
Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen – Zum Stand der Forschung

2

Die Betreuung eines demenzkranken Angehörigen ist für die Betroffenen mit hohen Belastungen verbunden, die um einiges höher sind als bei der Pflege von nicht dementiell Erkrankten (Grassel 1998), was sich in gesundheitlichen Problemen, Depressionen, Angstzuständen bis hin zum Zusammenbruch des häuslichen Pflegesystems und einer vorzeitigen Heimeinweisung des Demenzen äußern kann (zusammenfassend: Eisdorfer et al. 2003). In einer Befragung von Meier et al. (1999) nannten Angehörige als schwierigste Aspekte der Betreuung: die mit der Demenz verbundenen Symptome des Patienten, seine kognitiven und emotionalen Probleme sowie seine Schwierigkeiten im Alltag, gefolgt von eigenen Problemen wie dem ständigen Angebundensein, den Einschränkungen bei der persönlichen Freiheit, dem Sozialleben und den Hobbys. Im Weiteren genannt wurden Depressionen und Schuldgefühle sowie die Schwierigkeit, dem unaufhaltsamen Abbau eines nahen Menschen zusehen zu müssen.

Das Belastungserleben von Menschen, die einen demenzen Angehörigen pflegen, ist das Resultat verschiedenster Faktoren, die sich aufgrund der ausgewerteten wissenschaftlichen Untersuchungen drei Ebenen zuordnen lassen:

- der *somatischen Ebene* der Krankheit und des Krankheitsverlaufs
- der *sozialen Ebene*, welche das familiäre und gesellschaftliche Umfeld des Pflegenden beinhaltet
- der *individuellen Ebene*, bei der psychische Charakteristika der Pflegenden, ihre Copingfähigkeiten und Copingstile eine Rolle spielen

2.1 Die somatische Ebene: Krankheitsverlauf und Belastungserleben

In der konsultierten Literatur ist unbestritten, dass der Krankheitsverlauf des Demenzen für das Belastungserleben der betreuenden Angehörigen von Bedeutung ist. Meyer (2014) unterteilt den Verlauf der Demenz in eine frühe, mittlere und späte Phase und kommt zum Schluss, dass für die Kranken die frühe Phase am schwersten ist, wenn sie noch ein Bewusstsein ihrer Veränderungen und Defizite haben, für die Angehörigen hingegen die späteren Phasen die schwierigsten sind. Andere empirische Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der Zusammenhang zwischen Krankheitsverlauf und Belastung der Angehörigen kein linearer ist. Bourgard (1995) zum Beispiel beschreibt, dass die Belastung im ersten Jahr nach der Alzheimerdiagnose am größten ist und anschließend abnimmt. Und Molo-Betelini et al. (1997) kamen zum gleichen Befund. Zusätzlich wiesen sie nach, dass – entgegen ihren Erwartungen – das Ausmaß kognitiver Einschränkungen keinen Einfluss auf das Belastungserleben der zentralen Betreuungspersonen hat, was in der Studie von Mantell (2000) bestätigt wurde. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Krankheitsverlauf nicht als eindimensionale Größe verstanden werden darf. Es ist zu unterscheiden zwischen wachsenden kognitiven Einschränkungen, dem Verlust der Fähigkeit, körperliche Funktionen zu kontrollieren und den zunehmend problematischen Formen des Sozialverhaltens. Jede dieser Veränderungen hat offenbar einen spezifischen Einfluss auf das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen.¹

¹ Um dieser Multidimensionalität des Krankheitsverlaufes Rechnung zu tragen, sind verschiedene Instrumente entwickelt worden. Im Rahmen sozialwissenschaftlicher Forschung in den USA wird häufig die sog. „Memory and Behavioral Problems Checklist“ von Zarit und Zarit (1987) verwendet. Diese Checklist enthält Items zu Aspekten des Verhaltens wie auch der kognitiven Fähigkeiten des Patienten. In der Schweiz kommen zur Zeit vor allem zwei Instrumente zur Anwendung, die sich auf die Erhebung spezifischer Aspekte konzentrieren: *Nosger II* (Spiegel et al. 1996) erfasst tägliche Aktivitäten, Gedächtnisleistungen, Körperpflege, Sozialverhalten, Stimmungslage, Verhaltensauffälligkeiten und den Grad autonomer Lebensführung des Patienten, während bei MMST (Minimal Mental Status Test nach Folstein et al. 1975; vgl. auch Kessler et al. 1996) die kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten im Mittelpunkt steht: zeitliche und örtliche Orientierung, Aufmerksamkeits- und Rechenleistung, Erinnerungsvermögen, konstruktive Zeichnungsfähigkeiten.

2.2 Die soziale Ebene: Das familiale und gesellschaftliche Umfeld der Pflegenden

2.2.1 Das familiale Umfeld der Pflegenden

Der verwandtschaftliche Status der pflegenden Person, ihr Verhältnis zum erkrankten Familienmitglied sowie die Art der familiären Beziehungen sind wesentliche Faktoren, die das Belastungserleben² beeinflussen:

Verwandtschaftlicher Status

Mantell (2000) zeigt in seiner Studie, dass Kinder, die ihre altersdementen Eltern pflegen, dies unabhängig von der Schwere der Erkrankung als belastender erleben als Ehegatten, die die gleiche Pflege leisten. Pappas-Rogich (1990) kommt zum gleichen Ergebnis. Männliche und weibliche Angehörige erleben die Betreuungsarbeit und die daraus resultierende Belastung sehr unterschiedlich und ebenso unterschiedlich sind die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Zarit (1982) stellt fest, dass sich Frauen stärker belastet fühlen als Männer und häufiger unter psychischem Distress leiden, was er im Zusammenhang mit ihrem schlechten Gewissen sieht, nicht alle Pflegeaufgaben erfüllen zu können. Auch Mantell (2000) fand, dass Frauen sich durch ihre Betreuungsaufgabe stärker belastet fühlen als Männer. Und Campbell (1997) weist nach, dass pflegende Ehefrauen bedeutend höhere Stresssymptome zeigen und auch häufiger der Meinung sind, dass die Pflege sich negativ auf ihre Gesundheit auswirke, als das bei pflegenden Ehemännern der Fall ist. Auch Holley (2000) bestätigt dies. Benson (1998) hingegen fand, dass sich Männer in der Rolle des „Caregiver“ stärker belastet fühlen und ausgeprägtere Symptome von Depressivität entwickeln. Gallant (1995) unterscheidet zwischen subjektiver und objektiver Belastung und kommt zum Schluss, dass der physische und psychische Gesundheitszustand von Frauen eher durch subjektive Belastung, jener von Männern stärker durch objektive Belastung beeinträchtigt wird.

Qualität der Beziehung

Gibbons (1998) thematisiert in einer der wenigen Studien den Zusammenhang zwischen der Qualität der ehelichen Beziehung („marital closeness past and present“) und dem Belastungserleben. Je enger die Beziehung, desto befriedigender

² Es existieren verschiedene Versuche, die Manifestation des Belastungserlebens zu beschreiben und Indizes zu entwickeln, um „Belastung“ empirisch messbar zu machen. Im anglo-amerikanischen Raum verbreitet sind etwa die „Zarit Burden Interviews Schemes“ (Zarit und Zarit 1987). Für den deutschsprachigen Raum sind uns keine eigenen, kontextspezifischen und empirisch validierten Skalen bekannt.

(und weniger belastend) wird die Pflege des kranken Partners empfunden. Stricks (1998) kommt zum gleichen Ergebnis: je affektiver die Beziehung ist und je näher sich die Partner in ihren Wertorientierungen stehen, umso weniger belastend wird die Pflege erlebt. Auch in der filialen Pflege scheint die Qualität der früheren Beziehung eine entscheidende Rolle für das Gelingen der späteren Beziehung in der Pflegesituation zu spielen (Bracker et al. 1988).

Einfluss der Familienkultur: „Filial obligation vs. filial affection“

Wie interkulturelle Studien zeigen, differiert die Bedeutung der Beziehungsqualität jedoch je nach Art der Familienkultur. Lee (1995) vergleicht die Situation pflegender Angehöriger in Korea und den USA und findet, dass die Qualität der Beziehung zwischen „Caregiver“ und Patient vor der Erkrankung zwar bei weißen US-Amerikanern eine wichtige Determinante des Belastungserlebens darstellt, in Korea jedoch nicht. Dies mag als Hinweis darauf gedeutet werden, dass in der westlichen Kultur die Pflege erkrankter Angehöriger eine Art innerer Akzeptanz benötigt, die im Falle einer guten Beziehung zum Erkrankten eher zustande kommt, während in Korea diese Pflegeleistung zur kulturell vorgegebenen Pflichtleistung gehört und nicht individuell bejaht werden muss. Ähnliches berichten Carrara et al. (1997) aus einer Pilotstudie in Australien. Sie untersuchten das Belastungserleben von italienischen und angelsächsischen „Caregivers“, wobei die italienische Gruppe weniger Belastungssymptome zeigte als die angelsächsische. Auch hier führen dies die Autoren auf die Wirksamkeit kultureller Faktoren zurück: In den südlichen Ländern Europas wird die Pflege als natürlicher Teil der „filial obligation“ betrachtet, während in der angelsächsischen Kultur die Rolle des „Caregivers“ stärker einer individuellen Wahl entspricht und damit auch größere Unsicherheit und größeren Stress erzeugt. Auch Lee und Sung (1997) führen die Unterscheidung zwischen „filial obligation“ und „filial affection“ ein und stellen fest, dass „filial obligation“ in den westlichen Gesellschaften eher im Zerfall begriffen ist, ein Befund, den bereits Hess und Waring (1978) dokumentierten.

Einfluss der Familienkultur: individuelle Leistung vs. Familienzusammenhalt

Warren (1998) untersucht die Wirkung innerfamiliärer Rollenkonflikte, wie sie sich aus den widersprüchlichen Anforderungen ergeben, denen sich pflegende Töchter/Söhne resp. Schwiegertöchter/Schwiegersöhne angesichts der Pflegeaufgaben ausgesetzt sehen. Sie unterscheidet Familien mit Betonung der „personal growth, emphasis on intellectual pursuit and independence“ und Familien mit „emphasis on system maintenance“ und zeigt die unabhängige Relevanz dieser Kulturindikatoren für das Belastungserleben. Die Studie des Deutschen Institutes für Gerontologie (2001) dokumentiert ebenfalls die Bedeutung dieser familienkultu-

rellen Orientierung. Die Pflegeleistungen für Familienmitglieder werden dann zu einem Belastungspotential, wenn die Leistungsfähigkeit im außerfamiliären Raum zu den innerfamiliär hoch bewerteten Eigenschaften gehört. In diesen Zusammenhang gehören auch Studien, die untersuchen, wie Familien mit der Frage der Autonomie zwischen den Generationen umgehen. So stellen zum Beispiel Höpflinger und Haller (1990) fest, dass der Autonomieanspruch in Nord- und Westeuropa stark ausgeprägt ist und zur Quelle großer Belastung wird, wenn Demenzkranke die Hilfe der Töchter und Söhne in Anspruch nehmen müssen.

2.2.2 Das gesellschaftliche Umfeld

Wenn man verstehen will, wie die Hilfe und Pflegetätigkeit erlebt wird, sind aus soziologischer Sicht verschiedene Aspekte des gesellschaftlichen Umfeldes von Bedeutung. Diese können als ein Reservoir an Ressourcen gesehen werden, das von der pflegenden Person mehr oder weniger leicht erschlossen werden kann, und als Bezugssystem, das seine eigenen Anforderungen an die pflegende Person richtet.

2.2.2.1 Das Ausmaß der erschließbaren Ressourcen

Die Wirkung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten

Vor allem in den USA gibt es verschiedene Studien, die den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von sozialen Unterstützungsressourcen und dem Wohlbefinden pflegender Angehöriger untersuchen. So weist Holley (2000) einen starken Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen nach, Beekman (1999) dokumentiert den generell positiven Einfluss von sozialer Unterstützung aus dem Umfeld auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen und Zarit et al. (1980) kommen zum Ergebnis, dass Angehörige, die über ein unterstützendes soziales Netzwerk verfügen, sich emotional weniger belastet fühlen und mit ihrem Leben zufriedener sind. Gunzelmann (1991) stellt fest, dass bereits das Wissen um die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung von pflegenden Angehörigen als entlastend empfunden wird.

Cox und Monk (1996) sowie Benson (1998) weisen nach, dass sich die Nutzung medizinischer und sozialer Unterstützungsangebote positiv auf die betreuenden Angehörigen auswirkt: Sie fühlen sich weniger belastet und zeigen auch weniger Anzeichen einer depressiven Verstimmung. Jarrott (1999) hingegen findet in ihrer Studie keinen Zusammenhang zwischen Formen informeller Unterstützung und dem Zustand der Pflegenden, sehr wohl aber zwischen professioneller (bezahlter)

Hilfe und Wohlbefinden: Wutgefühle, Depressivität, Gefühle der Überlastung und Angstgefühle nahmen bei zunehmender professioneller Unterstützung ab. Bourgeois et al. (1996) unterscheiden zwischen verschiedenen Unterstützungsangeboten (support groups, individual an family counseling, respite care, skills training intervention, comprehensive, multi-component interventions)³ und zeigen in einer Forschungsübersicht, dass die festgestellten Auswirkungen auf das Belastungserleben der Angehörigen je nach Art der Studie unterschiedlich ausfallen. Während die Nutzer dieser Angebote häufig der Meinung sind, besser mit der Situation zurechtzukommen, zeigen Untersuchungen, in denen versucht wurde, die Auswirkungen direkter zu erfassen, entweder nur schwache oder gar widersprüchliche Effekte. Bourgeois et al. kommen deshalb zum Schluss, dass aufgrund mangelhafter Untersuchungsanlagen und methodischer Schwächen nur wenig gesichertes Wissen über das Kosten-Ertrags-Verhältnis von Unterstützungsangeboten vorhanden ist. Und sie plädieren unter anderem dafür, in zukünftigen Studien auch den sozialen Unterschieden zwischen den Beteiligten vermehrt Rechnung zu tragen.

Unterschiedliche Nutzung der Entlastungsangebote

Die Verfügbarkeit von Entlastungsangeboten bedeutet nicht, dass sie auch von allen Betroffenen in Anspruch genommen werden, was verschiedene Gründe haben kann. Tschainer (1999) nennt Gefühle der Unersetzbarkeit, der moralischen Verpflichtung und des Versagens sowie die Hoffnung auf eine (lange vermisste) innerfamiliäre Anerkennung als mögliche Motive. Relativ gut dokumentiert ist der Zusammenhang zwischen der Nutzung von Entlastungsangeboten und sozialer Schicht: Menschen mit hohem sozioökonomischem Status und hoher Bildung nutzen Unterstützungs- und Entlastungsangebote häufiger als sozial schlechter Gestellte (Holley 2000; Toseland et al. 2002). Und Barusch und Spaid (1989) weisen in ihrer Übersicht darauf hin, dass Männer und Frauen unterschiedliche Arten von formellen Unterstützungsangeboten in Anspruch nehmen: Während Frauen häufiger ihren Arzt konsultieren, in Selbsthilfegruppen gehen und Beratungsstellen aufsuchen, greifen Männer stärker auf professionelle Pflegedienste und Haushalts-hilfen zurück. Bei männlich dominierten Pflegearrangements ist – bei gleichem Pflegebedarf – die professionell erbrachte Hilfe fast doppelt so hoch wie bei der weiblich dominierten Pflege (Blinkert und Klie 1999). Im Unterschied zu pflegen-

³ Auch Diener (2001) legt eine Klassifikation der Unterstützungsangebote für die Angehörigen von Demenzkranken vor und formuliert die Anforderungen, die an solche Angebote zu richten sind. Er unterscheidet zwischen Information, Einzel- und Familienberatung, Gesprächsgruppen und Schulungsangeboten, Hüte- und Mahlzeitendiensten, Pflegedienstleistungen, teilstationären Entlastungsangeboten, Tages- und Nachtpflege sowie zeitlich befristeten Aufhalten in stationären Einrichtungen.

den Töchtern können Söhne eine größere innere Distanz wahren. Sie fühlen sich weniger zur Pflege verpflichtet, setzen eher Belastungsgrenzen, leisten weniger Schwerstpflege und neigen schneller dazu, den kranken Elternteil in einem Heim unterzubringen (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993; Lutzky und Knight 1994).

Kooperation zwischen Angehörigen und professionellen Pflegekräften

Die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und professionellen Pflegekräften ist nicht selten durch Macht- und Konkurrenzbeziehungen geprägt. Ward-Griffin (1998) analysierte dieses Kooperationsverhältnis und stellte fest, dass sich ein für beide Seiten produktives Arbeitsbündnis oft erst im Laufe einer langen und häufig konfliktreichen Zusammenarbeit herausbildet und stabilisiert.

2.2.2.2 Die Anforderungen aus dem gesellschaftlichen Umfeld

Vereinbarkeit der Pflege mit andern Rollen

Gemäß einer repräsentativen Erhebung von Infratest Sozialforschung (2003) stammen die Hauptbetreuungspersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten mehrheitlich aus dem engsten Familienkreis: Bei 28% der Pflegebedürftigen ist es die (Ehe-)Partnerin bzw. der (Ehe-)Partner, bei 26% die Tochter, bei 6% die Schwiegertochter und bei weiteren 10% ist es der Sohn, dem diese Aufgabe zukommt. 73% der Hauptpflegepersonen sind Frauen. Die häusliche Pflege von (älteren) Angehörigen wird zunehmend zum Bestandteil der weiblichen „Normalbiographie“ (Beck-Gernsheim 1990). Andererseits hat jedoch auch die Berufstätigkeit von Frauen zugenommen, womit sich die Frage der Vereinbarkeit zwischen diesen beiden Rollen stellt. Das Institut für Gerontologie (2001) schätzt, dass von den Hauptbetreuungspersonen, die einen über 65-jährigen Angehörigen pflegen, ca. 45% erwerbstätig sind, wobei der Umfang je nach Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit und der zu leistenden Unterstützung variiert. Um Beruf und Pflege vereinbaren zu können, sind Frauen stärker als Männer bereit, ihre Arbeitszeit zu reduzieren oder ihre Erwerbstätigkeit ganz aufzugeben (Schneider et al. 2001), was gravierende Auswirkungen auf das Einkommen und die späteren Sozialversicherungsleistungen hat. Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ist auch abhängig vom Bildungsniveau: Frauen mit höheren schulischen und beruflichen Qualifikationen können die Rahmenbedingungen flexibler gestalten als geringer qualifizierte (Bracker et al. 1988; Dallinger 1997; Naegele 1997; Reichert 1996).

Schacke und Zank (1998) stellen fest, dass wahrgenommene Konflikte zwischen der Pflege und anderen Lebensbereichen – neben dem Beruf auch die Familie und die Freizeit – die Lebenszufriedenheit der Angehörigen von Demenzkranken am stärksten beeinflussen. Und in der Studie von Colerick und George (1986) erwie-

sen sich solche Rollen- und Bedürfniskonflikte als ein wesentlicher Einflussfaktor für die Stabilität der häuslichen Pflege und die Bereitschaft, den Pflegebedürftigen in einem Heim unterzubringen.

Die „Sandwichposition“ zwischen „Pflege eines Elternteils“ und „eigener Familie“ ist nicht nur oftmals schwierig für die Pflegenden (Brody 1989), sondern tangiert das Leben aller Familienmitglieder (Brody 1985; Szinovacz 2003). Andererseits zeigen Studien, dass die Familie auch als Copingressource fungieren kann und die emotionale Unterstützung des Ehemannes (Sussman 1979), der Geschwister (Horowitz 1982) und anderer Verwandter (Zarit et al. 1980) Belastungen verringern und das Befinden der Pflegenden verbessern können. Brody et al. (1992) verglichen in einer amerikanischen Studie verheiratete, geschiedene, getrennt lebende, verwitwete und ledige Frauen und stellten fest, dass verheiratete Frauen das höchste (Familien-)Einkommen, die meisten Helfer in der Pflege und das größte Wohlbefinden hatten. Sie fühlten sich am wenigsten deprimiert, klagten am wenigsten über finanzielle und soziale Belastungen und waren mit ihrem Familienleben und ihren Freundschaften am zufriedensten.⁴

Einkommens- und Vermögensverhältnisse, beruflicher Status

Blinkert und Klie (2000) zeigen, dass die Bereitschaft, Angehörige selber zu pflegen, nicht nur mit der Bildung und dem Einkommen, über das man verfügt, abnimmt, sondern in mittleren und höheren Lagen bei jenen am geringsten ist, die individuelle Selbstverwirklichungswerte vertreten. Die Autoren erklären ihren Befund auf dem Hintergrund von unterschiedlichen Kostenüberlegungen: während in unteren Milieus die Heimpflege vor allem wegen den materiellen Kosten abgelehnt wird, möchten die Mitglieder von mittleren und höheren (Selbstverwirklichungs-) Milieus ihre Angehörigen deshalb seltener selbst pflegen, weil sie die damit verbundenen „Opportunitätskosten“ als zu hoch veranschlagen.

Das Institut für Gerontologie (2001) vermutet auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung, dass statushöhere Frauen die Versorgung ihres kranken Angehörigen eher organisieren („Care Manager“), während Frauen mit einem tieferen beruflichen Status häufiger selbst konkrete Pflegeleistungen erbringen („Care Provider“).

Hinsichtlich des Zusammenhangs von sozioökonomischem Status und erlebten Belastungen von Pflegepersonen sind die Ergebnisse nicht einheitlich (Institut für Gerontologie 2001). Während es Studien gibt, die keinen Zusammenhang fest-

⁴ Auch die Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen ist nicht nur belastend, sondern kann auch entlastend wirken, indem sie Anerkennung, Selbstbestätigung und soziale Kontakte vermittelt (Bracker et al. 1988) oder von den häuslichen Sorgen ablenkt (Reichert 1996).

stellen, kommt Horowitz (1985) zum Ergebnis, dass der negative Stress in höheren Statusgruppen am größten ist, was er darauf zurückführt, dass sich Angehörige dieser Gruppen durch die Pflege stärker in ihren individuellen Möglichkeiten eingeschränkt fühlen. McCagg (1997) hingegen findet in ihrer Studie die größten Belastungswerte bei Pflegenden mit tiefen Einkommen. Und auch Brody et al. (1995) ermitteln einen negativen Zusammenhang zwischen Bildung, finanziellen Mitteln und Depression.

2.3 Die individuelle Ebene als Determinante des Belastungserlebens

Verschiedene psychologische Studien widmen sich der Frage, wie sich individuelle Charakteristika der Pflegepersonen und ihre Copingstile auf die Betreuung und das damit verbundene Belastungserleben auswirken.

Einschätzung der eigenen Kompetenzen

Die Sicherheit, die Betreuungsarbeit kompetent leisten zu können, reduziert die Belastungen erheblich, wie McKune (1997) in ihrer Sekundäranalyse zeigt. Auch McCagg (1997) findet einen signifikanten, negativen Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Problemlösungsfertigkeiten und dem Belastungserleben.

Wissen über die Krankheit

Graham et al. (1997) kommen zum Ergebnis, dass Angehörige mit einem umfassenden Demenzverständnis sich im Umgang mit dem Dementen kompetenter fühlen und seltener depressiv werden. Und Mantell (2000) zeigt, dass es hilfreich ist, wenn die pflegenden Angehörigen in der Lage sind, regelmäßig die kognitiven Funktionen der erkrankten Angehörigen zu überprüfen, um ihre Pflege angemessen zu gestalten. Gemäß seiner Studie reduziert die Sicherheit, die kognitiven (Rest-) Fähigkeiten des Patienten adäquat einschätzen zu können, das Belastungserleben beträchtlich. Weiter kommt O'Donnell (1997) zum Ergebnis, dass ein Mangel an Wissen über den Verlauf der Krankheit und daraus resultierende Gefühle der Unsicherheit, eine zentrale Dimension des Belastungserlebens darstellen.⁵

⁵ Diese Befunde ließen sich theoretisch in jenem „sense of coherence“ verorten, der laut Antonovsky (1997) eine „Widerstandsressource“ gegen negative Wirkungen von Stressoren darstellt und drei Dimensionen umfasst. Comprehensibility (Überschaubarkeit): die Fähigkeit, Reize, Veränderungen und Entwicklungen zu ordnen, zu überschauen und vorherzusagen. Manageability (Handhabbarkeit): das Vertrauen, künftige Lebensaufgaben

Copingstile

Morano (2003) zeigt in ihrer Studie, dass ein Copingstil („emotion-focused“), in dem der Pflegende seine Erwartungen reduziert und der neuen Situation anpasst, positive Vergleiche anstellt und dem Erlebten einen umfassenderen Sinn zu geben vermag, sein Wohlbefinden verstärkt und Depressivitätsgefühle reduziert, während bei einem problemzentrierten Copingstil, der darauf abzielt, die Situation zu verändern, ein solcher Effekt nicht nachzuweisen war.

Phänomenologische Ansätze betonen, dass die gleiche Situation von Akteuren ganz unterschiedlich erlebt werden kann und das Ausmaß der Belastung auch davon abhängt, welche Bedeutung einer Situation zugeschrieben wird, Stress also auch eine Frage der Wahrnehmung ist (Nolan et al. 1990). So kommt Ayres (2000) in einer qualitativen Studie zum Ergebnis, dass nur ein Teil der Befragten die Pflege eines Angehörigen als belastend schildert, während andere die Situation normalisieren und zwei Befragte sogar der Meinung sind, dass sich ihr Leben durch die Betreuung eines Angehörigen verbessert hat. Und Farran et al. (1991, S. 484 f.) schlagen aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie vor, „Caregiving“ als Prozess zu sehen, in dem die Pflegenden nach Phasen des Leidens und der Machtlosigkeit Antworten auf ihre Situation finden können, indem sie sich positiv zur Pflege stellen, ihrem Leben auch positive Aspekte abgewinnen und ihre Erfahrungen innerhalb von (spirituellen) Sinnbezügen verorten, was sie auch als Resultat einer individuellen Freiheit des Einzelnen sehen: „This inner freedom determines whether a caregiver becomes a plaything of circumstances or an active participant in caregiving situation. The sort of caregiver a person becomes is the result of an inner decision, and not the result of the caregiving situation alone“.

2.4 Fazit und Konsequenzen für unser Forschungsvorhaben

Wie die kurze Übersicht über den Forschungsstand deutlich macht, besteht ein Mangel vieler Untersuchungen über pflegende Angehörige von Demenzkranken darin, dass der Einfluss von verschiedenen (unabhängigen) Variablen auf die Belastungen und Bewältigungsformen der „Caregivers“ isoliert untersucht wurde, ohne deren Genesenzusammenhang zu berücksichtigen. Auf der Grundlage des verfügbaren soziologischen Wissens lässt sich jedoch begründet vermuten, dass viele Faktoren, die das Verhältnis zur Demenz, den Umgang mit Demenzkranken und

meistern zu können. Meaningfulness (Sinnhaftigkeit): die Überzeugung, dass künftige Aufgaben sinnvoll sind und dass es lohnend ist, sich dafür zu engagieren.



<http://www.springer.com/978-3-658-11081-9>

Der Umgang mit dementen Angehörigen
Über den Einfluss sozialer Unterschiede
Karrer, D.

2016, XI, 224 S. 3 Abb. in Farbe., Softcover
ISBN: 978-3-658-11081-9