0,27; 0,35; 32 (23)	0,00; 0,86; 32 (40)	n.s.

Tab. V.3cA: Mittlere Deprivationswerte und Standardabweichungen (n) bei NPB – Überprüfung der „consistency“ (Hypothese II(a))

Bereich Freundschaften

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	6,11a,b; 1,20 (19)	5,15a; 1,46 (20)
	hoch	6,00; 0,82 (4)	5,14b; 1,21 (22)

*a:p<.03**b:p<.01*

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,53a,b; 0,30	-0,28a; 0,37
	hoch	-0,50; 0,20	-0,28b; 0,41

*a:p<.02**b:p<.008***Bereich Gesundheit**

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	3,20a; 1,30 (5)	4,17b; 1,62 (30)
	hoch	5,50a,c; 0,71 (2)	3,41b,c; 1,37 (27)

*a:p<.08**b:p<.08**c:p<.06*

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		Schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	0,40a; 0,38	0,31; 0,79
	hoch	-0,38a,b; 0,18	0,56b; 0,70

*a:p<.07**b:p<.04***Bereich Familie**

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	5,59a,b; 1,76 (22)	4,00 a,c; 1,85 (18)
	hoch	5,50; 0,71 (2)	5,19 b,c; 1,21 (21)

*a:p<.004**b:p<.10**c:p<.05*

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		Schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,34a,b; 0,63	0,42a,c; 0,94
	hoch	-0,38; 0,18	-0,26 b,c; 0,37

*a:p<.002**b:p<.08**c:p<.03*

Tab. V.3c1A: Ergebnisse der Varianzanalyse zur Überprüfung der „consistency“ Referenzsituation x Verbesserungswahrscheinlichkeit bei NPB

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	Referenzsituation	8,31	1	8,31	5,12	.027
	Verbesserungswahrscheinlichkeit	0,04	1	0,04	0,02	n.s.
	Interaktion	0,03	1	0,03	0,01	n.s.
	Fehler	98,93	61	1,62		
Deprivations-index	Referenzsituation	0,69	1	0,69	5,37	.024
	Verbesserungswahrscheinlichkeit	0,01	1	0,01	0,11	n.s.
	Interaktion	0,00	1	0,00	0,01	n.s.
	Fehler	7,84	61	0,13		
Bereich Gesundheit						
Zufriedenheit	Referenzsituation	1,65	1	1,65	0,75	n.s.
	Verbesserungswahrscheinlichkeit	3,08	1	3,08	1,40	n.s.
	Interaktion	12,15	1	12,15	5,52	.022
	Fehler	131,99	60	2,20		
Deprivations-index	Referenzsituation	0,91	1	0,91	1,74	n.s.
	Verbesserungswahrscheinlichkeit	0,36	1	0,36	0,69	n.s.
	Interaktion	1,36	1	1,36	2,59	n.s.
	Fehler	31,48	60	0,53		
Bereich Familie						
Zufriedenheit	Referenzsituation	5,57	1	5,57	2,15	n.s.
	Verbesserungswahrscheinlichkeit	1,86	1	1,86	0,72	n.s.
	Interaktion	2,53	1	2,53	0,98	n.s.
	Fehler	153,06	59	2,59		
Deprivations-index	Referenzsituation	1,17	1	1,17	2,64	n.s.
	Verbesserungswahrscheinlichkeit	0,78	1	0,78	1,77	n.s.
	Interaktion	0,64	1	0,64	1,44	n.s.
	Fehler	26,16	59	0,44		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.3dA: Mittlere Deprivationswerte und Standardabweichungen (n) bei NPB – Überprüfung der „consistency“ (Hypothese II(a))

Bereich Freundschaften

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-igkeit	niedrig	6,00; - (1)	4,80a; 1,70 (15)
	hoch	6,04 a,b; 1,15 (23)	5,25b; 1,11 (28)

a:p<.02
b:p<.02

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-igkeit	niedrig	-0,50; -	-0,13a; 0,52
	hoch	-0,51a,b; 0,29	-0,30b; 0,30

a:p<.02
b:p<.01

Bereich Gesundheit

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-igkeit	niedrig	4,00; 2,00 (3)	2,91a; 1,27 (22)
	hoch	4,00; 1,41 (5)	4,36a; 1,42 (39)

a:p<.0007

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-igkeit	niedrig	0,25; 0,66	0,89a,b 0,80
	hoch	0,05a; 0,41	0,14b; 0,55

a:p<.03
b:p<.0004

Bereich Familie

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-igkeit	niedrig	2,33 a,b; 1,16 (3)	4,00c,d; 1,90 (17)
	hoch	6,05a,c; 1,16 (21)e	5,24d; 1,14 (21)b,e

a:p<.006
b:p<.009
c:p<.0005
d:p<.04
e:p<.009

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-igkeit	niedrig	0,83a,b; 1,01	0,47 a,c,d; 0,96
	hoch	-0,51c,e; 0,29	-0,30 b,d,e; 0,29

a:p<.006
b:p<.01
c:p<.0003
d:p<.02
e:p<.008

Tab. V.3d1A: Ergebnisse der Varianzanalyse zur Überprüfung der „consistency“ Referenzsituation x Prozessgerechtigkeit bei NPB

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	Referenzsituation	3,47	1	3,47	2,13	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	0,21	1	0,21	0,13	n.s.
	Interaktion	0,14	1	0,14	0,09	n.s.
	Fehler	102,61	63	1,63		
Deprivations-index	Referenzsituation	0,30	1	0,30	2,36	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	0,03	1	0,03	0,21	n.s.
	Interaktion	0,02	1	0,02	0,16	n.s.
	Fehler	7,93	63	0,13		
Bereich Gesundheit						
Zufriedenheit	Referenzsituation	0,89	1	0,89	0,45	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	3,48	1	3,48	1,78	n.s.
	Interaktion	3,48	1	3,48	1,78	n.s.
	Fehler	126,79	65	1,95		
Deprivations-index	Referenzsituation	0,86	1	0,86	2,11	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	1,50	1	1,50	3,68	.060
	Interaktion	0,50	1	0,50	1,24	n.s.
	Fehler	26,50	65	0,41		
Bereich Familie						
Zufriedenheit	Referenzsituation	1,51	1	1,51	0,77	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	50,32	1	50,32	25,73	.000
	Interaktion	12,58	1	12,58	6,43	.014
	Fehler	113,43	58	1,96		
Deprivations-index	Referenzsituation	0,05	1	0,05	0,13	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	9,16	1	9,16	26,20	.000
	Interaktion	0,68	1	0,68	1,95	n.s.
	Fehler	20,29	58	0,35		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.3eA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationsmaße unter dem Einfluß der Prozessgerechtigkeit bei NPB (Exkurs zu Hypothese II (a))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit , Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Prozessgerechtigkeit	Niedrige Prozessgerechtigkeit	
Freundschaften	5,61; 1,19; 36 (51)	4,88; 1,67; 28 (16)	n.s.
Gesundheit	4,32; 1,41; 41 (44)	3,04; 1,37; 25 (25)	.002
Familie	5,64; 1,21; 47 (42)	3,75; 1,89; 19 (20)	.0002
Mittelwert Deprivationsindex , Standardabweichung; mittlere Rang (n)			Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
Freundschaften	-0,39; 0,31; 32 (51)	-0,16; 0,51; 41 (16)	n.s.
Gesundheit	0,13; 0,54; 29 (44)	0,81; 0,80; 46 (25)	.0005
Familie	-0,41; 0,31; 25 (42)	0,53; 0,95; 45 (20)	.0001

Tab. V.3fA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationsmaße unter dem Einfluß der Referenzsituation bei AP – „comparison of individual binary variables“ (Hypothese II (b))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Gute Referenzsituation	Schlechte Referenzsituation	
Freundschaften	4,71; 1,838; 36 (61)	5,54; 1,450; 46 (13)	n.s.
Seel. Gesundheit	4,19; 1,903; 36 (65)	5,13; 2,031; 47 (8)	n.s.
Familie	3,76; 2,205; 30 (51)	5,88; 1,616; 48 (17)	.0008
Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)			Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
Freundschaften	0,41; 0,991; 40 (61)	0,02; 0,960; 28 (13)	.08
Seel. Gesundheit	0,81; 1,036; 38 (65)	0,41; 1,118; 29 (8)	n.s.
Familie	0,88; 1,095; 40 (51)	-0,34; 0,572; 18 (17)	.0001

Tab. V.3gA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge unter der Einfluß der Verbesserungswahrscheinlichkeit bei AP – „comparison of individual binary variables“ (Hypothese II (b))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit	Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit	
Freundschaften	4,51; 1,79; 32 (43)	5,45; 1,70; 44 (29)	.02
Seel. Gesundheit	4,24; 1,91; 37 (62)	3,70; 2,00; 31 (10)	n.s.
Familie	4,39; 2,13; 35 (34)	4,18; 2,37; 33 (33)	n.s.
Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)			Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
Freundschaften	0,54; 0,98; 42 (43)	-0,02; 0,90; 28 (29)	.003
Seel. Gesundheit	0,79; 1,03; 36 (62)	0,98; 1,09; 40 (10)	n.s.
Familie	0,62; 0,97; 35 (34)	0,54; 1,24; 33 (33)	n.s.

Tab. V.3hA: Mittlere Deprivationswerte und Standardabweichungen (n) bei AP – Überprüfung der „consistency“ (Hypothese II (b))

Bereich Freundschaften

Zufriedenheit		Referenzsituation		Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut			schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	6,33; 0,52a,b (6)	5,22; 1,83c (23)	Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,58; 0,13 a,b,c	0,13; 0,96a,d
	hoch	4,86; 1,68a (7)	4,44; 1,83b,c (36)		hoch	0,54; 1,08b	0,54; 0,98c,d

a:p<.07

b:p<.009

c:p<.09

a:p<.02

b:p<.02

c:p<.002

d:p<.05

Bereich Seelische Gesundheit

Zufriedenheit		Referenzsituation		Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut			schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	6,00; - (1)	3,44, 1,94 (9)	Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,50; -	1,14; 1,02
	hoch	5,00; 2,16 (7)	4,20; 1,85 (54)		hoch	0,54; 1,14	0,81; 1,03

Fortsetzung Tab. V.3hA

Bereich Familie

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	5,79; 1,76a,b (14)	3,05; 2,09 (20)acd
	hoch	6,50; 0,71c (2)	4,27; 2,12 (34) b,d

a:p<.0009
b:p<.03
c:p<.05
d:p<.05

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,30; 0,62a,b	1,14; 1,22a,c
	hoch	-0,50; 0,35c,d	0,68; 0,96 b,d

a:p<.0006
b:p<.002
c:p<.09
d:p<.09

Tab. V.3h1A: Ergebnisse der Varianzanalyse zur Überprüfung der „consistency“ Referenzsituation x Verbesserungswahrscheinlichkeit bei AP

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	Referenzsituation	6,14	1	6,14	2,00	n.s.
	Verbess.wahrscheinlichkeit	13,29	1	13,29	4,32	.041
	Interaktion	1,30	1	1,30	0,42	n.s.
	Fehler	208,99	68	3,07		
Deprivations-index	Referenzsituation	1,33	1	1,33	1,49	n.s.
	Verbess.wahrscheinlichkeit	6,09	1	6,09	6,82	.011
	Interaktion	1,34	1	1,34	1,50	n.s.
	Fehler	60,77	68	0,89		
Bereich Seelische Gesundheit						
Zufriedenheit	Referenzsituation	8,83	1	8,83	2,48	n.s.
	Verbess.wahrscheinlichkeit	0,05	1	0,05	0,01	n.s.
	Interaktion	2,43	1	2,43	0,68	n.s.
	Fehler	238,98	67	3,57		
Deprivations-index	Referenzsituation	2,86	1	2,86	2,67	n.s.
	Verbess.wahrscheinlichkeit	0,39	1	0,39	0,36	n.s.
	Interaktion	1,47	1	1,47	1,37	n.s.
	Fehler	71,91	67	1,07		
Bereich Familie						
Zufriedenheit	Referenzsituation	39,51	1	39,51	9,44	.003
	Verbess.wahrscheinlichkeit	6,21	1	6,21	1,48	n.s.
	Interaktion	0,53	1	0,53	0,13	n.s.
	Fehler	263,81	63	4,19		
Deprivations-index	Referenzsituation	11,07	1	11,07	11,31	.001
	Verbess.wahrscheinlichkeit	0,81	1	0,81	0,82	n.s.
	Interaktion	0,17	1	0,17	0,17	n.s.
	Fehler	61,71	63	0,98		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.3iA: Mittlere Deprivationswerte und Standardabweichungen (n) bei AP – Überprüfung der „consistency“ (Hypothese II (b))

Bereich Freundschaften

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess- gerech- tigkeit	niedrig	5,67a; 1,53 (3)	3,55a, 1,87 (22)b,c
	hoch	5,50b; 1,51 (10)	5,36c; 1,48 (39)

a:p<.08
b:p<.007
c:p<.0004

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess- gerech- tigkeit	niedrig	0,25; 1,15	1,13; 1,03a,b
	hoch	-0,05; 0,96a	0,01; 0,71b

a:p<.003
b:p<.0001

Bereich Seelische Gesundheit

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess- gerech- tigkeit	niedrig	6,50; 0,71 (2)a	3,82; 2,04 (38)a,b
	hoch	4,67; 2,16 (6)	4,70; 1,59 (27)b

a:p<.07
b:p<.08

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess- gerech- tigkeit	niedrig	0,13; 0,88	1,17; 1,01a
	hoch	0,50; 1,25	0,31; 0,85a

a:p<.001

Bereich Familie

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess- gerech- tigkeit	niedrig	3,33; 2,52 (3)a	3,00; 1,90 (32)b,c
	hoch	6,43; 0,65a, (14)b,d	5,00; 2,07 (21)c,d

a:p<.03
b:p<.0001
c:p<.02
d:p<.05

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess- gerech- tigkeit	niedrig	0,67; 0,63a	1,44; 0,83 a,b,c
	hoch	-0,55; 0,24 b,d	0,01; 0,80c

a:p<.008
b:p<.0001
c:p<.0001
d:p<.03

Tab. V.3iIA: Ergebnisse der Varianzanalyse zur Überprüfung der „consistency“ Referenzsituation x Prozessgerechtigkeit bei AP

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	Referenzsituation	10,15	1	10,15	3,91	.052
	Prozessgerechtigkeit	5,38	1	5,38	2,07	n.s.
	Interaktion	7,77	1	7,77	3,00	.088
	Fehler	181,60	70	2,59		
Deprivations- index	Referenzsituation	1,74	1	1,74	2,33	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	3,95	1	3,95	5,28	.025
	Interaktion	1,31	1	1,31	1,75	n.s.
	Fehler	52,44	70	0,75		
Bereich Seelische Gesundheit						
Zufriedenheit	Referenzsituation	9,60	1	9,60	2,72	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	1,22	1	1,22	0,35	n.s.
	Interaktion	10,14	1	10,14	2,88	.094
	Fehler	243,17	69	3,52		
Deprivations- index	Referenzsituation	0,99	1	0,99	1,05	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	0,33	1	0,33	0,35	n.s.
	Interaktion	2,11	1	2,11	2,23	n.s.
	Fehler	65,34	69	0,95		

Fortsetzung Tab. V.3iIA

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Familie						
Zufriedenheit	<i>Referenzsituation</i>	6,28	1	6,28	1,95	n.s.
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	57,31	1	57,31	17,82	.000
	<i>Interaktion</i>	1,63	1	1,63	0,51	n.s.
	Fehler	202,59	63	3,22		
Deprivations-index	<i>Referenzsituation</i>	3,63	1	3,63	6,61	.013
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	14,81	1	14,81	26,94	.000
	<i>Interaktion</i>	0,13	1	0,13	0,24	n.s.
	Fehler	34,64	63	0,55		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.3jA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationsmaße unter dem Einfluß der Prozessgerechtigkeit bei AP (Exkurs zu Hypothese II (b))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Prozessgerechtigkeit	Niedrige Prozessgerechtigkeit	
Freundschaften	5,39; 1,47; 43 (49)	3,80; 1,94; 26 (25)	.0007
Seel. Gesundheit	4,59; 1,76; 41 (34)	3,95; 2,08; 35 (40)	n.s.
Familie	5,57; 1,79; 46 (33)	3,03; 1,92; 23 (34)	.0001
Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)			
Freundschaften	0,00; 0,76; 30 (49)	1,02; 1,06; 52 (25)	.0001
Seel. Gesundheit	0,38; 0,93; 29 (34)	1,12; 1,02; 44 (40)	.003
Familie	-0,21; 0,69; 19 (33)	1,37; 0,84; 48 (34)	.0001

Tab. V.3kA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationsparameter unter dem Einfluß der Referenzsituation bei LZP – „comparison of individual binary variables“ (Hypothese II(c))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Gute Referenzsituation	Schlechte Referenzsituation	
Freundschaften	5,30; 1,99; 32 (33)	6,00; 1,20; 38 (36)	n.s.
Seel. Gesundheit	4,84; 2,11; 29 (32)	5,57; 1,79; 35 (30)	n.s.
Familie	5,50; 2,05; 35 (38)	5,68; 1,42; 32 (28)	n.s.
Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)			
Freundschaften	-0,24; 0,62; 38 (33)	-0,49; 0,31; 32 (36)	n.s.
Seel. Gesundheit	0,09; 0,90; 35 (32)	-0,24; 0,83; 27 (30)	.08
Familie	-0,08; 0,89; 35 (38)	-0,41; 0,40; 32 (28)	n.s.

Tab. V.3lA: Mittlere Deprivationswerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge unter der Einfluß der Verbesserungswahrscheinlichkeit bei LZP – „comparison of individual binary variables“ (Hypothese II (c))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Verbesserungswahrscheinlichkeit	Niedrige Verbesserungswahrscheinlichkeit	
Freundschaften	6,00; 1,53; 37 (13)	5,65; 1,61; 32 (52)	n.s.
Seel. Gesundheit	4,29; 2,42; 24 (17)	5,39; 1,83; 30 (39)	n.s.
Familie	6,25; 1,29; 40 (16)	5,43; 1,84; 29 (47)	.05
Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)			
Freundschaften	-0,50; 0,38; 28 (13)	-0,35; 0,55; 34 (52)	n.s.
Seel. Gesundheit	0,27; 0,96; 34 (17)	-0,15; 0,85; 26 (39)	.09
Familie	-0,42; 0,45; 27 (16)	-0,19; 0,74; 34 (47)	n.s.

Tab. V.3mA: Mittlere Deprivationswerte und Standardabweichungen (n) bei LZP – Überprüfung der „consistency“ (Hypothese II (c))

Bereich Freundschaften

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	5,97; 1,25 (31)	5,42; 1,81 (19)
	hoch	6,67; 0,58 (3)	5,80; 1,69 (10)

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,48; 0,33	-0,23; 0,69
	hoch	-0,67; 0,14	-0,45; 0,42

Bereich Seelische Gesundheit

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	5,57; 1,93 (23)	5,36; 1,60 (14)
	hoch	5,25; 1,71 (4)	4,00; 2,58 (13)

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,21; 0,93a	-0,16; 0,66
	hoch	-0,31; 0,43	0,44; 1,02a

a:p < .04

Bereich Familie

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	5,64; 1,50a (25)	5,14; 2,22b (21)
	hoch	6; - (1)	6,27; 1,34a,b (15)

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Verbess.- wahrsch.- keit	niedrig	-0,39, 0,42	0,07, 0,96
	hoch	-0,50 -	-1,00, 0,68

a:p < .07

b:p < .07

Tab. V.3m1A: Ergebnisse der Varianzanalyse zur Überprüfung der „consistency“ Referenzsituation x Verbesserungswahrscheinlichkeit bei LZP

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	Referenzsituation	3,86	1	3,86	1,73	n.s.
	Verbess.- wahrscheinlichkeit	2,24	1	2,24	1,00	n.s.
	Interaktion	0,20	1	0,20	0,09	n.s.
	Fehler	131,87	59	2,24		
Deprivations- index	Referenzsituation	0,42	1	0,42	1,86	n.s.
	Verbess.- wahrscheinlichkeit	0,34	1	0,34	1,48	n.s.
	Interaktion	0,00	1	0,00	0,01	n.s.
	Fehler	13,42	59	0,23		
Bereich Seelische Gesundheit						
Zufriedenheit	Referenzsituation	4,81	1	4,81	1,18	n.s.
	Verbess.- wahrscheinlichkeit	6,33	1	6,33	1,55	n.s.
	Interaktion	2,46	1	2,46	0,60	n.s.
	Fehler	203,62	50	4,07		
Deprivations- index	Referenzsituation	1,45	1	1,45	1,92	n.s.
	Verbess.- wahrscheinlichkeit	0,56	1	0,56	0,74	n.s.
	Interaktion	1,14	1	1,14	1,51	n.s.
	Fehler	37,72	50	0,75		
Bereich Familie						
Zufriedenheit	Referenzsituation	0,05	1	0,05	0,02	n.s.
	Verbess.- wahrscheinlichkeit	1,91	1	1,91	0,62	n.s.
	Interaktion	0,51	1	0,51	0,17	n.s.
	Fehler	177,27	58	3,06		
Deprivations- index	Referenzsituation	0,26	1	0,26	0,59	n.s.
	Verbess.- wahrscheinlichkeit	0,31	1	0,31	0,71	n.s.
	Interaktion	0,12	1	0,12	0,28	n.s.
	Fehler	25,49	58	0,44		

Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.3nA: Mittlere Deprivationswerte und Standardabweichungen (n) bei LZP – Überprüfung der „consistency“ (Hypothese II (c))

Bereich Freundschaften

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-tigkeit	niedrig	5,50; 1,73 (4)	4,50; 2,39 (8)
	hoch	6,06; 1,13 (32)	5,50; 1,84 (24)

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-tigkeit	niedrig	-0,25; 0,46	0,09; 0,89a
	hoch	-0,52; 0,28a	-0,32; 0,54

*a:p<.10***Bereich Seelische Gesundheit**

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-tigkeit	niedrig	3,00; 2,53 (6)a,b	3,82; 2,52 (11)c
	hoch	6,21; 0,72a, (24)c,d	5,38; 1,69 (21)b,d

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-tigkeit	niedrig	0,96; 1,29a,b	0,50; 1,02c
	hoch	-0,54; 0,20 a,c,d	-0,12; 0,77b,d

*a:p<.007**b:p<.04**c:p<.02**d:p<.09**a:p<.005**b:p<.07**c:p<.02**d:p<.02***Bereich Familie**

Zufriedenheit		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-tigkeit	niedrig	2,33; 1,16 (3)a,b	4,86; 2,50 (21)
	hoch	6,08; 0,76 (25)a	6,29; 0,85 (17)b

Deprivationsindex		Referenzsituation	
		schlecht	gut
Prozess-gerecht-tigkeit	niedrig	0,58; 0,14a,b	0,31; 1,03c,d
	hoch	-0,53; 0,19a,c	-0,56; 0,21 b,d

*a:p<.003**b:p<.005**a:p<.004**b:p<.005**c:p<.02**d:p<.009*

Tab. V.3n1A: Ergebnisse der Varianzanalyse zur Überprüfung der „consistency“ Referenzsituation x Prozessgerechtigkeit bei LZP

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Freundschaften						
Zufriedenheit	Referenzsituation	5,45	1	5,45	2,09	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	5,45	1	5,45	2,09	n.s.
	Interaktion	0,43	1	0,43	0,16	n.s.
	Fehler	166,88	64	2,61		
Deprivations-index	Referenzsituation	0,64	1	0,64	2,69	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	1,04	1	1,04	4,35	.041
	Interaktion	0,05	1	0,05	0,21	n.s.
	Fehler	15,29	64	0,24		
Bereich Selische Gesundheit						
Zufriedenheit	Referenzsituation	0,02	1	0,02	0,00	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	65,63	1	65,63	23,13	.000
	Interaktion	7,81	1	7,81	2,75	n.s.
	Fehler	164,55	58	2,84		
Deprivations-index	Referenzsituation	0,00	1	0,00	0,01	n.s.
	Prozessgerechtigkeit	12,95	1	12,95	23,77	.000
	Interaktion	2,24	1	2,24	4,11	.047
	Fehler	31,59	58	0,55		

Fortsetzung Tab. V.3n1A

Parameter	Variable	Quadratsumme	Freiheitsgrade	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
Bereich Familie						
Zufriedenheit	<i>Referenzsituation</i>	15,62	1	15,62	6,35	.014
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	56,01	1	56,01	22,75	.000
	<i>Interaktion</i>	11,12	1	11,12	4,52	.038
	<i>Fehler</i>	152,61	62	2,46		
Deprivations-index	<i>Referenzsituation</i>	0,20	1	0,20	0,53	n.s.
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	8,16	1	8,16	22,01	.000
	<i>Interaktion</i>	0,12	1	0,12	0,33	n.s.
	<i>Fehler</i>	22,98	62	0,37		

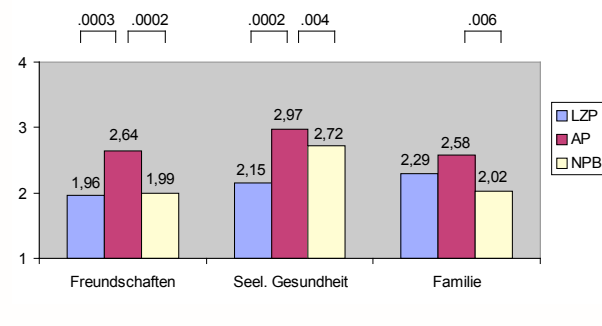
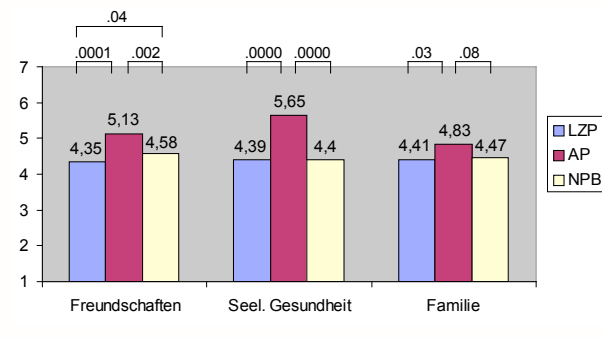
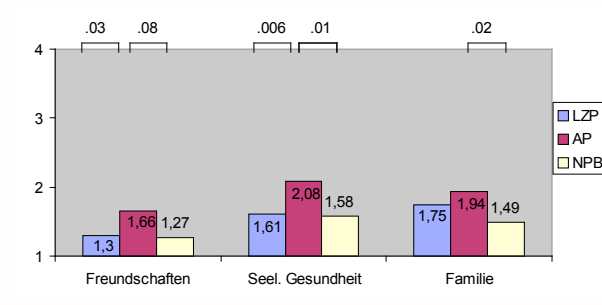
Varianzzerlegung Typ III

Tab. V.3oA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Deprivationsmaße unter dem Einfluß der Prozessgerechtigkeit bei L郑 (Exkurs zu Hypothese II (c))

Bereich	Mittelwert Zufriedenheit ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Prozessgerechtigkeit	Niedrige Prozessgerechtigkeit	
Freundschaften	5,81; 1,48; 37 (57)	4,54; 2,33; 27 (13)	.10
Seel. Gesundheit	5,80; 1,31; 37 (46)	3,44; 2,43; 21 (18)	.002
Familie	6,16; 0,79; 37 (43)	4,54; 2,50; 27 (24)	.05
Bereich	Mittelwert Deprivationsindex ; Standardabweichung; mittlerer Rang (n)		Sign.niveau (p<...) [Mann-Whitney-U]
	Hohe Prozessgerechtigkeit	Niedrige Prozessgerechtigkeit	
Freundschaften	-0,43; 0,42; 33 (57)	0,08; 0,81; 45 (13)	.05
Seel. Gesundheit	-0,34; 0,58; 28 (46)	0,71; 1,09; 44 (18)	.003
Familie	-0,54; 0,19; 28 (43)	0,34; 0,97; 45 (20)	.0004

Tab. V.3pA: Mittelwerte, Standardabweichungen und mittlere Ränge der Elemente der Theorie der Referenzkognitionen in den 3 Stichproben (Diskussion)

Bereich	Elemente der Theorie der Referenzkognitionen	L郑	AP
Freundschaften	<i>Referenzsituation</i>	1,96; 1,19; 59	2,64; 1,05; 84
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	4,35; 0,91; 56	5,13; 1,22; 81
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,30; 0,73; 66	1,66; 1,08; 78
(Seelische) Gesundheit	<i>Referenzsituation</i>	2,15; 1,29; 55	2,97; 1,03; 79
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	4,39; 1,34; 45	5,65; 1,02; 80
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,61; 1,11; 61	2,08; 1,18; 77
Familie	<i>Referenzsituation</i>	2,29; 1,30; 63	2,57; 1,18; 72
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	4,41; 1,17; 58	4,81; 1,35; 72
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,75; 1,16; 63	1,94; 1,13; 72
		L郑	NPB
Freundschaften	<i>Referenzsituation</i>	1,96; 1,19; 66	1,99; 0,94; 72
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	4,35; 0,91; 60	4,58; 0,95 71
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,30; 0,73; 68	1,27; 0,51; 70
(Seelische) Gesundheit	<i>Referenzsituation</i>	2,15; 1,29; 56	2,72; 1,01; 75
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	4,39; 1,34; 60	4,40; 1,37; 62
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,61; 1,11; 65	1,58; 0,91; 69
Familie	<i>Referenzsituation</i>	2,29; 1,30; 69	2,02; 1,04; 63
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	4,41; 1,17; 61	4,47; 1,17; 66
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,75; 1,16; 68	1,49; 0,86; 63
		AP	NPB
Freundschaften	<i>Referenzsituation</i>	2,64; 1,05; 83	1,99; 0,94; 59
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	5,13; 1,22; 77	4,58; 0,9560
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,66; 1,08; 76	1,27; 0,51; 66
(Seelische) Gesundheit	<i>Referenzsituation</i>	2,97; 1,03; 76	2,72; 1,01; 66
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	5,65; 1,02; 86	4,40; 1,37; 50
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	2,08; 1,18; 80	1,58; 0,91; 64
Familie	<i>Referenzsituation</i>	2,57; 1,18; 76	2,02; 1,04; 58
	<i>Verbesserungswahrscheinlichkeit</i>	4,81; 1,35; 71	4,47; 1,17; 61
	<i>Prozessgerechtigkeit</i>	1,94; 1,13; 72	1,49; 0,86; 58

Abb. V.3a: Mittelwerte Vorstellbarkeit einer guten *Referenzsituation* bei NPB, AP und LZPAbb. V.3b: Mittelwerte *Verbesserungswahrscheinlichkeit* bei NPB, AP und LZPAbb. V.3c: Mittelwerte *Prozessgerechtigkeit* bei NPB, AP und LZP

Tab. V.3qA: Korrelationen zwischen den Elementen der Theorie der Referenzkognitionen und Hospitalisierungsdauer bzw. Alter bei LZP

	Alter	Dauer des derzeitigen Psychiatrieaufenthaltes	kumulative Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie
Bereich Freundschaften			
Referenzsituation	-,43 69 .0001	-,18 66 .07	-,30 64 .009
Verbesserungswahrscheinlichkeit	-,12 70 n.s.	-,14 67 n.s.	-,17 65 .09
Prozessgerechtigkeit	-,20 65 .05	-,11 62 n.s.	-,18 60 .08
Zufriedenheit	,20 72 .05	,21 69 .04	,21 67 .05
Deprivationsindex	-,20 72 .05	-,22 69 .04	-,22 67 .04
Bereich Seelische Gesundheit			
Referenzsituation	-,35 62 .004	-,16 59 n.s.	-,29 58 .02
Verbesserungswahrscheinlichkeit	-,28 56 .02	,00 54 n.s.	-,16 52 n.s.
Prozessgerechtigkeit	-,08 64 n.s.	-,08 61 n.s.	-,18 60 .08
Zufriedenheit	,23 66 .03	,27 63 .02	,19 62 .07
Deprivationsindex	-,26 66 .02	-,28 63 .02	-,21 62 .05
Bereich Familie			
Referenzsituation	-,15 66 n.s.	-,13 63 n.s.	-,12 62 n.s.
Verbesserungswahrscheinlichkeit	-,14 63 n.s.	,01 61 n.s.	,00 59 n.s.
Prozessgerechtigkeit	-,15 67 n.s.	-,10 64 n.s.	-,17 63 .09
Zufriedenheit	,00 68 n.s.	-,11 65 n.s.	,07 61 n.s.
Deprivationsindex	-,10 68 n.s.	,03 65 n.s.	-,07 64 n.s.

Die Zellen zeigen an: oberste Zeile: Korr.koeffizient n. Spearman
mittlere Zeile: n
unterste Zeile: eins. Sign.niveau ($p < \dots$)

Tab. V.4aA: Kreuztabelle zu den Antworten auf offene und direkte Frage nach sozialen Vergleichen – Vergleichsziele im Bereich Freundschaften

offene Frage		Gruppe		Gesamt	direkte Frage		Gruppe		Gesamt
		LZP	AP				LZP	AP	
Mitpatienten	Anzahl	13	2	15	Mitpatienten	Anzahl	12	6	18
	Erwartete Anzahl	5,8	9,2	15,0		Erwartete Anzahl	7,1	10,9	18,0
	% von Gruppe	52,0%	5,0%	23,1%		% von Gruppe	44,4%	14,6%	26,5%
	Standardisierte Residuen	3,0	-2,4			Standardisierte Residuen	1,8	-1,5	
Familienangehörige	Anzahl	2	1	3	Familienangehörige	Anzahl	5	8	13
	Erwartete Anzahl	1,2	1,8	3,0		Erwartete Anzahl	5,2	7,8	13,0
	% von Gruppe	8,0%	2,5%	4,6%		% von Gruppe	18,5%	189,5%	19,1%
	Standardisierte Residuen	0,8	-0,6			Standardisierte Residuen	-0,1	0,1	
Personal der Einrichtung	Anzahl	1	0	1	Personal der Einrichtung	Anzahl	2	0	2
	Erwartete Anzahl	0,4	0,6	1,0		Erwartete Anzahl	0,8	1,2	2,0
	% von Gruppe	4,0%	0%	1,5%		% von Gruppe	7,4%	0%	2,9%
	Standardisierte Residuen	1,0	-0,8			Standardisierte Residuen	1,4	-1,1	
Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie	Anzahl	3	11	14	Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie	Anzahl	7	25	32
	Erwartete Anzahl	5,4	8,6	14,0		Erwartete Anzahl	12,7	19,3	32,0
	% von Gruppe	12,0%	27,5%	21,5%		% von Gruppe	25,9%	61,0%	47,1%
	Standardisierte Residuen	-1,0	0,8			Standardisierte Residuen	-1,6	1,3	
Unbekannte; z.B. Interviewer	Anzahl	0	1	1	Personen des öffentl. Lebens	Anzahl	1	2	3
	Erwartete Anzahl	0,4	0,6	1,0		Erwartete Anzahl	1,2	1,8	3,0
	% von Gruppe	0%	2,5%	1,5%		% von Gruppe	3,7%	4,9%	4,4%
	Standardisierte Residuen	-0,6	0,5			Standardisierte Residuen	-0,2	0,1	
„alle“	Anzahl	6	25	31					
	Erwartete Anzahl	11,9	19,1	31,0					
	% von Gruppe	24,0%	62,5%	47,7%					
	Standardisierte Residuen	-1,7	1,4						
Gesamt	Anzahl	25	40	65	Gesamt	Anzahl	27	41	68
	Erwartete Anzahl	25,0	40,0	65,0		Erwartete Anzahl	27,0	41,0	68,0
	% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%		% von Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%

 $\chi^2=24,458$; df=5; p=,000 $\chi^2=12,811$; df=4; p=,012

Tab. V.4bA: Kreuztabelle zu den Antworten auf offene und direkte Frage nach sozialen Vergleichen – Vergleichsziele im Bereich Seelische Gesundheit

offene Frage		Gruppe		Gesamt	direkte Frage		Gruppe		Gesamt
		LZP	AP				LZP	AP	
Mitpatienten	Anzahl	19	14	33	Mitpatienten	Anzahl	15	11	26
	Erwartete Anzahl	11,7	21,3	33,0		Erwartete Anzahl	9,9	16,1	26,0
	% von Gruppe	70,4%	28,6%	43,4%		% von Gruppe	51,7%	23,4%	34,2%
	Standardisierte Residuen	2,1	-1,6			Standardisierte Residuen	1,6	-1,3	
Familienangehörige	Anzahl	1	4	5	Familienangehörige	Anzahl	9	12	21
	Erwartete Anzahl	1,8	3,2	5,0		Erwartete Anzahl	8,0	13,0	21,0
	% von Gruppe	3,7%	8,2%	6,6%		% von Gruppe	31,0%	25,5%	27,6%
	Standardisierte Residuen	-0,6	0,4			Standardisierte Residuen	0,3	-0,3	
Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie	Anzahl	0	10	10	Personal der Einrichtung	Anzahl	2	1	3
	Erwartete Anzahl	3,6	6,5	10,0		Erwartete Anzahl	1,1	1,9	3,0
	% von Gruppe	0%	20,4%	13,2%		% von Gruppe	6,9%	2,1%	3,9%
	Standardisierte Residuen	-1,9	1,4			Standardisierte Residuen	0,8	-0,6	
Unbekannte; z.B. Interviewer	Anzahl	0	1	1	Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie	Anzahl	1	18	19
	Erwartete Anzahl	0,4	0,6	1,0		Erwartete Anzahl	7,3	11,8	19,0
	% von Gruppe	0%	2,0%	1,3%		% von Gruppe	3,4%	38,3%	25,0%
	Standardisierte Residuen	-0,6	0,4			Standardisierte Residuen	-2,3	1,8	
„alle“	Anzahl	7	20	27	Personen des öffentl. Lebens	Anzahl	1	2	3
	Erwartete Anzahl	9,6	17,4	27,0		Erwartete Anzahl	1,1	1,9	3,0
	% von Gruppe	25,9%	40,8%	35,5%		% von Gruppe	3,4%	4,3%	3,9%
	Standardisierte Residuen	-0,8	0,6			Standardisierte Residuen	0,3	0,1	

Fortsetzung Tab. V.4bA

offene Frage		Gruppe		Gesamt	direkte Frage		Gruppe		Gesamt
		LZP	AP				LZP	AP	
					Unbekannte; z.B. Interviewer	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	1 0,8 3,4% 0,3	1 1,2 2,1% -0,2	2 2,0 2,6%
					„alle“	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	0 0,8 0% -0,9	2 1,2 4,3% 0,7	2 2,0 2,6%
Gesamt	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe	27 27,0 100,0%	49 49,0 100,0%	76 76,0 100,0%	Gesamt	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe	29 29,0 100,0%	47 47,0 100,0%	76 76,0 +00,0%

 $\chi^2=14,678$; df=4; p=.005 $\chi^2=15,529$; df=6; p=.017

Tab. V.4cA: Kreuztabelle zu den Antworten auf offene und direkte Frage nach sozialen Vergleichen – Vergleichsziele im Bereich Familie

offene Frage		Gruppe		Gesamt	direkte Frage		Gruppe		Gesamt
		LZP	AP				LZP	AP	
Mitpatienten	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	16 7,0 69,6% 3,4	4 13,0 9,3% -2,5	20 20,0 30,3%	Mitpatienten	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	8 4,5 36,4% 1,7	3 6,5 9,4% -1,4	11 11,0 20,4%
Familienan- gehörige	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	2 2,4 8,7% -0,3	5 4,6 11,6% 0,2	7 7,0 10,6%	Familienan- gehörige	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	6 4,1 27,3% 1,0	4 5,9 12,5% -0,8	10 10,0 18,5%
Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	2 5,6 8,7% -1,5	14 10,4 32,6% 1,1	16 16,0 24,2%	Personal der Einrichtung	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	0 0,4 0% -0,6	1 0,6 3,1% 0,5	1 1,0 1,9%
Unbekannte; z.B. Interviewer	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	3 1,7 13% 1,0	2 3,3 4,7% -0,7	5 5,0 7,6%	Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	4 11,0 18,2% -2,1	23 16,0 71,9% 1,8	27 27,0 50,0%
„alle“	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	0 6,3 0% -2,5	18 11,7 41,9% 1,8	18 18,0 27,3%	Personen des öffentl. Lebens	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	4 1,6 18,2% 1,9	0 2,4 0% -1,5	4 4,0 7,4%
					Unbekannte; z.B. Interviewer	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe Standardisierte Residuen	0 0,4 0% -0,6	1 0,6 3,1% 0,5	1 1,0 1,9%
Gesamt	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe	23 23,0 100,0%	43 43,0 100,0%	66 66,0 100,0%	Gesamt	Anzahl Erwartete Anzahl % von Gruppe	22 22,0 100,0%	32 32,0 100,0%	54 54,0 +00,0%

 $\chi^2=32,621$; df=4; p=.000 $\chi^2=20,908$; df=5; p=.001

Tab. V.5dA1: Einfache Regressionsanalyse Bereich Freundschaften

Prädiktorvariablen	Kriteriumsvariable Zufriedenheit											
	LZP				AP				NPB			
	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau
Wollen	,149	,022	-,021	,676	,391	,153	,116	,009	,388	,150	,110	,015
Berechtigung	,412	,170	,132	,006	,414	,172	,135	,005	,467	,219	,181	,001
Referenzwahr- nehmung	,329	,108	,067	,057	,232	,054	,013	,271	,372	,138	,098	,022
Verbess.WK	,333	,111	,052	,127	,373	,139	,074	,072	,275	,076	-,003	,445
Prozessgerech- tigkeit	,321	,103	,062	,065	,500	,250	,218	,000	,241	,058	,028	,148
Sozialer Vergleich (mit MP)	,092	,008	-,025	,775	,401	,161	,132	,006	,608	,370	,349	,000

Fortsetzung Tab. V.5dA1

Kriteriumsvariable Deprivationsindex												
Prädiktorvariablen	LZP				AP				NPB			
	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau
Wollen	,227	,051	,010	,306	,435	,189	,154	,002	,433	,187	,149	,004
Berechtigung	,446	,199	,163	,002	,382	,146	,109	,013	,534	,286	,251	,000
Referenzwahrnehmung	,359	,129	,088	,029	,287	,082	,043	,110	,378	,143	,103	,019
Verbess.WK	,303	,092	,032	,208	,344	,118	,051	,132	,307	,094	,017	,308
Prozessgerechtigkeit	,409	,167	,129	,007	,558	,311	,281	,000	,637	,405	,385	,000
Sozialer Vergleich (mit MP)	,081	,007	-,027	,820	,437	,191	,164	,002	,637	,405	,385	,000

Tab. V.5dA2: Einfache Regressionsanalyse Bereich (Seelische) Gesundheit

Kriteriumsvariable Zufriedenheit												
Prädiktorvariablen	LZP				AP				NPB			
	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau
Wollen	,388	,150	,109	,017	,377	,142	,105	,013	,579	,336	,306	,000
Berechtigung	,318	,101	,056	,091	,228	,052	,010	,300	,495	,245	,210	,000
Referenzwahrnehmung	,377	,142	,097	,030	,200	,040	-,002	,417	,241	,058	,014	,272
Verbess.WK	,450	,203	,123	,040	,192	,037	-,021	,634	,357	,128	,038	,224
Prozessgerechtigkeit	,542	,293	,258	,000	,319	,102	,063	,056	,417	,174	,136	,006
Sozialer Vergleich (mit MP)	,663	,439	,419	,000	,338	,114	,087	,018	,378	,143	,115	,009
Kriteriumsvariable Deprivationsindex												
Wollen	,402	,162	,121	,012	,448	,201	,167	,001	,547	,299	,267	,000
Berechtigung	,368	,135	,092	,032	,298	,089	,049	,095	,490	,240	,204	,001
Referenzwahrnehmung	,371	,137	,093	,034	,172	,030	-,013	,555	,324	,105	,064	,064
Verbess.WK	,459	,211	,132	,033	,194	,038	-,020	,626	,351	,124	,033	,245
Prozessgerechtigkeit	,543	,294	,259	,000	,422	,178	,143	,003	,524	,275	,241	,000
Sozialer Vergleich (mit MP)	,651	,424	,403	,000	,412	,170	,144	,002	,459	,210	,185	,001

Tab. V.5dA3: Einfache Regressionsanalyse Bereich Familie

Kriteriumsvariable Zufriedenheit												
Prädiktorvariablen	LZP				AP				NPB			
	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau	R	R square	adj. R square	Sign. niveau
Wollen	,187	,035	-,012	,526	,513	,263	,228	,000	,470	,221	,182	,002
Berechtigung	,325	,105	,061	,081	,530	,281	,246	,000	,543	,294	,257	,000
Referenzwahrnehmung	,108	,012	-,036	,864	,441	,194	,156	,003	,483	,233	,194	,001
Verbess.WK	,464	,215	,131	,029	,292	,085	-,006	,481	,545	,296	,221	,002
Prozessgerechtigkeit	,635	,404	,375	,000	,632	,400	,371	,000	,601	,361	,328	,000
Sozialer Vergleich (mit MP)	,358	,128	,097	,043	,787	,619	,365	,108	,827	,685	,519	,056
Kriteriumsvariable Deprivationsindex												
Wollen	,324	,105	,062	,074	,605	,366	,336	,000	,390	,152	,110	,019
Berechtigung	,515	,265	,228	,000	,606	,367	,336	,000	,619	,383	,350	,000
Referenzwahrnehmung	,281	,079	,035	,161	,514	,264	,229	,000	,486	,236	,198	,001
Verbess.WK	,516	,266	,187	,006	,335	,112	,023	,289	,644	,415	,352	,000
Prozessgerechtigkeit	,626	,392	,363	,000	,767	,589	,569	,000	,718	,516	,490	,000
Sozialer Vergleich (mit MP)	,248	,062	,028	,168	,375	,141	,107	,021	,672	,451	,432	,000

Interviewleitfaden für das strukturierte Interview mit den schizophrenen Patienten (AP und LZP)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Im Folgenden möchte ich Ihnen gern einige Fragen zu verschiedenen Bereichen des Lebens stellen. Es geht um die 3 Bereiche „Freundschaften“, „Familie“, „Gesundheit“. Mich interessiert zum einen Ihre derzeitige Situation in diesen Bereichen, zum anderen, Ihre Einstellungen und Meinungen dazu, z.B. wie zufrieden Sie damit sind. Schließlich geht es noch darum, mit wem Sie sich vergleichen, wenn Sie an diese verschiedenen Bereiche denken.

Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, fragen Sie bitte nach! Sollten Sie während des Interviews oder nach dem Interview Fragen an mich haben, stellen Sie sie! Ich werde sie Ihnen selbstverständlich gern beantworten.

Falls Sie eine Frage nicht beantworten möchten oder können, sagen Sie mir dies, ich werde dann zur nächsten Frage weitergehen. Selbstverständlich können Sie das Interview jederzeit ab- oder unterbrechen.

Datum:

sp-Nummer:

Einrichtung:

I. Freundschaften

Zunächst soll es in unserem Gespräch um Ihre Freundschaften gehen.

„(Ungefähr) wieviele Personen würden Sie zu Ihrem Freundeskreis zählen?“

gibt der Patient an, keine Freunde zu haben, ⇒ nächste Seiten

ca. _____ Personen

„Wie oft haben Sie Kontakt zu Ihren Freunden?“ (Besuche, Unternehmungen, Telefonate etc.)

ca. _____ Mal/ Woche

und evtl. weitere sich daraus ergebende Fragen.

Frage	Skala	Antwort
1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freundschaften?	1	
2. Sind sie über Ihre Situation die Freundschaften betreffend ...	2	
...verärgert?	2	
...verstimmt?	2	
...unzufrieden?	2	
3. Wie sehr wünschen Sie sich, daß sich Ihre Freundschaften bessern?	2	
4. Haben Sie das Gefühl, daß sie bessere freundschaftliche Kontakte verdient hätten? (Falls Pt. nachfragt, unterstehendes Beispiel geben)	3	
5. Können Sie sich vorstellen, daß Ihre Freundschaften unter anderen Umständen auch besser sein könnten? (Wenn „Ja“, wie gut kann der Pat. es sich vorstellen ?)	3	
6. Empfinden Sie die Situation Ihre freundschaftlichen Kontakte betreffend als ungerecht?	3	
7. Wie glauben Sie werden Ihre Freundschaften in Zukunft sein?	4	
8. Sie haben mir vorhin gesagt, Ihr Freundeskreis bestünde aus XXX Personen, mit denen Sie soundsoviel soundsooft machen. (<i>zusammenfassen, was Pat. eingangs erzählt hat</i>) Wie sieht es mit Freundschaften denn bei anderen aus? _____ _____ _____ Falls Patient bei der Antwort keine Personen nennt, konkret fragen, an wen er bei seiner Antwort denkt: ☐ (ehemal.)Mitpatienten ☐ Personal ☐ Familienangehörige ☐ Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie ☐ allgemein ☐ sonstige (Klartext)	offen	
9. Wenn Sie einschätzen, wie zufrieden Sie mit Ihren Freundschaften sind, mit wem vergleichen Sie sich dabei? 1. _____ 2. _____ 3. _____	offen (3 Namen nennen lassen, evtl. Erklärung, wer das ist)	

Ib. Freundschaften

(„ohne Freunde“)

Frage	Skala	Antwort
1. Wie zufrieden sind Sie damit, keine Freundinnen/Freunde zu haben?	1	
2. Sind sie über diese Situation...	2	
...verärgert?	2	
...verstimmt?	2	
...unzufrieden?	2	
3. Wie sehr wünschen Sie sich, daß sich diese Situation (ohne Freundinnen/Freunde) bessert?	2	
4. Haben Sie das Gefühl, daß sie eine bessere Situation hinsichtlich Ihrer Freundschaften verdient hätten? (Falls Pt. nachfragt, unterstehendes Beispiel geben)	3	
5. Können Sie sich vorstellen, daß diese Situation unter anderen Umständen auch besser sein könnte? (Wenn „Ja“, wie gut kann Pat. sich dies vorstellen?)	3	
6. Empfinden Sie es als ungerecht, daß Sie keine Freunde haben?	3	
7. Wie glauben Sie wird es mit den Freundschaften in Zukunft sein?	4	
8. Sie haben mir vorhin gesagt, sie hätten keine Freunde (evtl.: ...sie wünschten sich auch keine etc.) Wie sieht es mit Freundschaften denn bei anderen aus? _____ _____ _____ Falls Patient bei der Antwort keine Personen nennt, konkret fragen, an wen er bei seiner Antwort denkt: ☐ (ehemal.) Mitpatienten ☐ Personal ☐ Familienangehörige ☐ Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie ☐ allgemein ☐ sonstige (Klartext:)	offen. (Achten auf Vergleiche!)	
9. Wenn Sie einschätzen, wie zufrieden mit Ihrer Situation ohne Freundinnen/ Freunde sind, mit wem vergleichen Sie sich dabei? 1. _____ 2. _____ 3. _____	offen(3 Namen nennen lassen, evtl. Erklärung, wer das ist)	
9a. Ist Ihre Situation besser, schlechter oder gleich, wie die von (...Namen der unter 9. Genannten....)? Die eigene Situation ist..... 1. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 2. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 3. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter		
10. [Falls Frage 9 nicht beantwortet:] Wenn ich Sie jetzt bitten würde, Ihre Situation ohne Freundinnen/Freunde mit denen anderer Menschen zu vergleichen, mit wem würden Sie sie vergleichen? 1. _____ 2. _____ 3. _____	s. Frage 9	
10a. Ist Ihre Situation besser, schlechter oder gleich, wie die von (...Namen der unter 10. Genannten....)?		

Die eigene Situation ist..... 1. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 2. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 3. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter		
11. Wenn Sie jetzt Ihre Mitpatienten auf Station betrachten, wie sind Ihre Freundschaften im Vergleich mit denen Ihrer Mitpatienten? Die eigenen Freundschaften sind ☐ besser ₍₁₎ ☐ gleich ₍₂₎ ☐ schlechter ₍₃₎		

Beispiel für Frage 4: Jemand könnte das Gefühl haben, daß er Freundinnen/Freunde verdient hat, weil er ohne sein Verschulden frühere Freunde verloren hat.

II. Seelische Gesundheit

Der nächste Bereich, den ich gern ansprechen würde, ist Ihre Gesundheit, und zwar soll es insbesondere um Ihre seelische oder psychische Gesundheit gehen.

Wie lange sind Sie nun schon im Krankenhaus (in Behandlung)?

Ist dies Ihr erster Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus?

Wenn Nein, Wie oft waren Sie schon im Krankenhaus?

Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal krank wurden und ins Krankenhaus gingen?

Wie geht es Ihnen jetzt? Bekommen Sie Medikamente? Helfen die Ihnen? etc.

Frage	Skala	Antwort
1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit?	1	
2. Sind sie über Ihren seelischen Gesundheitszustand...	2	
...verärgert?		
...verstimmt?	2	
...mit ihm unzufrieden?	2	
3. Wie sehr wünschen Sie sich, daß sich Ihre seelische Gesundheit bessert?	2	
4. Haben Sie das Gefühl, daß sie eine bessere seelische Gesundheit verdient hätten? (Falls Pt. nachfragt, unterstehendes Beispiel geben)	3	
5. Können Sie sich vorstellen, daß Ihre seelische Gesundheit unter anderen Umstän-den auch besser sein könnte? (Wenn „ja“, wie gut kann Pat. sich dies vorstellen?)	3	
6. Empfinden Sie den Zustand, Ihre seelische Gesundheit betreffend, als ungerecht?	3	
7. Wie glauben Sie wird Ihre seelische Gesundheit in Zukunft sein?	4	
8. Sie sagten vorhin, sie seien jetzt soundoslange in Behandlung etc. (<i>zusammenfassen was Pt. erzählt hat</i>). Wie sieht es mit der seelischen Gesundheit denn bei anderen aus? _____ _____ _____ Falls Patient bei der Antwort keine Personen nennt, konkret fragen, an wen er bei seiner Antwort denkt: ☐ (ehemal.) Mitpatienten ☐ Personal ☐ Famileinangehörige ☐ Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie ☐ allgemein ☐ sonstige (Klartext) _____ _____	offen	
9. Wenn Sie einschätzen, wie zufrieden Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit sind, mit wem vergleichen Sie sich dabei? 1. _____ 2. _____ 3. _____	offen(3 Namen nennen lassen)	

9a. Ist Ihre seelische Gesundheit besser, schlechter oder gleich, wie die von (...Namen der unter 9. Genannten....)? Die <i>eigene</i> Gesundheit ist..... 1. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 2. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 3. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter		
10. [Falls Frage 9 nicht beantwortet:] Wenn ich Sie jetzt bitten würde, Ihre seelische Gesundheit mit der von anderen Menschen zu vergleichen, mit wem würden Sie sie vergleichen? 1. _____ 2. _____ 3. _____	s. Frage 9	
10a. Ist Ihre seelische Gesundheit besser, schlechter oder gleich, wie die von (...Namen der unter 10. Genannten....)? Die <i>eigene</i> Gesundheit ist..... 1. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 2. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 3. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter		
11. Betrachten Sie jetzt bitte einmal Ihre Mitpatienten auf Station. Wie ist Ihre eigene seelische Gesundheit im Vergleich mit der Ihrer Mitpatienten? Die eigene Gesundheit ist ☐ besser₍₁₎ ☐ gleich₍₂₎ ☐ schlechter₍₃₎		

Beispiel für Frage 4: Jemand könnte das Gefühl haben, eine bessere seelische Gesundheit verdient zu haben, weil er das Gefühl hat, dass alle anderen gesünder sind als er.

III. Familie

Der letzte Bereich, über den ich mich gern mit Ihnen unterhalten würde ist Ihre familiäre Situation. Wie ist so Ihr Kontakt zu Ihrer Familie? Wie häufig haben Sie Kontakt zu Familienangehörigen?

Haben Sie Geschwister? Wenn ja, wieviele?

und evtl. weitere sich daraus ergebende Fragen...

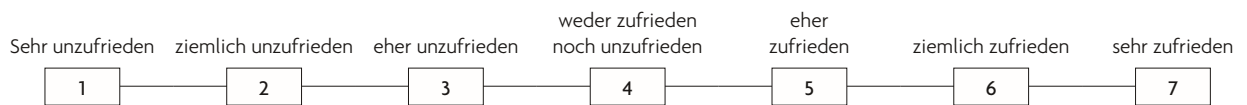
Frage	Skala	Antwort
1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer familiären Situation?	1	
2. Sind sie über Ihre familiäre Situation...	2	
...verärgert?	2	
...verstimmt?	2	
...mit ihr unzufrieden?	2	
3. Wie sehr wünschen Sie sich, daß sich Ihre familiäre Situation bessert?	2	
4. Haben Sie das Gefühl, daß sie eine bessere familiäre Situation verdient hätten? (Falls Pt. nachfragt, unterstehendes Beispiel geben)	3	
5. Können Sie sich vorstellen, daß Ihre familiäre Situation unter anderen Umständen auch besser sein könnte? (Wenn „ja“, wie gut kann Pat. dies sich vorstellen?)	3	
6. Empfinden Sie Ihre derzeitige familiäre Situation als ungerecht?	3	
7. Wie glauben Sie wird Ihre familiäre Situation in Zukunft sein?	4	
8. (Zusammenfassung dessen, was der Pat. oben über seine Familie erzählt hat). Wie sieht es mit der Familie denn bei anderen aus? _____ _____ _____ Falls Patient bei der Antwort keine Personen nennt, konkret fragen, an wen er bei seiner Antwort denkt: ☐ (ehemal.) Mitpatienten ☐ Personal ☐ Familieinangehörige ☐ Freunde/ Bekannte außerhalb der Psychiatrie ☐ allgemein ☐ sonstige (Klartext): _____ _____	offen	
9. Wenn Sie einschätzen, wie zufrieden Sie mit Ihrer familiären Situation sind, mit wem vergleichen Sie sich dabei? 1. _____ 2. _____ 3. _____	offen(3 Namen nennen lassen)	
9a. Ist Ihre familiäre Situation besser, schlechter oder gleich, wie die von (...Namen der unter 9. Genannten....)? Die eigene familiäre Situation ist..... 1. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 2. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 3. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter		

10. [Falls Frage 9 nicht beantwortet:] Wenn ich Sie jetzt bitten würde, Ihre familiäre Situation mit der von anderen Menschen zu vergleichen, mit wem würden Sie sie vergleichen? 1. _____ 2. _____ 3. _____	s. Frage 9	
10a. Ist Ihre Situation besser, schlechter oder gleich, wie die von (...Namen der unter 10. Genannten....)? Die eigene familiäre Situation ist..... 1. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 2. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter 3. ☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter		
11. Betrachten Sie jetzt bitte einmal Ihre Mitpatienten auf Station. Wie ist Ihre familiäre Situation im Vergleich mit der Ihrer Mitpatienten? Die eigene Familiensituation ist ☐ besser₍₁₎ ☐ gleich₍₂₎ ☐ schlechter₍₃₎		

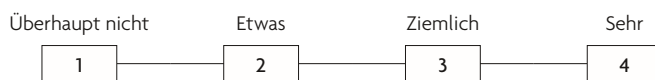
Beispiel für Frage 4: Jemand könnte das Gefühl haben, eine bessere familiäre Situation verdient zu haben, weil seine Familie ihm nicht genug Unterstützung und Geborgenheit bietet.

Antwortskalen für das Interview mit den schizophrenen Patienten

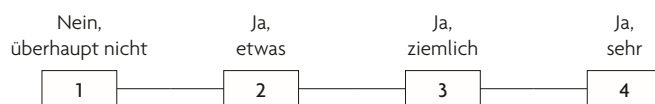
Skala 1



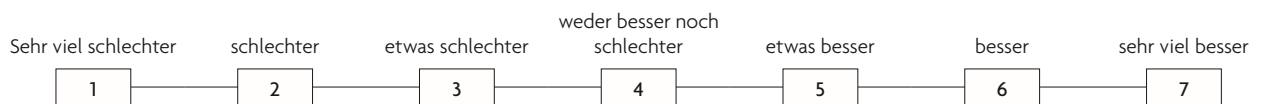
Skala 2



Skala 3



Skala 4



PANSS – Positiv- und Negativ-Syndrom Skala

Bewertung (1 – 7) siehe unten	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

1. POSITIVE SUBSKALA

P1	Wahnideen						
P2	Formale Denkstörung						
P3	Halluzinationen						
P4	Erregung						
P5	Größenwahn						
P6	Mißtrauen / Verfolgungswahn						
P7	Feindseligkeit						

2. NEGATIVE SUBSKALA

N1	Affektverarmung						
N2	Emotionaler Rückzug						
N3	mangelnde Beziehungsfähigkeit						
N4	passiver/apathischer sozialer Rückzug						
N5	erschwertes abstraktes Denkvermögen						
N6	mangelnde Spontaneität und Redefluß						
N7	stereotypes Denken						

3. ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGISCHE SUBSKALA

G1	Sorge um körperliche Integrität						
G2	Angst						
G3	Schuldgefühle						
G4	Gespanntheit						
G5	Maniriertheit und Positur						
G6	Depressivität						
G7	Motorische Verlangsamung						
G8	fehlende Kooperationsbereitschaft						
G9	Ungewöhnliche Denkinhalte						
G10	Desorientiertheit						
G11	Aufmerksamkeitsschwäche						
G12	mangelnde Urteils- und Einsichtsfähigkeit						
G13	Willensstörung						
G14	verminderte Impulskontrolle						
G15	Selbstbezogenheit						
G16	Aktiver sozialer Rückzug						

1 = nicht vorhanden / 2 = sehr gering / 3 = gering / 4 = mäßig / 5 = mäßig stark / 6 = stark / 7 = extrem stark

Fragebogen für die Normalprobanden (NPB)

Patientenbefragung

Gemeinschaftspraxis Dr. Behrens-Gutberlet/ Dr. Becker

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlichen Dank für Ihr Interesse an diesem kurzen Fragebogen. Evtl. haben Sie nun im Wartezimmer etwas Zeit, einige wenige Fragen zu beantworten.

Im Rahmen meiner Ausbildung zum Arzt mache ich derzeit ein Praktikum in der Praxis Dr. Becker/ Dr. Behrens-Gutberlet. Ich hoffe, hierbei viele unterschiedliche Patienten und Ihre Krankheitsbilder kennenzulernen, möchte jedoch auch die Möglichkeit nutzen, Ihre persönlichen Einstellungen und Meinungen zu verschiedenen Bereichen des Lebens zu erfahren. Dazu dient dieser Fragebogen. Es geht um die Bereiche Gesundheit, Freundschaften und Familie.

Die Befragung ist **anonym**. Schreiben Sie bitte keinen Namen auf den Bogen. Es genügen lediglich einige persönliche Daten, die auf der nächsten Seite erfragt werden.

Das Ausfüllen des Bogens wird etwa 10-15 Minuten in Anspruch nehmen.

Ihre Antworten sollen später mit den Antworten von Patienten verglichen werden, die an einer schweren chronischen Erkrankung leiden und sich schon lange im Krankenhaus befinden.

Falls Sie kein Interesse haben, diese Fragen zu beantworten, legen Sie den Bogen einfach wieder zu den anderen zurück.

Falls Sie sich dazu entscheiden, den Fragebogen auszufüllen, blättern Sie bitte eine Seite weiter.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

(Tilman Reber)

Hier noch einige Hinweise, bevor Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen:

- Bitte lesen Sie sich die Fragen aufmerksam durch. Für fast alle Fragen sind mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Bitte lesen Sie sich alle diese Möglichkeiten durch und überlegen Sie dann, welche Antwort für Sie am ehesten zutrifft.
- Kreuzen Sie bitte immer nur eine Antwort ohne allzu langes Grübeln an.
- Achten Sie bitte darauf, daß Sie keine Frage übersehen und keine Seite überblättern.
- Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, geben Sie ihn bitte an der Anmeldung ab. Sollten Sie nicht dazu kommen, ihn während der Wartezeit vollständig auszufüllen, können sie sich entweder die Mühe machen, den Bogen nach Ihrem Besuch bei der Ärztin zu Ende auszufüllen. Sie können ihn jedoch auch nur teilweise ausgefüllt abgeben. Dies hilft mir bei meiner Befragung ebenfalls.

Vorweg einige Fragen zu Ihrer Person. Bitte geben Sie keinen Namen an!

Alter: _____ Jahre

Geschlecht:
(zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ weiblich

☐ männlich

Familienstand:

☐ verheiratet/mit festem Partner

☐ ledig

☐ geschieden

☐ verwitwet

Schulbildung:

☐ kein Schulabschluß

☐ Sonderschulabschluß

☐ Volks-/Hauptschulabschluß

☐ Fachoberschulreife/mittlere Reife

☐ Abitur

Beruf: _____

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre **Freundschaften**. Zu den meisten Fragen sind mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Bitte lesen Sie sich die Fragen und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten aufmerksam durch und kreuzen Sie dann die *für Sie persönlich zutreffendste* Antwort an.

Beispiel:

Frage: Wie zufrieden sind mit Ihren Freundschaften?

Sind Sie mit Ihren Freundschaften zur Zeit **eher unzufrieden**, kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an:

sehr unzufrie- den	ziemlich unzufrie- den	eher unzufrie- den	weder unzufrie- den noch zufrieden	eher zufrie- den	ziemlich zufrie- den	sehr zufrie- den
☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐

1. Wieviele Personen würden Sie etwa zu Ihrem Freundeskreis zählen?

ca. _____ Personen

2. Wie oft haben Sie Kontakt mit Ihren Freunden (z.B. Besuche, gemeinsame Aktivitäten, Telefon- oder Briefkontakt)?

ca. _____ Mal pro Woche

3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freundschaften?

(Bitte die zutreffendste Antwort ankreuzen)

sehr unzufrie- den	ziemlich unzufrie- den	eher unzufrie- den	weder unzufrie- den noch zufrieden	eher zufrie- den	ziemlich zufrie- den	sehr zufrie- den
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4a. Sind Sie über Ihre Situation, Ihre Freundschaften betreffend, verärgert?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

4b. Sind Sie über Ihre Situation, Ihre Freundschaften betreffend, verstimmt?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

4c. Sind Sie mit Ihrer Situation, Ihre Freundschaften betreffend, unzufrieden?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

5. Wie sehr wünschen Sie sich, daß sich Ihre Freundschaften bessern?

- Überhaupt nicht ☐
 Etwas ☐
 Ziemlich ☐
 Sehr ☐

6. Haben Sie das Gefühl, daß Sie bessere freundschaftliche Kontakte verdient hätten?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

7. Können Sie sich vorstellen, daß Ihre Freundschaften unter anderen Umständen auch besser sein könnten?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

8. Empfinden Sie Ihre derzeitige Situation, Ihre Freundschaften betreffend, als ungerecht?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

9. Wie glauben Sie werden Ihre Freundschaften in Zukunft sein?

sehr schlechter	viel schlechter	schlechter	etwas schlechter	weder schlechter noch besser	etwas besser	besser	sehr besser	viel besser
1	2	3	4	5	6	7		

10. Wenn Sie sich bezüglich Ihrer Freundschaften mit anderen vergleichen, wie schneiden Sie bei diesem Vergleich ab?

Meine Freundschaften sind insgesamt....

- ...besser ☐
 ...schlechter ☐
 ...gleich ☐

Die nächsten Fragen drehen sich um das Thema **Gesundheit**. Es geht wiederum um Ihre persönlichen Meinungen und Einstellungen.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie, wie lange haben Sie diese schon?
(z.B. „Zucker seit 7 Jahren, Heuschnupfen seit 3 Jahren, jetzt Halsschmerzen seit 2 Tagen“)

1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?

(Bitte die zutreffendste Antwort ankreuzen)

sehr unzufrie- den	ziemlich unzufrie- den	eher unzufrie- den	weder unzufrie- den noch zufrieden	eher zufrie- den	ziemlich zufrie- den	sehr zufrie- den
1	2	3	4	5	6	7

2a. Sind Sie über Ihre gesundheitliche Situation verärgert?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Nein, überhaupt nicht | ☐ |
| Ja, etwas | ☐ |
| Ja, ziemlich | ☐ |
| Ja, sehr | ☐ |

2b. Sind Sie über Ihre gesundheitliche Situation verstimmt?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Nein, überhaupt nicht | ☐ |
| Ja, etwas | ☐ |
| Ja, ziemlich | ☐ |
| Ja, sehr | ☐ |

2c. Sind Sie mit Ihrer gesundheitlichen Situation unzufrieden?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Nein, überhaupt nicht | ☐ |
| Ja, etwas | ☐ |
| Ja, ziemlich | ☐ |
| Ja, sehr | ☐ |

3. Wie sehr wünschen Sie sich, daß sich Ihre Gesundheit bessert?

- Überhaupt nicht ☐
 Etwas ☐
 Ziemlich ☐
 Sehr ☐

4. Haben Sie das Gefühl, daß Sie eine bessere Gesundheit verdient hätten?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

5. Können Sie sich vorstellen, daß Ihre Gesundheit unter anderen Umständen auch besser sein könnte?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

6. Empfinden Sie Ihre derzeitige Situation, Ihre Gesundheit betreffend, als ungerecht?

- Nein, überhaupt nicht ☐
 Ja, etwas ☐
 Ja, ziemlich ☐
 Ja, sehr ☐

7. Wie glauben Sie wird Ihre Gesundheit in Zukunft sein?

sehr schlechter	viel schlechter	etwas schlechter	weder schlechter noch besser	etwas besser	besser	sehr besser	viel besser
1	2	3	4	5	6	7	

8. Wenn Sie sich bezüglich Ihrer Gesundheit mit anderen vergleichen, wie schneiden Sie bei diesem Vergleich ab?

Meine Gesundheit ist insgesamt....

- ...besser ☐
 ...schlechter ☐
 ...gleich ☐

Die letzten Fragen beziehen sich auf Ihre **familiäre Situation**. Gefragt sind Ihre Einstellungen und Meinungen zu Ihren Kontakten zu Eltern, Geschwistern, Kindern und anderen Verwandten.

1. Wie häufig haben Sie Kontakt zu Eltern, Kindern oder Geschwistern?

ca. _____ Mal pro Jahr

2. Wie häufig haben Sie Kontakt zu sonstigen Verwandten (Großeltern; Nichten/Neffen, Tante/Onkel etc.)?

ca. _____ Mal pro Jahr

3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer familiären Situation?

(Bitte die zutreffendste Antwort ankreuzen)

sehr unzufrie- den	ziemlich unzufrie- den	eher unzufrie- den	weder unzufrie- den noch zufrieden	eher zufrie- den	ziemlich zufrie- den	sehr zufrie- den
1	2	3	4	5	6	7

4a. Sind Sie über Ihre familiäre Situation verärgert?

Nein, überhaupt nicht	☐
Ja, etwas	☐
Ja, ziemlich	☐
Ja, sehr	☐

4b. Sind Sie über Ihre familiäre Situation verstimmt?

Nein, überhaupt nicht	☐
Ja, etwas	☐
Ja, ziemlich	☐
Ja, sehr	☐

4c. Sind Sie mit Ihrer familiären Situation unzufrieden?

Nein, überhaupt nicht	☐
Ja, etwas	☐
Ja, ziemlich	☐
Ja, sehr	☐

5. Wie sehr wünschen Sie sich, daß sich Ihre Familiensituation bessert?

Überhaupt nicht	☐
Etwas	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

6. Haben Sie das Gefühl, daß Sie eine bessere familiäre Situation verdient hätten?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Nein, überhaupt nicht | ☐ |
| Ja, etwas | ☐ |
| Ja, ziemlich | ☐ |
| Ja, sehr | ☐ |

7. Können Sie sich vorstellen, daß Ihre Familiensituation unter anderen Umständen auch besser sein könnten?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Nein, überhaupt nicht | ☐ |
| Ja, etwas | ☐ |
| Ja, ziemlich | ☐ |
| Ja, sehr | ☐ |

8. Empfinden Sie Ihre derzeitige familiäre Situation als ungerecht?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Nein, überhaupt nicht | ☐ |
| Ja, etwas | ☐ |
| Ja, ziemlich | ☐ |
| Ja, sehr | ☐ |

9. Wie glauben Sie wird Ihre familiäre Situation in Zukunft sein?

sehr schlechter	viel schlechter	schlechter	etwas schlechter	weder schlechter noch besser	etwas besser	besser	sehr besser	viel besser
1	2	3	4	5	6	7		

10. Wenn Sie sich bezüglich Ihrer Familiensituation mit anderen vergleichen, wie schneiden Sie bei diesem Vergleich ab?

Meine familiäre Situation ist insgesamt....

- | | |
|---------------|--------------------------|
| ...besser | ☐ |
| ...schlechter | ☐ |
| ...gleich | ☐ |

Herzlichen Dank!

Dies ist die letzte Seite des Fragebogens. Falls Sie noch einen Moment Zeit haben, schauen Sie bitte noch einmal nach, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und keine Seite aus Versehen überblättert haben.

Falls Sie Anmerkungen zu dem Fragebogen oder zu den Fragen haben, können Sie mir hier eine Nachricht hinterlassen:

Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte an der Anmeldung ab.

Lebenslauf

Name: Tilman Reber
Geburtstag: 25. Februar 1971
Geburtsort: Stuttgart – Bad Cannstatt
Familienstand: ledig
Religion: evang.

schulischer und beruflicher Werdegang:

1977-1981	Hermann-Butzer-Grundschule Schwieberdingen
1981-1990	Hans-Grüninger-Gymnasium Markgröningen
1990-1991	Zivildienst in der Altenpflege, Evang. Stift, Freiburg
1992-1999	Studium der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen
August 1999 bis April 2003	Tätigkeit als Assistenzarzt in der Inneren Abteilung des Franz-Hospitals in Dülmen
Juli 2003 bis Januar 2004	Arbeit für das Komitee „Ärzte für die Dritte Welt e.V.“ in einer Ambulanz im Mathare-Slum in Nairobi, Kenia
August 2004 bis Dezember 2005	Assistenzarzt in der Klinik für Anästhesie, Perioperative Medizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin des Schwarzwald-Baar-Klinikum, Donaueschingen
seit Januar 2006	Assistenzarzt in der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses in Emmendingen

Danksagung

Ich danke vor allem dem Leiter der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie, Herrn PD Dr.med. Michael Franz, für die gute und intensive Betreuung und die zahlreichen Ideen und Anregungen zum Thema dieser Dissertation. Ebenfalls gilt mein ganz besonderer Dank Herrn Dr.phil. Dipl. Psych. Thorsten Meyer für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Daten. Weiterhin sehr hilfreich dabei waren mir Herr Dipl. Psych. Harald Gruppe und Herr Dipl. Psych. Jochen Ranger, die mich betreuten nachdem Thorsten die Arbeitsgruppe verlassen hatte.

Ich danke Herrn Dr. med. Bernd Hanewald, meinem Mitstreiter beim Daten-Erheben in den hessischen PKHs. Mit Dir hat die Wissenschaft viel Spaß gemacht!

Danke auch an die Mitarbeiter der psychiatrischen Einrichtungen in Hessen, die uns die Befragung der Patienten sehr erleichtert haben, sowie an die Kolleginnen der Gemeinschaftspraxis Dr. Becker und Behrens-Gutberlet, Gießen, und an ihre Mitarbeiterinnen, die mir die Möglichkeit gaben, die Daten der Kontrollprobanden in ihrem Patientenkontext zu erheben.

Den Patienten die an dieser Untersuchung teilgenommen haben auch wenn die Interviews manchmal anstrengend waren: Dankeschön!

Ebenfalls allen Freunden und meiner Familie für lange währende Unterstützung, Interesse und Motivation.

Und last but not least: Danke, Verena für die professionelle und geduldige Hilfe beim Layout von ganzem Herzen!

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Tilman Reber