

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München
(Direktor Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

Einfluss einer leichten kognitiven Beeinträchtigung auf die
Zufriedenheit innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung.

Lena Katharina Rauschek

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. A. Kurz

2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 26.03.2013 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16.10.2013
angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	8
1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund	10
1.1 Demographischer Wandel	10
1.2 Altersabhängigkeit	10
1.3 Die leichte kognitive Beeinträchtigung	10
1.4 Theoretischer Hintergrund der leichten kognitiven Beeinträchtigung	13
1.4.1 Definition und Konzepte	13
1.4.2 Prävalenz	16
1.4.3 Ätiologie und pathophysiologische Befunde	16
1.4.4 Diagnostik	18
1.5 Theoretischer Hintergrund der Partnerschaftlichen Zufriedenheit	21
1.5.1 Definition des Konstrukts „Beziehungszufriedenheit“	21
1.5.2 Vulnerabilitäts-Stress-Adaptionsmodell	22
2 Fragestellungen	25
3 Methodik	26
3.1 Screening der Studienteilnehmer	26
3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studienteilnehmer	26
3.2 Pilotstudie	28
3.3 Messinstrumente	28
3.3.1 Auswahlverfahren des Fragebogens	28
3.3.2 The Marital Satisfaction Questionnaire For Older Persons (MSQFOP).....	30
3.3.3 CERAD-NB-Testbatterie	32
3.4 Ablauf der Befragung	35
3.5 Datenauswertung.....	36
5 Ergebnisse	37
6 Diskussion	54
Belastungserleben des gesunden Partners	54
7 Schlussfolgerung und Ausblick	62
Literaturverzeichnis	65
Anhang A : Statistische Analysen	I
Anhang B: Messverfahren	XVI

Anhang C: Lebenslauf	XXV
Anhang D: Danksagung.....	XXVII
Anhang E: Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit.....	XXVIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Vulnerabilitäts-Stress-Adaptionsmodell nach Karney und Bradbury 1995	22
Abbildung 2: Verteilung des Summenwertes „Gesamtzufriedenheit“ der Versuchs- und Kontrollgruppe	40
Abbildung 3: Verteilung des Summenwertes „Gesamtzufriedenheit“ der gesunden Frauen der Versuchsgruppe und der Frauen der Kontrollgruppe	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung des Median und der Streubreite der Altersverteilung und Beziehungsdauer der Versuchs- und Kontrollgruppe.	37
Tabelle 2: Weitere soziodemographische Charakteristika der Versuchs- und Kontrollgruppe (Anzahl der Personen und prozentualen Anteil der jeweiligen Gruppe).....	38
Tabelle 3: Vergleich des Median und der Streubreite des Summenwerts „Gesamtzufriedenheit“ zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe.....	39
Tabelle 4: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt.....	41
Tabelle 5: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich.....	42
Tabelle 6: Vergleich des Median und der Streubreite des Summenwerts „Gesamtzufriedenheit“ zwischen den gesunden Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe.....	43
Tabelle 7: Anzahl der Personen und prozentualen Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf den Prozentsatz angenehmer und positiver Aufmerksamkeit des Partners.....	45
Tabelle 8: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt.....	46
Tabelle 9: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich.....	47
Tabelle 10: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt.....	49
Tabelle 11: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich.....	50

Zusammenfassung

Der Terminus leichte kognitive Beeinträchtigung (LKB) beschreibt einen Übergangsbereich, der zwischen dem normalen Leistungsprofil älterer Menschen und der Schwelle einer Demenz anzusiedeln ist. Aufgrund der demographischen Entwicklung hin zu einer Überalterung unserer Bevölkerungsstruktur nimmt die Prävalenz von dementiellen Erkrankungen stetig zu und damit auch das Interesse in der Forschung, diesen Übergangsbereich genauer zu untersuchen.

Die Bezeichnung der „leichten“ kognitiven Beeinträchtigung ist nicht ganz zutreffend, da diese Beeinträchtigung nicht nur mit kognitiven Einbußen, sondern häufig auch mit Veränderungen des Affekts und des Verhaltens einhergeht. Zudem wurden in neueren Untersuchungen Schwierigkeiten insbesondere bei der Bewältigung komplexer Aktivitäten des täglichen Lebens nachgewiesen (Perneckzy et al. 2006).

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mit Hilfe eines Fragbogens zur partnerschaftlichen Zufriedenheit herauszufinden, ob die Erkrankung einer LKB auch die Qualität und Zufriedenheit einer partnerschaftlichen Beziehung beeinflusst.

Dazu wurde eine Kontrollgruppe bestehend aus 20 Ehepaaren, in welcher kein Partner eine kognitive Beeinträchtigung aufwies, sowie eine Versuchsgruppe bestehend aus 23 Ehepaaren, in welcher einer der beiden Ehepartner von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung betroffen war, gebildet. Der kognitive Status der Teilnehmer wurde mit Hilfe der CERAD-Test-Batterie, die partnerschaftliche Zufriedenheit mit einem psychometrisch fundierten Fragebogen zur Beurteilung der partnerschaftlichen Zufriedenheit älterer Paare MSQFOP (The Marital Satisfaction Questionnaire For Older Persons) erfasst.

Die gewonnenen Ergebnisse zeigten, dass die gesunden Ehepartner in der Versuchsgruppe unzufriedener in ihrer partnerschaftlichen Beziehung waren als die Paare der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis impliziert, dass die Erkrankung des Partners eine Belastung für den gesunden Partner

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

darstellt und mit einer abnehmenden Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung assoziiert ist. Keine Unterschiede bezüglich der partnerschaftlichen Zufriedenheit konnten zwischen dem an einer LKB erkrankten Partner der Versuchsgruppe und den Probanden der Kontrollgruppe festgestellt werden.

Dieses Ergebnis könnte neben psychisch begründeten Bewältigungsstrategien im Sinne der Verdrängung bzw. des Verleugnens der Erkrankung auch eine neurokognitiv bedingte Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht (**Anosognosie**) erklären (Kessler u. Supprian 2003).

Die mangelnde Krankheitseinsicht bei Patienten mit einer LKB kann nicht nur die eigene Wahrnehmung der kognitiven Fähigkeiten, sondern auch die eigene Wahrnehmung des Verhaltens, der Affekte und der Kompetenz bei Aktivitäten des täglichen Lebens betreffen (Kessler u. Supprian 2003).

Es liegt daher nahe, dass der erkrankte Partner aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht nicht nur Schwierigkeiten hat, eigene Verhaltensänderung wahrzunehmen, sondern auch die Belastungen und Bedürfnisse des Partners nicht wahrnimmt.

Der Erhalt einer zufriedenen partnerschaftlichen Beziehung ist eine der wichtigsten Ressourcen zur gemeinsamen Krankheitsbewältigung. Um diese Ressource zu erhalten bzw. zu stärken, ist es meiner Meinung nach wichtig, die Paarproblematik als Gegenstand in die psychosoziale Beratung aufzunehmen. Da der erkrankte Partner, die Veränderung innerhalb der partnerschaftlichen Beziehung nicht wahrnimmt, wäre eine unterstützende Beratung für den gesunden Lebenspartner sinnvoll.

Meines Erachtens wäre eine ausführliche psychoedukative Beratung wichtig. Um Missverständnisse und Fehlinterpretationen des gesunden Partners bezüglich der Verhaltensweisen des betroffenen Partners zu vermeiden, sollte eingangs ausführlich auf die Symptome des Patienten mit einer LKB eingegangen werden. Neben der reinen Wissensvermittlung, sollte der gesunde Lebenspartner auch die Möglichkeit bekommen in Form einer kognitiven Verhaltenstherapie den Beziehungswandel und die damit einhergehende Veränderungen ihrer affektiven Befindlichkeit zu besprechen.

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

In den letzten Jahren haben gerade altersbedingte Erkrankungen wie Demenz in Deutschland stark zugenommen. Diese Entwicklung liegt im demographischen Wandel der Bevölkerung begründet.

1.1 Demographischer Wandel

Gegenwärtig sind 20 % der Bevölkerung 65 Jahre oder älter. Schon in den kommenden beiden Jahrzehnten wird der Anteil älterer Menschen deutlich steigen. „Im Jahr 2060 wird dann jeder Dritte mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben – jeder Siebte wird sogar 80 Jahre oder älter sein“ sagte der Präsident des Statistischen Bundesamtes Roderich Egeler im Rahmen einer Pressekonferenz zur 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Zahn 2009).

Aufgrund dieser demographischen Entwicklung nehmen auch altersassoziierte Erkrankungen stetig zu. Dies gilt insbesondere für Störungen des Gedächtnisses, die sich neben Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu einem der häufigsten und wichtigsten „Volksleiden“ entwickelt haben (Schröder et al. 2007).

1.2 Altersabhängigkeit

Diese Zunahme der Erkrankung lässt sich durch die verbesserten diagnostischen Möglichkeiten vor allem aber durch die zunehmende Lebenserwartung erklären. Die Zahl der manifesten Demenzerkrankungen wird in Deutschland bereits heute auf 1,2 Millionen geschätzt.

Die Altersabhängigkeit kognitiver Störungen gilt nicht nur für die Demenzen, sondern bereits für die möglichen Vorläuferstadien der ihnen zugrunde liegenden Hirnerkrankung.

1.3 Die leichte kognitive Beeinträchtigung

Ein mögliches Vorläuferstadium stellt dabei die leichte kognitive Beeinträchtigung dar.

Der Terminus **leichte kognitive Beeinträchtigung (LKB)** beschreibt erworbene Zustände der Minderung von Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

oder Denkvermögen, die über die physiologische Leistungsabnahme der jeweiligen Altersstufe hinausgehen, aber nicht den Grad einer Demenz erreichen (Kurz, 2004).

Allerdings ist die Bezeichnung der „leichten“ kognitiven Beeinträchtigung irreführend, da diese Beeinträchtigung mit einem starken subjektiven Leidensdruck und einer Abnahme der Lebensqualität für den Betroffenen einhergeht (Teng, Tassniyom u. Lu, 2012).

Symptome

Das Hauptsymptom der LKB bilden die **kognitiven Defizite**. Diese bleiben allerdings bei der Mehrheit der Betroffenen nicht nur auf Störungen des deklarativen Gedächtnisses beschränkt, sondern weiten sich schon früh auf andere Leistungen, wie z.B. kognitive Umstellungsfähigkeit und Sprache aus (Schröder u. Pantel 2011). Die Patienten erleben subjektiv meist eine schleichende Verschlechterung ihrer Gedächtnisleistungen, die sich zum Beispiel in Fehlleistungen – wie Vergessen von Daten und Verlegen von Gegenständen – äußern. Ferner klagen sie über nachlassende Konzentrationsfähigkeit und Wortfindungsstörungen (Kurz 2004). Neben den genannten kognitiven Symptomen werden in der Literatur häufig Veränderungen des Affekts beschrieben. Eine depressive Stimmungslage, erhöhte Reizbarkeit und vermehrte Angst zählen zu den häufigsten Veränderungen, die von Seiten der Angehörigen geschildert werden (Apostolova & Cummings, 2007). Auch apathisches Verhalten und Distanziertheit wird häufig Patienten mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung zugeschrieben (Ausen, Edman, Almkvist, & Bogdanovic, 2009).

Die derzeitigen Diagnosekriterien schließen eine Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten sowie der Selbstversorgung aus. Andererseits ist es klinisch plausibel, dass die mit einer LKB verbundenen Defizite auch zu einer verminderten Alltagskompetenz führen können. So weisen neuere Untersuchungen Schwierigkeiten insbesondere bei der Bewältigung komplexer, instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens bei den Betroffenen nach (Perneckzy et al. 2006).

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

Einige Studien in der bestehenden Forschungslage beschreiben, dass die subjektive Wahrnehmung des eigenen Krankseins bei Patienten mit einer LKB erheblich eingeschränkt sein kann. Die neurokognitive Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht wird mit dem Begriff „**Anosognosie**“ beschrieben und kann sich nicht nur auf die mangelnde eigene Wahrnehmung der kognitiven Fähigkeiten, sondern auch auf die eigene Wahrnehmung des Verhaltens, der Affekte und der Kompetenz bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen (Ries, Jabbar, Schmitz, Trivedi, Gleason u. Alexander 2007) (Spalletta, Girardi, Caltagirone u. Orfei 2012) (Kessler u. Supprian 2003). Häufig auftretende Veränderungen des Affekts und des Verhaltens der Patienten mit einer LKB sowie eine verminderte Kompetenz bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben können demnach meist nicht von der betroffenen Person selbst, sondern nur von nahestehenden Bezugspersonen, insbesondere dem Lebenspartner, wahrgenommen werden.

Nach meinem Wissen wurden bisher nur Untersuchungen auf mögliche Veränderungen der partnerschaftlichen Beziehung bei Demenzkranken mit stark ausgeprägten kognitiven Defiziten aus Sicht des gesunden, meist pflegenden Angehörigen durchgeführt. Denn meist sind die Introspektionsfähigkeit sowie das Reflexionsvermögen des Patienten in diesem Stadium nicht mehr erhalten.

In der folgenden Arbeit möchte ich untersuchen, ob die partnerschaftliche Beziehungszufriedenheit durch die Erkrankung einer LKB beeinflusst wird. Ich werde die partnerschaftliche Zufriedenheit nicht nur aus der Sicht des gesunden Partners, sondern auch aus der des erkrankten Partners untersuchen und mit einer gesunden Kontrollgruppe vergleichen.

Ziel der Arbeit ist es nicht nur herauszufinden, ob eine LKB eines Partners Einfluss auf die Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung hat, sondern auch, ob im gegebenen Fall Veränderungen in der partnerschaftlichen Zufriedenheit bei beiden Partnern gleichermaßen wahrgenommen werden.

1.4 Theoretischer Hintergrund der leichten kognitiven Beeinträchtigung

1.4.1 Definition und Konzepte

Zahlreiche Definitionen und Bezeichnungen wurden in der Literatur der europäischen Psychiatrie für Beeinträchtigungen, die zwischen dem als normal geltenden Leistungsprofil eines älteren Menschen und dem Leistungsprofil eines Demenzkranken anzusiedeln sind, formuliert.

Insgesamt wurden mehr als 25 verschiedene Termini vorgeschlagen (Zaudig 2009). Diese zahlreichen Definitionsansätze spiegeln die ätiologische, psychopathologische und prognostische Heterogenität dieses Störungsbildes wider (Kurz 2004).

Eine der ersten Bezeichnungen dieses Störungsbildes wurde bereits 1962 von Viktor Kral als „**benign senescent forgetfulness**“ (BSF, gutartige Altersvergesslichkeit) gekennzeichnet. Diese führte nicht zu einer Beeinträchtigung der üblichen Alltagstätigkeiten und war mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung verbunden. Allerdings entwickelte sie sich in einigen Fällen zu einer Demenz (Kral 1962).

Weitere Konzepte folgten Kral's Gedanken einer kognitiven Beeinträchtigung im Alter, u.a. das „**age-associated memory impairment**“ (AAMI), das 1986 vom National Institute of Mental Health (NIMH) formuliert wurde, sowie die Bezeichnung „**age-associated cognitive decline**“ (AACD) der Arbeitsgruppe der International Psychogeriatric Association.

Ein weiteres Konzept, das im Rahmen einer großen populationsbezogenen kanadischen Studie entwickelt wurde, ist das Konzept des „**cognitive impairment no dementia**“ (CIND) – d.h. kognitiv eingeschränkt, nicht dement. Die Bezeichnung CIND beschreibt eine ätiologisch sehr heterogene Gruppe. Als Ursache dieser kognitiven Beeinträchtigung können u.a. Delir, chronischer Alkohol- und Drogenmissbrauch, andere psychiatrische Störungen, geistige Retardierung, zerebrovaskuläre Krankheiten, Hirntumor, Parkinson-

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

Krankheit und Multiple Sklerose zugrunde liegen (Graham et al. 1997).

Die größte praktische Bedeutung haben heute die Definitionen des **„Diagnostischen und statistischen Manual der mentalen Krankheiten“ (DSM-IV)**, der **„Internationalen Klassifikation von Erkrankungen“ (ICD-10)** und einer Arbeitsgruppe der **Mayo-Klinik** (Kurz 2004).

DSM-IV-Klassifikation

Das DSM IV beschreibt provisorische Forschungskriterien für die „leichte neurokognitive Störung“. Darunter wird eine durch den Patienten oder eine Bezugsperson berichtete Beeinträchtigung in mindestens zwei kognitiven Leistungsbereichen verstanden, die durch psychometrische Verfahren nachgewiesen werden kann und eine Minderung gegenüber des bisherigen Leistungsniveaus darstellt. Weiterhin wird ein objektiver Nachweis einer neurologischen oder medizinischen Erkrankung verlangt. Die kognitiven Defizite ziehen Beeinträchtigungen sozialer, beruflicher und anderer wichtiger Funktionen nach sich, die zu einem hohen Leidensdruck des Betroffenen führen (Kurz 2004).

ICD 10-Klassifikation

In der ICD 10 wird die diagnostische Kategorie „leichte kognitive Störung“ beschrieben. Die Kriterien für dieses Störungsbild setzen voraus, dass eine eindeutige organische Ätiologie (z.B. kognitive Defizite infolge einer Hyperthyreose) sowie die Reversibilität der Störung nachgewiesen werden können (Zaudig 2009). Ferner bezieht sich diese diagnostische Kategorie auf Störungen der kognitiven Funktionen, die vom Betroffenen oder einer Bezugsperson geschildert werden, sich in mindestens einem Leistungsbereich äußern und durch psychometrische Verfahren objektiviert werden können. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit gegenüber dem früheren Niveau sowie Auswirkungen auf Alltagstätigkeiten werden nicht gefordert (Kurz 2004).

Im Gegensatz zu den bisher genannten Konzepten stellt die leichte kognitive Störung nach ICD 10 eine komplementäre diagnostische Kategorie dar. Während bei einer LKB relevante internistische oder

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

andere körperliche Erkrankung ein Ausschlusskriterium darstellen, wird dies bei der leichten kognitiven Störung als zentrale Ursache angenommen. (Schröder u. Pantel 2011).

Konzept der Mayo-Klinik

Die heute im Forschungskontext am häufigsten benutzte Definition der leichten kognitiven Beeinträchtigung ist die Diagnose „**mild cognitive impairment**“ (**MCI**) mit mehreren Subtypen nach Petersen et al. (Zaudig 2009). Das „mild cognitive impairment“ wird im angelsächsischen Sprachraum als synonyme Bezeichnung verwendet.

Petersen et al. (1999) engten ihre Konzeption zunächst ganz auf Störungen des deklarativen Gedächtnisses ein. Andere kognitive Funktionen sowie die intakte Fähigkeit zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens sollten weitestgehend erhalten sein. Im Jahre 2004 revidierte eine internationale Arbeitsgruppe um Petersen diese Kriterien. Das überarbeitete Konzept geht davon aus, dass bei der leichten kognitiven Beeinträchtigung neben Gedächtnisfunktionen meist zusätzlich auch andere kognitive Domänen betroffen sind (Winblad 2004).

Sind ausschließlich Gedächtnisdefizite vorhanden, wird die Diagnose „**amnesic MCI**“ gestellt. Sind hingegen neben den Gedächtnisstörungen noch andere kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt, handelt es sich nach Petersen et al. um einen „**multiple domain amnesic typ**“. Ferner werden zwei weitere Untergruppen ohne Gedächtnisdefizite, aber mit einen oder mehreren kognitiven Defiziten „**non amnesic single**“ sowie „**non amnesic multiple domain**“ unterschieden (Zaudig 2009).

Am häufigsten untersucht wurde die Diagnose „amnesic MCI“, da man annimmt, dass diese eine hohe Konversionswahrscheinlichkeit zur Alzheimer-Demenz aufweist. Folgende Kriterien beschreiben den Subtyp (Petersen et al. 1997):

- Hinweis auf einen kognitiven Abbau durch Selbst- und/oder Fremdanamnese;

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

- unterhalb der Norm einer altersangeglichenen Vergleichsgruppe liegende Gedächtnisleistung unter Berücksichtigung des Ausbildungsstandes;
- nicht wesentlich verminderte intellektuelle Fähigkeit;
- keine Beeinträchtigungen des täglichen Lebens;
- Ausschluss einer Demenz.

Diese Subkategorisierung wurden formuliert, um bereits im Stadium der LKB klinische Subtypen des Syndroms beschreiben zu können, denen eine gewisse nosologische Spezifität zukäme.

Dies konnte allerdings durch prospektive Untersuchungen noch nicht bestätigt werden (Schröder u. Pantel 2011).

1.4.2 Prävalenz

In Abhängigkeit von dem eingesetzten Kriterienkatalog und Stichproben werden die Prävalenzraten für die LKB in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben. Die zuverlässigsten Angaben über die Häufigkeiten der leichten kognitiven Beeinträchtigung stammen aus der populationsbezogenen kanadischen Studie „Canadian Study of Health and Aging“. In dieser wird für die LKB eine Prävalenzrate von 17 % festgestellt und damit eine rund doppelt so hohe Prävalenzrate wie die der Demenz (Graham et al. 1997).

1.4.3 Ätiologie und pathophysiologische Befunde

Das Syndrom der LKB ist ätiologisch sehr unspezifisch und durch verschiedene neuropsychologische Profile gekennzeichnet. Einige Patienten werden ihre normale kognitive Leistungsfähigkeit wiedererlangen und manche einen stabilen Verlauf aufweisen, während andere eine Symptomprogression bis hin zu einer Demenzerkrankung zeigen.

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

Der amnestische Typ der LKB weist eine hohe Konversionswahrscheinlichkeit zur Alzheimer-Demenz auf. 10-15 % der Patienten entwickeln innerhalb eines Jahres eine Demenz (Schröder et al. 2007). Folglich sind bei diesem Subtyp beginnende Alzheimer-typische Veränderungen zu erwarten.

Neuroanatomische Befunde in der strukturellen Bildgebung

Die frühesten morphologischen Veränderungen bei der Alzheimer-Demenz betreffen die transentorhinale Region einschließlich Anteilen des parahippokampalen Gyrus (Braak et al. 1993).

Schröder und Pantel konnten in einer Untersuchung mit der quantitativen Magnetresonanztomographie (MRT) zeigen, dass Probanden mit einer LKB gegenüber Gesunden rechtshemisphärisch signifikant geringere Volumina des Gyrus parahippokampalis aufweisen. Diese Veränderungen waren in einem stärkeren Ausmaß auch bei Patienten mit einer manifesten Alzheimer-Demenz nachweisbar. Hippokampale Veränderungen konnten dagegen erst im Stadium der manifesten Alzheimer-Demenz dokumentiert werden.

Daneben stellten sie fest, dass die Volumina des Gyrus parahippokampalis und des Hippokampus mit der globalen kognitiven Leistungsfähigkeit sowie mit den amnestischen Leistungen signifikant korrelieren (Schröder u. Pantel 2006).

Neurochemische Befunde

Die histopathologischen Traits der Alzheimer-Demenz bestehen in einem Verlust vorwiegend kortikaler Neuronen, einer überwiegenden kortikalen extrazellulären Bildung neuritischer Plaques und der Ablagerung intrazellulärer Neurofibrillenbündel. Diese Veränderungen sind typisch für die Alzheimer-Demenz, jedoch nicht spezifisch.

Ein zentraler Bestandteil der neuritischen Plaques ist das **Aβ-Protein**, ein aus 40-43 Aminosäuren zusammengesetztes Polypeptid. Das Aβ-Protein wird nach der Amyloidkaskadentheorie proteolytisch aus dem ca. 700 Aminosäuren umfassenden Amyloid-Precursor-Protein freigesetzt und ist

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

unter anderem im Liquor cerebrospinalis nachweisbar (Beyreuther 1997). Unter bestimmten Bedingungen wirkt das A β -Protein zytotoxisch und es wird angenommen, dass die Entstehung und Ablagerung dieses Proteins zum Untergang von Neuronen beitragen. Dementsprechend wurde bei Patienten mit einer LKB und beginnender Alzheimer-Demenz ein erhöhter Spiegel des A β -Proteins im Liquor cerebrospinalis gefunden (Jensen et al. 1999).

Die intrazellulär gelegenen Neurofibrillenbündel sind wie das A β -Protein aus einem Vorläuferprotein, dem Tau-Protein, zusammengesetzt. Eine der wichtigsten Funktionen des Tau-Proteins ist es, die am axonalen Transport beteiligten Mikrotubulstrukturen zu stabilisieren. Bei der Alzheimer-Demenz kommt es zu einer pathophysiologischen **Hyperphosphorylierung** dieses Tau-Proteins und damit zur Destabilisierung der axonalen Zytoskelettstruktur. Dies führt zu einer Beeinträchtigung des axonalen Transports.

Es ist anzunehmen, dass diese Folgen der Hyperphosphorylierung zum Neuronenuntergang beitragen (Arendt et al. 1999). Dabei wird das Tau-Protein freigesetzt. So kommt es sowohl bei der Alzheimer-Demenz und im geringeren Maße bei der LKB als auch bei anderen mit einer Nervenzelldegeneration einhergehenden Erkrankungen zu einer Erhöhung des Tau-Proteins im Liquor cerebrospinalis (Schröder et al. 2007).

Das biochemische Befundprofil eines erhöhten Tau-Proteinspiegels und einer erniedrigten β -Amyloid-Konzentration unterstützt bei klinisch manifester LKB die Abgrenzung einer präklinischen Alzheimer-Demenz vom physiologischen Altern.

1.4.4 Diagnostik

Die leichte kognitive Beeinträchtigung ist eine klinische Diagnose, die am Ende eines längeren Untersuchungsablaufs steht. Der Ausgangspunkt der Diagnostik bilden die internistische und die neurologische Untersuchung mit der Kontrolle wichtiger Laborparameter. Potentiell behandelbare

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

internistische Krankheitsbilder, wie eine Hypothyreose, Anämie oder kardiale Erkrankungen, sollten ausgeschlossen werden. Auch neurologische Erkrankungen sowie psychiatrische Ursachen müssen suffizient abgeklärt werden.

Die weitere neuropsychologische Testung ist für die Bewertung der LKB sowie zur Verlaufsbeurteilung unverzichtbar.

Testverfahren

Die Testung sollte in regelmäßigen Abständen von etwa sechs bis zwölf Monaten wiederholt werden, um den Krankheitsverlauf beurteilen zu können und die Aussagekraft der Testergebnisse zu erhöhen.

International gebräuchliche klinische Kurzttests wie z.B. der **Mini-Mental-Status-Test (MMST)** sind weltweit zur Demenzdiagnostik verbreitet, wurden aber nicht speziell für die Bewertung einer LKB konstruiert und weisen bei Patienten mit einer LKB eine zu geringe Spezifität auf (Pernecky 2003). Ein weiteres sehr verbreitetes Screening-Instrument ist der **Uhrentest**. Die Patienten werden gebeten, ein Ziffernblatt mit der Zeigerstellung „zehn nach elf“ einzutragen. Sind Denkprozesse, Konzeptbildung oder visuokonstruktive Fähigkeiten beeinträchtigt, ist es für den Patienten schwierig, diese Aufgabe richtig durchzuführen. Der Uhren-Test zeichnet sich durch eine höhere Sensitivität aus als der Mini-Mental-Status-Test und weist eine befriedigende Spezifität auf (Cahn et al. 1996).

In Deutschland hat sich die **CERAD-NB-Testbatterie** (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) zum Standardinstrument entwickelt (Thalman u. Monsch 1997). Sie ist international gebräuchlich und stellt bildungs- und altersadjustierte Normwerte zur Verfügung (Schröder et al. 2007).

Weiterführende Diagnostik

Nach Vorliegen der Befunde der neuropsychologischen Testung wird entschieden, ob eine Indikation für weiterführende Diagnostik besteht. Das MRT stellt dabei frühe strukturelle Manifestationen der Alzheimer-

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

Demenz, wie das Vorliegen einer mesiotemporalen Atrophie, dar. Auch die Liquordiagnostik hat sich als ein zuverlässiges Verfahren zur Früherkennung sowie zur Erhärtung der Diagnose einer Alzheimer-Krankheit etabliert.

Mit weiteren diagnostischen Maßnahmen, wie einer 18 F-FDG-Positronen-Emissionstomographie, können zudem der Glukosestoffwechsel und damit die Synapsenfunktion bzw. die Amyloid- Ablagerungen direkt dargestellt werden. So zeigt das PET bei Patienten mit einer leichtgradigen Alzheimer-Demenz metabolische Defizite im Bereich des temporalen und parietalen Kortex sowie im posterioren Zingulum an (Matsuda 2001). Zur Früherkennung der Alzheimer-Demenz sind

- die klinische Exploration,
- die neuropsychologische Testung,
- das strukturelle MRT und
- die Liquordiagnostik sinnvoll.

Diese Verfahren haben nicht nur eine hohe Sensitivität und Spezifität in der Früherkennung, sondern auch schon in Längsschnittstudien ihren prognostischen Wert bewiesen (Schröder u.Pantel 2011).

1.5 Theoretischer Hintergrund der Partnerschaftlichen Zufriedenheit

1.5.1 Definition des Konstrukts „Beziehungszufriedenheit“

Gerade bei älteren Menschen nimmt die Bedeutung einer Partnerbeziehung zu, wenn die Kinder erwachsen sind und die beruflichen Pflichten wegfallen. In diesem Lebensabschnitt spielt die Zufriedenheit in der Ehe oder Partnerschaft für die Lebensqualität eine zentrale Rolle. In einer tragfähigen, zufriedenen Beziehung lassen sich Belastungen besser bewältigen, während in einer unbefriedigenden Partnerschaft Probleme leicht eskalieren können. Dass gerade die Partnerschaft im Hinblick auf soziale Unterstützung bei stressreichen Anforderungen eine wichtige Ressource darstellt, ist durch die Social-Support-Forschung belegt worden (Schwarzer u. Leppin 1991).

Es gibt viele unterschiedliche Auffassungen in der Literatur darüber, was Zufriedenheit in einer partnerschaftlichen Beziehung ist.

- Jäckel definierte Ehezufriedenheit 1980 als „das durch Test oder Befragung wiedergegebene subjektive Erleben von Glück und Zufriedenheit mit der eigenen Ehe und dem Ehepartner“ (Jäckel 1980).
- Auch Köhler definiert den Begriff „Beziehungszufriedenheit“ als evaluative Beurteilung der Paarbeziehung durch den Partner (Köhler 1992).
- Grau (2005) und Bierhoff (2006) betonen, dass die Beziehungsqualität sowohl die subjektiv erlebte Beziehungszufriedenheit als auch die Stabilität einer Beziehung umfasst.
- Die Beziehungszufriedenheit ist nach Asendorpf und Banse im Gegensatz zur Beziehungsstabilität ein individuelles Merkmal, welches sich von einem Partner zum anderen unterscheiden kann

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

(Arsendorpf u. Banse 2000). Die Beziehungsstabilität ist durch den Status, den eine Beziehung hat, gekennzeichnet. Stabile Partnerschaften müssen von den Partnern nicht als zufriedenstellend erlebt werden.

1.5.2 Vulnerabilitäts-Stress-Adaptionsmodell

Viele Forscher haben sich mit der Frage, welche Faktoren die Beziehungszufriedenheit eines Paares beeinflussen, auseinandergesetzt. In dieser Arbeit möchte ich näher auf das Funktionsmodell von Karney und Bradbury eingehen, da es sehr anschaulich wichtige Einflussfaktoren auf die Qualität und Stabilität von Partnerschaften und ihre Wechselwirkungen beschreibt und somit eine Prognose der Paarzufriedenheit ermöglicht (Arsendorpf u. Banse 2000) (Karney u. Bradbury 1995). Dieses Modell basiert auf der Grundlage einer Metaanalyse von 115 Längsschnittstudien.

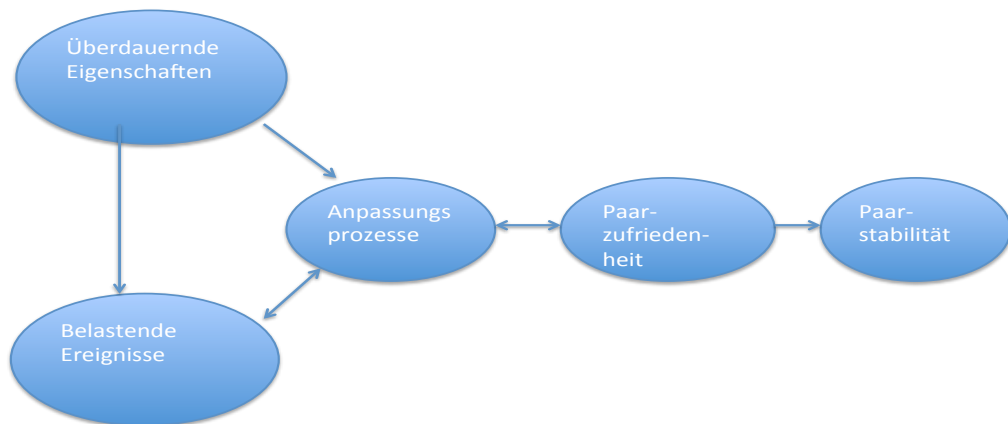


Abbildung 1: Das Vulnerabilitäts-Stress-Adaptionsmodell nach Karney und Bradbury 1995

In dieser Abbildung wird gezeigt, dass belastende Ereignisse in Kombination mit persönlichen Merkmalen, die in diesem Modell als überdauernde Eigenschaften beschrieben werden, Anpassungsprozesse

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

in Gang setzen, welche sich auf die Beziehungszufriedenheit und auf die Stabilität auswirken.

Zwischen der Funktionalität der Anpassungsprozesse und der Paarzufriedenheit besteht ein Wechselwirkungsverhältnis. Außerdem bestimmen die Anpassungsprozesse das Ausmaß einer gelungenen Bewältigung des stressreichen Ereignisses.

Belastende Ereignisse können sowohl auf der Makroebene als auch auf der Mikroebene angesiedelt sein. Beispiele für kritische Lebensereignisse auf der Makroebene stellen chronische Krankheiten, Unfälle oder Arbeitslosigkeit dar.

Auf der Mikroebene werden paarinterne und paarexterne Belastungssituationen unterschieden. Paarinterne Belastungssituationen können sich auf Meinungsverschiedenheiten z.B. über Geld oder Aufgabenteilung im Haushalt beziehen. Zu den paarexternen Belastungssituationen hingegen können z.B. Auseinandersetzungen mit Kollegen oder Nachbarn zählen. Wie belastende Situationen erlebt und verarbeitet werden, steht auch im Zusammenhang mit überdauernden Eigenschaften. Zu diesen zählen Persönlichkeitseigenschaften der Partner, überdauernde dyadische Variablen wie z.B. Beziehungsdauer vor der Ehe, das Vorhandensein von Kindern sowie beziehungspezifische Kognitionen, Motive und Einstellungen. Sowohl belastende Ereignisse als auch überdauernde Eigenschaften beeinflussen die Anpassungsprozesse. Zu diesen gehören im Wesentlichen individuelle und dyadische Formen der Emotionsregulation und Stressbewältigung als Antwort auf paarexterne Stressoren und paarinterne Unstimmigkeiten. Zu den dyadischen Formen der Stressbewältigung zählen die gegenseitige Unterstützung in Stresssituationen, Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten sowie Konfliktbewältigungsstile. Erfolgreiche Bewältigungsstrategien können belastende Ereignisse vermindern, dysfunktionale adaptive Prozesse bilden hingegen eine weitere Belastung für die partnerschaftliche Zufriedenheit und Stabilität.

Eine zufriedene und stabile partnerschaftliche Beziehung ist dann möglich, wenn ein Paar fähig ist belastende Situationen und Alltagswidrigkeiten

1 Einleitung und Theoretischer Hintergrund

funktional zu bewältigen, allgemein nur geringen Belastungen ausgesetzt ist und die Lebenspartner wenig problematisch überdauernde Eigenschaften mit in die partnerschaftliche Beziehung einbringen (Schneewind & Wunderer, 2003).

2 Fragestellungen

Im Folgenden möchte ich zunächst herausfinden, ob es allgemein einen Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe bezüglich ihrer Zufriedenheit in der Partnerschaft gibt. Weiterhin möchte ich die Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Männern und Frauen getrennt betrachten. So möchte ich eruieren, ob ein Unterschied bezüglich der partnerschaftlichen Zufriedenheit zwischen den gesunden Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe sowie zwischen den gesunden Männern der Versuchsgruppe und den Männern der Kontrollgruppe besteht. Den gleichen Vergleich möchte ich für die erkrankten Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe sowie den erkrankten Männern der Versuchsgruppe und den Männern der Kontrollgruppe aufstellen.

Ebenfalls möchte ich Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung und den soziodemographischen Variablen, wie Alter, Beziehungsdauer, gemeinsame Kinder sowie Schul- und Berufsabschluss, überprüfen

3 Methodik

3.1 Screening der Studienteilnehmer

Zur Klärung der Frage, ob eine leichte kognitive Beeinträchtigung Einfluss auf die Zufriedenheit innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung hat, habe ich eine Befragung in Form einer Querschnittstudie mit einer Versuchsgruppe und einer gesunden Kontrollgruppe zum Vergleich durchgeführt. Die Kontrollgruppe besteht aus Ehepaaren, von welchen kein Partner eine kognitive Beeinträchtigung aufweist. Die Versuchsgruppe besteht aus Ehepaaren, in welcher einer der beiden Ehepartner von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung betroffen ist.

Für die Studie wurden eingangs 59 Patienten in Zusammenarbeit mit der Gedächtnissprechstunde der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München rekrutiert. Anhand der Patientenakten wurden diejenigen ausgesucht, die außer der Diagnose LKB keine für eine kognitive Beeinträchtigung relevanten Diagnosen erhalten hatten.

3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studienteilnehmer

Einschlusskriterien der Patienten:

- älter als 55 Jahre und jünger als 80 Jahre;
- Vorliegen einer LKB nach den revidierten MCI Kriterien nach Petersen;
- erreichte Punktzahl im MMSE liegt zwischen 25 und 18 Punkten (maximal erreichte Gesamtpunktzahl: 30);
- $z < -1,0$ in einem Untertest der CERAD-NB-Testbatterie;
- mehr als fünf Jahre in einer festen Partnerschaft.

3. Methodik

Ausschlusskriterien der Patienten :

- Vorliegen einer Demenz MMST mit weniger als 18 Punkten;
- $z < -1$ fin in allen Untertests der CEARD-NB-Testbatterie;
- jegliche psychiatrische, neurologische, internistische Erkrankung mit Auswirkung auf die Kognition;
- unzureichende Seh- und Hörfähigkeit;
- unzureichende Deutschkenntnisse.

Nach Absprache mit den betreuenden Ärzten wurden die Patienten telefonisch kontaktiert und nach ausführlicher Information über die Studie um ihre Teilnahme gebeten. Abgelehnt wurde die Teilnahme meist wegen fehlendem Interesse oder schlechter körperlicher Verfassung. Oft war die betreffende Person telefonisch auch nicht zu erreichen. Von den insgesamt gescreenten Patienten waren 23 Patienten und ihre Lebenspartner bereit, an der Studie teilzunehmen. Das entspricht 47,4%. Die Ehepaare der Kontrollgruppe wurden unter anderem aus Senioreneinrichtungen, Sportgruppen, Gedächtnistrainingsgruppen sowie aus dem Bekanntenkreis rekrutiert. Letztlich erklärten sich 20 Ehepaare bereit, an der Studie teilzunehmen.

Einschlusskriterien der Kontrollpersonen sowie der gesunden Ehepartner der Versuchsgruppe:

- älter als 55 Jahre und jünger als 80 Jahre;
- erreichte Punktzahl im MMSE liegt zwischen 25 und 30 Punkten;
- $z > -1$ in allen Untertests der CERAD-NB-Testbatterie;
- mehr als fünf Jahre in einer festen Partnerschaft.

Ausschlusskriterien der Kontrollpersonen sowie der gesunden Ehepartner der Versuchsgruppe:

- jede psychiatrische, neurologische, internistische Erkrankung mit Auswirkung auf die Kognition;
- unzureichende Seh- und Hörfähigkeit;
- unzureichende Deutschkenntnisse.

3. Methodik

3.2. Pilotstudie

Im Vorfeld der Befragung wurde eine Pilotstudie mit fünf Ehepaaren aus der Versuchsgruppe durchgeführt, um festzustellen, ob und in welchen Bereichen innerhalb der Beziehung Veränderungen aufgetreten sind, um einen geeigneten Fragebogen zur Messung der partnerschaftlichen Zufriedenheit älterer Paare auswählen zu können. Die Paare wurden in Form eines Interviews befragt und beschrieben, dass sie seit Beginn der Erkrankung eine Veränderung in der partnerschaftlichen Beziehung wahrnehmen würden. Als besonders belastend wurde eine Veränderung im Kommunikationsverhalten und eine Zunahme an Konfliktsituationen empfunden.

3.3 Messinstrumente

3.3.1 Auswahlverfahren des Fragebogens

Die aus den Interviews der Pilotstudie gewonnenen Informationen wurden mit mehreren validierten Fragebögen verglichen, die sich bereits zur Erfassung der Zufriedenheit in einer partnerschaftlichen Beziehung bewährt haben.

In die nähere Auswahl kam zum einen der **Partnerschaftsfragebogen PFP** (Hahlweg 1996), ein mehrdimensionaler Selbstbeurteilungsfragebogen aus 31 Items, der wiederum in die drei Skalen

- Streitverhalten,
- Zärtlichkeit und
- Gemeinsamkeit/Kommunikation,

sowie einem Item zur globalen Glückseinschätzung eingeteilt wird.

Ferner kam der **Marital Satisfaction Inventory (MSI)** (Synder 1981) in die nähere Auswahl. Dieser mehrdimensionale Selbstbeurteilungsfragebogen mit ganzen 280 Items enthält eine Validitätsskala, eine globale affektive Skala und neun weitere Skalen, die verschiedene Aspekte der ehelichen Interaktion erheben.

3. Methodik

Ein weiterer Selbstbeurteilungsfragebogen, die **Dyadic Adjustment Scale** (Spanier 1976) bzw. in deutscher Fassung der **Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung** (FPZ) (König u. Kuske 1977) kam ebenfalls als Vorlage in Betracht. Dieser besteht aus insgesamt 32 Items, die sich in vier Skalen zusammenfassen:

- dyadische Übereinstimmung,
- Erfüllung in der Partnerschaft,
- Ausdruck von Gefühlen sowie
- partnerschaftlicher Zusammenhalt.

Ein gemeinsamer Kritikpunkt der beschriebenen Fragebögen ist, dass sie die Lebensumstände und Bedürfnisse älterer Partnerschaft älterer Paare nicht berücksichtigen. So befinden sich in den Fragebögen häufig Fragen zur Kindererziehung. Andere Aspekte, wie z.B. die Gesundheit des Partners, die gerade für ältere Paare bedeutend sind, werden dagegen nicht abgedeckt.

Ausgewählt wurde daher der **MSQFOP (Marital Satisfaction Questionnaire For Older Persons)**. Hierbei handelt es sich um einen Fragebogen, der speziell für Paare konzipiert wurde, die älter als 55 Jahre sind (Haynes u. Floyd 1992).

Eingangs wurde die schriftliche Genehmigung zur Benutzung dieses Fragebogens vom Autor Stephen N Haynes von der University of Hawaii eingeholt. Anschließend wurde der Fragebogen ins Deutsche übersetzt und die Übersetzung wurde vom Übersetzungsbüro Agnieszka Miller, Ismaninger Straße 65 auf ihre Richtigkeit hin überprüft.

Die Ethikkommission erhob keine Einwände gegen das Forschungsprojekt.

3. Methodik

3.3.2 The Marital Satisfaction Questionnaire For Older Persons (MSQFOP)

Der Autor des Fragebogens Stephen N. Haynes von der University of Hawaii und seine Kollegen entwickelten einen psychometrisch fundierten Fragebogen zur Beurteilung der partnerschaftlichen Zufriedenheit älterer Paare. Fünf Studien wurden durchgeführt, um die Homogenität des Fragebogens sowie dessen zeitliche Stabilität und Kriteriumsvalidität zu beurteilen. Die endgültige Version des MSQFOP-Fragebogens besteht aus 24 Items, einschließlich einer 20-Item-Skala zur Beurteilung der ehelichen Zufriedenheit mit einem Hauptfaktor (Kommunikation und Kameradschaft) und zwei Nebenfaktoren (Zärtlichkeit/intime Beziehung und Gesundheit des Partners). Des Weiteren schließt der Fragebogen vier eigenständige Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit des Partners in der partnerschaftlichen Beziehung sowie zur Veränderung in der Beziehungszufriedenheit der letzten Jahre mit ein.

Der MSQFOP Fragebogen im Einzelnen:

- **Summe:** Gesamtzufriedenheit bestehend aus drei Subkategorien:

1. Hauptfaktor:

- **Summe: Kommunikation und Kameradschaft** beinhaltet 19 Fragen zur Zufriedenheit des Kommunikationsverhaltens des Partners sowie der kameradschaftlichen Beziehung.

2. Nebenfaktor:

- **Summe: Zärtlichkeit/intime Beziehung** beinhaltet drei Fragen zur Zufriedenheit der intimen Beziehung mit dem Partner

3. Nebenfaktor:

- **Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand des Partners** besteht aus einer Frage.

3. Methodik

Für jede einzelne Frage gibt es eine Zufriedenheitsskala von 1 (sehr unzufrieden) bis 6 (sehr zufrieden). Für jede Subkategorie wird ein Summenwert gebildet. Die Summe der drei Subkategorien bildet einen Gesamtzufriedenheitswert. Je höher dieser Wert, desto zufriedener ist der Studienteilnehmer in der partnerschaftlichen Beziehung. Anzumerken ist, dass der Hauptfaktor: „Kommunikation und Kameradschaft“ im Summenwert Gesamtzufriedenheit mit 19 Fragen am stärksten gewichtet ist.

Neben dem Summenwert der Gesamtzufriedenheit beinhaltet der Fragebogen MSQFOP vier weitere Fragen, die jeweils einzeln bewertet werden:

- **Gemessen an der gesamten Aufmerksamkeit, die Sie von Ihrem Partner erhalten, wie hoch ist der Prozentsatz an angenehmer oder positiver Zuneigung?**

Der Studienteilnehmer kann auf einer Skala von 1-4 den Prozentsatz angenehmer und positiver Aufmerksamkeit, die er von seinem Partner erfahren hat, angeben. Je höher der Skalenwert, desto höher ist der Anteil angenehmer und positiver Aufmerksamkeit des Partners.

- **Wie zufrieden sind Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt insgesamt in Ihrer Beziehung?**

Für diese Frage gilt wieder die Zufriedenheitsskala von 1 (sehr unzufrieden) bis 6 (sehr zufrieden)

- **Im Vergleich zu vor fünf Jahren, wie zufrieden sind Sie derzeit in Ihrer Beziehung?**

Auch für diese Frage gilt die Zufriedenheitsskala.

- **Wie oft gab es im letzten Jahr bedeutende Probleme in Ihrer Beziehung?**

Der Studienteilnehmer kann auf einer Häufigkeitsskala von 1 (sehr oft) bis 4 (nie) die Häufigkeit bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr angeben.

3. Methodik

3.3.3 CERAD-NB-Testbatterie

Die CERAD-Testbatterie wurde im Jahre 1986 von dem amerikanischen Forschungsverbund „The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease“ entwickelt (Morris et al. 1998). Die Testbatterie besteht aus mehreren Untertests zur Messung von kognitiven Defiziten in den Bereichen Orientierung, konstruktive Praxis und Gedächtnis (Morris, et al. 1989). Inzwischen ist die CERAD-Testbatterie ein weltweit etabliertes und in über 12 Sprachen übersetztes Untersuchungsinstrument (Schreiber et al. 2005).

Auch in deutschsprachigen Memory-Kliniken hat sich die CERAD-Testbatterie) zum Standardinstrument entwickelt (Thalmann und Monsch 1997). Eine Arbeitsgruppe der Geriatrischen Universitätsklinik Basel etablierte für den deutschsprachigen Raum an Bildung und Geschlecht angegliche Altersnormen (Satzger et al. 2001).

Die Auswertung der Testbatterie erfolgt mit Hilfe eines Computerprogramms, welches entsprechend des Alters, Geschlechts und der Bildung z-Werte für die Ergebnisse aller Untertests ermittelt.

Untertests der CERAD-Batterie

Mittels der CERAD-Testbatterie werden die Bereiche

- unmittelbare und verzögerte konstruktive Praxis,
- unmittelbare und verzögerte Merkfähigkeit sowie
- Wortfindung und Wortflüssigkeit geprüft.

Ergänzend zur CERAD-Testbatterie hat sich der **Trail-Making-Test** zur Beurteilung und Verarbeitungsgeschwindigkeit und kognitiver Umstellungsfähigkeit etabliert, da gerade Störungen der kognitiven Umstellungsfähigkeit und Flexibilität bei der LKB regelmäßig auftreten und das Zustandsbild verschlechtern. Die erweiterte Form der CERAD-Batterie wird als **CERAD-Plus-Testbatterie** bezeichnet.

Im Folgenden werden die acht Untertests der Testbatterie näher beschrieben.

3. Methodik

Semantische und lexikalische Wortflüssigkeit

Die CERAD-Plus-Testbatterie enthält zwei Untertests zur Erfassung der Wortflüssigkeit. Bei der Aufgabe zur semantischen Wortflüssigkeit wird der Proband gebeten, innerhalb 60 Sekunden möglichst viele unterschiedliche Tiernamen aufzuzählen.

Um die lexikalische Wortflüssigkeit zu überprüfen, wird der Proband gebeten, innerhalb von 60 Sekunden möglichst viele Wörter mit dem Anfangsbuchstaben S aufzuzählen. Die Anzahl korrekt produzierter Wörter gilt bei beiden Aufgaben als Leistungsmaß.

Boston Naming Test

Dieser Test enthält Zeichnungen von 15 Objekten, von denen fünf häufig, fünf mittelhäufig und fünf selten im deutschen Sprachgebrauch vorkommen. Der Teilnehmer hat zehn Sekunden Zeit, das Objekt zu benennen. Neben der visuellen Wahrnehmung und der Wortfindung wird die Basler Benennungsleistung (Satzger et al. 2001) untersucht.

MMSE-Mini-Mental-State-Examination (MMSE)

Dieser Kurztest zur Erfassung kognitiver Funktionen wird sehr häufig zur Messung der Schwere einer Demenz im Klinikalltag verwendet. Ursprünglich wurde er 1975 von Folstein entwickelt. In 22 Aufgaben werden die Funktionen Orientierung, Konzentration, Gedächtnis, Sprache und konstruktive Praxis untersucht. Der Teilnehmer kann maximal einen Punktwert von 30 erreichen. Liegt der Punktwert unter 24, geht man von einem demenziellen Syndrom aus. Liegt er unter 17, liegen hingegen schwere kognitive Defizite vor.

Wortlisten (Lernen -Abrufen-Wiedererkennen)

Wortliste Lernen

Der Proband wird gebeten eine Wortliste mit zehn Wörtern in jeweils drei Durchgängen in unterschiedlicher Reihenfolge laut vorzulesen und sich diese einzuprägen. Direkt im Anschluss an jeden Durchgang sollten möglichst viele der Wörter wiedergegeben werden. In Erinnerung gebliebene Worte sowie Intrusionen werden vom Untersucher protokolliert. Dem Probanden stehen für die Wiedergabe der Wörter 90

3. Methodik

Sekunden zu Verfügung. Die maximale Punktzahl beträgt für jeden Durchgang zehn Punkte.

Mit diesem Test wird die Fähigkeit, neue nicht assoziierte verbale Informationen zu erlernen und einzuprägen, geprüft.

Wortliste Abrufen

Im Anschluss an den dritten Lerndurchgang wird nach Durchführung einer anderer Aufgabe erneut die Wortliste abgerufen, um zu überprüfen, ob der Proband eine neu erlernte Information über mehrere Minuten behalten kann.

Wortliste Wiedererkennen

Um die Rekognitionsleistung zu überprüfen, wird der Proband gebeten, eine Liste mit 20 Wörtern zu lesen, von denen er zehn im Verlauf des bisherigen Testverlaufs gelernt hat. Der Proband muss sich bei jedem Wort entscheiden, ob es sich um ein neues Wort handelt oder ob es bereits in den Lerndurchgängen enthalten war. Die Anzahl der korrekt wiedererkannten sowie die Anzahl der korrekt zurückgewiesenen Antworten wird notiert und anhand dessen ein Diskriminabilitätswert in Prozent errechnet.

Diskriminabilität (%) = (Richtige Ja+ Richtige Nein) / 20 *100

Konstruktive Praxis

Die konstruktive Praxis wird in der CERAD-Testbatterie in zwei Untertests geprüft.

Konstruktive Praxis Abzeichnen

Hier wird der Proband gebeten Figuren in steigender Komplexität abzuzeichnen. Das Zeitlimit für jede Figur beträgt zwei Minuten. Insgesamt kann der Proband 11 Punkte erzielen. Mit dieser Aufgabe werden die visuoperceptuellen und visuokonstruktiven Fähigkeiten geprüft.

Konstruktive Praxis Abrufen

Nach Durchführung weiterer Aufgaben wird der Proband gebeten noch einmal die zuvor gezeichneten Figuren aus dem Gedächtnis aufzuzeichnen. Untersucht wird mit dieser Aufgabe das nonverbale Gedächtnis. Auch hier beträgt der maximale Summenscore elf Punkte.

3. Methodik

Untersuchung der Aufmerksamkeit-Trail Making A und B

Dieser Test gliedert sich in zwei Teile, Teil A und B.

Teil A

Im Teil A wird das Verbinden von Zahlen in aufsteigender Reihenfolge gefordert. Der Proband hat die Aufgabe, so schnell wie möglich Zahlen von 1-25 mit einem Bleistift auf einem Blatt zu verbinden. Die Testleistung gibt unter Berücksichtigung der Bearbeitungszeit ein gutes Maß für die psychomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit.

Teil B

Teil B prüft die Exekutivfunktionen, indem der Proband Zahlen und Buchstaben abwechselnd verbindet (Schröder u. Pantel 2011).

3.4 Ablauf der Befragung

Die Befragungen der Teilnehmer fanden entweder im Zentrum für kognitive Störungen des Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie statt oder die Teilnehmer wurden vom Untersucher zu Hause besucht. Vor der Befragung wurden die Teilnehmer ausführlich über die Studie aufgeklärt und eine schriftliche Einwilligung wurde eingeholt.

Der Fragebogen MSQFOP wurde von den Teilnehmern jeweils selbstständig in einem separaten Raum schriftlich ausgefüllt. Weder der Untersucher noch der Partner konnte den Befragten beim Ausfüllen des Fragebogens beeinflussen. Neben den Angaben zur Zufriedenheit in der Partnerschaft wurden schriftlich weitere soziodemographische Angaben zur Person erhoben. Die Befragung erfasste Angaben zum Geschlecht, zu gemeinsamen Kindern, Beziehungsdauer, Schul- und Berufsabschluss. Außerdem wurden drei Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit gestellt:

Wie zufrieden sie mit ihrer finanziellen Situation, ihrem Berufsleben und ihrem Gesundheitszustand sind.

Zeitgleich wurde der jeweils andere Partner anhand der CERAD-NB-Testung geprüft, um sicherzustellen, dass einerseits bei dem gesunden

3. Methodik

Partner keine kognitiven Defizite vorlagen und andererseits bei dem Patienten noch nicht der Grad einer Demenz erreicht worden ist. Auch die Paare der gesunden Kontrollgruppe wurden mit der CERAD-NB-Testung geprüft, um kognitive Defizite sicher ausschließen zu können. Die Befragung nahm pro Teilnehmer ca. 60-75 Minuten in Anspruch.

3.5 Datenauswertung

Die statistische Auswertung und Aufbereitung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm „SPSS für Mac, Version 20,0“.

Die Variablen Gesamtzufriedenheit wurde durch Angabe des Median und der Streubreite (Range) gruppengetrennt beschrieben. Mit einem Boxplot-Diagramm wurden die Ergebnisse veranschaulicht. Mit Hilfe des Mann-Whitney-Tests für nicht normal verteilte, unabhängige Variablen wurden die Versuchs- und Kontrollgruppe miteinander verglichen und das Signifikanzniveau möglicher Unterschiede berechnet.

Für die inferenzielle Statistik wurde ein Signifikanzniveau von 0,5 festgelegt. Ergebnisse zwischen 0.5 und 1.0 wurden als tendenziell beschrieben.

Ausgewertet wurden die Ergebnisse des MSQFOP-Fragebogens von 40 Personen (20 Paare) aus der Kontrollgruppe sowie 46 Personen (23 Paare) aus der Patientengruppe.

Die Ergebnisse der vier eigenständigen Fragen wurden jeweils durch Angabe des prozentualen Anteils der Probanden sowie durch die gesamte Anzahl der Probanden für den jeweiligen Skalenwert gruppengetrennt beschrieben. Das Signifikanzniveau wurde für mögliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mithilfe des Mann-Whitney-Tests berechnet.

5 Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Soziodemographische Beschreibung des Probandenkollektivs

Das Probandenkollektiv unterteilte sich in eine Kontrollgruppe bestehend aus 20 Ehepaaren, in welcher kein Partner eine kognitive Beeinträchtigung aufwies, sowie eine Versuchsgruppe bestehend aus 23 Ehepaaren, in welcher einer der beiden Ehepartner von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung betroffen war. Insgesamt waren 15 Ehepartner und acht Ehepartnerinnen in der Versuchsgruppe erkrankt.

Tabelle 1 zeigt, dass zwischen den beiden Gruppen im Bezug auf die Altersverteilung sowie die durchschnittliche Beziehungsdauer in Jahren der Ehepartner und Ehepartnerinnen in Versuchs- und Kontrollgruppe kein wesentlicher Unterschied besteht.

Tabelle 1: Darstellung des Median und der Streubreite der Altersverteilung und Beziehungsdauer der Versuchs- und Kontrollgruppe.

		Kontrollgruppe	Versuchsgruppe
Alter der Probanden in Jahren	Maximum	80	81
	Median	70	73
	Minimum	57	57
Dauer der Beziehung in Jahren	Maximum	51	58
	Median	42	48
	Minimum	5	27

Tabelle 2 stellt weitere soziodemographische Charakteristika der Versuchs- und Kontrollgruppe dar. Die Mehrzahl der Probandenpaare beider Gruppen hatten gemeinsame Kinder und befanden sich zum Zeitpunkt der

5. Ergebnisse

Befragung im Ruhestand. Zwischen den beiden Gruppen lag hinsichtlich des erreichten Schul- und Berufsabschlusses kein wesentlicher Unterschied.

Tabelle 2: Weitere soziodemographische Charakteristika der Versuchs- und Kontrollgruppe (Anzahl der Personen und prozentualen Anteil der jeweiligen Gruppe)

		Kontrollgruppe		Versuchsgruppe	
		Anzahl (n) N gesamt = 40	Anteil in (%)	Anzahl (n) N gesamt = 46	Anteil in (%)
Kinder	ja	36	90,0	39	84,8
	nein	4	10,0	7	15,2
Ruhestand	ja	33	82,5	40	87,0
	nein	7	17,5	6	13,0
Schulabschluss	kein Hauptschulabschluss	0	0	1	2,2
	Hauptschulabschluss	7	17,5	18	39,1
	Realschulabschluss	17	42,5	11	23,9
	Fachabitur	4	10,0	3	6,5
	Abitur	12	30,0	13	28,3
Berufsabschluss	Kein beruflicher Abschluss	0	,0	3	6,5
	Abschluss einer beruflich, betrieblichen Ausbildung	14	35,0	19	41,3
	Abschluss einer beruflich, schulischen Ausbildung	6	15,0	7	15,2
	Abschluss einer Fachhochschule, Meisterschule, Technikerschule	7	17,5	4	8,7
	Fachhochschulabschluss	6	15,0	7	15,2
	Hochschulabschluss	7	17,5	6	13,0

5. Ergebnisse

Ergebnisse der statistischen Analysen

Ergebnisse der ersten Fragestellung

Gesamtzufriedenheit

Besteht ein Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

Der Median der Variablen „**Gesamtzufriedenheit**“ liegt mit 188 leicht unter dem Median der Kontrollgruppe mit 197. Es konnte ein **tendenziell signifikanter Unterschied** zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (**p=0,073**). Diese Aussage wird in der Tabelle 3 und in der Abbildung 2 veranschaulicht.

Tabelle 3: Vergleich des Median und der Streubreite des Summenwerts „Gesamtzufriedenheit“ zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe

Vergleich der Gesamtzufriedenheit innerhalb der partnerschaftlichen Beziehung			
Gruppe	Maximum	Median	Minimum
Kontrollgruppe	232	197	136
Versuchsgruppe	233	188	86

5. Ergebnisse

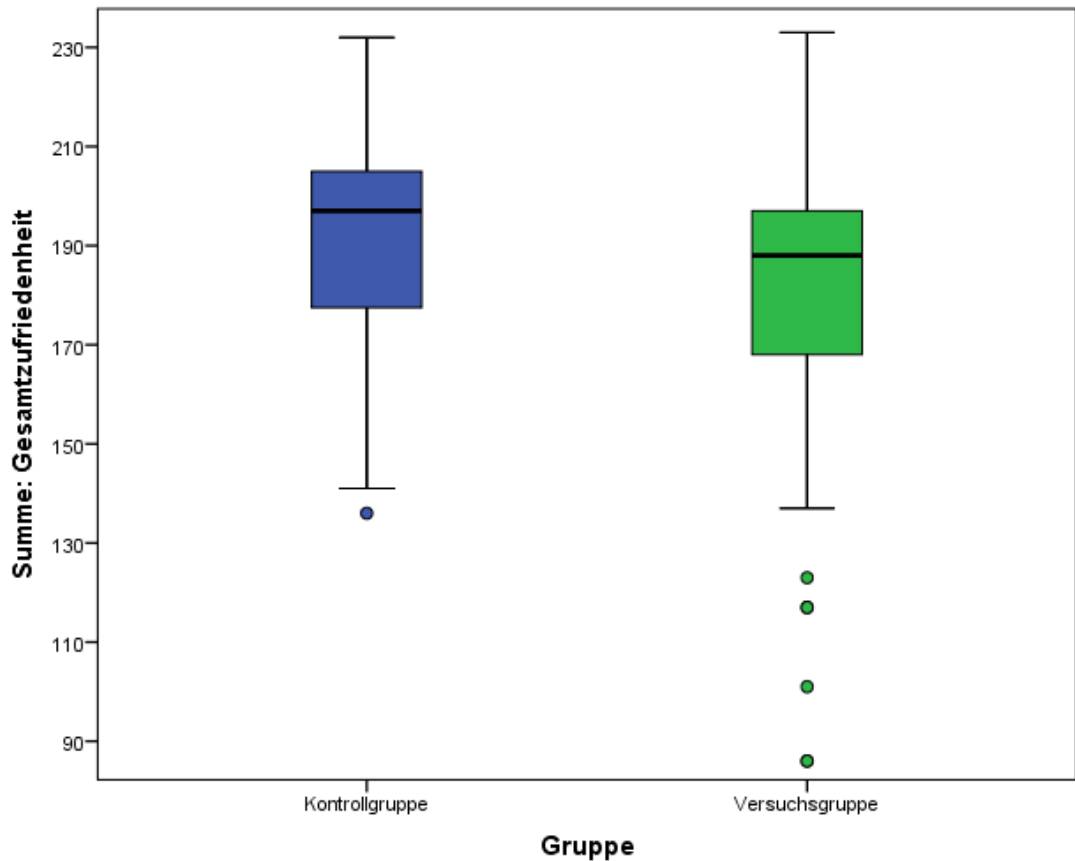


Abbildung 2: Verteilung des Summenwertes „Gesamtzufriedenheit“ der Versuchs- und Kontrollgruppe

Einzelfragen des MSQFOP-Fragebogens

In den zwei folgenden Einzelfragen des MSQFOP-Fragebogens unterscheiden sich die beiden Gruppen deutlich.

Frage 1: Wie zufrieden sind sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Ihrer Beziehung?

5. Ergebnisse

Tabelle 4: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt

Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt				
Kontrollgruppe		Zufriedenheitsskala	Versuchsgruppe	
Anzahl (n) N gesamt = 40	Anteil in (%)		Anteil in (%)	Anzahl (n) N gesamt = 46
0	,0	sehr unzufrieden	,0	0
0	,0	unzufrieden	8,7	4
1	2,5	etwas unzufrieden	6,5	3
4	10,0	ein wenig unzufrieden	15,2	7
20	50,0	zufrieden	43,5	20
15	37,5	sehr zufrieden	26,1	12

Wie in Tabelle 4 verdeutlicht wird, sind 50 % der Probanden in der Kontrollgruppe zufrieden und 37,5 % sehr zufrieden in der partnerschaftlichen Beziehung zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Dagegen geben in der Versuchsgruppe nur 43,5 % der Probanden an, zufrieden und 26,1 % sehr zufrieden in der partnerschaftlichen Beziehung zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu sein.

Unzufrieden und etwas unzufrieden sind 6,5 und 8,7 % der Probanden in der Versuchsgruppe in der partnerschaftlichen Beziehung. In der Kontrollgruppe ist kein Proband unzufrieden und nur 2,5 % der Probanden etwas unzufrieden in der partnerschaftlichen Beziehung.

Beide Gruppen unterscheiden sich **signifikant** bezüglich ihrer Zufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der partnerschaftlichen Beziehung (**p=0.054**).

Frage 2: Im Vergleich zu vor fünf Jahren, wie zufrieden sind Sie derzeit in Ihrer Ehe?

Die Mehrheit beider Gruppen gab an, dass sie gleichbleibend zufrieden im Vergleich zu vor fünf Jahren sind. Anzumerken ist, dass 15 % der Probanden der Kontrollgruppe viel zufriedener und 17,5 % etwas zufriedener im Vergleich zu vor fünf Jahren in der partnerschaftlichen

5. Ergebnisse

Beziehung sind. Nur 6.5 % der Probanden der Versuchsgruppe gaben an, viel zufriedener und 8.7 % etwas zufriedener im Vergleich zu vor fünf Jahren in ihrer Beziehung zu sein. Dagegen gaben 21.7 % der Probanden in der Versuchsgruppe an, etwas unzufriedener und 4.3 % viel unzufriedener zu sein. Kein Proband der Kontrollgruppe war viel unzufriedener in der Beziehung und nur 7,5 % gaben an, etwas unzufriedener als vor fünf Jahren zu sein.

Zwischen den beiden Gruppen konnte ein **signifikanter Unterschied (p= 0,018)** festgestellt werden.

Tabelle 5: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich

Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich				
Kontrollgruppe		Zufriedenheitsskala	Patientengruppe	
Anzahl (n)	Anteil in (%)		Anteil in (%)	Anzahl (n)
1	2,5	nicht zutreffend	,0	0
0	,0	viel unzufriedener	4,3	2
3	7,5	etwas unzufriedener	21,7	10
23	57,5	gleichbleibend zufrieden	58,7	27
7	17,5	etwas zufriedener	8,7	4
6	15,0	viel zufriedener	6,5	3

5. Ergebnisse

Ergebnisse der zweiten Fragestellung

Besteht ein Unterschied zwischen den gesunden Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

Gesamtzufriedenheit

Der Median der Variablen „**Gesamtzufriedenheit**“ liegt mit 168 deutlich unter dem Median der Kontrollgruppe mit 199. Es konnte ein **hochsignifikanter Unterschied** zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (**p= 0,004**). Diese Aussage wird in Tabelle 6 und Abbildung 3 veranschaulicht.

Tabelle 6: Vergleich des Median und der Streubreite des Summenwerts „Gesamtzufriedenheit“ zwischen den gesunden Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe.

Vergleich der Gesamtzufriedenheit innerhalb der partnerschaftlichen Beziehung (Summenwert)			
Gruppe	Maximum	Median	Minimum
Kontrollgruppe (weiblich)	225	199	136
Versuchsgruppe (weiblich, gesund)	193	168	86

5. Ergebnisse

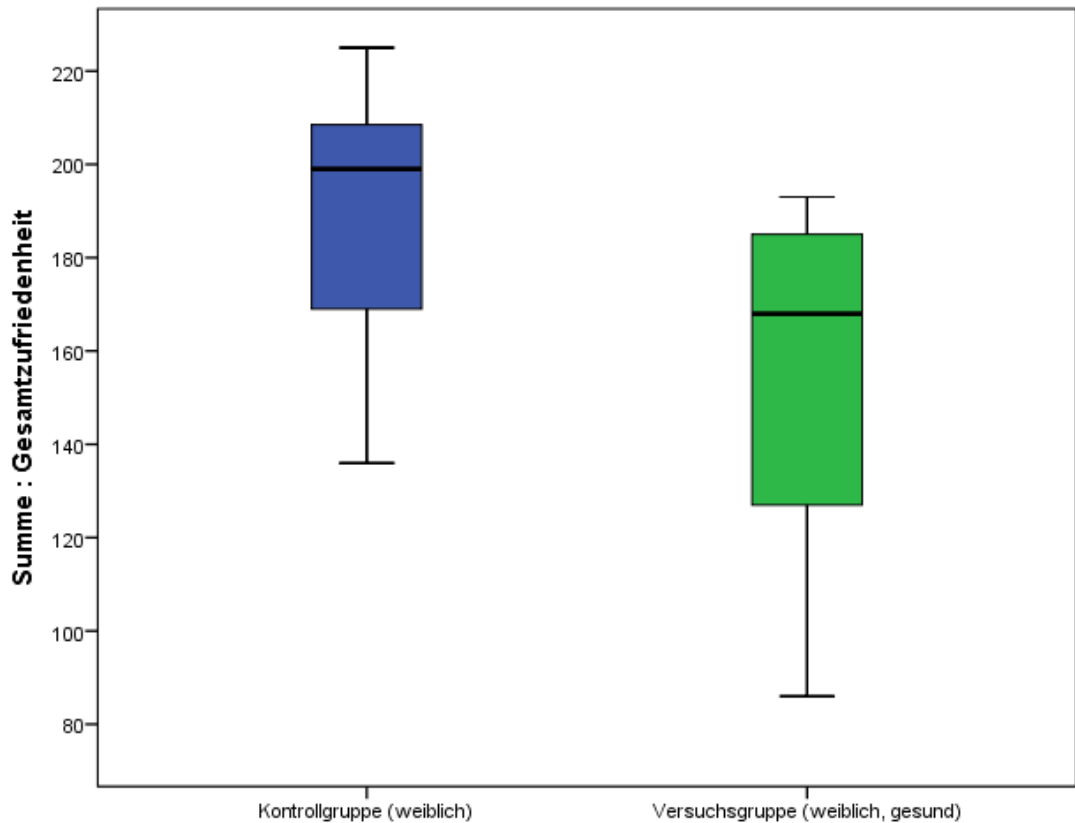


Abbildung 3: Verteilung des Summenwertes „Gesamtzufriedenheit“ der gesunden Frauen der Versuchsgruppe und der Frauen der Kontrollgruppe

Ergebnisse der Einzelfragen

In drei der vier Einzelfragen des MSQFOP-Fragebogens unterscheiden sich die beiden Gruppen deutlich.

Frage 1: Gemessen an der gesamten Aufmerksamkeit, die Sie von Ihrem Partner erhalten, wie hoch ist der Prozentsatz an angenehmer oder positiver Zuneigung?

5. Ergebnisse

Tabelle 7: Anzahl der Personen und prozentualen Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf den Prozentsatz angenehmer und positiver Aufmerksamkeit des Partners

Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners in %				
Kontrollgruppe (weiblich)		Positive Aufmerksamkeit in %	Versuchsgruppe (weiblich, gesund)	
Anzahl (n)	Anteil in (%)		Anteil in (%)	Anzahl (n)
0	,0	0-25	6,7	1
2	10,0	26-50	20,0	3
8	40,0	51-75	53,3	8
10	50,0	76-100	20,0	3

26.7 % der gesunden Frauen in der Versuchsgruppe gaben an **weniger als 50 %** an angenehmer und positiver Zuneigung von ihrem Partner erfahren zu haben. Dies traf bei der Kontrollgruppe nur auf 10 % der Frauen zu. Dagegen erhielten 90 % der Frauen in der Kontrollgruppe und 73,3 % der gesunden Frauen in der Versuchsgruppe einen Anteil **über 50 %** positiver und angenehmer Aufmerksamkeit.

Der Unterschied der beiden Gruppen war bezüglich dieser Fragestellung **signifikant (p=0,051)**.

Frage 2: Wie zufrieden sind Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt insgesamt in Ihrer Beziehung?

20 % der gesunden Frauen in der Versuchsgruppe geben an, ein wenig unzufrieden, 6.7 % etwas unzufrieden und 20 % unzufrieden bezüglich der Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der partnerschaftlichen Beziehung zu sein. Dagegen geben nur 5 % der Frauen in der Kontrollgruppe an, diesbezüglich etwas unzufrieden und 10 % ein wenig unzufrieden zu sein. 6,7 % der gesunden Frauen in der Versuchsgruppe waren sehr zufrieden und 46,7 % zufrieden zum

5. Ergebnisse

gegenwärtigen Zeitpunkt in ihrer Beziehung. In der Kontrollgruppe gaben 60 % der Frauen an, zufrieden, und 25 % der Frauen an, sehr zufrieden in der partnerschaftlichen Beziehung zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu sein. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war **signifikant (p= 0,020)**.

Tabelle 8: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt				
Kontrollgruppe (weiblich)		Zufriedenheitsskala	Versuchsgruppe (weiblich, gesund)	
Anzahl (n)	Anteil in (%)		Anteil in (%)	Anzahl (n)
0	,0	sehr unzufrieden	,0	0
0	,0	unzufrieden	20,0	3
1	5,0	etwas unzufrieden	6,7	1
2	10,0	ein wenig unzufrieden	20,0	3
12	60,0	zufrieden	46,7	7
5	25,0	sehr zufrieden	6,7	1

Frage 3: Im Vergleich zu vor fünf Jahren, wie zufrieden sind Sie derzeit in Ihrer Beziehung?

Die Mehrheit beider Gruppen, gab an, dass sie gleichbleibend zufrieden im Vergleich zu vor fünf Jahren sind.

6.7 % der gesunden Frauen in der Versuchsgruppe gaben an, viel unzufriedener und 33.3 % unzufriedener als zu vor fünf Jahren in ihrer Beziehung zu sein. 10 % der Frauen der Kontrollgruppe waren etwas unzufriedener in der Beziehung als vor fünf Jahren.

5. Ergebnisse

20 % der Frauen der Kontrollgruppe waren viel zufriedener und 10 % etwas zufriedener im Vergleich zu vor fünf Jahren in der partnerschaftlichen Beziehung. 6.7 % der gesunden Frauen in der Versuchsgruppe gaben an, etwas zufriedener in ihrer Beziehung zu sein. Jedoch gab es keine Frau in dieser Gruppe, die angab viel zufriedener als zu vor fünf Jahren in der Beziehung zu sein. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich ihrer Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich war **signifikant (p= 0.041)**.

Tabelle 9: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich

Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich				
Kontrollgruppe (weiblich)		Zufriedenheitsskala	Versuchsgruppe (weiblich, gesund)	
Anzahl (n)	Anteil in (%)		Anteil in (%)	Anzahl (n)
1	5,0	nicht zutreffend	,0	0
0	,0	viel unzufriedener	6,7	1
2	10,0	etwas unzufriedener	33,3	5
11	55,0	gleichbleibend zufrieden	53,3	8
2	10,0	etwas zufriedener	6,7	1
4	20,0	viel zufriedener	,0	0

5. Ergebnisse

Ergebnis der dritten Fragestellung

Besteht ein Unterschied zwischen den gesunden Männern der Versuchsgruppe und den Männern der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

Gesamtzufriedenheit

Die statistische Auswertung ergab **keinen signifikanten Unterschied** im Gesamtzufriedenheitssummenwert der beiden Gruppen.

Ergebnisse der Einzelfragen

In zwei der vier Einzelfragen des MSQFOP-Fragebogens unterscheiden sich die beiden Gruppen jedoch deutlich voneinander.

Frage 1: Wie zufrieden sind Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt insgesamt in Ihrer Beziehung?

25 % der gesunden Männer in der Versuchsgruppe geben an, etwas unzufrieden, 25 % ein wenig unzufrieden bezüglich der Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der partnerschaftlichen Beziehung zu sein. Dagegen geben nur 10 % der Männer in der Kontrollgruppe an, diesbezüglich ein wenig unzufrieden zu sein.

37,5 % der gesunden Männer in der Versuchsgruppe waren zufrieden und 12,5 % sehr zufrieden zum gegenwärtigen Zeitpunkt in ihrer Beziehung. In der Kontrollgruppe gaben 40 % der Männer an, zufrieden, und 50 % an, sehr zufrieden in der partnerschaftlichen Beziehung zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu sein. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war **signifikant. ($p= 0,010$).**

5. Ergebnisse

Tabelle 10: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt

Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt				
Kontrollgruppe (männlich)		Zufriedenheitsskala	Patientengruppe (männlich, gesund)	
Anzahl (n)	Anteil in(%)		Anteil in(%)	Anzahl n)
0	,0	sehr unzufrieden	,0	0
0	,0	unzufrieden	,0	0
0	,0	etwas unzufrieden	25,0	2
2	10,0	ein wenig unzufrieden	25,0	2
8	40,0	zufrieden	37,5	3
10	50,0	sehr zufrieden	12,5	1

Frage 2: Im Vergleich zu vor fünf Jahren, wie zufrieden sind Sie derzeit in Ihrer Beziehung?

Wie in Tabelle 11 verdeutlicht, gibt die Mehrheit 62.5 % der gesunden Männer in der Versuchsgruppe an, dass sie etwas unzufriedener als im Vergleich zu vor fünf Jahren in ihrer partnerschaftlichen Beziehung sind. Dies trifft für 10 % der Männer in der Kontrollgruppe zu.

10 % der Männer der Kontrollgruppe waren viel zufriedener und 25 % etwas zufriedener im Vergleich zu vor fünf Jahren in der partnerschaftlichen Beziehung. 37.5 % der gesunden Männer in der Versuchsgruppe gaben an, gleichbleibend zufrieden in ihrer Beziehung zu sein. Jedoch gab es keinen gesunden Mann in dieser Gruppe, der angab zufriedener oder viel zufriedener als zu vor fünf Jahren in der Beziehung zu sein. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich ist **hoch signifikant (p = 0,001)**.

5. Ergebnisse

Tabelle 11: Anzahl der Personen und prozentualer Anteil der jeweiligen Gruppe im Bezug auf die partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich

Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich				
Kontrollgruppe (männlich)		Zufriedenheitsskala	Versuchsgruppe (männlich, gesund)	
Anzahl (n)	Anteil in (%)		Anteil in (%)	Anzahl (n)
0	,0	nicht zutreffend	,0	0
0	,0	viel unzufriedener	,0	0
1	5,0	etwas unzufriedener	62,5	5
12	60,0	gleichbleibend zufrieden	37,5	3
5	25,0	etwas zufriedener	.0	0
2	10,0	viel zufriedener	,0	0

Ergebnisse der vierten Fragestellung

Besteht ein Unterschied zwischen den erkrankten Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

Gesamtzufriedenheit

Die beiden Gruppen **unterscheiden sich nicht** im Gesamtzufriedenheitssummenwert voneinander.

Ergebnisse der Einzelfragen

Auch in den vier Einzelfragen sind **keine Unterschiede** zwischen den beiden Gruppen feststellbar.

5. Ergebnisse

Ergebnisse der fünften Fragestellung

Besteht ein Unterschied zwischen den erkrankten Männern der Versuchsgruppe und den Männern der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

Gesamtzufriedenheit

Die beiden Gruppen **unterscheiden sich nicht** im Gesamtzufriedenheitssummenwert voneinander.

Ergebnisse der Einzelfragen

Auch in den vier Einzelfragen sind **keine Unterschiede** zwischen den beiden Gruppen feststellbar.

Ergebnis der sechsten Fragestellung

Besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Variablen

- Alter,
- Beziehungsdauer,
- gemeinsame Kinder,
- Rentenstatus,
- Berufstätigkeit,
- Schul- und Berufsabschluss

und der partnerschaftlichen Zufriedenheit ?

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen und der partnerschaftlichen Zufriedenheit der Probanden **konnte nicht** festgestellt werden.

5. Ergebnisse

Zusammenfassung der Ergebnisse

In der statistischen Auswertung konnte gezeigt werden, dass tendenziell signifikante Unterschiede bezüglich der Gesamtzufriedenheit innerhalb der partnerschaftlichen Beziehung zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe bestehen. Die Kontrollgruppe weist einen höheren Gesamtzufriedenheitssummenwert auf als die Versuchsgruppe. In den Einzelfragen zur Zufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt sowie zur Veränderung der Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich weist die Kontrollgruppe deutlich höhere Zufriedenheitswerte auf als die Versuchsgruppe.

Im Vergleich zwischen den gesunden Frauen der Versuchsgruppe, d.h. Frauen, die mit einem erkrankten Partner zusammenleben, und den Frauen der Kontrollgruppe konnten signifikante Unterschiede bezüglich der partnerschaftlichen Zufriedenheit festgestellt werden. Im Vergleich zu den Frauen der Versuchsgruppe gaben die Frauen der Kontrollgruppe neben einem höheren Gesamtzufriedenheitssummenwert auch höhere Zufriedenheitswerte im Bezug auf die Zufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt, auf die Veränderung der Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich sowie den Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners an.

Dagegen unterscheiden sich die gesunden Männer in der Versuchsgruppe, d.h. Männer, die mit einer erkrankten Partnerin zusammenleben, von den Männern der Kontrollgruppe nur im geringen Ausmaß bezüglich ihrer Zufriedenheit in der Partnerschaft. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant im Bezug auf die Zufriedenheit im 5-Jahres-Vergleich und die Zufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt in ihrer Partnerschaft, nicht aber im Gesamtzufriedenheitssummenwert.

Kein signifikanter Unterschied konnten zwischen den erkrankten Männern in der Versuchsgruppe, d.h., Männer, die mit einer gesunden Partnerin zusammenleben, und den Männern der Kontrollgruppe festgestellt werden. Dies trifft auch für den Vergleich zwischen den erkrankten Frauen

5. Ergebnisse

der Versuchsgruppe, d.h. Frauen, die mit einem gesunden Partner zusammenleben, und den Frauen der Kontrollgruppe zu.

Signifikante Zusammenhänge zwischen den erhobenen soziodemographischen Variablen und der partnerschaftlichen Zufriedenheit konnten nicht festgestellt werden. Ein mäßig bis schwacher Zusammenhang bestand zwischen der allgemeinen Zufriedenheit und der partnerschaftlichen Zufriedenheit der Probanden.

6 Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, festzustellen, ob die partnerschaftliche Zufriedenheit durch die Erkrankung einer leichten kognitiven Beeinträchtigung beeinflusst wird, um gegebenenfalls die Paarproblematik als Gegenstand in die psychosoziale Beratung aufzunehmen und somit den Ratsuchenden ganzheitlich unterstützen zu können.

In der Diskussion werde ich die Begriffe „Stress“ und „Belastung“ als Synonym verwenden und im Wechsel gebrauchen. Dies gilt auch für die Begriffe „Bewältigung“ und „Coping“.

Die Ergebnisse der ersten Fragestellung der vorliegenden Arbeit zeigen, dass gerade die gesunden Ehepartner der Versuchsgruppe, die mit einer/m erkrankten Partner/in zusammenleben, unzufriedener mit ihrer partnerschaftlichen Beziehung sind als die Ehepartner der Kontrollgruppe.

Belastungserleben des gesunden Partners

Es ist anzunehmen, dass die Erkrankung einer LKB eine Belastung für die partnerschaftliche Beziehungszufriedenheit darstellt.

Rayan et al. beschreibt, dass die physische, soziale und emotionale Belastung des gesunden Partners nicht wesentlich geringer ist als die Belastung eines Partners, der mit einem an einer beginnenden Demenz erkrankten Partner zusammenlebt (Rayan et al. 2012). Nicht nur die kognitiven Defizite, sondern auch Stimmungsveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten des erkrankten Partners könnten für die partnerschaftliche Beziehung und besonders für den gesunden Partner eine große Belastung darstellen.

Zu den häufigsten in der Literatur beschriebenen Stimmungsveränderungen, die im Rahmen der Erkrankung einer leichten kognitiven Beeinträchtigung auftreten können, gehören die Dysphorie, vermehrte Angst, Depressionen und erhöhte Reizbarkeit des Patienten (Apostolova u. Cummings 2007). Zu den häufig beschriebenen

Verhaltensauffälligkeiten eines Patienten mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung zählt die Apathie (Apostolova u. Cummings 2007).

Neben den Veränderungen der Stimmung, des Verhaltens und der kognitiven Fähigkeiten des erkrankten Partners ist die partnerschaftliche Beziehung auch durch die verminderte Kompetenz des erkrankten Partners, komplexe Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen, belastet (Perneckzy et al. 2006).

Kognitive Defizite gehören erwartungsgemäß zu den Symptomen der Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung. Verhaltensauffälligkeiten, Stimmungsveränderungen sowie eine verminderte Kompetenz bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben könnten jedoch von Seiten des gesunden Partners weniger als Krankheitssymptom als vielmehr absichtliches oder böswilliges Verhalten interpretiert werden. Aufgrund der kognitiven Defizite ist anzunehmen, dass sich das gewohnte Kommunikationsverhalten des Paares verändert und es schwieriger für das Paar wird, Missverständnisse oder Konfliktsituationen zu klären.

Belastungsbewältigung

Nicht die anhaltende Belastung ist per se für eine dysfunktionale, unzufriedene partnerschaftliche Beziehung verantwortlich, als vielmehr die mangelnde individuelle und dyadische Bewältigung dieser Belastung.

Lazarus und Folkman beschreiben dies mit dem Begriff „Coping“. Sie definieren Coping als:

„constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“ (Lazarus und Folkman 1984).

Zur Bewältigung von Belastungen gilt der Partner als eine der wichtigsten Ressourcen. Da sich eine Partnerschaft im Gegensatz zu anderen Beziehungen durch ein hohes Maß an Intimität, Zugänglichkeit und Interdependenz auszeichnet, ist eine besonders effektive Unterstützung möglich (Blood u. Wolfe 1960).

Aufgrund dieser Merkmale von Partnerschaften definiert Bodenmann Belastungserleben und die Belastungsbewältigung dyadisch. Bodenmann

6 Diskussion

erklärt Belastungen innerhalb der Partnerschaft als ein direkt oder indirekt beide Partner betreffendes Ereignis, welches zu einem Ungleichgewicht des Gesamtsystems der Partnerschaft führt, sofern jeder Partner bzw. das Paar und ihre dyadischen Ressourcen nicht ausreichen, die Anforderungen an jeden Einzelnen bzw. das Paar angemessen zu bewältigen (Bodemann 1997). Dem dyadischen Coping kommt somit eine Moderatorfunktion zwischen Stress und Partnerschaftszufriedenheit zu (Bodemann G. 2000). Bodemann benennt das dyadische Coping als einer der wichtigsten Prädiktoren für Qualität, Stabilität und Verlauf einer partnerschaftlichen Beziehung. Er betont dabei, dass individuelle und dyadische Kompetenzen sowie motivationale Aspekte wichtige Einflussfaktoren auf das dyadische Coping darstellen.

Dyadische Kompetenzen

Zu den wichtigsten dyadischen Kompetenzen zählen Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten.

Nach Hahlweg (1991) ist das Niveau der Ehequalität zu großen Teilen von den Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten der Partner und somit von ihrem Verhalten in Konfliktsituationen abhängig (Hahlweg et al. 1991). Auch Navran beschreibt, dass sich glückliche von unglücklichen Paaren im Hinblick auf die Häufigkeit ihrer Gespräche, das Verständnis, das sie füreinander aufbringen, die Bandbreite ihrer Gesprächsthemen sowie die Verwendung von Worten, die einen private Bedeutung für sie haben unterscheiden (Navran 1967).

Gerade Patienten mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung tun sich schwer, gewohnte Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten aufrechtzuerhalten, da ihre Kommunikationsfähigkeit durch unterschiedliche kognitive Einbußen beeinträchtigt ist. Eine schleichenden Verschlechterung ihrer Gedächtnisleistung, nachlassende Konzentrationsfähigkeit, Abnahme der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sowie Wortfindungsstörungen (Zaudig 2009) verändern das gewohnte Kommunikationsverhalten mit dem Partner.

Individuelle Kompetenzen

6 Diskussion

Zu den individuellen Kompetenzen des Copings gehört eine angemessene Stressäußerung. Je deutlicher Stress geäußert wird, desto seltener kommt es in der partnerschaftlichen Beziehung zu Missverständnissen und zu mangelnder Unterstützung. Zufriedene Paare äußern ihre Belastung verbal, explizit und emotionsbezogen. Das heißt, Gefühle werden dem Partner detailliert beschrieben: „ich fühlte mich hilflos in dieser Situation“ (Bodenmann G. 2000).

Es könnte gerade dem erkrankten Partner aufgrund fehlender Introspektionsfähigkeit sowie Reflexionsvermögen schwerfallen, Gefühle der Belastung deutlich und angemessen zu äußern. Um verbalen oder non- und paraverbalen Kommunikationsinhalte des Partners zu verstehen, braucht der andere Partner neben einer guten Beobachtungsfähigkeit, Einfühlungsvermögen in die Gefühlslage seines Partners sowie tiefere Kenntnisse von diesem. Der erkrankte Partner könnte durch seine kognitive Beeinträchtigung Schwierigkeiten haben, Stresssignale als solche wahrzunehmen und sie entsprechend zu dekodieren.

Motivationale Aspekte

Auch motivationale Aspekte stellen bedeutende Einflussfaktoren für das Gelingen der gemeinsamen Stressbewältigung dar. Besonders die Motivation des erkrankten Partners, dyadisches Coping anzunehmen, spielt im Coping-Prozess eine bedeutende Rolle. Gefühle der Inkompetenz durch Eingreifen des gesunden Partners in den Kompetenzbereich des Kranken und die damit einhergehende Schiefelage in der Machtbalance des Paares könnten dazu führen, dass der erkrankte Partner die Unterstützung seines Partners nicht annimmt. Auch könnte die fehlende Reziprozität der Unterstützung von Seiten des erkrankten Partners ein Grund für die geringe Zufriedenheit innerhalb der partnerschaftlichen Beziehung sein. Der nicht erkrankte Partner fühlt sich aufgrund seiner größeren Ressourcen verpflichtet, den Partner zu unterstützen. Aufgrund einer zunehmenden Asymmetrie zwischen Geben und Nehmen in der Partnerschaft und der Frustration über den Zustand der Partnerschaft kann die motivationale Unterstützung seitens des gesunden Partners abnehmen. Diese Art der Unterstützung beschreibt

6 Diskussion

Bodenmann mit dem Begriff „ambivalentes Coping“, eine Form des negativen dyadischen Copings (Bodemann 1997). In der Regel ist die abnehmende Unterstützung von Seiten des gesunden Partners nicht durch Vorwürfe oder negative Verhaltensweisen gekennzeichnet, sondern wird eher in subtilen verbalen oder nonverbalen Anzeichen einer abnehmenden oder fehlenden Motivation angedeutet (Bodemann 1997). Dies ist in der Regel von Seiten des erkrankten Partners nicht offensichtlich wahrnehmbar.

Eine unzureichende Stressäußerung und Wahrnehmung, fehlende motivationale Aspekte zur gemeinsamen Belastungsbewältigung sowie fehlende Reziprozität der Unterstützung können zu einem Scheitern des dyadischen Copings führen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass Frauen in der Versuchsgruppe, die mit einem erkrankten Partner zusammenleben, im Vergleich zu den Frauen in der Kontrollgruppe wesentlich unzufriedener mit ihrer partnerschaftlichen Beziehung sind. Hingegen geben Männer in der Versuchsgruppe, die mit einer erkrankten Partnerin zusammenleben, zwar etwas geringere Zufriedenheitswerte an als Männer der Kontrollgruppe, jedoch sind die Unterschiede in der Partnerschaftszufriedenheit nicht so ausgeprägt, wie es zwischen den gesunden Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe der Fall ist.

Unterschiedliche Zufriedenheit zwischen Männern und Frauen

Dieses Ergebnis wird mit einzelnen Theorien aus der Forschung belegt. Belle betont, dass Frauen allgemein weniger Unterstützung von ihrem Partner erhalten als Männer von ihren Partnerinnen (Belle 1982). Mehr Männer als Frauen geben an, von ihrer Partnerin verstanden und unterstützt zu werden (Vanfossen 1981).

In einer Untersuchung von Bodenmann zeigte sich, dass Männer in Stresssituationen häufig auf die eigene Emotionsregulation bedacht waren, indem sie mit Vorwürfen an die Partnerin Stress abbauten. Diese Art des Copings wird als „hostiles dyadisches Coping“ bezeichnet, eine

6 Diskussion

Form des negativen Copings, das sich durch direkte feindselige Reaktionen auf Stressäußerungen des Partners auszeichnet. Der hilfeschuchende Partner wird offen kritisiert und belächelt. Das Kommunikationsverhalten ist durch Desinteresse sowie paraverbale und nonverbale Negativität geprägt.

Frauen hingegen betreiben in Stresssituationen eher internalisierende Strategien, um den Partnerschaftsstress zu verringern und so die emotionale Entlastung des Partners sowie die Stärkung der Integrität zu gewährleisten (Bodenmann 1995). Auch der Verfasser des MSQFOP-Fragebogens Stephen N. Haynes beschreibt, dass Männer höhere Zufriedenheitswerte im Bereich „Kommunikation und Kameradschaft“ sowie im Bereich „Gesamtzufriedenheit“ angaben (Haynes u. Floyd 1992). In dieser Arbeit bezog sich die unterschiedlich wahrgenommene partnerschaftliche Zufriedenheit zwischen Mann und Frau nur auf die Partner/Innen in der Versuchsgruppe, die mit einem erkrankten Partner zusammenleben. In der Kontrollgruppe dagegen wurden keine Unterschiede bezüglich der partnerschaftlichen Zufriedenheit zwischen Männern und Frauen festgestellt.

Kein signifikanter Unterschied konnte bezüglich der partnerschaftlichen Zufriedenheit zwischen den erkrankten Männern in der Versuchsgruppe, d.h. Männer, die mit einer gesunden Partnerin zusammenleben, und den Männern der Kontrollgruppe festgestellt werden. Dies trifft auch für den Vergleich zwischen den erkrankten Frauen der Versuchsgruppe, d.h. Frauen, die mit einem gesunden Partner zusammenleben, und Frauen der Kontrollgruppe zu.

Nichtwahrnehmen der Erkrankung

Psychisch begründete Bewältigungsstrategien

Ein möglicher Erklärungsansatz für dieses Ergebnis könnte sein, dass der erkrankte Partner bewusst seine Erkrankung und damit einhergehende Defizite verleugnet, um sein Selbstwertgefühl zu regulieren und zu stabilisieren und sich somit vor Versagenserlebnissen, Bedrohungen und Kränkungen zu schützen.

6 Diskussion

Andererseits könnte sich situatives Nichtwahrnehmen auch als unbewusste Art des individuellen Copings in langjährigen Beziehungen entwickelt haben, in denen sich der erkrankte Partner in einer Abhängigkeitsrolle befindet.

Anosognosie

Neben psychisch begründeten Bewältigungsstrategien im Sinne der Verdrängung bzw. des Verleugnens muss eine neurokognitiv bedingte Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht abgegrenzt werden. Dieses Phänomen wird als „Anosognosie“ bezeichnet (Kessler u. Supprian 2003). Schon Babinski beschrieb den Begriff „Anosognosie“ 1914 und verstand darunter das „Ignorieren“ der Folgen einer Hirnschädigung. Das Problem der Anosognosie fand im Vergleich zu anderen Krankheitssymptomen bei den neurodegenerativen Erkrankungen wie der Parkinsonschen Krankheit, der Alzheimer-Demenz oder der leichten kognitiven Beeinträchtigung wenig Beachtung (Kessler u. Supprian 2003). Dabei stellt die Anosognosie als eigenständiger und wichtiger Symptomenkomplex der leichten kognitiven Beeinträchtigung (Galeone et al. 2011) ein Krankheitsmerkmal mit weit reichenden Konsequenzen dar. So ist es vorstellbar, dass Patienten, die sich ihrer kognitiven Defizite nicht bewusst sind, erheblichen Gefahren für ihr Wohlergehen ausgesetzt sind, wenn sie z.B. trotz Rechenstörungen Finanzgeschäfte tätigen oder trotz visuell-räumlicher Defizite am Straßenverkehr teilnehmen (Kessler u. Supprian 2003). Zudem führt eine mangelnde Krankheitseinsicht zu einer erhöhten Belastung der Angehörigen, insbesondere der Lebenspartner.

Schacter (Schacter 1990), Agnew und Morris (Agnew u. Morris 1998) entwickelten krankheitsübergreifende Modelle, um Erklärungsansätze für die organisch bedingte mangelnde Krankheitseinsicht zu finden. Ihre Modelle gehen von zwei wesentlichen Systemen der Selbstwahrnehmung aus.

Ein parietales System „**conscious awareness system**“ (**CAS**) bündelt Informationen aus verschiedenen Systemen, wie z.B. Gedächtnis, Sensomotorik, Sprache, und vermittelt deren bewusste Wahrnehmung. Das zentrale exekutive System, das auf den Frontalhirnfunktionen beruht,

6 Diskussion

verknüpft die Information aus dem CAS mit komplexeren kognitiven Prozessen. Ein mangelndes Bewusstsein für spezifische Domänen kann aus einer gestörten Verbindung der Repräsentation dieser Domäne zum CAS entstehen. Ein global beeinträchtigtes Bewusstsein kann durch eine Störung des CAS selbst entstehen. Auch eine Verbindungsstörung des CAS mit dem exekutiven System bzw. des exekutiven Systems selbst kann zu einer Anosognosie führen (Leicht u. Gertz 2009).

Eine gestörte Funktion in medialen kortikalen Arealen, welche kognitive Prozesse bei der Selbsteinschätzung vermitteln, könnte eine Ursache mangelnder Krankheitseinsicht bei Patienten mit einer leichten kognitiven Störung darstellen.

So wurde in einer fMRT-Untersuchung an Patienten mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung gezeigt, dass die Aktivierung des medialen präfrontalen Kortex und des posterioren Gyrus cinguli bei selbstbezogenen Urteilen mit dem Grad der Krankheitseinsicht korreliert (Rieser et al. 2007) (Leicht u. Gertz 2009).

Die mangelnde Krankheitseinsicht bei Patienten mit einer LKB kann nicht nur die eigene Wahrnehmung der kognitiven Fähigkeiten, sondern auch die eigene Wahrnehmung des Verhaltens, der Affekte und der Kompetenz bei Aktivitäten des täglichen Lebens betreffen (Kessler u. Supprian 2003). Es liegt daher nahe, dass der erkrankte Partner aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht nicht nur Schwierigkeiten hat, eigene Verhaltensänderung wahrzunehmen, sondern auch die Belastungen und Bedürfnisse des Partners nicht bemerkt. Die abnehmende Fähigkeit zur Introspektion und Selbstreflexion sowie die verminderte Fähigkeit der Perspektivenübernahme und Wahrnehmung der Gefühlswelt des Partners könnten die unterschiedliche Beurteilung der Beziehungszufriedenheit innerhalb der Partnerschaft erklären.

7 Schlussfolgerung und Ausblick

Die gegenwärtige Studie konnte zeigen, dass die Erkrankung einer LKB die Zufriedenheit innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung wesentlich beeinflusst. Gerade für den gesunden Partner scheint die Erkrankung einer LKB des Partners eine große Belastung darzustellen und die subjektiv wahrgenommene Beziehungsqualität und -zufriedenheit zu beeinträchtigen.

Das Vorliegen der Erkrankung einer LKB eines Partners stellt für das Paar, insbesondere für den gesunden Partner, eine belastende Situation dar. Jedoch ist nicht per se die anhaltende Belastung für eine dysfunktionale, unzufriedene Partnerschaft verantwortlich, als vielmehr mangelnde individuelle und dyadische Bewältigungsstrategien dieser Belastung. Zu den wichtigsten Bewältigungsstrategien zählen neben gegenseitiger Unterstützung und Verständnis für den Partner, Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten.

Eine schleichende Verschlechterung der Gedächtnisleistung, nachlassende Konzentrationsfähigkeit, abnehmende Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und Wortfindungsstörung (Zaudig 2009) sowie eine von Seiten des Betroffenen oft fehlende Krankheitseinsicht (Galeone et al. 2011) verändern das gewohnte Kommunikationsverhalten mit dem Partner und erschweren die Bewältigung der Belastung im dyadischen Sinne.

Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Adaptionsmodell von Karney und Bradbury haben Paare, die über geringe dyadische Bewältigungskompetenzen verfügen, einer schwerwiegenden Belastung wie z.B. der Erkrankung einer LKB eines Partners ausgesetzt sind und zusätzlich durch Veränderungen des Verhaltens und des Affekts eines Partners belastet sind, nur eine geringe Chance, eine stabile und für beide Partner zufriedenstellende Beziehung zu führen.

6 Diskussion

Doch gerade eine zufriedenstellende partnerschaftliche Beziehung ist eine der wichtigsten Ressourcen zur gemeinsamen Bewältigung der Belastung. Um diese Ressource zu erhalten bzw. zu stärken, ist es meiner Meinung nach wichtig, die Paarproblematik als Gegenstand in die psychosoziale Beratung aufzunehmen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass insbesondere der gesunde Lebenspartner unterstützend beraten werden sollte.

Die Beratung sollte eingangs eine Phase der Edukation über die Erkrankung der LKB beinhalten. Um Missverständnisse und Fehlinterpretationen bezüglich der Verhaltensweisen des betroffenen Partners zu vermeiden, sollte ausführlich auf die Symptome des Patienten mit einer LKB eingegangen werden. Neben der reinen Wissensvermittlung, sollte der gesunde Lebenspartner auch die Möglichkeit bekommen in Form einer kognitiven Verhaltenstherapie den Beziehungswandel und die damit einhergehende Veränderungen ihrer affektiven Befindlichkeit zu besprechen. Ob eine unterstützende Intervention in dieser Art die Beziehungszufriedenheit des gesunden Partners beeinflusst und dadurch das Belastungserleben des Partners reduziert, könnte in weiteren Forschungsprojekten untersucht werden.

5. Ergebnisse

Literaturverzeichnis

Ausen, B., Edman, G., Almkvist, O., & Bogdanovic, N. (2009). Personality Features in subjective Cognitive Impairment and mild cognitive Impairment -early indicators for dementia? *Dement Geriatr Cogn Disord* (28), 528-535.

Agnew, S., & Morris, R. (1998). The heterogeneity of anosognosia for memory impairment in Alzheimer's disease. a review for the literature and a proposed model . *Aging and Mental Health* (2), 7-19.

Apostolova, L., & Cummings, J. (2007). Neuropsychiatric manifestation in mild cognitive impairment : the systematic review of the literature. *Dement Geriatr Cogn Disord* (25), 115-26.

Arendt, T., Holzer, M., Gertz, H., & Bruckner, M. (1999). Cortical Load of PHF-tau in Alzheimer's disease is correlated to cholinergic dysfunction. *Journal of Neural Transmission* (106), 513-523.

Asendorpf, J., & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehung*. Bern: Huber.

Buehlman, K., Gottman, J., & Katz, L. (1992). How a couple views their past predict their future: Predicting divorce from an oral history interview. *Journal of Family Psychology* , 295-318.

Busch, B. (2008). *Gemeinsame Stressbewältigung im Alter*. Opladen & Farmington Hills MI: Budrich UniPress.

Beyreuther, K. (1997). Molekularbiologie der Alzheimer-Demenz. In H. Förstel, *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie* (S. 41-43). Stuttgart: Enke.

Belle, D. (1982). The stress of caring: Woman as providers of social support. In L. Goldberg, & S. Breznitz, *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (S. 496-505). New York: Free Press.

- Bierhoff, H.-W.** (2003). Dimensionen enger Beziehungen. In I. Grau, & H.-W. Bierhoff, *Sozialpsychologie der Beziehung* (S. 257-284). Berlin: Springer.
- Birchler, G., Weiss, R., & Vincent, J.** (1975). Multimethod analysis of social reinforcement exchange in happy and unhappy marriages. *Journal of Personality and Social Psychology* (31), 349-360.
- Blood, R., & Wolfe, D.** (1960). *Husbands and Wives. The dynamics of married living*. New York: The free Press.
- Bodenmann, G.** (1995). *Bewältigung von Stress in Partnerschaften. Der Einfluss von Belastungen auf die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G.** (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodemann, G.** (1997). Dyadisches Coping - theoretischer und empirischer Stand. *Zeitschrift für Familienforschung*, 7-25.
- Braak, H., Braak, E., & Bohl, J.** (1993). Staging of Alzheimer cortical destruction. *European Neurology* (33), 403-408.
- Cahn, D., Salmon, D., & Monsch, A.** (1996). Screening for dementia of the Alzheimer type in the community: the utility of the Clock Drawing Test. *Arch Clin Neuropsychol* (112), 529-539.
- Crook TH, B. R.** (1986). Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change – Report of a National Institute of mental Health workgroup. *Dev. Neuropsychol* (2), 261-276.
- DeCarli, C.** (2003). Mild cognitive impairment: prevalence, prognosis, aetiology and treatment. *Lancet Neurology* (2), 15-21.
- Domino, G., & Domino, M.** (2006). *Psychological Testing: An introduction*. New York: Cambridge University Press.
- Franke, L.** (2006). *Demenz in der Ehe*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Galasko, D., Clark, C., Chang, L., Miller, B., Green, R., Motter, R. (1997). Assesment of CSF levels of tau protein in midly demented patients with Alzheimer's disease. *Neurology* (48), 632-635.

Galeone, F., Pappalardo, S., Chieffi, S., Iavarone, A. & Carlomagno, S. (2011). Anosognosia for memory deficits in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26 (7), 695-701.

Goldmann, W., & Morris, J. (2001). Evidence that age-associated memory impairment is not a normal variant of aging. *Alzheimer Dis Assoc Disord* (15), 72-79.

Gottman, J. (1994). *What predicts divorce ? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Graham, J., Rockwood, K., Beattie, B., Eastwood, R., Gauthier, S., Tuokko, H.(1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet*, 3-6.

Hughes CP, B. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychatrie* (140), 566-572.

Haynes, S. & Floyd, F. (1992). The Marital Satisfaction Questionnaire For Older Persons. *Psychological Assessment* (4), 473-482.

Hahlweg, K. (1991). Störungen und Auflösung von Beziehungen: Determinanten der Ehequalität und Stabilität. In K. Hahlweg, *Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen* (S. 117-152). Göttingen: H.-J. Ahrens & H.W. Bierhoff.

Hassebrauck, M. & Fehr, B. (2002). Dimensions of relationship quality. *Personal relationships* (9), 253-270.

Jäckel, U. (1980). *Partnerwahl und Eheerfolg. Eine Analyse der Bedingungen und Prozesse ehelicher Sozialisation in einem rollentheoretischen Ansatz*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

- Jensen, M., Schröder, J., Blomberg, M., Engvall, B., Pantel, J., Ida, N.** (1999). Cerebrospinal fluid β A42 is increased early in sporadic Alzheimer's disease and declines with disease progression. *Ann Neurol* (45), 504-511.
- Kurz, A.** (2004). Leichte kognitive Störung: Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. *Der Nervenarzt* (75), 6-15.
- Kaiser, P.** (2000). *Partnerschaft und Paartherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Karney, B. & Bradbury, T.** (1995). The longitudinal course of marital quality and stability : A review of theory, method and research. *Psychological Bulletin* , 3-34.
- Kessler, H. & Supprian, T.** (2003). Zum Problem der Krankheitseinsicht bei Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ. *Fortschritt Neurologie Psychiatrie* (71), 541-548.
- Klein, B.** (2009). *Stressbewältigung, Empathie und Zufriedenheit in der Partnerschaft*. Hamburg: Diplomica Verlag .
- Köhler, U.** (1992). *Primäre und sekundäre Kontrolle in Paarbeziehungen*. Osnabrück: Köhler.
- Kral, V.** (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Canadian medical association Journal*, 257-260.
- Kratz, B., Schröder, J., Pantel, J., Weimer, D., Minnemann, E., Lehr, O.** (1998). Leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. Ergebnisse einer gerontologischen Untersuchung. *Nervenarzt* (69), 975-982.
- Lazarus, R. & Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Levy, R.** (1994). Aging-associated cognitive decline. *International Psychogeriatrics* (6), 63-68.
- Levy, R.** (1994). Aging-associated decline. *Int Psychogeriatric* (6), 63-68.
- Leicht, H. & Gertz, H.-J.** (2009). Methoden zur Erfassung von Krankheitseinsicht bei Alzheimerdemenz – eine kritische Übersicht. *Psychiatrische Praxis* (36), 58-66.

Narvan, L. (1967). Communication and adjustment in marriage. *Family Process* (6), 504-511.

Matsuda, H. (2001). Cerebral blood flow and metabolic abnormalities in Alzheimer's disease. *Ann Nucl Med* (15), 85-92.

Morris, J., Heyman, R. & Mohs, J. (1989). The Consortium to Establish and Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Neurology* , 1159-1165.

Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour* (19), 2-21.

Perneczky, R. (2003). Die Eignung einfacher klinischer Tests für die Erkennung leichter kognitiver Störungen und der leichtgradigen Demenz. *Act Neurol* (30), 114-117.

Perneczky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Alexopoulos, P. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age Aging*, 35, 240-5.

Petersen, R., Smith, G., Waring, S., Ivnik, R., Kokmen, E. & Tangelos, E. (1997). Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* (9).

Satzger, W., Hampel, H., Padberg, F., Bürger, K., Nolde, T., Ingrassia, G.(2001). Zur praktischen Anwendung der CERAD-Testbatterie als neuropsychologisches Demenzscreening. *Nervenarzt* (72), 196-203.

Satzger, W., Hampel, H., Padberg, F. (2001). Practical application of the CERAD testbattery as a neuropsychological dementia screening test. *Nervenarzt*, 196-203.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A Theoretical and Empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships* (8), 99-127.

Schacter, D. (1990). Toward a cognitive neuropsychology of awareness: implicit knowledge and anosognosia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* (12), 155-178.

Schneewind, K. & Wunderer, E. (2003). Prozessmodelle der Partnerschaftentwicklung. In I. Grau, & W. Bierhoff, *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 221-225). Berlin: Springer.

Schreiber, Y., Ackl, N., Sonntag, A. & Zihl, J. (2005). Charakterisierung kognitiver Einbußen von Patienten mit "Mild Cognitive Impairment" in der CERAD Screeningbatterie. (16), 139-149.

Schröder, J. & Pantel, J. (2006). *Zerebrale Korrelate klinischer und neuropsychologischer Veränderungen in den Verlaufsstadien der Alzheimer-Demenz. Untersuchungen mit der quantitativen Magnetresonanztomographie*. Darmstadt: Steinkopff.

Schröder, J. & Pantel, J. (2011). *Die leichte kognitive Beeinträchtigung*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Schröder, J., Schönknecht, P., Essig, M. & Pantel, J. (2007). *Die leichte kognitive Beeinträchtigung: Symptomatik, Epidemiologie und Verlauf*. (A. Verlagsgesellschaft, Hrsg.) Berlin: Wahl HW; Mollenkopf H.

Spalletta, G., Girardi, P., Caltagirone, C. & Orfei, M. (2012). Anosognosia and neuropsychiatric symptoms and disorders in mild Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease* (29), 761-772.

Rayan, K., Weldon, A., Persad, C., Heidebrink, J., Barbas, N. & Giordani, B. (2012). Neuropsychiatric Symptoms and Executive Functioning in Patients with Mild Cognitive Impairment: Relationship to Caregiving Burden. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (34), 206-215.

Reißberg B., F. S. (1982). The Global Deterioration Scale of assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 1136-1139.

Ries, M., Jabbar, B., Schmitz, T., Trivedi, M., Gleason, C. & Alexander, A. (2007). Anosognosia in mild cognitive impairment: Relationship to activation of cortical midline structures involved in self-

appraisal. *Journal of the International Neuropsychological Society* , 450-461.

Teng, E., Tassniyom, K. & Lu, P. (2012). Reduced Quality of Life Rating in Mild cognitive impairment: Analyses of Subject and Informant Responses. *Am J Geriatr. Psychiatry* .

Thalman, B. & Monsch, A. (1997). *CERAD. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. Neuropsychologische Testbatterie.* Basel: Memory Clinic Basel.

Vanfossen, B. (1981). Sex differences in the mental health effects of spouse support and equity. *Journal of Health and Social Behaviour* (22), 130-143.

Wright, D. & Aquilino, W. (1998). Influence of emotional support exchange in marriage on caregiving wife's burden and marital satisfaction. *Family Relations* (47), 195-204.

Winblad, B., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, LO., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., De Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., vanDuijn, C., Visser, P., Petersen, RC. (2004). Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med* (256), 240-6.

Zahn, R. (18. 11 2009). *Destatis-statistisches Bundesamt.* Abgerufen am 10. 6 2012 von www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilung/2009/11/PD09_435_2411.html

Zaudig, M. (2009). Leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. In H. Förstel, *Demenzen in Theorie und Praxis* (S. 23-42). Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg

Anhang A : Statistische Analysen

1. Berechnung: Besteht ein Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

2. Berechnung: Besteht ein Unterschied zwischen den gesunden Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

3. Berechnung: Besteht ein Unterschied zwischen den gesunden Männern der Versuchsgruppe und den Männern der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

4. Berechnung: Besteht ein Unterschied zwischen den erkrankten Frauen der Versuchsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

5. Berechnung: Besteht ein Unterschied zwischen den erkrankten Männern der Versuchsgruppe und den Männern der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit in der partnerschaftlichen Beziehung?

6. Berechnung: Besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Variablen

- Alter,
- Beziehungsdauer,
- gemeinsame Kinder,
- Rentenstatus,
- Berufstätigkeit,
- Schul- und Berufsabschluss

und der partnerschaftlichen Zufriedenheit ?

7. Berechnung: Besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der allgemeinen Zufriedenheit und der partnerschaftlichen Zufriedenheit der Probanden?

Ergebnisse der ersten Berechnung	Gruppe	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Summe Kommunikation	Kontrollgruppe	40	48,43	1937,00
	Patientengruppe	46	39,22	1804,00
	Gesamt	86		
Summe Zuneigung	Kontrollgruppe	40	46,20	1848,00
	Patientengruppe	45	40,16	1807,00
	Gesamt	85		
Gesundheitszustand des Partners	Kontrollgruppe	40	49,99	1999,50
	Patientengruppe	46	37,86	1741,50
	Gesamt	86		
Summe Gesamtzufriedenheit	Kontrollgruppe	40	48,69	1947,50
	Patientengruppe	46	38,99	1793,50
	Gesamt	86		
Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Kontrollgruppe	40	47,33	1893,00
	Patientengruppe	46	40,17	1848,00
	Gesamt	86		
Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Kontrollgruppe	40	48,69	1947,50
	Patientengruppe	46	38,99	1793,50
	Gesamt	86		
Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Kontrollgruppe	40	44,75	1790,00
	Patientengruppe	46	42,41	1951,00
	Gesamt	86		
Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich	Kontrollgruppe	40	49,54	1981,50
	Patientengruppe	46	38,25	1759,50
	Gesamt	86		

Ergebnisse der ersten Berechnung	Summe Kommunikation	Summe Zuneigung	Gesundheitszustand des Partners	Summe Gesamtzufriedenheit	Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich
Mann-Whitney-U	723,000	772,000	660,500	712,500	767,000	712,500	870,000	678,500
Wilcoxon-W	1804,000	1807,000	1741,500	1793,500	1848,000	1793,500	1951,000	1759,500
Z	-1,707	-1,138	-2,383	-1,797	-1,469	-1,930	-,511	-2,342
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,088	,255	,017	,072	,142	,054	,610	,019
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,088	,257	,017	,073	,150	,054	,604	,018
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,044	,129	,008	,036	,076	,027	,296	,010
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000	,001	,000	,000	,012	,001	,003	,000
a. Gruppenvariable: Gruppe								

Ergebnisse der zweiten Berechnung	Gruppe	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Summe Kommunikation	Kontrollgruppe, weiblich	20	22,33	446,50
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	12,23	183,50
	Gesamt	35		
Summe Zuneigung	Kontrollgruppe, weiblich	20	20,65	413,00
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	14,47	217,00
	Gesamt	35		
Gesundheitszustand des Partners	Kontrollgruppe, weiblich	20	22,38	447,50
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	12,17	182,50
	Gesamt	35		
Summe Gesamtzufriedenheit	Kontrollgruppe, weiblich	20	22,23	444,50
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	12,37	185,50
	Gesamt	35		
Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Kontrollgruppe, weiblich	20	20,70	414,00
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	14,40	216,00
	Gesamt	35		
Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Kontrollgruppe, weiblich	20	21,15	423,00
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	13,80	207,00
	Gesamt	35		
Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Kontrollgruppe, weiblich	20	18,70	374,00
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	17,07	256,00
	Gesamt	35		
Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich	Kontrollgruppe, weiblich	20	20,80	416,00
	Versuchsgruppe, weiblich, gesund	15	14,27	214,00
	Gesamt	35		

Ergebnisse der zweiten Berechnung	Summe Kommunikation	Summe Zuneigung	Gesundheitszustand des Partners	Summe Gesamtzufriedenheit	Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich
Mann-Whitney-U	63,500	97,000	62,500	65,500	96,000	87,000	136,000	94,000
Wilcoxon-W	183,500	217,000	182,500	185,500	216,000	207,000	256,000	214,000
Z	-2,885	-1,791	-3,156	-2,818	-1,951	-2,302	-,572	-2,048
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004	,073	,002	,005	,051	,021	,567	,041
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,003 ^a	,080 ^a	,003 ^a	,004 ^a	,074 ^a	,036 ^a	,657 ^a	,064 ^a
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,003	,074	,001	,004	,051	,020	,585	,041
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,002	,037	,001	,002	,030	,010	,346	,023
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000	,001	,000	,000	,011	,002	,016	,003

Ergebnisse der dritten Berechnung	Gruppe	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Summe Kommunikation	Kontrollgruppe, männlich	20	15,40	308,00
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	12,25	98,00
	Gesamt	28		
Summe Zuneigung	Kontrollgruppe, männlich	20	16,03	320,50
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	10,69	85,50
	Gesamt	28		
Gesundheitszustand des Partners	Kontrollgruppe, männlich	20	15,95	319,00
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	10,88	87,00
	Gesamt	28		
Summe Gesamtzufriedenheit	Kontrollgruppe, männlich	20	15,65	313,00
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	11,63	93,00
	Gesamt	28		
Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Kontrollgruppe, männlich	20	14,43	288,50
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	14,69	117,50
	Gesamt	28		
Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Kontrollgruppe, männlich	20	16,75	335,00
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	8,88	71,00
	Gesamt	28		
Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Kontrollgruppe, männlich	20	15,40	308,00
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	12,25	98,00
	Gesamt	28		
Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich	Kontrollgruppe, männlich	20	17,33	346,50
	Versuchsgruppe, männlich, gesund	8	7,44	59,50
	Gesamt	28		

Ergebnisse der dritten Berechnung	Summe Kommunikation	Summe Zuneigung	Gesundheitszustand des Partners	Summe Gesamtzufriedenheit	Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich
Mann-Whitney-U	62,000	49,500	51,000	57,000	78,500	35,000	62,000	23,500
Wilcoxon-W	98,000	85,500	87,000	93,000	288,500	71,000	98,000	59,500
Z	-,916	-1,563	-1,559	-1,170	-,088	-2,444	-1,085	-3,151
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,359	,118	,119	,242	,930	,015	,278	,002
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,381 ^a	,123 ^a	,150 ^a	,258 ^a	,940 ^a	,021 ^a	,381 ^a	,003 ^a
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,374	,121	,129	,253	1,000	,019	,295	,001
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,187	,061	,070	,126	,528	,009	,186	,001
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,007	,003	,012	,005	,077	,004	,028	,001

Ergebnisse der vierten Berechnung	Gruppe	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Summe Kommunikation	Kontrollgruppe, männlich	20	17,30	346,00
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	18,93	284,00
	Gesamt	35		
Summe Zuneigung	Kontrollgruppe, männlich	20	17,80	356,00
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	18,27	274,00
	Gesamt	35		
Gesundheitszustand des Partners	Kontrollgruppe, männlich	20	19,15	383,00
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	16,47	247,00
	Gesamt	35		
Summe Gesamtzufriedenheit	Kontrollgruppe, männlich	20	17,68	353,50
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	18,43	276,50
	Gesamt	35		
Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Kontrollgruppe, männlich	20	18,63	372,50
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	17,17	257,50
	Gesamt	35		
Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Kontrollgruppe, männlich	20	18,35	367,00
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	17,53	263,00
	Gesamt	35		
Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Kontrollgruppe, männlich	20	17,45	349,00
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	18,73	281,00
	Gesamt	35		
Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich	Kontrollgruppe, männlich	20	17,60	352,00
	Versuchsgruppe, männlich, MCI	15	18,53	278,00
	Gesamt	35		

Ergebnisse der vierten Berechnung	Summe Kommunikation	Summe Zuneigung	Gesundheits-zustand des Partners	Summe Gesamt-zufriedenheit	Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich
Mann-Whitney-U	136,000	146,000	127,000	143,500	137,500	143,000	139,000	142,000
Wilcoxon-W	346,000	356,000	247,000	353,500	257,500	263,000	349,000	352,000
Z	-,467	-,135	-,808	-,217	-,481	-,258	-,432	-,310
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,640	,893	,419	,828	,630	,797	,666	,757
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,657 ^a	,908 ^a	,458 ^a	,831 ^a	,681 ^a	,831 ^a	,730 ^a	,805 ^a
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,650	,901	,433	,837	,738	,880	,710	,795
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,325	,451	,218	,418	,442	,453	,351	,399
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,006	,006	,005	,006	,238	,108	,045	,042

Ergebnisse der fünften Berechnung	Gruppe	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Summe Kommunikation	Kontrollgruppe, weiblich	20	14,25	285,00
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	8	15,13	121,00
	Gesamt	28		
Summe Zuneigung	Kontrollgruppe, weiblich	20	13,33	266,50
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	7	15,93	111,50
	Gesamt	27		
Gesundheitszustand des Partners	Kontrollgruppe, weiblich	20	13,90	278,00
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	8	16,00	128,00
	Gesamt	28		
Summe Gesamtzufriedenheit	Kontrollgruppe, weiblich	20	14,23	284,50
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	8	15,19	121,50
	Gesamt	28		
Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Kontrollgruppe, weiblich	20	15,00	300,00
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	8	13,25	106,00
	Gesamt	28		
Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Kontrollgruppe, weiblich	20	14,08	281,50
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	8	15,56	124,50
	Gesamt	28		
Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Kontrollgruppe, weiblich	20	14,70	294,00
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	8	14,00	112,00
	Gesamt	28		
Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich	Kontrollgruppe, weiblich	20	15,15	303,00
	Versuchsgruppe, weiblich, MCI	8	12,88	103,00
	Gesamt	28		

Ergebnisse der fünften Berechnung	Summe Kommunikation	Summe Zuneigung	Gesundheitszustand des Partners	Summe Gesamtzufriedenheit	Anteil positiver Aufmerksamkeit des Partners (%)	Gesamtzufriedenheit zum gegenwärtigen Zeitpunkt?	Anzahl bedeutender Eheprobleme im letzten Jahr	Partnerschaftliche Zufriedenheit im 5 Jahres Vergleich
Mann-Whitney-U	75,000	56,500	68,000	74,500	70,000	71,500	76,000	67,000
Wilcoxon-W	285,000	266,500	278,000	284,500	106,000	281,500	112,000	103,000
Z	-,255	-,758	-,700	-,280	-,561	-,486	-,270	-,752
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,799	,448	,484	,780	,575	,627	,787	,452
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,823 ^a	,464 ^a	,566 ^a	,784 ^a	,636 ^a	,672 ^a	,862 ^a	,533 ^a
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,813	,469	,556	,794	,714	,679	1,000	,450
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,406	,235	,337	,397	,361	,340	,530	,215
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,010	,015	,110	,010	,137	,033	,098	,012

Ergebnis der sechsten Berechnung- Korrelation : Alter/ Gesamtzufriedenheit		Summe Gesamtzufriedenheit	Alter
Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelation nach Pearson	1	,218*
	Signifikanz (2-seitig)		,044
	N	86	86
Alter	Korrelation nach Pearson	,218*	1
	Signifikanz (2-seitig)	,044	
	N	86	86

Ergebnis der siebten Berechnung- Korrelation: Beziehungsdauer / Gesamtzufriedenheit		Summe Gesamtzufriedenheit	Beziehungsdauer (Jahre)
Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelation nach Pearson	1	-,028
	Signifikanz (2-seitig)		,795
	N	86	86
Beziehungsdauer (Jahre)	Korrelation nach Pearson	-,028	1
	Signifikanz (2-seitig)	,795	
	N	86	86

Ergebnis der achten Berechnung- Korrelation: gemeinsame Kinder/ Gesamtzufriedenheit			Summe Gesamtzufriedenheit	Kinder
Kendall- Tau-b	Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelationskoeffizient	1,000	,047
		Sig. (2-seitig)	.	,600
		N	86	86
	Kinder	Korrelationskoeffizient	,047	1,000
		Sig. (2-seitig)	,600	.
		N	86	86

Ergebnis der neunten Berechnung- Korrelation: Rentner/ Gesamtzufriedenheit			Summe Gesamtzufriedenheit	Rentner
Kendall- Tau-b	Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelationskoeffizient	1,000	,001
		Sig. (2-seitig)	.	,995
		N	86	86
	Rentner	Korrelationskoeffizient	,001	1,000
		Sig. (2-seitig)	,995	.
		N	86	86

Ergebnis der zehnten Berechnung-Korrelation: Berufstätigkeit/ Gesamtzufriedenheit			Summe Gesamtzufriedenheit	Berufstätigkeit
Kendall- Tau-b	Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelationskoeffizient	1,000	-,031
		Sig. (2-seitig)	.	,730
		N	86	86
	Berufstätigkeit	Korrelationskoeffizient	-,031	1,000
		Sig. (2-seitig)	,730	.
		N	86	86

Ergebnis der elften Berechnung-Korrelation: Schulabschluss/ Gesamtzufriedenheit			Summe Gesamtzufriedenheit	Schulabschluss
Spearman- Rho	Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelationskoeffizient	1,000	,048
		Sig. (2-seitig)	.	,659
		N	86	86
	Schulabschluss	Korrelationskoeffizient	,048	1,000
		Sig. (2-seitig)	,659	.
		N	86	86

Ergebnis der zwölften Berechnung- Korrelation: Berufsabschluss/Gesamtzufriedenheit			Summe Gesamtzufriedenheit	Berufsabschluss
Spearman- Rho	Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelationskoeffizient	1,000	,073
		Sig. (2-seitig)	.	,504
		N	86	86
	Berufsabschluss	Korrelationskoeffizient	,073	1,000
		Sig. (2-seitig)	,504	.
		N	86	86

Ergebnis der dreizehnten Berechnung- Korrelation: allgemeine Zufriedenheit/ Gesamtzufriedenheit		Summe Gesamtzufriedenheit	Summe Allgemeine Zufriedenheit
Summe Gesamtzufriedenheit	Korrelation nach Pearson	1	,387**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	86	86
Summe allgemeine Zufriedenheit	Korrelation nach Pearson	,387**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	86	86

Anhang B: Messverfahren

MSQFOP-Fragebogen

Angaben zur Person:

Geschlecht: weiblich männlich

Wie alt sind Sie: ----- Jahre

Haben Sie mit Ihrem /er Partner/ Inn gemeinsame Kinder?

Ja

Nein

Wie viele Jahre leben Sie schon mit Ihrem/er Partner/Inn zusammen?

----- Jahre

Sind Sie momentan berufstätig (Arbeitnehmer, Hausfrau, Beamter, Selbständiger)?

Ja

Nein

Sind Sie Im Ruhestand?

Ja

Nein

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an	
Kein Hauptschulabschluss/ kein Volksschulabschluss	
Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss	
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	
Fachabitur	
Abitur	
anderer Schulabschluss (bitte angeben)	

Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an	
Kein beruflicher Abschluss	
Abschluss einer beruflich betrieblichen Ausbildung (Lehre; Berufsschule)	
Abschluss einer beruflich schulischen Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule, Verwaltungsfachschule)	
Abschluss einer Fachschule, Meisterschule, Technikerschule	
Fachhochschulabschluss	
Hochschulabschluss (Universität)	
Anderer Berufsabschluss (bitte angeben)	

Angaben zur allgemeinen Zufriedenheit:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation? (Bitte eine Zahl von 1- 6 ankreuzen)

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

Wie zufrieden sind Sie oder waren Sie in Ihrem Berufsleben?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

Angaben zur Zufriedenheit in der Partnerschaft

Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik

The Marital Satisfaction Questionnaire for Older Persons

Stephen N. Haynes et al., Psychological Assessment 4: 473-482,1992

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so sorgfältig wie möglich. Sie können sich dafür entscheiden, bestimmte Fragen nicht zu beantworten. Wir möchten Sie

aber bitten, möglichst viele zu beantworten. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie gegenwärtig mit den nachfolgenden Umständen zufrieden oder unzufrieden sind.

Sind Sie zufrieden damit, wie viel Zeit Sie und Ihr Partner für gemeinsame Freizeitaktivitäten haben?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

1. Sind Sie zufrieden damit, wie viele gemeinsame Interessen Sie und Ihr Partner teilen?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

2. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung und Ermutigung Ihres Partners bei alltäglichen Aufgaben?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

3. Wie zufrieden sind Sie mit dem körperlichen Gesundheitszustand Ihres Partners?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

4. Wie zufrieden sind Sie damit, wie Ihr Partner Sie motiviert?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
---------------------	-------------	----------------------	--------------------------	-----------	-------------------

5. Wie zufrieden sind Sie mit der Persönlichkeit Ihres Partners allgemein?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

6. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Ihr Partner auf Sie Rücksicht nimmt?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Zuneigung zwischen Ihnen und Ihrem Partner ausgedrückt werden?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

8. Wie zufrieden sind Sie mit der Reaktion Ihres Partners, wenn Sie ihm Ihre Gefühle offenbaren?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

9. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie und Ihr Partner Unstimmigkeiten klären?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

10. Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl an Unstimmigkeiten zwischen Ihnen und Ihrem Partner?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

11. Wie zufrieden sind Sie mit der Lebensanschauung Ihres Partners?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

12. Wie zufrieden sind Sie mit der Wertevorstellung Ihres Partners?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

13. Wie zufrieden sind Sie mit dem seelischen Gesundheitszustand Ihres Partners?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

14. Wie zufrieden sind Sie mit der Häufigkeit von sexuellen oder von anderen intimen körperlichen Kontakten mit Ihrem Partner?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
---------------------	-------------	----------------------	--------------------------	-----------	-------------------

15. Wie zufrieden sind Sie mit der Qualität Ihrer sexuellen oder körperlich intimen Beziehung mit Ihrem Partner?

1 Sehr unzufrieden	2 Unzufrieden	3 Etwas unzufrieden	4 Ein wenig unzufrieden	5 Zufrieden	6 Sehr zufrieden
--------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------------	----------------	------------------------

16. Wie zufrieden sind Sie mit der Häufigkeit angenehmer Unterhaltungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner?

1 Sehr unzufrieden	2 Unzufrieden	3 Etwas unzufrieden	4 Ein wenig unzufrieden	5 Zufrieden	6 Sehr zufrieden
--------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------------	----------------	------------------------

17. Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie und Ihr Partner zusammen passen?

1 Sehr unzufrieden	2 Unzufrieden	3 Etwas unzufrieden	4 Ein wenig unzufrieden	5 Zufrieden	6 Sehr zufrieden
--------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------------	----------------	------------------------

18. Wie zufrieden sind Sie damit, wie in Ihrer Ehe Entscheidungen getroffen werden?

1 Sehr unzufrieden	2 Unzufrieden	3 Etwas unzufrieden	4 Ein wenig unzufrieden	5 Zufrieden	6 Sehr zufrieden
--------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------------	----------------	------------------------

19. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Ihr Partner Ihnen zuhört?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

20. Gemessen an der gesamten Aufmerksamkeit, die Sie von Ihrem Partner erhalten, wie hoch ist der Prozentsatz an angenehmer oder positiver Zuwendung?

0-25%	26-50%	51-75%	76-100%
-------	--------	--------	---------

21. Wie zufrieden sind Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt insgesamt in Ihrer Ehe?

1	2	3	4	5	6
Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Etwas unzufrieden	Ein wenig unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden

22. Wie oft gab es im letzten Jahr bedeutende Probleme in Ihrer Ehe?

1	2	3	4
Sehr oft	Oft	Selten	Nie

23. Im Vergleich zu vor fünf Jahren, wie zufrieden sind Sie derzeit in Ihrer Ehe?

0	1	2	3	4	5
Nicht zutreffend	Viel unzufriedener	Etwas unzufriedener	Gleich bleibend zufrieden	Etwas zufriedener	Viel zufriedener

Vielen Dank für Ihre Teilnahme !

Anhang C: Lebenslauf

Lena Rauschek

Adresse Atterseestr. 10e
81241 München

Staatsangehörigkeit deutsch

Familienstand ledig

Geburtsdatum 16 Juli 1986

Schulische Ausbildung

September 1997- Juni 2003 **Bertolt-Brecht-Gymnasium, München**

September 2003 - Juni 2005 **Oakham- School, England**
Abschluss: Internationales Abitur

Studium

September 2005 - Juli 2007 **Albert-Szent-Györgyi - Universität Szeged, Ungarn**
Studium der Humanmedizin

August 2007 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

April 2008 - Mai 2012 **Technische Universität München**
Studium der Humanmedizin

Mai 2012 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Dissertation

Seit Januar 2009

**Zentrum für kognitive Störungen des Klinikums für
Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen
Universität München**

“ Einfluss einer leichten kognitiven Beeinträchtigung auf
die Zufriedenheit innerhalb einer partnerschaftlichen
Beziehung”.

München, den 20 März 2013

Lena Rauschek

Anhang D: Danksagung

Besonders möchte ich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Kurz für die Überlassung des Themas und für die sehr gute Betreuung bedanken.

Seine fachlich kompetenten Ratschläge und Anregungen waren eine große Hilfe und haben wesentlich zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen.

Weiterhin möchte ich mich herzlich bei Frau Dr. Froböse, Frau Natale, Frau Dr. Ordner und Herrn Dr. Grimmer für die Unterstützung bei der Rekrutierung der Patienten bedanken.

Frau Dipl. Psychologin Corina Pohl gilt mein herzlicher Dank für die Einarbeitung in den praktischen Umgang mit der neuropsychologischen Testbatterie.

Ganz besonders herzlich möchte bei allen Patienten und Kontrollprobanden, die an der Befragung teilgenommen haben bedanken.

