Thieme

Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren

The Role of Resilience Factors in Informal Caregivers of Dementia Patients – A Review on Selected Factors

Autoren
Angela Kunzler[1,2], Nadine Skoluda[3,4], Urs M. Nater[3,4]

Institute
1 Deutsches Resilienz-Zentrum (DRZ), Universitätsmedizin Mainz
2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
3 Klinische Biopsychologie, Philipps-Universität Marburg
4 Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Österreich

Schlüsselwörter
Demenz, pflegender Angehöriger, Resilienzfaktoren

Key words
dementia, informal caregiver, resilience factors

eingereicht 03.11.2016
akzeptiert 17.08.2017

Bibliografie
DOI https://doi.org/10.1055/s-0043-118652
Psychother Psych Med 2018; 68: 10–21
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse
Univ.-Prof. Dr. Urs M. Nater
Universität Wien
Fakultät für Psychologie
Arbeitsbereich Klinische
Psychologie des Erwachsenenalters
Liebiggasse 5, 1010 Wien, Österreich
urs.nater@univie.ac.at

ZUSAMMENFASSUNG

Die informelle Pflege von Demenzerkrankten gewinnt angesichts des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. Durch das Krankheitsbild der Demenz und anhaltende Pflegeanforderungen ist diese Subgruppe pflegender Angehöriger allerdings zahlreichen Stressoren ausgesetzt. Viele Pflegende erleben als Resultat chronischen Stress und sind physisch wie psychisch gesundheitlich stark belastet. Auf Basis der aktuellen Forschung zu Resilienz, d. h. der „seelischen Widerstandskraft", wächst das Interesse an der Identifizierung von Resilienzfaktoren, die als Ressourcen bei der Bewältigung der Pflege fungieren und Angehörige Demenzkranker vor gesundheitlichen Einschränkungen schützen können. Das Review stellt die Rolle von Resilienzfaktoren im Zusammenhang von chronischen Pflegestressoren und Gesundheit dar. Bei der Analyse des aktuellen Forschungsstands zu Resilienzfaktoren für Angehörige Demenzkranker werden die Faktoren Selbstwirksamkeitserwartung, Beziehungsqualität und soziale Unterstützung betrachtet.

ABSTRACT

In the face of demographic change, the informal care of dementia patients is becoming increasingly important. However, due to dementia symptoms as well as persisting care demands, this subgroup of informal caregivers is confronted with a large number of stressors resulting in chronic stress and impaired physical and mental health in many caregivers. Based on the current research on resilience (i. e., maintaining or regaining health despite stress and adversities), there is increasing interest in identifying resilience factors that may serve as resources to cope with informal care and protect caregivers against health problems. The review discusses the role of resilience factors in the association between ongoing caregiving stress and health. In analyzing the current state of research on resilience factors for dementia caregivers, we focus on the factors self-efficacy, relationship quality, and social support.

Einleitung

Die Alterung der Gesellschaft im Zuge des demografischen Wandels geht mit einer Zunahme von Demenzerkrankungen einher [1]. Diese gelten in Industrienationen als eine der wichtigsten Ursachen für den Verlust der Selbstständigkeit im Alter sowie für Pflegebedürftigkeit [2]. Schätzungen zufolge litten im Jahr 2015 weltweit ca. 46,8 Millionen Menschen an einer Demenz [3]. In Deutschland sind gegenwärtig etwa 1,5 Millionen Menschen betroffen [4]. Ausgehend von konstanten altersspezifischen Prävalenzen wird bis

2060 jedoch mind. eine Verdoppelung der Anzahl Demenzkranker erwartet [4]. Rund 2 Drittel der Demenzpatienten in Deutschland werden aktuell im häuslichen Umfeld von Angehörigen versorgt [5]. Hier gilt daher ganz besonders die Aussage Schneekloths, dass die Familie den „größten Pflegedienst" darstelle und auch in Zukunft darstellen werde [6]. V. a. aus ökonomischer Sicht und vor dem Hintergrund des unzureichenden Versorgungsangebots in Pflegeeinrichtungen [7] bietet die Pflegetätigkeit durch Angehörige ein erhebliches gesellschaftliches Potenzial [8] und wird durch den Grundsatz „ambulant vor stationär" implizit im Pflegeversicherungsgesetz (§ 43 Abs. 1 SGB XI) genannt [9].

Inzwischen sind allerdings auch die Kehrseiten der Angehörigenpflege aus einer Vielzahl internationaler Studien bekannt. So resultieren mitunter physische, psychische, emotionale, soziale sowie finanzielle Beeinträchtigungen für pflegende Angehörige [10]. Verglichen mit Nicht-Pflegenden erleben sie mehr Stress und weisen eine beeinträchtigte physische wie psychische Gesundheit auf (z. B. [11]). Sogar ein erhöhtes Mortalitätsrisiko wurde berichtet [12], weshalb pflegende Angehörige mitunter als „hidden patients" (S. 175; dt. „verborgene Patienten") bezeichnet werden [13]. Durch das Krankheitsbild und den chronisch-progredienten Verlauf der Demenz stehen Pflegepersonen von Demenzpatienten vor besonders großen Herausforderungen und sind gesundheitlich häufig stark belastet (z. B. [14]). Der Gesundheitszustand des Angehörigen kann wiederum erhebliche Konsequenzen für dessen Umgang mit dem Demenzpatienten haben (z. B. [15]). Viele Pflegende ziehen eine Heimunterbringung des Pflegebedürftigen in Betracht, wenn sie vorhandene Ressourcen als nicht mehr adäquat einschätzen [16]. Im Umkehrschluss bedeutet das: Angehörige, die über ausreichende Ressourcen verfügen und auf „gesunde" Art und Weise pflegen, sind auch besser in der Lage, die Betreuungsaufgaben zu bewältigen (vgl. „Happy-productive Worker Thesis"[1]; [17]). Eine Möglichkeit, die Gesundheit pflegender Angehöriger von Demenzkranken zu fördern, stellt die Identifizierung von Resilienzfaktoren dar, welche als Ressourcen bei der Bewältigung ihrer Pflegeaufgaben fungieren können.

Pflegende Angehörige von Demenzpatienten sind gestresst und belastet

Der Begriff *Pflegender Angehöriger* (oder auch informelle Pflegeperson; engl. „informal caregiver" [18] bzw. „family caregiver" [19]) ist mittlerweile fest in den Sprachgebrauch zur häuslichen Pflege integriert. Pflegende Angehörige zerebral geschädigter Patienten und insbesondere Angehörige von Demenzpatienten bilden bisher einen Schwerpunkt des Forschungsinteresses zur informellen Pflege. Die besonderen Belastungsfaktoren dieser Angehörigengruppe im Vergleich zu anderen Pflegenden umfassen:

- Höheres Lebensalter der Pflegepersonen und ggf. Konfrontation mit altersassoziierten Beeinträchtigungen der eigenen Gesundheit [5]
- Kontinuierlich anhaltende Belastung aufgrund von Krankheitsprogression und schwer abschätzbare Krankheitsdauer [20]
- Demenzsymptomatik, insbesondere negative Veränderungen zwischenmenschlicher Verhaltensweisen oder der Persönlichkeit des Betroffenen [21] sowie oftmals unzureichende oder fehlende Krankheitseinsicht der Patienten (z. B. je nach Schweregrad 20–80 % der Alzheimer-Patienten [22])
- Erhebliche Einschränkungen der eigenen Lebensgestaltung bis hin zur sozialen Isolation aufgrund des im Krankheitsverlauf zunehmenden Betreuungsaufwands und der teilweise erforderlichen ständigen Beaufsichtigung im Falle von mangelnder Orientierungsfähigkeit und „Weglauftendenzen" [8, 23]

Unabhängig von der Erkrankung des Pflegebedürftigen wird die Angehörigenpflege als Quelle von *chronischem Stress* angesehen, d. h. anhaltender und wiederkehrender Stress [24, 25]. Die Pflege eines Demenzpatienten durch Angehörige hat sich angesichts der obigen Belastungsfaktoren hierbei besonders als Modell zur Untersuchung der Auswirkungen von chronischem Stress etabliert (z. B. [26]). In Vergleichsstudien und Metaanalysen zeigt sich konsistent, dass die informelle Pflege Demenzkranker noch zeitintensiver und belastender ist als die Pflege nicht-dementer Menschen. Verglichen mit Pflegenden anderer Patientengruppen (z. B. Parkinson) berichtet diese Angehörigengruppe – mit Ausnahme des leichten Erkrankungsstadiums [27]) – signifikant mehr Stress (z. B. [28]).

Nicht bei allen pflegenden Angehörigen Demenzkranker ist Stress mit negativen Gesundheitsfolgen assoziiert – die Rolle von Resilienz und Resilienzfaktoren

Chronischer Stress stellt im Allgemeinen einen Risikofaktor für die Gesundheit dar und ist bspw. mit körperlichen Beschwerden, Depressivität sowie Erschöpfung assoziiert [29, 30]. Dennoch leiden nicht alle Menschen, die einen demenziell Erkrankten pflegen und somit chronischem Stress ausgesetzt sind, an einer Beeinträchtigung ihrer psychischen oder physischen Gesundheit. Zunehmend häufen sich die Befunde, dass pflegende Angehörige Demenzkranker die hohen Pflegeanforderungen sehr heterogen bewältigen (z. B. [31]).

Die Tatsache, dass manche Angehörigen trotz der bedeutenden Pflegebelastung gesund bleiben oder nur vorübergehend erkranken, legt den Schluss nahe, dass sie gegenüber den Widrigkeiten der Pflege resilient sind. Zur *Resilienz*, d. h. der „psychischen Widerstandsfähigkeit" (*Info Resilienz*) dieser Angehörigen, kann das Vorhandensein gewisser Resilienzfaktoren beitragen. Nachdem sich die Forschung lange Zeit v. a. mit negativen Konsequenzen der Pflege für die Angehörigen Demenzkranker beschäftigte, wächst zunehmend das Interesse an der Resilienz der Pflegenden und der Identifizierung möglicher Resilienzfaktoren (z. B. [32–34]).

[1] „Happy-productive Worker Thesis": Diese Hypothese stammt ursprünglich aus der Arbeits- und Organisationspsychologie und postuliert eine höhere Produktivität für Arbeitnehmer, die ein hohes subjektives Wohlbefinden aufweisen. Übertragen auf die informelle Pflege impliziert dies, dass pflegende Angehörige von Demenzpatienten mit einem hohen Wohlbefinden die hohen Pflegeanforderungen möglicherweise besser meistern und qualitativ hochwertigere Pflege für den Betroffenen leisten können als Angehörige, deren subjektives Wohlbefinden eingeschränkt ist.

Info Resilienz

Resilienz leitet sich aus dem Lateinischen „resilire" (dt. abprallen, zurückspringen) ab und ist ursprünglich in der Physik und Materialkunde verortet. In den Human- und Sozialwissenschaften bezeichnet sie die „psychische Widerstandsfähigkeit" eines Menschen [35]. Um von Resilienz sprechen zu können, müssen 2 Bedingungen gegeben sein: 1) das Vorliegen von signifikantem Stress oder Widrigkeiten sowie 2) die erfolgreiche Bewältigung dieser Belastungen [36].

Entgegen früheren Annahmen handelt es sich bei Resilienz nicht um eine unveränderliche Persönlichkeitseigenschaft, die nur bei bestimmten Personen vorliegt [37]. Vielmehr wird sie als das positive Ergebnis oder „Endprodukt" eines dynamischen Anpassungsprozesses verstanden (z. B. [38]) und beschreibt die Aufrechterhaltung oder Rückgewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach widrigen Lebensumständen [39]. Resilienz entsteht im Wechselspiel zwischen einer Person und ihrer Umwelt, ist variabel und durch unterschiedliche Maßnahmen veränderbar (z. B. [40]).

Resilienz als „Ergebnis" wird durch verschiedene Resilienzfaktoren determiniert (z. B. [36, 38]). Hierunter werden allgemein Faktoren verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit der Bewältigung einer Belastungssituation erhöhen und somit zur Resilienz eines Menschen beitragen [41]. Seit den Anfängen der Resilienzforschung – markiert durch die Kauai-Studie von Emmy Werner in den 1950er Jahren [42] – wurde eine Vielzahl (neuro-)biologischer, psychischer sowie sozialer Resilienzfaktoren identifiziert. Für folgende Faktoren ist eine protektive Wirkung gegenüber verschiedenen Stressoren in erwachsenen Populationen gut belegt [35, 43]:

- *Werteorientierung und Sinn im Leben sehen:* Orientierung an persönlichen Werten bzw. Leitprinzipien und Wahrnehmung von Sinn im Leben.
- *Kohärenzgefühl:* Generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden.
- *Positive Emotionen:* Regelmäßiges Erleben positiver Gefühle, auch angesichts von Stress oder traumatischen Erfahrungen.
- *Hardiness:* Grundhaltung, aktiv an verschiedenen Lebensbereichen mitzuwirken, Situationen als kontrollierbar zu empfinden und Anforderungen als Herausforderung wahrzunehmen.
- *Selbstwertgefühl:* Positive Bewertung der eigenen Person.
- *Aktives Coping*: Aktive Bewältigung von Stress sowie kritischen oder traumatischen Lebensereignissen.
- *Selbstwirksamkeitserwartung:* Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können.
- *Optimismus:* Tendenz zu positiven Ergebniserwartungen und positive Ursachenzuschreibung von Ereignissen.
- *Soziale Unterstützung:* Zugriff auf ein funktionierendes soziales Netzwerk.
- *Kognitive Flexibilität:* Fähigkeit, auf veränderte Umweltbedingungen flexibel durch Variationen in Denken und Handeln zu reagieren.
- *Religiosität/Spiritualität:* Übernahme von Glaubensüberzeugungen und Teilnahme an religiösen Aktivitäten bzw. Beschäftigung mit Sinnfragen des Lebens.

Die unterschiedlichen Resilienzfaktoren interagieren miteinander und entfalten ihre Wirkung vermutlich über eine geringere Anzahl übergeordneter Resilienzmechanismen [38, 44]. So wird z. B. eine generelle Tendenz zur positiven (Neu-)Bewertung belastender Situationen als ein möglicher Mechanismus diskutiert, der übermäßige Stressreaktionen verhindern und somit vor Beeinträchtigungen und Dysfunktionen schützen könnte [38].

Resilienzfaktoren nehmen im Zusammenhang von Stress und Gesundheit auf 3 Ebenen eine wichtige Rolle für pflegende Angehörige Demenzkranker ein

Modelle der Angehörigenpflege (z. B. [45, 46]) berücksichtigen in ihrer Darstellung des Zusammenhangs zwischen Stressoren der Pflege und der Gesundheit pflegender Angehöriger eine Reihe von Faktoren, welche die Wirkung der chronischen Stressorexposition beeinflussen können.

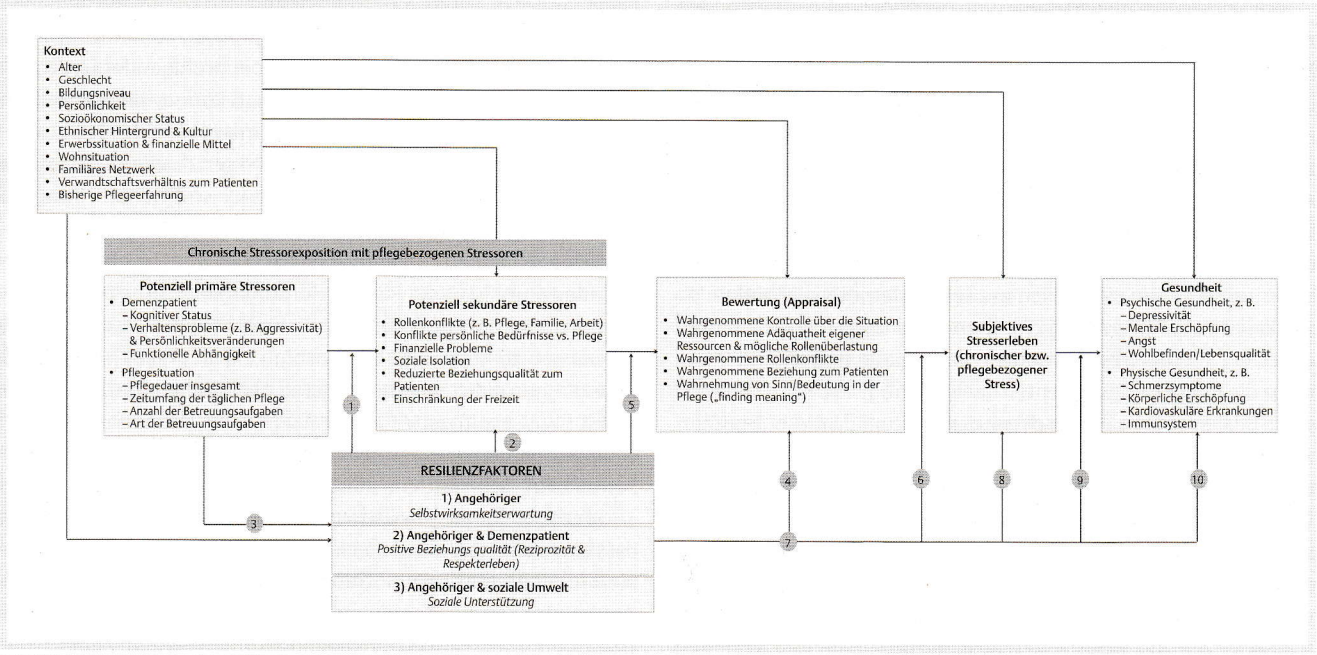
Das Modell in ▶ **Abb. 1** integriert die bisherigen Konzepte von Lazarus und Folkman, Pearlin et al. sowie Sörensen et al. [45–47] und stellt den Zusammenhang zwischen der chronischen Stressorexposition bei der Pflege eines Demenzkranken und möglichen negativen Gesundheitsfolgen dar.

Pflegende Angehörige von Demenzpatienten sind über einen langen Zeitraum potenziellen pflegebezogenen Stressoren ausgesetzt [8, 46]. Potenzielle *primäre Stressoren* ergeben sich auf direktem Weg aus der Demenzerkrankung, den Bedürfnissen des Gepflegten sowie den erforderlichen Betreuungsaufgaben [45, 46]. Da diese Stressoren dauerhaft sind und sich durch den progredienten Krankheitsverlauf intensivieren, resultieren häufig potenzielle *sekundäre Stressoren* [45, 46]. Erst durch *subjektive Bewertungsprozesse* wird anschließend Stress erlebt, der sich sowohl auf die *psychische als auch physische Gesundheit* der Angehörigen negativ auswirken kann, worauf zahlreiche Reviews hindeuten (z. B. [25]).

Auf psychischer Ebene resultieren als Dysfunktionen bspw. depressive Symptome bzw. klinisch bedeutsame Depressionen (z. B. [48]), Erschöpfung (z. B. [49]) oder Angstsymptome bzw. -störungen (z. B. [50]). Im Hinblick auf die physische Gesundheit schätzen pflegende Angehörige Demenzkranker ihren körperlichen Gesundheitszustand geringer ein, leiden unter längeren Erkrankungsphasen und suchen häufiger ärztlichen Rat als Nicht-Pflegende [51]. Insbesondere Schmerzsymptome sowie körperliche Erschöpfung werden häufig berichtet [49, 52]. Das Risiko für Bluthochdruck sowie kardiovaskuläre Erkrankungen ist erhöht [53]. Zudem zeigen sich negative Auswirkungen auf das Immunsystem der Pflegenden [24]. Generell werden das Auftreten pflegebezogener Stressoren, die subjektive Bewertung der Pflegesituation, das Stresserleben sowie die Gesundheit der pflegenden Angehörigen durch verschiedene Kontextfaktoren beeinflusst (z. B. [54]). Der Kontext der Pflegenden (z. B. familiäres Netzwerk) wirkt sich mitunter auch auf das Vorhandensein von Resilienzfaktoren (z. B. soziale Unterstützung) aus.

Prinzipiell sind in diesem Modell (▶ **Abb. 1**) mehrere Ansatzpunkte[2] möglich, über welche Resilienzfaktoren ihre protektive

[2] Die Ziffern in Klammern beziehen sich auf die entsprechend nummerierten Pfade in ▶ **Abb. 1.**



▶ **Abb. 1** Modell zur Rolle der Resilienzfaktoren in der Angehörigenpflege Demenzkranker in Anlehnung an Lazarus und Folkman [45], Pearlin et al. [46], sowie Sörensen et al. [47].

Wirkung entfalten können. Neben direkten positiven Effekten sind sowohl Moderations- als auch Mediationsprozesse denkbar (vgl. Stress-Puffer-Modell, Stressprävention smodell, Haupteffektmodell) [55–58]. So könnten Resilienzfaktoren bereits an der Stressorexposition (1–3) ansetzen, indem bspw. die Pflegesituation per se verändert wird und sekundäre Stressoren gar nicht erst auftreten [55]. Die Konfrontation mit Stressoren könnte auch zu einer verstärkten Mobilisierung von personalen und/oder sozialen Ressourcen führen (z. B. [59]). Hinsichtlich der subjektiven Bewertung (4–6) könnten Angehörige – trotz identischer Stressorexposition – die Pflegesituation und ihre Bewältigungsressourcen aufgrund vorhandener Resilienzfaktoren z. B. positiver bewerten als Pflegende, denen Resilienzfaktoren fehlen (z. B. [58]). Andererseits könnten Resilienzfaktoren den Effekt negativer Bewertungsvorgänge (z. B. unzureichende Ressourceneinschätzung) auf das Stresserleben und die Gesundheit moderierend abschwächen (vgl. Stress-Puffer-Modell (z. B. [55, 58])). Im Sinne einer Mediation könnte das Vorhandensein von Resilienzfaktoren zu einer positiveren (Um-) Bewertung beitragen, die wiederum mit weniger Stress und einem besseren Gesundheitszustand einhergeht (7). Angehörige mit ausreichenden Resilienzfaktoren erleben womöglich weniger Stress (8). Zudem könnten Resilienzfaktoren negative Effekte der Stresswahrnehmung auf die Gesundheit moderierend abschwächen (9) oder sich in direkter Weise positiv auf die psychische und physische Gesundheit auswirken (10) (z. B. [55]).

Viele der Resilienzfaktoren, die bisher in unterschiedlichen Populationen identifiziert wurden (*Info Resilienz*), wirken auch spezifisch für pflegende Angehörige von Demenzpatienten (z. B. [60, 61]). Grundsätzlich lassen sich Resilienzfaktoren in der Angehörigenpflege von Demenzpatienten 3 Ebenen zuordnen:

1. *Angehörigenebene:* Personenbezogene Resilienzfaktoren, die vom pflegenden Angehörigen selbst ausgehen und z. B. durch seine Persönlichkeit beeinflusst werden.
   Beispiele: Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Coping-Strategien.
2. *Angehörigen-Patient-Dyade:* Resilienzfaktoren, die sich durch Verhalten und Reaktionen des Demenzerkrankten ergeben können und in der Angehörigen-Patient-Beziehung verortet sind.
   Beispiel: Positive Beziehungsqualität zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem (z. B. wahrgenommene Reziprozität durch Respekt vonseiten des Demenzpatienten), die z. B. mit dem Erleben positiver Emotionen aufseiten der Angehörigen einhergehen kann.
3. *Angehörigen-Umwelt-Interaktion:* Umweltbezogene Ressourcen, die extern, d. h. von Dritten außerhalb der Angehörigen-Patient-Beziehung, bestimmt werden.
   Beispiel: Soziale Unterstützung seitens des Umfelds.

In der bisherigen Forschung standen v. a. Resilienzfaktoren auf der Angehörigenebene bzw. solche, die sich aus der Angehörigen-Umwelt-Interaktion ergeben, im Fokus.

Auf der Angehörigenebene wurden verschiedene psychosoziale Ressourcen für pflegende Angehörige Demenzkranker untersucht. Hierzu gehören bspw. Optimismus (z. B. [62]), Mastery (z. B. [63]), Hardiness (z. B. [64]), Kohärenzgefühl (z. B. [65]), aktives Coping (z. B. Problemlösen) (z. B. [66]) und Selbstwertgefühl (z. B. [67]) (*Info Resilienz*). Darüber hinaus werden Religiosität bzw. Spiritualität (z. B. [68, 69]) sowie positive Umbewertung als eine Form der kognitiven Flexibilität (z. B. [70]) als Resilienzfaktoren auf der Angehörigenebene diskutiert.

Die Selbstwirksamkeitserwartung der pflegenden Angehörigen zählt auf dieser Ebene zu den am besten untersuchten Resilienzfaktoren (z. B. [71, 72]). Gleiches gilt auf Ebene der Angehörigen-Umwelt-Interaktion für die soziale Unterstützung (z. B. [73]). Beide Faktoren bieten – im Vergleich zu eher stabilen persönlichkeitsbezogenen Resilienzfaktoren (z. B. Kohärenzgefühl) – außerdem gute Ansatzpunkte für Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Resilienzfaktoren innerhalb der Angehörigen-Patient-Dyade, wie z. B. eine positive Beziehungsqualität, können zumindest im frühen Erkrankungsstadium ein ähnlich großes Förderpotenzial bieten, da sie direkt an der Beziehung zwischen Angehörigen und Patienten ansetzen. Hierbei ist anzumerken, dass mit fortschreitender Demenz die Fähigkeit des Patienten beeinträchtigt sein kann, eine positive Beziehungsqualität aufrechtzuerhalten, da dieses Stadium mit Störungen in der Kommunikationsfähigkeit und im Interaktionsverhalten einhergehen kann. Resilienzfaktoren innerhalb der Angehörigen-Patient-Dyade sind daher im Vergleich zu den anderen Ebenen eher temporärer Natur (Krankheitsbeginn), was allerdings nicht ihre Bedeutung mindert.

Zusammenfassend soll daher nachfolgend der aktuelle Forschungsstand zu jeweils einem Resilienzfaktor auf den 3 Ebenen exemplarisch analysiert und zusammengefasst werden: Selbstwirksamkeitserwartung (Angehörigenebene), Beziehungsqualität (Angehörigen-Patient-Dyade), soziale Unterstützung (Angehörigen-Umwelt-Interaktion).

Resilienzfaktoren auf der Angehörigenebene am Beispiel der Selbstwirksamkeit

Auf Basis der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura [74] bezeichnet die *Selbstwirksamkeitserwartung* eines Menschen die subjektive Überzeugung, Verhaltensweisen, die für das Erreichen eines bestimmten Ziels oder Ergebnisses notwendig sind, aufgrund eigener Kompetenzen erfolgreich ausführen zu können. Neben generell positiven Effekten einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung liegt eine Vielzahl von Befunden vor, welche die individuelle Selbstwirksamkeitserwartung als Resilienzfaktor gegenüber verschiedenen Widrigkeiten belegen (z. B. [35]).

In Untersuchungen an pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten steht häufig die sogenannte Coping-Selbstwirksamkeit der Pflegepersonen im Fokus, d. h. ihre subjektive Überzeugung, Handlungen ausführen zu können, die zur Bewältigung der Pflegeherausforderung erforderlich sind [75]. Innerhalb des Copings werden außerdem spezifischere Bereiche unterschieden. Diese umfassen bspw. die Selbstwirksamkeitserwartung, sich von der Pflege zurückziehen zu können, auf störendes Verhalten des Demenzerkrankten angemessen zu reagieren, beunruhigende Gedanken über die Pflege zu kontrollieren oder formelle Dienstleistungsmöglichkeiten identifizieren und in Anspruch nehmen zu können [76–78].

Pflegende Angehörige mit einer höheren Ausprägung in verschiedenen Dimensionen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung berichten weniger Stress (z. B. [79, 80]). Auch hinsichtlich direkter positiver Effekte auf die psychische und physische Gesundheit der Angehörigen liegen zahlreiche Befunde vor (z. B. [81, 82]). Eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufseiten der Pflegenden ist mit einer geringeren Depressivität assoziiert bzw. sagt diese signifikant vorher (z. B. [76, 83]). Längsschnittlich konnte ein negativer Zusammenhang mit depressiven Symptomen zumindest für die subjektive Überzeugung zur Kontrolle beunruhigender Gedanken nachgewiesen werden [70]. Gottlieb und Rooney differenzierten in einer Validierungsstudie 3 weitere Dimensionen der Selbstwirksamkeitserwartung pflegender Angehöriger: das Vertrauen in die Fähigkeit, die Pflegeaufgaben zu leisten („instrumental efficacy"), eine kooperative und harmonische Beziehung zu dem Demenzerkrankten zu pflegen („relational efficacy") sowie das eigene Wohlbefinden angesichts der Pflegeanforderungen zu erhalten bzw. aktuelle und zukünftige Bedrohungen für die eigene Gesundheit abschwächen zu können („self-soothing efficacy") [77]. Jede der 3 Erwartungen ging mit einer besseren psychischen Gesundheit, Vitalität sowie positivem Affekt einher [77, 84], die höchsten Korrelationen mit dem Gesundheitszustand der Pflegepersonen ergaben sich für „self-soothing efficacy" [77].

Spezifisch für die physische Gesundheit zeigten Harmell et al., dass ein größeres Vertrauen in die Fähigkeit zur Verwendung problemfokussierter Coping-Strategien mit einem niedrigeren Blutdruck unter Ruhebedingungen und somit einem reduzierten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen assoziiert ist [85]. Zudem konstatierten Rabinowitz et al., dass Pflegepersonen, die überzeugt sind, sich von Stressoren der Pflege zurückziehen und negative Gedanken kontrollieren zu können, ein geringeres kumuliertes Gesundheitsrisiko aufweisen [86].

Auch die negativen Gesundheitsfolgen einer niedrigen Selbstwirksamkeitsüberzeugung sind bekannt. Bspw. zeigten O' Dwyer et al., dass pflegende Angehörige, die sich subjektiv wenig in der Lage sehen, formelle Unterstützungsangebote zu nutzen, eher Suizidgedanken aufweisen als Pflegende mit einer höheren Selbstwirksamkeit in diesem Bereich [87].

Nur wenige Studien konnten bislang keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und Stress bzw. dem Gesundheitszustand pflegender Angehöriger von Demenzpatienten nachweisen [88]. In der Untersuchung von Gottlieb und Rooney [84] zeigten sich zwar signifikante Zusammenhänge der Selbstwirksamkeitserwartung mit psychischer Gesundheit und Affekt, als bedeutsamer Prädiktor erwies diese sich unter Kontrolle weiterer Variablen (z. B. Optimismus) hingegen nicht. Dies impliziert, dass dieser Resilienzfaktor Unterschiede im Stresserleben und der Gesundheit der Pflegenden zwar zu einem Großteil erklären kann, trotz der guten Befundlage jedoch auch andere Resilienzfaktoren auf der Angehörigenebene berücksichtigt werden sollten.

Zu den genauen Mechanismen, über die eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung pflegender Angehöriger protektiv wirkt, liegen bislang nur recht wenige und zum Teil widersprüchliche Erkenntnisse vor, die vermutlich durch methodische Unterschiede zwischen den Studien (z. B. verschiedene Operationalisierungsansätze) zu erklären sind. Eine Reihe von Studien zeigte, dass die Selbstwirksamkeitserwartung den Zusammenhang zwischen objektiven Stressoren der Pflege und Stress bzw. Depressivität moderiert, indem Angehörige mit einer höheren Selbstwirksamkeitsüberzeugung trotz der Stressoren weniger Stress und depressive Symptome berichten (z. B. [89, 90]). Andere Untersuchungen hingegen konnten keine moderierende Funktion des Resilienzfaktors für diese Effekte nachweisen (z. B. [83]). Romero-Moreno et al. wid-

meten sich ebenfalls der Moderator-Funktion der Selbstwirksamkeit an verschiedenen Stellen im Pflegeprozess. Hierbei zeigte sich, dass die Selbstwirksamkeit der Angehörigen zur Kontrolle negativer Gedanken den Effekt von Stress auf Depressivität und Angst moderiert [91]. Auf physiologischer Ebene stellt die Coping-Selbstwirksamkeitserwartung außerdem einen Moderator für die Wirkung von Stress auf die Interleukin-6-Konzentration im Plasma dar [75]. Demnach führt Stress bei Pflegenden mit einer hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugung nicht zu einem Interleukin-6-Anstieg, der langfristig als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen gilt. Die Frage, inwiefern die schützende Wirkung der Selbstwirksamkeitserwartung über ein geringeres Auftreten von Stressoren oder Bewertungsprozesse (z. B. zufriedenstellende Ressourceneinschätzung) mediiert wird, wurde in Untersuchungen bislang vernachlässigt. Eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitsüberzeugung kann jedoch dazu führen, dass pflegende Angehörige positive Aspekte an der Pflege bzw. einen tieferen Sinn in ihrer Pflegerolle erkennen (z. B. [79, 92]), was wiederum mit weniger Stress und Depressivität assoziiert ist (z. B. [93, 94]). Angesichts der aktuellen Befundlage ist festzuhalten, dass die Selbstwirksamkeitserwartung auf der Angehörigenebene einen gut belegten Resilienzfaktor darstellt. Auf Basis einer ergebnisorientierten Resilienzdefinition belegen die zahlreichen positiven Zusammenhänge mit dem Stresserleben und der psychischen Gesundheit der Pflegenden indirekt eine protektive Wirkung, da pflegende Angehörige Demenzkranker über einen längeren Zeitraum starken Stressoren ausgesetzt sind. Da die bisherige Studienlage v. a. auf querschnittlichen Befunden basiert, erscheint eine stärkere Fokussierung auf Längsschnittstudien für die zukünftige Forschung wünschenswert. Auch sollten die genauen Wirkmechanismen der Selbstwirksamkeitserwartung bei pflegenden Angehörigen Demenzkranker in Zukunft weiter beleuchtet werden. Hierbei könnte insbesondere das Zusammenspiel der Selbstwirksamkeitserwartung mit anderen Resilienzfaktoren auf der Angehörigenebene eine Rolle spielen, da diese in ihrer Wirkung auf das Stresserleben und die Gesundheit der Pflegenden vermutlich stark interagieren.

Resilienzfaktoren in der Angehörigen-Patient-Dyade am Beispiel der positiven Beziehungsqualität

Seitdem das Interesse an den positiven Aspekten der Angehörigenpflege und der Ermittlung möglicher Resilienzfaktoren steigt, rückt auch die Beziehung zwischen dem pflegenden Angehörigen und dem Demenzerkrankten zunehmend in den Vordergrund. Hierbei wurden bislang verschiedene Konzepte untersucht (z. B. Intimität, Nähe, Reziprozität) [95, 96], die sich häufig überschneiden und die Qualität der Beziehung beeinflussen können. Die *Beziehungsqualität* in der Angehörigen-Patient-Dyade kann darüber definiert werden, ob die Pflegeperson und der Demenzerkrankte generell positive Gefühle füreinander haben, sich dem jeweiligen Beziehungspartner auf einer emotionalen Ebene verbunden fühlen und ähnliche Werte und Überzeugungen teilen [97]. Beziehungsqualität kann durch verschiedene Merkmale charakterisiert werden, wie Reziprozität und Respekterleben, die nachfolgend näher betrachtet werden sollen. Die Reziprozität in der Angehörigen-Patient-Dyade kann dabei als Aspekt der Beziehungsqualität angesehen werden. Diese beschreibt den bidirektionalen Austausch von Ressourcen [98], der auch auf interpersoneller Ebene (z. B. durch Wärme, Zuneigung, Wertschätzung) erfolgen kann [99, 100]. Der Respekt, den pflegende Angehörige subjektiv seitens des Demenzerkrankten wahrnehmen, stellt eine Möglichkeit dar, wie die Reziprozität in der Angehörigen-Patient-Beziehung zum Ausdruck kommen kann. Wahrgenommener *Respekt* beinhaltet eine positive Bewertung des Gegenübers [101] und ist in interpersonalen Beziehungen relevant [102], da er dazu verhilft, menschliche Bedürfnisse (z. B. nach Zugehörigkeit) zu erfüllen [103]. Die Wahrnehmung von Respekt ist mit einem höheren Selbstwertgefühl sowie positiven Emotionen assoziiert [104].

Verschiedene Befunde deuten darauf hin, dass sowohl die Beziehungsqualität vor der Demenzerkrankung als auch die aktuelle Beziehungsqualität für das Stresserleben bzw. die Gesundheit pflegender Angehöriger von Bedeutung sind [60, 105, 106]. Bestand in der Vergangenheit eine enge und liebevolle Beziehung zu dem Pflegebedürftigen bzw. waren die Angehörigen mit der Beziehung zufrieden, berichten sie weniger Stress und Gesundheitsprobleme (z. B. [107, 108]). Andererseits schätzen Angehörige, die die prämorbide Beziehung zu dem Demenzerkrankten retrospektiv als schwierig beurteilen, dessen Symptome als weitreichender ein und erleben mehr Stress [109]. Für die aktuelle Qualität der Angehörigen-Patient-Beziehung ergibt sich ein ähnliches Bild. Auch pflegende Angehörige von Demenzpatienten, die aktuell eine höhere Beziehungsqualität zu dem Erkrankten wahrnehmen, erleben subjektiv weniger Stress (z. B. [110]) und berichten weniger Einschränkungen ihrer psychischen wie physischen Gesundheit [111, 112]. Die negativen Effekte eines wahrgenommenen Ungleichgewichts bzw. die protektiven Effekte von Reziprozität in der Angehörigen-Patient-Dyade wurden für verschiedene Angehörigengruppen (z. B. von Patienten mit Krebs, Multiple Sklerose, Schlaganfall) nachgewiesen (z. B. [99, 113]). Spezifisch für pflegende Angehörige von Demenzpatienten ist die schützende Wirkung einer wahrgenommenen Reziprozität noch weitgehend unerforscht. Die Rolle des Respekterlebens in dieser Angehörigen-Patient-Dyade wurde bislang überhaupt nicht untersucht.

In einer qualitativen Studie von Neufeld und Harrison [98] schilderten Angehörige von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen (u. a. Alzheimer-Demenz) positive Gefühle, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf positive Reaktionen im nonverbalen Verhalten des Patienten richteten („constructed reciprocity"). Yang et al. [114] zeigten, dass eine ausgeprägte wahrgenommene Gegenseitigkeit in der Angehörigen-Patient-Dyade (im Sinne von Liebe, gemeinsamen Werten, gemeinsamen positiven Erlebnissen, Reziprozität) insbesondere im Falle leichter kognitiver Beeinträchtigungen des Patienten mit einer geringeren Rollenbelastung der Angehörigen einhergeht. Aufgrund des progredienten Krankheitsverlaufs [2] und zunehmenden Schwierigkeiten in der (non-)verbalen Kommunikation [115] ist Reziprozität ab einem gewissen Demenzstadium jedoch nicht mehr möglich. Eine positive Beziehungsqualität könnte daher besonders in der frühen Erkrankungsphase als Resilienzfaktor für die Pflegenden fungieren und den Anpassungsprozess an die Demenz ihres Angehörigen erleichtern. Inwiefern die wahrgenommene Reziprozität im frühen Erkrankungsstadium auch langfristig protektiv für die Pflegenden wirkt, wenn der Demenz-

patient nicht mehr in der Lage ist, sozial zu interagieren, wurde bislang noch nicht untersucht.

Im Hinblick auf die Wirkmechanismen einer positiven Beziehungsqualität als Resilienzfaktor zeigten Lawrence et al. sowie Feast et al. keine stresspufferende Wirkung der aktuellen Beziehungsqualität auf den Effekt von Pflegestressoren auf die Gesundheit pflegender Angehöriger [97, 116]. Dieses Ergebnis steht jedoch im Widerspruch zu dem oben erwähnten Befund von Yang et al. [114], nach dem Angehörige eine geringere Rollenbelastung empfinden, wenn sie die Beziehungsqualität als besser bewerten. Eine hohe Beziehungsqualität bzw. die Wahrnehmung positiver Reaktionen des demenziell Erkrankten sagt eine positivere Bewertung der Pflegesituation („finding meaning") vorher (z. B. [117]), worüber die Effekte mediiert sein könnten. Andererseits könnte eine positive Beziehungsqualität in der Angehörigen-Patient-Dyade auch als Quelle anderer nachgewiesener Resilienzfaktoren (*Info Resilienz*) verstanden werden. So deuten die zuvor berichteten Befunde (z. B. [98, 104]) darauf hin, dass die wahrgenommene Reziprozität aufseiten der Angehörigen bspw. zum Erleben positiver Emotionen oder zu einem höheren Selbstwertgefühl beitragen kann. Diese Resilienzfaktoren führen in der Folge dann zu einer besseren Bewältigung der Pflegesituation.

Insgesamt ist die Befundlage zur protektiven Wirkung einer positiven Beziehungsqualität in Form der wahrgenommenen Reziprozität (z. B. wahrgenommener Respekt) in der Angehörigen-Patient-Beziehung bislang noch unzureichend. Für andere Angehörigengruppen liegen erste vielversprechende Studien vor (z. B. [99]). Die Forschungslücke im Bereich pflegender Angehöriger von Demenzpatienten ist vermutlich durch das Krankheitsbild der Demenz zu erklären. Angesichts des progredienten Verlaufs bestehen auf Ebene der Angehörigen-Patient-Dyade in dieser Pflegekonstellation generell eingeschränktere Möglichkeiten für Resilienzfaktoren im Vergleich zu anderen (chronischen) Erkrankungen, die eine informelle Pflege erfordern können (z. B. Krebs, Multiple Sklerose, Parkinson). Dennoch gibt es aktuell Hinweise, dass eine positive Beziehungsqualität zwischen Pflegendem und Gepflegtem durch die wahrgenommene Reziprozität v. a. zu Beginn der Demenzerkrankung protektiv wirken könnte. In zukünftigen Studien sollte der Fokus daher verstärkt auf dem frühen Erkrankungsstadium liegen. Ob die wahrgenommene Reziprozität im anfänglichen Demenzstadium auch dann noch protektiv wirkt, wenn der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, sozial zu interagieren und z. B. Respekt für die geleistete Pflege zu zeigen, könnte mithilfe längsschnittlicher Analysen festgestellt werden. Auch inwiefern die positive Beziehungsqualität per se einen Resilienzfaktor darstellt oder ihre Wirkung vielmehr über andere Faktoren, wie positive Emotionen, vermittelt wird, sollte zukünftig exploriert werden.

Resilienzfaktoren in der Angehörigen-Umwelt-Interaktion am Beispiel der sozialen Unterstützung

Allgemein beschreibt *soziale Unterstützung* Ressourcen, die einer Person von anderen bereitgestellt werden [118]. Sie wird multidimensional definiert, wobei emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung voneinander abgrenzbar sind [119]. Erstere umfasst in der Regel den Ausdruck positiver Emotionen sowie Empathie (d. h. das Erkennen, Verstehen und die Rücksichtnahme gegenüber den Emotionen einer Person) [35, 120] und erfolgt bspw. in Form tröstender Worte [119]. Instrumentelle Unterstützung bezeichnet die konkrete und häufig materielle Unterstützung einer Person, z. B. indem man dieser hilft, ein Problem zu bewältigen [35, 120]. Informationelle Unterstützung beinhaltet die Bereitstellung von Informationen zur Problemlösung, z. B. im Rahmen einer Beratung [35]. Außerdem kann zwischen erhaltener und wahrgenommener sozialer Unterstützung differenziert werden [119, 120]. Hierbei bezeichnet wahrgenommene Unterstützung die Hilfe, die einer Person in einer hypothetischen Stresssituation seitens ihres sozialen Netzwerks als subjektiv verfügbar erscheint [121]. In der Resilienzforschung zählt eine hohe soziale Unterstützung zu den am besten untersuchten Resilienzfaktoren und wurde im Kontext verschiedener Stressoren als protektiv nachgewiesen (z. B. [35, 122]). Auch für pflegende Angehörige von Demenzpatienten ist eine hohe soziale Unterstützung als Resilienzfaktor belegt (z. B. [61, 73]). Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass pflegende Angehörige, die über ausreichend soziale Unterstützung verfügen, zum einen weniger Stress (z. B. [123, 124]) erleben, zum anderen eine bessere psychische wie physische Gesundheit (z. B. Depressivität, Lebenszufriedenheit, selbstberichteter Gesundheitszustand) berichten als Angehörige ohne diese Ressource (z. B. [123, 125]). Brodaty et al. verweisen auf die Komplexität des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung einerseits und Stress bzw. Gesundheitsoutcomes andererseits [126]. So beeinflussen u. a. das Geschlecht, der ethnische Hintergrund sowie die Persönlichkeit des pflegenden Angehörigen, welche Art der sozialen Unterstützung er erhält und wie diese genutzt und wahrgenommen wird (z. B. [127]).

Generell sollte hinsichtlich der protektiven Wirkung außerdem zwischen verschiedenen Dimensionen dieses Resilienzfaktors differenziert werden [128]. Han et al. zeigten, dass eine hohe instrumentelle Unterstützung den Stress der Angehörigen Demenzkranker reduziert, während z. B. die positive soziale Interaktion (d. h. Verfügbarkeit anderer Menschen für gemeinsame soziale Aktivitäten) zur Reduktion depressiver Symptome beiträgt [129]. Die Dimensionen informationelle (d. h. Ratschläge/Feedback) und emotionale soziale Unterstützung (d. h. Ausdruck positiver Emotionen und Empathie) (vgl. [130]) hingegen zeigten in dieser Studie keinen Effekt auf Stress und Depressivität [129]. Eine hohe subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung bzw. eine ausgeprägte Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung scheint für das Stresserleben der Angehörigen sowie ihre Gesundheit von größerer Bedeutung zu sein als das Ausmaß der tatsächlich erhaltenen sozialen Unterstützung [131]. So zeigten sich z. B. positive Zusammenhänge zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und physischer Gesundheit [132], Lebenszufriedenheit [67] bzw. Wohlbefinden [133] sowie negative Korrelationen mit Stress [88, 134] und Depressivität [134]. Shurgot und Knight [127] wiesen eine hohe wahrgenommene soziale Unterstützung als Prädiktor für ein geringeres Stresserleben der Angehörigen nach, wobei diese wiederum durch die tatsächlich erhaltene Unterstützung vorhergesagt wird. In ähnlicher Weise ist eine höhere Zufriedenheit mit der Unterstützung seitens des sozialen Netzwerks bzw. mit der Teilhabe am sozialen Leben mit weniger Stress [135, 136] und weniger de-

pressiven Symptomen assoziiert (z. B. [137]). Auch im Längsschnitt sagt eine höhere Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung – unter Kontrolle der Anzahl möglicher Hilfspersonen – weniger Depressivität und eine höhere Lebenszufriedenheit vorher [138].

Die Bedeutung geringer sozialer Unterstützung als Risikofaktor ist ebenfalls vielfach belegt. Ein geringeres Ausmaß erhaltener Unterstützung ist mit mehr Stress und in der Folge mit einer höheren Depressivität assoziiert [139]. Ebenso berichten Angehörige von Demenzpatienten, die weniger soziale Unterstützung wahrnehmen, mehr Stress (z. B. [140]). Ein Review von Schulz et al. kommt zu dem Schluss, dass eine geringere wahrgenommene soziale Unterstützung mit einer schlechteren psychischen (z. B. Angst) und physischen Gesundheit (z. B. Immunfunktion) der Angehörigen Demenzkranker einhergeht [51]. Über einen 2-jährigen Zeitraum sagte eine Abnahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine Zunahme depressiver Symptome vorher [137]. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen einer geringen Wahrnehmung sozialer Unterstützung und negativen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Angehörigen (z. B. Alkoholkonsum) (z. B. [141]), wodurch deren Gesundheitszustand indirekt beeinflusst werden kann.

Trotz der Vielzahl an Befunden zur positiven Wirkung einer hohen sozialen Unterstützung sind mitunter auch „negative" Formen sozialer Unterstützung bekannt (z. B. wahrgenommene Kritik an der geleisteten Pflege, Verschlimmerung der Situation trotz gut gemeinter Hilfe), welche eher zu zusätzlichen Konflikten im sozialen Netzwerk führen und bspw. mit erhöhter Depressivität assoziiert sein können (z. B. [137]).

Zudem sind auch bezüglich der Wirkmechanismen hoher sozialer Unterstützung die bisherigen Befunde nicht eindeutig. Während Huang et al. zeigten, dass soziale Unterstützung den Effekt von Stress auf Depressivität moderiert [142], konnten Lee et al. keine Moderation nachweisen [143]. In einer Studie an pflegenden Ehefrauen und Töchtern zeigte sich eine moderierende Funktion sozialer Unterstützung für den Effekt von Stress auf Depressivität nur für emotionale Unterstützung [144]. Miller et al. testeten für den Zusammenhang zwischen Stressoren und Depressivität 2 Annahmen des Stress-Puffer-Modells (Moderation/Mediation) – in beiden Fällen ohne signifikante Ergebnisse [145]. Die stresspuffernde Wirkung dieses Resilienzfaktors ist scheinbar nicht uniform, sondern hängt von verschiedenen Quellen und Arten sozialer Unterstützung ab, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Stressprozess ansetzen [144]. Gleiches trifft auf eine mögliche Mediation der Effekte sozialer Unterstützung über die subjektive Bewertung zu. Auch eine ausgeprägte soziale Unterstützung kann dazu führen, dass pflegende Angehörige positive Aspekte ihrer Pflegerolle erkennen bzw. dieser eine Bedeutung zuschreiben (z. B. [146, 147]), wobei sich dieser Effekt nicht für alle Dimensionen zeigt [131].

Zusammenfassend ist der aktuellen Literatur zu entnehmen, dass auf Ebene der Angehörigen-Umwelt-Interaktion insbesondere eine hohe subjektiv wahrgenommene Unterstützung für die physische und psychische Gesundheit der Pflegenden relevant ist. Wie für die Resilienzfaktoren auf den anderen beiden Ebenen wurde der Zusammenhang zwischen verschiedenen Dimensionen der sozialen Unterstützung und Resilienz bislang kaum explizit betrachtet. Die überwiegend querschnittlichen Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und dem subjektiven Stresserleben sowie Gesundheitsmaßen unterstützen jedoch deren Rolle als Resilienzfaktor für diese Angehörigengruppe mit chronischer Stressorexposition. Auch für die Untersuchung sozialer Unterstützung erscheinen Längsschnittstudien für die Zukunft wünschenswert. Zudem ergibt sich die Schlussfolgerung – unter Berücksichtigung und Trennung verschiedener Dimensionen der sozialen Unterstützung – zukünftig zur Aufklärung der genauen Wirkmechanismen dieses Resilienzfaktors beizutragen.

Kritische Würdigung und Ausblick

Trotz erster „Resilienz-Studien" steht die Aufklärung des Phänomens, dass einige Angehörige angesichts der immensen Stressorexposition durch die Pflege gesundheitlich weniger belastet sind als andere, noch am Anfang. Explizite Befunde zu positiven Zusammenhängen zwischen Selbstwirksamkeitsüberzeugung, positiver Beziehungsqualität sowie hoher sozialer Unterstützung einerseits und Resilienz andererseits sind bislang wenig vorhanden (z. B. [148, 149]). Zudem sind diese Studien aufgrund heterogener und teilweise überholter Konzeptualisierungen von Resilienz (z. B. als Persönlichkeitsmerkmal) (*Info Resilienz*) nur eingeschränkt interpretierbar. Die berichteten und vielfach querschnittlichen Befunde zum Zusammenhang zwischen Resilienzfaktoren einerseits und Gesundheit trotz Stress andererseits liefern indirekt Hinweise für eine protektive Wirkung. Um ermitteln zu können, inwiefern ein potenzieller Resilienzfaktor die Resilienz der Pflegenden auch über die Zeit vorhersagt, sind in der Zukunft v. a. längsschnittliche Studien erforderlich. Hierfür bedarf es eines Gold-Standards für die Definition und Operationalisierung von Resilienz. Zudem sollten die genauen Wirkmechanismen und Interaktionen der obigen Resilienzfaktoren auf den 3 Ebenen in zukünftigen Studien weiter untersucht werden, um Präventions- und Interventionsmaßnahmen präzise auf die Bedürfnisse pflegender Angehöriger abzustimmen.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Selbstwirksamkeitserwartung auf der Angehörigenebene sowie eine ausgeprägte soziale Unterstützung in der Angehörigen-Umwelt-Interaktion sind als Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten gut belegt. Trotz einer bisher geringen Berücksichtigung der Angehörigen-Patient-Dyade unterstützt die bisherige Evidenz auch die positive Beziehungsqualität zum Demenzpatienten als Resilienzfaktor im frühen Erkrankungsstadium der Demenzbetroffenen. Angesichts vielversprechender Befunde für andere Angehörigengruppen sollte in Zukunft genauer exploriert werden, ob wahrgenommene Reziprozität zu Beginn der Demenzerkrankung protektiv wirkt und z. B. zur psychischen Anpassung der Angehörigen nach der Demenzdiagnose beiträgt. Das subjektive Respekterleben der Pflegenden bietet hierfür einen interessanten Ansatzpunkt.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

[1] Robert Koch-Institut (RKI). Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? (03.12.2015). Im Internet: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.html Stand: 30.05.2017

[2] Bickel H. Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch C, Förstl H, (Hrsg.). Demenzen. Stuttgart: Thieme; 2012: 1–15

[3] Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2015 - The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends (Oktober 2015). Im Internet: www.alz.co.uk/research/world-report-2015 Stand: 30.05.2017

[4] Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAlzG). Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber (02.11.2015). Im Internet: www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html Stand: 30.05.2017

[5] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Stellungnahme der Bundesregierung (27.06.2002). Im Internet: www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/4--altenbericht-/95594 Stand: 30.05.2017

[6] Schneekloth U. Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Z Gerontol Geriatr 2006; 39: 405–412

[7] Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse (12.03.2015). Im Internet: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html Stand: 30.05.2017

[8] Poll E, Gauggel S. Beratung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Patienten. Z Neuropsychol 2009; 20: 31–38

[9] Philipp-Metzen HE. Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz. Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2008

[10] Lichte T, Beyer M, Mand P et al. Die neue DEGAM-Leitlinie Nr 6 Pflegende Angehörige. Z Allg Med 2005; 81: 79–84

[11] Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychol Aging 2003; 18: 250–267

[12] Schulz R, Beach SR. Caregiving as a riks factor for mortality. The Caregiver Health Effects Study. JAMA 1999; 282: 2215–2219

[13] Fengler AP, Goodrich N. Wives of elderly disabled men. The hidden patients. Gerontologist 1979; 19: 175–183

[14] Richardson TJ, Lee SJ, Berg-Weger M et al. Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer`s and other dementia patients. Curr Psychiatry Rep 2013; 15: 367

[15] Beach SR, Schulz R, Williamson GM et al. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 255–261

[16] Schacke C, Zank S. Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für Wohlbefinden Pflegenden und Stabilität der häuslichen Pflegesituation. Z Gerontol Geriatr 1998; 31: 355–361

[17] Zelenski JM, Murphy SA, Jenkins DA. The Happy-Productive Worker thesis revisited. J Happiness Stud 2008; 9: 521–537

[18] Chiao C-Y, Wu H-S, Hsiao C-Y. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: a systematic review. Int Nurs Rev 2015; 62: 340–350

[19] Peng H-L, Chang Y-P. Sleep disturbance in family caregivers of individuals with dementia: a review of the literature. Perspect Psychiatr Care 2013; 49: 135–146

[20] Gräßel E. Kurzreview: Die Situation betreuender Angehöriger von Demenzkranken – Bedarf und Wirksamkeit von Entlastungsmaßnahmen. Zärztl Fortbild QualGesundhwes 2007; 101: 61–62

[21] Kurz A, Wilz G. Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Enstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. Nervenarzt 2011; 82: 336–342

[22] Weyerer S., Altersdemenz. In: Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 28) (30.11.2005). Im Internet: .www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/altersdemenz_inhalt.html Stand: 30.05.2017

[23] Winkler I, Kilian R, Matschinger H et al. Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. Z Gerontol Psychol Psychiat 2006; 19: 17–24

[24] Gouin J-P, Hantsoo L, Kiecolt-Glaser J-K. Immune dysregulation and chronic stress among older adults: a review. Neuroimmunomodulation 2008; 15: 251–259

[25] Schulz R, Sherwood P. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs 2008; 108: 23–27

[26] Roepke SK, Mausbach BT, Patterson TL et al. Effects of Alzheimer caregiving on allostatic load. J Health Psychol 2011; 16: 58–69

[27] Thommessen B, Aarsland D, Braekhus A et al. The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson´s disease. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 78–84

[28] Muraki I, Yamagishi K, Ito Y et al. Caregiver burden for impaired elderly Japanese with prevalent stroke and dementia under long-term care insurance system. Cerebrovasc Dis 2008; 25: 234–240

[29] Dougall A, Baum A. Stress, health, and illness. In: Baum A, Revenson T, Singer J.ed. Handbook of health psychology. London: Erlbaum; 2012: 53–78

[30] Schulz P, Schlotz W, Becker P. Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS, Version 3). Manual. Göttingen: Hogrefe; 2004

[31] Gaugler JE, Kane RL, Newcomer R. Resilience and transitions from dementia caregiving. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2007; 62: 38–44

[32] Deist M, Greeff AP. Resilience in families caring for a family member diagnosed with dementia. Educ Gerontol 2015; 41: 93–105

[33] Dias R, Santos RL, Sousa MF et al. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. Trends Psychiatry Psychother 2015; 37: 12–19

[34] Joling K, Windle G, Dröes R-M et al. Factors of resilience in informal caregivers of people with dementia from integrative international data analysis. Dement Geriatr Cogn Disord 2016; 42: 198–214

[35] Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Köln: BzgA; 2012

[36] Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. Nurs Forum 2007; 42: 73–82

[37] Bonanno GA, Diminich ED. Annual Research Review: positive adjustment to adversity-trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 378–401

[38] Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. Behav Brain Sci 2015; 38: e92

[39] Masten AS, Obradovic J. Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. Ecol Soc 2008; 13: 9

[40] Leppin AL, Bora PR, Tilburt JC et al. The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. PLoS One 2014; 9: e111420

[41] Wittchen HU, Hoyer J. Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: Wittchen HU, Hoyer J, (Hrsg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011: 3–25

[42] Werner EE, Smith R. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. Ithaca, NY: Cornell University Press; 2001

[43] Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults (Protocol). Cochrane Database Syst Rev 2017; 2: Art. No.: CD012527

[44] Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000; 71: 543–562

[45] Sörensen S, Duberstein P, Gill D et al. Dementia care mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. Lancet Neurol 2006; 5: 961–973

[46] Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ et al. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. Gerontologist 1990; 30: 583–594

[47] Lazarus R, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. Eur J Pers 1987; 1: 141–169

[48] Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. Aging Ment Health 2005; 9: 325–330

[49] Roepke SK, Mausbach BT, von Kanel R et al. The moderating role of personal mastery on the relationship between caregiving status and multiple dimensions of fatigue. Int J Geriatr Psychiatry 2009; 24: 1453–1462

[50] Cooper C, Balamurali TB, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anixety in caregivers of people with dementia. Int Psychogeriatr 2007; 19: 175–195

[51] Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J et al. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving prevalence, correlates, and causes. Gerontologist 1995; 35: 771–791

[52] Gräßel E. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Z Gerontol Geriat 1998; 31: 57–62

[53] Vitaliano P, Scanlan J, Zhang J et al. A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. Psychosom Med 2002; 64: 418–435

[54] Baumgarten M, Battista R, Infante-Rivard C et al. The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. J Clin Epidemiol 1992; 45: 61–70

[55] Friedman HS. Encyclopedia of mental health. Waltham, MA: Academic Press; 2016

[56] Wheaton B. Models for the stress-buffering functions of coping resources. J Health Soc Behav 1985; 26: 352–364

[57] Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull 1985; 98: 310–357

[58] Cohen S, Pressman SD. The Stress-buffering hypothesis. In: Anderson NB.ed. Encyclopedia of health and behavior. Thousans Oaks, CA: Sage; 2004: 780–782

[59] Miller B, McFall S. The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. J Health Soc Behav 1991; 32: 165–179

[60] Cherry MG, Salmon P, Dickson JM et al. Factors influencing the resilience of carers of individuals with dementia. Rev Clin Gerontol 2013; 23: 251–266

[61] Connell CM, Janevic MR, Gallant MP. The costs of caring: impact of dementia on family caregivers. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001; 14: 179–187

[62] Márquez-Gonzalez M, Losada Baltar A, Penacoba Puente C et al. Optimism as a moderator in the relationship between stress appraisals and depression in family caregivers of frail elderly people. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44: 251–255

[63] Adams KB, Smyth KA, McClendon M. Psychosocial resources as moderators of the impact of spousal dementia caregiving on depression. J Appl Gerontol 2005; 24: 475–489

[64] O'Rourke N, Kupferschmidt AL, Claxton A et al. Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over time. Aging Ment Health 2010; 14: 984–993

[65] Matsushita M, Ishikawa T, Koyama A et al. Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia? Psychogeriatrics 2014; 14: 87–92

[66] Di Mattei VE, Prunas A, Novella L et al. The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. Neurol Sci 2008; 29: 383–389

[67] Chappell NL, Reid RC. Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. Gerontologist 2002; 42: 772–780

[68] Heo GJ, Koeske G. The role of religious coping and race in Alzheimer's disease caregiving. J Appl Gerontol 2013; 32: 582–604

[69] Lopez J, Romero-Moreno R, Marquez-Gonzalez M et al. Spirituality and self-efficacy in dementia family caregiving: trust in God and in yourself. Int Psychogeriatr 2012; 24: 1943–1952

[70] Romero-Moreno R, Márquez-González M, Mausbach BT et al. Variables modulating depression in dementia caregivers: a longitudinal study. Int Psychogeriatr 2012; 24: 1316–1324

[71] Crellin NE, Orrell M, McDermott O et al. Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: a systematic review. Aging Ment Health 2014; 18: 954–969

[72] Orgeta V, Leung P. Personality and dementia caring: a review and commentary. Curr Opin Psychiatry 2015; 28: 57–65

[73] van der Lee J, Bakker TJ, Duivenvoorden HJ et al. Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: a systematic review. Ageing Res Rev 2014; 15: 76–93

[74] Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1986

[75] Mausbach BT, von Kanel R, Roepke SK et al. Self-efficacy buffers the relationship between dementia caregiving stress and circulating concentrations of the proinflammatory cytokine interleukin-6. Am J Geriatr Psychiatry 2011; 19: 64–71

[76] Fortinsky RH, Kercher K, Burant CJ. Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. Aging Ment Health 2002; 6: 153–160

[77] Gottlieb BH, Rooney JA. Validation of the RIS eldercare self-efficacy scale. Can J Aging 2003; 22: 95–107

[78] Steffen AM, McKibbin C, Zeiss AM et al. The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability and validity studies. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2002; 57: 74–86

[79] Cheng ST, Lam LC, Kwok T et al. Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. Gerontologist 2013; 53: 71–80

[80] Gonyea JG, O'Connor M, Carruth A et al. Subjective appraisal of Alzheimer's disease caregiving: the role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2005; 20: 273–280

[81] Tay KC, Seow CC, Xiao C et al. Structured interviews examining the burden, coping, self-efficacy and quality of life among family caregivers of persons with dementia in Singapore. Dementia 2014; 15: 204–220

[82] Au A, Lau K-M, Sit E et al. The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: a partial mediator between physical health and depressive symptoms. Clin Gerontol 2010; 33: 298–315

[83] Gilliam CM, Steffen AM. The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. Aging Ment Health 2006; 10: 79–86

[84] Gottlieb BH, Rooney JA. Coping effectiveness: determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. Aging Ment Health 2004; 8: 364–373

[85] Harmell AL, Mausbach BT, Roepke SK et al. The relationship between self-efficacy and resting blood pressure in spousal Alzheimer's caregivers. Br J Health Psychol 2011; 16: 317–328

[86] RRabinowitz YG, Mausbach BT, Thompson LW et al. The relationship between self-efficacy and cumulative health risk associated with health behavior patterns in female caregivers of elderly relatives with Alzheimer's dementia. J Aging Health 2007; 19: 946–964

[87] O'Dwyer ST, Moyle W, Zimmer-Gembeck M et al. Suicidal ideation in family carers of people with dementia: a pilot study. Int J Geriatr Psychiatry 2013; 28: 1182–1188

[88] Van Den Wijngaart MAG, Vernooij-Dassen MJFJ, Felling AJA. The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. Aging Ment Health 2007; 11: 626–636

[89] Rabinowitz YG, Mausbach BT, Gallagher-Thompson D. Self-efficacy as a moderator of the relationship between care recipient memory and behavioral problems and caregiver depression in female dementia caregivers. Alzheimer Dis Assoc Disord 2009; 23: 389–394

[90] Nogales-Gonzalez C, Romero-Moreno R, Losada A et al. Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. Aging Ment Health 2015; 19: 1022–1030

[91] Romero-Moreno R, Mausbach BT, Losada A et al. Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. Aging Ment Health 2011; 15: 221–231

[92] Semiatin AM, O'Connor MK. The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. Aging Ment Health 2012; 16: 683–688

[93] Noonan AE, Tennstedt SL. Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. Gerontologist 1997; 37: 785–794

[94] Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 184–188

[95] Fauth E, Hess K, Piercy K et al. Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-being. Aging Ment Health 2012; 16: 699–711

[96] Simson S, Comstock HA, Wilson LB et al. Interpersonal intimacy between caregivers and the dementia impaired. Am J Alzheimers Dis Other Demen 1989; 4: 28–32

[97] Lawrence RH, Tennstedt SL, Assman SF. Quality of the caregiver-care recipient relationship: does it offset negative consequences of caregiving for family caregivers? Psychol Aging 1998; 13: 150–158

[98] Neufeld A, Harrison MJ. Men as caregivers reciprocal relationships or obligation? J Adv Nurs 1998; 28: 959–968

[99] McPherson CJ, Wilson KG, Chyurlia L et al. The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 2011; 9: 29

[100] del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA. Subjective burden and cultural motives for caregiving in informal caregivers of older people. J Nurs Scholarsh´ 2011; 43: 282–291

[101] Spears R, Ellemers N, Doosje B. Let me count the ways in which I respect thee: does competence compensate or compromise lack of liking from the group? Eur J Soc Psychol 2005; 35: 263–279

[102] Hendrick SS, Hendrick C. Measuring respect in close relationships. J Soc Pers Relat 2006; 23: 881–899

[103] De Cremer D, Mulder LB. A passion for respect. On understading the role of human needs and morality. Gruppendynamik Organ 2007; 38: 439–449

[104] De Cremer D, Tyler TR. Am I respected or not? Inclusion and reputation as issues in group membership. Soc Justice Res 2005; 18: 121–153

[105] Quinn C, Clare L, Woods B. The impact of the quality of relationship on the experiences and wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. Aging Ment Health 2009; 13: 143–154

[106] Ablitt A, Jones GV, Muers J. Living with dementia: a systematic review of the influence of relationship factors. Aging Ment Health 2009; 13: 497–511

[107] Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. J Geriatr Psychiatry Neurol 2007; 20: 115–119

[108] Quinn C, Clare L, McGuinness T et al. The impact of relationships, motivations, and meanings on dementia caregiving outcomes. Int Psychogeriatr 2012; 24: 1816–1826

[109] Gold DP, Cohen C, Shulman K et al. Caregiving and dementia: predicting negative and positive outcomes for caregivers. Int J Aging Hum Dev 1995; 41: 183–201

[110] Campbell P, Wright J, Oyebode J et al. Determinants of burden in those who care for someone with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 1078–1085

[111] Braun M, Mura K, Peter-Wight M et al. Toward a better understanding of psychological well-being in dementia caregivers: the link between marital communication and depression. Fam Process 2010; 49: 185–203

[112] Mahoney R, Regan C, Katona C et al. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 13: 795–801

[113] Ybema JF, Kuijer RG, Buunk BP et al. Depression and perceptions of inequity among couples facing cancer. Pers Soc Psychol Bull 2001; 27: 3–13

[114] Yang CT, Liu HY, Shyu YI. Dyadic relational resources and role strain in family caregivers of persons living with dementia at home: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud 2014; 51: 593–602

[115] Steinmetz A. Demenzkranke Menschen.In: Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten Kommunikation ohne Worte - KoW. Wiesbaden: Springer; 2016: 51–72

[116] Feast A, Orrell M, Russell I et al. The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated with behavioural and psychological symptoms in dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2017; 32: 76–85

[117] Quinn C, Clare L, Woods RT. What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? Int J Geriatr Psychiatry 2012; 27: 1195–1202

[118] Cohen S, Syme S. Issues in the study and application of social support. In: Cohen S, Syme S.ed. Social support and health. San Francisco: Academic Press; 1985: 3–22

[119] Schulz U, Schwarzer R. Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). Diagnostica 2003; 49: 73–82

[120] Semmer NK, Elfering A, Jacobshagen N et al. The emotional meaning of instrumental social support. Int J Stress Manag 2008; 15: 235–251

[121] Klauer T, Knoll N, Schwarzer R et al. Soziale Unterstützung: Neue Wege in der Forschung. Z Gesundheitspsychol 2007; 15: 141–142

[122] Southwick SM, Charney DS. Resilience: the science of mastering life's greatest challenges. Cambridge: Cambridge University Press; 2012

[123] Morris LW, Morris RG, Britton PG. Social support networks and formal support as factors influencing the psychological adjustment of spouse caregivers of dementia sufferers. Int J Geriatr Psychiatry 1989; 4: 47–51

[124] Choo WY, Low WY, Karina R et al. Social support and burden among caregivers of patients with dementia in Malaysia. Asia Pac J Public Health 2003; 15: 23–29

[125] Haley WE, Levine EG, Brown SL et al. Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. Psychol Aging 1987; 2: 323–330

[126] Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues Clin Neurosci 2009; 11: 217–228

[127] Shurgot GR, Knight BG. Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perveived burden in dementia caregivers: pilot test of the Transactional Stress and Social Support Model. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2005; 60: 331–334

[128] Fiore J, Coppel DB, Becker J et al. Social support as a multifaceted concept: examination of important dimensions for adjustment. Am J Community Psychol 1986; 14: 93–111

[129] Han JW, Jeong H, Park JY et al. Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. Int Psychogeriatr 2014; 26: 1639–1648

[130] Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991; 32: 705–714

[131] Lawton MP, Moss M, Kleban MH et al. A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1991; 46: 181–189

[132] Monahan DJ, Hooker K. Health of spouse caregivers of dementia patients: the role of personality and social support. Soc Work 1995; 40: 305–314

[133] Borden W. Stress, coping, and adaptation in spouses of older adults with chronic dementia. Soc Work Res Abstr 1991; 27: 16–21

[134] Schäufele M, Köhler L, Lode S et al. Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert? Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Deutschland. Z Gerontol Psychol Psychiat 2007; 20: 197–210

[135] Vitaliano PP, Russo J, Young HM et al. Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. Psychol Aging 1991; 6: 392–402

[136] Kramer BJ. Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. Gerontologist 1997; 37: 239–249

[137] Schulz R, Williamson GM. A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. Psychol Aging 1991; 6: 569–578

[138] Clay OJ, Roth DL, Wadley VG et al. Changes in social support and their impact on psychosocial outcome over a 5-year period for African American and White dementia caregivers. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 857–862

[139] Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T et al. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2000; 55: 2–13

[140] Harwood DG, Barker WW, Ownby RL et al. Predictors of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 481–487

[141] Gallant MP, Connell CM. Predictors of decreased self-care among spouse caregivers of older adults with dementing illnesses. J Aging Health 1997; 9: 373–395

[142] Huang C-Y, Musil CM, Zauszniewski JA et al. Effects of social support and coping of family caregivers of older adults with dementia in Taiwan. Int J Aging Hum Dev 2006; 63: 1–25

[143] Lee HJ, Seo JM, Ahn SH. The role of social support in the relationship between stress and depression among family caregivers of older adults with dementia. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2003; 33: 713–721

[144] Li LW, Seltzer MM, Greenberg JS. Social support and depressive symptoms: differential patterns in wife and daughter caregivers. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1997; 52: 200–211

[145] Miller B, Townsend A, Carpenter E et al. Social support and caregiver distress: a replication analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001; 56: 249–256

[146] Lee Y, Choi S. Korean American dementia caregivers' attitudes toward caregiving: the role of social network versus satisfaction with social support. J Appl Gerontol 2013; 32: 422–442

[147] Savundranayagam MY. Receiving while giving. The differential roles of receiving help and satisfaction with help on caregiver rewards among spouses and adult children. Int J Geriatr Psychiatry 2013; 29: 41–48

[148] Wilks SE, Croom B. Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support. Aging Ment Health 2008; 12: 357–365

[149] Fitzpatrick K, Vacha-Haase T. Marital satisfaction and resilience in caregivers of spouses with dementia. Clin Gerontol 2010; 33: 165–180