

## 2. Die Bewältigung von Krisen

Die Pflege von Demenzpatienten ist nicht für alle Angehörigen gleich belastend (vgl. Kapitel 1.7). In diesem Kapitel werden theoretische Modelle vorgestellt, die Erklärungen dafür liefern, warum die Belastung so unterschiedlich empfunden wird, auch wenn ähnliche Bedingungen vorliegen. Zunächst wird das Konzept der Resilienz als allgemeines Rahmenmodell erfolgreicher Anpassung eingeführt. Die Frage nach den Quellen der Resilienz kann theoretisch in die Frage nach den Mechanismen übersetzt werden, die es Menschen ermöglichen, die negative Wirkung traumatischer Erlebnisse zu neutralisieren. Als leitende Theorie für diese Fragestellung wird in dieser Arbeit das Zweikomponenten-Modell der Assimilation und Akkommodation (z.B. Brandtstädter & Renner, 1990) vorgestellt. Anhand des Modells soll erklärt werden, warum sich irreversible Verluste, die bei einer Demenzerkrankung eine besondere Rolle spielen, unterschiedlich negativ auf das Wohlbefinden der Angehörigen auswirken.

### 2.1 Ein Resilienzmodell als heuristischer und ordnungsgebender Rahmen

In der Literatur wurde der Zustand, dass es im Alter vielen Menschen trotz bereits verzeichneter Einbußen relativ gut geht, als paradox bezeichnet (sog. „Wohlbefindensparadox“; vgl. Baltes & Baltes, 1990; Brandtstädter & Greve, 1994; Staudinger, 2000c). Das bedeutet, dass zwischen Risiken und deren Wirkungen noch andere Faktoren eine vermittelnde oder moderierende Wirkung ausüben. In einem allgemeinen Resilienzmodell kann man die Faktoren darstellen, die zur Auflösung des Paradoxons beitragen.

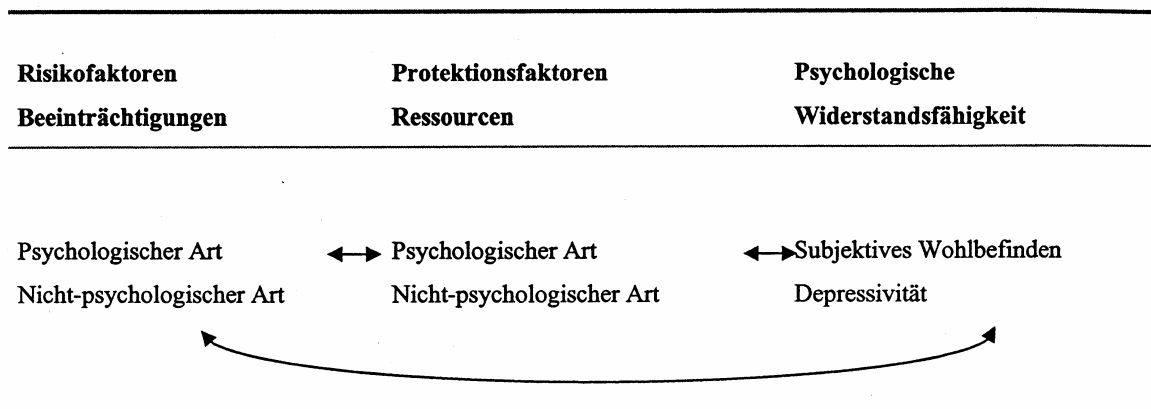
Resilienz oder psychologische Widerstandsfähigkeit ist ursprünglich ein Begriff aus der Forschung zur Entwicklung von Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter (vgl. Egeland, Carlson & Sroufe, 1993; Garmezy, 1991; Rutter, 1987; 1999; Werner & Smith, 1982). Resilienz liegt dann vor, wenn *vorliegender Risikofaktoren zum Trotz* negative Konsequenzen vermieden oder normales Funktionieren wieder hergestellt werden kann. Garmezy (1991, S. 459) definiert Resilienz als „the capacity for recovery and maintained adaptive behavior that may follow initial retreat or incapacity upon initiating a stressful event.“ Für Rutter (1987, S. 316) ist Resilienz „the positive pole of individual differences in people’s responses to stress and adversity.“ In einem Überblicksartikel berichtet Rutter (1999) Resilienzphänomene. Die unterschiedliche Anfälligkeit für Risiken spiegelt allgemein formuliert das Zusammenspiel genetischer Einflüsse und bisher gemachter Erfahrungen

wider. Neben den Personenmerkmalen betont Rutter die Rolle der bisherigen Erfahrungen und wie Individuen ihre Erfahrungen verarbeiten.

Innerhalb der Resilienzforschung lassen sich zwei Forschungstraditionen unterscheiden (vgl. Rieckmann, 2003): ein trait-orientierter und ein relationaler Ansatz. Zur ersten Gruppe gehören die Arbeiten, in denen Resilienz als eine relativ stabile und generalisierte Persönlichkeitseigenschaft aufgefasst wird. Die Konstrukte der „Ich-Resilienz“ (Block & Block, 1980), „Hardiness“ (Kobasa, 1979) oder „Kohärenzsinn“ (Antonovsky, 1987) sind Beispiele. Block und Block (1980) schlagen zwei Hauptdimensionen der Persönlichkeit vor, die sich bei entsprechender Ausprägung als Ressourcen interpretieren lassen: die „Ich-Resilienz“ und die „Ich-Kontrolle“. Die Ich-Kontrolle kann man als eine Tendenz verstehen, emotionale und motivationale Impulse stärker zu beherrschen, als ihnen freien Lauf zu lassen. Die „Ich-Resilienz“ kann mit Kompetenz, Stressadaptivität und der Fähigkeit umschrieben werden, Verhaltensstrategien (kognitiv, instrumentell, sensorisch) den jeweiligen Anforderungen entsprechend einzusetzen. Mithilfe eines Sortierverfahrens (Q-Sorting) können die Ausprägungen identifiziert werden. In einer Untersuchung an 14jährigen zeigten Funder und Block (1989), daß „Ich-Resilienz“ (kognitiver Aspekt) und ebenfalls Ich-Kontrolle (motivationaler Aspekt) Bedeutung für Belohnungsaufschub haben, wenn in einer Situation motivationale Anreize gegeben sind. Sie interpretieren „Ich-Resilienz“ im Sinne einer Bewältigungsstrategie, die auf gelernten kognitiven Techniken beruht. In einer kürzlich erschienenen Studie (Klohn, 1996) wurde der Versuch unternommen, die Ich-Resilienz mit Items aus dem California Psychological Inventory (Gough, 1964) zu operationalisieren. Die vier Faktoren *zuversichtlicher Optimismus*, *selbständige und produktive Aktivität*, *interpersonale Einsicht/Wärme* sowie *geschickter Ausdruck* (skilled expressiveness im Sinne von sozialer Kompetenz) lassen sich auch als Indikatoren seelischer Gesundheit und einer reifen Persönlichkeit verstehen (vgl. auch Allport, 1961; Kapitel 3 dieser Arbeit).

Resilienz als relationales Konstrukt bringt eine dynamischere Vorstellung zum Ausdruck (vgl. Garnezy, 1991; Rutter, 1987). Beide betonen die Risikofaktoren / Vulnerabilitätsfaktoren, die bei den Anpassungsleistungen von Menschen in schwierigen Lagen eine Rolle spielen. In Abbildung 2.1 ist ein einfaches relationales Resilienzmodell dargestellt. In dem Modell von Staudinger und Greve ist der *relationale* Charakter von Resilienz zentral. Demnach wird Resilienz durch eine bestimmte Person-Situations-Konstellation definiert: wenn eine normale Entwicklung trotz vorliegender Risiken gegeben ist.

Abbildung 2.1: Arbeitsmodell psychologischer Widerstandsfähigkeit (nach Staudinger &amp; Greve, 2001)



Eine Resilienzkonstellation zeigt sich empirisch darin, dass der Umgang mit bedrohlichen und belastenden Ereignissen gelingt. Nach diesem Verständnis sind *Bewältigungsprozesse*, Risikofaktoren und psychologische Anpassung Elemente einer Resilienzkonstellation, die in einem *dynamischen* Verhältnis zueinander stehen (vgl. auch Rutter, 1999). Nach dieser Vorstellung müssen in Untersuchungen auch (mindestens) drei Indikatoren berücksichtigt werden. Eine Besonderheit des Resilienzmodells ist die Konstellationsabhängigkeit dessen, was als ein Risikofaktor und was als Protektionsfaktor gilt (Staudinger & Greve, 2001). Beispielsweise wird soziale Unterstützung erst dann zur Ressource, wenn man in der Lage ist, diese anzunehmen. Im Extremfall kann sie sogar zur Beeinträchtigung werden. Eine weitere Besonderheit des Modells betrifft den systemischen Charakter von Resilienzkonstellationen. Funktions- und Lebensbereiche (z.B. finanzielle Notlagen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien) sind oft komplex miteinander vernetzt. Dies wirkt sich erschwerend auf die Beurteilung dessen aus, was als Vorteil und was als Nachteil zu werten ist.

## 2.2 Was trägt zur Entlastung pflegender Angehöriger bei?

Bewältigungsforschung befasst sich allgemein mit der Frage, wie Menschen mit aversiven Ereignissen umgehen, d.h. welche Strategien sie einsetzen, wenn sie mit bedrohlichen Situationen, Belastung und Stress konfrontiert werden (Krohne, 1996; Lazarus, 1991). Coping (Bewältigung) ist ein vielfältiger Begriff und begriffliche Unschärfen werden beklagt (Filipp, 1998). In dieser Studie wird Coping allgemein verstanden (Filipp, 1998; S. 45): "Coping, in its most general meaning, represents nothing other, to our view, than all (not necessarily successful; see Filipp & Klauer, 1991) attempts to gradually transform an objective reality comprised of "bad news", that is, losses, threats, or trauma, into a subjective reality, in which victims can continue to live in relative peace". Hierbei handelt es sich um eine "neutrale"

Definition, die den Umgang mit Problemen betont und nicht deren Lösung im Sinne einer erfolgreichen Bewältigung (vgl. auch Staudinger & Greve, 2001). Diese wertfreie Sicht wird von den meisten Experten geteilt. Damit ist impliziert, dass die Nützlichkeit von bestimmten Bewältigungsstrategien nicht generell zu sehen ist, sondern in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation und den jeweiligen Stressoren (vgl. auch Bridges, 2003; Wentura, Greve & Klauer, 2002). Um die Nützlichkeit von Coping zu zeigen, werden in empirischen Studien neben Stressoren und Copingvariablen noch Kriterien berücksichtigt. Häufig werden als Kriterien Gesundheitsindikatoren oder Wohlbefindensvariablen herangezogen.

Zu Coping liegen bereits viele wichtige Arbeiten vor. Eine der am häufigsten aufgegriffenen Unterscheidungen verschiedener Bewältigungsfunktionen ist die von Lazarus und Folkman (1984), die zwischen problemfokussiertem und emotionsfokussiertem Coping unterscheiden (s. Abschnitt 2.2.2; vgl. auch primäre und sekundäre Kontrolle von Rothbaum, Weisz und Snyder, 1982). Des Weiteren lassen sich Coping als Stil und Coping als Strategie unterscheiden (Bridges, 2003). Erhebt man den Stil, dann generalisiert man über verschiedene Kontexte und Situationen. Coping als Strategie bezeichnet bestimmte Bewältigungsformen, die Menschen bei konkreten Problemen anwenden. Flexibilität im Coping bedeutet, dass man viele verschiedene Strategien anwendet, um Problemen zu begegnen (vgl. Staudinger & Fleeson, 1996). Aspinwall und Taylor (1997) betonen die Rolle des Umgangs mit Ereignissen, die noch nicht eingetreten sind (*proaktives Coping*). Eine weitere Ausdifferenzierung der Zukunftsperspektive erfolgt durch Schwarzer und Knoll (2003). Neben dem Konzept der *präventiven Bewältigung*, das über eine Vorbereitung auf ungewisse Ereignisse definiert ist und der proaktiven Bewältigung nach Aspinwall und Taylor ähnelt, wird zusätzlich zwischen *antizipatorischer Bewältigung* und *proaktiver Bewältigung* unterschieden. Antizipatorische Bewältigung bezeichnet den Umgang mit kritischen Situationen, die noch bevorstehen und mit großer Wahrscheinlichkeit eintreten werden (z.B. ein bevorstehender Zahnarztbesuch oder ein Vortrag, der noch zu halten ist). Proaktive Bewältigung im Sinne von Schwarzer und Knoll bedarf keiner negativen Bewertung zukünftiger Ereignisse (z.B. als Bedrohung, Schaden oder Verlust). Diese Bewältigungsform beinhaltet den Aufbau von Ressourcen, die eine Veränderung der eigenen Zielstruktur und des Persönlichkeitswachstums begünstigen können.

Überlegungen zur Veränderung von Bewältigungsmechanismen und deren Bedeutung für unterschiedliche Altersgruppen finden sich in den Entwicklungsregulationsmodellen von Baltes und Baltes (1990), Brandtstädter & Renner (1990) und Heckhausen und Schulz (1995). Aus der psychodynamischen Tradition sind beispielsweise die Arbeiten von Haan (1977) und

von Vaillant (1998) zu nennen, der Coping in die Kategorien Kindheit/psychotisch (z.B. „Denial“), unreif (z.B. „Dissociation“), neurotisch (z.B. „Repression“) und reif (z.B. „Humor“) einteilt. Es herrscht noch Uneinigkeit darin, ob bestimmte Copingstrategien generell als günstig oder ungünstig zu betrachten sind (Wentura, Greve & Klauer, 2002).

In der Copingforschung wurde die Ruminaton, das häufige Nachdenken über die vermuteten Ursachen und Gründe von schweren kritischen Lebensereignissen (z.B. Krebs), als wichtiger Schritt im Bewältigungsprozess diskutiert (Filipp, 1998; Matthews & Wells, 2004). Die Konstruktion einer "interpretierten Realität" oder die Bedeutung, die man dem eigenen Schicksal beimisst, sieht Filipp in den teleologischen Erklärungen begründet. Diese beziehen sich beispielsweise auf die Frage: "Wozu ist das alles passiert?" Teleologische Erklärungen, die darauf abzielen, kompensatorische Umgangsweisen mit dem erfahrenen Verlust zu finden, stellen einen notwendigen Schritt bei der Erholung von den traumatischen Ereignissen dar (vgl. Filipp, 1998, S. 71).

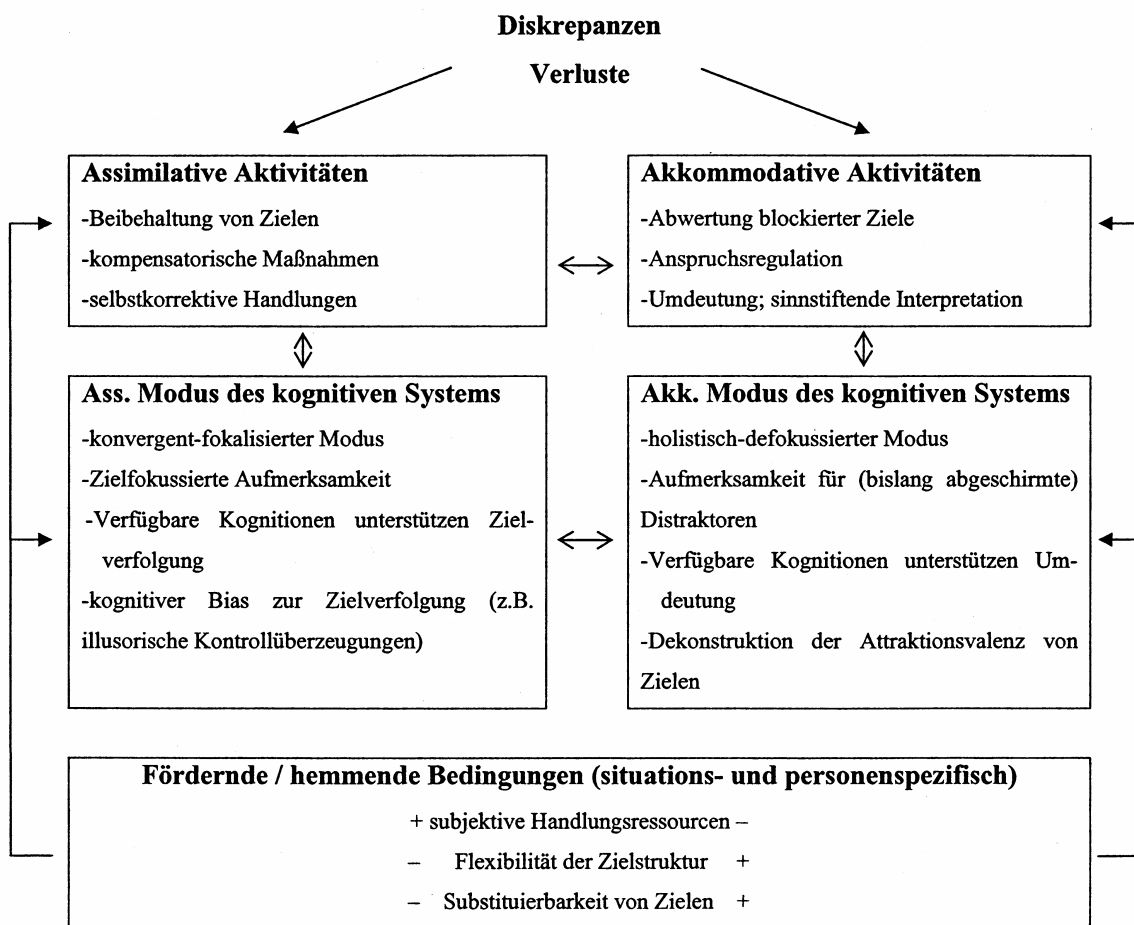
### **2.2.1 Das Zweikomponenten-Modell assimilativer und akkommodativer Bewältigung als theoretischer Hintergrund der vorliegenden Studie**

Das Zweikomponenten-Modell zur Bewältigung negativer Lebensereignisse (z.B. Brandtstädter & Renner, 1990; Brandtstädter & Rothermund, 2002) ist theoretischer Hintergrund dieser Untersuchung. Dem Modell liegt eine handlungstheoretische Orientierung zugrunde. Dabei werden der aktive Mensch und die Bedeutung von subjektiven Repräsentationen ins Zentrum der Überlegungen gerückt. Handlungstheoretische Konstrukte in der Psychologie sind beispielsweise Ziele, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, wahrgenommene Kontrolle oder Kompensation. Das Modell bietet Erklärungsmöglichkeiten an, wie es Menschen gelingen kann, unliebsamen Erfahrungen zum Trotz ihr Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Meist wurde das Modell auf das höhere Lebensalter angewendet; sein Geltungsanspruch ist jedoch nicht darauf beschränkt. In dieser Studie ist von Interesse, welche Rolle ein assimilativer und akkommodativer Bewältigungsstil bei pflegenden Angehörigen spielen. Zunächst wird das allgemeine Modell vorgestellt.

Kritische Ereignisse oder Verluste lassen sich abstrakt als *Ist-Soll-Diskrepanzen* interpretieren, d.h. auf die eigene Person bezogen eine Inkongruenz zwischen dem wahrgenommenen aktuellen Selbst und dem gewünschten Selbst (vgl. auch Higgins, 1987). Eine solche Spannung stellt den Ausgangspunkt der Theorie dar (vgl. Abbildung 2.2). Der Tod nahe stehender Menschen oder gesundheitliche Probleme gehören zu den typischen Problemen im höheren Alter. Die Pflege eines demenziell Erkrankten birgt für die

Angehörigen eine Reihe von Problemen, die eine Zunahme von Depressivität und Selbstwertproblemen mit sich bringen können. Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen der Patienten, Konflikte zwischen eigenen Bedürfnissen und dem Verrichten von Pflegeaufgaben, gesundheitliche Probleme sowie die Abdrängung in soziale Randpositionen sind charakteristische Probleme pflegender Angehöriger (vgl. Kapitel 1).

Abbildung 2.2: Das Zweiprozess-Modell (Brandtstädter & Rothermund, 2002)



„+“ und „-“ bedeuten fördernde bzw. hemmende Effekte.

Menschen verfügen über ein breites Repertoire an Verhaltensmöglichkeiten, mit denen sie Diskrepanzen begegnen können. Der Umgang mit den Diskrepanzen bzw. ihre Beseitigung wird durch das dynamische Zusammenspiel assimilativer und akkommodativer Prozesse systematisiert. Von diesen beiden Prozessen wird angenommen, dass sie zur Anpassung an die Realität und zur Beibehaltung von Kontinuität beitragen. Sie zielen beide auf die Aufhebung von Ist-Soll-Diskrepanzen ab, wenngleich mit unterschiedlichem Ansatzpunkt (Brandtstädter, 2001).

Menschen können Diskrepanzen (Verlusten, Bedrohungen) zum einen *assimilativ* begegnen, d.h. indem sie versuchen, auf der Ebene des *Handelns* die *Sachverhalte* zu verändern. In diesem Fall wird also an den bestehenden Normen und Bewertungsstandards festgehalten. Beispiele aus der familiären Pflege wären: die Verabreichung von Medikamenten oder die Durchführung von Verhaltenstrainings, um dem demenziellen Abbau entgegenzuwirken. Die starke Neigung, an den eigenen Zielen festzuhalten, wird im Folgenden auch als *hartnäckige Zielverfolgung (HZV)* bezeichnet. Es können verschiedene Typen assimilativer Aktivitäten unterschieden werden: a) die Selektion und Konstruktion von Umwelten (Menschen suchen sich Umwelten aus und schaffen sie sich zum Teil selbst); b) Selbstregulation/selbstkorrekatives Handeln (Handlungen, die eingesetzt werden, wenn bestimmte Zustände mit den Normen oder individuellen Zielen nicht verträglich sind); c) kompensatorische Aktivitäten (um Verluste auszugleichen) und d) selbstverifizierende Handlungen (z.B. Aufsuchen von Situationen, in denen das Selbstbild bestätigt wird). In allen diesen Formen wird an bestimmten Zielen, Ansprüchen und Standards festgehalten. Das Zweikomponenten-Modell nimmt an, dass akkommodative Bewältigung einsetzt, wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis kompensatorischer Bemühungen ungünstig wird.

Viele Diskrepanzen lassen sich nicht durch problemlösendes Handeln beseitigen. Die Progredienz der Alzheimer Krankheit kann zwar in einem frühen Stadium medikamentös verlangsamt werden; eine Heilung ist bislang jedoch nicht möglich. Allgemeine Beispiele für Situationen, in denen problemlösendes Handeln (im Sinn von Problembeseitigung) erfolglos bleibt, sind der Tod eines geliebten Menschen oder unheilbare Krankheiten. Effektiv erscheinen hier besonders *akkommodative* Bewältigungsformen. Auf der Ebene der *Bewertungen* werden die eigenen *Ziele oder Standards* an die gegebenen Lebensumstände angepasst, d.h. persönliche Ansprüche und Ziele werden reorganisiert. Die Tendenz, in belastenden Situationen die eigenen Standards den Umständen anzugleichen, wird im Folgenden als *flexible Zielanpassung (FZA)* bezeichnet.

An verschiedenen Stellen wird neben Assimilation und Akkommodation noch eine dritte Gruppe von Prozessen betont, die bei der Aufrechterhaltung einer positiven Identität eine Rolle spielt: die *immunisierenden* Prozesse (z.B. Brandtstädter & Greve, 1994; Brandtstädter, 2001). Bevor Diskrepanzen zwischen aktuell wahrgenommenen und gewünschten Zuständen ernst genommen werden, müssen Verteidigungslinien überwunden werden, die das Selbst vor bedrohlichen Informationen schützen. Ein immunisierender Prozess liegt etwa dann vor, wenn man beispielsweise die ersten Anzeichen einer demenziellen Erkrankung bei einem Familienmitglied wahrnimmt, diese jedoch als

„altersbedingtes Nachlassen“ interpretiert oder bügnet. Es wird angenommen, dass durch solche Prozesse die Wahrnehmung einer Selbstdiskrepanz auf einer frühen Verarbeitungsebene verhindert wird, beispielsweise durch selbstschützende Umdeutungen. Assimilation und Akkommodation müssen in diesem Fall (noch) nicht in Kraft treten. Die immunisierenden Prozesse wurden der Vollständigkeit halber erwähnt, werden aber nicht weiter problematisiert. Die Übergänge zum akkommodativen Stil sind fließend. Im Falle einer Demenzerkrankung als kritisches Ereignis für die Angehörigen, die die Erkrankten pflegen, erscheint das Wechselspiel der Mechanismen Assimilation und Akkommodation von besonderer Bedeutung.

Im Zweikomponenten-Modell wird die Lebensspanne fokussiert. Beiden Prozessen wird die gleiche Funktion zugeschrieben, die Reduktion von Diskrepanzen. Mit fortschreitendem Alter wird die Gewinn-Verlust-Bilanz im Sinne einer wahrgenommenen Zunahme von negativen gegenüber positiven Veränderungen ungünstiger (vgl. Heckhausen, 1999; Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989). Es können viele irreversible Einbußen beobachtet werden, z.B. Demenzen, funktionelle Beeinträchtigungen, Krankheiten, Tod. Aufgrund zunehmender irreversibler Verluste im Alter lässt sich annehmen, dass assimilative Problemlösungsversuche an Dominanz verlieren und akkommodative Anpassungen an die Umstände an Bedeutung gewinnen (Brandtstädter, 2001).

Die funktionale Beziehung zwischen den Prozessen ist antagonistisch, d.h. bei Aktivierung des einen Prozesses (bezogen auf ein konkretes Ziel) ist der andere inhibiert. Bei einer Verfügbarkeit von entsprechenden Handlungsressourcen können bestimmte Ziele verfolgt werden. Akkommodative Stile werden vor allem dann greifen, wenn an belastenden Sachverhalten nichts zu rütteln ist. Das antagonistische Verhältnis der Prozesse besteht jedoch nur im Hinblick auf dasselbe Ziel. Akkommodative Anpassungen bedeuten keineswegs die Stilllegung assimilativer Anstrengungen. Trotz ihres antagonistischen Verhältnisses gibt es auch Bewältigungssituationen, in denen sich beide Prozesse ergänzen können. Auf *unterschiedlichen Regulationsebenen* können assimilative und akkommodative Bewältigung gleichzeitig auftreten. Nach akkommodativen Anpassungen werden die assimilativen Aktivitäten auf neue Problemfelder und Ziele orientiert.

Im Modell sind darüber hinaus noch mögliche dysfunktionale Effekte und Moderatoren / Kontextbedingungen spezifiziert. Eine negative Konsequenz von starken assimilativen Bemühungen um blockierte Ziele kann die Erschöpfung eigener Handlungsressourcen sein. Zu starke akkommodative Bewältigung kann un stabile Festlegungen und eine vorschnelle Aufgabe von Zielen fördern. Günstige Randbedingungen



oder Moderatoren für den akkommodativen Modus sind die Verfügbarkeit entlastender Kognitionen, eine flexible Zielstruktur oder die Substituierbarkeit blockierter Ziele. Es lässt sich nach dem Modell annehmen, dass eine komplexe Struktur des Selbstkonzepts etwa im Sinne Linvilles (1987) Selbstkomplexität Ablösungsprozesse von unerreichbaren Zielen erleichtert. Eine facettenreiche Selbststruktur erleichtert möglicherweise Umdeutungs- und Neuorientierungsprozesse, indem eine Vielzahl von Alternativen vorliegt. Einbußen in bestimmten Bereichen (z.B. unfreiwillige gesundheitsbedingte Aufgabe einer sportlichen Tätigkeit) sind demnach weniger gravierend, wenn Alternativen kognitiv präsent sind (z.B. Vereinsaktivitäten, Rolle als Familienmitglied etc.).

Assimilative und akkommodative Prozesse involvieren unterschiedliche Funktionslagen des kognitiven Systems und unterschiedliche Formen der Aufmerksamkeitsregulation (z.B. Brandtstädter, 2001; Brandtstädter & Rothermund, 2002). Im assimilativen Modus ist das kognitive System wesentlich auf die Erreichung eines gesetzten Zieles eingestellt. In der assimilativen Phase herrscht ein *konvergent-fokalisierter* Modus vor, in welchem die Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist, den Handlungsablauf zu unterstützen, der für die Zielerreichung notwendig ist. Distraktoren, die vom verfolgten Ziel ablenken, sind inhibiert. Im *holistisch-defokalisierten* Modus der Akkommodation öffnet sich das Aufmerksamkeitsfeld auf externale Reize oder Alternativen, die eine Ablösung von blockierten Zielen begünstigen. Zu diesen Annahmen liegen auch experimentelle Belege vor (Wentura, 1995). Den Studienteilnehmern wurden negative Szenarien vorgelegt (Beispiel: „Ihr Mann liegt schon seit längerer Zeit im Krankenhaus. Sie sehen zwar, dass es ihm durch den Aufenthalt zusehends besser geht, aber das Alleinsein belastet Sie doch sehr.“ Wentura, 1995; S. 165). Die Teilnehmer mit hohen Flexibilitätsausprägungen hatten einen Verfügbarkeitsvorteil. Sie erkannten unter Vorgabe von Distraktoren entlastende Passagen („zusehends besser“) im Vergleich zu den wenig Flexiblen schneller.

### **2.2.2 Ein Vergleich des Zweikomponenten-Modells mit der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie und dem Modell zur pflegebedingten Belastung**

Die Mehrheit der Untersuchungen zur Angehörigenbelastung basieren auf dem kognitiv-transaktionalen Stressmodell nach Lazarus (z.B. Lazarus & Folkman, 1984) oder auf Varianten, die die spezifische Situation von Angehörigen stärker berücksichtigen (Pearlin et al., 1990; Zarit et al., 1992). Nach diesen Modellen sind es vermittelnde kognitive Prozesse wie die subjektive Wahrnehmung und Bewertung einer Situation, die das Ausmaß der erlebten Belastung bestimmen. Mit dem Begriff der Transaktion beschreiben Lazarus und

Folkman (1984) die Verflechtung von situativen und personellen Elementen. Dieser theoretische Rahmen nimmt Stressoren (z.B. kritische Lebensereignisse) an, die das Potential zu Bedrohung, Schaden oder Verlust beinhalten. Ob bestimmte Ereignisse als belastend erlebt werden, hängt von ihrer Beurteilung ab (*primary appraisal*). Demnach müssen sie von der betroffenen Person als Herausforderung, Schaden oder Bedrohung erlebt werden. Wenn sich ein Individuum beispielsweise in Gefahr sieht, dann beginnt ein adaptiver Prozess, nämlich der der Bewältigung. Im günstigen Fall haben Menschen adäquate Informationen über ihre Ressourcen, auf die sie zurückgreifen können. Sie sollten wissen, wie bestimmte Bewältigungsformen mit den stressreichen Anforderungen zusammenpassen und welche neuen Anforderungen ggf. entstehen. Dies erfordert komplexe Einschätzungsprozesse (*secondary appraisal*), die sich auf die Entscheidung für ein bestimmtes Bewältigungsverhalten beziehen. In diesem kognitiven Schritt beurteilt die betroffene Person, wie gut ihre verfügbaren Ressourcen sind, um mit den Stressoren umzugehen. Secondary appraisals sind kognitive und affektive Reaktionen auf die Anforderungen (z.B. Pflege). Bei der Bewältigung unterscheidet Lazarus zwischen zwei weit gefassten Funktionen: 1. die Lösung des Problems und 2. die Regulation der Emotionen. *Problemfokussiertes Coping* beinhaltet Handlungen, die darauf abzielen, den Stress abzubauen. Man versucht, das Problem aktiv zu lösen. *Emotionsfokussiertes Coping* beinhaltet Strategien, die einem helfen, mit dem Stress umzugehen, d.h. die negativen Emotionen zu mildern. Des Weiteren unterscheidet Lazarus vier Bewältigungsformen (Informationssuche, direkte Aktion, Aktionshemmung und intrapsychisches Coping), von denen jede sowohl problemlösende als auch emotionsregulierende Funktionen erfüllt.

Die problemorientierte Bewältigung ist mit Brandtstädters assimilativem Modus vergleichbar; größere Differenzen bestehen zwischen Akkommodation und emotionsorientiertem Coping (vgl. Brandtstädter & Renner, 1992). Emotionsorientiertes Coping wird wie problemorientiertes Coping als Strategie aufgefasst. Der Begriff impliziert, dass Menschen sich in der Wahl der Strategie entscheiden können. Akkommodative Prozesse werden von personal kontrollierten Strategiewahlen ausdrücklich kontrastiert (z.B. Brandtstädter, 2001). Akkommodative Prozesse beziehen sich auf eine flexible Anpassung der Ziele an die Umstände und beinhalten Mechanismen, die über eine absichtsvolle Herbeiführung hinausgehen. Emotionsorientiertes Coping beinhaltet Strategien, die akkommodativen Neuorientierungen sogar entgegenwirken können (z.B. Einnahme von Beruhigungsmitteln, Entspannungstechniken). Bei Lazarus lag der Fokus weder auf einer flexiblen Anpassung der Ziele noch auf der Entwicklung über die Lebensspanne (vgl. auch

die entwicklungspsychologischen Bewältigungstheorien von Baltes & Baltes, 1990 und Heckhausen & Schulz, 1995). In einer Modifizierung der Stresstheorie hat Folkman (1997) selbst die Rolle von Coping im Sinne von Bedeutungssuche betont. Positive Emotionen können auch aus einer Bedeutungssuche resultieren. Dies kann durch eine positive Umdeutung, Veränderung der Zielstruktur, religiöse Überzeugungen und positive Ereignisse geschehen. Umdeutung und Neuorientierung (Veränderung der Zielstruktur) sind wesentliche Komponenten akkommodativer Prozesse.

Das Modell zur pflegebedingten Belastung (Pearlin et al., 1990; vgl. auch Kapitel 1) betont ähnlich wie Lazarus (appraisals) und Brandtstädter (wahrgenommene Diskrepanzen) die subjektive Komponente bei der Entstehung von Stress. Im Unterschied zu den beiden Modellen mit sehr großem Allgemeinheitsgrad beziehen sich Pearlin und Mitautoren explizit auf die Pflegesituation. Es wird detailliert dargestellt, aus welchen verschiedenen Dimensionen pflegebedingte Belastung besteht. Beim Coping (das hier bereichsspezifisch konzipiert ist) werden drei Funktionen unterschieden: Umgang mit der Stresssituation (Management of Situation), Umgang mit der Bedeutung der Situation (Management of Meaning) und Umgang mit den Stresssymptomen (Management of Distress). Der Umgang mit der Situation wurde mit vier Items folgender Art erhoben: „Ich versuche, mit meinem Angehörigen konsequent umzugehen.“ Oder „Ich suche nach Möglichkeiten, meinen Angehörigen zu beschäftigen.“ Der Umgang mit der Bedeutung umfasst drei Komponenten (Erwartungsreduktion, positiver Vergleich und Einbettung der Krankheit in einen weiteren Sinn) mit jeweils drei Items. Der Umgang mit der Stressbelastung wurde auf folgende Art erfragt: „Wie oft sehen Sie fern? ...lesen Sie? ...nehmen Sie Medikamente zur Beruhigung?“ Während der Umgang mit der Situation in assimilativen Bemühungen und der Umgang mit der Bedeutung in akkommodativen Prozessen ihre Entsprechung finden, lässt sich der Umgang mit den Stresssymptomen nicht eindeutig in das Zweikomponenten-Modell integrieren. In den Pflegemodellen wurden die Belastung der Angehörigen und die negativen Konsequenzen besonders betont (vgl. auch Zarit, 1992); es gibt aber auch Ausnahmen, die positive Aspekte bei der Pflege berücksichtigen (z.B. Kramer, 1997; Lawton et al., 1991). Diese werden in Kapitel 3 vorgestellt. Brandtstädter betont die Rolle von Zielen (und Ansprüchen, Normen) und Kosten und Nutzen, die man davonträgt, wenn man in schwierigen Situationen eigene Ziele flexibel anpassen kann bzw. hartnäckig daran festhält.

Gerade der Prozess der flexiblen Anpassung der eigenen Standards im Zusammenhang mit den Einbußen, die pflegende Angehörige zu verzeichnen haben, wurde in der Angehörigenforschung bisher selten untersucht. Dieser Prozess kann durch

Verlusterfahrungen ausgelöst werden und erklären, warum es manchen Angehörigen trotz ihrer schwierigen Lage relativ gut geht. In Situationen, in denen die eigenen Ressourcen und Veränderungsmöglichkeiten erschöpft sind, sollten akkommodative Prozesse den Wohlbefindenseinbußen entgegenwirken (Brandtstädter & Renner, 1992).

### **2.2.3 Empirische Befunde zum Zweikomponenten-Modell und zu Coping bei pflegenden Angehörigen**

Zahlreiche Befunde zeigen eine kompensatorische Stabilisierung des subjektiven Wohlbefindens im Alter und sprechen somit dafür, dass Resilienz vorliegt (z.B. Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Auch das Zweikomponenten-Modell konnte zur Erklärung der Resilienz beitragen. Auf der dispositionellen Ebene unterscheiden sich Menschen in ihrer Neigung, wahrgenommenen Diskrepanzen assimilativ oder akkommodativ zu begegnen. Um die *allgemeinen dispositionellen* Konstrukte des Modells zu erfassen, entwickelten Brandtstädter und Renner (1990) einen Fragebogen zum Umgang mit Problemen. Dieser besteht aus den Skalen *Hartnäckigkeit der Zielverfolgung (HZV)* und *Flexibilität der Zielanpassung (FZA)*. Die Skala HZV misst assimilative Bewältigungsversuche. FZA erfasst akkommodative Neigungen. Die Skala FZA besteht aus den Subskalen Flexibilität durch Umdeutung und Flexibilität durch Neuorientierung (vgl. Wentura, 1995). Die Korrelation zwischen den beiden Subskalen ist in einer Größenordnung von in der Regel  $r < .50$ . So ist es gerechtfertigt, einerseits vom Konstrukt Flexibilität der Zielanpassung zu sprechen; andererseits können auch beide Subskalen getrennt betrachtet werden. *Hartnäckigkeit der Zielverfolgung* und *Flexibilität der Zielanpassung* stehen orthogonal zueinander, d.h. sie sind voneinander unabhängig. Sie weisen teils gleichsinnige, teils gegenläufige Korrelationen zu anderen Variablen auf. Beide stehen in positiven Beziehungen zu Wohlbefindensskalen (Lebenszufriedenheit, geringere Depressivität; vgl. Brandtstädter & Baltes-Götz, 1990) und weisen positive Zusammenhänge zu den Lebensbewältigungsstrategien Selektion, Optimierung und Kompensation auf (Freund & Baltes, 2002). Ältere Menschen haben im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen mehr flexible Zielanpassung und sind weniger hartnäckig in der Zielverfolgung. Die Arbeitsgruppe von Brandtstädter lieferte bisher viele Studien, die eine Stress-Puffer-Wirkung durch akkommodative Flexibilität belegten. Bereichsspezifische Urteile (wahrgenommene Defizite in Bereichen wie Gesundheit, Fitness, Unabhängigkeit) korrelierten negativ mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit (Brandtstädter, 2002). Bei Personen mit hohen Ausprägungen in FZA bestand ein geringerer Zusammenhang. Beispielsweise konnte bei Krankheiten (z.B. Brandtstädter, Wentura & Greve, 1993) oder bei

Eheproblemen (Felser, Schmitz & Brandtstädter, 1998) gezeigt werden, dass FZA die Wohlbefindenseinbußen abpufferte (vgl. zu weiteren Befunden den Überblick von Brandtstädter & Rothermund, 2002). Die negative Wirkung des Gesundheitszustands auf das Wohlbefinden konnte auch durch viel HZV abgepuffert werden. Bemerkenswerterweise waren die bisher identifizierten Puffereffekte für die HZV-Skala schwächer oder nicht vorhanden, obwohl man in vielen Belastungssituationen (z.B. Krankheit, Trauer) die Wirksamkeit assimilativer und akkommodativer Strategien erwarten würde. Diese Bereitschaft zu Umdenken und Zielanpassung scheint älteren Menschen im besonderen Maße dabei zu helfen, einen Sinn für Kontrolle und Wirksamkeit aufrechtzuerhalten (Brandtstädter, Rothermund & Schmitz, 1997).

Es wird nicht angenommen, dass sich eine hohe Ausprägung in FZA und HZV immer gleichermaßen empfiehlt. Es gibt Situationen, in denen beide Prozesse in ein konflikthafte Verhältnis geraten können (Bak & Brandtstädter, 1998). Durchgeführte Moderatoranalysen weisen darauf hin, dass hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung für sich genommen die negativen emotionalen Wirkungen wahrgenommener Zieldiskrepanzen abschwächen. Bei Personen mit hohen Ausprägungen in beiden Variablen verschwindet hier der Puffereffekt oder verkehrt sich ins Gegenteil. Möglicherweise zeigt sich in diesem Ergebnis ein Konflikt der entsprechenden Tendenzen und kognitiven Orientierungen.

In der Belastungsforschung zu pflegenden Angehörigen gibt es bereits Befunde, die auf die Bedeutung von akkommodativen Mechanismen hinweisen. Morano (2003) untersuchte den Zusammenhang zwischen Verhaltensänderungen der Patienten (Skala zum problematischen Verhalten nach Pearlin et al., 1990) und dem Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen von Alzheimer-Erkrankten. Als mögliche Stresspuffer wählte sie die Skalen *Management of Situation* und *Management of Meaning* nach Pearlin et al. (1990). Darüber hinaus wurde eine Skala zur wahrgenommenen Belastung durch die Pflege und fünf Items zur positiven Bewertung der Pflege (Lawton et al., 1989) in ihrer Rolle als Stresspuffer untersucht. Die Skalen „Bedeutungsmanagement“ und „Positive Bewertung“ moderierten den Zusammenhang zwischen berichteten Verhaltensänderungen der Patienten und dem Wohlbefinden der Angehörigen. Der negative Zusammenhang zwischen Patientenverhalten und Wohlbefinden war geringer, wenn die Angehörigen ihre Situation positiver bewerteten oder die Situation umdeuten konnten. Die Richtung des durch Umdeutung moderierten Zusammenhangs kam für die Autorin unverhofft, da sie dem Bedeutungsmanagement theoretisch eine negative Wirkung zumaß. Aus Sicht des Zweikomponenten-Modells macht das Ergebnis Sinn, da sich die Skala durchaus als akkommodativer Bewältigungsstil

interpretieren lässt. Ähnlich berichteten Leipold, Zank & Schacke (2003), dass der negative Zusammenhang zwischen wahrgenommener Belastung durch den Beziehungsverlust zum Patienten und dem allgemeinen Wohlbefinden durch die Skala „Flexible Zielanpassung“ (Brandtstädter & Renner, 1990) und „Bedeutungsmangement / Akkommodation bei der Pflege“ (in Anlehnung an Pearlin et al., 1990) moderiert wurde. Die Befunde zeigen insgesamt, dass eine akkommodative Haltung bei (irreversiblen) Patientenveränderungen im Hinblick auf das Wohlbefinden protektiv ist. Akkommodation wurde einerseits als allgemeine Disposition und andererseits als pflegespezifisches Konstrukt erhoben. Weitere Untersuchungen sind für die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse noch vonnöten.

In den meisten Untersuchungen zu pflegenden Angehörigen wurde Coping als Mediator untersucht, d.h. es wurde geprüft, ob eine Beziehung zwischen zwei Variablen durch Coping vermittelt ist. Pruchno & Resch (1989) konnten bei pflegenden PartnerInnen von Demenzkranken zeigen, dass pflegebedingte Stressoren und Copingmechanismen zwischen 12 und 40 Prozent Varianz in Wohlbefindensvariablen aufklären. Zwei emotionsfokussierte Bewältigungsvarianten (Wunschdenken und intrapsychisches Coping, das mit Tagträumerei oder Hoffen auf bessere Zeiten operationalisiert wurde) wirkten als Mediatoren zwischen Stress (auffälliges Patientenverhalten) und Wohlbefinden (z.B. Angst, Depressivität), d.h. ein ausgeprägt emotionsfokussiertes Copingverhalten ist mit geringerem Wohlbefinden verbunden. Akzeptanz als emotionsorientiertes Bewältigungsverhalten stand mit seelischer Gesundheit in einem günstigen Zusammenhang. Moderatoreffekte wurden überprüft; es konnten allerdings keine gezeigt werden. Pruchno und Kleban (1993) fanden keine bedeutsamen Korrelationen zwischen problemfokussiertem Coping (z.B. einen Plan machen und ihn befolgen oder etwas an sich verändern, um mit der Situation besser umgehen zu können) und Wohlbefinden. Emotionsfokussiertes Coping wurde als Mediator identifiziert, der die Wirkung von pflegebezogenen Stressoren auf das Wohlbefinden vermittelte. Inhaltlich bedeutet das Ergebnis, dass ausgeprägte Akzeptanz sowie wenig Wunschdenken und intrapsychisches Coping die negativen Effekte der Stressoren auf die psychische Gesundheit verringern (vgl. auch Morano, 2003).

Studien von Hooker und Kollegen (z.B. 1992, 1998) weisen darauf hin, dass Persönlichkeitsvariablen von Angehörigen eine bedeutsame Rolle bei der Beurteilung des wahrgenommenen Stresses und des Wohlbefindens spielen. Dies trifft insbesondere für die Dispositionen Neurotizismus (vgl. auch Reis, Andres, Gold & Markiewicz, 1994) und Optimismus zu. Persönlichkeitsindikatoren wirken sich direkt und indirekt (über wahrgenommenen Stress) auf die seelische Gesundheit aus. An einer Stichprobe von 50

pflegenden Angehörigen konnte gezeigt werden, dass Persönlichkeitsvariablen 60% Varianz des emotionsfokussierten Copings, 30% Varianz des problemorientierten Copings und 15% Varianz im Umgang mit sozialer Unterstützung aufklären (Hooker et al., 1994). Emotionsfokussiertes Coping lässt sich durch höheren Neurotizismus (so auch bei Patrick & Hayden, 1999) und geringerer Extraversion vorhersagen, problemfokussiertes Coping steht in einem negativen Zusammenhang mit Neurotizismus und soziale Unterstützung geht mit Extraversion einher. Reis et al. (1994) erhoben bei 231 pflegenden Angehörigen (145 Frauen und 86 Männer) Persönlichkeitseigenschaften, Gesundheitsprobleme und Pflegebelastung. Im Gegensatz zu Extraversion korrelierte Neurotizismus mit höherer Pflegebelastung und Gesundheitsproblemen. Hier lassen sich auch die Befunde von Patrick und Hayden (1999) zu Müttern von chronisch kranken Kindern einreihen. In der Studie wurde ein Pfad von Wunschdenken über Pflegebelastung auf das Wohlbefinden identifiziert, wobei sich Wunschdenken durch Neurotizismus und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder vorhersagen ließ. Es existieren auch Studien, die Mediationseffekte weder durch emotionsfokussiertes Coping (Lutzky & Knight, 1994) noch durch problemfokussiertes Coping (Morano, 2003) fanden.

Die Effektivität von Coping bei pflegenden Töchtern ist auch längsschnittlich belegt (Li, Seltzer & Greenberg, 1999). Über den Zeitraum von 18 Monaten konnte gezeigt werden, dass die Töchter mit höheren Werten einer Skala zur Meisterung des Alltags stärker zu problemfokussiertem Coping neigten, das wiederum zu einer Verringerung der Depressivität führte. Geringe Alltagsmeisterung war hingegen mit mehr emotionsfokussiertem Coping verbunden, welches Depressivität förderte. Das Alltagsmeistern war geringer, wenn die Gepflegten starke Verhaltensprobleme zeigten. Problemfokussiertes Coping wurde mit den Skalen „Planning“, „Active Coping“, „Positive Reframing“ und „Suppression of Competing Activities“ erfasst, emotionsfokussiertes Coping mit „Denial“, „Mental Disengagement“, „Behavioral Disengagement“ und „Venting“ (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Alle Indikatoren des emotionsfokussierten Copings hatten in dieser Studie eine negative Konnotation und ließen geringe seelische Gesundheit erwarten.

Welche Schlüsse lassen sich aus den Ergebnissen zu Coping bei pflegenden Angehörigen ziehen? Zunächst muss auf einige Umstände hingewiesen werden, die eine Interpretation erschweren. Gottlieb und Wolfe (2002) sichteten die Literatur zu Coping von Angehörigen demenziell Erkrankter (1984-2000). Zu den Einschlusskriterien ihres Übersichtsartikels gehörte, dass in den Studien sowohl Bewältigungsskalen als auch weitere Konsequenzen (z.B. Gesundheit oder Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen)

berücksichtigt wurden und die demenziell Erkrankten nicht institutionalisiert waren. Ein Ergebnis der Übersicht war, dass die 17 berücksichtigten Studien schwer zu vergleichen waren. Die verwendeten Copingmaße variierten hinsichtlich ihrer Kontextspezifität und ihrer Inhalte beträchtlich. Zusammenfassen lassen sich die Ergebnisse wohl dahingehend, dass sich kognitives Umstrukturieren, Akzeptanz der Situation und aktives Problemlösen eher günstig auf das Belastungserleben und Wohlbefinden der Angehörigen ausgewirkt hat; Wunschdenken und Illusionen waren eher ungünstig (vgl. auch Wallhagen, 1992-93). Ob bestimmte Copingstrategien generell günstig oder ungünstig sind, lässt sich mit den Studien nicht belegen. Auffallend ist, dass häufiger nach Mediationseffekten und seltener nach Moderationseffekten gesucht wurde (vgl. Kap. 1.6 zur Unterscheidung). Aus den Belastungsmodellen zur Pflege lässt sich diese Überlegenheit nicht ableiten. Zu den Moderationseffekten sind noch weitere Untersuchungen notwendig; sie sind erfahrungsgemäß schwer zu finden und zu replizieren (Cronbach, 1975).

Die Copingskalen bestanden in vielen Studien aus sehr wenigen Items mit Reliabilitäten unter .70. Eine ökonomische Messung auf Kosten geringerer Präzision trägt jedoch zu einer Unterschätzung der vermuteten Zusammenhänge bei. Auffallend ist, dass in den meisten Studien Bewältigung bereichsspezifisch erhoben wurde, d.h. wie pflegende Angehörige in ihrer Rolle als solche mit ihrer Situation umgehen. In den meisten Studien fehlte allerdings der Referenzpunkt des Bewältigungsverhaltens (z.B. ein spezifischer Stressor wie auffälliges Patientenverhalten). Ein klarer Kontextbezug wird durch die transaktionale Stress-Bewältigungstheorie (Lazarus & Folkman, 1984) nahegelegt, damit eine bessere Verbindung zwischen Anforderungen und entsprechendem Bewältigungsverhalten hergestellt werden kann (vgl. auch Gottlieb & Wolfe, 2002). In diesem Sinn argumentieren auch Pearlin et al. (1990; S. 590): „...coping with caregiving cannot adequately be assessed with general-duty instruments or with instruments developed to measure how people cope with other life problems.“ Die Aussage ist natürlich richtig. Dennoch wird hier der Standpunkt vertreten, dass eine ausschließlich bereichsspezifische Erhebung eine unnötige Selbstbeschränkung wäre. Dabei wäre die Frage umgangen, ob nicht möglicherweise auch allgemeine Bewältigungsstile im Sinne von Dispositionen bei pflegenden Angehörigen zu einer kompensatorischen Stabilisierung des Wohlbefindens beitragen.

Innerhalb des stresstheoretischen Ansatzes wurde, meist in Anlehnung an Lazarus bzw. an die Modelle von Pearlin und Zarit, eine Vielzahl interessanter Befunde zu den Zusammenhängen zwischen pflegebedingter Belastung, Wohlbefinden und Drittvariablen identifiziert. Im Zuge einer kritischen Würdigung kognitiv-transaktionaler Modelle ist v.a.



ihre ausgefeilte, komplexe Sicht der Konstrukte und ihrer Zusammenhänge zu nennen, die jedoch gleichzeitig als Nachteil ausgelegt werden kann (vgl. ausführlicher z.B. Hobfoll, 1989; Schwarzer, 1993; 1997). Beispielsweise lehnen sich Lawton et al. (1991) durch die explizite Aufnahme von "Appraisals" noch stärker an Lazarus an. Der Preis für die Aufnahme von Konstrukten, die der Interpretation der Betroffenen bedürfen, liegt in der möglichen Konfundierung mit anderen Variablen (z.B. die Einschätzung der Ressourcen und Copingstrategien). Weitere Kritikpunkte sind, dass die dyadische Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen zu wenig untersucht wurde und dass meistens nur die negativen Konsequenzen der Pflege beachtet wurden (vgl. zur Kritik auch Yates, Tennstedt & Chang, 1999).

### **2.3 Implikationen für die vorliegende Studie**

In der vorliegenden Arbeit wird das Zweikomponenten-Modell der Assimilation und Akkommodation als theoretischer Bezugsrahmen verwendet. Das Modell hat sich insbesondere bei allgemeinen entwicklungspsychologischen Fragestellungen bewährt und soll hier auf die Situation pflegender Angehöriger übertragen werden. Eine spezifische Anwendung auf pflegende Angehörige ist meines Wissens noch nicht erfolgt. Nach dem Modell dürften akkommodative Prozesse (Umdeutung bzw. Neuformulierungen eigener Ziele; Änderung der Wertehierarchie) gerade dann zu einer günstigen Wohlbefindensregulation beitragen, wenn die eigenen Handlungsmöglichkeiten zum Scheitern verurteilt sind. Der bisherigen Literatur zum Bewältigungsverhalten pflegender Angehöriger wurde die Kritik gegenübergestellt, dass viele Studien einer spezifischen, theoretisch begründeten Stressor-Bewältigungs-Beziehung entbehren (vgl. Gottlieb & Wolfe, 2002). In dieser Arbeit soll anhand verschiedener Stressoren, die zumindest teilweise irreversibel erscheinen, die Effektivität einer akkommodativen Bewältigung geprüft werden. Dabei wird es auch um die Frage gehen, ob ein allgemeiner akkommodativer Copingstil pflegespezifisch bedingte Wohlbefindenseinbußen abpuffert.