

9. Diskussion

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war die Annahme, dass die Pflege demenziell Erkrankter für die Angehörigen einen durch viele Verluste und Einbußen gekennzeichneten Lebensabschnitt darstellt. Ausgehend vom Zweikomponenten-Modell der Assimilation und Akkommodation wurden Fragen formuliert, die sich zwei Bereichen zuordnen lassen. Zum einen wurde die Rolle eines akkommodativen Bewältigungsstils bei pflegenden Angehörigen beleuchtet. Die Stresspufferwirkung der Akkommodation wurde mit Bezug auf mehrere Stressoren untersucht. Akkommodation wurde allgemein als Persönlichkeitsdisposition und situationsbezogen (pflegespezifisch) operationalisiert. Zum anderen ging es um die Rolle des eudämonistischen Wohlbefindens (Persönlichkeitswachstum durch die Pflege und kognitive Komplexität) bei pflegenden Angehörigen. Dabei wurde die Frage verfolgt, ob sich Persönlichkeitswachstum durch eine lange Pflegedauer vorhersagen lässt. Des Weiteren war das Zusammenspiel von akkommodativem Coping, eudämonistischem und hedonistischem Wohlbefinden von Interesse. Nach dem Zweikomponenten-Modell lässt sich annehmen, dass Persönlichkeitswachstum und kognitive Komplexität eine akkommodative Bewältigung begünstigen.

9.1 Zur Rolle von assimilativer und akkommodativer Bewältigung bei pflegenden Angehörigen

Die Sonderstellung einer akkommodativen Bewältigung in der vorliegenden Arbeit ergibt sich nicht aus einer vermuteten generellen Überlegenheit über andere Bewältigungsformen, sondern vielmehr aus der Tatsache, dass ihre protektive Funktion bei pflegenden Angehörigen empirisch nicht ausreichend gezeigt worden ist. Ein zentrales Postulat der Zweikomponenten-Theorie besagt, dass bei irreversiblen Verlusten Bewältigungsmechanismen, die Sinn und Bedeutung verleihen, gegenüber aktiven hartnäckigen Bewältigungsformen an Gewicht gewinnen. Eine untersuchte Annahme war, dass sich eine akkommodative Bewältigungsform günstig für pflegende Angehörige auswirkt und als Stresspuffer fungiert. Diese Annahme ließ sich anhand der vorliegenden Befunde eindeutig belegen. Auf einer korrelativen Ebene wiesen Morbidität, mangelnde soziale Anerkennung der Angehörigen und Verhaltensänderungen der demenziell Erkrankten (zumindest tendenziell) negative Zusammenhänge mit dem hedonistischen Wohlbefinden der Angehörigen auf. Die Bewältigungsformen korrelierten (zumindest tendenziell) positiv mit dem Wohlbefinden. Signifikante Interaktionsanalysen belegten die Annahme, dass eine flexible Anpassung der

individuellen Ziele und Standards die Verarbeitung dieser Verluste erleichtert. Bei allen drei Stressoren konnte eine Pufferwirkung durch akkommodative Bewältigung gezeigt werden, d.h. bei Angehörigen, die ihre Ziele flexibel anpassten, war die negative Wirkung der Stressoren auf das hedonistische Wohlbefinden verringert. Der negative Einfluss von Verhaltensänderungen der demenziell Erkrankten auf das Wohlbefinden wurde durch Akkommodation gedämpft, wenn die Angehörigen gleichzeitig eine ausgeprägte Disposition hartnäckiger Zielverfolgung hatten.

Die protektive Wirkung von Akkommodation zeigte sich nicht nur, wenn Akkommodation als Disposition erfasst wurde (Studie 1) sondern auch bei einer situationsspezifischen Operationalisierung (Studie 2). Mit ausgewählten Items aus der Skala zum Bedeutungsmanagement pflegender Angehöriger von Pearlin et al. (1990) konnte der Puffereffekt bei den durch Verhaltensänderungen und durch Mangel an sozialer Anerkennung bedingten Wohlbefindenseinbußen ebenfalls belegt werden. Diese Befunde stehen mit den Ergebnissen von Morano (2003) und Leipold, Schacke und Zank (2003) in Einklang, die vergleichbare Effekte für eine akkommodative Bewältigung pflegender Angehöriger identifizierten. Morano (2003) untersuchte die negativen Auswirkungen von problematischem Patientenverhalten auf die Depressivität und Lebenszufriedenheit der Angehörigen. Die negativen Auswirkungen fielen geringer aus, wenn die Angehörigen emotionsfokussiert mit der Situation umgingen. Die verwendete Skala zum Bedeutungsmanagement nach Pearlin et al. (1990) enthält Items, die sich im Sinne einer akkommodativen Bewältigung interpretieren lassen (z.B. Erwartungsreduktion, positiver Vergleich, Sinnsuche). Leipold et al. (2003) fanden eine bedeutsame Interaktion zwischen wahrgenommener Belastung durch die demenzbedingten Persönlichkeitsveränderungen und akkommodativer Bewältigung auf das subjektive Wohlbefinden der Angehörigen. Akkommodative Bewältigung wurde in dieser Studie mit der Skala zur flexiblen Zielanpassung (Brandtstädter & Renner, 1990) und mit homogenen Items des Bedeutungsmanagements nach Pearlin et al. (1990) gemessen. Keine Interaktion zwischen Verhaltensänderungen und einer Skala zu Akzeptanz wurde von Pruchno und Resch (1989) identifiziert. Gottlieb und Wolfe (2002) sichteten die Literatur zur Funktion von Coping aus den vergangenen 20 Jahren. Dabei stellten sie sowohl eine große Heterogenität in den verwendeten Bewältigungsmaßen als auch in ihrem Gebrauch fest (z.B. im Umgang mit der Aggregation verschiedener Skalen und der Itemselektion), die einen Vergleich der Ergebnisse erschwert. Darüber hinaus ist anzumerken, dass es trotz der Fülle an Literatur zur Angehörigenbelastung nur wenige Bemühungen gab, Puffereffekte durch kognitive Umstrukturierung bzw. Bedeutungsmanagement nachzuweisen. In den meisten

Studien wurde untersucht, ob Coping den Zusammenhang zwischen Stressoren und den jeweiligen Outcomes vermittelt (Mediator-Testung).

Interessante Befunde zeigten sich bei der Bewältigung durch hartnäckige Zielverfolgung. Betrachtet man das Zusammenspiel zwischen Morbidität, akkommodativer Flexibilität und Hartnäckigkeit, so überrascht zunächst einmal der Befund, dass besonders multimorbide Angehörige von geringer Hartnäckigkeit profitierten: bei geringer Hartnäckigkeit war der negative Zusammenhang zwischen Multimorbidität und subjektivem Wohlbefinden abgeschwächt (Interaktion 1. Ordnung). Die signifikante Interaktion 2. Ordnung indiziert, dass sich dieser ungünstige Effekt bei zu starker Hartnäckigkeit wieder abmildern lässt: nämlich durch Flexibilität. Der Puffereffekt einer flexiblen Zielanpassung war erwartet. Interessanterweise schien das Wohlbefinden der sehr hartnäckigen Angehörigen besonders davon abzuhängen, wie die Stressoren und die flexible Zielanpassung ausgeprägt waren. Morbidität, mangelnde soziale Anerkennung und Verhaltensänderungen der Patienten wirkten sich bei dieser hartnäckigen Substichprobe besonders negativ auf das hedonistische Wohlbefinden aus, wenn gleichzeitig wenig Akkommodation vorlag. Angehörige, die gewöhnlich sehr hartnäckig waren und eine unflexible Zielstruktur aufwiesen, hatten offenbar besondere Schwierigkeiten bei der Bewältigung von pflege- und gesundheitsbezogenen Einbußen.

Erstaunlich sind die Befunde, dass die Stressoren bei den Angehörigen mit geringen Ausprägungen in beiden Bewältigungsmodalitäten keine besonders ausgeprägten Einschnitte im Wohlbefinden mit sich brachten. Es lässt sich annehmen, dass bei wenig Assimilation und Akkommodation ein ausgesprochen ungünstiges Bewältigungsrepertoire vorliegt. Da es sehr viele Bewältigungsformen gibt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Angehörigen über weitere Strategien verfügen, die in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden konnten. Aufgrund der positiven Zusammenhänge zwischen Assimilation, Akkommodation einerseits und dem hedonistischen Wohlbefinden andererseits (vgl. auch Brandstädter & Renner, 1990) war diese Gruppe im Vergleich zu allen anderen Angehörigen durch ein insgesamt schlechteres Wohlbefinden gekennzeichnet ($r = .22$; $p < .05$; punktbiseriale Korrelation). Ergänzende Analysen zeigten, dass die Angehörigen mit geringen Ausprägungen in Assimilation und Akkommodation im Vergleich zu allen anderen Angehörigen weniger Verhaltensänderungen bei den Patienten berichteten ($r = .25$; $p < .05$). Das insgesamt etwas geringere Ausmaß an Verhaltensänderungen der Patienten könnte als Erklärung dafür herangezogen werden, dass der negative Zusammenhang zwischen Verhaltensänderungen und dem hedonistischen Wohlbefinden bei diesen Angehörigen nicht

stärker ist als bei den anderen. Allerdings blieben die Gruppenunterschiede auf die beiden berichteten beschränkt. Ergänzende Analysen hinsichtlich der weiteren Stressoren und den Kontrollvariablen lieferten keine Hinweise darauf, dass sich die Gruppe der Angehörigen mit geringer Assimilation und Akkommodation von den anderen Angehörigen bedeutsam unterschied.

Auf den ersten Blick scheint der dysfunktionale Effekt hartnäckiger Zielverfolgung bei der Krankheitsbewältigung den Studien zu widersprechen, die auch bei einer stark ausgeprägten Hartnäckigkeit eine protektive Wirkung belegen konnten (Brandtstädter, Wentura & Greve, 1993). Bei einem Vergleich der Ergebnisse sollte man allerdings die unterschiedliche Situation der Stichproben berücksichtigen. Pflegende Angehörige unterscheiden sich von durchschnittlichen Stichproben, dass sie eben durch die Pflege eines Demenzpatienten mit einem gravierenden irreversiblen Verlust konfrontiert sind. Des Weiteren haben zahlreiche Studien gezeigt, dass die Gesundheit bei pflegenden Angehörigen im Vergleich zu nicht Pflegenden schlechter ist (im Überblick Pinquart & Sörensen, 2003). Beach und andere (2000) haben in einer längsschnittlichen Untersuchung belegt, dass die Einschränkungen der Patienten in den Alltagsbewältigungen und die wahrgenommene Belastung durch die Pflegenden negative gesundheitliche Veränderungen vorhersagen. Möglicherweise zeigt sich bei pflegenden Angehörigen die Grenze von assimilativen Bewältigungsstrategien bei der Wohlbefindensregulation besonders deutlich, da sie sich mit einer besonders schwierigen und von irreversiblen Verlusten begleiteten (Pflege-)Situation auseinandersetzen müssen. Die Befunde lassen sich mit den theoretischen Überlegungen vereinbaren, dass sich beide Prozesse gegenseitig hemmen können (z.B. Brandtstädter, 2001). Eine gegenseitige Hemmung der Mechanismen wird auf derselben Regulationsebene angenommen. Auf verschiedenen Regulationsebenen können sich beide Prozesse ergänzen. Dies lässt sich deutlich machen, wenn man bedenkt, dass mit der Wahl bestimmter Ziele manche Alternativen ausgeschlossen werden, die man nicht verfolgen kann. Umdeutungsprozesse können insofern nützlich werden, dass sie den nicht erreichbaren Alternativen einen geringen Stellenwert beimessen und somit den möglichen Wohlbefindenseinbußen keinen Vorschub leisten. Andere Studien haben gezeigt, dass der Moderationseffekt der Hartnäckigkeit ganz fehlt oder schwächer ausgeprägt ist als der Moderationseffekt der Flexibilität (Brandtstädter, Wentura & Greve, 1993; Schmitz, Saile & Nilges, 1996).

Die Befunde dieser Studie lassen auf keinen Fall die Interpretation zu, dass eine hartnäckige Zielverfolgung generell ungünstig bei der Pflege ist. Die bivariaten

Zusammenhänge zeigten ein tendenziell positives Verhältnis zwischen Hartnäckigkeit und dem hedonistischen Wohlbefinden und der Pflegedauer. Wenngleich die Kausalrichtung offen bleiben muss, ist die Deutung plausibel, dass ein bestimmtes Ausmaß an Hartnäckigkeit möglicherweise notwendig für eine lange „Pflegekarriere“ (Aneshensel et al., 1995) ist. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war, dass Angehörige, welche bereits lange pflegten, einen schlechteren Gesundheitszustand hatten, wenn sie nur wenig hartnäckig waren. Bei den Hartnäckigen trat dieser Zusammenhang nicht auf; der Trend zeigte sogar in die andere Richtung.

Zusammenfassend lassen sich die Befunde dahingehend interpretieren, dass für pflegende Angehörige hartnäckige Zielverfolgung möglicherweise zu einer langen Pflege ohne gravierende Gesundheitseinbußen beitragen kann, gleichzeitig aber negative Effekte in der Wohlbefindensregulation erzielt. Bei gleichzeitig hoher flexibler Zielanpassung werden diese negativen Effekte wieder ausgeglichen. Zur Absicherung der Interpretation sind allerdings weitere Studien vonnöten.

9.2 Zur Rolle des eudämonistischen Wohlbefindens bei pflegenden Angehörigen

Weitere zentrale Fragestellungen der vorliegenden Studie waren, ob sich eudämonistisches Wohlbefinden (erhoben über Kognitive Komplexität/Ich-Entwicklung nach Hy & Loevinger, 1996 und pflegebedingtes Persönlichkeitswachstum in Anlehnung an Ryff, 1989) durch die Pflegedauer vorhersagen lassen und ob akkommodatives Coping je nach Ausprägung des eudämonistischen Wohlbefindens unterschiedlich mit dem hedonistischen Wohlbefinden zusammenhängt. Die Indikatoren des eudämonistischen Wohlbefindens standen in einem schwachen positiven Zusammenhang, wenn bestimmte Korrekturfaktoren für kognitive Leistung (vor allem ein Indikator für kristallisierte Intelligenz) eingeführt wurden. Die Korrektur für erfahrungsabhängige Intelligenz ergab sich aus bisherigen Studien (z.B. Labouvie-Vief & Diehl, 2000), die Belege für deutliche Zusammenhänge zwischen kognitiver Komplexität und weiteren kognitiven Variablen aus der psychometrischen Forschungstradition erbrachten. Aufgrund der Verschiedenheit zwischen pflegebedingtem Persönlichkeitswachstum und kognitiver Komplexität (bereichsspezifische Erfassung über Selbstbeurteilung vs. Einschätzung der kognitiven Strukturierung von Satzanfängen durch trainierte Auswerter) wurden keine großen Zusammenhänge erwartet. Dennoch zeigte sich durch das positive Vorzeichen ein von der Richtung her erwarteter Zusammenhang, der sich als Indiz dafür verwerten lässt, dass mit beiden Indikatoren des eudämonistischen Wohlbefindens trotz ihrer Verschiedenheit etwas Ähnliches erfasst wurde.

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Untersuchung war, dass eudämonistisches Wohlbefinden durch eine lange Pflegedauer vorhergesagt werden konnte. In Studie 1 konnte gezeigt werden, dass ein bivariater Zusammenhang zwischen Pflegedauer und kognitiver Komplexität bestand, der nach Kontrolle für fluide und kristallisierte Intelligenz stabil blieb. Studie 2 belegte, dass zwischen Pflegedauer und Persönlichkeitswachstum durch die Pflege ein bedeutsamer Zusammenhang in der Größenordnung einer mittleren Effektstärke bestand. Der Pfad blieb selbst nach einer Bereinigung des Persönlichkeitswachstums um den Einfluss von mangelnder sozialer Anerkennung und pflegespezifischer Akkommodation stabil.

Es kann nicht entschieden werden, wodurch der Zusammenhang zwischen der Pflegedauer und persönlichem Wachstum zustande kam. Die Ergebnisse von Seltzer und Li (2000) zeigten keine rein zeitliche Zunahme an Persönlichkeitswachstum nach Ryff (1989) sondern in Abhängigkeit kritischer Übergänge bei der Pflege. Pflegenden Ehefrauen, deren pflegebedürftiger Mann während der vergangenen drei Jahre verstorben war, berichteten über die Zeit hinweg mehr Wachstum. Eigene längsschnittliche Analysen der Studie 2 (vgl. Leipold, Schacke & Zank, 2004) zeigten allerdings, dass auf der Mittelwertebene *pflegespezifisches* Persönlichkeitswachstum nach neun Monaten bei den pflegenden Kindern und Eheleuten im Durchschnitt zunahm. Schließt man die Fälle aus, die zum ersten Messzeitpunkt das obere Ende der Skala erreicht hatten (ceiling-effect), beträgt der Zunahmeeffekt etwa ein Viertel der Standardabweichung. In den Faktor *Pflegedauer* gingen noch zwei Indikatoren ein, die sich im Verlauf der demenziellen Erkrankung verschärfen: ein Indikator für die Schwere der kognitiven Beeinträchtigung und ein Indikator für das Ausmaß der funktionalen Beeinträchtigung (Pflegestufe). Beide Dimensionen verschlechtern sich mit der Zeit. Ebenfalls denkbar ist es, dass das eudämonistische Wohlbefinden durch die wahrgenommene zunehmende Radikalisierung der Patientensituation eine entscheidende Vertiefung erfährt.

Die Angehörigen der Studie 1 waren Besucher von Selbsthilfegruppen. In dieser Stichprobe ließ sich sogar der nicht pflegespezifische Indikator für kognitive Komplexität (Hy & Loewinger, 1996) durch eine lange Pflegedauer vorhersagen. Möglicherweise trägt ein soziales Umfeld, in dem ein Austausch über Schwierigkeiten bei der Pflege stattfindet, zu einer Förderung von Wachstum bei. Zur Untermauerung dieser Interpretation lassen sich auch die experimentellen Ergebnisse aus der Berliner Weisheitsforschung anführen (Staudinger & Baltes, 1996), in denen sich durch sozialen Austausch über schwierige Probleme des Lebens weisheitsbezogenes Wissen fördern ließ. Da an der vorliegenden Studie 1 ausschließlich Angehörige mit Selbsthilfegruppen teilgenommen hatten, bleibt die Interpretation spekulativ.

Insgesamt widersprechen die Ergebnisse der Studien 1 und 2 nicht der Interpretation, dass eine lange Pflegedauer viele kritische Übergänge während einer Pflegekarriere beinhaltet (z.B. erste demenzielle Symptome, ärztliche Demenzdiagnose, Inanspruchnahme von Tagespflege, Umzug in ein Pflegeheim), die möglicherweise eine kritisch reflexive Auseinandersetzung mit der eigenen Situation anstoßen. Zur theoretischen Einordnung der Befundmuster bieten sich verschiedene Ansätze an. Es lassen sich beispielsweise dialektische Modelle anführen (Riegel, 1979), nach denen Krisen den Motor für Entwicklung darstellen. Wachstumsmodelle der Persönlichkeitsentwicklung (z.B. Erikson, 1959; Loevinger, 1976) gehen davon aus, dass Veränderungen als Folge von Entwicklungsaufgaben eintreten, die für das jeweilige Stadium, in dem man sich befindet, charakteristisch sind. Allerdings sind für die Erklärung von Wachstumsprozessen auch personale Faktoren (wie z.B. Offenheit für neue Erfahrungen) zu erwägen (vgl. z.B. Staudinger, 2004).

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für das erhöhte Persönlichkeitswachstum ist in dem sozialen Engagement der Angehörigen zu sehen. Erste Ergebnisse einer Studie, welche die Effekte der Teilnahme an einem Ausbildungsprogramm zum Erwerb von Fähigkeiten im Bereich der Freiwilligenarbeit untersuchte (Staudinger & Mühlig-Versen, 2004), lassen sich dahingehend interpretieren. Die Teilnahme an einem Curriculum, welches darauf abzielt, Fertigkeiten für die Organisation und Durchführung von Freiwilligen-Projekten zu erhöhen zeigte in einem Prä-post-Vergleich wachstumsförderndes Potenzial.

Interessant war der Befund, dass sich pflegebedingtes Persönlichkeitswachstum durch mangelnde soziale Anerkennung vorhersagen ließ. Mehrere Interpretationen sind hier denkbar. Möglicherweise spielt die Wichtigkeit der Pflegerolle („Identitätssalienz“; Thoits, 1992) für die Angehörigen mit hohem pflegebedingtem Wachstum eine Rolle. In diesem Sinn wäre eine saliente Pflegerolle ein bedeutungstiftender Fundus. Ryff und Essex (1992) untersuchten 120 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 75 Jahren, nachdem sie in Alterswohnstifte mit oder ohne Hilfeleistungen umgezogen waren. Eine Annahme war, dass sich verhaltensbezogene Selbstwahrnehmungen (z.B. „Seit dem Umzug habe ich mehr Zeit für die Familie.“) gerade dann auf das psychologische Wohlbefinden auswirken, wenn die untersuchten Lebensbereiche besonders zentral für die Identität der älteren Frauen waren. Diese Annahme wurde durch Zentralität x verhaltensbezogene Selbstwahrnehmungs-Interaktionen bestätigt. Im Bereich Familie wirkten sich positive verhaltensbezogene Selbstwahrnehmungen besonders deutlich auf das psychologische Wohlbefinden (Autonomie, persönliches Wachstum, Lebenssinn und Selbstakzeptanz) aus, wenn Familie für die Frauen besonders wichtig war. Möglicherweise war die Pflege für die Angehörigen, die einen großen

Mangel an sozialer Anerkennung wahrnehmen, auch besonders wichtig. In diesem Fall könnte auch die Zentralität der Pflegerolle das Persönlichkeitswachstum gefördert haben.

Ebenfalls denkbar ist es, dass mangelnde soziale Anerkennung für die Angehörigen eine Verlusterfahrung darstellt, die möglicherweise eine kritisch-reflexive Auseinandersetzung mit der eigenen Situation auslösen kann. Es könnte der Fall sein, dass Angehörige, die zu wenig Anerkennung erfahren, sich in einer sozialen Randposition wahrnehmen und sozial ausgegrenzt fühlen. Sozialpsychologische Studien informieren zur Bedeutung und den Konsequenzen von Stigmatisierung. Nach Dovidio, Major und Crocker (2000) beinhaltet Stigmatisierung mindestens zwei grundlegende Komponenten: 1) die Wahrnehmung einer Differenz in bestimmten Verhaltensmerkmalen und 2) eine konsequente Abwertung der Person. Devianz und Vorurteil gehören zum Begriff, jedoch geht Stigmatisierung über beide Konstrukte hinaus. Wahrgenommene Devianzen werden zu generellen Attributionen über Charakter und Identität erweitert und sowohl individuelle als auch gruppenbasierte Reaktionen auf die Devianz sind involviert. Stigmatisierung ist sozial definiert. Nach Crocker und Major (1989) ist eine stigmatisierte Gruppe eine besondere Form einer Fremdgruppe. Der Bezugspunkt einer Fremdgruppe (outgroup) ist *irgendeine* Binnengruppe (ingroup); der Bezugspunkt einer stigmatisierten Gruppe ist die *dominante* Gruppe innerhalb einer Kultur oder Gesellschaft. Die Konsequenzen sozialer Stigmatisierung für die Betroffenen wurden bisher selten untersucht. Eine Ausnahme ist das Selbstwertgefühl; dazu gibt es mittlerweile sehr viele Studien (vgl. Crocker & Quinn, 2000). Mittelwertsvergleiche zwischen stigmatisierten und nicht stigmatisierten Gruppen ergaben kein einheitliches Bild, dass stigmatisierte Gruppen größere Selbstwertdefizite zu verzeichnen haben. Als mögliche Gründe diskutieren Crocker und Quinn, dass Selbstwert zum größten Teil als stabile Persönlichkeitsdisposition erhoben wurde und Situationsfaktoren zu wenig berücksichtigt wurden. Möglicherweise löste die Wahrnehmung einer sozialen Ausgrenzung bei Angehörigen eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Situation aus, die das Potenzial zur Entwicklung von neuen Einsichten und Wachstumsprozessen in sich birgt.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit bietet die Theorie der kognitiven Dissonanz an (Festinger, 1957). Mangelnde soziale Anerkennung könnte als ein unangenehmer Zustand verstanden werden, der die Angehörigen dazu anregt, die Dissonanz zu verringern. Nach der Theorie werden Dissonanzen verringert, indem Kognitionen hinzugefügt, eliminiert oder ersetzt werden. Persönliches Wachstum durch die Pflege wäre demnach eine (hinzugefügte) entlastende Kognition. Je stärker der Mangel an sozialer Anerkennung, desto mehr pflegebedingtes Wachstum wird berichtet, um das Bild wahrgenommener pflegebedingter

Einbußen wieder stimmiger und konsistenter macht. Zur Plausibilitätsabschätzung der möglichen Interpretationen sind allerdings weitere Studien notwendig, in denen die jeweiligen vermittelnden Prozesse systematisch erhoben werden.

Obwohl die Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens (Ryff, 1989), zu denen auch Persönlichkeitswachstum gehört, auf der Faktorebene von Indikatoren des hedonistischen Wohlbefindens getrennt werden konnten (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002), überraschte es dennoch, dass Persönlichkeitswachstum durch die Pflege keinen beziehungsweise einen gering negativen Zusammenhang zum hedonistischen Wohlbefinden aufwies. In den zitierten Studien wurden direkte positive Zusammenhänge zur Lebenszufriedenheit und negative Zusammenhänge zur Depressivität berichtet. Eine Erklärung der Unterschiede könnte auf mehreren Ebenen gesucht werden. Zum einen wurde Wachstum in der vorliegenden Studie bereichsspezifisch erhoben. Die Fragen bezogen sich auf Lernprozesse und neue Einsichten, die durch die Pflege bedingt waren. Wachstum durch die Pflege und allgemeines Persönlichkeitswachstum, das sich im Laufe eines Lebens entwickelt, haben nur bedingt miteinander zu tun. Eine weitere Erklärung könnte in der Valenz der Umstände liegen, aus denen Wachstum entsteht. Wachstum durch die Pflege lässt sich als krisenbedingtes Wachstum verstehen. Die (negative) Konnotation der demenziellen Erkrankung und der Pflegesituation ist in den Fragen enthalten. Obwohl angenommen wird, dass die Ursachen eines allgemeinen Persönlichkeitswachstums zumindest zum Teil von (einschneidenden) Lebensereignissen und deren kritisch-reflexiver Verarbeitung abhängen (vgl. Staudinger, 2004), ist die Erhebungssituation eine andere. Bei der Erfassung sensu Ryff fehlt die Konfrontation mit einer Krise. Auch hier sind weitere Studien vonnöten, um die Plausibilität der möglichen Erklärungen abschätzen zu können.

Nach dem Zweikomponenten-Modell stellen Selbstkomplexität und die Verfügbarkeit alternativer Ziele günstige Randbedingungen zur Förderung akkommodativer Prozesse dar. Auch bei einem hohen Ausmaß an pflegebedingtem Persönlichkeitswachstum lässt sich annehmen, dass Angehörige in ihren akkommodativen Bewältigungsformen davon profitieren. Möglicherweise verfügen Angehörige, die durch die Pflege neue Einsichten gewonnen haben, über einen reichhaltigeren Interpretations- und Bedeutungsspielraum, der akkommodative Umdeutungs- und Neuorientierungsprozesse begünstigt. Eine andere mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitswachstum durch die Pflege und pflegebezogener Akkommodation ist in der Ähnlichkeit der Erfassung zu finden. Beide Skalen erfassten Angaben über eine kognitive Umstrukturierung, wenngleich mit unterschiedlichem Akzent. Persönliches Wachstum war durch die Wahrnehmung

pflegebedingter Lern- und Reifungsprozesse gekennzeichnet; pflegebezogene Akkommodation durch einen (kognitiven) Umgang mit der Situation (Humor, sozialer Vergleich). Allerdings standen beide Dimensionen in einem unterschiedlichen Verhältnis zum hedonistischen Wohlbefinden. Klare positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen hedonistischem Wohlbefinden und akkommodativer Bewältigung (vgl. Studie 1 und 2). Persönlichkeitswachstum durch die Pflege korrelierte nicht mit dem hedonistischen Wohlbefinden. Allerdings konnte in Studie 2 ein Suppressionseffekt identifiziert werden. Verwendete man *beide* Variablen zur Vorhersage der Depressivität, erhöhte sich die Vorhersageleistung von Persönlichkeitswachstum und pflegespezifischer Akkommodation. In Strukturgleichungsmodellen wurde deutlich, dass durch eine Freisetzung der Pfade von Wachstum *und* Akkommodation auf die Depressivität die *unterschiedliche* Vorhersageleistung beider Prädiktoren erhöht wurde. Dabei wurde die Richtung spezifiziert, dass Wachstum durch die Pflege akkommodatives Coping begünstigt, welches die Depressivität der Angehörigen verringert. Die Bereinigung der Depressivität um den Einfluss der Akkommodation bei der Pflege führte dazu, dass Persönlichkeitswachstum erhöhte Depressivität vorhersagte. Zusammenfassend lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass Erfahrungen und Lerneffekte, die aus Krisen gewonnen werden, alleine noch keinen Einfluss auf das hedonistische Wohlbefinden haben beziehungsweise dem Wohlbefinden sogar leicht abträglich sein können. Dies lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass es sich im vorliegenden Fall um Persönlichkeitswachstum handelt, welches aus einer kritischen Situation resultierte, nämlich der Pflege eines demenziell Erkrankten. Gleichzeitig lassen die Befunde die Interpretation zu, dass neue Erfahrungen und Lerneffekte eine akkommodative akzeptierende Bewältigung fördern, die ihrerseits Potenzial zur Depressivitätslinderung besitzt. Ein weiteres Befundmuster, die Interaktion zwischen pflegebedingtem Persönlichkeitswachstum und pflegespezifischer Akkommodation, unterstützte diese Sicht. Bei den Angehörigen, die an ihren Krisen reiften und neue Erfahrungen schöpften, wirkte sich zunehmende Akkommodation besonders depressivitätslindernd aus. Der gleiche Effekt zeigte sich im Fall der kognitiven Komplexität. Bei den kognitiv komplexen Angehörigen war der Zusammenhang zwischen Akkommodation durch Umdeutung und hedonistischem Wohlbefinden besonders stark ausgeprägt. Diese Befundlage ist im Einklang mit dem Zweikomponenten-Modell und den Befunden zu den Hauptstrategien der Affektregulation (Labouvie-Vief & Medler, 2002). Nach Labouvie-Vief und Medler ist ein integrierter Bewältigungsstil durch komplexes Denken und positiven Affekt gekennzeichnet. Personen

dieser Bewältigungsgruppe können positive und negative Informationen integrieren und zeigen eine gute Anpassung.

Erste längsschnittliche Analysen stimmten mit den obigen Befunden überein (Leipold, Schacke & Zank, 2004). Die Daten der Studie 2 wurden bei 505 pflegenden Angehörigen (Kinder und Partner/innen) im Abstand von neun Monaten untersucht. Obwohl Persönlichkeitswachstum und Akzeptanz der Demenz positiv miteinander korrelieren, sagen sie Depressivitätsveränderungen nicht gleichläufig vorher. Die Ergebnisse zeigten zum einen, dass Persönlichkeitswachstum (Messzeitpunkt 1) zu einem Anstieg von Akzeptanz und Depressivität führte. Zum anderen war eine Zunahme der Demenzakzeptanz mit einer Verringerung der Depressivität verbunden.

9.3 Kritische Würdigung der vorliegenden Untersuchung

9.3.1 Methodische Anmerkungen

Eine zu diskutierende Begrenzung dieser Studie liegt in der Wahl der untersuchten Variablen. Zwar wurden beispielsweise mit den verwendeten Stressoren wichtige Bereiche erfasst, gleichzeitig war das berücksichtigte Spektrum relativ klein. Pflegende Angehörige sind mit einer Vielzahl von Aufgaben und Anforderungen konfrontiert, die es zu bewältigen gilt (z.B. basale und erweiterte Pflegeaufgaben, Umgang mit Behörden und emotionale Unterstützung des Patienten; vgl. Zank & Schacke, 2004). Eine Vielzahl von Operationalisierungsmöglichkeiten liegt auch für die Bereiche Coping, hedonistisches und eudämonistisches Wohlbefinden vor (vgl. den theoretischen Teil dieser Arbeit). Akkommodative Bewältigung und eudämonistisches Wohlbefinden, die zentralen Konstrukte der Studie, wurden mit allgemeinen (situationsübergreifenden) und pflegespezifischen Indikatoren erhoben. Das Maß der kognitiven Komplexität als ein möglicher Indikator für eudämonistisches Wohlbefinden umgeht das Problem der sozialen Erwünschtheit. In Studie 1 wurde das hedonistische Wohlbefinden über mehrere Indikatoren erfasst (Lebenszufriedenheit, Selbstwert und die umkodierte Depressivität) und somit kognitive und affektive Komponenten berücksichtigt. Die bivariaten Zusammenhänge und das Ergebnis einer Hauptkomponentenanalyse rechtfertigten die Zusammenfassung zu einem globalen Maß. Post-hoc-Analysen erbrachten bei getrennter Betrachtung der drei Indikatoren nahezu identische Interaktionseffekte. Um zu Themenbereichen (Stressoren, Coping, eudämonistisches und hedonistisches Wohlbefinden) weiterführende Aussagen machen zu können, ist es notwendig, weitere Indikatoren in empirische Untersuchungen einzubeziehen.

Ausschlaggebend für die vorliegende Wahl der Indikatoren waren insbesondere zwei Annahmen des Zweikomponenten-Modells der Assimilation und Akkommodation (z.B. Brandtstädter, 2001): die postulierte protektive Funktion einer akkommodativen Bewältigung insbesondere bei irreversiblen Verlusten und die Annahmen zu akkommodationsfördernden Bedingungen. Es wurde angenommen, dass die Verhaltensänderungen der Patienten, die körperlichen Erkrankungen der Angehörigen und die mangelnde soziale Anerkennung der Angehörigen überwiegend irreversibler Natur sind und somit bei einer ausgeprägten akkommodativen Bewältigung zu geringeren Wohlbefindenseinbußen führen als bei geringer Akkommodation. Bei kognitiv komplexen und durch die Pflege gereiften Angehörigen wurde ein reichhaltiger Bedeutungsspielraum vermutet, der eine akkommodative Bewältigung begünstigen sollte.

Des Weiteren wurde bei der Auswahl der Konstrukte darauf geachtet, dass die Überschneidung mit anderen Variablen minimal war. Mit einer zunehmenden Konfundierung der Variablen muss der empirische Gehalt einer Studie hinterfragt werden. Die Gefahr einer Verflechtung zwischen empirischen und begrifflichen Zusammenhängen führte in dieser Studie zu einer Enthaltbarkeit gegenüber vielen Maßen, in denen nach der subjektiven Belastung durch pflegebedingte Veränderungen gefragt wird. Damit sollte die Verflechtung zwischen den Stressoren und dem Kriterium des hedonistischen Wohlbefindens minimiert werden, um möglichen Tautologien nicht unnötig Vorschub zu leisten. Dass bei „objektiven“ Variablen (z.B. Häufigkeiten der gezeigten Verhaltensweisen, Anzahl der körperlichen Erkrankungen, Pflegedauer) offen bleibt, wie stark sich die Angehörigen dadurch beeinträchtigt fühlen, wird eingestanden. Diese Fragen waren für die vorliegende Untersuchung nicht zentral. Die empirischen Belege für die zentralen Hypothesen zeigen, dass die Einschränkungen der Untersuchung nicht geschadet haben.

Trotz der getroffenen Vorkehrungen konnte Unabhängigkeit der Messung nicht gewährleistet werden, da die meisten Konstrukte über Selbstberichte erhoben wurden. Eine Unabhängigkeit der Messung hätte durch Verhaltensbeobachtung oder Fremdurteile erzielt werden können. Allerdings konnte der Aufwand im Rahmen dieser Studie nicht erbracht werden. Durch keine Vorkehrungen hätte ausgeschlossen werden können, dass strukturelle (z.B. formale oder begriffliche) Beziehungen (vgl. Brandtstädter, 1993) zwischen den betrachteten Variablen bestehen. Beispielsweise weisen in der vorliegenden Arbeit die Konzepte der Akkommodation und des pflegebedingten Persönlichkeitswachstums insofern begriffliche Ähnlichkeiten auf, dass sich beide über die (kognitive) Umdeutung explizieren

lassen. Es kann nicht entschieden werden, inwieweit die Zusammenhänge zwischen den beiden Variablen empirischer oder analytischer Art sind.

Bei querschnittlichen Untersuchungen erheben sich Fragen, die sich auf mögliche Veränderungen über die Zeit und auf die Kausalität, dem Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung, beziehen. Die Frage nach kausalen Zusammenhängen wurde zu einer Quelle vieler Kontroversen und nur zwei Statements sollen exemplarisch angeführt werden (zitiert nach Pedhazur, 1997, S. 766). „Cause is the most valuable concept in the methodology of applied sciences.” (Scriven, 1968, S. 79) und “Let’s drop that word *cause* and bring educational research out of the middle ages.” (Travers, 1981, S. 32). Unabhängig von den unterschiedlichen Sympathien, die den Positionen entgegengebracht werden, lässt sich aus querschnittlichen Zusammenhängen keine Kausalität belegen. Kausalität setzt unter anderem eine zeitliche Reihenfolge voraus. In eigenen längsschnittlichen Analysen konnte gezeigt werden (Leipold, Schacke & Zank, 2004), dass hohes Persönlichkeitswachstum zu einer Veränderung in der pflegebezogenen Akkommodation führte. Die kausale Deutung war jedoch dadurch erschwert, dass pflegebezogene Akkommodation Veränderungen des Persönlichkeitswachstums in gleicher Höhe vorhersagte. Nach den Ergebnissen könnte jede der beiden Variablen Ursache für die andere sein oder gemeinsame Ursachen haben, die in der vorliegenden Arbeit gar nicht berücksichtigt werden konnten.

Der Gesundheitszustand der Angehörigen wurde in der vorliegenden Studie als Stressor behandelt, der in seinem Zusammenhang mit dem hedonistischen Wohlbefinden betrachtet wurde. Diese Klassifizierung unterscheidet sich von den Stress-Bewältigungs-Modellen (z.B. Pearlin et al., 1990), in denen Gesundheit der Gruppe der langfristigen Pflegekonsequenzen zugeordnet wurde. Zahlreiche Studien (vgl. z.B. die Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2003), nach der pflegende Angehörige im Vergleich zu nicht pflegenden Angehörigen gesundheitlich etwas stärker beeinträchtigt waren) zeigten, dass Pflege gesundheitliche Einbußen zur Folge haben kann. Die Befunde sollten allerdings nicht den Blick dafür verstellen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen ihrerseits das hedonistische Wohlbefinden beeinflussen können. Diese Sicht entsprang nicht einer reinen Willkür bei der Variablenverteilung, sondern lässt sich theoretisch ableiten. Nach den Modellen der Entwicklungsregulation (z.B. Baltes & Baltes, 1990; Brandstädter & Renner, 1990; Heckhausen & Schulz, 1995) lassen sich körperliche Beeinträchtigungen als Begleiterscheinungen des Alterns verstehen. Ihre möglichen Auswirkungen auf das Wohlbefinden hängen unter anderem von der Nutzung bestimmter Bewältigungsmechanismen ab. Die Frage nach den Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen

den in dieser Studie herangezogenen Variablen kann gegenwärtig weder theoretisch noch empirisch eindeutig zugunsten einer Position beantwortet werden. Vom Zweikomponenten-Modell der Assimilation und Akkommodation ausgehend wurden in Kapitel 1 theoretische Argumente angeführt, die ein kausales Verhältnis zwischen den Stressoren und dem hedonistischen Wohlbefinden bekräftigen. Allerdings schließen die Argumente Umkehrschlüsse nicht aus. Wie Penninx et al. (1999) zeigten, führte Depressivität bei 65jährigen und älteren Menschen nach sechs Jahren zu Einbußen in Alltagsaktivitäten und Mobilität. Mehrere Messzeitpunkte wären für eine Analyse von Veränderungsmustern in den Variablen erforderlich gewesen. Die vorliegende Studie ist ein Teil der Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER; Zank & Schacke, 2004). In dieser Studie ist eine Erhebung mit vier Messzeitpunkten geplant. Zur Zeit der Auswertung lagen lediglich die Daten des ersten Messzeitpunktes vor.

Die Effektstärken der Moderatoren waren relativ gering, jedoch mit Befunden ähnlicher Studien vergleichbar, die sich ebenfalls um die Identifizierung von Moderationseffekten bemühten (z.B. Rothermund & Brandtstädter, 1998; Rothermund & Meiniger, 2004). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Untersuchung die Identifizierung zugrunde liegender Mechanismen der psychologischen Widerstandsfähigkeit im Vordergrund stand. Das Modell der Assimilation und Akkommodation impliziert komplexe Zusammenhangsmuster. Ein Ziel dieser Studie war die Prüfung, ob die behaupteten Zusammenhänge auch im Pflegekontext existieren. Eine substantielle Erhöhung der Varianzaufklärung, wie man sie bei direkten Zusammenhängen erwartet, ist nicht erforderlich, um theoretisch sinnvoll zu sein. Ein durch einen Wechselwirkungseffekt zusätzlich aufgeklärter Varianzanteil von 1% mag praktisch unbedeutend erscheinen, das Ausmaß der Moderation kann jedoch sehr deutlich sein (vgl. z.B. Dalbert & Schmitt, 1986).

Obwohl die Ergebnisse dieser Studie in Einklang mit dem Modell stehen, ist der Einwand, zufällige Signifikanzen identifiziert zu haben, nicht zu unterschätzen. Es sind hohe Reliabilitäten erforderlich, um zufrieden stellende Kreuzprodukt-Reliabilitäten zu erhalten (vgl. Aiken & West, 1991). In der vorliegenden Studie wurden mehrere Stressindikatoren verwendet. Darüber hinaus wurde auf die Gesamtstichprobe von LEANDER (zum ersten Messzeitpunkt) zurückgegriffen, um die Gültigkeit bestimmter Hypothesen plausibler zu machen.

Inwieweit die Ergebnisse auf das Gesamt der Pflegenden generalisierbar sind, ist fraglich. Einerseits konnten viele theoretisch abgeleitete Hypothesen empirisch belegt werden.

Andererseits haben wir es in Studie 1 mit einer besonderen Stichprobe zu tun. Es sind belastete pflegende Angehörige, die Selbsthilfegruppen besuchten. In weiteren Studien könnte untersucht werden, ob sich die identifizierten Puffereffekte auch mit anderen Stichproben replizieren lassen. Interessant wäre auch eine Untersuchung der Effektivität der Copingmechanismen in Abhängigkeit vom Alter oder dem unterschiedlichen Verwandtschaftsgrad zum Patienten. In jedem Fall sind weitere Studien zur Absicherung der vorliegenden Befunde notwendig. Aus anderen Forschungsbereichen wie z.B. der unterschiedlichen Effektivität von Unterrichtsmethoden in Abhängigkeit von Schülermerkmalen („aptitude-treatment-interactions“) ist bekannt, dass Interaktionen schwer zu replizieren sind. Fragen zur Replizierbarkeit der vorliegenden Befunde können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden.

9.3.2 Weitere theoretische Rahmen

Die vorliegende Studie wurde aus einer bewältigungstheoretischen Perspektive durchgeführt und interpretiert. Konkreter wurde das Modell der Assimilation und Akkommodation (Brandstädter & Renner, 1990; Brandstädter, 2001) als handlungsleitender Rahmen gewählt. Das Modell ist sehr ausgereift, empirisch fundiert und hat sich besonders im Bereich der Altersforschung bewährt. In dieser Studie wurde der Versuch unternommen, das allgemeine Modell auf die konkrete Stichprobe pflegender Angehöriger anzuwenden. Dabei konnten einige Postulate empirisch belegt werden, die sich insbesondere auf die Rolle der akkommodativen Bewältigung bezogen. Bisherige Studien wurden häufig im theoretischen Rahmen der Belastung pflegender Angehöriger durchgeführt (Pearlin et al., 1990; Zarit, 1992). Allerdings werden in der Angehörigenforschung immer wieder mangelnde theoretische Einbettungen beklagt (z.B. Gottlieb & Wolfe, 2002; Kramer, 1997). Gottlieb und Wolfe (2002) berichteten in ihrem Übersichtsartikel zu Coping von Angehörigen demenziell Erkrankter, dass in 14 der 17 gesichteten Studien auf das transaktionale Bewältigungsmodell (Lazarus & Folkman, 1984) Bezug genommen wurde. Ernüchternd war die Erkenntnis, dass offenbar in keiner Studie differenzierte Hypothesen formuliert wurden, ob bestimmte Bewältigungsstrategien bei bestimmten Stressoren effektiver sind.

Über den durchaus angemessenen bewältigungstheoretischen Hintergrund hinaus sind weitere theoretische Bezugsrahmen denkbar. Im Folgenden werden zwei psychologische Konzepte vorgestellt, deren Ausarbeitung in Bezug auf die Situation pflegender Angehöriger lohnenswert sein könnte: die Kompetenz und die Qualität der Beziehung zwischen Patient und pflegendem Angehörigen. Diese Konzepte konkurrieren nicht mit dem Stress-

Bewältigungs-Ansatz; eine Integration in diesen ist möglich. Hier wird die Auffassung vertreten, dass eine Herausarbeitung der Rolle der Kompetenz und der Beziehungsqualität zu einem besseren Verständnis der Genese von pflegebedingter Belastung beitragen kann.

So lassen sich Zusammenhänge zu den Konzepten der „Kompetenz“ und der „Abhängigkeit“ herstellen. Abler und Fretz (1988) definierten Kompetenz als die Fähigkeit, auch im Alter einen unabhängigen Lebensstil zu bewahren. Eine Kompetenzperspektive mit der Hervorhebung der Fähigkeiten alter Menschen zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens (Kruse, 1992) wird bei Demenzkranken stark strapaziert. Margret Baltes und Mitarbeiter (im Überblick Baltes, 1996) haben zeigen können, dass es Muster im Interaktionsverhalten zwischen alten Menschen und ihren Betreuungs- resp. Pflegepersonen gibt. Das „Unselbständigkeits-Unterstützungs-Muster“ (dependency-support-script) ist durch (unangemessen) unterstützendes und somit Unselbständigkeit förderndes Verhalten gekennzeichnet. Im Skript „Missachtung von Selbständigkeit“ (independence-ignore-script) wird selbständiges Verhalten alter Menschen ignoriert. Insofern hat ein unselbständiges, abhängiges und nicht ein selbständiges Verhalten alter Menschen soziale Reaktionen und Kontakte zu Folge. Diese Skripts konnten nicht nur in der Interaktion mit professionellem Pflegepersonal identifiziert werden. Auch pflegende Familienmitglieder neigten dazu, Selbständigkeit zu unterminieren und Unselbständigkeit zu fördern. Der Kompetenz der demenziell Erkrankten etwa im Sinne des Vorhandenseins von Alltagsaktivitäten kann man die psychosoziale Kompetenz der pflegenden Angehörigen gegenüberstellen. Die psychosoziale Kompetenz setzt nach Tyler (1978) ein komplexes System von Persönlichkeitseigenschaften voraus. Dazu gehören beispielsweise ein hoher Grad an Initiative, eine realistische Art der Zielsetzung und eine effiziente Planung. Ein konsequenter Versuch der Arbeitsgruppe von M. Baltes (z.B. Baltes, Zank & Neumann, 1997) war der Versuch, im Rahmen eines Trainingsprogramms (das sich aus drei Teilen zusammensetzt) für Pflegepersonal die oben genannten Reaktionsmuster zu durchbrechen. Wie viele der Alten aus der Studie von Baltes und Kollegen an einer Demenz litten, ist unklar. Dennoch ist die Entwicklung eines entsprechenden Trainings für pflegende Angehörige und für professionelles Pflegepersonal denkbar. Interessant wäre die Frage, ob sich bei den Angehörigen durch die Intervention ein Kompetenzgefühl entwickeln würde, das sich seinerseits belastungsreduzierend auswirkt. Bei Angehörigen wurden bereits signifikante Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Kontrolle und Lebenszufriedenheit sowie Stresssymptomen identifiziert (z.B. Wallhagen, 1992-93).

Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1986) sind Bezugspunkt einer Fülle von unterschiedlichen Forschungsbemühungen. Dabei handelt es sich um Erwartungen, bestimmte Handlungen ausführen zu können. Selbstwirksamkeitserwartungen lassen sich im Stress-Bewältigungs-Rahmen den Appraisals zuordnen und wurden bereits bei pflegenden Angehörigen untersucht (z.B. Fortinsky, Kercher & Burant, 2002; Gignac & Gottlieb, 1996; Huang, Shyu, Chen, Chen & Lin, 2003; Reich, Bickman & Heflinger, 2004). Exemplarisch sei auf die Studie von Gignac und Gottlieb (1996) hingewiesen, in der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bezüglich pflegebezogener Copingstrategien Veränderungen im hedonistischen Wohlbefinden vorhersagten. In weiteren Untersuchungen könnten die Bedingungen herausgearbeitet werden, die den Aufbau von spezifischen Kompetenzen begünstigen. Huang et al. (2003) setzten sich das Ziel, eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartungen herbeizuführen. Dies gelang durch ein Trainingsprogramm, in dem mit pflegenden Angehörigen Strategien und Ressourcen erarbeitet wurden, wie sie mit bestimmten Verhaltensproblemen der demenziell Erkrankten umgehen können. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbesserten sich die trainierten Angehörige in ihren Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich ihres Umgangs mit auffälligem Patientenverhalten (z.B. Agitation, Aggressivität). Darüber hinaus wäre es interessant zu wissen, was für Angehörige mit überhöhten Kompetenzerwartungen auf dem Spiel steht, etwa wenn sie der Überzeugung sind, die ganze Pflege alleine bewältigen zu können.

In ihrem Buch "The Many Faces of Dependency in Old Age" betont Margret Baltes (1996; vgl. auch Baltes & Silverberg, 1994), das Konzept der Abhängigkeit sehr differenziert zu betrachten. Abhängigkeit im weiteren Sinn bedeutet Verbundenheit, Solidarität und kann als ein Charakteristikum enger Beziehungen verstanden werden. In einem engeren Sinn bedeutet Abhängigkeit die Unfähigkeit, relativ selbstständig existieren zu können. Bezogen auf das höhere Alter wird Abhängigkeit oft als Konsequenz des Verfalls körperlicher und mentaler Funktionstüchtigkeit angesehen. Familiäre Pflege lässt sich als eine Form eines Abhängigkeitsverhältnisses beschreiben. Ein weiterer Ansatz, der sich zum Studium pflegender Angehöriger anbietet und die wechselseitige Beziehung sozialer Interaktionen betont, ist die Austauschtheorie. Nach der Theorie wird eine Beziehung aufrechterhalten, wenn das Verhältnis von Aufwand („Kosten“) und Ertrag („Belohnungen“) ebenso günstig ist, wie man es – unter Berücksichtigung der Kosten für eine etwaige Veränderung – von den verfügbaren Alternativen erwarten kann. Innerhalb dieses theoretischen Rahmens wurden schon einige Studien durchgeführt (z.B. Pruchno, 2003; Thiede Call, Finch, Huck & Kane, 1999). Pruchno (2003) untersuchte 305 Frauen, die nicht verheiratet (d.h. verwitwet,

geschieden, ledig) waren und mit ihren erwachsenen Kindern zusammenlebten, welche unter anderem an einer geistigen Retardierung oder dem Down-Syndrom litten. Unter anderem zeigte sich, dass die Zuneigung der Mutter zu ihrem Kind der stärkste Prädiktor für die wahrgenommene Pflegebelastung war. Mütter, die ihre Kinder sehr liebten und stolz auf sie waren, berichteten mehr Zufriedenheit mit und weniger Belastung durch die Pflege. Thiede Call et al. (1999) konnten belegen, dass sich eine wahrgenommene Isolation von pflegebedürftigen Familienmitgliedern, die gerade einen Krankenhausaufenthalt hinter sich hatten und auf Unterstützung angewiesen waren, auf die wahrgenommene Pflegebelastung der Angehörigen auswirkte. Das Ergebnis lässt sich nach der Austauschtheorie erwarten. Bei demenziell Erkrankten im fortgeschrittenen Stadium kann die wahrgenommene Isolation nicht mehr valide erhoben werden. Der Beitrag der Austauschtheorie könnte bei demenziell Erkrankten in der Untersuchung der früheren Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient oder in der aktuell wahrgenommenen Beziehung liegen. Ein stärkerer Einbezug der Beziehungsqualität und der Dyade Patient-Angehöriger in empirische Studien wäre ebenfalls wünschenswert. Die Untersuchungen können unter der häufig gewählten *Belastungs-Entlastungs-Perspektive* durchgeführt werden; eine stärkere Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Perspektive ist ebenfalls denkbar.

9.3.3 Welche Konsequenzen für die Praxis ergeben sich?

Diese Frage führt zu einer Reflexion von möglichen Veränderungsversuchen (Interventionen), welche den pflegenden Angehörigen zur Beibehaltung bzw. Erhöhung ihres Wohlbefindens verhelfen kann. Interventionen können auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Der Zielsetzung dieser Studie entsprechend werden im Folgenden Veränderungsmöglichkeiten angesprochen, die sich auf (assimilative und akkommodative) Bewältigungsmodi sowie Persönlichkeitswachstum beziehen.

Vorraussetzung für effiziente Interventionen ist in jedem Fall ein fundiertes Wissen über das Problemfeld, d.h. über die Veränderbarkeit von Verhaltensweisen und über Einflussfaktoren. Trotz einer zunehmenden Verbreitung von Entlastungsangeboten (z.B. Tagespflege oder Gesprächsgruppen) wissen viele Angehörige nicht von deren Existenz (Schacke, 2001). Gerade Gesprächs- bzw. Selbsthilfegruppen zeigen einen viel versprechenden Weg im Hinblick auf die Modifikation von Bewältigungsverhalten und eudämonistischem Wohlbefinden auf. Inwieweit Veränderungen im Bewältigungsverhalten eintreten und mit welcher Effizienz, wird freilich davon abhängen, was in den jeweiligen Gruppen passiert.

Günstige Ansatzpunkte zum Aufbau von assimilativen Strategien sind Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (vgl. Brandstädter, 2001). Im Umgang mit auffälligen Verhaltensweisen der Patienten (z.B. bei der Einnahme von Mahlzeiten) oder etwa im Umgang mit Behörden können die Angehörigen von den Erfahrungen der anderen Teilnehmer profitieren. Im Folgenden wird erläutert, worin der Zusammenhang zwischen dem Wissen über die Modifizierbarkeit bestimmter Verhaltensweisen der Patienten und der Aufrechterhaltung der Erwartungen seitens der Angehörigen zu sehen ist. Auf Seiten der Patienten lassen sich durch Gedächtnistrainings und medikamentöse Behandlungen (z.B. mit Benzodiazepinen und Neuroleptika) Veränderungen auf der Verhaltensebene erwirken. Medikamente, die die cholinerge Aktivität steigern und zu einer Hemmung der Acetylcholinesterase beitragen, führen bei vielen Erkrankten zu einer temporären Stabilisierung der kognitiven Funktionen. Einschränkend ist sogleich anzumerken, dass sich positive Effekte in Form einer Verlangsamung der demenziellen Progredienz in einem frühen Erkrankungsstadium erzielen lassen; eine Heilung der meisten Altersdemenzen ist bislang nicht möglich. Studien zur Effektivität von Gedächtnisstützen und optischen Hinweisreizen (vgl. z.B. Camp, Foss, O'Hanlon & Stevens, 1996; Namazi & Johnson, 1991) bringen die Modifizierbarkeit des selbständigen Verhaltens der Demenzpatienten zur Geltung und haben auch einen Bezug zu den assimilativen Strategien der Angehörigen. Beispielsweise konnten Namazi und Johnson (1991) zeigen, dass demenziell erkrankte Heimbewohner bei geöffneten Badezimmertüren häufiger (spontan) die Toilette benutzten als bei geschlossenen. Camp et al. (1996) berichten im Überblick über die Effektivität von Gedächtnisinterventionen bei Demenzpatienten.

Das Wissen darüber, welche Interventionen zu bestimmten Erfolgen führen, scheint für die Entwicklung von assimilativen und akkommodativen Mechanismen pflegender Angehöriger, was den Bereich der Pflege betrifft, von zentraler Bedeutung. Zur Aufrechterhaltung der Kontrollüberzeugungen und der Standards beispielsweise im selbständigen Verhalten ist ein Wissen darüber, welche Gedächtnisstützen in welchem Erkrankungsstadium besonders effektiv sind, von Belang. Durch den Einsatz geeigneter Erinnerungshilfen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient das erwünschte Verhalten zeigt und dass die Angehörigen die entsprechenden Handlungs-Ergebnis-Erwartungen aufrechterhalten können.

Solange Handlungsressourcen hinreichend vorhanden sind, besteht keine Notwendigkeit, die eigene Präferenz- und Zielstruktur zu ändern. In der vorliegenden Arbeit wurde der Umstand betont, dass pflegende Angehörige mit (zumindest teilweise) irreversiblen

Verlusten konfrontiert werden und dann besonders durch eine flexible Anpassung ihrer Ziele profitieren. Es schließt sich die Frage an, wie sich die Flexibilität bei der Zielanpassung verändern lässt. Günstige Rahmenbedingungen für akkommodative Prozesse sind beispielsweise ein reichhaltiges Selbstkonzept, das Prozesse der Umdeutung und Neuorientierung erleichtert (vgl. Kapitel 2). Wenn Angehörige darüber klagen, dass sie aus zeitlichen Gründen ihren Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgehen können, wäre es eine probate Methode für Selbsthilfegruppen, diejenigen Aktivitäten, Rollen oder selbstdefinierenden Inhalte zu identifizieren, welche die Angehörigen (noch) charakterisieren. Durch die Aufmerksamkeitslenkung auf Alternativen könnten einige pflegebedingten Einschränkungen an Bedeutung verlieren. In dieser Studie gab es Hinweise, dass sich kognitive Komplexität und pflegebedingtes Persönlichkeitswachstum fördernd auf eine akkommodative Bewältigung auswirken. Staudinger und Baltes (1996) zeigten, dass eine bestimmte Form komplexen Denkens, weisheitsbezogenes Wissen, gesteigert werden konnte, wenn zwischen den Studienteilnehmern ein sozialer Austausch stattfand. Die Dialogpartner waren vertraute Personen, die von den Studienteilnehmern mitgebracht wurden und ihre Aufgabe bestand darin, sich mit den Studienteilnehmern über vorgegebene (fiktive) Lebensprobleme auszutauschen. Es zeigte sich, dass sich die Versuchsbedingung des sozialen Austausches mit einer anschließenden kurzen Phase des Nachdenkens besonders günstig auf die weisheitsbezogene Qualität der Antworten auswirkte. Die Phase des Nachdenkens scheint dabei hilfreich zu sein, die Inhalte des Dialogs mit der vertrauten Person noch einmal kognitiv zu verarbeiten, bevor die nun „weisere“ Antwort auf das Lebensproblem gegeben wurde.

Angehörigengruppen könnten ihre gemeinsamen Termine systematisch dazu nutzen, sich mit biographischen Daten der einzelnen Teilnehmer in einer kritisch-reflexiven Form auseinanderzusetzen (z.B. über die Methode des Lebensrückblicks (vgl. Butler, 1963; Staudinger, 2001). Inhalte eines Lebensrückblicks und eine praktische Anleitung dazu, wie man sich in einer Gruppe mit Themen der eigenen Vergangenheit auseinandersetzen kann, finden sich bei Birren und Deutchmann (1991). Obwohl zahlreiche Studien zu Reminiszenz und Lebensrückblick vorliegen, sind Untersuchungen mit pflegenden Angehörigen vergleichsweise selten. Haight et al. (2003) legten erste Hinweise darauf vor, dass sich eine Auseinandersetzung mit biographischen Episoden reduzierend auf Pflegebelastungen (Burden-Interview) auswirkte.

Das Thema *Demenz* ist in den Medien präsent, selbst wenn man von den Beiträgen absieht, die außer einer Hervorhebung der tragischen Konsequenzen der Erkrankung am Beispiel von Einzelschicksalen nur wenig Einblick in den Krankheitsverlauf und seine

psychosozialen Auswirkungen gewähren. Eine stärkere Fokussierung der *Situation der Angehörigen* durch die Medien könnte dazu beitragen, dass die Tätigkeiten der Pflegenden von einer breiteren Öffentlichkeit mit mehr Wert verbunden werden. In ihrem näheren Umfeld könnte ein verstärktes Engagement der Angehörigen (z.B. durch Präsenz an Informationsveranstaltungen) dazu förderlich sein, dass von ihnen weniger Mangel an sozialer Anerkennung gefühlt wird.

9.4 Ausblick

Der Soziologe Leopold Rosenmayer (1990) schreibt über das Altern, dass es als das schrillste Paradox von Natur und Geist erscheint. Menschen erwerben im Laufe ihres Lebens ein Orientierungs- und Gestaltungspotential, das durch den physischen Tod wieder zerfällt. Dieser radikal geschilderte Prozess der Vergänglichkeit wird bei Demenzpatienten besonders deutlich, zumal die Erkrankung durch viele irreversible Verluste gekennzeichnet ist. Pflegende Angehörige sind besonders herausgefordert, insofern sich ein Entwicklungsphänomen zu einem Entwicklungsproblem verschärft. In der vorhandenen Literatur dominieren die Ansätze, welche die negativen Konsequenzen der Pflege untersuchen, obwohl die Bedeutung positiver Konsequenzen schon an verschiedenen Stellen konstatiert wurde (Farran et al., 1999; Kramer, 1997; Lawton et al., 1991; Meinders, 2001). Die gegenwärtige Forschungslage bezeugt das Missverhältnis zwischen Zustand und Potenzial; ein integratives Studium von positiven und negativen Konsequenzen befindet sich noch in den Anfängen. Dies gilt besonders für die Berücksichtigung jener Konsequenzen, die in der vorliegenden Studie unter dem schillernden Begriff des eudämonistischen Wohlbefindens behandelt wurden. Die vergleichsweise zögerliche Aufnahme ist vermutlich nicht zum wenigsten der begrifflichen Polyvalenz und dem methodischen Erhebungsaufwand geschuldet.

Es ist ein Grundphänomen, dass bei Krisen immer Vieles ist: die Provokation von Bewältigung, die Provokation von Leid (geringeres hedonistisches Wohlbefinden) und die Provokation von Persönlichkeitswachstum. Zwischen den Dimensionen besteht ein dynamisches Verhältnis, das zu Spekulationen über wechselseitige Verursachungen anregt, in der Forschung sowie in der Praxis. Da es sich jeweils um Dimensionen von Dimensionen handelt, ist bei Untersuchungen die Wahl der jeweiligen Unterbereiche erschwert. Es scheint, dass eine Untersuchung erst im Rahmen einer theoretischen Modellbildung fruchtbar werden kann.

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass die in der vorliegenden Arbeit vorgestellten Dimensionen eine lange Tradition haben: „Die Betrachtung der Dialektik zwischen dem Festhalten und dem Preisgeben von Zielen bringt nicht zuletzt einen Topos wieder zur Geltung, der Weisheits- und Eudämoniekonzepte von der Antike bis zur Gegenwart durchzieht: Die Einsicht, dass eine gelingende Lebensführung nicht nur technisches Wissen voraussetzt, wie Ziele effizient erreicht werden können, sondern auch praktisches Wissen erfordert – Wissen darüber, wann Ziele preiszugeben sind und welche Ziele es überhaupt wert sind, verfolgt zu werden“ (Brandtstädter, 2001; S. 207). Am Beispiel pflegender Angehöriger sollte das dynamische Verhältnis zwischen dem Umgang mit den eigenen Zielen bzw. Standards, dem eudämonistischem Wohlbefinden und dem hedonistischem Wohlbefinden gezeigt werden.