

Der Einfluss psychosozialer Faktoren
auf die Bewältigung von Altersprozessen
und
die Bedeutung von Altersbildern für die Wahrnehmung des
eigenen Älterwerdens

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

von Julia Lindloh
geboren am 01.02.1989 in Suhl

Gutachter

1. PD Dr. Jenny Rosendahl, Jena
2. apl. Prof. Dr. Ulrich Alfons Müller, Jena
3. Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich, Greifswald

Tag der öffentlichen Verteidigung: 07.08.2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Zusammenfassung	1
2 Einleitung	3
2.1 Soziodemografische Entwicklungen und struktureller Wandel des Alters	3
2.2 Alter(n) und Altersübergänge	6
2.2.1 Theorien zum „erfolgreichen Altern“	7
2.2.2 Altersbilder und Altersidentitäten	10
2.2.3 Altern im Lebenslauf und Altersübergänge.....	13
2.3 Psychosoziale Faktoren und Altern.....	17
2.3.1 Resilienz.....	17
2.3.2 Bindungssicherheit	21
3 Fragestellung und Hypothesen	27
3.1 Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und der erfolgreichen Bewältigung von Altersprozessen	27
3.1.1 Gesundheit und Lebenszufriedenheit	27
3.1.2 Resilienz und Gesundheit.....	28
3.1.3 Resilienz und Lebenszufriedenheit.....	28
3.1.4 Bindungssicherheit und Gesundheit	29
3.1.5 Bindungssicherheit und Lebenszufriedenheit	29
3.2 Altersbilder, Altersidentitäten und altersbedingte Transitionen	30
4 Methodik	31
4.1 Studiendesign und -durchführung.....	31
4.2 Quantitative und qualitative Messinstrumente	32
4.2.1 Erfassung der psychosozialen Merkmale: Resilienz und Bindungssicherheit	33
4.2.1.1 Resilienz	33
4.2.1.2 Bindungssicherheit.....	34
4.2.2 Erfassung (psycho-)somatischer Merkmale.....	36
4.2.2.1 Objektiver Gesundheitszustand	36
4.2.2.2 Subjektive Körperbeschwerden	37
4.2.3 Erfassung der Lebenszufriedenheit	38
4.3 Statistische Methoden zur Auswertung der quantitativen Daten	39

4.3.1 Deskriptive Datenanalyse	40
4.3.2 Explorative Datenanalyse	40
4.4 Qualitative Inhaltsanalyse zur Auswertung des Interviews über Altersübergänge	41
4.4.1 Datenmaterial	41
4.4.2 Datenauswertung	42
4.4.3 Definition der Hauptkategorien	46
5 Ergebnisse.....	47
5.1 Stichprobe.....	47
5.1.1 Soziodemografische Merkmale	48
5.1.2 Psychosoziale Merkmale	50
5.1.3 (Psycho-)Somatische Merkmale.....	50
5.1.3.1 Objektiver Gesundheitszustand	50
5.1.3.2 Subjektive Körperbeschwerden	51
5.1.4 Lebenszufriedenheit	53
5.2 Hypothesenprüfung.....	54
5.2.1 Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Parametern und Lebenszufriedenheit	55
5.2.2 Zusammenhänge zwischen Resilienz und gesundheitsbezogenen Parametern.....	56
5.2.3 Zusammenhänge zwischen Resilienz und Lebenszufriedenheit	57
5.2.4 Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und Gesundheit.....	58
5.2.5 Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und Lebens- zufriedenheit.....	60
5.3 Erkenntnisse aus der qualitativen Interviewauswertung zum Thema „Altersübergänge“	64
5.3.1 Definition und Ankerbeispiele der Hauptkategorien.....	64
5.3.2 Illustration der Kategorien zum Thema „Altersbilder“.....	70
5.3.3 Illustration der Kategorien zum Thema „altersbedingte Transitionen“	90
6 Diskussion.....	93
6.1 Inhaltliche Diskussion	94
6.1.1 Quantitative Forschungsergebnisse	94
6.1.1.1 Merkmale der Studienpopulation	94
6.1.1.2 Einfluss der psychosozialen Merkmalsfaktoren auf die Bewältigung von Altersprozessen	97

6.1.2 Qualitative Forschungsergebnisse	102
6.2 Methodische Diskussion	115
7 Schlussfolgerungen.....	119
8 Literatur- und Quellenverzeichnis	122
9 Anhang.....	129
Anhang A: Abbildungsverzeichnis.....	129
Anhang B: Tabellenverzeichnis.....	130
Anhang C: Resilienzskala-13	131
Anhang D: Leitfaden zum Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating	132
Anhang E: Gießener Beschwerdebogen-24.....	136
Anhang F: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit	137
Anhang G: Leitfaden zum Interview über „Alter(n) und Altersübergänge“	139
Anhang H: Illustration der qualitativen Inhaltsanalyse anhand eines Probandenbeispiels	140
Anhang I: Danksagung.....	141
Anhang J: Ehrenwörtliche Erklärung	142

Abkürzungsverzeichnis

CIRS-G	Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric
DVD	Digital Video Disc/ Digital Versatile Disc
EBPR	Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
GBB(-24)	Gießener Beschwerdebogen(-24)
(f)MRT	(funktionelle) Magnetresonanztomographie
RS	Relationship Questionnaire
RS-25	Resilienzskala-25
RS-13	Resilienzskala-13
RSQ	Relationship Scales Questionnaire
RSM	Relevante Somatische Morbidität
SMI	Somatischer Morbiditätsindex
SOK	Konzept der Selektion, Optimierung und Kompensation

1 Zusammenfassung

Aufgrund des Anstiegs der älteren gegenüber der jüngeren Bevölkerung in der Gesellschaft, der gestiegenen „ferneren“ Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme von Hochaltrigkeit, sehen sich immer mehr Menschen mit persönlichen, zum Teil auch drastischen Veränderungen und Verlusten in diesem Lebensabschnitt konfrontiert. Gleichzeitig treten wesentliche Herausforderungen für die Sorge tragenden Personen der medizinischen und psychologischen Betreuung auf.

Ziel dieser Arbeit war zum einen die Untersuchung psychosozialer Persönlichkeitsfaktoren in einer älteren Probandenpopulation und deren Beitrag zu einer erfolgreichen Bewältigung altersbedingter Herausforderungen. Hierfür wurde mittels quantitativer Forschungsmethoden der protektive Einfluss von Resilienz und Bindungssicherheit auf die Lebensqualität älterer Menschen überprüft. Um zum anderen einen realitätsnahen Erkenntnisgewinn im Erleben altersbedingter Prozesse und Verluste zu erhalten, wurden qualitative Forschungsmethoden gewählt.

Zunächst wurden in einer Querschnittsstudie 81 Probanden im Alter von durchschnittlich 70 Jahren eingeschlossen, bei denen Trait-Resilienz mittels der Resilienzskala (RS-13) sowie die Bindungssicherheit mittels des Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ratings erhoben wurde. Darüber hinaus wurden zur Erfassung verschiedener (psycho-)somatischer Parameter sowie der Lebenszufriedenheit die „Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric“ (CIRS-G), der „Gießener Beschwerdebogen“ (GBB-24) sowie der „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ) eingesetzt.

Entsprechend der Hypothesen konnte belegt werden, dass objektiv nachweisbare, gesundheitliche Beeinträchtigungen in der untersuchten Studienpopulation verstärkt mit subjektiven Körperbeschwerden einhergehen. Daneben konnte nachgewiesen werden, dass Bindungssicherheit eine signifikante, protektive Wirkung auf die Beziehung dieser gesundheitsrelevanten Indikatoren zueinander ausübt. Gleichzeitig wiesen die bindungssicheren Probanden auch eine höhere Lebenszufriedenheit auf. Untersuchungsteilnehmer, die über ein hohes Ausmaß an Resilienz verfügten, wiesen zudem einen besseren, objektiven Gesundheitszustand sowie weniger subjektive Körperbeschwerden auf, und gaben darüber hinaus höhere Werte für ihre Lebenszufriedenheit an. In der Zusammenschau der vorliegenden Befunde und des

bisherigen Kenntnisstands zur Bindungssicherheit bei Erwachsenen (im mittleren wie höheren Lebensalter), lässt sich unter anderem ableiten, dass eine sichere Bindung zwischen Patient und Therapeut bzw. Arzt, einen wesentlichen klinischen Mehrwert aufweist, indem sie zu einem höheren Behandlungserfolg führen kann. Für die Resilienz kann geschlussfolgert werden, dass sich dieses Personenmerkmal positiv auf die Bewältigung (psycho-)somatischer Pathologien auswirken kann.

In einer 2. Teilstudie wurden 20 Probanden aus der Gesamtstudienpopulation zusätzlich interviewt, um einen Einblick über die bisher bekannten, altersbedingten Belastungserfahrungen hinaus zu erhalten, und Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Erlebnisse mit der Wahrnehmung von Transitionen ins hohe Lebensalter verbunden sein könnten. Das resultierende Datenmaterial wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei wurde die Wahrnehmung von Alternsprozessen gut anhand der Dimensionen von Altersfremdbildern, Altersidentitäten und Vorstellungen über das Altsein in der Zukunft erkennbar. Es konnte festgestellt werden, dass insgesamt ein überwiegend negatives, defizitbehaftetes, teils auch stereotypes Bild vom Alter(n) vorzuherrschen scheint. Für die Ausbildung der Altersidentitäten erfolgt unterdessen zwar eine Orientierung an den gemeinhin geteilten Vorstellungen über das Alter(n), z.B. im Sinne körperlicher Beeinträchtigungen, jedoch werden die persönlichen Erfahrungen mit dem Altern deutlich differenzierter und milder beurteilt. In Bezug auf die bestehenden theoretischen Überlegungen zur Einteilung des hohen Lebensalters, lassen sich die Probanden der vorliegenden Studie somit am ehesten der Gruppe der „jungen Alten“ zuordnen, auch wenn der Eintritt in diese Lebensphase nicht mehr durch die Beendigung der Erwerbstätigkeit markiert wird. Als zentral erscheint der Befund, dass der zukünftig erwartete Lebensabschnitt des „echten, hohen Alters“ (traditionell den „alten Alten“ entsprechend) nicht nur mit ebenso negativen Attributen besetzt ist wie die allgemein bestehenden Alters(fremd)bilder, sondern diesem offenbar mit starken Ängsten vor Verlusten (vor allem) im Bereich der Autonomie entgegengesehen wird. Ein wichtiges Ziel in der Versorgung Älterer, sollte demnach die Erschaffung von altersgerechten Lebensbedingungen sein, die sich durch ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit auszeichnen, auch im Falle des Eintretens von Pflegebedürftigkeit.

2 Einleitung

2.1 Soziodemografische Entwicklungen und struktureller Wandel des Alters

Das Thema „Alter(n)“ nimmt aufgrund des steigenden Anteils der älteren gegenüber der jüngeren Bevölkerung einen wachsenden Stellenwert ein. Laut Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (2015) wird für das Jahr 2060 ein Anstieg der 65-Jährigen und Älteren (von 21%) auf ein Drittel der Gesamtbevölkerung erwartet, während die unter 20-Jährigen (von 18%) auf 16% zurückgehen werden. Die „Alterung“ der Gesellschaft spiegelt sich auch besonders in der wachsenden Population der Hochbetagten wider. Im Jahr 2013 waren 4,4 Mio. Menschen 80 Jahre oder älter, dies entsprach einem Anteil von 5%. Währenddessen wird es im Jahr 2060 mit 9 Mio. Menschen fast doppelt so viele Menschen in dieser Altersgruppe geben.

Ursächlich für diese soziodemografischen Entwicklungen ist eine gestiegene Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkenden Geburtenraten. Fortschritte in der medizinischen Versorgung, der Hygiene, der Ernährung, der Wohnsituation sowie die verbesserten Arbeitsbedingungen und der gestiegene materielle Wohlstand haben dabei einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Überlebensverhältnisse geleistet (Statistisches Bundesamt 2015). Dabei sank in den letzten 140 Jahren zunächst vor allem die Sterblichkeit im Neugeborenen- und Kindesalter und später die der älteren Menschen (über 65 Jahre) signifikant.

Neben den statistischen Kennzahlen konstatiert u.a. die soziologische Wissenschaft (Tews 1992, Bäcker, Naeyele et al. 2010) besondere Merkmale des strukturellen Alterswandels:

- 1) Zum einen wird eine **Verjüngung des Alters** beobachtet. Dies kann im positiven Sinne gedeutet werden (z.B. indem sich ältere Menschen zunehmend jünger einschätzen), aber auch im negativen Sinne (z.B. indem ältere Arbeitnehmer weniger Chancen auf eine Einstellung haben als jüngere Arbeitnehmer und sich somit frühzeitig im Lebenslauf mit ihrem eigenen „Alter“ konfrontiert sehen).
- 2) Durch eine frühe Berufsaufgabe und gleichzeitig gestiegene Lebenserwartung hat sich die Phase des Alters zeitlich ausgedehnt und zunehmend als ein eigenständiger Lebensabschnitt ohne berufliche Verpflichtungen herausgebildet: eine **Entberuflichung des Alters** wird festgehalten.

- 3) Das hohe Lebensalter ist durch eine **Feminisierung** gekennzeichnet, indem sich das Geschlechterverhältnis zugunsten der weiblichen Bevölkerung verschiebt. Der Effekt ist umso stärker, je höher das betrachtete Lebensalter ist. Ursachen finden sich in einer höheren Lebenserwartung für Frauen und in den zum Teil noch anhaltenden Folgen des Zweiten Weltkriegs.
- 4) Je höher das Lebensalter eines Menschen ist, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit (ungewollten) Alleinlebens, v.a. durch den Verlust des (Ehe-)Partners (durch Scheidung, Trennung und Verwitwung). Dieses Strukturmerkmal der **Singularisierung** birgt das Risiko der sozialen Isolation und stellt insbesondere für ältere Frauen ein Problem dar, da sie neben der höheren Lebenserwartung häufig jünger als ihre Lebenspartner sind.
- 5) Eine Dimension des Strukturwandels stellt die zunehmende **Hochaltrigkeit** der Bevölkerung dar. Der Anteil der über 90- bis 100-Jährigen steigt anhaltend. Entsprechend muss sich ein immer höherer Anteil der Bevölkerung mit problematischen Aspekten auseinandersetzen, die als negative Erwartung eng mit dem hohen Alter verbunden sind. Zu diesen Aspekten zählen zum Beispiel soziale Isolation, physische Krankheit (zunehmend auch Multimorbidität), psychische Erkrankungen und eine Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit (wobei die Demenz als eine besonders drastische Form zu nennen ist). In diesem Zusammenhang steht eine zunehmende Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie ein steigender medizinischer Behandlungsbedarf.

Weiterhin kann der Lebensabschnitt „Alter“ aus gesellschaftswissenschaftlicher Perspektive mit Beginn des 19. Jahrhunderts als ein Korrelat der Industrialisierung betrachtet werden (van Dyk 2007). In diesem Zusammenhang wird auf die Einführung des Regelpensionsalters hingewiesen, welches die individuelle Arbeitsunfähigkeit der Bevölkerung berücksichtigen und eine Absicherung gegen finanzielle Nöte schaffen sollte. Mit der Etablierung eines auch gesellschaftlich „akzeptierten Ruhestands“ wurde dieses Ziel in den 1950er bis 1960er Jahren erreicht und stellte seither – in Abgrenzung von der vorherigen Vorbereitungs- und Erwerbsphase – eine bedeutsame Lebenszäsur dar (u.a. Kohli 1985, 2000; van Dyk 2007). Kohli (2000) misst dem Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand eine wichtige Bedeutung als Altersgrenze bei. Es wird festgestellt, dass das deutsche Rechtssystem zwar ein breites Repertoire an Möglichkeiten zum Berufsausstieg bietet, und

auch ein Trend zur Ausdehnung der Übergangsphase zwischen Erwerbsleben und Ruhestand besteht, die Bevölkerung jedoch aktuell noch deutlich häufiger eine frühere Berentung als ein sukzessives Austreten aus dem Erwerbsleben über Alterszeitregelungen nutzt. Hierbei kommt vor allem die Anwendung des Blockmodells mit Vollarbeitszeit und Vollfreistellung zum Tragen.

Außerdem wird beobachtet, dass weiterhin ein Großteil der Bevölkerung auf eine Berufsaufgabe im Alter von 60 Jahren orientiert. Dabei dient dieses klassische Rentenalter zwar als Planungsgröße für den Lebenslauf der älteren Erwerbstätigen. Jedoch verliert diese Altersgrenze für die subjektive Gliederung des Lebenslaufs an ihrer soziokulturellen und psychologischen Bedeutung, da der Beginn des „(hohen) Alters“ auf ca. 10 Jahre später angegeben wird, also auf 70 bis 75 Jahre (Kohli 2000).

In der Soziologie findet sich eine Unterteilung des Alters, deren Kriterien sich vor allem aus der körperlichen Funktionsfähigkeit und damit verbundenen Möglichkeit der gesellschaftlichen Partizipation schöpft - die Unterteilung in ein „drittes“ und ein „viertes“ Lebensalter. Diese Untergliederung ist auf Peter Laslett (1995) zurückzuführen, der den Lebenslauf in vier Abschnitte gruppierte - unter anderem auf der Grundlage der qualitativen Kriterien der sozialen Verpflichtung und Selbsterfüllung:

- Das „erste Alter“ wird durch die Lebensphase des Kindesalters von der Geburt bis zum Alter der Mündigkeit festgelegt und ist gekennzeichnet durch Abhängigkeit, Sozialisation, Unreife und Erziehung.
- Das darauffolgende „zweite Alter“ stellt sich durch eine Zeit der Unabhängigkeit, Reife und Verantwortung, des Verdienens und Sparens dar.
- Laslett fokussiert in seinen Arbeiten besonders auf das „dritte Alter“, dessen Beginn in der Regel durch den Übergang in den Ruhestand markiert wird. Es ist durch persönliche Erfüllung charakterisiert, da diese Phase des Lebens durch wenige soziale Reglementierungen – zum Beispiel im Rahmen der Erwerbsarbeit - gestört wird. Laslett stellt das dritte Alter aufgrund der gewonnenen Freiheit für die persönliche Selbstverwirklichung als den Höhepunkt des Lebenslaufs dar.
- Das „vierte Alter“ wird vor allem durch den körperlichen Verfall definiert (Laslett 1995).

In der entwicklungspsychologischen Literatur wird die durch Laslett eingeführte Gliederung in ein drittes und viertes Alter durch die Begriffe der „jungen Alten“ und der „alten Alten“ ergänzt (u.a. (Baltes 1999).

Unter diesem Aspekt werden die Angehörigen des dritten Alters zu den **„jungen Alten“** zusammengefasst, die zum einen über einen guten Gesundheitszustand verfügen und zum anderen (größtenteils) materiell ausreichend versorgt sind. Sie nehmen als aktive Bevölkerungsgruppe am gesellschaftlichen Geschehen teil.

Demgegenüber verkörpern die **„alten Alten“** im vierten Lebensalter die Hochaltrigkeit, die durch körperliche Funktionseinbußen gekennzeichnet ist. Diese Gruppe der alten Bevölkerung wird mit den Attributen Krankheit, Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit in Verbindung gebracht (van Dyk 2007, van Dyk und Lessenich 2009).

Im Vergleich zur eindeutigen Unterteilung des Lebenslaufs in Erwerbs- und Nacherwerbsphase ist der Übergang vom dritten ins vierte Lebensalter weniger eindeutig bestimmt. Aus pragmatischen Gründen verständigt sich die Sozialwissenschaft auf eine Zuordnung zum „dritten Alter“ bei Menschen, die ca. 60 bis 75 Jahre alt sind, während über 80-(bis 100-) Jährige dem „vierten Lebensalter“ zugeordnet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Lebensphase „Alter“ im letzten Jahrhundert in bedeutendem Maße ausgedehnt hat: zum einen als eine Folge des frühen Berufsausstiegs, zum anderen aufgrund der gestiegenen „ferneren“ Lebenserwartung als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts: Die Altersphase hat sich in ihrer zeitlichen Dimension ausgeweitet (bis zu 30 Jahre und mehr) und im Sinne der persönlichen Lebensplanung an Bedeutung gewonnen. Die soziologische Wissenschaft nimmt eine Einteilung dieses Lebensabschnitts in das „dritte Alter“ (bzw. die „jungen Alten“) und das „vierte Alter“ (bzw. die „alten Alten“) vor.

2.2 Alter(n) und Altersübergänge

Neben den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen spielen auch die biologischen bzw. medizinischen und psychologischen Faktoren, also die intrapersonellen Prozesse, eine zentrale Rolle für die Entwicklung eines alternden Menschen. Deshalb ist in der Altersforschung die Anwendung übergreifender Konstrukte Wegweisend.

2.2.1 Theorien zum „erfolgreichen Altern“

Das „**Konzept des kompetenten bzw. erfolgreichen Alter(n)s**“ (Baltes und Baltes 1989) hat bis heute eine grundlegende Bedeutung in der Erforschung von Alter(n)sprozessen. Eine mögliche Definition des erfolgreichen Alterns ist der „phänotypische Ausdruck einer grundlegenden Fähigkeit, auf Herausforderungen des Selbst sowie biologischer und ökologischer Systeme adäquat und flexibel zu reagieren“ (van Dyk 2009 unter Bezugnahme auf Featherman 1989, S. 17). Dabei wurde der Begriff des „successful aging“ im Amerikanischen zunächst auf objektive Kriterien angewendet und in Abgrenzung zum „normalen Altern“ („normal aging“) verstanden. Demnach bedeutete erfolgreiches Altern, keine oder kaum körperliche Funktionseinbußen im Alter zu verzeichnen, während „normales Altern“ nicht-krankheitsbedingte, jedoch altersbedingte Funktionseinbußen beinhaltete (Rowe und Kahn 1987). „Erfolgreiches Altern“ wurde erstmals als ein beeinflussbares Entwicklungsziel dargestellt. Neben dem Gesundheitsstatus zählten u.a. kognitive Funktionen als Kriterien für einen gelingenden Alternsprozess. In Anlehnung an das Konzept des „successful aging“ von Rowe und Kahn wurden später subjektive Kriterien für ein erfolgreiches Altern eingeführt, wie die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, die beispielsweise durch eine psychische Anpassungsfähigkeit auf persönliche Verluste aufrecht erhalten werden kann (Baltes und Baltes 1989, Schroeter 2004, Jeste, Depp et al. 2010). Paul B. Baltes und Margret M. Baltes (1989) betonten in der Tradition des „successful aging“ die Variabilität des Alternsprozesses, die sich von der zuvor angenommenen „Fixierung“ des Alter(n)s abgrenzt. Dem Alternsprozess werden dabei auf der individuellen Ebene neue Handlungs- und Spielräume zugesprochen. Gleichzeitig wird das mittlere Lebensalter nicht mehr als Maßstab herangezogen, vielmehr treten die eigenen persönlichen Ressourcen in den Fokus (van Dyk 2009).

Ein „erfolgreiches Altern“ wird anhand verschiedener Strategien älterer Menschen erklärt, die sich supportiv auf die Bewältigung altersbedingter Herausforderungen auswirken können:

- Als Schlüsselwörter des „erfolgreichen Alterns“ kann das Konzept der „**Selektion**“, „**Kompensation**“ und „**Optimierung**“ (**SOK**) genannt werden, das einen Prozess der Adaptation beschreibt. Dieser (grundsätzlich allgemeine, ein Leben lang zu beobachtende) Prozess erfährt im Alter eine besondere

Bedeutung, da diese Phase des Lebens durch einen Verlust an „biologischen, mentalen und sozialen Kapazitätsreserven“ gekennzeichnet ist. Die Strategie der „Selektion“ beschreibt dabei die Konzentration auf Bereiche hoher (persönlicher) Priorität, wenn besondere altersbedingte Herausforderungen auftreten. Der Begriff der „Optimierung“ beinhaltet die (quantitative und qualitative) Verbesserung der ausgewählten Lebensbereiche. Unter der „Kompensation“ wird der Ausgleich nicht mehr zu bewerkstelliger Verhaltensweisen durch alternative Handlungen verstanden (Baltes und Baltes 1989). Die Anwendung der „SOK“ wird als Schutzfaktor für das subjektive Wohlbefinden angesehen und kann somit „erfolgreiches“ Altern begünstigen.

- Brandtstädter und Rothermund (1998) sehen die Herausforderungen des Älterwerdens insbesondere in der Aufrechterhaltung des Selbstbildes, das durch altersbedingte Verluste gefährdet ist. Hieraus kann eine Diskrepanz zwischen persönlichen Handlungszielen und –möglichkeiten resultieren. Sogenannte assimilative und akkomodative Bewältigungsformen können dabei helfen, Wohlbefinden wiederzuerlangen. Unter der „**Assimilation**“ wird ein Bewältigungsprozess verstanden, bei dem an einem bestimmten persönlichen Ziel festgehalten wird und in dessen Vordergrund die Veränderung der gegebenen (Umwelt-)Situation steht (Brandtstädter und Rothermund 1998). Wenn dieses Ziel aufgrund abnehmender Ressourcen nicht mehr zu erreichen ist, tritt die „**Akkomodation**“ in den Vordergrund. Im Zuge dieses kognitiven Prozesses wird das Ziel den individuellen Möglichkeiten im Sinne einer Anspruchsregulierung bzw. –reduzierung angepasst. Unterstützend kann beispielsweise die Anwendung neuer Vergleichsmaßstäbe dienen (Brandtstädter und Rothermund 1998). Insgesamt wirkt sich die Bewältigung des konfliktbehafteten und primär als Misserfolg empfundenen Nichterreichens eines Ziels oder persönlichen Standards entlastend aus und kann die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines Gefühls von Selbstachtung und Kontrolle leisten (Kruse 1998).

Für die emotionale Bewältigung von Alternsprozessen erscheinen Befunde über die **Affektregulation** im höheren Alter von Relevanz zu sein. Diesbezüglich nimmt der negative Affekt im dritten Lebensalter ab und bleibt anschließend stabil (Kessler, Lindenberger et al. 2009). Insbesondere identifizierten die Autoren Hinweise auf einen positiven, niedrig aktivierten Affekt (z.B. entspannt und zufrieden) als eine

typische altersbedingte Erscheinung. Für die Neigung zu positiven Emotionen werden verschiedene Überlegungen herangezogen. Es wird davon ausgegangen, dass die wiederholte Auseinandersetzung mit aversiven Erfahrungen im Laufe des Lebens zu einer ausgereiften Kompetenz im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen führt. Im engen Zusammenhang mit der Theorie über eine stabile Affektregulation im hohen Lebensalter, stehen die Theorien des „Positivity Bias“ bzw. „Positivity Effects“, welche vor allem im Rahmen der sog. „sozioemotionalen Selektivitätstheorie“ eine Rolle spielen. Es wird angenommen, dass die reduzierte Lebenszeitperspektive älterer Menschen zu einer veränderten Zielsetzung und Priorisierung von Lebensbereichen führt – und zwar im Sinne der Betonung emotional bedeutsamer Aspekte im Leben (Carstensen und Mikels 2005). Damit ist zum Beispiel die Investition kognitiver und sozialer Ressourcen in Beziehungen zu nahe stehenden Menschen gemeint. Ebenso findet eine selektive Verarbeitung für positive Informationen statt, wie sich zum Beispiel in der Studie von Carstensen und Mikels (2005) zeigte, in der freundliche Gesichter von den älteren Studienteilnehmern besser erinnert wurden als unfreundliche Gesichter. In der jüngeren Vergleichsgruppe gab es diesbezüglich keine Unterschiede.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kam eine Forschungsgruppe aus Hamburg, die zusätzlich zum Einsatz emotional unterschiedlich gefärbter Gesichter die Aufnahme eines fMRT's zur Untersuchung hinzuzog (Brassen, Gamer et al. 2011).

Der Positivity Bias scheint auch für die Integration bereits vergangener Ereignisse in die individuelle Lebensgeschichte älterer Menschen eine Rolle zu spielen, wobei positiven Erlebnissen eine stärkere Bedeutung für die persönliche Identität zugeschrieben wird als negativen Erlebnissen (Berntsen, Rubin et al. 2011).

Das Modell des „Positivity Effects“ dient also möglicherweise der Bewältigung aversiver Erfahrungen, die mit bestimmten Alter(n)sprozessen zusammenhängen, indem eine Selektion positiver Informationen stattfindet und negative Wahrnehmungen weniger Aufmerksamkeit erhalten.

Die Gerontologie verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „Zufriedenheitsparadox“, der ausdrücken soll, dass ältere Menschen trotz altersbedingter Verluste über lange Zeit zufrieden mit ihrem Leben sind (u.a. Brandstädter und Rothermund 1998).

2.2.2 Altersbilder und Altersidentitäten

Altersbilder spielen in der Wahrnehmung von (eigenen) Alter(n)sprozessen sowie von altersassoziierten Verlusten eine tragende Rolle – und prägen somit die Ausformung von Altersidentitäten.

Identität wird als „...die Empfindung oder das Gefühl, wer man ist und wie man sich selbst begreift“ definiert (Sowarka und Au 2008, S. 8). In diesem Zusammenhang wird auch die Formung der persönlichen und sozialen Identität in Abhängigkeit des eigenen Alter(n)s angesehen. Den „Altersidentitäten“ liegt also der natürliche Vorgang des Alterns zugrunde. Gleichzeitig bestehen kulturell und persönlich flexible Definitionen von ‚Alter‘.

In Bezug auf das chronologische Alter, existieren verschiedene Möglichkeiten der subjektiven Zugehörigkeit. Neben der Variante, sich älter oder genauso alt wie das tatsächliche Lebensalter zu fühlen, empfinden sich die meisten Menschen im höheren Erwachsenenalter selbst jünger (Graefe 2010). Weiterhin wird festgestellt, dass mit „zunehmendem Lebensalter das kalendarische und das gefühlte Alter immer weiter auseinander klaffen“ (Amrhein und Backes 2008, S.385). D.h. je älter ein Mensch wird, desto wahrscheinlicher ist die Ausprägung einer „positiven Altersidentität“ - er fühlt sich jünger, als er tatsächlich ist. Zu diesem Ergebnis kommen auch Sowarka und Au (2008), die sich auf die Untersuchungen von Goldsmith und Heins (1992) berufen: 54% der Personen in den Vierzigern berichteten über eine positive Altersidentität, in der Gruppe der 80 bis 90 Jahre alten Personen sogar 86%. Es besteht auch Evidenz für den positiven Zusammenhang zwischen jugendlicheren Identitäten und einer höheren Lebenszufriedenheit, einer positiven Grundstimmung sowie einem besseren Gesundheitszustand (Westerhof, Barrett et al. 2003, Westerhof und Barrett 2005).

Darüber hinaus stellt die Konstruktion von Altersgrenzen einen wichtigen Aspekt von Altersbildern dar, d.h. die Sichtweise, ab wann das „Alter“ (im allgemeingesellschaftlichen Sinne) beginnt. Wissenschaftliche Einigkeit scheint darüber zu bestehen, dass diese Grenze grundsätzlich umso weiter nach hinten verschoben wird, je älter die Person ist, die hierzu Stellung bezieht (Sowarka und Au 2008). Entsprechend diffizil ist die Bestimmung eines gesellschaftlich geteilten chronologischen Alters, ab dem im Allgemeinen das „Alter“ beginnt. Philipp und Mayer (2005) zitieren in ihrer Illustration über die Bedeutung von Altersstereotypen eine Untersuchung von

Frank Oswald, der 63- bis 96-jährige Männer interviewte und, die den Beginn des „Altseins“ im Durchschnitt bei 72 Jahren angaben.

Sowarka und Au (2008) betonen weiterhin, dass sich ein immer breiteres Spektrum an möglichen Rollen herausgebildet hat, die mit dem Altern verbunden sind und sich daraus eine entsprechende Herausforderung für ältere Menschen ergibt, sich mit einer bestimmten Rolle zu identifizieren. Zu vergleichbaren Befunden kommt Graefe (2010), die einerseits eine Pluralisierung und Flexibilisierung von Lebensläufen konstatiert und diesem Trend andererseits eine wachsende Bedeutung für das soziale und individuelle Gelingen der Altersphase beimisst. Gleichzeitig besteht jedoch eine „hartnäckige Stabilität von Altersnormen“, d.h. es bleiben weiterhin traditionelle Vorstellungen darüber bestehen, für welche Lebensphasen eines Menschen zum Beispiel bestimmte Handlungs- und Verhaltensmuster charakteristisch sind.

Der Vorgang des Alterns sowie die Ausbildung von Altersidentitäten ist also ein Zusammenspiel aus gesellschaftlichen Normen („soziale Identität“) bzw. (zeitgeschichtlichen) Entwicklungen und subjektivem Erleben („persönliche Identität“) (Graefe 2010, Amrhein und Backes 2008).

Eine Studie aus England widmete sich der Erforschung von Altersbildern im Kontext des unmittelbaren sozialen Umfelds (Degnen 2007). Die Bewohner eines Dorfes wurden von der Autorin systematisch beobachtet und detailliert interviewt. Auch Degnen geht von einer mehr oder weniger ausgeprägten Verinnerlichung – oder Zuschreibung – von gesellschaftlich konstruierten Altersbildern aus. Die Untersuchungen belegten diese Annahme mit dem Befund des sog. „Monitorings“, d.h. der durch die Studienteilnehmer erfolgten Beobachtung seiner (älteren) Mitmenschen unter Wahrnehmung ihrer physischen und mentalen Verfassung sowie der gleichzeitigen Überprüfung auf Kriterien des Altseins bzw. des Alters. Mögliche Kriterien stellten z.B. das Verhalten, die innere Einstellung, die Sprache oder die Erscheinung dar. Die Autorin kam schließlich zu einer Differenzierung der Altersbilder anhand der Kategorien des „normalen Alterns“ (normal aging) und des „echten Alters“ (real old age). Zum „normalen Altern“ zählten die Studienteilnehmer das Einsetzen von Krankheiten wie Arthritis und Diabetes, Atemwegserkrankungen und Gehbehinderungen, Sehschwächen und Gedächtnisprobleme. Als wichtigste Marker bezüglich des Eintretens in das „echte Alter“ sahen die Probanden jedoch gravierende kognitive Veränderungen bis hin zum geistigen Verfall an.

Interessant war die Erkenntnis der Autorin, dass die beschriebenen Prozesse der Attribuierung nicht fixiert sind, sondern in unterschiedlichen sozialen Situationen variieren können.

Eine im Rahmen des interdisziplinären Projekts „Zonen des Übergangs“ durchgeführte Untersuchung (Kornadt und Rothermund 2011) von Altersstereotypen kommt zu vergleichbaren Ergebnissen. Altersstereotype werden, in Abgrenzung (bzw. als Konzepterweiterung) zu Altersbildern, als „Übgeneralisierungen“ im Sinne der Zuschreibung von „...Eigenschaften, die Mitglieder einer bestimmten sozialen Gruppe vermeintlich kennzeichnen“, definiert und gelten als „kulturell weit-hin geteilte Vorstellungen“ (Filipp und Mayer 2005, S.26). Mit dem Zustand „alt“ wird demnach automatisch eine bestimmte Eigenschaft verbunden (z.B. „vergesslich“).

In der Annahme, dass altersbezogene Merkmalszuschreibungen kontextspezifisch ablaufen, unternahmen Kornadt und Rothermund (2011) eine Fragebogenanalyse, die der Erfassung bereichsspezifischer Altersstereotype dienen sollte. Die Teilnehmer wurden gebeten, ältere Menschen in acht unterschiedlichen Lebensbereichen einzuschätzen. Zu diesen Lebensbereichen zählten z.B. Familie und Partnerschaft, Freizeit und Engagement, Persönlichkeit und Lebensführung sowie Fitness und Gesundheit. Hierzu wurden zu jedem Lebensbereich mehrere Aussagenpaare gebildet, die je einen positiven und einen negativen Aspekt des jeweiligen Bereichs beinhalteten. (Für den Bereich „Persönlichkeit und Lebensführung“ wurde beispielsweise folgendes Aussagenpaar gebildet: „Alte Menschen haben an vielem etwas auszusetzen“ vs. „... sind offen und tolerant“). Für die unterschiedlichen Lebensbereiche wurden verschiedene, voneinander unabhängige Altersbilder gefunden. Beispielsweise waren dies eher positive Altersbilder im Bereich Familie sowie eher negative Altersbilder im Bereich Gesundheit. In der Gegenüberstellung von jüngeren und älteren Probanden konnte weiterhin festgestellt werden, dass die Bewertung umso positiver ausfiel, je älter der befragte Teilnehmer selbst war. Ebenso erfolgte die Angabe einer Altersgrenze kontextspezifisch. So lag diese Grenze im Bereich „Familie“ bei 70 Jahren, wohingegen Menschen im Bereich „Arbeit“ bereits im Alter von 57 Jahren als „alt“ eingestuft wurden.

Eine weitere Erkenntnis betraf den Zusammenhang von Altersbildern mit der Lebenszufriedenheit. Die Probanden gaben in den jeweiligen erfragten Lebensbereichen eine höhere Lebenszufriedenheit an, wenn sie diesem ein positives

Altersbild zuordneten. Auch hier war dieser Effekt umso stärker, je älter die befragten Personen selbst waren (Kornadt und Rothermund 2011).

2.2.3 Altern im Lebenslauf und Altersübergänge

Die Beschäftigung mit dem Thema „Altern“ und „Alter“ reicht weit in die Geschichte zurück (Ehmer 2008): Im antiken Griechenland wurde der Lebenslauf in drei (bzw. vier) Phasen eingeteilt: die Kindheit, (die Jugend,) das Mannesalter und das Greisenalter. Das „Alter“ wurde lange Zeit als die letzte Lebensperiode angesehen und stellte den Endzustand des Lebens dar. Im 6. Jahrhundert v. Chr. erfolgte die Einteilung des Lebenslaufs anhand der zehn „Jahrsiebe“ nach Solon. In der Neuzeit gewann die Einteilung des Lebenslaufs in Dezimalgruppen an Bedeutung. Eine Gemeinsamkeit vieler numerischer Lebenslaufmodelle stellt das 60. Lebensjahr als eine Zäsur zum „Alter“ dar.

Eine Lebensübergangsphase (im Englischen dem Begriff „transition“ entsprechend) kann als eine in einem Lebensbereich auftretende Diskontinuität im Leben einer Person dargestellt werden (Liddle, Carlson et al. 2004). Diese wird häufig durch einen Verlust oder eine Veränderung von bedeutenden Lebensaufgaben bzw. –bereichen ausgelöst und durch die individuelle Wahrnehmung der jeweiligen Veränderung geformt.

Der Begriff „Transition“ wird in der wissenschaftlichen Literatur zahlreich, jedoch unter teils abweichender Bedeutung verwendet. Regelmäßig findet er Verwendung in der Beschreibung eines Prozesses von Veränderungen in verschiedenen Entwicklungsphasen des Lebens, des Gesundheitszustandes oder der sozialen Verhältnisse bzw. Umstände (Kralik, Visentin et al. 2006). Transition steht dabei nicht nur für die objektive (und sichtbare) Veränderung, sondern impliziert auch die psychologischen Prozesse, die mit der Anpassung an die Veränderung einhergehen. Es wird davon ausgegangen, dass das Selbstkonzept gestört und aktiv neu definiert und in die bisherige Lebensgeschichte integriert werden muss. Eine Voraussetzung für die adäquate Bewältigung mit der selbst gewählten oder von außen erzwungenen Veränderung, stellt das eigene Bewusstsein des Betroffenen für den zu bewältigenden Übergang dar sowie der inneren Bereitschaft für die zu durchlaufende Transition. Liddle et al. (2004) stellten fest, dass Transitionen vor allem dann eine große

Herausforderung in der psychischen Verarbeitung darstellen, wenn sie unerwartet, unfreiwillig oder in einer vermehrten Anzahl auftreten.

Altersbedingte Veränderungen und Lebensübergänge können beispielsweise als entwicklungs- und gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Transitionen dargestellt werden.

Eine Querschnittsstudie an Probanden mittleren Alters erforschte die Wahrnehmung von erfahrenen und zukünftig erwarteten Transitionen und deren emotionale Bewertung (Perrig-Chiello und Perren 2005). Die Transition ins „hohe Alter“ als einen zukünftig erwarteten Übergang datierten die Teilnehmer im Durchschnitt auf 72,6 Jahre (männliche Teilnehmer) bzw. auf 75,8 Jahre (weibliche Teilnehmer), wobei die älteren Studienteilnehmer (50 bis 55 Jahre versus 40 bis 45 Jahre) insgesamt spätere Zeitpunkte angaben. Den entwicklungspsychologischen Übergang ins „hohe Alter“ antizipierten die meisten Probanden mit ambivalenten Gefühlen. Dabei wurden zukünftig erwartete Transitionen häufig positiver antizipiert als bereits durchlaufene Transitionen, wie beispielsweise der Auszug der Kinder aus dem Haus.

Eine Interviewstudie an hochaltrigen Menschen (85 bis 96 Jahre) untersuchte den Übergang in das tatsächliche „Gefühl, alt zu sein“ (im Gegensatz zu dem möglicherweise unterstellbaren, objektiven Zustands, alt zu sein) (Nilsson, Sarvimäki et al. 2000). Acht von 15 Personen gaben an, sich tatsächlich alt zu fühlen. Die Autoren berichten von folgenden grundlegenden Erkenntnissen ihrer Untersuchung:

- 1) Alle Teilnehmer, die sich tatsächlich alt fühlten, waren dazu in der Lage, einen konkreten Zeitpunkt zu benennen, an dem die Transition in die Erfahrung des „Altfühlens“ stattgefunden hatte. Als bedeutsamster Marker hierfür erwiesen sich körperlich wahrgenommene Veränderungen. Das chronologische Alter spielte für diese Erfahrung eine untergeordnete Rolle, jedoch wurde der Zeitpunkt für das Eintrittsalter zwischen 80 und 90 Jahren sowie darüber hinaus angegeben.
- 2) Der Eintritt in die Phase, ab der sich die Probanden alt fühlten, war in der Regel mit der Angst vor Hilflosigkeit und Unfähigkeit zur Organisation des eigenen Lebens verbunden. Als ursächlich wurden wiederum körperliche Verluste bzw. Veränderungen angegeben, mit denen sich die Hochbetagten tagtäglich konfrontiert und eingeschränkt sahen. Explizit waren dies zum Beispiel Gangstörungen, Bewegungseinschränkungen, Schwindel sowie Kraft- und Energielosigkeit.

Dabei dominierten ängstliche Gefühle, das Gefühl von Ohnmacht und von Abhängigkeit. Hinzu kam die Sorge, aufgrund von Hilfebedürftigkeit (für andere) eine Last zu sein.

- 3) Weiterhin hing die Erfahrung, sich alt zu fühlen, mit der Wahrnehmung zusammen, nicht mehr „man selbst“ zu sein, wobei dieses Gefühl v.a. mit Veränderungen der mentalen Leistungsfähigkeit in Verbindung gebracht wurden. Diese Veränderungen wurden insgesamt als schwerwiegender als die körperlichen Veränderungen empfunden und standen damit im Zusammenhang, sich erschöpft, lustlos oder sich anderweitig anders zu fühlen als früher. Es wurde auch eine insgesamt melancholischere Stimmung als früher im Leben wahrgenommen.
- 4) Die Probanden fühlten sich auch dann alt, wenn sie sich im Vergleich zu umgebenen Personen als „andersartig“ empfanden – auch diese Wahrnehmung war mit der Erfahrung eines Übergangs in eine neue Lebensphase verbunden und resultierte zum Beispiel aus dem Verlust von Geschwistern oder Freunden gleichen Alters oder anderweitigen Veränderungen in Beziehungen zu anderen Menschen. Jene Probanden hatten den Eindruck, dass sie selbst von anderen Menschen als alt wahrgenommen wurden. Gleichzeitig fühlten sie sich unverstanden und verspürten den Druck, (wieder) „wie früher“ zu sein.
- 5) Insgesamt konnte der Übergang ins höhere Lebensalter als ein Prozess innerhalb des kontinuierlichen Lebens identifiziert werden, welcher an einem bestimmten Zeitpunkt durch eine Erfahrung oder ein Ereignis eine andere Bedeutung bzw. Wende bekam. Somit wurde der Übergang in die Erfahrung des Gefühls, „alt“ zu sein, als Transition definiert.

Eine Studie an Probanden mit chronischer Herzinsuffizienz (Waterworth und Jorgensen 2010) widmete sich dem Übergang in den Zustand von Abhängigkeit als eine zu bewältigende Transition und der Thematisierung des möglicherweise zu erwartenden Todes. Hierfür wurden die im Durchschnitt 81 Jahre alten Teilnehmer über einen 12-monatigen Zeitraum mehrmals interviewt. Als „Endgedanken“ wurden nicht nur Gedanken an den Tod genannt, sondern auch zukünftig erwartete Verluste in sozialen Beziehungen, von Freunden, Hobbies oder der Auszug aus dem vertrauten Zuhause in ein Pflegeheim. Als eine wichtige Ressource zur Findung eines Lebenssinns in der zu bewältigenden Situation der chronischen bis lebens-

gefährdenden Krankheit wurde ein stabiles soziales Netzwerk bzw. soziale Unterstützung angesehen. Zudem war es den befragten Teilnehmern wichtig, weiterhin eigene Entscheidungen zu treffen, da dies für ein Gefühl von Kontrolle und Kompetenz sorgte. Ein weiteres zentrales Thema stellte die Ungewissheit im weiteren Leben dar, die sich insbesondere aus dem Bewusstsein ergab, dass es zu einer weiteren Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands kommen könnte. Dieser Ungewissheit begegneten die Probanden mit einer gezielten Strukturierung des Alltags und der Annahme der Herausforderungen auf einer täglichen Ebene, um ein Gefühl von Kontrolle wiederzuerlangen. Angesichts der Ungewissheit über den Zeitpunkt des eigenen Todes, wurden Vorbereitungen vorgenommen und die Familie in wichtige Entscheidungen einbezogen. Auch religiöse Glaubenswelten und die Kirche stellten wichtige Ressourcen im Umgang mit den geschilderten Unsicherheiten dar.

Ebenso wie bei den hochbetagten Probanden in der Studie von Nilsson et. Al (2000) stellte auch bei den herzinsuffizienten Patienten die Angst, eine Last zu sein, ein bedeutendes Thema in Bezug auf die antizipierten Veränderungen heraus. Außerdem wurde die Sorge, in einem abhängigen Zustand vernachlässigt zu werden oder keine adäquate Symptomkontrolle zu erhalten, angesprochen. Andererseits zeigte sich in einigen Interviews auch ein großes Vertrauen in Gesundheitsexperten sowie eine optimistische Haltung gegenüber einer zukünftigen Unterstützung durch eine optimale pflegerische bzw. medizinische Versorgung, falls dies in Zukunft erforderlich sein sollte.

Wie die oben aufgeführten Studien zeigen, stellt der Übergang in das hohe Alter unter anderem durch zahlreiche körperliche und mentale Veränderungen eine große Herausforderung für ältere Menschen dar. Dabei wird der antizipierte Übergang zeitlich umso weiter nach hinten verschoben, je näher der bevorstehende Übergang die eigene Realität berührt. Hierfür sind vermutlich Ängste verantwortlich, die mit den altersbedingten Veränderungen und Verlusten zusammenhängen. Eine möglicherweise nicht aufrechtzuerhaltende Identität, Abhängigkeitszustände (insbesondere Pflegebedürftigkeit und Bettlägerigkeit) und eine in verschiedenen Aspekten ungewisse Zukunft spielen in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle. Die Studienlage zeigt, dass diesen Ängsten sowohl mit resignativen als auch mit optimistischen Reaktionen begegnet wird.

2.3 Psychosoziale Faktoren und Altern

2.3.1 Resilienz

Das Phänomen der Resilienz wird häufig kurz mit „psychologischer Widerstandsfähigkeit“ erklärt. Es erhält zunehmende Aufmerksamkeit in den verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen, u.a. der Psychologie, Psychiatrie und Soziologie, aber auch in biologischen Disziplinen, wie z.B. der (Epi-)Genetik oder der Endokrinologie. Grundlage für das Konzept Resilienz war die Beobachtung, dass manche Menschen trotz widriger Umweltbedingungen eine überraschend positive Anpassung zeigen. Untersucht wurden in Folge dessen die Mechanismen, die zu einer erfolgreichen Bewältigung von widrigen Umständen beitragen können und den mentalen bzw. physischen Gesundheitszustand schützen (Herrman, Stewart et al. 2011, Runkewitz, Kirchmann et al. 2006).

Der Begriff der Resilienz wurde erstmals in den 1950er Jahren in der amerikanischen Literatur durch die Forscher Jeanne und Jack Block geprägt. Seit Mitte der 1990er Jahre fand er zunehmend in der deutschsprachigen gerontologischen Literatur wie der Berliner Altersstudie (u.a. Staudinger, Freund et al. 1996) Eingang.

Trotz der Einigkeit über die Wirkung von Resilienz findet sich ein zum Teil kontroverses theoretisches Verständnis über den Begriff. Zum einen besteht Ähnlichkeit mit anderen psychologischen Konzepten, wie z.B. Hardiness, Selbstwirksamkeit, Optimismus oder Salutogenese (Leppert, Richter et al. 2013). Zum anderen herrscht, vor allem im Kontext verschiedener psychologischer Fragestellungen, Uneinigkeit darüber, ob Resilienz als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal zu verstehen ist oder, ob es sich bei dem Phänomen um einen entwicklungspsychologischen, dynamischen Prozess handelt, der zur Anpassung führt (Leppert, Koch et al. 2008, Herrman, Stewart et al. 2011, Leppert und Strauß 2011, Leppert, Richter et al. 2013):

In der **entwicklungspsychologischen** Wissenschaft liegt der Fokus der Resilienzforschung traditionell in der Untersuchung von Anpassungsleistungen an widrige Lebensumstände bei Kindern und jungen Erwachsenen. Emmy Werner gilt als Pionierin dieses Forschungszweigs. In einer 40 Jahre andauernden Längsschnittstudie untersuchte sie Kinder, die zum Teil verschiedenen psychosozialen und gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt waren (Werner und Johnson 2004). Ein Drittel dieser Kinder entwickelte sich trotz der erschwerten Startbedingungen zu

psychisch gesunden Erwachsenen und wurde von ihr als „resilient“ bezeichnet. Später wurde das Konzept auf das Erwachsenenalter ausgedehnt (Ong, Bergeman et al. 2009, Leppert, Richter et al. 2013). Als grundlegendes Merkmal der entwicklungspsychologischen Interpretation von Resilienz gilt der relationale Charakter der psychischen Widerstandsfähigkeit, indem von einer Interaktion zwischen Person und Umwelt ausgegangen wird. Dabei ist der damit verbundene individuelle psychische Prozess von der jeweiligen Situation bzw. Lebenslage abhängig (Leppert, Koch et al. 2008). Entsprechend lässt sich Resilienz als eine Konstellation aus individuellen Ressourcen, sozialen Bedingungen und der aktuell bestehenden Herausforderung darstellen. Aus der entwicklungspsychologischen Perspektive heraus kann Resilienz zudem aus einer individuell und erfolgreich angewandten Coping-Strategie resultieren und somit für zukünftige widrige Lebensumstände zur Verfügung stehen (Leipold und Greve 2009).

Im Kontext der **persönlichkeitspsychologischen** Forschung wird Resilienz dagegen als ein (relativ) stabiles Persönlichkeitsmerkmal angesehen. Jeanne und Jack Block (1980) prägten den Begriff Resilienz mit der Einführung von zwei zentralen Persönlichkeitskonstrukten: der Ich-Kontrolle („ego-control“) und der Ego-Resilienz („ego-resilience“) (Wagnild und Young 1993). Unter der Ich-Kontrolle wird die allgemeine Fähigkeit verstanden, emotionale Impulse zu kontrollieren. Ego-Resilienz beschreibt die situationsabhängige, dynamische Anpassungsfähigkeit der Ich-Kontrolle zur Modulation der eigenen affektiven Befindlichkeit. Sie dient der Bewahrung von emotionaler Balance und psychischer Funktionsfähigkeit (Leppert, Richter et al. 2013). Weniger resiliente Personen neigen hingegen zu einer starren oder diffusen Reaktion auf belastende Ereignisse und können sich somit vermutlich schlechter an widrige Umstände anpassen (Letzring, Block et al. 2005).

Wagnild und Young (1993) griffen das Konzept der Resilienz nach Blocks auf und begriffen diese psychische Widerstandsfähigkeit als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, das negative Effekte von belastenden Erlebnissen abpuffern kann. In frühen Untersuchungen identifizierten die Autoren den Kern der resilienten Persönlichkeit („Resilience Core“): Entschlossenheit (purposeful life), Beharrlichkeit (perseverance), Gelassenheit (equanimity), Selbstvertrauen (self-reliance) und Bei-sich-selbst-Sein (existential aloneness) (Wagnild und Young 1993, Leppert, Richter et al. 2013).

Zur Betonung der Definition von Resilienz als stabiles Persönlichkeitsmerkmal, wird inzwischen häufig der Begriff „Trait-Resilienz“ verwendet. Hiermit wird eine direkte Gegenüberstellung zur Definition von Resilienz als „State“ vorgenommen, die dem entwicklungspsychologischen Konzept nahe steht (Waugh, Wager et al. 2008, Ong, Bergeman et al. 2009, Waugh, Thompson et al. 2011).

Den interindividuellen Unterschieden der Ausprägung von Resilienz werden Erklärungsmodelle auf der Basis von neuropsychologischen und –physiologischen Untersuchungen zugrunde gelegt.

In einer Studie, die nach wiederholter Darbietung emotionaler Stimuli (positiv versus negativ) verschiedene physiologische Reaktionen sowie den selbst berichteten Affekt erfasste, wurde eine flexiblere Modifikation der emotionalen Reaktionen in der resilienten Probandengruppe beobachtet (Waugh, Thompson et al. 2011). Zu vergleichbaren Befunden kamen Ong und Mitarbeiter (2009), die bei hochresilienten Personen ein insgesamt breiteres Spektrum an (positiven und negativen) Emotionen feststellten.

Eine MRT-Studie lieferte Hinweise auf entsprechende neuronale Korrelate für die komplexere emotionale Verarbeitung belastender Situationen bei resilienten Personen. Den Studienteilnehmern wurden infolge eines optischen Hinweises auf eine bedrohliche oder nicht-bedrohliche Situation, Bilder mit Furcht einflößendem Inhalt oder überraschenderweise neutralen Inhalten dargeboten (Waugh, Wager et al. 2008). In der hochresilienten Subpopulation kam es erstens zu einer differenzierteren Aktivierung funktional gegensätzlicher Hirnareale (Antizipation von Bedrohung bzw. Vermittlung des Gefühls von Sicherheit). Zweitens zeigten die Hochresilienten einen schnelleren Abfall der Hirnaktivierung, d.h. sie erholte sich schneller von dem aversiven Stimulus.

In einer Untersuchung zu den Zusammenhängen zwischen erlebten Traumata, verschiedenen neurokognitiven Funktionen und Resilienz (operationalisiert anhand der aktuellen Symptome für die Posttraumatische Belastungsstörung und Depressivität), wurde zudem festgestellt, dass sich die resiliente Personengruppe durch eine bessere nonverbale Gedächtnisleistung auszeichnete – auch nach Adjustierung für die Traumaschwere (Wingo, Fani et al. 2010). Interpretiert man wie die Autoren der Studie die nonverbale Gedächtnisleistung als Stellvertreter für den Anteil emotiona-

ler Verarbeitungsprozesse, so untermauern die Befunde die empirisch geleitete Theorie des positiven Zusammenhangs zwischen komplexen emotionalen Abläufen als Grundlage der positiven Effekte von Resilienz.

Neben einer ausgeprägteren emotionalen bzw. affektiven Flexibilität, wurde auch die hohe kognitive Flexibilität sowie der flexible Wechsel zwischen der Anwendung von emotionalen und kognitiven Verarbeitungsprozessen, bei resilienten Personen beobachtet (Genet und Siemer 2011).

Resilienz im hohen Lebensalter

Verschiedene Studien belegen den protektiven Charakter von Resilienz in Bezug auf lebenswidrige Umstände bzw. den positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die (psychische) Gesundheit.

In einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe im Alter zwischen 14 und 95 Jahren zeigten resiliente Studienteilnehmer ein niedrigeres Ausmaß an subjektiven Körperbeschwerden (Kurzform des Gießener Beschwerdebogens, GBB-24). Dieser Zusammenhang fand sich auch bei den älteren Studienteilnehmern, trotz erwartungskonformer, **tendenzieller Beschwerdezunahme im höheren Lebensalter** (Schumacher, Leppert et al. 2005).

In einer Studie, die sich explizit den 60-jährigen und älteren Personen widmete, konnte gezeigt werden, dass Resilienz eine altersstabile psychologische Ressource in Bezug auf subjektive Körperbeschwerden und die allgemeine Lebenszufriedenheit darstellt. Dabei war Resilienz ein stärkerer Prädiktor für das Beschwerdeausmaß als das Geschlecht oder das Alter. Für die Lebenszufriedenheit erwies sich Resilienz als einziger der untersuchten Prädiktoren als signifikant (Leppert, Gunzelmann et al. 2005). In einer weiteren Studie an älteren Probanden (, das durchschnittliche Alter lag bei 72,3 Jahren,) war Resilienz, im Vergleich zu verschiedenen Coping-Strategien, der einzige signifikante Prädiktor für das psychische Wohlbefinden (Tomás, Sancho et al. 2012).

In einer multiplen Regressionsanalyse konnte Resilienz weiterhin den Zusammenhang zwischen objektiv gemessenen, altersbedingten Krankheiten und der Lebenszufriedenheit abpuffern (Windle, Woods et al. 2010).

Eine weitere Studie (Jeste, Savla et al. 2013) untersuchte den Zusammenhang zwischen Resilienz, Depressivität und erfolgreichem Altern. Anhand eines Telefoninterviews und verschiedener Fragebögen wurden die im Schnitt 77 Jahre alten Probanden, nach ihrer persönlichen Einschätzung des eigenen erfolgreichen Alterns befragt. Probanden mit einem höheren Ausmaß an Resilienz und einem niedrigeren Ausmaß an Depressivität, schätzten sich positiver in Bezug auf die Bewältigung von Alternsprozessen („erfolgreiches Altern“) ein.

Resilienz spielt folglich auch im höheren Lebensalter eine entscheidende Rolle für das subjektive Wohlbefinden. Erst im sehr hohen Lebensalter scheint der unterstützende Effekt von Resilienz an seine Grenzen zu stoßen. Eine dichotome Analyse zweier Probandengruppen, die unter 70 bzw. über 70 Jahre alt waren, lieferte den Befund, dass Depressivität bei Pflegebedürftigkeit in der älteren Probandengruppe weniger durch Resilienz aufgefangen werden konnte als in der jüngeren Teilnehmergruppe (Leppert und Strauß 2011).

2.3.2 Bindungssicherheit

Die Bindungstheorie (engl. “attachment theory“) geht auf den Kinderpsychiater John Bowlby zurück und beschreibt das grundlegende menschliche Bedürfnis, sich in nahe Beziehungen zu begeben. Diese Neigung besteht von Geburt an bis ins hohe Alter hinein. Sie dient im Säuglings- und Kindesalter dem Schutz und der Zuwendung durch die primäre Bezugsperson in vermeintlich gefährlichen bzw. furchteinflößenden Situationen und anderen Situationen, die Unwohlsein hervorrufen (Bowlby 2010). Im Erwachsenenalter wird Bindungsverhalten im Sinne von Streben nach Nähe zu einer engen Vertrauensperson und dem Bedürfnis nach Sicherheit vor allem durch starke (psychische) Belastungen, wie zum Beispiel bei Angst oder Krankheiten aktiviert (Grossmann und Grossmann 2009). Es wird davon ausgegangen, dass sich im Rahmen von kognitiven Prozessen schon vom Neugeborenenalter an sogenannte „innere Arbeitsmodelle“ entwickeln, die sich aus der Interaktion zwischen dem Kind (bzw. dem Erwachsenen) und der Bindungsfigur ergeben. Verhält sich die nahe Bezugsperson feinfühlig und geht adäquat auf die Bedürfnisse des Nähesuchenden ein, so führt dies nicht nur kurzfristig zu Wohlbefinden, sondern es kann sich bei wiederholter positiver Erfahrung ein „sicherer“ Bindungsstil herausbilden. Die Nähe suchende Person entwickelt ein positives Modell seines Selbst, indem es sich durch Zuwendung der Bindungsperson wertvoll fühlt. Indem sie zuver-

sichtlich ist, sich in belastenden Situationen auf die Unterstützung der aktuellen Bezugsperson verlassen zu können, entsteht zudem ein positives Modell Anderer. Eine inadäquate Befriedigung des Bindungsbedürfnisses kann hingegen zu „unsicheren“ oder sogar „desorganisierten“ Bindungsstilen führen, die mit einem höheren Risiko für eine maladaptive Anpassung einhergehen (Kirchmann, Fenner et al. 2007, Strauß und Schwark 2007).

In der entwicklungspsychologischen Forschung, die unter anderem durch Mary Ainsworth vorangetrieben wurde, wurden entsprechende Kategorien eingeführt, die den sicheren Bindungsstil von zwei unsicheren Bindungsstilen – dem unsicher-vermeidenden und dem unsicher-ambivalenten (bzw. –verstrickten) Bindungsstil – abgrenzt (Strauß und Schwark 2007). Demnach entwickeln Kinder, deren Bindungsperson zwar vorhersehbar, jedoch abweisend und den Bedürfnissen des Kindes gegenüber uninteressiert in Erscheinung tritt, wahrscheinlicher einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil und erwarten in zukünftigen belastenden Situationen keine Unterstützung mehr durch andere. Ein unsicher-ambivalenter Bindungsstil entsteht hingegen vermehrt, wenn das Verhalten der Bezugsperson scheinbar unberechenbar ist und sie inadäquat in Bezug auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert. Von der sicheren Bindungsrepräsentation und den beiden unsicheren Bindungsrepräsentationen, die in sich konsistente und kohärente Verhaltensweisen darstellen und daher als „organisiert“ bezeichnet werden, ist die sogenannte „desorganisierte“ Bindungsrepräsentation zu unterscheiden. Desorganisierte Kinder reagieren auf Situationen, die typischerweise Bindungsverhalten aktivieren, mit verwirrenden und unvereinbaren Verhaltensweisen und Emotionen.

Die unsicheren Bindungsstile und insbesondere der desorganisierte Bindungsstil werden als potentiell ungeeignet für die Anpassung an belastende Erlebnisse und Situationen angesehen. Der desorganisierte Bindungstyp scheint sogar ein Risikofaktor für die Ausbildung psychopathologischer Ausdrucksformen zu sein (Kirchmann 2009).

Bindungssicherheit kann anhand der beiden antithetischen Bedürfnissen nach Nähe und Verbundenheit sowie Exploration und Selbstverwirklichung dargestellt werden (siehe Abbildung 1). Ein sicher gebundener Mensch bewegt sich in seiner Umwelt von einer „sicheren Basis“ aus, sei es die Ursprungsfamilie oder eine neue, selbst geschaffene befriedigende Beziehung, und handelt von dort aus selbstbestimmt

(Strauß und Schwark 2007, Grossmann und Grossmann 2009). Überwiegt eines der gegensätzlichen Bedürfnisse, so ist die Ausprägung einer unsicheren Bindung wahrscheinlich. Überwiegen Bedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit zuungunsten der Befriedigung von explorativen Bedürfnissen, handelt es sich um einen ambivalenten Bindungstyp. Herrschen hingegen Bedürfnisse nach Exploration und Selbstbehauptung vor, bei gleichzeitig geringem Interesse an sozialer Nähe und Bindung, so handelt es sich um einen vermeidenden Bindungstyp (Kirchmann 2009).

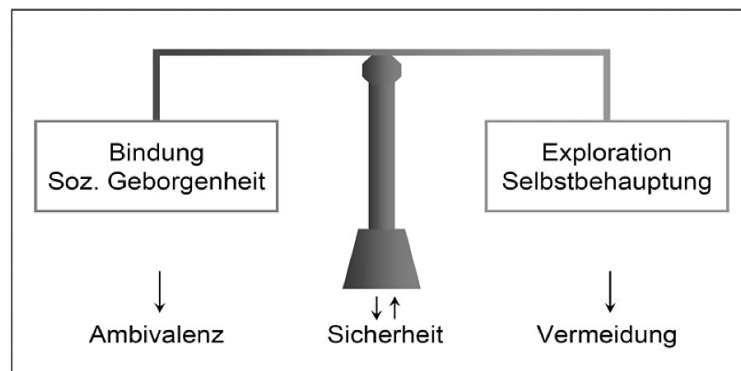


Abbildung 1: Verdeutlichung der klassischen drei Bindungstypen am Bild einer Waage (Kirchmann 2009)

Verschiedene Untersuchungen zeigen die Bedeutung der Bindungsrepräsentation für die psychische bzw. psychosoziale Anpassungsfähigkeit im Erwachsenenalter. Ein zentrales Forschungsthema stellt die klinische Bedeutung von Bindungssicherheit in Bezug auf die Anpassung an chronische Erkrankungen dar. Bindungssicherheit zeigte beispielsweise einen positiven Effekt auf die Lebenszufriedenheit bei chronisch kranken Patienten (Hwang, Johnston et al. 2009). Eine umfangreiche Studie zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen verdeutlichte, dass nicht nur der Schweregrad der Erkrankung, sondern auch die psychischen Reaktionen durch den Bindungsstil beeinflusst werden (Gick und Sirois 2010). Ein unsicherer Bindungstyp war einerseits negativ mit der wahrgenommenen, sozialen Unterstützung sowie der wahrgenommenen Coping-Wirksamkeit korreliert, und andererseits positiv mit negativen Affekten korreliert. Eine weitere Studie widmete sich den möglicherweise zugrunde liegenden Erfolgsstrategien bei chronisch kranken, jedoch sicher gebundenen Personen. Dabei wendeten Probanden mit sicherer Bindungsrepräsentation vermehrt emotionsbezogene Coping-Strategien an und konnte sich damit besser an die schwierige Lebenssituation anpassen. Unterdessen wurde bei Probanden mit

einem unsicheren Bindungsstil beobachtet, dass der Einsatz von Coping-Strategien wenig flexibel erfolgt (Schmidt, Nachtigall et al. 2002). Die Fähigkeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung scheint weiterhin eine wichtige Ressource zu sein, um eine bedarfsgerechte Unterstützung in der Bewältigung stark das Wohlbefinden gefährdender und psychisch belastender Lebenssituationen zu gewährleisten. Bei sicher gebunden Patienten mit einer Krebserkrankung im Endstadium wurde diese Fähigkeit häufiger beobachtet (Calvo, Palmieri et al. 2014).

Auch die Ausprägung von (psycho-)pathologischen Symptomen bis hin zur Ausbildung psychischer und somatischer Erkrankungen selbst, scheint mit der Bindungsrepräsentation in Verbindung zu stehen. Bei Patienten einer Allgemeinarztpraxis ging Bindungssicherheit mit weniger körperlichen Beschwerden einher. Patienten mit einem unsicheren Bindungsstil wiesen hingegen häufiger einen pathologisch hohen Wert für Depressivität bzw. Ängstlichkeit auf als Patienten mit einem sicheren Bindungstypen (Runkewitz, Kirchmann et al. 2006). Die „Vietnam Era Twin Study of Aging“ lieferte empirische Hinweise auf den Zusammenhang zwischen einem unsicheren Bindungstyp und einer stärkeren Ausprägung von Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (Franz, Lyons et al. 2014). Ein unsicherer Bindungsstil war in einer weiteren Studie mit verschiedenen somatischen und psychosomatischen Parametern assoziiert (McWilliams und Bailey 2010). Explizit war der unsicher-vermeidende Bindungstyp mit chronischen Schmerzen in Verbindung zu bringen. Beim ängstlich-vermeidenden Bindungstypen wurde insgesamt ein breiteres Spektrum an gesundheitlichen Beeinträchtigungen beobachtet. Neben dem häufigeren Auftreten von chronischen Schmerzen waren dies Erkrankungen des kardiovaskulären Systems (z.B. Hypertonie und Schlaganfall).

Bindungssicherheit im hohen Lebensalter

Bindungssicherheit kann angesichts der altersbedingten Herausforderungen und Verluste auch im hohen Erwachsenenalter eine tragende Rolle einnehmen.

An einer Stichprobe von durchschnittlich 69 Jahre alten Personen, wurde der Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und subjektivem Gesundheitsstatus, Lebenszufriedenheit sowie der Zukunftsorientierung ins hohe Erwachsenenalter untersucht (Wensauer und Grossmann 1998, Kirchmann 2009). Bindungssichere berichteten nicht nur häufiger über einen subjektiv guten Gesundheitszustand,

Bindungssicherheit konnte auch als positiver Prädiktor für die Lebenszufriedenheit identifiziert werden. Bei den unsicher Gebundenen fanden sich hingegen häufiger angstbesetzte bzw. negative Zukunftsvorstellungen. Vergleichbare Erkenntnisse lieferten die Untersuchungen an einer Gruppe älterer Patienten einer Allgemeinarztpraxis (Kirchmann, Nolte et al. 2013). Bindungssicherheit wies erstens eine direkte positive Korrelation zur Lebenszufriedenheit der Patienten auf. Zweitens konnte Bindungssicherheit den negativen Einfluss von körperlichen Beschwerden auf die Lebenszufriedenheit abpuffern. Bindungssicherheit zum eigenen Lebenspartner erwies sich in einer weiteren älteren Studienpopulation (Durchschnittsalter der Frauen: 75,7 Jahre bzw. der Männer: 80,8 Jahre) u.a. als positiv wirkender Prädiktor für die Lebenszufriedenheit sowie eine bessere Grundstimmung bzw. weniger depressive Symptome (Waldinger, Cohen et al. 2015).

Eine Untersuchung an verwitweten Älteren erbrachte Hinweise auf die Bedeutung von Bindungssicherheit für das psychische Wohlbefinden (Petrowski, Schmidt et al. 2012). Verwitwete zeigten zum einen häufiger Merkmale für einen unsicheren Bindungsstil bei gleichzeitig häufigerem Auftreten von depressiven Symptomen. Weiterhin gingen in der Stichprobe die Subskalen ‚Vertrauen‘ und ‚Angst‘ mit erhöhter Depressivität einher, wenn diese im Sinne des unsicheren Bindungstyps beantwortet wurden. Die Autoren schlussfolgern hieraus, dass mit dem Verlust des Ehepartners als Bezugsperson einer bedeutsamen emotionalen Bindung eine wichtige Ressource für die Aufrechterhaltung von psychischem Wohlbefinden verloren geht.

Eine weniger ausgeprägte Altersstigmatisierung leistete weiterhin einen positiven Beitrag in Bezug auf die Lebensqualität von Probanden im Alter zwischen 64 und 85 Jahren (Bodner und Cohen-Fridel 2010), wenn diese einen sicheren Bindungsstil aufwiesen.

Bindungssicherheit scheint des Weiteren eine altersstabile Ressource für die Bewältigung von Lebensübergängen (bzw. Transitionen) zu sein. Eine Studie verglich die sozialen Netzwerke einer Gruppe junger Probanden, die kürzlich den Übergang von der Schule zum College erfahren hatte, mit denen einer Gruppe älterer Probanden, die sich seit kurzem mit der Pflege eines Angehörigen konfrontiert sahen (Gillath, Johnson et al. 2011). Es zeigte sich, dass die älteren Probanden zwar einen niedrigeren Gesamtumfang des sozialen Netzwerkes vorwiesen, jedoch über eine gleich hohe Anzahl an nahen Bezugspersonen verfügten. Sie hatten ihr soziales Netzwerk

offenbar gezielt eingeschränkt. Des Weiteren fanden sich Hinweise darauf, dass diejenigen älteren Personen, die in Bezug auf ihr Bindungsverhalten als „sicher“ eingestuft worden waren, dazu in der Lage waren, ihr soziales Netzwerk aufrecht zu erhalten und weniger depressiv waren.

Zusammenfassend spielt Bindungssicherheit auch im hohen Erwachsenenalter eine tragende Rolle im Hinblick auf die Aufrechterhaltung von psychischem und körperlichem Wohlbefinden. Sie weist sich als Ressource für intakte soziale Beziehungen aus und ist mit zuversichtlichen Zukunftsvorstellungen verbunden.

3 Fragestellung und Hypothesen

Die eingangs erläuterten Studien und theoretischen Überlegungen haben gezeigt, dass sich die Zeitspanne des „Alters“ im Lebenslauf deutlich ausgedehnt hat. Weiterhin sehen sich immer mehr Menschen mit der (zu erwartenden) Hochaltrigkeit konfrontiert, die gewissermaßen als Endzustand des Abschnitts „Alter“ betrachtet werden kann. In diesem Zusammenhang sind u.a. (zunehmende bis gravierende) körperliche und kognitive Verluste als Bewältigungsaufgabe anzusehen.

Die oben aufgeführten Studien liefern Hinweise darauf, dass Bindungssicherheit und Resilienz als psychosoziale Ressourcen einen positiven Beitrag für die Bewältigung von ungünstigen Lebensereignissen und –erfahrungen leisten kann. Die vorliegende Arbeit möchte in einem deduktiven Forschungsansatz einen Beitrag zur Aufklärung der protektiven Wirkung von Trait-Resilienz und Bindungssicherheit für die erfolgreiche Bewältigung von altersbedingten Herausforderungen leisten, da hierfür nur wenige Untersuchungen vorliegen. Als mögliche Indikatoren für ein „erfolgreiches Altern“ dienen der objektive Gesundheitszustand, die subjektive Wahrnehmung von Körperbeschwerden und die Lebenszufriedenheit. Folgende Hypothesen wurden hierfür überprüft:

3.1 Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und der erfolgreichen Bewältigung von Altersprozessen

3.1.1 Gesundheit und Lebenszufriedenheit

- 3.1.1.1 Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem *objektiven Krankheitsausmaß* und der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung* bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß der objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen geht mit einem höheren Ausmaß an subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden einher.
- 3.1.1.2 Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem *objektiven Krankheitsausmaß* und der *Lebenszufriedenheit* bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß der objektiven körperlichen Beeinträchtigungen geht mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit einher.
- 3.1.1.3 Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung* und der *Lebenszufriedenheit* bei älteren Menschen.

Ein höheres Ausmaß an subjektiven körperlichen Beschwerden geht mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit einher.

3.1.2 Resilienz und Gesundheit

- 3.1.2.1 Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen *Resilienz* und dem *objektiven Krankheitsausmaß*. Ein höheres Ausmaß an Resilienz geht mit einem niedrigeren Ausmaß an objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher.
- 3.1.2.2 Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen *Resilienz* und der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung* älterer Menschen. Ein höheres Ausmaß an Resilienz geht mit einem niedrigeren Ausmaß an subjektiven Körperbeschwerden einher.
- 3.1.2.3 Resilienz moderiert den Zusammenhang zwischen dem *objektiven Krankheitsausmaß* und der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung* älterer Menschen. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Resilienz zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden beiträgt.

3.1.3 Resilienz und Lebenszufriedenheit

- 3.1.3.1 Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen *Resilienz* und *Lebenszufriedenheit* bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß an Resilienz geht mit einer höheren Lebenszufriedenheit einher.
- 3.1.3.2 Resilienz moderiert den Zusammenhang zwischen dem *objektiven Krankheitsausmaß* und der *Lebenszufriedenheit*. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Resilienz zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven körperlichen Beeinträchtigungen und der Lebenszufriedenheit beiträgt.
- 3.1.3.3 Resilienz moderiert den Zusammenhang zwischen der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung* und der *Lebenszufriedenheit*. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Resilienz zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden und der Lebenszufriedenheit beiträgt.

3.1.4 Bindungssicherheit und Gesundheit

- 3.1.4.1 Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen *Bindungssicherheit* und dem *objektiven Krankheitsausmaß* bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit geht mit einem niedrigeren Ausmaß an objektiven körperlichen Beeinträchtigungen einher.
- 3.1.4.2 Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen *Bindungssicherheit* und der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung* älterer Menschen. Ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit geht mit einem niedrigeren Ausmaß an subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden einher.
- 3.1.4.3 Bindungssicherheit moderiert den Zusammenhang zwischen dem *objektiven Krankheitsausmaß* und der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung*. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven körperlichen Beeinträchtigungen und den subjektiven Körperbeschwerden beiträgt.

3.1.5 Bindungssicherheit und Lebenszufriedenheit

- 3.1.5.1 Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen *Bindungssicherheit* und *Lebenszufriedenheit* bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit geht mit einer höheren Lebenszufriedenheit einher.
- 3.1.5.2 Bindungssicherheit moderiert den Zusammenhang zwischen dem *objektiven Krankheitsausmaß* und der *Lebenszufriedenheit*. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Lebenszufriedenheit beiträgt.
- 3.1.5.3 Bindungssicherheit moderiert den Zusammenhang zwischen der *subjektiven Beschwerdewahrnehmung* und der *Lebenszufriedenheit*. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden und der Lebenszufriedenheit beiträgt.

3.2 Altersbilder, Altersidentitäten und altersbedingte Transitionen

Um einen realitätsnahen Einblick in die Vorstellungen über das Alter(n) sowie altersbedingte Herausforderungen und Altersübergänge zu erhalten, wurde weiterhin ein induktiver Forschungsansatz verfolgt.

Es gilt zu klären, ob durch die in der Literatur berichtete, ausgeweitete Spanne des Lebensabschnitts „Alter“ eine Neuinterpretation bzw. -gewichtung von konventionell bestehenden Altersübergängen stattfindet oder, ob sogar weitere, bislang nicht beachtete Übergänge wahrgenommen werden. In diesem Zusammenhang sollte auch der Frage nachgegangen werden, ob die Einteilung in die „jungen“ und „alten Alten“ noch in der weithin geteilten Definition zeitgemäß ist. Hierzu erschien es interessant, einen Einblick in die Altersbilder der aktuell „älteren“ Menschen zu erhalten und, inwiefern eine zur Ausbildung dieser eine Orientierung an traditionellen Vorstellungen über das „Alter“ stattfindet. Ausgehend von diesen Ideen, wurden folgende Fragen formuliert, die die Grundlage für weitere, ggf. deduktive Forschungsansätze, bilden könnten:

- 1) Wie definieren ältere Menschen „(hohes) Alter“ bzw. was bedeutet „Altsein“ für sie?
- 2) Wie erleben ältere Menschen die eigenen Altersprozesse und welche (besonders) belastenden Ereignisse bzw. Herausforderungen treten dabei auf?
- 3) Inwiefern orientieren sich ältere Menschen in der Interpretation der eigenen Altersprozesse an allgemeinen Vorstellungen über das „(hohe) Alter“ bzw. den „alten Menschen“?
- 4) Gibt es bestimmte Erlebnisse, die ältere Probanden (bewusst) als altersbedingte Übergänge bzw. Transitionen im Lebenslauf betrachten?
- 5) Welche Vorstellungen existieren im Hinblick auf zukünftige altersbedingte Veränderungen bzw. Transitionen?

4 Methodik

4.1 Studiendesign und -durchführung

Ziel der Studie war es, den angenommenen protektiven Einfluss der psychosozialen Faktoren Resilienz und Bindungssicherheit auf die Bewältigung von altersspezifischen Lebensübergängen und Veränderungen zu überprüfen. Als Indikatoren einer gelungenen Bewältigung wurden die Lebenszufriedenheit, die subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden sowie der objektive Gesundheitsstatus erfasst. Diese statistisch messbaren Zusammenhänge sollten durch einen realitätsnahen Einblick in die Vorstellungen über die altersbedingten Herausforderungen und Transitionen durch ältere Personen ergänzt werden.

Studiendesign

Es wurde eine Querschnittsstudie geplant, die die Untersuchung von älteren (durchschnittlich 70 Jahre alten) Stammpatienten einer Allgemeinarztpraxis in Weimar-Schöndorf beinhaltete. Als Untersuchungsinstrumente dienten Interviews und Fragebögen.

Untersuchungsrahmen

Die Rekrutierung sowie die anschließenden Datenerhebungen fanden im Zeitraum Juli 2010 bis Dezember 2010 statt. Vier Versuchsleiterinnen (3 Diplomandinnen der Psychologie und eine Doktorandin der Medizin) suchten die Probanden im privaten Haushalt auf und führten dort die Befragungen durch.

Ein- und Ausschlusskriterien

Da es sich bei der Studie um ein umfassendes Projekt des Instituts für psychosoziale Medizin und Psychotherapie Jena handelte, die u.a. die Bewältigung von Kriegstraumata des Zweiten Weltkriegs untersuchte, wurde die Geburt im Jahr 1940 als primäres Einschlusskriterium gewählt. Die Probanden wurden postalisch darum gebeten, an der Studie teilzunehmen, wofür eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20 Euro angeboten wurde. Aufgrund einer zu geringen Rücklaufquote wurden zusätzlich sukzessive die Jahrgänge 1937, 1938, 1939 und 1941 in die Studie aufgenommen. Bei positiver Rückantwort wurden telefonisch die Erhebungstermine vereinbart. Es gab keine Ausschlusskriterien von Seiten des Forschungsteams.

Durchführung

Die Untersuchung wurde nach einem standardisierten Schema durchgeführt. Sie umfasste einen circa 20-minütigen Test zur verbalen Intelligenz sowie jeweils ein Interview zur Erfassung der aktuellen Bindungssicherheit und zur Erfassung von Altersprozessen bzw. -übergängen.

Das sogenannte Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR) dauerte jeweils circa ein bis zwei Stunden. Das zweite Interview zum Thema „Alter(n) und Altersübergänge“ wurde im Anschluss daran durchgeführt und beanspruchte circa eine Viertel- bis Halbestunde. Diese beiden Interviews wurden für die spätere Auswertung auf DVD aufgezeichnet. Abschließend wurden die Studienteilnehmer gebeten, einen Fragebogensatz zur Erhebung von soziodemografischen und psychosozialen Merkmalen sowie verschiedenen Kenngrößen des Gesundheitsstatus und der Lebenszufriedenheit eigenständig auszufüllen und an das Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie Jena zurückzusenden. Zudem erklärte sich die kooperierende Allgemeinärztin Frau Dr. K. Runkewitz der Allgemeinarztpraxis in Weimar-Schöndorf dazu bereit, den aktuellen Gesundheitsstatus der Studienteilnehmer anhand der Patientenakten einzuschätzen. Hierzu wurde die deutsche Version der „Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric“ (CIRS-G) verwendet.

4.2 Quantitative und qualitative Messinstrumente

Das Studiendesign beinhaltete sowohl quantitative als auch qualitative Messmethoden.

Als rein quantitative Messmethoden wurden verschiedene Fragebögen verwendet, die der ökonomischen Erfassung soziodemografischer sowie psychosozialer und (psycho-)somatischer Studienvariablen dienen.

Außerdem wurden die zwei eingangs erwähnten Interviewverfahren eingesetzt. Das EBPR diene der Erfassung des aktuellen Bindungsstils und weist sowohl Charakteristika von qualitativen als auch von quantitativen Forschungsmethoden auf.

Das eigens für die Fragestellungen dieser Arbeit konzipierte, halbstandardisierte Interview zum Thema „Alter(n) und Altersübergänge“ wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet.

Die Tabellen 1 und 2 zeigen die in der Studie erfassten Messgrößen, deren Operationalisierung und die in der Literatur verwendeten Abkürzungen.

Tabelle 1: Fragebögen

Messgröße	Operationalisierung	Abkürzung in der Literatur
Resilienz	Resilienzskala (Leppert, Koch et al. 2008): deutsche Kurzversion der (RS)-25 (Wagnild und Young 1993)	RS-13
Objektiver Gesundheitsstatus	Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric (Hock und Nosper 2003)	CIRS-G
Subjektive körperliche Beschwerden	Gießener Beschwerdebogen (Brähler, Schumacher et al. 2004)	GBB-24
Lebenszufriedenheit	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000)	FLZ

Tabelle 2: Interviewverfahren

Messgröße	Operationalisierung	Abkürzung in der Literatur
Bindungstyp/ -sicherheit	Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (Strauß, Lobo-Drost et al. 1999)	EBPR
Altersbilder, Altersübergänge	Qualitative Inhaltsanalyse eines halbstandardisierten Interviews zum Thema „Alter(n) und Altersübergänge“ (Mayring 2010)	/

4.2.1 Erfassung der psychosozialen Merkmale: Resilienz und Bindungssicherheit

4.2.1.1 Resilienz

In der Annahme, dass Resilienz ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal darstellt, das psychischen Stress abpuffert und zur Anpassung führt, wurde zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit eine Kurzform der Resilienzskala (RS-25) von Wagnild und Young (1993) verwendet (zugehöriger Fragebogen siehe Anhang A). Die Autoren der ursprünglichen Resilienzskala mit 25 Items bezogen sich auf das Konzept der Blocks. Sie verstanden unter Resilienz die dynamische Fähigkeit zur situational flexiblen Modulation und Kontrolle von emotionalen Affekten. Dabei wurde Resilienz mit Hilfe von zwei faktorenanalytisch konstruierten Skalen gemessen. Der erste Faktor enthielt das Merkmal *Persönliche Kompetenz* und trug mit 17 Items am Gesamt-Resilienzwert bei. Mit diesem ersten Faktor wurden Persönlichkeitseigen-

schaften wie Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Entschlossenheit, Beherrschung und Einfallsreichtum erfasst. Der zweite Faktor *Akzeptanz des Selbst und des Lebens* umfasste acht Items und beinhaltete Merkmale wie Anpassungsfähigkeit, Ausgeglichenheit und Flexibilität.

Nach der Übersetzung der RS-25 aus dem Englischen ins Deutsche (vgl. u.a. Leppert, Gunzelmann et al. 2005), entwickelten Leppert, Koch et al. (2008) mithilfe von inhaltlichen und teststatistischen Kriterien eine Kurzform der Resilienzskala, die einer Auswahl von 13 Items aus der ursprünglichen RS-25 entspricht – die RS-13. Hierdurch konnte ein ökonomisches Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Resilienz entwickelt werden. Auf einer 7-stufigen Likertskala werden Aussagen hinsichtlich der eigenen Zustimmung bewertet – von „nein, ich stimme nicht zu“ bis hin zu „ja, ich stimme völlig zu“. Alle Items sind positiv formuliert und ergeben durch Summation das Testergebnis. Dabei entspricht ein hoher Testwert einer hohen Merkmalsausprägung für Resilienz. Es können Werte zwischen 13 und 91 erreicht werden.

Die RS-13 zeichnet sich gegenüber der RS-25 durch einen besseren Modell-Fit aus und weist eine interne Konsistenz von $\alpha=.90$ auf (Leppert, Koch et al. 2008). Die interne Konsistenz der RS-13 betrug in der eigenen Stichprobe $\alpha=.91$.

4.2.1.2 Bindungssicherheit

Das aktuelle Bindungsmuster wurde mit Hilfe des Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ratings (Strauß, Lobo-Drost et al. 1999) erfasst. Dieses Interviewverfahren ist an das ‚Adult Attachment Interview‘ (AAI) angelehnt, das in der Bindungsforschung weit verbreitet ist und für andere Fremdeinschätzungsverfahren oft als Validitätskriterium gilt (Kirchmann und Strauß 2008). Das EBPR ist ein strukturiertes, halbstandardisiertes Interview und dauert ca. eine Stunde. Für die spätere Auswertung wird es auf Video bzw. DVD (oder Tonband) aufgezeichnet. Es werden in chronologischer Reihenfolge vergangene und gegenwärtige Beziehungserfahrungen und -erleben erfragt. Der Interviewleitfaden beginnt mit Fragen über die im Kindesalter bedeutsamen Bindungsfiguren (in der Regel Eltern, Geschwister und gleichaltrige Freunde) und endet mit Fragen über gegenwärtige Beziehungen (intime Partnerschaften, Freundschaften, Familienangehörige) (Interviewleitfaden des EBPR siehe Anhang B).

Dabei wird eine „Beziehungsgeschichte“ erfasst, die Aufschluss über das Erleben der eigenen Person und der Wahrnehmung Anderer in bedeutsamen Bindungsbeziehungen, den Umgang mit (möglichen) Trennungs- oder Belastungssituationen sowie über die Bedürfnisse nach Nähe bzw. Abgrenzung gibt (Strauß und Lobo-Drost 1999). Im Anschluss daran erfolgt die Auswertung der aufgezeichneten Interviews durch zwei unabhängige, geschulte Beurteiler mit Hilfe eines Auswertungs-Manuals. Dabei wird auf eine kohärente Darstellung des Beziehungserlebens der untersuchten Person geachtet. D.h. ob die Erzählungen ein stimmiges Gesamtbild von Beziehungserfahrungen vermitteln und eine reflexive Auseinandersetzung mit diesen stattgefunden hat. Hierzu zählt auch die Passung zwischen semantisch-abstrakten und konkreten, episodischen Erzählinhalten (Kirchmann und Strauß 2008). Kohärenz gilt als Hinweis für Bindungssicherheit.

Bei der Auswertung der Bindungsinterviews wird unter Verwendung des Manuals von Strauß und Lobo-Drost (1999) folgendermaßen vorgegangen: Zunächst werden die aufgezeichneten Interviews auf Hinweise für globale Charakteristika der drei klassischen Bindungstypen (sicher, unsicher-ambivalent und unsicher-vermeidend) hin überprüft. Anschließend erfolgt die Beurteilung der sieben Bindungsprototypen anhand von jeweils 10 Items auf einer 5-stufigen Skala (von „gar nicht“ [zutreffend] = 1 bis hin zu „sehr“ [zutreffend] = 5) sowie dem möglichen Zusatzitem „nicht beurteilbar“. Begonnen wird mit der Beurteilung des- bzw. derjenigen Prototypen, für die es in der Grobkategorisierung die meisten Hinweise gab. Prototyp 1 entspricht dem sicheren Bindungstyp. Die Prototypen 2 bis 4 spiegeln den unsicher-ambivalenten Bindungstyp (übersteigert abhängig, instabil beziehungsgestaltend und zwanghaft fürsorglich) wider. Der unsicher-vermeidende Bindungstyp wird durch die Prototypen 5 bis 7 repräsentiert (zwanghaft selbstgenügsam, übersteigert autonomiestrebend und emotional ungebunden). Jeder Prototyp wird durch eine Kurzbeschreibung erläutert. Zudem werden alle Items im Auswertungsmanual definiert. Auf einem Auswertungsbogen werden die Ratings der verschiedenen Prototypen in einer Übersicht dargestellt und ein Ranking aufgestellt – beginnend mit dem dominantesten Bindungsprototypen. Mit Hilfe eines Entscheidungsbaumes kann schließlich die Bindungsstrategie des Probanden ermittelt werden, welche entweder den drei klassischen Bindungskategorien (sicher, unsicher-ambivalent, unsicher-vermeidend) oder dem unsicher-gemischten Bindungstyp entspricht.

Um eine möglichst objektive Einschätzung der Bindungsstrategie zu gewährleisten, werden die Bindungsinterviews beim EBPR von zwei unabhängigen Ratern ausgewertet. Als teststatistisches Gütekriterium kann in diesem Zusammenhang die Interrater-Reliabilität herangezogen werden, die von Strauß, Lobo-Drost et al. (1999) mit einer durchschnittlichen Raterübereinstimmung von $r=.80$ angegeben wird. Eine Diskussion und Konsensbeurteilung der Rater entscheidet schließlich über das endgültige Ergebnis in der Auswertung des Bindungsinterviews.

4.2.2 Erfassung (psycho-)somatischer Merkmale

4.2.2.1 Objektiver Gesundheitszustand

Der aktuelle Gesundheitszustand der Probanden wurde mit einer modifizierten Version der Cumulative Illness Rating Scale (Miller, Paradis et al. 1992) erfasst, die ein quantitatives Rating des chronischen (Ko-)Morbiditätsstatus ermöglicht. Die CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric) wurde aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt und ist an die Erkrankungen im hohen Erwachsenenalter angepasst (Nosper 2007).

Die CIRS-G ist ein Fremdbeurteilungsinstrument, das mit Hilfe eines ausführlichen Auswertungsmanuals von geschulten bzw. medizinisch ausgebildeten Beurteilern durchgeführt werden kann. Es basiert auf der Einschätzung der Erkrankungsschwere in 14 Organsystemen, von = „kein Problem“ bis 4 = „extrem schwere Beeinträchtigung/ sofortige Behandlung erforderlich/ Organversagen/ schwere Funktionsbeeinträchtigung“ (Hock und Nosper 2003). Die Organsysteme 1 bis 13 zählen zu den somatischen Organkategorien. Die 14. Organkategorie beinhaltet psychische Störungen.

Zur Betonung verschiedener Aspekte der Morbiditätseinschätzung eines Patienten bzw. Probanden können verschiedene Indizes berechnet werden (Hock und Nosper 2003). Der „Somatische Morbiditätsindex“ enthält die Einschätzung der somatischen Organsysteme (SMI = Summe der Items 1 bis 13). Die „Relevante Somatische Morbidität“ gibt an, in wie vielen Organkategorien der Patient schwere oder sehr schwere Schädigungen aufweist (RSK = Summe der Items mit den Punktwerten 3 oder 4). In der vorliegenden Studie wurde zur Prüfung der Hypothesen der SMI verwendet.

In einer Studie an 387 älteren Patienten (65 Jahre und älter) konnte für die Interrater-Reliabilität ein $ICC=0.81$ und für die Intrarater-Reliabilität ein $ICC=0.83$ festgestellt werden (Salvi, Miller et al. 2008). Zudem fanden sich unter anderem gute Korrelationen mit klinischen und laborchemischen Untersuchungsergebnissen sowie dem Medikamentenbedarf, der stationären Aufenthaltsdauer, kognitiven Beeinträchtigungen und der alltäglichen Leistungsfähigkeit. Diese Resultate sprechen somit für die CIRS-G als ein reliables und valides Messinstrument zur Erhebung von (Multi-)Morbidity bei älteren Patienten (Nosper 2007). Nosper berichtet weiterhin von einer guten Homogenität der 14 Skalen mit einem Cronbach's Alpha = 0.8 und einer guten Änderungssensitivität bei Rehabilitationspatienten mit Effektstärken von $d = 0.4$ bis 0.6 beim Vergleich Behandlungsbeginn versus Behandlungsende.

Die interne Konsistenz der CIRS-G-Skalen betrug in der eigenen Stichprobe $\alpha=.56$.

4.2.2.2 Subjektive Körperbeschwerden

Zur Erfassung der subjektiven Körperbeschwerden wurde der Gießener Beschwerdebogen GBB-24 (Brähler, Schumacher et al. 2004) in seiner Kurzfassung mit 24 Items verwendet (zugehöriger Fragebogen siehe Anhang C). Dieses Selbstbeurteilungsinstrument umfasst die vier faktorenanalytisch gewonnenen Skalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden, die mit Hilfe von jeweils sechs Items geprüft werden (Gunzelmann, Schumacher et al. 1996). Das Ausmaß der Beschwerden wird auf einer fünfstufigen Antwortskala beantwortet, die eine subjektive Einschätzung mit Hilfe der Beschreibungen „nicht“, „kaum“, „einigermaßen“, „erheblich“ und „stark“ vornimmt. Die Summe aus allen 24 Items bzw. aus allen vier Skalen ergibt den „Beschwerdedruck“ (Brähler, Schumacher et al. 2000).

Der GBB-24 ist zeitökonomisch einsetzbar und aufgrund seiner standardisierten Durchführung und Auswertung als objektiv einzuschätzen (Brähler, Schumacher et al. 2004). Außerdem konnten durchweg gute interne Konsistenzen (Cronbachs α) der Skalen nachgewiesen werden. Für die Skala Erschöpfung wurde eine interne Konsistenz von $\alpha = .88$ ermittelt, für die Skala Magenbeschwerden $\alpha=.82$, für die Skala Gliederschmerzen $\alpha=.84$ und für die Skala Herzbeschwerden $\alpha=.85$. Die Gesamtskala Beschwerdedruck besitzt eine interne Konsistenz von $\alpha=.94$. Die Validität des GBB-24 gilt durch Faktorenanalysen und Korrelation mit anderen Skalen als gesichert (Brähler, Schumacher et al. 2004). In einer Untersuchung an 764 Personen im Alter von über 60 Jahren zeigte sich ein Anstieg der Körperbeschwerden

mit zunehmendem Lebensalter (Gunzelmann, Schumacher et al. 1996). Eine depressive Grundstimmung, eine gering ausgeprägte Kontrollüberzeugung in Bezug auf Gesundheit sowie die Beurteilung, dass seelische Einflüsse sich stark auf die Gesundheit auswirken, gingen mit einem erhöhten Ausmaß an Körperbeschwerden einher. In einer bevölkerungsrepräsentativen Studie über den GBB-24 wurde ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Körperbeschwerden und der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit als Subskala des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ) festgestellt (Brähler, Schumacher et al. 2000).

Die internen Konsistenzen der Subskalen des GBB betragen in der eigenen Stichprobe $\alpha=.74$ für die Skala Magenbeschwerden, $\alpha=.84$ für die Skala Erschöpfung, $\alpha=.77$ für die Skala Gliederschmerzen und $\alpha=.658$ für die Skala Herzbeschwerden. Die interne Konsistenz der Gesamtskala Beschwerdedruck betrug $\alpha=.89$.

4.2.3 Erfassung der Lebenszufriedenheit

Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit wurde der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) verwendet (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000) (zugehöriger Fragebogen siehe Anhang D).

Aus den ursprünglich zehn Skalen des FLZ, die jeweils einen Lebensbereich repräsentieren, wurden die folgenden fünf Skalen ausgewählt: *Finanzielle Lage, Ehe und Partnerschaft, Eigene Person, Beziehung zu den eigenen Kindern* sowie *Sexualität*. (Die weiteren fünf Skalen der Originalversion beinhalten die Zufriedenheit mit der *Gesundheit, der Arbeit und dem Beruf, der Freizeit, den Freunden, Bekannten und Verwandten* sowie der *Wohnung*.)

Die für die vorliegende Stichprobe ausgewählten Kategorien erschienen besonders relevant für die Erfassung der Lebenszufriedenheit älterer Menschen und der Überprüfung bindungstheoretischer Fragestellungen in der vorliegenden Stichprobe. In Anlehnung an das ursprüngliche Konzept des FLZ, das durch Summation von sieben aller verfügbaren Skalen die Erstellung eines Index für die allgemeine Lebenszufriedenheit ermöglicht, wurde in dieser Arbeit ein Summenwert aus den oben genannten fünf Skalen gebildet. Da viele Probanden die Items zu den Bereichen *Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern* sowie *Sexualität* unbeantwortet ließen, lagen hierfür lediglich die Daten von $n=46$ Probanden vor.

Jede Kategorie des FLZ wurde entsprechend der Handanweisung von Fahrenberg, Myrtek et al. (2000) mit Hilfe von fünf (*Finanzielle Lage, Sexualität*) bzw. sieben Items (*Ehe und Partnerschaft, Eigene Person, Beziehung zu den eigenen Kindern und Enkelkindern*) auf den Skalenstufen (1) *sehr unzufrieden* bis hin zu (7) *sehr zufrieden* erfragt. (Beispielitem aus der Kategorie *Eigene Person*: „Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich...“). Da die Originalversion des FLZ jeweils 7 Items pro Skala vorsieht, wurden die entsprechenden, vorliegenden Skalen mittels Transformation in die gleiche Metrik überführt, bevor sie für die statistischen Berechnungen verwendet wurden.

Da es sich beim FLZ um einen standardisierten Fragebogen handelt, kann eine hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität angenommen werden. Fahrenberg, Myrtek et al. (2000) konnten zudem hohe interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) zwischen $\alpha=.82$ und $\alpha=.94$ ermitteln und fanden empirische Hinweise für die Validität des FLZ. Unter anderem wurden positive Zusammenhänge zwischen der Lebenszufriedenheit und einer positiven Grundstimmung sowie eine negative Korrelation zur Häufigkeit von körperlichen Beschwerden (mit Hilfe des Gießener Beschwerdebogens erhoben) gefunden.

Für den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit liegt eine Normierstichprobe aus dem Jahr 1994 vor, die die Lebenszufriedenheit von 2870 Probanden im Alter von 14 bis 92 Jahren wiedergibt (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000). In der Studie wurden sieben Altersstufen und die Geschlechtszugehörigkeit berücksichtigt. Zum Vergleich mit der vorliegenden Stichprobe wurde jeweils die Gruppe der 66- bis 75-jährigen Probanden herangezogen.

In der vorliegenden Stichprobe wurden folgende interne Konsistenzen für die Subskalen des FLZ ermittelt: $\alpha=.89$ für die Skala *Finanzielle Lage*, $\alpha=.90$ für die Skala *Ehe und Partnerschaft*, $\alpha=.86$ für die Skala *Eigene Person*, $\alpha=.93$ für die Skala *Beziehung zu den eigenen Kindern* und $\alpha=.94$ für die Skala *Sexualität*.

4.3 Statistische Methoden zur Auswertung der quantitativen Daten

Alle mittels Fragebogen und EBPR erhobenen Daten (n=81) wurden in eine Datenmaske des statistischen Auswertungsprogramms SPSS 21 eingetragen. Mittels dessen erfolgte die Berechnung aller statistischen Kenngrößen.

4.3.1 Deskriptive Datenanalyse

Die Kenngrößen der soziodemografischen Merkmale sowie der psychosozialen und (psycho-)somatischen Merkmale der Stichprobe wurden durch die Berechnung von Mittelwerten (M), Standardabweichungen (SD), Spannweiten (range) dargestellt, wenn sie intervall- bzw. rationalskaliert waren. Nominalskalierte Variablen wurden Häufigkeitsberechnungen bzw. prozentualen Berechnungen zugeführt.

4.3.2 Explorative Datenanalyse

Zur Berechnung von Zusammenhängen zwischen zwei kontinuierlichen, intervallskalierten Variablen wurden einfache lineare Regressionsanalysen durchgeführt (Bsp.: Hypothese 3.1.1.1. bis 3.1.1.3).

Zur Überprüfung des Einflusses der psychosozialen Einflussfaktoren Resilienz und Bindungssicherheit auf die definierten (psycho-)somatischen Parameter sowie die Lebenszufriedenheit wurden Moderatoreffekte berechnet. Hierfür wurde die Studienpopulation zunächst in jeweils zwei Subgruppen unterteilt. Die Gruppe der „Hochresilienten“ wurde durch alle Studienteilnehmer definiert, die einen Summenwert von größer oder gleich 73 Punkten auf der Resilienzskala (RS-13) erzielt hatten. In die Gruppe der „Niedrigresilienten“ wurden alle Probanden mit Summenwerten von kleiner oder gleich 72 Punkten auf der RS-13 eingeschlossen. Weiterhin erfolgte die Einteilung in die Gruppe der „Sichergebundenen“ mit sicherem Bindungsstil und in die „Unsichergebundenen“ mit unsicherem Bindungsstil. Tabelle 3 zeigt die Häufigkeitsverteilung in den Subgruppen. Anschließend wurden die Zusammenhänge zwischen den Subgruppen mittels Überprüfung auf Unterschiede der Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet. Dazu erfolgte die Transformation des Korrelationskoeffizienten r in den z -Wert (Fisher's-z-Transformation) (Cohen, Cohen et al. 2003). Dieser wurde schließlich auf Signifikanz hin überprüft (Bsp.: Hypothese 3.1.2.3).

Tabelle 3: Häufigkeiten der Subgruppen

Psychosozialer Faktor	Subgruppe	N	%
Bindungssicherheit	Sichergebundene	48	59,3
	Unsichergebundene	33	40,7
Resilienz	Hochresiliente	40	49,4
	Niedrigresiliente	41	50,6

N = absolute Anzahl der Probanden, % = relative Häufigkeit der Probanden

Sichergebundene = Probanden mit sicherem Bindungsstil

Unsichergebundene = Probanden mit unsicherem Bindungsstil

Hochresiliente = Probanden mit einem Summenwert ≥ 73 auf der RES-13

Niedrigresiliente = Probanden mit einem Summenwert ≤ 72 auf der RES-13

Die Überprüfung von Mittelwertunterschieden erfolgte mit Hilfe der Durchführung von t-Testen für unabhängige Stichproben und der Berechnung der standardisierten Mittelwertdifferenzen zwischen den Subgruppen (Bsp.: Hypothese 3.1.3.1). Als Maß für die ermittelten Effektstärken diente Cohen's d. Die Effektstärken werden wie folgt eingeteilt: $d = 0,2$ gilt als kleiner Effekt, $d = 0,5$ gilt als mittelstarker Effekt, $d = 0,8$ gilt als großer Effekt (Cohen 1977).

Die fehlenden Daten wurden listenweise von den statistischen Berechnungen ausgeschlossen.

4.4 Qualitative Inhaltsanalyse zur Auswertung des Interviews über Altersübergänge

4.4.1 Datenmaterial

Um einen realitätsnahen Zugang zu den interessierenden altersbezogenen Themen (Altersbilder, Altersübergänge) zu erhalten, wurde ein halbstandardisiertes Interview und eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) durchgeführt. Das Interview bestand aus 13 Leitfragen und wurde in enger Zusammenarbeit mit Frau Dr. phil. K. Leppert, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie Jena und Expertin auf dem Gebiet der Altersforschung, konzipiert (Interviewleitfaden s. Anhang E). Die Leitfragen widmeten sich den persönlichen Ansichten und Erlebnissen der Probanden in Bezug auf ihr eigenes Älterwerden in der Vergangenheit (7 Fragen) sowie der Gegenwart und Zukunft (6 Fragen). Die Fragen wurden offen formuliert und zielten zum Teil indirekt auf bestimmte theoriegeleitete Themen ab. Zum Beispiel diente die Frage 2 (Erinnern Sie, wann Sie sich zum ersten Mal mit dem Älterwerden beschäftigt haben - bei welchen Anlässen/

Situationen?) dem Erkenntnisgewinn im Hinblick auf wahrgenommene Altersübergänge.

Vor Beginn des Interviews erfolgte eine kurze Erläuterung des Forschungsthemas und der Abfolge des Interviews.

Es wurden insgesamt 20 Interviews ausgewertet, die ausschließlich von der Autorin selbst geführt wurden.

4.4.2 Datenauswertung

Der Auswertung des halbstandardisierten Interviews zum Thema „Altersübergänge“ diente die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Speziell wurde dabei die Technik der Zusammenfassung mit induktiver Kategorienbildung verwendet. Ziel dieses Vorgehens ist die Berücksichtigung des gesamten Datenmaterials bei gleichzeitiger Reduktion auf das Wesentliche durch eine sukzessive und standardisierte Abstraktion (Mayring 2010). Für die Textbearbeitung diente das Programm Microsoft Office Word 2007.

Die Bearbeitung des Interviewmaterials wird anhand des Ablaufmodells nach Mayring (2010) (siehe Abbildung 2) erläutert. Zur Illustration der Datenauswertung der vorliegenden Stichprobe dient beispielhaft eine Auswahl an Interviewantworten und deren qualitative Inhaltsanalyse einer Probandin (s. Anhang F).

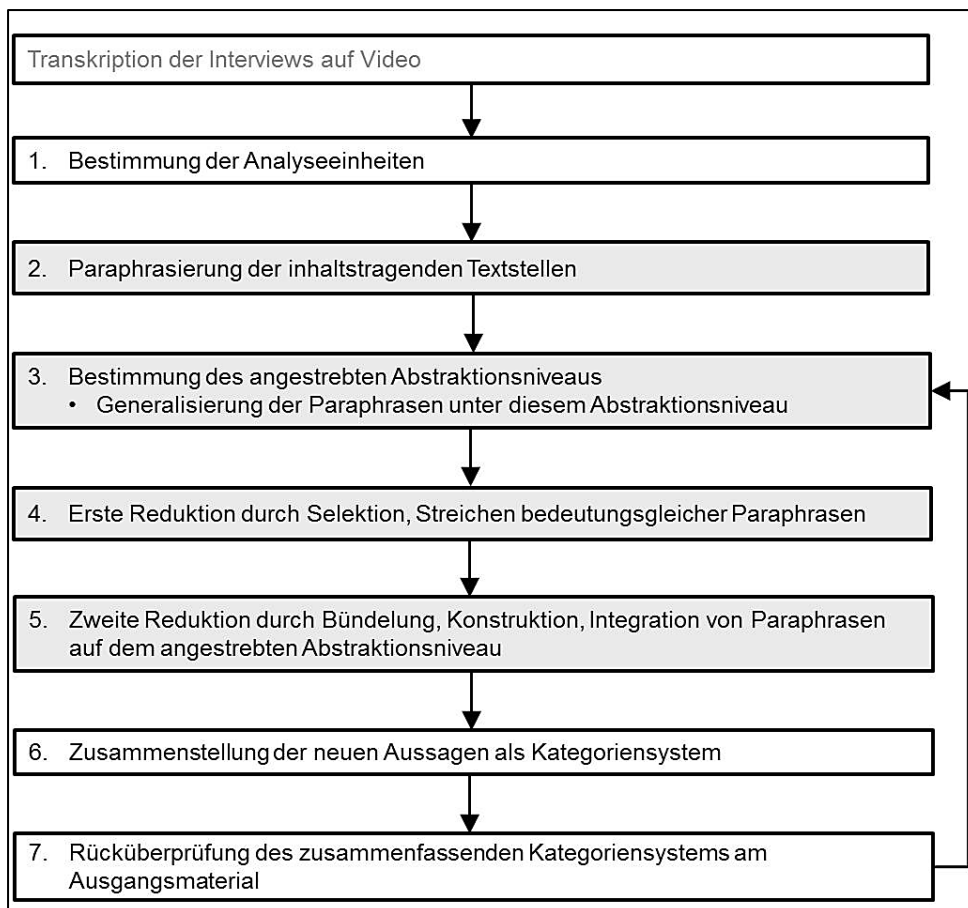


Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring 2010)

Der erste Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse bestand in der wortwörtlichen Transkription der auf Video aufgezeichneten Antworten der Probanden. Die transkribierten Texte stellten dann die zu analysierenden Einheiten des Datenmaterials dar.

Als nächstes erfolgte die sogenannte Paraphrasierung derjenigen Textstellen, die inhaltlich Aufschluss über die zuvor aufgestellten Fragen gab – in der eigenen Analyse „Kernaussagen“ genannt. Ausschmückende oder sich wiederholende (d.h. nicht inhaltstragende) Textbestandteile wurden nicht übernommen. Zeitgleich wurden die transkribierten Textstellen in eine einheitliche Sprachebene überführt.

Anschließend wurden Schritt 3 und 4 des von Mayring (2010) vorgeschlagenen Ablaufmodells zusammengefasst. Dieses Vorgehen ist laut den Empfehlungen der qualitativen Inhaltsanalyse bei größeren Mengen an Datenmaterial gerechtfertigt. Als Teil des dritten Auswertungsschrittes nach Mayring (2010) erfolgte die Bestimmung des Abstraktionsniveaus, welches sich zunächst aus einer Zusammenfassung der Kernaussagen (z.T. in einer grammatikalischen Kurzform) ergab. Im Rahmen dieses wesentlichen Abstraktionsschrittes wurden die Aussagen, soweit es ging verallge-

meinert – genannt „Generalisierung“. (Zum Beispiel: „Wenn man es ruhig angehen lässt, hat man keine Probleme.“) Gleichzeitig wurde entsprechend des vierten Abstraktionsprozesses nach Mayring (2010) eine Reduktion durch Selektion bedeutender Kernaussagen und Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen vorgenommen.

Die Datenauswertung der Schritte 2 bis 4 erfolgte in einer Auswertungstabelle, die für jeden einzelnen Probanden im o.g. Textprogramm angelegt wurde. Jeder Auswertungsschritt ist dabei ab Herausarbeitung der Kernaussagen jeweils auf den vorherigen bzw. nachfolgenden Auswertungsschritt nachzuvollziehen, indem die zugehörigen abstrahierten Textelemente in derselben Zeilenhöhe notiert wurden. Die Auswertungsschritte 3 und 4 sind in der dritten Spalte der Tabelle zusammengefasst vorzufinden („Zusammenfassen und Generalisieren“ bzw. „Generalisierung und erste Reduktion“).

In einem nächsten Schritt erfolgte die zweite Reduktion der abstrahierten Textelemente, indem mehrere, sich aufeinander beziehende Paraphrasen des vorigen Abstraktionsniveaus zusammengefasst wurden („zweite Reduktion“). (Zueinander passende Paraphrasen wurden in der Auswertungstabelle mit „*“ gekennzeichnet.) Dabei wurden Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase reduziert (Bündelung). Paraphrasen mit mehreren Aussagen wurden zu einem Gegenstand zusammengefasst (Konstruktion/Integration). Da dieser Abstraktionsschritt aufgrund der Vorbereitung auf die nachfolgende Kategorienbildung bzw. –zuordnung starke interpretative Auswertungselemente besitzt, wurde er in der Tabelle in der vorliegenden Arbeit als „Interpretation“ bezeichnet.

Ausgehend von den maximal reduzierten Paraphrasen und dem Vergleich mit weiteren Aussagen wurden im letzten Schritt Kategorien formuliert, die nach mehrfacher Durcharbeitung des Materials wiederum in Unterkategorien aufgeteilt oder zu bereits bestehenden Kategorien subsumiert wurden. Um ein Kategoriensystem zu entwickeln, das trotz mehrfacher Reduktionen so präzise wie möglich die Aussagen der Probanden widerspiegelt, wurde dieses mehrfach mit dem Ausgangsmaterial abgeglichen. Dieses Vorgehen wird als induktive Kategorienbildung bezeichnet. Es ist in der Abbildung 3 anhand eines Forschungsaspekts illustriert, den das Interview über

Altersübergänge in der vorliegenden Arbeit fokussiert: die Wahrnehmung des eigenen Älterwerdens.

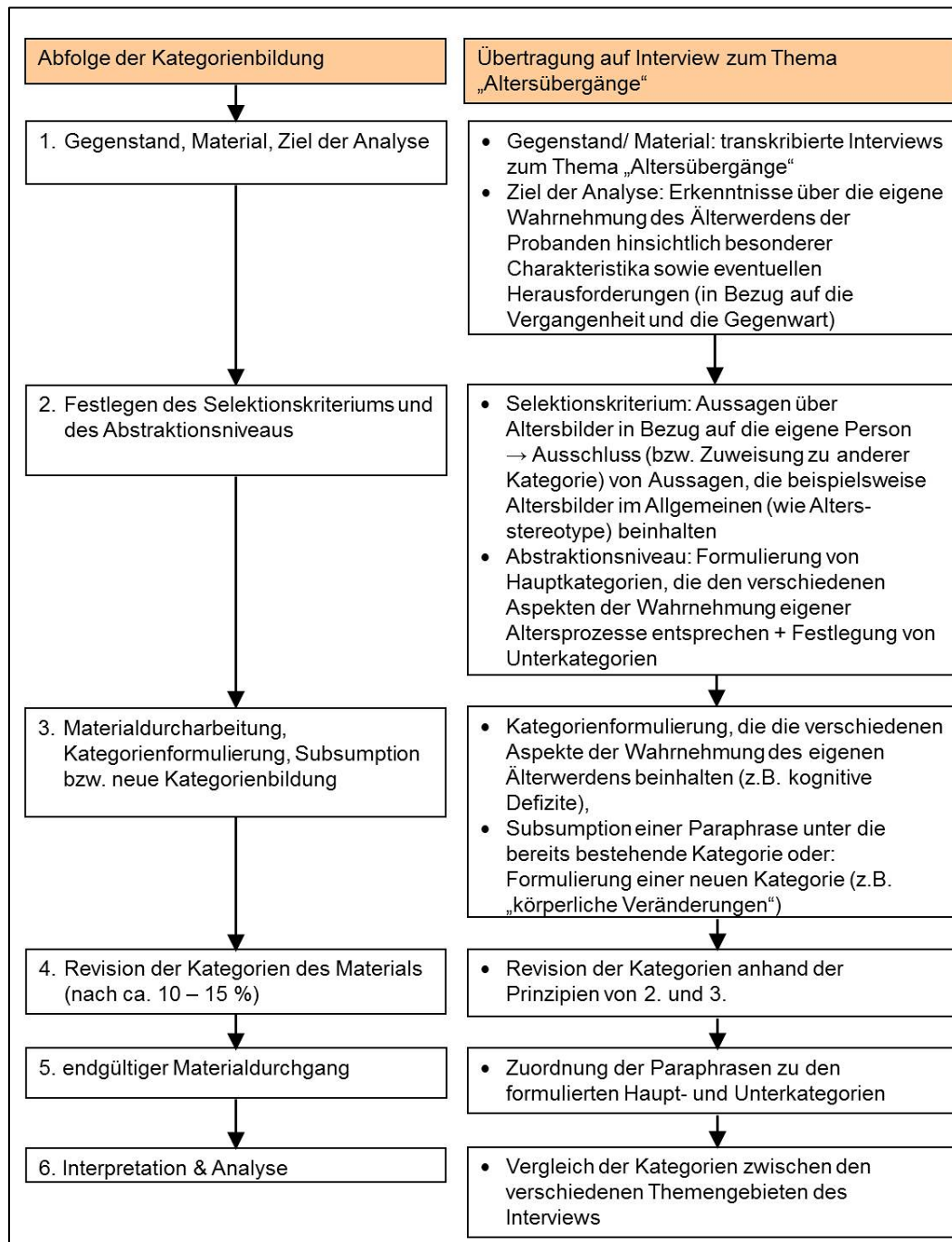


Abbildung 3: Anwendung des Prozessmodells induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2010) auf das Thema „Wahrnehmung des eigenen Älterwerdens“

Da verschiedene Themen in Bezug auf Altersprozesse bereits durch die Formulierung der 13 Leitfragen des Interviews vorgegeben waren, d.h. eine zum Teil theoriegeleitete Kategorienbildung durchgeführt wurde, kamen auch Aspekte einer weiteren Methode von Mayring (2010) zum Einsatz: die strukturierende Inhaltsanalyse. Der

prinzipielle Ablauf dieser Technik ist in der Abbildung 4 dargestellt. Die Übertragung (und teilweise Anpassung) des Vorgehens auf die Auswertung des Interviews über „Alter(n) und Altersübergänge“ wurde analog der Abbildung 3 illustriert.

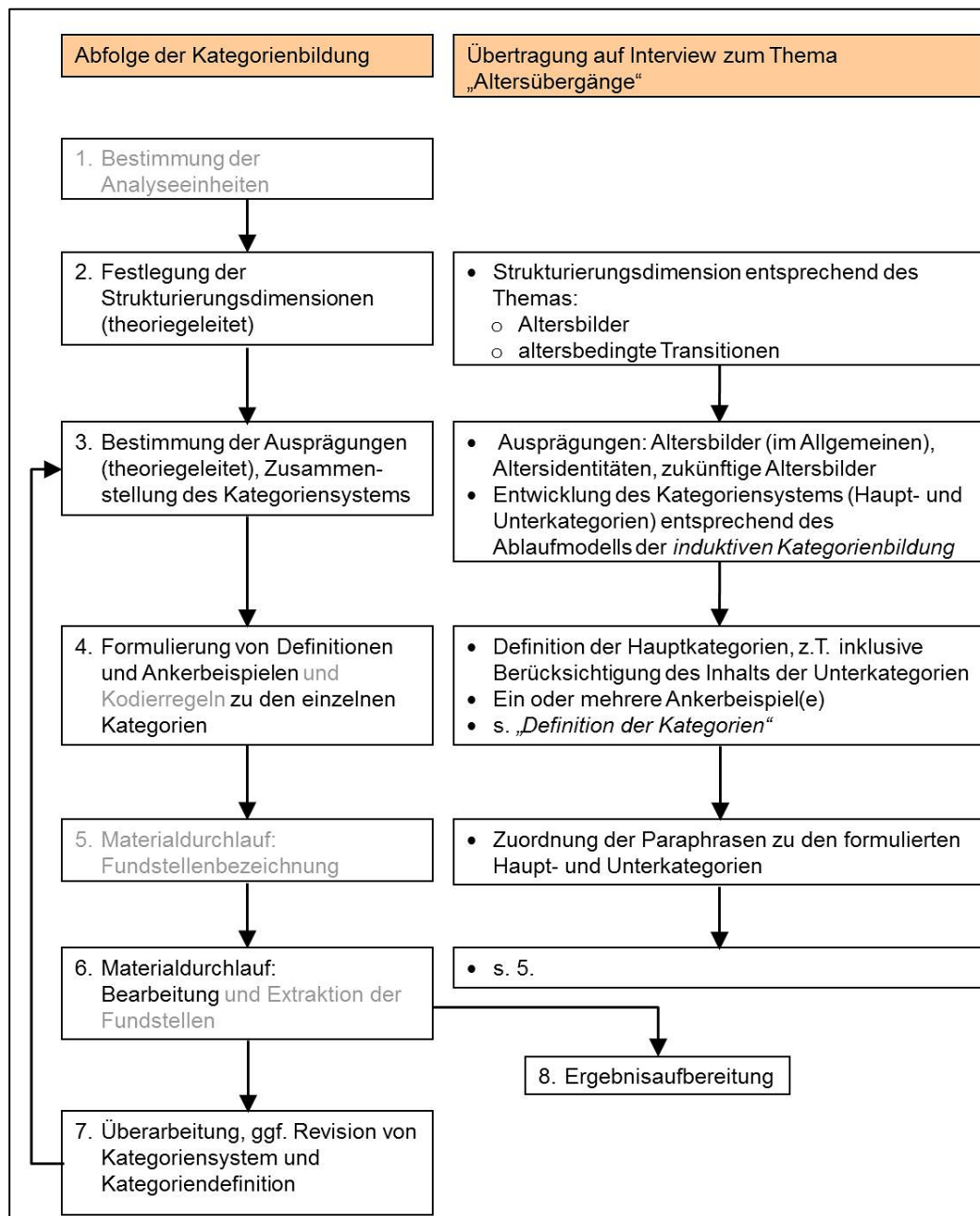


Abbildung 4: Anwendung des Prozessmodells der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

4.4.3 Definition der Hauptkategorien

In Anlehnung an das Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wurden, zur Objektivierung der Kategorienbildung, Definitionen der Hauptkategorien erarbeitet und diese jeweils mit einem Ankerbeispiel verdeutlicht. Die entsprechende Tabelle findet sich unter dem Gliederungspunkt 5.3.1.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobe

Von den insgesamt 244 angeschriebenen Stammpatienten der Allgemeinarztpraxis nahmen 87 Personen an der Studie teil. Sechs Personen mussten im Anschluss an die Untersuchung aus den statistischen Berechnungen ausgeschlossen werden: vier der Probanden konnten im EBPR nicht eindeutig ausgewertet werden, bei zwei weiteren Probanden lag kein Fragebogenmaterial vor. Somit lag schließlich eine Gesamtstudienpopulation von 81 Probanden vor. Die Gesamtstichprobe wurde der Analyse aller quantitativen Daten unterzogen, die sich aus den Fragebögen und den Resultaten des EBPR ergaben. Eine Teilstichprobe von 18 Probanden durchlief das Interview zum Thema Altersübergänge, welches im Anschluss mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurde. Da von zwei der oben aufgeführten 87 Probanden zwar kein Fragebogenmaterial vorlag, jedoch Interviews zum Thema „Alter(n) und Altersübergänge“, wurden diese ebenfalls in die qualitative Inhaltsanalyse einbezogen, um ausreichend Material zum Erkenntnisgewinn zu erhalten. Somit lagen insgesamt 20 Interviews vor, die für die qualitative Inhaltsanalyse verwendet wurden (siehe Abbildung 5).

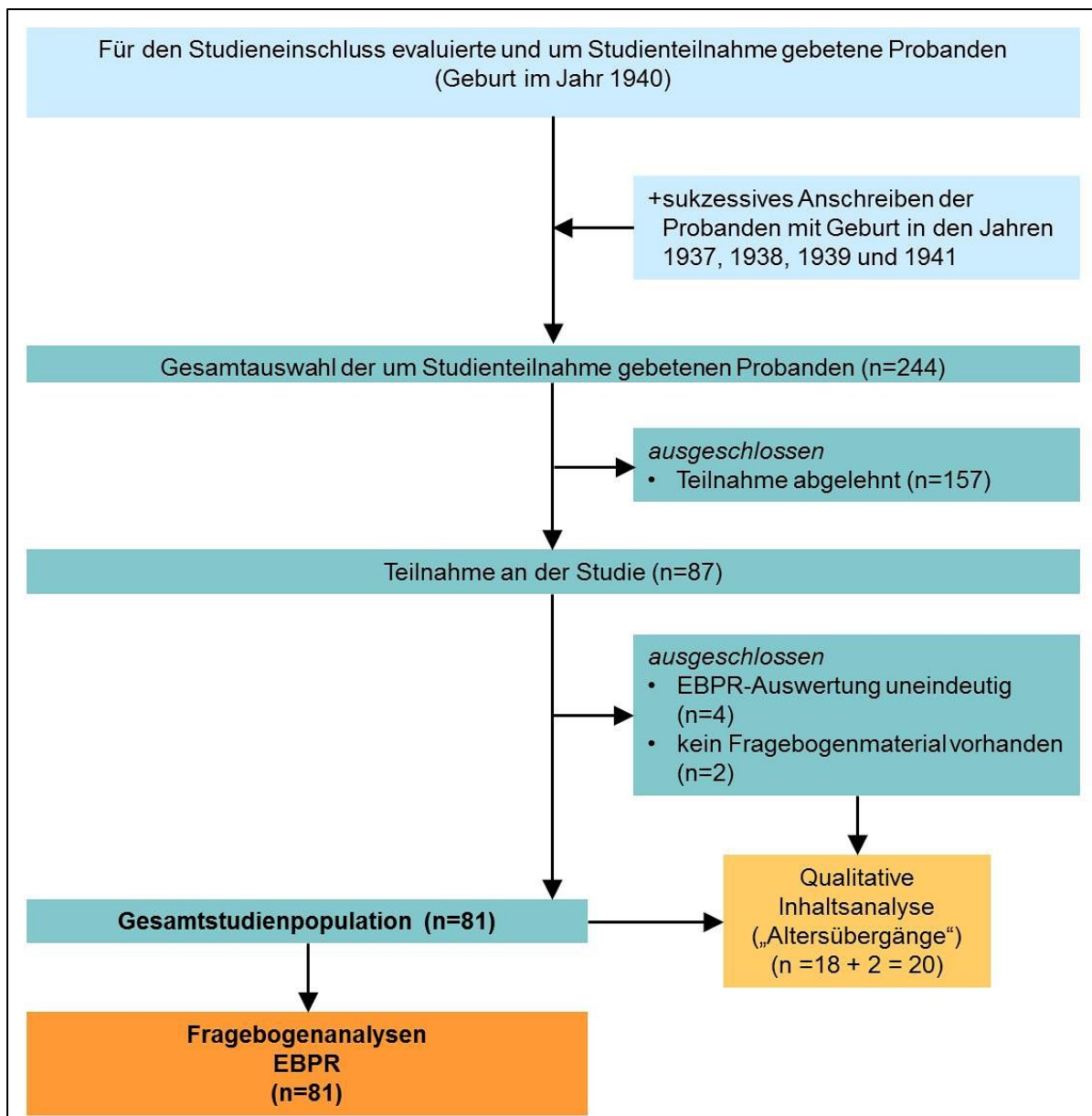


Abbildung 5: Gewinnung der Studienpopulation

5.1.1 Soziodemografische Merkmale

Tabelle 4 zeigt die wesentlichen soziodemografischen Merkmale der Gesamtstichprobe (n=81) sowie der für die qualitative Inhaltsanalyse gebildeten Teilstichprobe (n=18), für die Fragebogenmaterial vorlag.

Tabelle 4: Soziodemografische Merkmale (n=81)

		Gesamtstich- probe		Teilstichprobe	
		N	%	N	%
		81	100	18	22,2
Alter (J.)	M = 70,58 SD = 1,35 range = 69 - 73			M = 71,28 SD = 1,53 range = 69 – 73	
Jahrgänge	1937 - 1941			1937 – 1941	
Geschlecht	weiblich	50	61,7	12	66,7
	männlich	31	38,3	6	33,3
Nationalität	Deutsch	72	88,9	16	88,9
	Spätaussiedler	6	7,4		
	andere Nationalität	1	1,2		
	<i>fehlende Daten</i>	2	2,5	2	11,1
Familienstand	ledig/ geschieden	10	12,3	3	16,67
	(wieder) verheiratet	49	60,5	7	38,9
	verwitwet	20	24,7	6	33,3
	Sonstiges	1	1,2	1	5,6
	<i>fehlende Daten</i>	1	1,2	1	5,6
Wohnform	allein	26	32,1	9	50,0
	mit Partner	53	65,4	8	44,4
	mit Angehörigen	1	1,2		
	<i>fehlende Daten</i>	1	1,2	1	5,6
Höchster Schul-/ Ausbildungs- abschluss	Volksschulabschluss ohne BA*	6	7,4	1	5,6
	Realschule/ Fachhoch- schulreife ohne BA	3	3,7	2	11,1
	Volksschulabschluss mit BA	38	46,9	12	66,7
	Realschulabschluss oder Fachabitur mit BA	9	11,1	1	5,6
	Abitur & Berufsausbildung	2	2,5		
	Abitur und Hochschulab- schluss	21	25,9	1	5,6
	<i>fehlende Daten</i>	2	2,5	1	5,6
Monatliches Netto- einkommen	< 500 €	4	4,9	2	11,1
	500 – 1000 €	34	42,0	10	55,6
	1000 – 1500 €	30	37,0	3	16,7
	1500 – 2000 €	10	12,3	3	16,7
	2000 – 2500 €	2	2,5		
	<i>fehlende Daten</i>	1	1,2		

N = absolute Anzahl der Probanden, % = relative Häufigkeit der Probanden, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, range = Spannweite, *BA= Berufsausbildung

5.1.2 Psychosoziale Merkmale

Die Tabelle 5 zeigt die Ausprägung von Resilienz und Bindungssicherheit sowie die Verteilung der verschiedenen Unterkategorien in der Gesamt- und Substichprobe.

Tabelle 5: Ausprägung von Resilienz und Bindungssicherheit in der Studienpopulation

		Gesamtstichprobe			Substichprobe		
		M	SD	range	M	SD	range
Resilienz (RS-13)		70,64	13,44	30 - 91	68,84	15,88	30 - 87
			N	%		N	%
	gering (13 – 66)		24	29,6		6	33,3
	mittel (67 – 72)		17	21,0		3	16,7
	hoch (73 – 91)		40	49,4		9	50
Bindungs- stil	sicher		48	59,3		12	66,7
	unsicher:		33	40,7		6	33,3
	1) <i>ambivalent</i>		11	13,6		1	5,6
	2) <i>vermeidend</i>		22	27,2		5	27,8

5.1.3 (Psycho-)Somatische Merkmale

5.1.3.1 Objektiver Gesundheitszustand

Die Abbildung 6 zeigt die Verteilung der CIRS-Ratings 0 bis 4 in der Stichprobe. Die Tabelle 6 stellt die relevante somatische Morbidität als Häufigkeitsverteilung dar. Daraus wird ersichtlich, dass die Mehrheit der Probanden keine schwere oder extrem schwere Erkrankung aufwies. Weniger als ein Fünftel der Probanden war in einem der Organsysteme schwer oder extrem schwer erkrankt. Eine Randgruppe mit 1,2 und 2,5 Prozent der Probanden wies in zwei bzw. vier Organsystemen eine Erkrankung mit dem Rating 3 oder 4 auf.

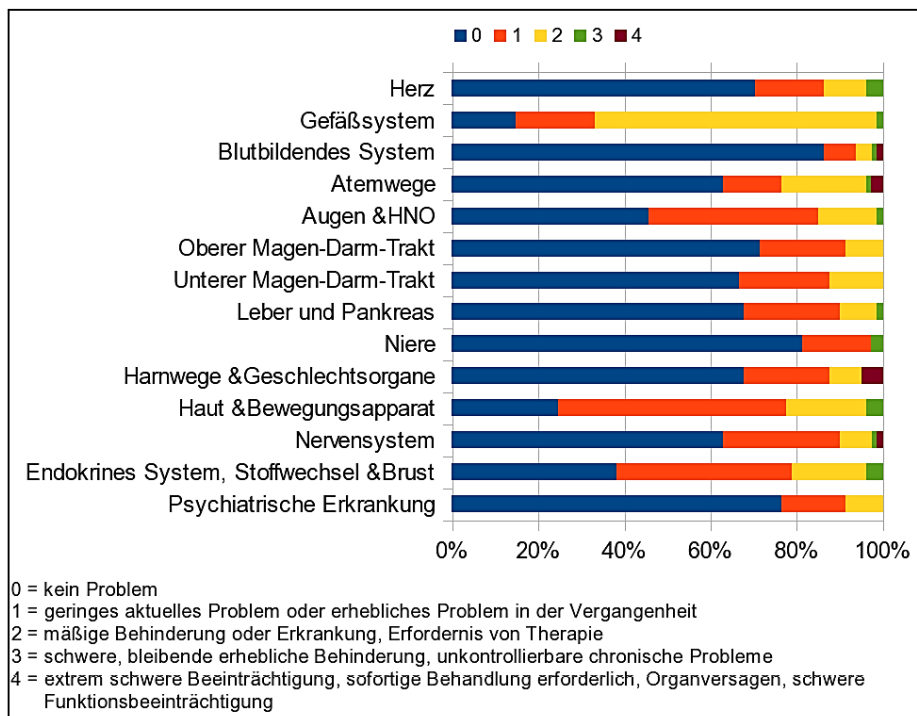


Abbildung 6: Häufigkeiten der CIRS-G-Ratings 0-4 (%)

Tabelle 6: Relevante Somatische Morbidität (%)

Anzahl der Items: Rating 3-4	0	1	2	4
Häufigkeit	77,8	18,5	1,2	2,5

5.1.3.2 Subjektive Körperbeschwerden

Die Abbildung 7 zeigt die Häufigkeiten von Körperbeschwerden und deren Beschwerdegrad in den 24 Symptomklassen des Gießener Beschwerdebogens für die vorliegende Stichprobe.

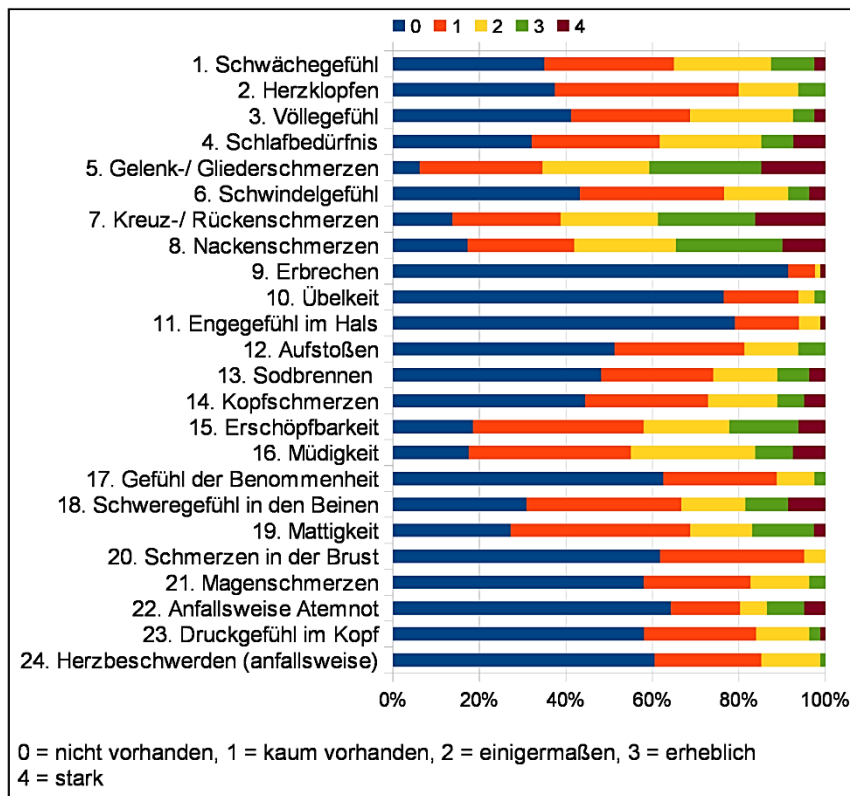


Abbildung 7: Häufigkeiten der Körperbeschwerden (%)

Die Tabelle 7 stellt die verschiedenen Körperbeschwerden auf Skalenebene im Vergleich zu einer repräsentativen Befragung von Gunzelmann, Schumacher et al. (1996) dar, in der die Probanden eine Altersspanne von 71 bis 75 Jahren aufwiesen. Es fällt auf, dass in der vorliegenden Stichprobe sowohl auf Skalenebene als auch in Bezug auf den Gesamtwert im Sinne des „Beschwerdedrucks“ insgesamt stärkere Körperbeschwerden angegeben wurden. Eine Ausnahme stellt die Kategorie „Herzbeschwerden“ dar, welche sowohl von den Frauen als auch von den Männern subjektiv schwächer eingeschätzt wurden als bei Gunzelmann, Schumacher et al. (1996).

Tabelle 7: Körperbeschwerden auf Skalenebene

GBB-Skala		Insgesamt	Frauen	Frauen (Norm- stich- probe)*	Männer	Männer (Norm- stich- probe)*
	N	81	50	94	31	62
Erschöpfung	M	7,20	7,17	5,60	7,24	5,50
	SD	4,74	4,81	4,27	4,68	4,39
Magenbeschwerden	M	3,74	3,64	3,10	3,90	3,46
	SD	3,49	3,72	3,62	3,12	3,49
Gliederschmerzen	M	8,93	9,14	8,19	8,58	7,29
	SD	4,81	4,81	5,30	4,87	4,75
Herzbeschwerden	M	3,83	4,00	4,54	3,55	4,41
	SD	3,24	3,62	3,71	2,55	3,92
Beschwerdedruck	M	23,69	23,92	21,44	23,30	20,67
	SD	12,62	13,57	13,88	11,12	14,01

* (Gunzelmann, Schumacher et al. 1996)

5.1.4 Lebenszufriedenheit

Die Tabelle 8 zeigt das Ausmaß an Lebenszufriedenheit anhand der Mittelwerte für die FLZ-Skalen *Finanzielle Lage*, *Eigene Person*, *Ehe und Partnerschaft*, *Beziehung zu den eigenen Kindern* und *Sexualität* sowie die Summe aus diesen 5 Skalen (FLZ-Summe) als Indikator für die allgemeine Lebenszufriedenheit. Zum Vergleich wurden die Daten einer repräsentativen Normstichprobe aufgeführt, deren Altersspanne 66 bis 75 Jahre betrug (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000). Es lagen hierfür jeweils die Daten für die weiblichen und männlichen Untersuchungsteilnehmer vor.

Signifikante Mittelwertunterschiede zwischen der eigenen und der Normstichprobe ergaben sich zum einen in der Subskala *Beziehung zu den eigenen Kindern*: die Effektstärke lag bei den Frauen bei Cohen`s d = 0.66 und ist somit als mittel stark zu bewerten (Cohen 1977). Zum anderen war der Mittelwertunterschied in der Subskala *Sexualität* bei den Frauen mit einer Effektstärke Cohen`s d = 1.03 signifikant und ist als hoch einzustufen (Cohen 1977).

Tabelle 8: FLZ-Skalen und allgemeine Lebenszufriedenheit

Skala	Normstichprobe*								
		N	M	SD	N	M	SD	ES	CI
Finanzielle Lage	Gesamt	81	37,20	7,47	329	-	-	-	-
	Frauen	50	36,70	7,74	169	34,91	7,94	0,23	[-0,09;0,54]
	Männer	31	38,00	7,07	160	35,58	7,15	0,34	[-0,05;0,72]
Eigene Person	Gesamt	81	38,60	5,51	329	-	-	-	-
	Frauen	50	38,06	5,36	169	37,85	5,98	0,04	[-0,28;0,35]
	Männer	31	39,48	5,74	160	38,48	5,31	0,19	[-0,20;0,57]
Ehe und Partnerschaft	Gesamt	60	41,97	6,16	225	-	-	-	-
	Frauen	31	41,00	6,76	91	37,03	8,67	0,48	[0,07;0,89]
	Männer	29	43,00	5,36	134	40,31	7,22	0,39	[-0,02;0,79]
	<i>fehlende Daten</i>	21	-	-	104	-	-	-	-
Beziehung zu den eigenen Kindern	Gesamt	70	41,60	6,78	275	-	-	-	-
	Frauen	43	42,74	4,55	135	38,54	6,78	0,66	[0,31;1,01]
	Männer	27	39,77	9,10	140	38,88	6,36	0,13	[-0,28;0,54]
	<i>fehlende Daten</i>	11	-	-	54	-	-	-	-
Sexualität	Gesamt	50	34,38	9,44	329	-	-	-	-
	Frauen	25	35,95	6,42	169	28,88	6,96	1,03	[0,59;1,45]
	Männer	25	32,82	11,64	160	30,64	7,98	0,26	[-0,17;0,68]
	<i>fehlende Daten</i>	31	-	-	-	-	-	-	-
FLZ-SUMME	Gesamt	46	194,68	24,42	329	-	-	-	-
	Frauen	23	195,23	19,43	169	-	-	-	-
	Männer	23	194,13	29,00	160	-	-	-	-
	<i>fehlende Daten</i>	35	-	-	-	-	-	-	-

ES = Effektstärke (Cohen's d): Mittelwertunterschiede der Subskalen zwischen der *Normstichprobe (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000) und der eigenen Stichprobe
 CI = 95%-Konfidenzintervall der ermittelten Effektstärke

5.2 Hypothesenprüfung

In der vorliegenden Untersuchung dienten die quantitativ und qualitativ erhobenen Daten von 81 Studienpatienten einer Allgemeinarztpraxis der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen psychosozialen Einflussfaktoren und der Bewältigung von Altersprozessen.

Die Annahme bestand darin, dass Bindungssicherheit und Resilienz als psychosoziale Faktoren supportiv im Hinblick auf die Bewältigung von Altersprozessen wirken. Als Maß für eine erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen, die mit dem Alter(n) in Verbindung stehen, wurden aktuelle objektive und subjektive Gesundheitsparameter sowie die Lebenszufriedenheit erfasst.

5.2.1 Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Parametern und Lebenszufriedenheit

Hypothese 3.1.1.1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der subjektiven Beschwerdewahrnehmung bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß der objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen geht mit einem höheren Ausmaß an subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden einher.

In einer einfachen linearen Regressionsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen den objektiven und subjektiven Gesundheitsparametern geprüft (siehe auch Kapitel 4.3 Statistische Methoden zur Auswertung der quantitativen Daten). Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen (SMI der CIRS-G) und den subjektiv wahrgenommen Körperbeschwerden (GBB): $\beta = 0.46$ ($p < .001$), $\text{adj. } R^2 = .21$. Je stärker die objektiven körperlichen Beeinträchtigungen ausgeprägt waren, desto stärker wurden Körperbeschwerden subjektiv wahrgenommen.

Hypothese 3.1.1.2: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß der objektiven körperlichen Beeinträchtigungen geht mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit einher.

Es zeigte sich ein nicht-signifikanter Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß (CIRS-G) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ): $\beta = -0.27$, ($p = .075$), $\text{adj. } R^2 = .049$. Je ausgeprägter die objektiven körperlichen Beeinträchtigungen waren, desto niedrigere Werte wurden im Bereich Lebenszufriedenheit erreicht.

Hypothese 3.1.1.3: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und der Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß an subjektiven körperlichen Beschwerden geht mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit einher.

Es zeigte sich ein nicht-signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung (Gesamtsumme des GBB) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ): $\beta = -.216$, ($p = .149$), $\text{adj. } R^2 = .047$. Je ausgeprägter die

subjektiven körperlichen Beschwerden waren, desto niedrigere Werte wurden für die Lebenszufriedenheit erreicht.

5.2.2 Zusammenhänge zwischen Resilienz und gesundheitsbezogenen Parametern

Hypothese 3.1.2.1: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und dem objektiven Krankheitsausmaß. Ein höheres Ausmaß an Resilienz geht mit einem niedrigeren Ausmaß an objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher.

Erwartungsgemäß konnte eine signifikant negative Beziehung zwischen Resilienz (Summe der Items der Resilienzskala-13) und dem objektiv erhobenen Krankheitsstatus (SMI der CIRS-G) identifiziert werden: $\beta = -0.15$ ($p < .001$), adj. $R^2 = .01$. Mit zunehmender Resilienz nahmen die objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab.

Hypothese 3.1.2.2: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und der subjektiven Beschwerdewahrnehmung älterer Menschen. Ein höheres Ausmaß an Resilienz geht mit einem niedrigeren Ausmaß an subjektiven Körperbeschwerden einher.

Erwartungsgemäß konnte eine signifikant negative Beziehung zwischen Resilienz (Summe der Items der Resilienzskala-13) und den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden gefunden werden: $\beta = -0.38$ ($p < .05$); adj. $R^2 = .13$. Mit zunehmender Resilienz nahmen die subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden ab.

Hypothese 3.1.2.3: Resilienz moderiert den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der subjektiven Beschwerdewahrnehmung älterer Menschen. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Resilienz zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden beiträgt.

Zur Überprüfung des Einflusses von Resilienz auf den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der subjektiven Beschwerdewahrnehmung wurden die Pearson-Korrelationskoeffizienten zwischen den objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen (SMI der CIRS-G) und den subjektiven Körperbeschwerden (GBB) in den Subgruppen mittels der Fisher's-z-Transformation in den z-Wert überführt. Die Differenz der z-transformierten Korrelationen wurde anschließend auf

Signifikanz geprüft (siehe auch Kapitel 4.3 Statistische Methoden zur Auswertung der quantitativen Daten). In der Gruppe der Niedrigresilienten zeigte sich der folgende Korrelationskoeffizient: $\beta = .541$, in der Gruppe der Hochresilienten: $\beta = .361$. Der Vergleich der Korrelationskoeffizienten der beiden Subgruppen nach dem o.g. Verfahren erbrachte einen Signifikanzwert von $p = 0.162273$ ($z = 0.985$).

Wenngleich die Unterschiede zwischen den Korrelationskoeffizienten in der Stichprobe nicht signifikant ausfielen, zeigte sich dennoch ein Trend in Richtung der vermuteten Zusammenhänge: In der Gruppe der Hochresilienten hatten objektive gesundheitliche Beeinträchtigungen einen weniger starken bzw. negativen Einfluss auf die subjektiven Körperbeschwerden.

5.2.3 Zusammenhänge zwischen Resilienz und Lebenszufriedenheit

Hypothese 3.1.3.1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen. Ein höheres Maß an Resilienz geht mit einer höheren Lebenszufriedenheit einher.

Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz (Summenwert der Resilienzskala-13) und der Gesamtsumme des FLZ (Summe aus den Subskalen des FLZ): $\beta = 0.49$, ($p < .05$), adj. $R^2 = .23$. Je ausgeprägter das Merkmal Resilienz war, desto höhere Werte wurden für die Lebenszufriedenheit erreicht.

Hypothese 3.1.3.2: Resilienz moderiert den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der Lebenszufriedenheit. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Resilienz zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven körperlichen Beeinträchtigungen und der Lebenszufriedenheit beiträgt.

Zur Überprüfung des Moderator-effektes von Resilienz auf den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der Lebenszufriedenheit wurde entsprechend der Hypothese 3.1.2.3 vorgegangen.

In der Gruppe der Niedrigresilienten zeigte sich der folgende Korrelationskoeffizient zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß (CIRS-G) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ): $\beta = -.29$, in der Gruppe der Hochresilienten: $\beta = -.10$. Der Vergleich der Korrelationskoeffizienten der beiden Subgruppen erbrachte einen Signifikanzwert von $p = .263$ ($z = -.633$).

Wenngleich die Unterschiede zwischen den Korrelationskoeffizienten in der Stichprobe nicht signifikant ausfielen, zeigte sich dennoch ein Trend in Richtung der vermuteten Zusammenhänge: In der Gruppe der Hochresilienten hatten objektive gesundheitliche Beeinträchtigungen einen weniger starken bzw. negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.

Hypothese 3.1.3.3: Resilienz moderiert den Zusammenhang zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und der Lebenszufriedenheit. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Resilienz zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden und der Lebenszufriedenheit beiträgt.

Zur Überprüfung des Moderatoreffektes von Resilienz auf den Zusammenhang zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und Lebenszufriedenheit wurde entsprechend der Hypothese 3.1.2.3 vorgegangen.

In der Gruppe der Niedrigresilienten zeigte sich der folgende Korrelationskoeffizient zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung (GBB) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ): $\beta = -.093$, in der Gruppe der Hochresilienten: $\beta = .015$. Der Vergleich der Korrelationskoeffizienten der beiden Subgruppen erbrachte einen Signifikanzwert von $p = .367$ ($z = -.339$).

Wenngleich die Unterschiede zwischen den Korrelationskoeffizienten in der Stichprobe nicht signifikant ausfielen, zeigte sich dennoch ein Trend in Richtung der vermuteten Zusammenhänge: In der Gruppe der Hochresilienten hatten subjektiv wahrgenommene Körperbeschwerden einen weniger starken bzw. negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.

5.2.4 Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und Gesundheit

Hypothese 3.1.4.1 Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und dem objektiven Krankheitsausmaß bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit geht mit einem niedrigeren Ausmaß an objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher.

Hypothese 3.1.4.2: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und der subjektiven Beschwerdewahrnehmung älterer Menschen. Ein höhe-

res Ausmaß an Bindungssicherheit geht mit einem niedrigeren Ausmaß an subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden einher.

Zur Überprüfung der Hypothesen 3.1.4.1 und 3.1.4.2 wurden Probanden mit sicherem Bindungsstil und Probanden mit unsicherem Bindungsstil hinsichtlich ihrer objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen (SMI der CIRS-G) bzw. subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden (GBB) mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben sowie der Berechnung von standardisierten Mittelwertdifferenzen miteinander verglichen.

Der Unterschied zwischen den Bindungsgruppen in Bezug auf die *objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen* erwies sich als nicht signifikant ($p = .091$); die Größe des Effektes ist als mittel stark einzuschätzen ($d = -.37$; 95%, KI = - 0.81; 0.08) (Cohen 1977).

Auch hinsichtlich der *subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden* gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Sichergebundenen und den Unsichergebundenen ($p = .247$); die Größe des Effektes ist als klein zu bewerten ($d = -.04$, KI = -0,48; 0,40).

Tabelle 9 zeigt die deskriptiven Gruppencharakteristika sowie die Mittelwertunterschiede anhand der Effektstärken (Cohen's d) und die zugehörigen Konfidenzintervalle in Bezug auf die objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen (CIRS-G) sowie die subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden (GBB).

Tabelle 9: Deskriptive Charakteristika und Mittelwertunterschiede in Bezug auf die Zielgrößen CIRS und GBB

	Sichergebundene			Unsichergebundene			(Cohen's d)	CI
	M	SD	N	M	SD	N		
CIRS-G	7,44	3,29	48	8,88	4,65	33	-.37	-0,81;0,08
GBB	23,47	11,51	48	23,99	14,27	33	-.04	-0,48;0,40

Sichergebundene = Probanden mit sicherem Bindungsstil

Unsichergebundene = Probanden mit unsicherem Bindungsstil

Cohen's d = Effektstärke, CI = 95%-Konfidenzintervall

Hypothese 3.1.4.3: Bindungssicherheit moderiert den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der subjektiven Beschwerdewahrnehmung. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven körperlichen Beeinträchtigungen und den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden beiträgt.

Zur Überprüfung des Moderatoreffektes von Bindungssicherheit auf den Zusammenhang zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und Lebenszufriedenheit wurde entsprechend der Hypothese 3.1.2.3 vorgegangen. Es wurde hierfür analog die Gruppe der Sichergebundenen mit der Gruppe der Unsichergebundenen verglichen.

In der Gruppe der Sichergebundenen zeigte sich der folgende Korrelationskoeffizient zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß (SMI der CIRS-G) und der subjektiven Beschwerdewahrnehmung (GBB): $\beta = .307$, in der Gruppe der Unsichergebundenen: $\beta = .606$. Der Vergleich der Korrelationskoeffizienten der beiden Subgruppen erbrachte einen Signifikanzwert von $p = .051$ ($z = -1.635$).

Wie erwartet, moderiert also Bindungssicherheit den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und den subjektiven Körperbeschwerden, indem diese intrapersonale Ressource den negativen Einfluss von objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die subjektive Beschwerdewahrnehmung abpuffert.

5.2.5 Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und Lebenszufriedenheit

Hypothese 3.1.5.1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen. Ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit geht mit einer höheren Lebenszufriedenheit einher.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden Probanden mit sicherem Bindungsstil und Probanden mit unsicherem Bindungsstil hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ) mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben sowie der Berechnung von standardisierten Mittelwertdifferenzen miteinander verglichen. Der Unterschied zwischen den Bindungsgruppen in Bezug auf die Lebenszufriedenheit erwies sich als nahezu signifikant ($p = .053$); die Größe des Effektes ist als mittel stark zu bewerten ($d = .68$; 95%, KI = 0.03; 1.30) (Cohen 1977).

Tabelle 10: Allgemeine Lebenszufriedenheit der sicher vs. unsicher gebundenen Probanden

	Sichergebundene			Unsichergebundene			(Cohen's d)	CI
	M	SD	N	M	SD	N		
FLZ	199,87	20,46	31	183,96	28,92	15	.68	0,03; 1,30

Sichergebundene = Probanden mit sicherem Bindungsstil

Unsichergebundene = Probanden mit unsicherem Bindungsstil

Cohen's d = Effektstärke, CI = 95%-Konfidenzintervall

Hypothese 3.1.5.2: Bindungssicherheit moderiert den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der Lebenszufriedenheit. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Lebenszufriedenheit beiträgt.

Zur Überprüfung des Moderatoreffektes von Bindungssicherheit auf den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und der Lebenszufriedenheit wurde entsprechend der Hypothese 3.1.2.3 vorgegangen. Es wurden hierfür analog die Gruppe der Sichergebundenen mit der Gruppe der Unsichergebundenen verglichen.

In der Gruppe der Sichergebundenen zeigte sich der folgende Korrelationskoeffizient zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß (SMI der CIRS-G) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ): $\beta = -.039$, in der Gruppe der Unsichergebundenen: $\beta = -.378$. Der Vergleich der Korrelationskoeffizienten der beiden Subgruppen erbrachte einen Signifikanzwert von $p = .149$ ($z = 1.04$).

Wenngleich die Unterschiede zwischen den Korrelationskoeffizienten in der Stichprobe nicht signifikant ausfielen, zeigte sich dennoch ein Trend in Richtung der vermuteten Zusammenhänge: In der Gruppe der Sichergebundenen hatten objektive gesundheitliche Beeinträchtigungen einen weniger starken bzw. negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.

Hypothese 3.1.5.3: Bindungssicherheit moderiert den Zusammenhang zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und der Lebenszufriedenheit. Es wird erwartet, dass ein höheres Ausmaß an Bindungssicherheit zu einer niedrigeren Korrelation zwischen den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden und Lebenszufriedenheit beiträgt.

Zur Überprüfung des Moderatoreffektes von Bindungssicherheit auf den Zusammenhang zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und der Lebenszufriedenheit wurde entsprechend der Hypothese 3.1.2.3 vorgegangen.

In der Gruppe der Sichergebundenen zeigte sich der folgende Korrelationskoeffizient zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung (GBB) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ): $\beta = -.233$, in der Gruppe der Unsichergebunde-

nen: $\beta = -.277$. Der Vergleich der Korrelationskoeffizienten der beiden Subgruppen erbrachte einen Signifikanzwert von $p = .434$ ($z = .167$).

Entgegen der angenommenen Vermutungen, ließ sich also keine eindeutige Moderation des Zusammenhangs zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und der Lebenszufriedenheit durch Bindungssicherheit finden.

Die Abbildung 8 stellt die relevanten erarbeiteten Zusammenhänge aus der vorliegenden Untersuchung dar.

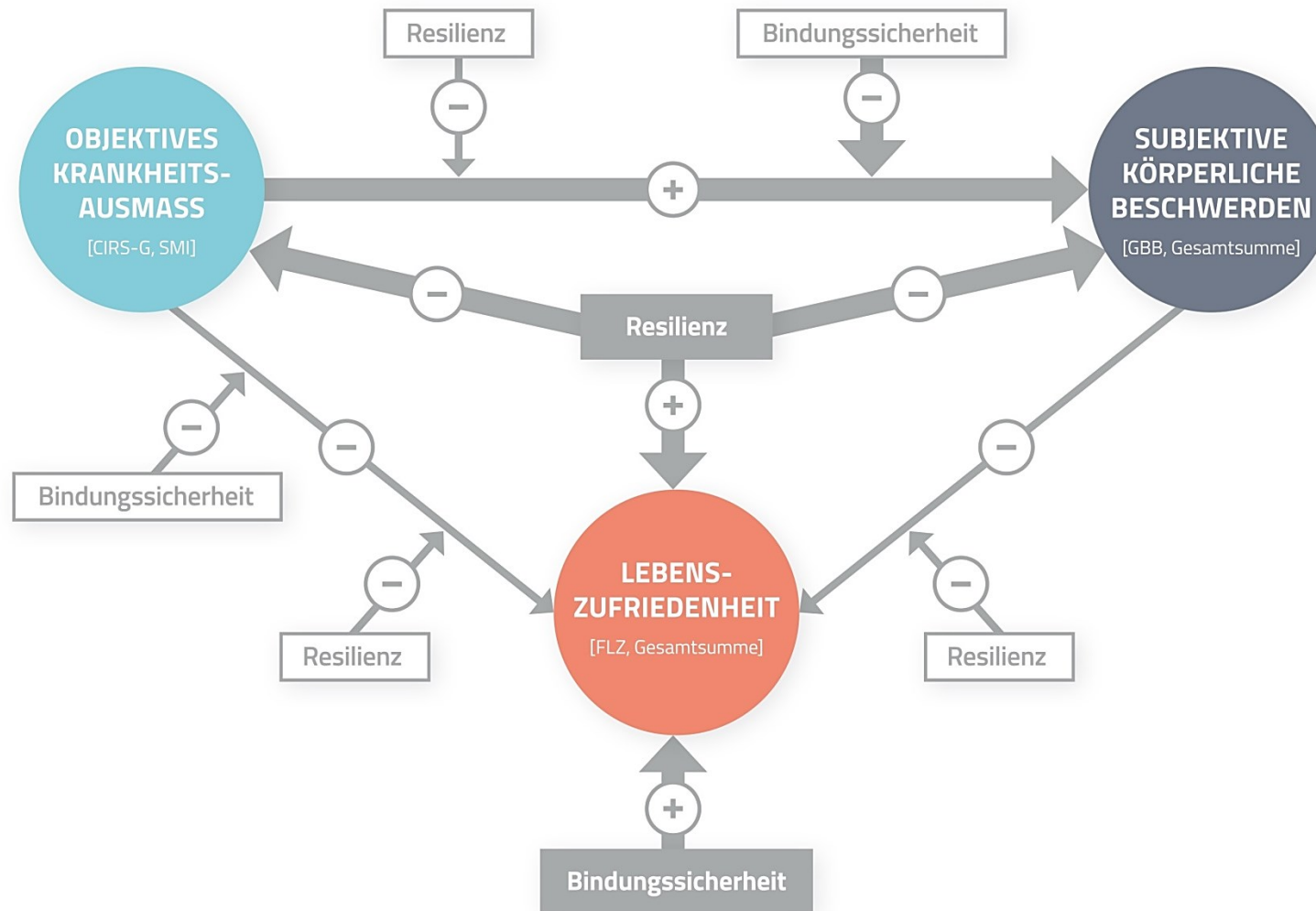


Abbildung 8: Übersicht über die relevanten Ergebnisse aus der Hypothesenprüfung

(breite Pfeile = signifikante Zusammenhänge, schmale Pfeile = hypothesenkonforme, nicht-signifikante Zusammenhänge)

5.3 Erkenntnisse aus der qualitativen Interviewauswertung zum Thema „Altersübergänge“

5.3.1 Definition und Ankerbeispiele der Hauptkategorien

Als elementare Kernpunkte der Interviewanalyse, die eine Einsicht in die subjektive Wahrnehmung von Altersprozessen erlaubte, erwiesen sich die folgenden zwei Hauptthemen:

1. Altersbilder: Unter diesem Hauptthema wurden alle Aussagen der Probanden erfasst, die die Charakteristika, alltäglichen Bedeutungen und Problempunkte des Älterwerdens erfassen. Dabei wurden drei Hauptebenen gefunden.
 - a. Altersbilder im Allgemeinen
 - b. Altersidentitäten
 - c. Zukünftige Altersbilder
2. Altersbedingte Transitionen

Die Hauptthemen (1 und 2) und Hauptebenen (a – c) werden im Folgenden tabellarisch aufgeführt, definiert und anhand von Ankerbeispielen verdeutlicht.

1.a) Altersbilder im Allgemeinen („Andere“)

Es werden alle Äußerungen erfasst, mit denen die Probanden das Thema „Altsein“, „Alter“ oder „Älterwerden“ im Allgemeinen, d.h. auch in Bezug auf ihre Mitmenschen definieren. Es wurden 8 wesentliche Unterkategorien gefunden, die in der Tabelle 11 übersichtsartig dargestellt werden. Als eine weitere Unterkategorie der „Altersbilder im Allgemeinen“ werden die Altersgrenzen betrachtet, die die Studienteilnehmer versuchen sollten, zu definieren (siehe Tabelle 12).

Tabelle 11: Altersbilder im Allgemeinen - Unterkategorien

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel(e)
Äußerlich sichtbare Alterserscheinungen	Alle Alterserscheinungen, die äußerlich sichtbar werden	„Ja. Da gibt’s oft Momente, wo ich das so denke. Erstens vom rein Äußerlichen her, von der Garderobe. (...) Da denke ich auch: oh wei, die ist in deinem Alter, oder der ist in deinem Alter.“ [14]

Fortsetzung Tabelle 11

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel(e)
Körperlicher Abbau	Körperliche Veränderungen im Sinne von Krankheit, körperlicher Gebrechlichkeit sowie körperlicher Einschränkungen/ nachlassender Leistungsfähigkeit	„Na ja, wenn ich mit dem Gehstock losgehe und zittre und wackle...“ [13] „Altsein? Na, gebrechlich. Und die ganzen Krankheiten. Wenn Sie schon so und soviel Tabletten jeden Tag einnehmen müssen.“ [15]
Kognitive Defizite	Verlust von kognitiven Fähigkeiten bis hin zur geistigen Senilität bzw. alterstypischen neurologischen/ psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Alzheimer-Erkrankung)	„Wenn das Geistige nachlässt. Wenn man die Schuhbürste nicht mehr dahin tut, wo sie hingehört. Sondern legt sie vielleicht in den Kühlschrank rein.“ [4]
Einschränkungen in der Sensorik	Verluste der durch die Sinnesorgane ermöglichten Wahrnehmungsfähigkeit (Sehen, Hören)	„...wenn ich nicht mehr richtig gucken kann, schlecht höre.“ [13]
Psychische/ psychosoziale Merkmale	Empfindungen sowie Einstellungen gegenüber sich selbst (inklusive dem eigenen Älterwerden) und der Umwelt	„Dass ich vielleicht geistig oder mit meinen Überlegungen nicht so bin wie die jungen Leute. Dass ich vielleicht eine andere Auffassung, eine andere Einstellung habe.“ [7]
Verhalten	Bestimmtes Verhalten (oder Veränderungen im Verhalten), das dem Älterwerden direkt zugeschrieben wird	„Da kann er schon alt sein, wenn er sich um nichts mehr kümmert.“ [5]
Autonomie	Veränderungen im Hinblick auf die Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Handlungsfreiheit einer Person – z.B. im Sinne der Entwicklung einer Abhängigkeit gegenüber einer dritten Person/ eines Hilfsmittels bzw. im Sinne des Verlustes der eigenen Mobilität	„...wenn ich an Krücken bin oder im Rollstuhl sitze. Dann ist es soweit.“ [7] „Wenn man sich selber nicht mehr behelfen kann und auf anderer Hilfe angewiesen ist. Dann ist man alt.“ [8]
Soziales Umfeld/ Gesellschaft	Veränderungen/ Verluste in sozialen Beziehungen und der gesellschaftlichen Position	„Oder, wenn jetzt ein Verlust des Partners wär, dann bist du ja auch alt.“ [10]

Tabelle 12: Altersbilder im Allgemeinen - Altersgrenzen

Kategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel
Altersgrenze	Ja	Beginn des (hohen) „Alters“ ist anhand einer (Jahres-)Zahl bestimmbar	„Na, Altsein... Das könnte man schon durch die Jahreszahl sagen. Heesters ist alt.“ [16]
	Nein	keine (Jahres-)Zahl für Beginn des (hohen) „Alters“ bestimmbar	„Eine Grenze gibt's da nicht. Das ergibt sich von allein.“ [8]
	Unabhängig von chronologischem Alter	hohes Lebensalter wird nicht anhand vom chronologischem Alter bestimmt, sondern anhand von Altersattributen/-merkmalen	„Und meine Meinung ist immer: jeder ist so alt, wie er sich fühlt. Und...manch einer fühlt sich mit 40 schon alt und manch einer fühlt sich... wir haben hier im Haus einen, der wird bald 100. Der war heute zum Einkaufen. Da habe ich auch so gedacht: guck an, der ist auch noch nicht alt!“ [14]
	Unterschied: (hohes) chronologisches Alter/ Alter anhand von Altersattributen	Zuordnung von hohem chronologischem Alter zu hohem Lebensalter möglich, wichtiger ist jedoch die Orientierung an Altersattributen/-merkmalen	„Dann, wenn man so alleine nicht mehr zu-rechtkommt – das würde ich dann als alt bezeichnen. Aber das hat eben nichts mit den Jahren zu tun. Das ist eben... mancher kraucht ja noch mit 90 tapfer umher.“ [21]
	Verschiebung der Altersgrenzen mit dem eigenen Lebens-/ Zeitalter	je älter man selbst ist, umso weiter wird die Grenze (anhand von chronologischen Kriterien) nach hinten verschoben – entsprechendes gilt für diese Verschiebung in Abhängigkeit von zeitgeschichtlichen Zusammenhängen	„Wenn man jung ist, dann denkt man ja schon: ach, die sind ja schon alt. Wenn man älter ist, schiebt man das immer weiter raus...“ [16]

1.b) Altersidentitäten („eigenes Älterwerden“)

Es werden alle Äußerungen erfasst, die beschreiben, wie die Probanden ihr eigenes Älterwerden wahrnehmen und, inwiefern sie sich selbst bestimmte Altersattribute zuschreiben. Die gefundenen Unterkategorien finden sich übersichtsartig in der Tabelle 13.

Tabelle 13: Altersidentitäten - Unterkategorien

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
Äußerlich sichtbare Alterserscheinungen	Alle Alterserscheinungen, die äußerlich sichtbar werden	„Aber wenn man sich so wäscht oder die Haare kämmt oder so, und man sieht die Falten, da denkt man schon so: ‚Na Mensch, du bist doch schon ein ganz schön altes Mensch geworden...!‘ [13]
Körperliche Veränderungen	Körperliche Veränderungen im Allgemeinen sowie als Resultat einer Erkrankung/ des körperlichen Abbaus, die ggf. zu Einschränkungen bzw. Beschwerden führen	„Ja. Wie sich der Körper verändert hat. (...) die Beine werden dünner, die Arme werden dünner, die Brust und der Bauch wächst.“ [4] „Die Kraft lässt nach, `ne? In dem Sinne.“ [8]
Kognitive Defizite	Verlust von kognitiven Fähigkeiten, die v.a. im Alltag bewusst werden	„Dann, dass man [sich] vieles sich nicht mehr so merkt.“ [16]
Einschränkungen in der Sensorik	Verluste der durch die Sinnesorgane ermöglichten Wahrnehmungsfähigkeit (Sehen, Hören)	„Das einzige, dass die Augen schlechter werden und, dass das Hören schlechter wird.“ [8]
Psychische/ psychosoziale Merkmale	Psychisches Befinden und psychosoziale Aspekte	„Wo ich sonst vielleicht dreimal explodiert wär’, da dreh’ ich mich heute rum und sage...“ [7]
Verhalten	Bestimmtes Verhalten oder Veränderungen im Verhalten im höheren Lebensalter	„Ja. Als das (...) anfang. Als ich damals mich nicht mehr getraut habe, raus vor die Tür. Oder geschweige einkaufen zu gehen. (...) Und seit der Zeit weiß ich eben, dass ich... na, dass ich eben älter werde.“ [20]

Fortsetzung Tabelle 13

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
Autonomie	Veränderungen der Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Handlungsfreiheit – z.B. im Sinne der Entwicklung einer Abhängigkeit gegenüber Dritten, aber auch im Sinnes des Verlustes der eigenen Mobilität	„Na ja. Gott. Die Mobilität. Ich würde gerne noch in den Urlaub fahren. (...) Aber heute möchte ich eigentlich nicht so unvernünftig sein wie viele alte Leute. (...) die gehen auf zwei Krücken noch nach Ägypten und sonst wo hin. Also, so unvernünftig wäre ich nicht!“ [12]
Soziales Umfeld/ Gesellschaft	Veränderungen/ Verluste in sozialen Beziehungen und der gesellschaftlichen Position	„Man hat jetzt mehr Zeit für Freunde.“ [5]
Lebensbereiche	Veränderungen im Hinblick auf die Lebensbereiche und –inhalte, verursacht durch formale (Aufgabe der Erwerbstätigkeit) oder persönliche (z.B. körperliche) Veränderungen, die mit dem Älterwerden verbunden sind	„Ja, ich habe früher – mein Hobby war Nähen und Garten. Und, der Garten ist ja jetzt weg gefallen für mich.“ [20] „Wie ich’s mache, mache ich’s richtig. Es macht mir niemand Vorschrift.“ [15]
Wohnsituation	Veränderungen der Wohnsituation, die mit dem Älterwerden verbunden sind bzw. daraus resultieren	„Und da haben wir eben auch die Toilette auf einer Ebene gemacht. Wir haben auch einen Fahrstuhl hoch. Und wir haben das auch so gemacht, dass ich jederzeit diese Wohnung umbauen kann. [...] wenn mir was passiert oder ihr was passiert - dass wir auf einer Ebene sind.“ [10]

1.c) Zukünftige Altersbilder („Altsein in der Zukunft“)

Es werden alle Äußerungen erfasst, die beschreiben, welche zukünftigen Veränderungen die Probanden in Bezug auf das (eigene) Älterwerden erwarten und welche Ängste in diesem Zusammenhang bestehen. Die Tabelle 14 gibt die gefundenen Unterkategorien wider.

Tabelle 14: Zukünftige Altersbilder - Unterkategorien

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
Körperlicher Abbau und Behinderungen	Körperliche Veränderungen im Sinne von Krankheiten und körperlichem Abbau, die ggf. zu (einer Zunahme von) Einschränkungen führen	„Dass ich vielleicht nicht mehr so... mit der Beweglichkeit. Gehen und so weiter. Dass mich das eventuell... Wirbelsäule und Hüfte sehr zu schaffen macht.“ [8]
Kognitive Defizite	Verlust von kognitiven Fähigkeiten bis hin zu alterstypischen neurologischen/psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Alzheimer-Erkrankung/Demenz)	„Und man hat ja manchmal Angst... Wenn man merkt jetzt: ach, wo hast'n das wieder hin getan? Du suchst das oder jenes. Wenn du denkst: ach, wenn du jetzt noch so richtig dement wirst. Also, vor so was habe ich so eine schreckliche Angst.“ [16]
Soziales Umfeld/ Gesellschaft	Bedeutung sozialer Beziehungen im höheren Lebensalter	„Und da wäre es schön, wenn es mehr Senioren-WGs gäbe. (...) Und doch ist immer jemand da, mit dem man sich mal unterhalten kann. Und ganz schlimm ist es, wenn man allein ist und sich mit niemandem verständigen kann. Da lässt die Sprache auch nach.“ [14]
Verhalten	Bestimmtes Verhalten oder Veränderungen im Verhalten	„Und dann kann man eben auch nicht mehr 10 Kilometer wandern. Dann muss man eben spazieren gehen.“ [17]
Verlust von Autonomie/ Handlungsfreiheit	(weiterer) Verlust der Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Handlungsfreiheit – z.B. im Sinne der Entwicklung einer Abhängigkeit gegenüber Dritten, aber auch im Sinne des Verlustes der Mobilität	„Na, wenn ich zum Beispiel einen Schlaganfall kriege. Da könnte ich mich nicht mehr richtig bewegen. Oder ein Herzinfarkt - (...) dann wäre man ja behindert, `ne? Und wenn man behindert ist, kann man natürlich sein Leben nicht so fortführen, wie man das möchte.“ [5]
Lebensbereiche	Verlust von Lebensinhalten	„Ja, wenn ich mal den Garten nicht mehr hätte, da würde mir schon was fehlen.“ [19]

2. Altersbedingte Transitionen

Es werden alle Äußerungen erfasst, die über altersbedingte Ereignisse bzw. Transitionen, Auskunft geben. Die Tabelle 15 gibt einen Überblick über die allgemein mit dem Älterwerden verbundenen Ereignisse („erinnerte Ereignisse“) sowie diejenigen berichteten Erlebnisse, die in Zusammenhang mit der Beendigung der Erwerbstätigkeit zusammenhängen.

Tabelle 15: Altersbedingte Ereignisse und Transitionen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel(e)
Erinnerte Ereignisse	Berichtete Ereignisse im Leben, die als bedeutsam und im Zusammenhang mit dem eigenen Älterwerden gewertet wurden	„Sicher, wo ich Silber-Hochzeit hatte. Vorher nicht. Ich habe mit 20 geheiratet – da war ich 45. Da war ich eigentlich noch topfit. Da habe ich dann dran gedacht: ‚Was? Du hast schon Silber-Hochzeit?! Du bist schon 25 Jahre verheiratet... Da bist du ja auch schon ganz schön alt.“ [13]
Beendigung der Erwerbstätigkeit als (altersbedingte) Transition	Übertritt ins Rentenalter/ Berufsaufgabe als positives und/ oder negatives Erlebnis	„Also, ich war Rentner, sowieso. Ich hatte ja länger gearbeitet. Und bin dann freiwillig gegangen und hab’s dann auch genossen.“ [9] „Aber dann wurde es hart. Da habe ich mich geseht...! (...) Das ist mir schwer gefallen! Nichts mehr zu tun! Keine Aufgabe! Kein... Nicht mehr gebraucht werden, nicht...!“ [20] „Und da hat mich dann mein Mann getröstet und hat gesagt: ‚du hast doch mich‘.“ [15]

5.3.2 Illustration der Kategorien zum Thema „Altersbilder“

Eines der Hauptthemen der qualitativen Datenanalyse wurde unter dem Oberbegriff „Altersbilder“ zusammengefasst. Drei verschiedene Ebenen bildeten dieses Thema ab – *Altersbilder im Allgemeinen*, *Altersidentitäten* sowie *zukünftige Altersbilder*.

Im Folgenden werden die inhaltlichen Aussagen der Studienteilnehmer innerhalb der Haupt- und Unterkategorien sowie deren Überschneidungspunkte innerhalb der drei Hauptebenen dargestellt.

Themenübersicht Altersbilder

Innerhalb des Hauptthemas „Altersbilder“ erschlossen sich verschiedene Hauptkategorien, die Aussagen über abstrakte Vorstellungen in Bezug auf das hohe Lebensalter sowie wahrgenommene und zukünftig erwartete Veränderungen im Rahmen des Älterwerdens widerspiegeln. Abbildung 9 zeigt eine Übersicht über die Hauptkategorien. Farblich grau unterlegt wurden die sich überschneidenden Hauptkategorien innerhalb der 3 Hauptebenen (*Altersbilderbilder im Allgemeinen, Altersidentitäten, zukünftige Altersbilder*). In eckigen Klammern wurden jeweils diejenigen Probanden anhand einer zugewiesenen Zahl aufgeführt, die Aussagen zum jeweiligen Thema getroffen hatten. Diese dienen zugleich als quantitativ auswertbare Belege für die zugrundeliegenden Aussagen der Studienteilnehmer.

Die Abbildung 9 demonstriert neben den Hauptkategorien weitere Themen, die auf den verschiedenen Ebenen der „Altersbilder“ durch die Probanden angesprochen wurden. Eine Auswahl an Interviewzitate dient der Verdeutlichung der genannten Themen.

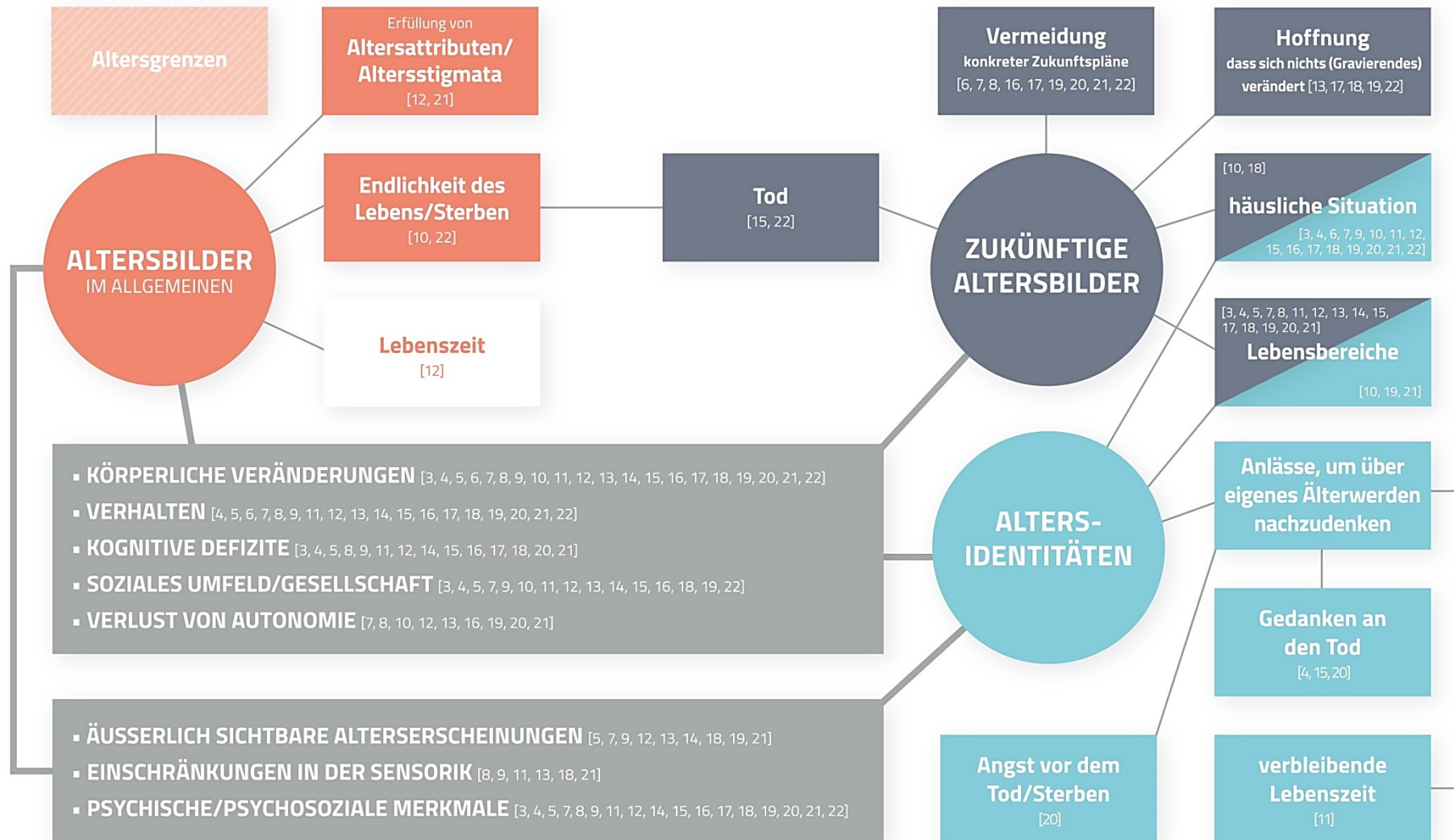


Abbildung 9: Themenübersicht Altersbilder

Die Probanden äußerten sich auf der Ebene *Altersbilder im Allgemeinen* zum Beispiel zum Thema „Altersgrenzen“, d.h. ab welchem Alter man eine Person als alt bezeichnen kann.

Das höhere Lebensalter wurde z.T. durch die Erfüllung von bestimmten Altersattributen bzw. -stigmata definiert:

„Und hier mit lauter falschen Blumen oder Deckchen. Und wie so das Oma-Gehabe...“ [12]

Zwei weitere Probanden assoziierten mit dem Thema des Älterwerdens ganz allgemein die Endlichkeit des Lebens bzw. das Thema Sterben. Auch in Bezug auf die eigene Person kamen Gedanken über das Thema Sterben auf. In diesem Fall wurden diese Gedanken konkret mit dem eigenen Älterwerden assoziiert:

„Ich denke schon nach. Indem ich noch ein bisschen dableiben möchte.“ [20]

Im Gegensatz dazu sah eine Studienteilnehmerin dieses Thema aufgrund ihrer persönlichen Belastung mit schwerwiegenden Erkrankungen von seiner positiven Seite. Sie sah in ihrem Älterwerden den Gewinn an Lebenszeit:

„Und da habe ich mich immer gefreut...und, wenn ich Geburtstag hatte, da habe ich immer gedacht: siehste, nun hast du ja doch wieder ein Jahr geschafft. Also, ich habe das immer andersrum gemacht. [12]

In Bezug auf Vorstellungen über das zukünftige Älterwerden wurde mehrfach der Wunsch nach einem unkomplizierten Tod geäußert:

„Ich möchte gerne (...) abends in mein Bettchen gehen und früh dann nicht mehr raus. Und Schluss aus, finito.“ [15]

Sehr häufig wurden auch Aussagen darüber getroffen, die auf eine (un-)bewusste Vermeidung der Planung zukünftiger Ereignisse schließen ließ, die mit dem Älterwerden verbunden sind.

„Da mache ich mir jetzt noch keine Gedanken darüber. Wie das mal werden soll.“ [8]

Anstelle dessen hofften die Studienteilnehmer auf eine Zukunft, in der sich nichts (Gravierendes) verändert.

„Wir wollen ja hoffen, dass wir [in Zukunft noch] gehen können. Dass keiner jetzt so [den Rollstuhl des anderen] schieben muss oder was, `ne?“ [18]

Zwei weitere Kategorien stellten sich als Schnittpunkte zwischen den Wahrnehmungen bzw. Veränderungen des eigenen Älterwerdens (*Altersidentitäten*) und den *zukünftigen Altersbildern* dar. Zum einen wurden Veränderungen in Bezug auf

bestimmte *Lebensbereiche* (wie zum Beispiel bezüglich Freizeitbeschäftigungen) festgestellt und auch weitere Veränderungen in der Zukunft erwartet. Zum anderen hatten manche Probanden als Reaktion auf altersbedingte Problematiken, vorsorglich häusliche Veränderungen getroffen, während andere diesbezügliche Gedanken in die Zukunft verorteten (Hauptkategorie *häusliche Situation*).

Erläuterung der Hauptkategorie „Körperliche Veränderungen“

Ein wichtiger Aspekt in Bezug auf Altersprozesse spiegelte sich in der umfangreichen Thematisierung von körperlichen Veränderungen und Einschränkungen wider (siehe Abbildung 10).

Als eine allgemein alterstypische Erscheinung wurde der körperliche Abbau genannt. Auf der Ebene der abstrakten Altersbilder stellte sich in diesem Zusammenhang die (direkte und indirekte) Formulierung der „Gebrechlichkeit“ dar.

„Meistens ist ja das Alter gekennzeichnet mit Gebrechlichkeit.“ [17]

„Na ja, wenn ich mit dem Gehstock losgehe und zittre und wackle und nicht mehr richtig gucken kann.“ [13]

Aspekte des körperlichen Abbaus wurden aber auch in Bezug auf die eigene Person wahrgenommen. Dabei wurde häufig über eine reduzierte Leistungsfähigkeit berichtet.

„Und, als wir jetzt im Sommer Bergwandern waren, na ja, da hat man auch gemerkt, dass es nicht mehr so leicht geht...“ [19]

Weiterhin wurde der Verlust der körperlichen Kraft bis hin zu körperlicher Schwäche bzw. Schwerfälligkeit thematisiert.

„Aber, ja, dass man alt und hilfälliger wird und so. Das, das kommt schon fast jeden Tag mal...“ [9]

Des Weiteren wurden (schwerwiegende) Krankheiten und körperliche Beschwerden mit dem höheren Lebensalter assoziiert.

„Wenn einer dann schwer krank ist.“ [10]

Diesbezüglich berichteten die Studienteilnehmer auch über die eigenen körperlichen Beschwerden, welche zum Teil auf (altersbedingte) Erkrankungen zurückgeschlossen wurden.

„Das Körperliche und die Gesundheit, was nachlässt. (...), die Knochen. Ich habe die Osteoporose und die Arthrose. (...) erst hat man's ja gelassen genommen. Aber in den letzten fünf Jahren merkt man's schon ganz schön.“ [8]

Auch in Zukunft wurde die Zunahme gesundheitlicher Probleme bzw. körperlicher Beschwerden bis hin zu schwerwiegenden Erkrankungen erwartet.

Einige Probanden interpretierten zudem das Auftreten von Schmerzen als eine alterstypische Erscheinung und/ oder erwarteten (die Zunahme von) körperliche(n) Schmerzen in der Zukunft.

Weitere Studienteilnehmer berichteten über eine Abnahme der eigenen körperlichen Mobilität und/ oder befürchteten einen weiteren Verlust der körperlichen Mobilität und Fitness in der Zukunft:

„Ich meine... man ist körperlich nicht mehr so beweglich, wie man es früher mal war.“ [7]

Dieser Gedanke wurde von der allgemeinen Assoziation von hohem Lebensalter mit körperlicher Behinderung (*Altersbilder im Allgemeinen*) bis hin zur Befürchtung einer möglichen, persönlichen Betroffenheit bezüglich einer körperlichen Behinderung in der Zukunft verfolgt (*zukünftige Altersbilder*).

„Es ist vielleicht ein bisschen grob oder ein bisschen unberechnend ausgesprochen: wenn ich an Krücken bin oder im Rollstuhl sitze. Dann ist es soweit.“ [7]

„Na, wenn ich zum Beispiel einen Schlaganfall kriege. Da könnte ich mich nicht mehr richtig bewegen. Oder ein Herzinfarkt... Oder...was weiß ich? (...) dann wäre man ja behindert, `ne? Und wenn man behindert ist, kann man natürlich sein Leben nicht so fortführen, wie man das möchte.“ [5]

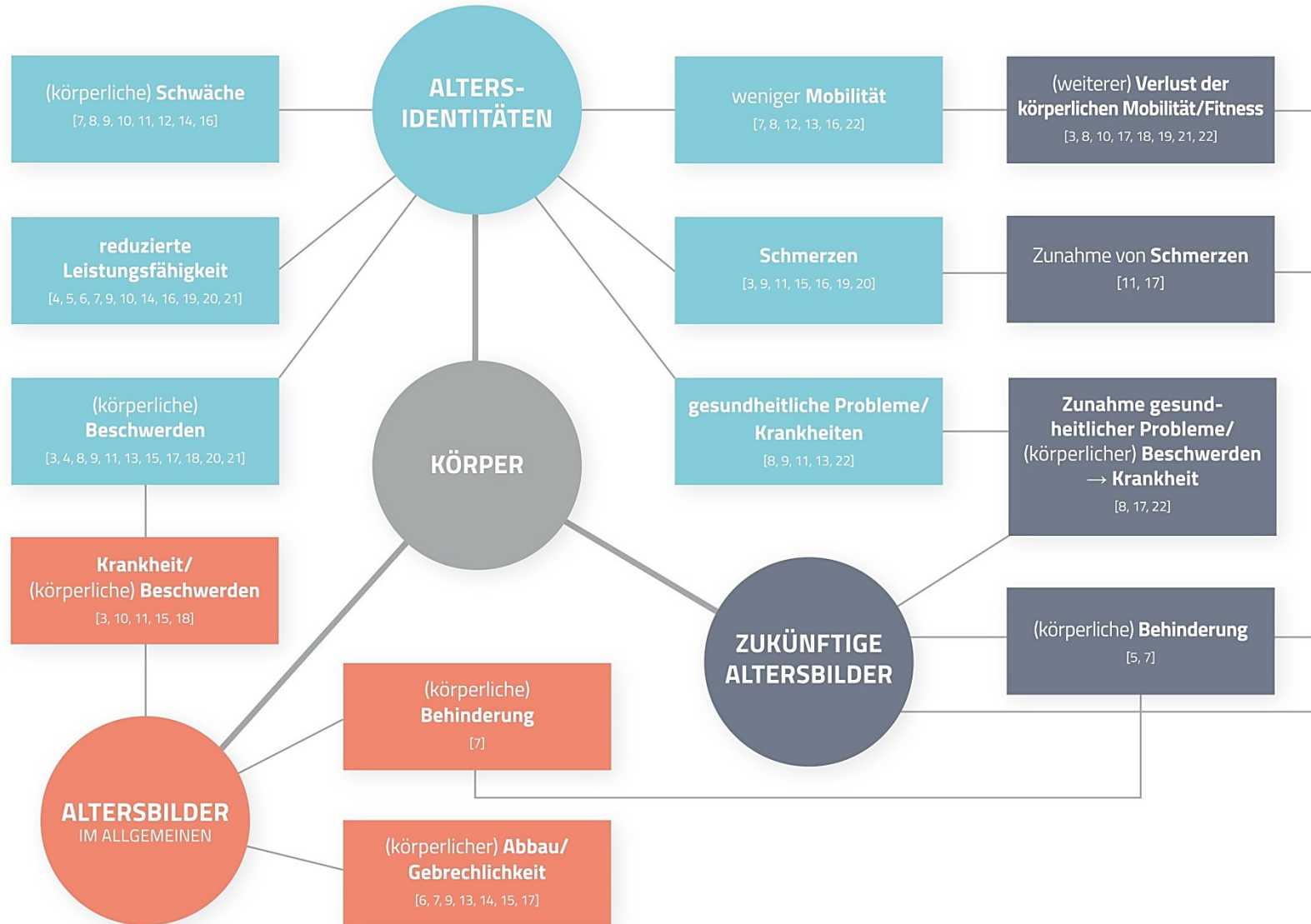


Abbildung 10: Körperliche Veränderungen und Einschränkungen beim Älterwerden

Erläuterung der Hauptkategorie „Kognitive Defizite“

In Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit wurden einige defizitbehaftete Aspekte angesprochen (siehe Abbildung 11).

Diese waren vor allem auf der Ebene der abstrakten Altersbilder einzuordnen. Das heißt, das hohe Lebensalter wurde im Allgemeinen häufig mit kognitiven Defiziten assoziiert. Umfassten diese Äußerungen kognitive Defizite, ohne konkrete Erläuterung, so wurden sie unter der Kategorie „[kognitive Defizite] im Allgemeinen“ subsumiert.

„Solange wie ich nicht bleblem bin und nicht alles durcheinander schmeiße, bin ich auch noch nicht alt. Solange wie ich noch geistig rege bin.“ [4]

Auf der allgemeinbezogenen Ebene der Altersbilder fielen besonders negativ gefärbte Begriffe wie „[geistige] Verkalkung“ [11] oder „[geistige] Senilität“ auf.

„Alt sein? Na ja, (...) wenn man geistig nicht mehr... wenn man senil ist.“ [20]

Des Weiteren herrschte die Vorstellung darüber, dass man im höheren Lebensalter über eine verminderte Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf seine Umwelt verfügen würde. Einem Probanden erschien auch die verminderte Kommunikationsfähigkeit eines Bekannten als eine typisch altersbedingte Erscheinung.

„Den ich also schon vor der Schulzeit hatte. Wenn ich den jetzt sehe, dann ist das ein alter Mann für mich. (...) Und, na ja, richtig unterhalten kann man sich nicht mit dem.“ [5]

Gedankenlosigkeit sowie den Verlust von Konzentrationsfähigkeit hatten manche Studienteilnehmer als kognitive Defizite im Rahmen der (eigenen) Altersprozesse interpretiert bzw. erinnert.

„Und...und auch, wenn ich was sagen will oder erzählen will und jemand sagt zwischendurch was Anderes und ich bin dann dran – ist das weg. Das ist mir schon öfter passiert.“ [20]

Unter diesen als alterstypisch wahrgenommen Defiziten wurden auch ein Verlust der Wortgewandtheit, des Erinnerungsvermögens, des Auffassungsvermögens, geistige Schwerfälligkeit sowie ein Nachlassen der geistigen Kraft (im Allgemeinen) genannt.

Eine Studienteilnehmerin hatte zudem Sorge um ihr Gedächtnis und einen möglichen Verlust ihrer (zeitlichen) Orientierung, die sie zwar nicht direkt auf die aktuelle Situation bezog, negative Veränderungen in diesen Bereichen jedoch (in Zukunft) befürchtete [18]. Weitere Probanden thematisierten Alzheimer bzw. Demenz als

altersbedingte Erkrankungen, die mit kognitiven Einbußen verbunden sind. Dieses Thema war häufig mit Angst vor einer möglichen eigenen Erkrankung belegt.

„Wenn man merkt jetzt: ach, wo hast’n das wieder hingetan? Du suchst das oder jenes. Wenn du denkst: ach, wenn du jetzt noch so richtig dement wirst. Also, vor so was habe ich so eine schreckliche Angst.“ [16]

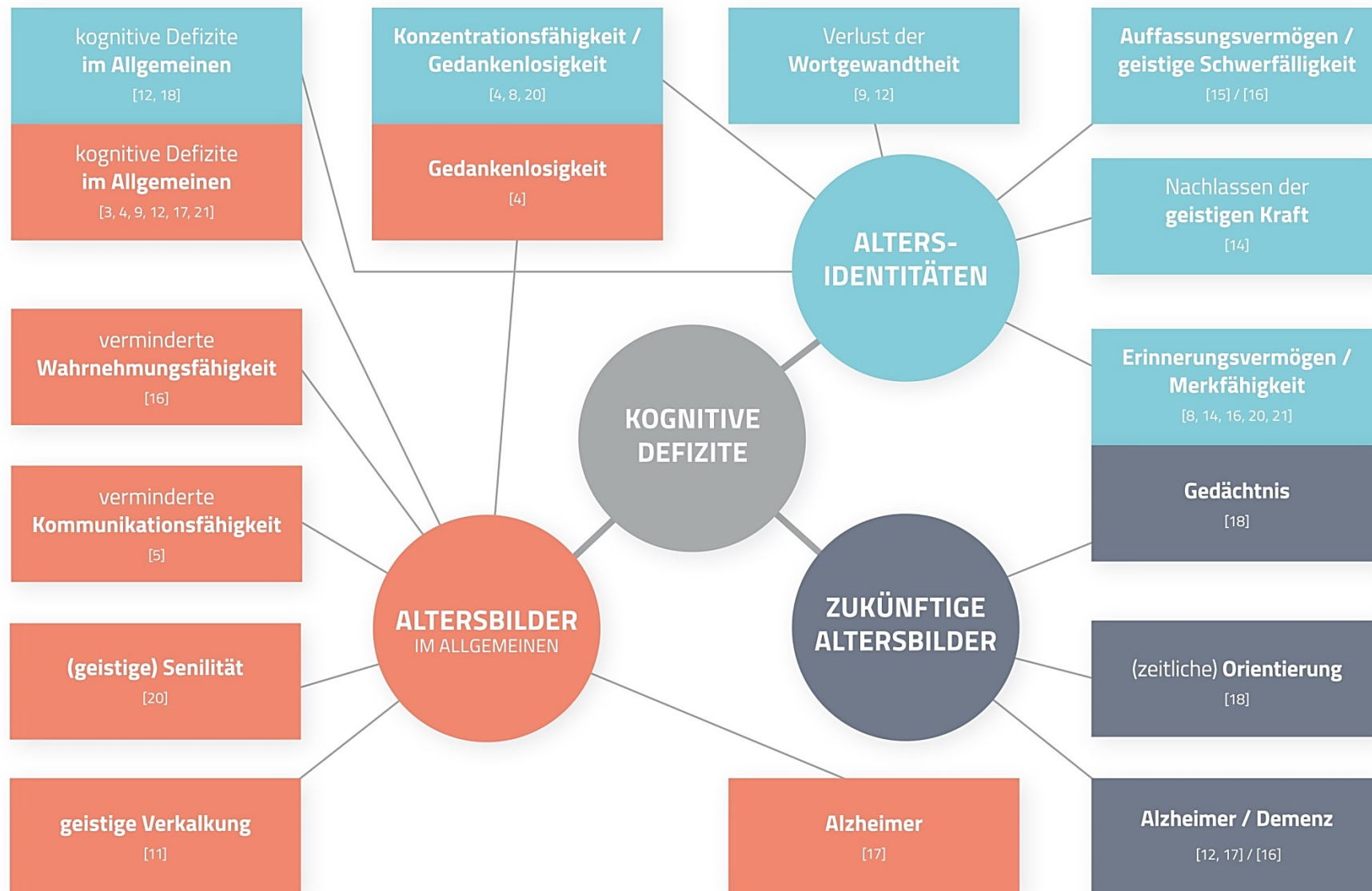


Abbildung 11: Kognitive Defizite im höheren Lebensalter

Erläuterung der Hauptkategorie „Psychische/ psychosoziale Merkmale“

Auf der allgemeinen und selbstbezogenen Ebene wurden verschiedene Aspekte angesprochen, die Aufschluss über das psychische Befinden im höheren Lebensalter gaben (*psychische Merkmale*). Diese Aspekte bezogen sich zum Teil auch auf das soziale Umfeld (*psychosoziale Merkmale*) (siehe Abbildung 12).

Einige Studienteilnehmer verbanden mit dem höheren Lebensalter bestimmte Einstellungen, im Allgemeinen oder speziell zum eigenen Älterwerden.

„Man kann sich aber auch alt reden. Weil, wenn man wirklich nichts mehr unternimmt und jedem Zwick und Zwack nachgibt, wird man natürlich auch schneller alt.“ [19]

In diesem Zusammenhang berichteten zwei Probanden darüber, dass die eigene (innere) Einstellung sich gar nicht verändert habe – bzw. „jung“ geblieben sei.

„Man verändert sich vom Körperlichen her. Aber das Innere bleibt eigentlich jung.“ [14]

Verbreitet schien des Weiteren die Assoziation von Teilnahmslosigkeit bzw. Interesseslosigkeit mit dem hohen Lebensalter:

„Also, ich finde, alt bin ich erst, wenn ich am Leben nicht mehr teilnehme. Wenn mich nicht mehr interessiert, was um mich passiert.“ [12]

Es zeigte sich darüber hinaus die Vorstellung, dass das hohe Lebensalter durch einen Verlust der Lebensfreude bzw. des Selbstwertgefühls oder Verbitterung gekennzeichnet ist.

„Wenn er... sich über nichts mehr freuen kann.“ [15]

„Und wenn er mit sich selbst nichts weiß, anzufangen.“ [5]

„Und, dann, wenn sie so verbiestert sind ..., dann sind sie wirklich alt.“ [15]

In Bezug auf das eigene Älterwerden wurde über eine Verstärkung von psychischer Sensibilität sowie einer gesteigerten Ruhebedürftigkeit berichtet. Eher negative Erlebnisse standen jedoch auch eindeutig positiven Aspekten in Bezug auf das psychische Wohlbefinden gegenüber. Zwar berichteten manche Studienteilnehmer über den Verlust von Geduld, Interesse, mentaler Stärke sowie über eine gedrückte Stimmung als Alterserscheinung. Hingegen sahen andere Probanden auch ein gesteigertes Wohlbefinden als Effekt des höheren Lebensalters an, das sich konkret durch eine vermehrte Umgänglichkeit, Ausgeglichenheit bzw. Gelassenheit und Zufriedenheit zeigte – oder allgemein in einem psychischen Wohlbefinden.



Abbildung 12: Psychische und psychosoziale Merkmale im höheren Lebensalter

Erläuterung der Hauptkategorie „Verhalten“

In Bezug auf das Verhalten (siehe Abbildung 13) offenbarten die Studienteilnehmer ein (allgemeines) Altersbild, das vor allem durch Inaktivität bzw. Passivität gekennzeichnet war:

„Wenn er sich hängen lässt. Wenn er sich einfach gehen lässt [...] Wenn ich [...] nichts dagegen tue, bin ich alt.“ [6]

Auch die Aufgabe von (Selbst-)Verantwortung wurde von den Probanden als ein typisches altersbezogenes Verhalten dargestellt:

„So mit ihren Ansichten [...] Und das machen sie nicht mehr. Und [...], nein, die Mühe mache ich mir nicht mehr [...] Und alles solche Ideen. So, so das langsame Zurückgeben von den Aufgaben, ja?“ [21]

Die eigenen empfundenen altersbedingten Veränderungen des Verhaltens wurden überwiegend in Beschreibungen wiedergegeben, die auf einen Rückzug (aus dem sozialen Leben) sowie eine allgemein ruhigere, schonende Lebensart (Kategorie „Zur Ruhe kommen“) schließen ließen:

„Man geht nicht mehr so viel in die Stadt oder irgend sonst was. Man wird eben ein bisschen bequemer irgendwie.“ [16]

Einen weiteren Rückzug aus dem sozialen Leben sah eine Studienteilnehmerin in Zukunft kommen:

„Na ja, dass man [in Zukunft] noch mehr zu Hause sitzt, so.“ [16]

Weiterhin berichteten die Studienteilnehmer, dass sie sich im Alltag insgesamt als langsamer empfanden bzw. Alltagsaktivitäten nun langsamer verrichteten (Kategorie „langsamer sein“):

„Es dauert alles ein bisschen länger. Was ich früher vielleicht in eins, zwei Stunden... Da brauchen Sie heute einen Tag. Das dauert eben alles länger.“ [15]

Ebenso wurde in diesem Zusammenhang von einem Probanden beobachtet, dass mit dem höheren Lebensalter die Beweglichkeit nachlässt bzw. weniger Bewegung stattfindet. Eine Zunahme dieser Veränderungen wurde auch in Zukunft erwartet [16, 17].

„Man kann dann nicht mehr so rumrennen und so weiter.“ [22]

Im Gegensatz dazu berichteten andere Probanden über einen altersunabhängigen, aktiven Lebensstil, bzw. stellten sich auch in Zukunft einen aktiven Lebensstil vor:

„Es hat sich eigentlich nichts geändert. Ich bin aktiv, nach wie vor.“ [5]

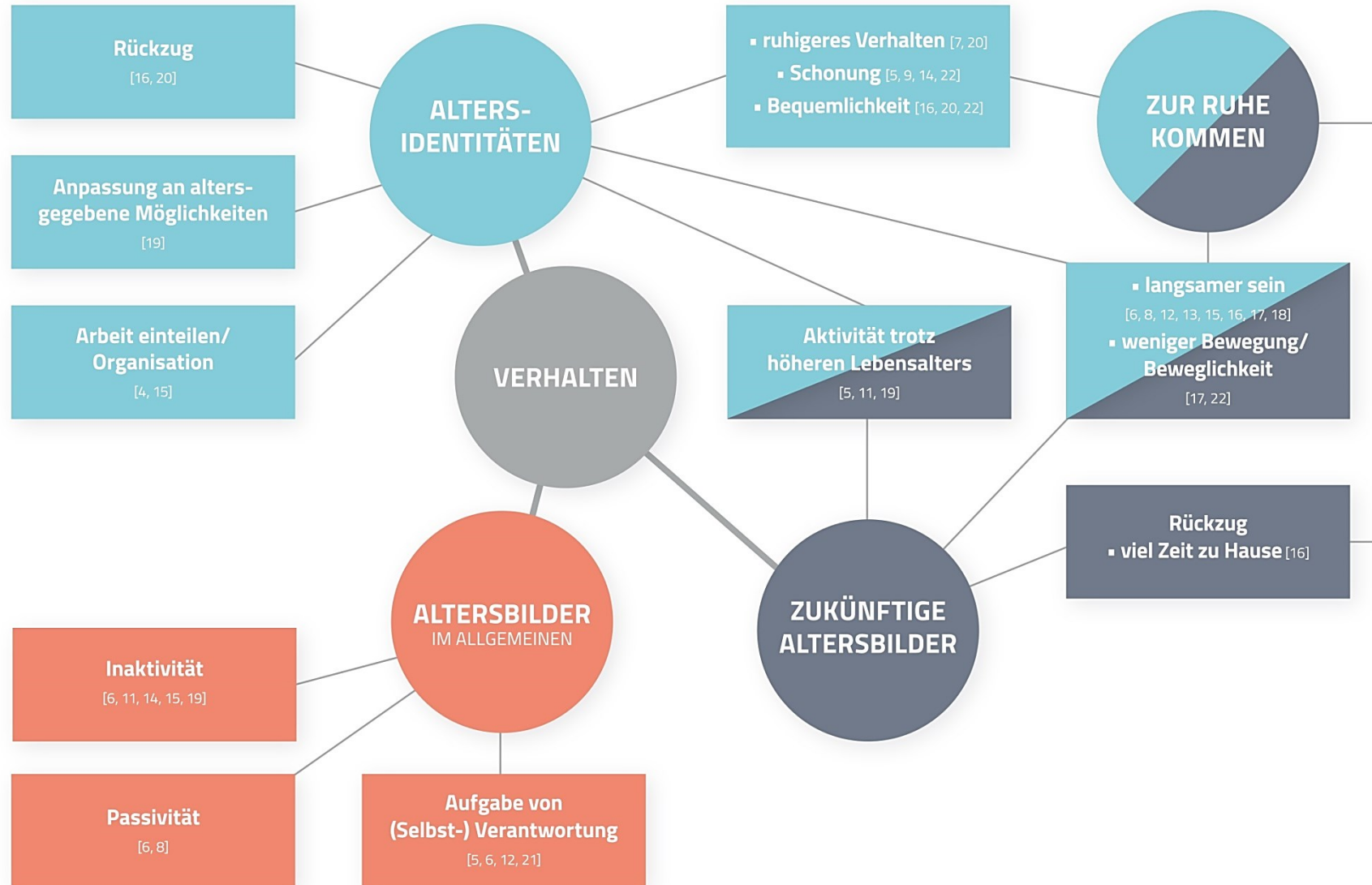


Abbildung 13: Verhalten im höheren Lebensalter

Erläuterung der Hauptkategorie „Soziales Umfeld/ Gesellschaft“

Aspekte und Veränderungen aus dem Bereich der sozialen Beziehungen und Gesellschaft wurden in der Abbildung 14 übersichtsartig dargestellt.

Ein Studienteilnehmer betrachtete den Verlust eines (Ehe-)Partners als alterstypische Veränderung bzw. maß diesem (möglichen) Einschnitt einen bedeutsamen Einfluss auf den Altersprozess bei:

„Oder, wenn jetzt ein Verlust des Partners wär', dann bist du ja auch alt. Dann biste... dann ist das Leben, ... sinnlos.“ [10]

Diesbezüglich gab er auch Ängste in diesem Bereich zu:

„Das einzige, was mich vielleicht... Weil wir ja solange zusammen waren, mal der Gedanke kam, was wird denn mal, wenn einer mal nicht mehr ist? Wissen Sie...?“ [10]

Ein anderer Proband wiederum berichtete (auf der Ebene der *Altersidentitäten*) über eine verstärkte Bedeutsamkeit von Partnerschaft im höheren Lebensalter.

Auch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit wurde als alterstypische Veränderung im sozialen Leben interpretiert:

„Dass jeder einen gefragt hat auf der Straße: Arbeitest du noch? [...] Da habe ich gedacht: siehst du schon so aus, wie so'n Rentner? [...] Ich war ja 60. [...] Wieso kommt das, dass die dich das fragen?“ [10]

Eine andere Probandin hatte den Eindruck, dass Menschen im höheren Lebensalter nicht (mehr) mit ausreichend Respekt begegnet würde, da die Behandlung von altersbedingten Krankheiten nicht mehr bezahlbar sei:

„Heute ist es ja nicht so einfach, älter zu werden. Man kann älter werden. Aber man darf keine Krankheiten haben. Das ist das große Problem. Denn wenn du heute krank wirst und irgendwelche Medikamente brauchst oder du musst zum Arzt gehen [musst], das kostet alles soviel Geld. Das kannst du dir bald gar nicht mehr leisten. Das ist so.“ [3]

Hingegen wurden auf der persönlichen Ebene (*Altersidentitäten*) positive Erfahrungen bezüglich des entgegengebrachten Respekts gemacht:

„Und, dass ich jetzt älter werde, habe ich jetzt öfter daran gemerkt an jungen Leuten, die einem zuvorkommend gegenübertreten.“ [14]

In Bezug auf das gesellschaftliche Leben, bestand bei einem Studienteilnehmer dennoch die Vorstellung, dass Menschen höheren Alters als „abschiedsreif“ empfunden werden:

„Na ja, klar, solange wie's [einem gut] geht und [...] Das ist ja dann auch immer erst mal, dass man sich hinsetzt und [...] Und dann ist man wahrscheinlich auch ...abschiedsreif...“ [11]

Ähnlich zu dieser Ansicht hatten mehrere Probanden das Älterwerden bereits als Ausgrenzung von der Gesellschaft erfahren (*Altersidentitäten*):

„Na ja, klar, man wird auch... als alter Mensch wird man ja auch nicht mehr so wahrgenommen. Da wird man eher so ein bisschen... [bei Seite geschoben] von den Jungen...“ [9]

In Bezug auf die Zeit für die Pflege sozialer Beziehungen im höheren Lebensalter, konnten einige Probanden eine positive Aussage treffen:

„Man hat jetzt mehr Zeit für Freunde. [...] Wir waren gestern zum Beispiel wieder zu Besuch bei Freunden. Heute wieder. Morgen wieder. Immer wieder bei anderen.“ [5]

Es wurde allerdings auch der Aspekt des Verlustes sozialer Kontakte durch das Älterwerden angesprochen:

„Man hat auch nicht mehr gar so viel Kontakt zu anderen. Ich meine, am Anfang bin ich immer mal noch so mit Kollegen... hat man sich immer mal noch getroffen. Aber das mache ich jetzt auch nicht mehr. Wenig.“ [16]

Demgegenüber betonten weitere Teilnehmer der Studie, dass soziale Kontakte gerade im hohen Lebensalter von besonderer Bedeutung sind bzw. sein werden:

„Und da wäre es schön, wenn es mehr Senioren-WGs gäbe. [...] Und [es] ist immer jemand da, mit dem man sich mal unterhalten kann. [...] Wenn man allein ist und sich mit niemandem verständigen kann. Da lässt die Sprache auch nach.“ [14]

In diesem Zusammenhang spielte im Fall zukünftiger Hilfebedürftigkeit das Vertrauen in die Familie und Institutionen medizinischer Versorgung eine tragende Rolle:

„Da schwöre ich drauf. Und das kenne ich nicht anders. Dass wir (...) füreinander immer da sind. Dass einer für den anderen sorgt.“ [7]

„Und dann sagt man sich, da gibt es ja dann auch Pflege oder hier nebenan sind die Ärzte gleich.“ [18]



Abbildung 14: Soziales Umfeld/ Gesellschaft im höheren Lebensalter

Erläuterung der Hauptkategorie „Verlust von Autonomie“

Viele Studienteilnehmer äußerten den Verlust von Autonomie als erlebte oder antizipierte Erscheinung des Alternsprozesses (siehe Abbildung 15).

Einen wichtigen Aspekt stellte die Entwicklung einer Abhängigkeit dar – im Sinne des Angewiesen-seins auf eine gegenstandsbezogene Unterstützung und/ oder der Abhängigkeit gegenüber einer (hilfeleistenden) Person.

„Wenn man mal [...] absolut nicht mehr ohne fremde Hilfe auskommt.“ [21]

In diesem Zusammenhang wurde das Thema Pflegebedürftigkeit als zukünftiges – und zum Teil angstbesetztes – Thema genannt:

„Es wird doch [...] darauf hinausgehen, dass ich eines Tages doch irgendwie betreut werden muss.“ [20]

Auf allen Ebenen wurde der Verlust von Selbständigkeit als alterstypisches Merkmal angesprochen.

„Wenn man sich selber nicht mehr behelfen kann.“ [8]

„Dass man nicht mehr so beweglich ist. Schon, wenn ich nicht mehr Fahrrad fahren könnte. Das ist ja mein Auto. Die Einkäufe...werden alle mit dem Fahrrad erledigt. Also, da habe ich Angst, wenn ich das mal nicht mehr machen könnte.“ [15]

Wie im letzten Beispiel illustriert, wurde dem Verlust der Selbständigkeit ein Verlust der Mobilität bzw. Beweglichkeit als Ursache zugrunde gelegt:

„Wenn er sich nicht [mehr] bewegen kann.“ [16]

Auch in Zukunft wurde ein (weiterer) Verlust der Mobilität bis hin zur Immobilität erwartet:

„Da kann aber viel passieren, denke ich mal. Je nachdem, was auf einen zukommt. [...] Also so, wie es mir in den letzten Wochen oder Monaten gegangen ist, da bekommt man schon Bedenken. Wenn man dann bloß an die Wohnung gebunden ist und auf andere Hilfe angewiesen ist.“ [14]

Als Teilaspekt des Verlustes von Autonomie sprachen die Studienteilnehmer den (möglichen zukünftigen) Verlust der individuellen Handlungsfreiheit an:

„Indem man nicht mehr all das machen... oder nicht mehr alles machen kann, was man sich wünscht zu machen oder was man bisher gemacht hat.“ [19]

Eine weitere Sorge bestand darin, die persönliche Selbstbestimmtheit zu verlieren:

„Wenn man (...) so gar nicht mehr... (...) selbst bestimmen kann, was man alles so machen kann.“ [21]

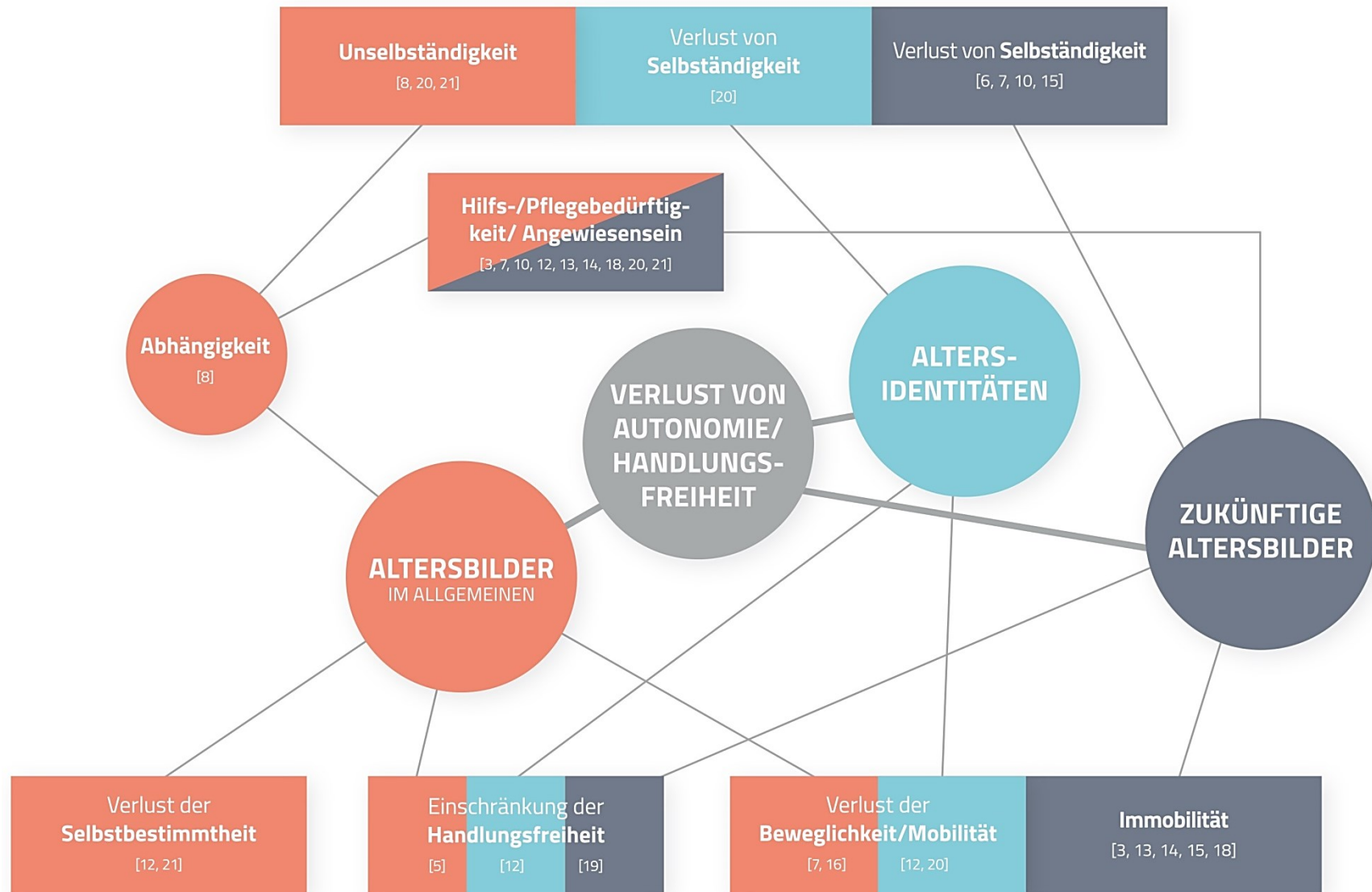


Abbildung 15: Verlust von Autonomie und Handlungsfreiheit im höheren Lebensalter

Erläuterung der Hauptkategorie „äußerlich sichtbare Alterserscheinungen“

Es wurden häufig Aussagen darüber getroffen, dass das Älterwerden durch äußerlich sichtbare Veränderungen erkennbar bzw. bewusst wird. Die Probanden äußerten dabei allgemeine Assoziationen zu älteren Menschen („äußere Zeichen“ [9], „alt aussehen“ [7]), aber auch detaillierte Beschreibungen (z.B. Garderobe [14]) bis hin zu stereotypartigen Kennzeichen („krumm laufen“ [5]).

In Anbetracht der eigenen Person wurde neben allgemeinen Aussagen zu den äußerlich sichtbaren Zeichen [18, 21], auch speziell über einen Verlust des „jugendlichen Aussehens“ [allgemein: 9] berichtet. Konkreten Veränderungen betrafen die Haare [12, 13, 18, 19] und den Hautzustand (v.a. das Auftreten von Hautfalten) [13, 14].

Erläuterung der Hauptkategorie „Einschränkungen in der Sensorik“

Ein bedeutsames Kennzeichen des hohen Lebensalters stellten Einschränkungen der Sinnesempfindungen dar. Auf der Ebene der abstrakten Altersbilder gab es lediglich eine Äußerung einer Probandin, die dem hohen Lebensalter allgemein eine verminderte Wahrnehmungsfähigkeit zuschrieb [13].

Fünf der Studienteilnehmer beobachteten Einschränkungen in Bezug auf das Hören und Sehen an der eigenen Person [8, 9, 11, 18, 21].

Altersgrenzen

In Bezug auf die Frage, ab welchem Alter ein Mensch als „alt“ zu kategorisieren ist bzw. ab wann ein Mensch „alt“ gelten kann, wurden vier Hauptkategorien gefunden:

Tabelle 16: Hauptkategorien für die Altersgrenzen

Altersgrenze:	
ja	allgemein [16] 70 Jahre [11, 13, 16, 19] 90 Jahre [3, 10, 21] 85 Jahre [22] 80 Jahre [11]
nein	allgemein [3, 8, 11, 16, 17, 21]
(„Alter“ ist) unabhängig von chronologischem Alter	[5, 14]
Unterschied: (hohes) chronologisches Alter/ Alter anhand von Altersattributen	[3, 4, 5, 14, 16, 17, 21]
Verschiebung der Altersgrenzen mit dem eigenen Lebens-/ Zeitalter	[11, 13, 15, 16, 22]

5.3.3 Illustration der Kategorien zum Thema „altersbedingte Transitionen“

Folgende genannte Ereignisse wurden von den Probanden als relevant in Bezug zum eigenen Älterwerden stehend, betrachtet:

- Geburtstag [3, 9, 18]
- Silberne Hochzeit [13]
- Beendigung der Erwerbstätigkeit:
 - (Vor-)Ruhestand/ Erreichen des Rentenalters [10, 15, 16, 19]
 - Arbeitslosigkeit [4]

Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Ereignisse zwar offensichtlich zu einem (ersten) „Nachdenken über das eigene Älterwerden“ geführt hatten – diese Schlussfolgerung ergibt sich auch aus der Tatsache, dass diese Aussagen vor allem als Antwort auf die zweite Frage des Interviews gegeben wurden (*Erinnern Sie, wann Sie sich zum ersten Mal mit dem Älterwerden beschäftigt haben? Bei welchen Anlässen/ Situationen*). Auf die nachfolgende Leitfrage des Interviews (*Gab es in Ihrem Leben weitere Ereignisse oder Situationen, in denen Sie besonders gemerkt haben, dass Sie älter werden?*) wurden jedoch völlig andere Aspekte des Älterwerdens angeführt, wie z.B. körperliche Veränderungen und Verluste. Insgesamt werden die von den Interviewteilnehmern genannten Ereignisse im Vergleich zu den auf die zweite Frage folgenden Veränderungen scheinbar nicht als gravierende (Lebens-)Einschnitte oder Identitätserfahrungen wahrgenommen. Entsprechend stellen sie eher biografische Eckpunkte dar, allenfalls erfüllen *altersbedingte* Transitionen dar.

Streng genommen werden jedoch nicht die definitorischen Kriterien für Transitionen *ins* hohe Lebensalter erfüllt.

Diese Beobachtung lässt sich auch anhand der Kriterien erkennen, die die Beendigung der Erwerbstätigkeit als positives oder (eher) kritisches Erlebnis erscheinen lässt (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Beendigung der Erwerbstätigkeit als positives vs. negatives Erlebnis

Positives Erlebnis:	Respektvoller Abschied [19] Genugtuung (im Sinne des verdienten Ruhestands) [7, 9] Entlastung (von Verpflichtungen) [4, 5, 9, 17, 22] Selbstverwirklichung/ Freizeit/ Zeit für Familie/ Partner/ Freunde [8, 13, 14, 16, 17, 18] Genuss/ Erholung [4, 9, 17, 18, 20]
Kritisches Erlebnis:	Würdeloser Abschied [12] Langeweile [4, 16] Verlust einer Beschäftigung/ Gewohnheit [4, 5, 7, 9, 14, 15, 16] Verlust des Gefühls des Gebrauchtwerdens [10, 11, 13, 20] Ungewissheit [7] Unausgeglichenheit [7] partnerschaftlich kritisches Ereignis [14] Zeit der Umstellung (/Verarbeitungsprozess) [10, 17] zu jung gefühlt [11]

Die Beendigung der Erwerbstätigkeit wird zwar als bedeutsame Veränderung im Leben(slauf) der Studienteilnehmer dargestellt. Die Aussagen geben jedoch Hinweise darauf, dass diese Umstellung nicht als bedeutsamer Schritt im Rahmen des eigenen Altersprozesses wahrgenommen wird. Vielmehr scheint es sich um eine relevante Veränderung im Betätigungsfeld (Verlust, Ungewissheit, Umstellung) und der Alltagsgestaltung der Probanden zu handeln, die unter anderem auch mit Konsequenzen für das unmittelbare soziale Umfeld (partnerschaftlich kritisches Ereignis) verbunden sind. Entsprechend wurde dieser Veränderung vorwiegend mit Ausgleichsstrategien und einer Verarbeitung mit engen Bezugspersonen begegnet (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Bewältigungsformen im Umgang mit dem Verlust der Erwerbstätigkeit

Gewöhnung [14]	
Partnerschaft [13, 14, 15, 17, 18]	
Ausgleich im Privaten	Beschäftigung/ Suchen neuer Lebensinhalte/ Familie als stärkerer Bezugspunkt [4, 5, 7, 8, 10, 11, 18, 20, 21]
Bewegung [6]	

Zudem empfanden weitere sechs Probanden das Ausscheiden aus der Berufstätigkeit aufgrund privater Verpflichtungen, des Ausübens von Teilzeitjobs oder des sukzessiven Ausscheidens aus der Berufstätigkeit eher als fließenden Übergang [3, 6, 8, 13, 19, 21].

6 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Aspekte der alters- und altersbedingten Prozesse (bzw. Übergänge) untersucht.

Es wurde angenommen, dass das höhere Lebensalter durch besondere körperliche, soziale sowie psychisch-kognitive Veränderungen und Herausforderungen geprägt ist. Im ersten Teil der Arbeit wurde ein deduktiver Forschungsansatz gewählt, um den Einfluss verschiedener psychosozialer Faktoren (Bindungssicherheit und Resilienz) auf ihre unterstützende Wirkung in der Bewältigung dieser Herausforderungen zu untersuchen. Als Indikatoren für einen gelungenen Bewältigungsprozess dienten unter Orientierung an das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ (Rowe und Kahn 1987) sowie dessen Nachfolgern (u.a. Baltes und Baltes 1989, Schroeter 2004, Jeste, Depp et al. 2010) das objektive Krankheitsausmaß, die subjektive Wahrnehmung von Körperbeschwerden sowie die Lebenszufriedenheit. Interessant erschien auch der Einfluss von Resilienz und Bindungssicherheit auf die Beziehung dieser verschiedenen Indikatoren zueinander. Es wurden hierfür quantitative Erhebungsmethoden eingesetzt: die Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics (CIRS-G) (Nosper 2007), der Gießener Beschwerdebogen (GGB) (Brähler, Schumacher et al. 2004), der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000), eine Kurzform der Resilienzskala (RS-13) (Leppert, Koch et al. 2008) sowie das Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR) (Strauß, Lobo-Drost et al. 1999).

Eine besondere Stärke der Arbeit liegt in der Ergänzung der quantitativ erhobenen Befunde durch qualitative Erhebungsmethoden, die im zweiten Teil der Dissertation erörtert werden. In einem induktiven Forschungsansatz wurde der Frage nachgegangen, ob die konventionell bekannten Altersübergänge, wie zum Beispiel der Eintritt in das Rentenalter, noch zeitgemäß sind. Oder, ob sich, u.a. aufgrund der Ausdehnung des Lebensabschnitts „hohes Alter“, Verschiebungen in der inhaltlichen oder zeitlichen Deutung von Altersübergängen entwickelt haben. In einem möglichst freien Stil sollten weiterhin Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Altersbilder innerhalb der Gruppe der älteren Erwachsenen selbst vorherrschen, wie sie sich mit diesen in Beziehung setzen und, ob Unterschiede zu den zukünftig erwarteten Merkmalen des Alterns bestehen. Hierfür wurde eigens für die vorliegende Arbeit

ein halbstandardisiertes Interview konzipiert, das im Anschluss an die Befragungen mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) systematisch ausgewertet wurde.

Da sich der erste und zweite Teil der Arbeit vor allem durch die Charakteristika der Erhebungs- bzw. Auswertungsmethoden unterscheiden (- quantitative und qualitative Forschungsinstrumente), erfolgt die inhaltliche Diskussion in entsprechender Gliederung.

6.1 Inhaltliche Diskussion

6.1.1 Quantitative Forschungsergebnisse

6.1.1.1 Merkmale der Studienpopulation

Verteilung der Bindungstypen

Die Gesamtstichprobe der Studienteilnehmer zeichnete sich durch die folgende Häufigkeitsverteilung der im EBPR kategorisierten Bindungstypen aus: rund 60% der Probanden waren sicher gebunden, rund 27% der Probanden wurden als unsicher-vermeidend eingestuft und rund 14% der Probanden als unsicher-ambivalent. Diese Ergebnisse decken sich nahezu mit einer nicht-klinischen Normstichprobe von erwachsenen Probanden, deren Bindungsstile anhand des AAI (Adult Attachment Interview) eingeschätzt wurden (Bakermans-Kranenburg und van Ijzendoorn 2009). Eine Studie an einer älteren Probandenpopulation mit einem durchschnittlichen Alter von 77,8 Jahren (range = 60 bis 99 Jahre), die Bindungssicherheit mit dem RSQ (Relationship Scales Questionnaire) erhob, erbrachte eine vergleichbare Verteilung der Bindungstypen, auch wenn die Anzahl der sicher Gebundenen etwas geringer ausfiel und der Anteil der vermeidend Gebundenen etwas höher lag (Cicirelli 2010).

Insgesamt liefern die bisher rar publizierten Studien jedoch inkongruente Befunde über die Bindungsrepräsentationen bei älteren Menschen. Die Unterteilung einer Studienstichprobe in drei verschiedene Altersgruppen (durchschnittlich 30, 50 und 70 Jahre), erbrachte beispielsweise nach Befragung mit dem RS (Relationship Questionnaire) einen in Bezug auf die oben genannten Studien vergleichbaren und innerhalb der eigenen Studie relativ altersstabilen Anteil an sicher gebunden Personen. Gleichzeitig trat der unsicher-vermeidende Bindungsstil in den älteren Probandengruppen häufiger auf als bei den jüngeren Probanden (Diehl, Elnick et al. 1998).

Entsprechend gab es jedoch eine Häufigkeitsabnahme des unsicher-ambivalenten Bindungsstils bei den älteren Studienteilnehmern. Demgegenüber zeigte eine weitere, mit der RSQ (Relationship Scales Questionnaire) untersuchte Population älterer Erwachsener (durchschnittlich 74 Jahre alt), einen signifikant niedrigeren Anteil an sicher gebundenen Personen bei einem weitaus höheren Anteil an unsicher-vermeidenden Personen sowie einem verbleibenden marginalen Anteil von unsicher-ambivalenten Personen (Montague, Magai et al. 2003).

Vergleicht man die in der vorliegenden Studie erhobenen Befunde mit dem bisherigen Forschungsstand, dann liegt die Vermutung nahe, dass sich die eigene Stichprobe in Bezug auf ihr durchschnittliches Lebensalter zum einen durch einen relativ hohen Anteil an sicher gebundenen Personen auszeichnet. Zum anderen liegt der Anteil der unsicher-vermeidenden Personen nicht wesentlich höher als in den jüngeren (Vergleichs-)Populationen. Als Grundlage für diese Konklusion müsste jedoch davon ausgegangen werden, dass eine hohe Konvergenzvalidität der zugrundeliegenden Messinstrumente für die Bindungssicherheit vorliegt. Tatsächlich wäre jedoch auch ein gewisser Selektionseffekt in der vorliegenden Stichprobe denkbar. Möglicherweise erklärten sich vermehrt bindungssichere Personen auf das Anschreiben hin bereit. Denn die Bitte um Studienteilnahme an die potentiellen Probanden wurde durch deren persönliche Allgemeinärztin unterstützt, zu der (gemäß der Bindungstheorie) vor allem die sicher-gebundenen Personen in einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis gestanden haben dürften.

Ausprägung von Resilienz

Die Gesamtstichprobe der Studienteilnehmer zeichnete sich durch die folgenden Resilienzmerkmale aus, gemessen anhand der Resilienzskala-13: Im Mittel wurde eine Summe von 70,64 erreicht (SD = 13,44, range = 30 – 91). Dieser Befund ist nahezu identisch mit einer Studienpopulation von 769 Probanden, die im Rahmen eines interdisziplinären Projekts mit diversen soziologischen und (medizin-)psychologischen Zielstellungen, befragt wurden und deren durchschnittliches Alter 75 Jahre betrug (Leppert und Strauß 2011). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in einer gemischt bevölkerungsrepräsentativen und klinischen Stichprobe aus n = 2671 Probanden im mittleren Lebensalter (Leppert, Koch et al. 2008).

Gesundheitsbezogene Merkmale - objektives Krankheitsausmaß und subjektive Körperbeschwerden

Der Gesundheitszustand wurde anhand des objektiv erfassbaren „Somatischen Morbiditätsindex“ sowie der „Relevanten Somatischen Morbidität“ der Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric (CIRS-G) beurteilt. Es zeigte sich, dass sich die vorliegende Studienpopulation durch einen relativ guten Gesundheitszustand auszeichnete, auch im Hinblick auf ihr fortgeschrittenes Lebensalter. Die große Mehrheit der Probanden wies keine schwere oder extrem schwere Erkrankung auf.

Die subjektiven körperlichen Beschwerden wurden mit Hilfe der Summe aus allen Skalen des Gießener Beschwerdeboogens („Beschwerdedruck“) gemessen. Im Vergleich zu einer repräsentativen Befragung von Gunzelmann, Schumacher et al. (1996) von Probanden in ähnlichem Alter gaben die Studienteilnehmer in der vorliegenden Stichprobe insgesamt etwas stärkere Körperbeschwerden an. In der Betrachtung der einzelnen zum „Beschwerdedruck“ beitragenden Skalen wiesen sich die Probanden einzig im Bereich „Herzbeschwerden“ als weniger belastet als die zum Vergleich vorliegende Normstichprobe aus.

Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit wurde mittels verschiedener Subskalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ) sowie der Gesamtsumme dieser ausgewählten Subskalen erhoben. Signifikante Mittelwertunterschiede im Vergleich zu einer Normstichprobe im Alter zwischen 66 und 75 Jahren (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000) ergaben sich lediglich in den Skalen „Beziehung zu den eigenen Kindern“ sowie „Sexualität“, in denen die Frauen der eigenen Stichprobe höhere Zufriedenheitswerte angaben. Ein Vergleich der Gesamtsumme des FLZ (als Indikator für die allgemeine Lebenszufriedenheit) mit der Normstichprobe war nicht möglich, da das Handbuch von Fahrenberg, Myrtek et al. (2000) eine andere Zusammenstellung der Subskalen vorsieht, welche jeweils der Erhebung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit dienen.

6.1.1.2 Einfluss der psychosozialen Merkmalsfaktoren auf die Bewältigung von Altersprozessen

Gesundheitsbezogene Parameter und Lebenszufriedenheit

Als Grundlage für die Erforschung der protektiven Mechanismen von Bindungssicherheit und Resilienz auf die erfolgreiche Bewältigung von Altersprozessen, wurden die Zusammenhänge zwischen den gesundheitsbezogenen Parametern und der Lebenszufriedenheit berechnet.

Es wurde davon ausgegangen, dass zum einen der objektive Gesundheitszustand und die subjektiv wahrgenommenen körperlichen Symptome unmittelbar miteinander verbunden sind, d.h. dass ein höheres Krankheitsausmaß zunächst prinzipiell mit vermehrten (subjektiven) Körperbeschwerden einhergehen würde. Eine weitere Annahme bestand darin, dass sowohl ein objektiv schlechter Gesundheitszustand als auch vermehrte subjektive Körperbeschwerden (negativ) mit der Lebenszufriedenheit korrelieren.

Herauszustellen ist der erwartungskonforme und signifikante Zusammenhang, der sich zwischen den beiden gesundheitsbezogenen Parametern (objektives Krankheitsausmaß und subjektive Körperbeschwerden) ergab. Wenngleich sich die Zusammenhänge zwischen den gesundheitsbezogenen Parametern und der Lebenszufriedenheit nicht als statistisch signifikant erwiesen, weisen die Befunde auch auf die negativen Auswirkungen des objektiven Krankheitsausmaßes und der subjektiven Körperbeschwerden auf die Lebenszufriedenheit hin.

Einfluss von Bindungssicherheit auf gesundheitsbezogene Parameter und die Lebenszufriedenheit

Frühere Studien lieferten Hinweise darauf, dass ein unsicherer Bindungsstil mit einem erhöhten Krankheitsausmaß einhergeht (Gick und Sirois 2010, McWilliams und Bailey 2010). Entsprechend sollte dieser Sachverhalt anhand der eigenen Studienpopulation überprüft werden. Hier zeigten sich jedoch keine Unterschiede in Bezug auf die objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen zwischen den beiden Subgruppen (sicher versus unsicher gebunden). Es konnte auch kein positiver Effekt von Bindungssicherheit auf die subjektiven Körperbeschwerden nachgewiesen werden, entgegen verschiedener früherer Studien (Wensauer und Grossmann 1998, Runkewitz, Kirchmann et al. 2006).

Da nach Kenntnis der Autorin noch keine eingehenden Untersuchungen über den Einfluss von Bindungssicherheit auf den Zusammenhang zwischen objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem subjektiven Beschwerdeempfinden vorlagen, wurde in der Arbeit auch dieser Frage nachgegangen. In der vorliegenden Studienpopulation zeigte sich eine puffernde Wirkung von Bindungssicherheit auf den Zusammenhang zwischen dem objektiven Krankheitsausmaß und den subjektiven Körperbeschwerden. Im Hinblick auf die eingangs berichteten Befunde, die keinen unmittelbaren Einfluss von Bindungssicherheit auf die gesundheitsbezogenen Parameter im Einzelnen nachweisen konnten, erscheint diese Erkenntnis besonders interessant. So scheinen Menschen zumindest (subjektiv) weniger durch (objektiv) nachweisbare Erkrankungen belastet zu sein, wenn sie im Laufe ihres Lebens einen sicheren Bindungsstil entwickeln konnten. Als naheliegende Stärke, die zu diesem positiven Effekt bei bindungssicheren Menschen beitragen könnte, erscheint dabei entsprechend der Bindungstheorie, das Einholen von (u.a. emotional-psychischer) Unterstützung durch vertraute Personen, sodass Erkrankungen, die organischen Ursprungs sind, einen niedrigeren Beschwerdedruck auszuüben vermögen. Weiterhin könnte jedoch auch der Aufbau von Bindungsbeziehungen zu professionellen Bezugspersonen zu einer reduzierten Symptomwahrnehmung bei gesundheitlich belasteten Personen führen. So konnten Calvo, Palmieri et al. (2014) beobachten, dass sich Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung besser auf das Arzt-Patienten-Verhältnis einlassen konnten und über eine stärker ausgeprägte Fähigkeit zur Wahrnehmung von entgegengebrachter Empathie verfügten, wenn sie einen sicheren Bindungsstil aufwiesen. Die vertraute Arzt-Patienten-Beziehung könnte dann wiederum zu einer adäquaten, medizinischen Versorgung führen, die zu weniger körperlichen Beschwerden verhilft.

Die Untersuchungen von Schmidt, Nachtigall et al. (2002) legen weiterhin nahe, dass der vermehrte Einsatz emotionsbezogener Copingstrategien bei sicher gebundenen Personen zu einer besseren Anpassung an (chronische) Erkrankungen beiträgt.

Ausgehend von früheren Literaturbefunden (Wensauer und Grossmann 1998, Hwang, Johnston et al. 2009, Waldinger, Cohen et al. 2015), wurde die Hypothese aufgestellt, dass Bindungssicherheit einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit älterer und chronisch kranker Menschen ausübt. Erwartungskonform

konnte ein (marginal) statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einem sicheren Bindungsstil und einem höheren Maß an Lebenszufriedenheit erhoben werden. Sicher gebundene Menschen scheinen also zufriedener mit ihrem Leben zu sein als unsicher gebundene Menschen. Auch hier ist entsprechend der Bindungstheorie zu vermuten, dass die (erfüllte) Beziehung zu nahestehenden Bezugspersonen zu einer höheren Zufriedenheit mit dem eigenen Leben führt, z.B. indem sich eine sicher gebundene Person nicht nur der Unterstützung und Zuneigung der Bezugsperson sicher ist, vor allem in stark herausfordernden oder belastenden Lebenssituationen, sondern sich dieser auch selbst wert fühlt. Untermuert wird diese Vermutung von der populationsspezifischen Auswahl der verschiedenen Subskalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ): Zufriedenheit mit der eigenen Person, der Ehe bzw. Partnerschaft, der Beziehung zu den eigenen (Enkel-)Kindern, der Sexualität sowie der finanziellen Lage. Die Gesamtsumme der ausgewählten Subskalen diente der Abschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit in der älteren Studienpopulation.

Ausgehend von den Befunden einer früheren Studie (Hwang, Johnston et al. 2009), wurde die Hypothese aufgestellt, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen ein höheres Maß an Lebenszufriedenheit vorweisen, wenn sie sicher gebunden sind. Die rechnerisch ermittelten Zusammenhänge zeigten einen erwartungskonformen Moderationseffekt durch die Bindungssicherheit. Statistische Signifikanz wurde nicht erreicht.

Eine weitere Hypothese der Arbeit bestand darin, dass sich ein sicherer Bindungsstil positiv auf den Zusammenhang zwischen subjektiven körperlichen Beschwerden und der Lebenszufriedenheit auswirkt. Es wurde davon ausgegangen, dass Probanden mit subjektiven körperlichen Beschwerden über ein höheres Maß an Lebenszufriedenheit berichten, wenn sie über einen sicheren Bindungsstil verfügen. Dieser erwartete, positive Moderationseffekt konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Diesen Befunden steht eine frühere Publikation von Kirchmann, Nolte et al. (2013) gegenüber, die zwar die Daten derselben Studienpopulation nutzte, die Lebenszufriedenheit jedoch nicht mithilfe eines Summenindex verschiedener Subskalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ) erhob, sondern hierfür den Life Satisfaction Index einsetzte. Entsprechend könnte der Einsatz unterschiedlicher Messinstrumente dazu geführt haben, dass die Befunde nicht repliziert werden konnten.

Einfluss von Resilienz auf gesundheitsbezogene Parameter und die Lebenszufriedenheit

Die bisherige Studienlage liefert Hinweise auf einen günstigen Einfluss von Resilienz auf die Belastung durch subjektive Körperbeschwerden, auch in älteren Studienpopulationen (Leppert, Gunzelmann et al. 2005, Schumacher, Leppert et al. 2005). Das vorliegende Datenmaterial lässt einen signifikant-negativen Zusammenhang zwischen Resilienz (RS-13-Summenwert) und dem Ausmaß an subjektiven, körperlichen Beschwerden (Gesamtsumme des GBB) erkennen. Es kann geschlussfolgert werden, dass sich Menschen mit einer hohen Merkmalsausprägung für Resilienz weniger durch körperliche Beschwerden bzw. Symptome beeinträchtigt fühlen.

Auf der Grundlage des bisherigen Kenntnisstands zum Einfluss von Resilienz auf die subjektiven, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, stellte sich in der vorliegenden Arbeit die Frage, ob auch der objektiv einschätzbare Gesundheitszustand eines Menschen von der Trait-Resilienz profitieren kann. Die Hypothese, dass Probanden mit einem höheren Summenwert in der Resilienzskala-13 über einen besseren Gesundheitszustand (SMI der CIRS-G) verfügen, konnte aufgrund des nachgewiesenen, statistisch signifikanten Zusammenhangs bestätigt werden. Eine Studie an über 65 Jahre alten Probanden lieferte Hinweise auf einen möglichen zugrunde liegenden Mechanismus dieses gesundheitsbezogenen Benefits bei resilienten Menschen (Perna, Mielck et al. 2012): die resilienten Studienteilnehmer ernährten sich gesünder und bewegten sich mehr als die nicht-resilienten Studienteilnehmer, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status. Resilienz scheint also einen positiven Einfluss auf den Lebensstil zu haben, der wiederum zu einem besseren Gesundheitszustand führen kann.

Weiterhin erschien aufgrund der hierzu mangelnden Datenlage, die Fragestellung interessant, ob Resilienz einen günstigen Moderationseffekt auf den Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven körperlichen Beeinträchtigungen vorweisen kann. Auch hier zeigten sich hypothesenkonforme, jedoch keine statistisch signifikanten Zusammenhänge. Resilienz hat also möglicherweise eine weniger starke Pufferwirkung auf die verstärkte Beschwerdewahrnehmung bei Vorhandensein von objektiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen, als Bindungssicherheit. Andererseits scheint die Trait-Resilienz schon an sich einen positiven Beitrag für den objek-

tiven Gesundheitszustand und die Belastung durch subjektive Körperbeschwerden leisten zu können.

Entsprechend früherer Studien (Leppert, Gunzelmann et al. 2005), wurde die Hypothese aufgestellt, dass sich Resilienz positiv auf die Lebenszufriedenheit auswirkt. Die vorliegende Untersuchung erbrachte einen hypothesenkonformen und signifikanten Zusammenhang zwischen der Resilienz (RS-13-Summenwert) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ).

Da es bereits Hinweise darauf gibt, dass ältere Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zufriedener mit ihrem Leben sind, wenn sie resilient sind (Windle, Woods et al. 2010), sollte die vorliegende Arbeit eine Ergänzung zu dieser Forschungsfrage darstellen. Für den Zusammenhang zwischen den objektiven körperlichen Beeinträchtigungen (SMI der CIRS-G) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtsumme des FLZ) zeigte sich durch eine Aufteilung der Studienpopulation in zwei Subgruppen (in Probanden mit hoher versus niedriger Merkmalsausprägung für Resilienz, RS-13-Summenwert), ein erwartungskonformer Moderationseffekt durch die Resilienz. Da für die vorliegende Datenlage keine statistische Signifikanz nachweisbar war, kann jedoch nur die Vermutung angestellt werden, dass Resilienz einen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Lebenszufriedenheit bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen leistet. Allerdings sollte bedacht werden, dass in der vorliegenden Stichprobe schon das objektiv eingeschätzte Krankheitsausmaß an sich in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit stand. Insofern könnte auch ein Stichproben- bzw. Methodeneffekt dazu geführt haben, dass die früheren Studienergebnisse nicht repliziert werden konnten. So könnte es sein, dass die Lebenszufriedenheit der Untersuchungsteilnehmer weniger durch die objektiven körperlichen Beeinträchtigungen beeinflusst wurde als in früheren Studien. Entweder, weil andere Faktoren einen größeren Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben nahmen. Oder, weil sich die erfragten Teilbereiche bzw. -aspekte der Lebenszufriedenheit zu den vorherigen Studien unterschieden. So wurde zum Beispiel in dieser Arbeit die Subskala „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ nicht in die Gesamtsumme des FLZ einbezogen, die wiederum als Indikator für die allgemeine Lebenszufriedenheit dienen sollte.

Weiterhin erschien die Frage interessant, ob Resilienz auch bei subjektiv beeinträchtigten Personen (Gesamtsumme des GBB) zu einer höheren Lebenszufriedenheit

(Gesamtsumme des FLZ) beitragen kann. Hierfür wurde entsprechend der zuvor diskutierten Hypothese vorgegangen. Es zeigten sich erwartungskonforme, jedoch statistisch nicht signifikante Zusammenhänge. Insbesondere im Hinblick auf den bisher mangelnden Literaturbestand in dieser Forschungsfrage, sollten weitere Untersuchungen unternommen werden, um auf deren Grundlage mögliche Stichproben- und Methodeneffekte fundierter diskutieren zu können.

6.1.2 Qualitative Forschungsergebnisse

„Altersbilder im Allgemeinen“ – defizitäre Vorstellungen über das Altern und den alternden Menschen

Betrachtet man die gefundenen Haupt- und Unterkategorien der Studienteilnehmer auf der Ebene der „Altersbilder im Allgemeinen“, d.h. welche Aussagen bezüglich ihrer allgemeinen Vorstellungen über das Altern, das hohe Lebensalter und den alternden Menschen getroffen wurden, so fällt auf, dass ein *überwiegend negatives Bild* vom Alter(n) vorzuherrschen scheint. Das hohe Lebensalter wird dabei mit Defiziten in den verschiedensten (Lebens-) Bereichen assoziiert.

Als zentral bedeutsam für die Beschreibung des alternden Menschen stellten sich dabei ‚*körperliche Veränderungen*‘ im Sinne von körperlichen Abbauprozessen und Gebrechlichkeit dar. Hierzu zählte auch die Verschlechterung oder das Eintreten von (neuen) Erkrankungen oder (körperlichen) Behinderungen sowie die Belastung durch krankheitsbedingte, körperliche Beschwerden.

Eine weitere konsensuelle Vorstellung schien darüber zu bestehen, dass ein Mensch dann alt ist, wenn bei ihm ‚*kognitive Defizite*‘ in Erscheinung treten. Dabei blieben die diesbezüglichen Aussagen interessanterweise entweder auf einer relativ oberflächlichen Ebene, oder es wurden extreme bzw. pathologische Formen von kognitiven Verlusten (wie z.B. geistige Senilität, Alzheimer/ Demenz) genannt, die wiederum als mögliche zukünftig eintretende – und angstbehaftete – Szenarien dargestellt wurden. Über die Ursachen für die Gegensätzlichkeit des Aussagegehalts bezüglich kognitiver Verluste im höheren Lebensalter kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. So könnten zum Beispiel die eher oberflächlichen Vorstellungen über kognitive Defizite aus der Übernahme gesellschaftlicher Vorstellungen oder Stereotype über das Altern bzw. ältere Menschen entstammen. Dahingegen wäre es möglich, dass die extremen Formen geistiger Abbauprozesse aus persönlichen Erfahrungen mit

(nahen) Angehörigen im hohen Lebensalter resultierten, die entsprechend einprägsam waren und somit auch konkreter erinnert und benannt wurden.

Weitere Bereiche, die den alternden Menschen aus Sicht der Studienteilnehmer charakterisierten, stellten die *„psychischen bzw. psychosozialen Merkmale“* und das *„Verhalten“* dar. Auch in diesem Kontext sind die überwiegend negativen Merkmalszuschreibungen auffällig. Der alternde Mensch wurde über seine Einstellungen, u.a. zum eigenen Älterwerden definiert, die zum Beispiel anhand einer (zu starken) Fixierung auf (altersbedingte) Krankheiten oder der Verweigerung einer Identifikation mit dem eigenen Älterwerden belegt wurden. Darüber hinaus wurde angenommen, dass ein Mensch dann alt ist, wenn er sich durch Teilnahms- bzw. Interesselosigkeit auszeichnet, oder depressive Züge erkennen lässt. Passend zu diesem abweisenden Altersbild wurde auch das (typische) Verhalten eines älteren Menschen als inaktiv bzw. passiv beschrieben, und ihm in diesem Zusammenhang eine Aufgabe von (Selbst-)Verantwortung unterstellt.

In Bezug auf die altersbedingten Veränderungen im Bereich des *„sozialen Umfeldes“* und der gesellschaftlichen Rollen wurden Vorstellungen von einem, zum Teil von außen erzwungenen, Rückzug aus der Gesellschaft offenbart. Diese hingen zum einen mit der Aufgabe der Berufstätigkeit zusammen, zum anderen wurde eine generelle, reduzierte Wahrnehmung von älteren Menschen als gesellschaftliche (Unter-)Gruppe von Seiten jüngerer Menschen unterstellt. Daneben wurde auch ein möglicher Verlust des Lebenspartners als alterstypische Veränderung des sozialen Umfelds angesehen.

Als eine besonders drastische Veränderung im Zuge des Alternsprozesses stellten sich die Studienteilnehmer Verluste im Bereich der *„Autonomie und Handlungsfreiheit“* vor, wobei diese auch zum Teil als Resultat aus den oben genannten Merkmalszuschreibungen (wie z.B. *„körperliche Veränderungen/ Verluste“*) hervorgingen. Im Vordergrund stand ein Bild vom abhängigen, unselbständigen, hilfe- bis pflegebedürftigen, alten Menschen, der sich durch einen Verlust der Selbstbestimmtheit sowie durch Einschränkungen der eigenen Handlungsfreiheit auszeichnet. Als ein wichtiger Aspekt der Verluste in der Autonomie und Handlungsfreiheit wurden häufig auch Einschränkungen in der Beweglichkeit und Mobilität des älteren Menschen angesehen.

Stellt man die in der qualitativen Inhaltsanalyse gefundenen (und überwiegend negativen bis stereotypen) Attributionen und Altersbilder dieser Arbeit in den Kontext der theoretischen Überlegungen verschiedener soziologischer Wissenschaftler, dann fallen Parallelen zu den Merkmalszuschreibungen für Menschen im „vierten Alter“ (Laslett 1995) bzw. zur Gruppe der „alten Alten“ (u.a. Baltes 1999) auf, deren Beginn von den Sozialwissenschaften auf ein erreichtes Lebensalter von etwa 80 Jahren festgelegt wurde. In Abgrenzung zu den Menschen im „dritten Alter“ bzw. der Gruppe der „jungen Alten“, die sich durch eine weitgehend gute mentale und körperliche Leistungsfähigkeit sowie eine (vor allem ruhestandsbedingte) Freiheit von äußeren Zwängen und Verpflichtungen auszeichnet, wird diese Altersphase mit relevanten, körperlichen Defiziten bzw. Krankheiten sowie Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit in Verbindung gebracht. Eine mögliche Schlussfolgerung aus den Parallelen zwischen den von den Studienteilnehmern genannten Altersattributen und den Charakteristika des „vierten Alters“ wäre, dass für Menschen im durchschnittlichen Alter von 70 Jahren, (erst) Merkmale der Hochaltrigkeit als Kriterien für den alternden Menschen bzw. altersbedingte Veränderungen gelten. In Anbetracht des (fortgeschrittenen) Alters der vorliegenden Studienpopulation könnte man diese Form der Merkmalszuschreibung weiterhin als eine persönliche Distanzierung vom „hohen Lebensalter“ bzw. von der Identifikation mit Menschen „hohen Alters“ interpretieren. Diese Annahme wird zum einen durch frühere Studien untermauert, die die Sichtweise von (älteren) Menschen auf den Beginn des Alters (im allgemeingesellschaftlichen Sinn) untersuchten und eine umso stärkere Verschiebung dieser Altersgrenze feststellten, je älter die untersuchten Studienteilnehmer selbst waren (u.a. Sowarka und Au 2008). Zum anderen schienen sich einige Probanden der vorliegenden Untersuchung selbst über diese altersabhängige Definition von Altersgrenzen bewusst zu sein. In der Kategorie ‚*Altersgrenzen*‘ offenbarten fünf Studienteilnehmer eine ‚Verschiebung der Altersgrenzen mit dem eigenen Lebens-/Zeitalter‘ (siehe auch entsprechendes Ankerbeispiel der Kategorienillustration, Kapitel 5.3.1).

Gleichzeitig muss mit der überwiegend negativen bis stereotypen Merkmalszuschreibung des hohen Lebensalters festgestellt werden, dass die vorliegenden Befunde das in den gerontologischen Diskursen häufig diskutierte Bild vom „differenziellen Alter(n)“ (Schöllgen und Huxhold 2009) in der allgemein geteilten

Vorstellung nicht repräsentieren konnten. Dieses setzt den altersbedingten Defiziten eine Heterogenität des Alterungsprozesses und des alternden Menschen entgegen. Hiermit sind vor allem interindividuelle Unterschiede des körperlichen und mentalen Funktionsstatus, der sozialen Einbindung sowie der (aktiven) Lebensgestaltung gemeint, die durch eigenes Engagement der Älteren eine positive Entwicklung erfahren können.

In diesem Zusammenhang erscheint auch der Befund interessant, dass sich in der vorliegenden Arbeit neben der defizitären Darstellung des Alter(n)s, auch keine positiven Altersattribute bzw. –stereotype nachweisen ließen, wie z.B. Weisheit oder Gelassenheit (Mayer 2009). Ebenso wenig wurde eine bereichsspezifische Stereotypisierung älterer Menschen deutlich, wie die Fragebogenanalysen von Kornadt und Rothermund (2011) vermuten lassen könnten – und die zum Beispiel vergleichsweise positive Altersbilder im Bereich „Familie“ nachweisen konnten.

In der Gesamtschau der Befunde über die „Altersbilder im Allgemeinen“ erscheint die Frage interessant, woher die zum einen ablehnend anmutende Haltung der Probanden gegenüber dem hohen Lebensalter und zum anderen vorwiegend negative Stereotypisierung älterer Menschen stammen könnte – zumal eine vergleichsweise starke, vor allem zeitliche, Nähe der Studienteilnehmer zum „hohen Lebensalter“ angenommen werden kann. In Anlehnung an die motivationspsychologischen Ansätze der „Angstabwehrhypothese“ wäre eine, zumindest zeitweise, psychische Entlastung von erwarteten und zum Teil unlösbar erscheinenden, altersassoziierten Veränderungen und Verlusten, plausibel (Amrhein und Backes 2007).

„Altersbilder im Allgemeinen“ – „Altersgrenzen“

Ein weiterer Aspekt der Vorstellungen, die über das Älterwerden bestehen, liegt in der Definition von ‚*Altersgrenzen*‘, d.h. ab wann ein Mensch als „alt“ kategorisiert wird. Auch diesem Aspekt wurde mit Hilfe des Interviews zum Thema „Alter(n) und Altersübergänge“ nachgegangen.

Anhand der gefundenen Unterkategorien und der Häufigkeit der in diesen Unterkategorien getroffenen Aussagen der Probanden zeichnete sich ein recht differentes Bild über mögliche Grenzen ins hohe Lebensalter ab. Wie bereits oben erwähnt, kann anhand der vorliegenden Befunde zwar tatsächlich von einer relativ häufig verbreiteten Verschiebung der Altersgrenzen mit dem eigenen Lebensalter ausge-

gangen werden. Da die Studienteilnehmer dieser Stichprobe ein durchschnittliches Alter von 71 Jahren aufwiesen, wird diese Annahme durch die Benennung von höheren Lebensaltern (80, 85 und 90 Jahre) als Altersgrenze bekräftigt – 5 von 18 Interviewteilnehmern machten diese Angabe. Allerdings deklarierten vier weitere Probanden ein Alter von 70 Jahren als Altersgrenze – und positionierten sich somit, angesichts des durchschnittlichen Probandenalters der Stichprobe, selbst an der Grenze zum „hohen Alter“.

In Gegenüberstellung zu diesen Befunden muss betont werden, dass die Mehrheit der Interviewteilnehmer (14 von 18 Probanden) die Bestimmung einer (chronologischen bzw. kalendarischen) Altersgrenze gänzlich ablehnte und/ oder auf die (mindestens ebenso starke) Bedeutung von alterstypischen Merkmalen als Altersgrenze hinwies. Betrachtet man den Teilaspekt der ‚*Altersgrenzen*‘, kann also durchaus ein Bild vom „differenziellen Altern“ angenommen werden.

„Altersidentitäten“, die Orientierung an „Altersbildern im Allgemeinen“ sowie Vorstellungen über die Zukunft – „normales Altern“ versus „echtes Altern“?

Neben der Frage, wie ältere Menschen im Allgemeinen über das Thema „Alter(n)“ denken und welche Merkmalszuschreibungen sie dem „alten Menschen“ zuordnen, sollte untersucht werden, welche Prozesse und eventuelle Herausforderungen des Älterwerdens sie persönlich wahrnehmen und, welche Vorstellungen über das Altsein in der Zukunft bestehen.

Wie für die abstrakten (bzw. allgemeinen) Altersbilder beschrieben, wurden ‚*körperliche Veränderungen*‘ auch als zentraler Aspekt der persönlich wahrgenommenen Alternsprozesse von den Studienteilnehmern beschrieben. Im Vergleich zu den allgemeinen Altersbildern, die vor allem pathologische Ausdrucksformen von altersbedingten Körperprozessen enthielten (‚*körperliche Behinderung*‘, ‚*Krankheiten*‘), wurden in Bezug auf die eigene Person jedoch weitaus häufiger allgemeine körperliche Abbauprozesse bzw. Symptome geschildert (‚*körperliche Schwäche*‘, ‚*reduzierte Leistungsfähigkeit*‘, ‚*körperliche Beschwerden*‘). Einige Interviewteilnehmer berichteten sogar über eine ausgeprägte (z.T. am eigenen Alter gemessene) Zufriedenheit mit ihrer körperlichen bzw. gesundheitlichen Konstitution. Es wurde auch häufiger die Ansicht geäußert, dass (z.B. krankheitsbedingte) körperliche Abbauprozesse und Beschwerden nicht zwingend mit dem Älterwerden zusammenhängen müssen oder, dass eine Diskrepanz zwischen der inneren Energie und der körperlichen Leistungs-

fähigkeit besteht. Andererseits wurde relativ häufig das Auftreten von Schmerzen als Alterserscheinung gewertet, welche bei den allgemeinen Altersbildern unerwähnt blieben. Die vorliegenden qualitativen Befunde sprechen erstens für eine zumindest partielle und auf den Körper bezogene, Identifikation mit dem eigenen Älterwerden der meisten Studienteilnehmer. Zweitens bekräftigen die Interviewbefunde die quantitativen Studienergebnisse, die den Interviewteilnehmern einen objektiv guten Gesundheitszustand bescheinigen, auch wenn das Ausmaß der subjektiven Körperbeschwerden leicht über dem einer Normstichprobe lag. Für die Zukunft wurde eine weitere Verschlechterung der bereits aktuell wahrgenommenen körperlichen Verluste erwartet und das Eintreten einer (körperlichen) Behinderung als mögliche weitere Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit von den abstrakten Altersbildern aufgegriffen.

Als weiterer Schnittpunkt zwischen den abstrakten und persönlichen Altersbildern stellten sich die ‚*kognitiven Veränderungen bzw. Verluste*‘ dar. Interessant erscheint an dieser Stelle die deutlich differenziertere Beurteilung der eigenen, kognitiven Defizite im Rahmen des Älterwerdens. Die abstrakten Altersbilder enthielten, wie eingangs beschrieben, vorwiegend oberflächlich formulierte bis stereotype Vorstellungen über altersbedingte, kognitive Verluste („blemble“, „geistige Verkalkung“), einschließlich stark einschränkender, mentaler Pathologien (z.B. Demenz). Kognitionsbezogene Veränderungen an der eigenen Person wurden dagegen ziemlich konkret beschrieben (z.B. Verluste im Bereich der Wortgewandtheit, des Erinnerungs- und Auffassungsvermögens) und spiegeln vorwiegend Einbußen im Bereich der „fluiden“ bzw. „mechanischen Intelligenz“ wider. Da eine kontinuierliche, altersbedingte Abnahme dieser Intelligenzanteile schon ab dem früheren Erwachsenenalter messbar ist (Baltes 1999), könnten die von den Interviewteilnehmern geschilderten, kognitiven Verluste als Teil der bekannten, physiologischen Veränderungen gewertet werden. Es gab in dieser Kategorie jedoch auch Probanden, die sich bewusst vom stereotypen Bild des „verwirrten Alten“ abgrenzten und ihre eigene Zurechnungsfähigkeit bzw. mentale Fitness betonten. Für die Zukunft wurden erneut vor allem pathologische Ausdrucksformen kognitiver Verluste befürchtet (Verlust der zeitlichen Orientierung bis hin zur Demenz).

In Bezug auf die altersbedingten, ‚*psychischen und psychosozialen Veränderungen*‘ lässt sich, entsprechend der körperlichen und kognitiven Veränderungen, feststellen,

dass die selbstbezogenen Altersbilder weitaus differenzierter dargestellt wurden. Zwar stimmten vereinzelte negative Aspekte des eigenen Älterwerdens mit denen der abstrakten Altersbilder überein (z.B. Verlust von Interesse/ Gleichgültigkeit). Jedoch wurden insgesamt häufiger positive Aspekte benannt, die mit dem (oder trotz des) eigenen Älterwerden(s) wahrgenommen wurden (z.B. Umgänglichkeit, Ausgeglichenheit, Zufriedenheit), oder enthielten vergleichsweise neutrale Veränderungen (z.B. vermehrte Ruhebedürftigkeit, Verstärkung von psychischer Sensibilität). Zudem wurde aus der Perspektive der eigenen Person eine Distanzierung von den eingangs beschriebenen, als alterstypisch dargestellten Einstellungen (im Allgemeinen und zum eigenen Älterwerden) zum Ausdruck gebracht. Auch wenn hierzu nur eine geringe Anzahl an eindeutigen Aussagen vorlag, zeigten sich insgesamt Hinweise auf eine als „unverändert“ wahrgenommene oder „junge bzw. jung gebliebene“ Einstellung. Diese Beobachtung ist kongruent zu den Angaben der Probanden hinsichtlich ihres im Vergleich zu gleichaltrigen Bekannten gefühlten Alters: 15 von 20 Probanden fühlten sich jünger, vier Probanden fühlten sich gleich alt und nur eine Probandin fühlte sich älter. In der einschlägigen Literatur ist die Ausprägung dieser „positiven Altersidentität“ umso wahrscheinlicher, je älter ein Mensch ist (u.a. Amrhein und Backes 2008).

Betrachtet man diejenigen Aussagen der Studienteilnehmer, die wahrgenommene Veränderungen des ‚*Verhaltens*‘ als alterstypische Erscheinung beinhalten, dann sind auch hier Parallelen zu den abstrakten Altersbildern erkennbar. Es werden jedoch andere Dimensionen bzw. Formulierungen zur Beschreibung der persönlichen Erfahrungen verwendet. Ältere Menschen zeichnen sich laut Aussagen der Probanden durch ein inaktives Daseins- und Handlungsmuster bzw. passives Verhalten aus. Dahingegen wurden die eigenen Alternsprozesse deutlich neutraler mit Begriffen wie einem „ruhigeren Verhalten“, „mehr Schonung“ oder „Bequemlichkeit“ beschrieben (, subsumiert unter den Unterkategorien ‚*zur Ruhe kommen*‘ bzw. ‚*Rückzug*‘). Offenbar findet in der Wahrnehmung der eigenen Alternsprozesse also eine Orientierung an den abstrakten Altersbildern statt, wenngleich die Reduzierung des beschriebenen Aktivitätsniveaus (im hohen Lebensalter) als weniger gravierend empfunden wird, als sie beispielsweise „anderen“ älteren Menschen zugeschrieben wird. Gleichzeitig sind die Befunde eines nun offensichtlich ruhigeren bzw. vergleichsweise entspannten Lebensstils kongruent mit den Fragebogenanalysen

von Kornadt und Rothermund (2011), die eine Präferenz älterer Probanden zu einer nach den Prinzipien von „Genuss und Muße“ ausgerichteten Lebensgestaltung zeigten. Nur eine Minderheit der Interviewteilnehmer grenzte sich von diesem als inaktiv dargestellten Verhaltensbild ab und betonte die Kontinuität des eigenen Aktivitätsniveaus im höheren Lebensalter. Entsprechend fielen auch die Befunde der genannten Kollegen aus, deren ältere Probanden sich weniger zu einem „aktiven Engagement“ hingezogen fühlten, als ihre jüngeren Studienteilnehmer. Für die Zukunft wurde eine Intensivierung des bereits persönlich wahrgenommenen, ruhigeren Lebensstils erwartet, ohne dass auf die (auf der abstrakten Altersbildebene verwendeten) negativen Stereotype zurückgegriffen wurde (Inaktivität, Passivität, ...).

Vergleicht man die „*Altersbilder im Allgemeinen*“ mit den „*Altersidentitäten*“ in Bezug auf mögliche Veränderungen des ‚*sozialen Umfelds*‘, so kann festgestellt werden, dass sich die Erwartung von einer altersbedingten, (allgemein-)gesellschaftlichen Ausgrenzung mit den diesbezüglichen persönlichen Erlebnissen zu decken scheint – auch, wenn (entgegen der allgemeinen Vorstellungen vom Älterwerden) häufiger über eine Zunahme des Respekts gegenüber der eigenen Person oder bestimmter gesellschaftlicher Vorteile berichtet wurde. Hinsichtlich der persönlichen Beziehungen wurden einerseits positive Veränderungen wahrgenommen. Hierfür stand nun mehr Zeit als im jüngeren Erwachsenenalter zur Verfügung, entsprechend der eingangs geschilderten Theorien zu den „jungen Alten“ (van Dyk und Lessenich 2009). Gleichzeitig berichteten manche Interviewteilnehmer über (bereits eingetretene) altersbedingte Verluste sozialer Kontakte. Insgesamt erscheinen soziale Beziehungen gerade im hohen Lebensalter eine zentrale Rolle zu spielen, da auch ihre Bedeutung in der Zukunft betont wurde. Hierzu gehörte zum Beispiel die familiäre Unterstützung in Situationen, die die Hilfe Dritter notwendig machen könnten. Entsprechend wurden auch Verlustängste (, in diesem Fall bezogen auf den Ehepartner) geäußert.

Ein wesentlicher Bestandteil der „*Altersbilder im Allgemeinen*“ wurde durch den ‚*Verlust der Autonomie bzw. Handlungsfreiheit*‘ repräsentiert. Auf der Ebene der persönlichen Altersbilder wurde dieser Aspekt dagegen nur marginal thematisiert – manche Interviewteilnehmer betonten im Gegenteil, ihre unbeeinträchtigte Handlungsfreiheit oder gar (altersbedingte) Zunahme der Selbstbestimmtheit. Ein unwesentlicher Anteil an Probanden berichtete von einer altersbedingten Abnahme

der Selbständigkeit bzw. Einschränkung der Handlungsfreiheit, der vor allem auf einer Einschränkung ihrer körperlichen Mobilität beruhte. Erfahrungen von ausgeprägten Formen des altersbedingten Autonomieverlusts, wie Pflegebedürftigkeit oder andere Abhängigkeitszustände, blieben komplett außen vor. Eine nahe liegende Erklärung hierfür liegt darin, dass das aktuelle Lebensalter sowie die aktuelle gesundheitliche Verfassung eine derartige, die Selbständigkeit einschränkende Lebenssituation (bisher) abwenden konnten. Diese Situation wurde jedoch durchaus als mögliche zukunftsrelevante Veränderung geschildert und mit vorwiegend ängstlichen Gefühlen begegnet.

Zusätzlich berichteten die Interviewteilnehmer von Veränderungen weiterer ‚*Lebensbereiche*‘, die sich entgegen der meisten der oben diskutierten Alterskriterien, ausschließlich auf der persönlichen Ebene abspielten. Dabei handelte es sich um überwiegend positive Veränderungen, die sich aus einer Abnahme von (v.a. beruflichen) Verpflichtungen oder sonstigen sozialen Zwängen ergaben, und eine vermehrte Freizeit sowie weitere Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung beinhalteten. Sie zeigten sich zum Beispiel in einem häufigeren Verreisen oder dem Genuss der gemeinsam verbrachten Zeit mit dem Lebenspartner. Deutlich seltener wurden bereits eingetretene altersbedingte Einschränkungen der Freizeitgestaltung genannt, diese wurden eher in der Zukunft befürchtet (v.a. Aufgabe des eigenen Gartens bzw. zwangsläufige Aufgabe von gärtnerischen Tätigkeiten).

In der Zusammenschau der Befunde können mehrere Feststellungen getroffen werden:

1. Zur Wahrnehmung und Beschreibung altersbezogener Prozesse wird eine Orientierung der Interviewteilnehmer an gemeinhin geteilten Vorstellungen über das Alter(n) vorgenommen, womit auch ein gewisses Bewusstsein über das eigene, fortgeschrittene Alter zu bestehen scheint. Allerdings findet im Großen und Ganzen keine Identifikation mit den von ihnen offenbarten stereotypen bis negativen Altersmerkmalen statt. Eine soziologische Forschergruppe aus Jena, die ebenso qualitative Befragungen zur Erforschung von subjektiven Alterserfahrungen unternahm (Graefe, Dyk et al. 2011), kam zu vergleichbaren Ergebnissen. Darüber hinaus war zu erkennen, dass die eigenen Altersprozesse auch deutlich differenzierter betrachtet wurden.

2. Während die Beschreibung der Alternsprozesse „anderer“ (älterer) Menschen durch überwiegend pathologische Veränderungen auf der körper- und kognitionsbezogenen Ebene erfolgt, werden die diesbezüglichen persönlichen Veränderungen als weitaus weniger gravierend oder einschneidend empfunden. Dies gilt auch für die psychischen und psychosozialen Merkmale, wobei sich sogar relativ häufig eine „jung(e) bzw. jung geblieben(e) Einstellung“ abzeichnete. Graefe, van Dyk und Kollegen deuten ähnliche Beobachtungen in ihren Interviewanalysen als eine (gefühlte) „relative Alterslosigkeit“ ihrer Interviewteilnehmer, die sich weiterhin als „normale Erwachsene“ verstehen – und „vielmehr [...] ihre Selbstkonzepte unter den Bedingungen des Älterwerdens [neu justieren]“ (Graefe, van Dyk et al. 2011, S. 304). Auf der Verhaltensebene wird, konkordant zu den anderen Kategorien, zwar eine allmähliche, altersbedingte Abnahme des Aktivitätsniveaus bemerkt, dieser wird jedoch keinesfalls soviel Bedeutung zugesprochen wie sie in der Beschreibung anderer, älterer Menschen Ausdruck findet. Einzig im Bereich des sozialen Umfelds werden scheinbar relativ häufig die Erwartungen an eine altersbedingte Ausgrenzung von der (allgemeinen) Gesellschaft erfüllt – wobei sich gleichzeitig die nahen (Familien- und partnerschaftlichen) Beziehungen im Alter intensivieren. In Bezug auf eine mögliche, mit dem Alter eintretende Einschränkung der eigenen Autonomie und Handlungsfreiheit, die vor allem durch (eine zunehmende Abhängigkeit bis) Pflegebedürftigkeit bedingt ist, wird eine aktuelle, persönliche Unberührtheit von diesem Thema betont. Die neu gewonnene Freiheit in Bezug auf die Lebens- und Freizeitgestaltung stellte, im Gegenteil, für einige Interviewteilnehmer eine positive Veränderung dar.

Im Hinblick auf die relativ hohe Zufriedenheit und weitgehend körperlich wie kognitiv als gut empfundene Verfassung der Interviewteilnehmer, sowie die Betonung verbesserter Möglichkeiten zur selbstbestimmten Lebensgestaltung, finden sich also durchaus Charakteristika der „jungen Alten“ (van Dyk und Lessenich 2009) für die vorliegende Stichprobe wieder. Sie grenzen sich weiterhin, wie es sich bereits auf der Ebene der ‚Altersbilder im Allgemeinen‘ abzeichnet, von den „alten Alten“ ab, den pflegebedürftigen, abhängigen Älteren. Diese Schlussfolgerung kann durch die Beobachtung untermauert werden, dass die als allgemein alterstypisch beschriebenen (und selbst nicht wahrgenommenen)

körperlichen und kognitiven Verluste als wichtiger Teilaspekt der Situation pflegebedürftiger Älterer interpretiert werden können. Letztlich konnte die explizite Ablehnung, zu den „jungen Alten“ zu gehören, wie Graefe, van Dyk et al. (2011) es bei ihren Studienteilnehmern beobachteten, in der vorliegenden Untersuchung nicht repliziert werden.

Es existieren jedoch deutliche Parallelen zu einer Beobachtungs- und Interviewstudie aus England, die das Ziel verfolgte, Kriterien des Alter(n)s durch ältere Personen selbst zu erforschen (Degnen 2007). Die Autorin kam zu dem Schluss, dass es einen Unterschied zwischen der Kategorie des „normalen Alterns“ („normal aging“) und des „echten, hohen Alters“ („real old age“) gibt. Das „normale Altern“ umfasst dabei (nur) ein bestimmtes Maß an körperlichen, sozialen und kognitiven Veränderungen bzw. Verlusten und stellt somit keine relevante Gefährdung für die eigene (, erwachsene) Identität dar. Dementsprechend fällt es Menschen im höheren Lebensalter auch leichter, sich dieser Art von Veränderungen anzunehmen. In Anlehnung an diese Konklusion könnte den vorliegenden Studienteilnehmern also eine gewisse Identifikation mit den Kriterien des „normalen Alterns“ unterstellt werden. Entscheidend ist die Abgrenzung zum „echten, hohen Alter“ („real old age“), das sich durch gravierende (und entsprechend negativ attribuierte) altersassoziierte Verluste auszeichnet. Vor allem kognitive Einschränkungen und Veränderungen des Verhaltens bzw. Auftretens und Benehmens wurden von der Autorin als Kriterien für „wirklich alte“ Menschen beobachtet, welche dann auch in der Regel von der (in diesem Fall älteren) Gemeinschaft ausgeschlossen werden. Diese entsprechenden Kriterien finden sich in der eigenen Untersuchung auf der Ebene der abstrakten, also auf die „anderen“ älteren Menschen bezogenen, und der zukünftigen Altersbilder.

3. Es kann die Annahme gemacht werden, dass zwar eine aktuelle, weitgehende Unberührtheit von ernsthaften, die eigene Identität und die Lebensgestaltung beschneidenden Alternsprozessen vorliegt. Andererseits stellt sich angesichts der relativ hohen Übereinstimmung des stereotypen Altersfremdbildes mit den Vorstellungen über mögliche zukünftige Veränderungen, (insbesondere in der Kategorie ‚Autonomie und Handlungsfreiheit‘,) die Frage, inwiefern schon eine konkrete Auseinandersetzung mit dem zukünftig erwarteten „vierten Alter“ stattgefunden hat und, ob noch eine erfolgreiche Bewältigung erwartet werden kann,

falls es (zukünftig) zu einem Einsetzen derart gravierender und negativ dargestellter Alterserscheinungen kommen wird.

Transitionen im hohen Lebensalter

Angesichts der ausgedehnten Spanne des Lebensabschnitts „Alter“ einerseits sowie des Trends hin zu einer Individualisierung von Lebensläufen andererseits, sollte untersucht werden, ob die Probanden der vorliegenden Stichprobe die bisher konventionellen (und überwiegend gesellschaftlich vorgegebenen) Übergänge im Lebenslauf als Transitionen ins „hohe Lebensalter“ empfinden bzw. definieren. Weiterhin erschien die Frage interessant, ob mögliche weitere Lebensereignisse oder Umstellungsprozesse als diesbezüglich relevant dargestellt bzw. in der Zukunft erwartet werden.

Anhand der eingangs geschilderten (z.B. körperlichen) Veränderungen und Verluste („Altersidentitäten“) lässt sich der Schluss ziehen, dass der Übergang ins „hohe Lebensalter“ als ein äußerst facettenreicher und komplexer Vorgang erlebt wird. Das Altern selbst wird als kontinuierlicher Entwicklungsprozess gedeutet, der nicht zwingend an bestimmte Lebensereignisse gebunden sein muss. So führen zum Beispiel (im Sinne einer ersten Auseinandersetzung) (runde) Geburtstage zu einer Wahrnehmung des eigenen Alternsprozesses. Dennoch erscheinen diese Erlebnisse als wenig bedeutsam für die eigene (Alters-)Identitätsbildung und können somit streng genommen nicht als Transition „*ins*“ hohe Lebensalter interpretiert werden. Bemerkenswert ist weiterhin, dass die Berentung (bzw. die Beendigung der Erwerbstätigkeit) als eine zum Teil (deutlich) einschneidende Veränderung im eigenen Leben(slauf) erfahren wird, dieser Entwicklungsschritt jedoch im engeren Sinn ebenso wenig als bedeutsame Schwelle oder als (bis dato klassischer normativer) Übergang „*in das*“ hohe Lebensalter angesehen wird. Damit wird auch deutlich, dass der Eintritt in den Abschnitt des „jungen Alters“ nicht bewusst erlebt wird. Die Berufsaufgabe kann also höchstens als (in den meisten Fällen) *altersbedingte* Transition deklariert werden, wobei auch im Falle dieser Interpretation betont werden muss, dass dieses Ereignis nicht entscheidend zur Ausformung des Altersselbstbildes beizutragen scheint. Zu vergleichbaren Erkenntnissen kommen auch Graefe, van Dyk et al. (2011), die anhand ihrer Interviewanalysen unter anderem zu dem Entschluss kommen, dass der Eintritt in die Rente nicht direkt mit der Erfahrung des

Älterwerdens in Verbindung gebracht wird. Die Autoren gehen sogar von einer weitgehenden Bedeutungslosigkeit der Konstruktion eines „jungen Alters“ für ihre ältere Interviewpopulation aus und vermuten eine (gefühlte) „relative Alterslosigkeit“, die erst im hochbetagten Alter an ihre Grenzen stößt, wenn Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit als (besonders schwerwiegende) altersbedingte Veränderungen das Selbstbild der Älteren zu gefährden drohen.

In einer früheren Untersuchung erwarteten Studienteilnehmer mittleren Alters den Übergang ins „hohe Alter“ mit 75,8 (Frauen) bzw. 72,6 Jahren (Männer) (Perrig-Chiello und Perren 2005). Demgegenüber wurden in der vorliegenden Untersuchung, passend zu den Befunden eines komplexen und eher kontinuierlichen Übergangs, keine eindeutigen, numerischen Angaben über eine rückblickend erlebte oder zukünftig erwartete Transition ins hohe Lebensalter gemacht. Interessant erscheint der Befund, dass die Mehrheit der Interviewteilnehmer bisher überhaupt keine relevanten Transitionserfahrungen ins „hohe Alter“ erlebt. Dies wird auch an der relativ häufig berichteten „jungen bzw. jung gebliebenen Einstellung“ bzw. ihrer „positiven Altersidentität“ deutlich (vgl. Amrhein und Backes 2008). Als eine mögliche Erklärung für die bisher fehlenden Transitionserfahrungen ins hohe Lebensalter dienen die Erkenntnisse aus einer Studie an hochbetagten Probanden im Alter von 85 bis 96 Jahren (Nilsson, Sarvimäki et al. 2000). Sie hatten den Übergang in das tatsächliche „Gefühl, alt zu sein“, erst im durchschnittlichen Alter von 80 bis 90 Jahren erlebt, wobei vor allem körperliche Veränderungen als ursächlich für die erlebte Transition geschildert wurden. Im Unterschied zu den Interviewteilnehmern der vorliegenden Studie erscheinen diese erlebten körperlichen Veränderungen als deutlich gravierender, da sie mit starken Ängsten (zum Beispiel vor dem Verlust ihrer Unabhängigkeit oder davor, anderen zur Last zu fallen) und Gefühlen der eigenen Machtlosigkeit gegenüber den altersbedingten Veränderungen verbunden waren. Weiterhin wurden bestimmte Verlusterfahrungen der mentalen Leistungsfähigkeit und Veränderungen des sozialen Umfelds mit einer erlebten Transition ins hohe Lebensalter verknüpft, da diese zu dem Gefühl, „nicht mehr man selbst zu sein“ geführt hatten bzw. von anderen als „andersartig“ empfunden zu werden. Die in der früheren Studie beschriebenen Verlusterfahrungen, die zu einer Transition in das hohe Lebensalter (im Sinne des tatsächlichen Gefühls, alt zu sein) geführt hatten, spiegeln die Befunde der vorliegenden Untersuchung auf der Ebene der „zukünftigen

Altersbilder“ wider. Das heißt, diese Transition wird von den eigenen Interviewteilnehmern zum einen erst in der (ferneren) Zukunft erwartet – wenn, wie bereits geschildert, das „echte“ (oder „vierte“) Alter in Form von Autonomieverlusten und Abhängigkeitszuständen bis hin zur Pflegebedürftigkeit in Erscheinung tritt. Zum anderen wird eine Transition ins hohe Lebensalter von den aktuell „Älteren“ tatsächlich erst im entsprechenden hochbetagten Alter durchlebt. Um diese Vermutung zu verifizieren, wären weiterführende Interviews im Rahmen einer Längsschnittstudie erforderlich.

6.2 Methodische Diskussion

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittstudie. In Bezug auf die quantitativen Untersuchungsergebnisse muss also eingeräumt werden, dass durch die korrelativen Zusammenhänge keine kausalen Aussagen getroffen werden. Somit ist nicht auszuschließen, dass es sich bei den abhängigen Variablen fälschlicherweise um den tatsächlichen Prädiktor gehandelt hat. Beispielsweise könnte es sein, dass nicht – wie vermutet – subjektive Körperbeschwerden zu einer geringeren Lebenszufriedenheit führen, sondern umgekehrt. Für eine größere Sicherheit in den Ursachen-Wirkungs-Beziehungen wäre eine Längsschnittstudie erforderlich.

Die Teilnehmer der Untersuchung waren im Schnitt ca. 70 Jahre alt, da als primäres Einschlusskriterium die Geburt im Jahr 1940 gewählt wurde. Dies könnte theoretisch eine eingeschränkte, externale Validität bzw. Generalisierbarkeit zur Folge gehabt haben. Um die Größe dieses Effektes abschätzen zu können, wäre die zusätzliche Untersuchung einer anderen ethnischen Gruppe oder eines anderen Geburtsjahrgangs sinnvoll.

Aufgrund der geringen Partizipationsrate (35,7%) einerseits und den aufwendigen Interviewmethoden (EBPR und Interview zum Thema „Altersübergänge“) andererseits konnte nur eine Gesamtprobandenanzahl von 81 Personen untersucht werden. Hieraus resultierten sehr kleine Subgruppen unter den unsicher gebundenen Probanden (, der unsicher ambivalente Bindungsstil war mit $n=11$ Studienteilnehmern vertreten, der unsicher vermeidende Bindungsstil mit $n=22$ Studienteilnehmern), weshalb die Subgruppen (unter dem „unsicheren Bindungsstil“) zusammengefasst und den statistischen Berechnungen zugeführt wurden. Um einen detaillier-

ten Informationsgewinn über die unsicher ambivalent oder unsicher vermeidend gebundenen Probanden zu erzielen, müssten künftig größere Studienpopulationen untersucht werden.

Für die Gesamtsumme des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ) wurden nur diejenigen 5 (von insgesamt 10 im Benutzerhandbuch vorgesehenen) Lebensbereiche erfragt, die von besonderer Relevanz für die Lebenszufriedenheit im höheren Alter erschienen (Fahrenberg, Myrtek et al. 2000). Dieses Vorgehen hat den Nachteil, dass die resultierende Gesamtsumme (als allgemeiner Indikator für die Lebenszufriedenheit) zwar für korrelative Berechnungen mit den anderen gesundheitsbezogenen und psychosozialen Parametern herangezogen werden konnte, die Ergebnisse jedoch nur bedingt mit denen anderer Studien vergleichbar ist. Weiterhin ist zu beachten, dass ein nicht unerheblicher Anteil an Items des FLZ unbeantwortet blieb. Dies liegt zum einen darin begründet, dass beispielsweise verwitwete Probanden keine Aussage über die „Zufriedenheit mit der Ehe/ Partnerschaft“ treffen konnten, wenn sie nach dem Tod ihres Ehegatten keine neue Partnerschaft eingegangen waren. Es ist auch davon auszugehen, dass derselbe Personenkreis keine Angaben zur „Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität“ treffen konnte. Hinzu kommen in diesem Fall Probanden, die sich möglicherweise aus Schamgefühlen nicht zu diesem Thema äußern wollten. Die fehlenden Items im FLZ führten aufgrund des listenweisen Fallausschlusses zu einer Reduktion des Stichprobenumfangs für diejenigen Fragestellungen, die auf die Gesamtsumme des FLZ als Indikator für die allgemeine Lebenszufriedenheit angewiesen waren. Es wäre also denkbar, dass die statistische Signifikanz von Zusammenhängen, die anhand des FLZ geprüft worden, nicht bewiesen werden konnte, obwohl sie in der Realität besteht (Fehler 2. Art).

Die Erkenntnisse aus den Interviews zum Thema „Altersübergänge“ sind gesondert zu diskutieren. Hervorzuheben sind hierbei die Charakteristika qualitativer Forschungsmethoden, die in bisherigen Studien für die in dieser Untersuchung interessierenden Fragestellungen selten zum Einsatz kamen. Ein wesentlicher Vorteil ist die Erfassung von erfahrungsbasierten Informationen, die mit Hilfe von quantitativen Methoden, wie zum Beispiel Fragebögen, nur sehr eingeschränkt möglich ist, da hierfür vordefinierte Fragestellungen notwendig sind. Da die Fragen an die Interviewteilnehmer halbstandardisiert angelegt wurden, können die

Antworten und das somit erzielte Datenmaterial aus der vorliegenden Untersuchung als relativ unabhängig von den Erwartungen der Autorin gelten. Den Probanden war es möglich, völlig eigene Aspekte des Forschungsthemas anzusprechen. In Anbetracht der Überlegung, dass die Teilnehmer dieser Studie mit einem durchschnittlichen Alter von 70 Jahren als subjektive „Experten“ in der Altersforschung angesehen werden können, ist dieses Vorgehen demnach besonders aufschlussreich für die Untersuchung von Altersbildern sowie altersbedingten Herausforderungen und Transitionen.

Aus dem qualitativen Forschungsansatz ergeben sich jedoch auch Limitationen. Die Interviews zum Thema „Altersübergänge“ wurden ausschließlich von der Autorin geführt und ausgewertet. Dadurch konnte zwar eine starke Homogenität im Auswertungs- und Darstellungsprozess erreicht werden. Da die qualitative Inhaltsanalyse an sich jedoch relativ starke interpretative Züge einschließt, ist auf die unvermeidbare Subjektivität der Datenanalyse hinzuweisen. Um eine höhere Objektivität zu erreichen, sollte in weiterführenden Untersuchungen die Zusammenarbeit mehrerer Experten angestrebt werden. Dadurch wäre auch eine Angabe über die Interoderreliabilität – und somit auch eine Angabe über das Ausmaß der Objektivität – möglich. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass sich die Qualität qualitativer Forschungsmethoden prinzipiell schwer anhand der klassischen Gütekriterien der Objektivität und Reliabilität messen lässt. Daher werden neuerdings alternative, auf die qualitativen Methoden eingehende Kriterien vorgeschlagen (vgl. u.a. Frommer und Rennie 2006). Mit dem Ziel der optimalen Nachvollziehbarkeit der Datenanalyse, sollen die angewendeten Methoden und inhaltlichen Ergebnisse durch Datenbeispiele transparent gemacht werden. Im Falle der in dieser Untersuchung angewendeten qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) wird dieser Forderung durch die Angabe von (Definitionen und) Ankerbeispielen für die gefundenen Haupt- und Unterkategorien Rechnung getragen. Ein weiteres, alternatives Qualitätskriterium stellt die „chain of evidence“ dar (Frommer und Rennie 2006, S. 214). Gemeint ist die, auch in der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) vorgesehene, sukzessive (und damit reflexive) Abstraktion des untersuchten Textmaterials. Für die vorliegende Untersuchung wurde ein Beispiel im Anhang aufgeführt. Weiterhin kann es sinnvoll sein, die wissenschaftliche Aussagekraft qualitativer Methoden durch die Einbeziehung von quantitativen Angaben auszubauen. Das

Kapitel 5.3.2 (Illustration der Kategorien zum Thema Altersbilder) nimmt einen ersten Schritt hierfür vor, indem die Übersichten anhand einer zuvor vergebenen Nummer erkennen lassen, welche Probanden eine bestimmte Aussage in Bezug auf eine gefundene (Haupt-/ Unter-)Kategorie getroffen haben. Ein weiterer Schritt könnte in der Berechnung von Häufigkeiten liegen, die wiederum mit bestimmten Merkmalsausprägungen der Studienpopulation (z.B. „sicher“ versus „unsicher gebunden“) in Verbindung gebracht werden könnten. Für eine solche Triangulation qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden ist jedoch eine größere Studienpopulation als die in der vorliegenden Untersuchung verfügbaren Teilstichprobe erforderlich.

Weiterhin muss davon ausgegangen werden, dass das „Alter“ bzw. das „Älterwerden“ aufgrund der negativen Stereotypisierung ein sensibles, wenn nicht sogar schambehaftetes Thema darstellt. Dementsprechend wäre es möglich, dass belastende Empfindungen und Erlebnisse nur eingeschränkt berichtet wurden. Dahingegen fiel es den Probanden möglicherweise leichter, positive Aspekte zu schildern. In diesem Zusammenhang wäre auch denkbar, dass sich Probanden zu bestimmten Aussagen verleiten ließen, die als gesellschaftlich anerkannt bzw. erwünscht erscheinen. Dieses Antwortverhalten – und der daraus resultierende Erkenntnisverlust - wird in der Literatur unter dem „Social Desirability Bias“ zusammengefasst (Krumpal 2013). Folglich kann nicht ausgeschlossen werden, dass die in dieser Studie skizzierten Altersbilder auf der persönlichen Ebene eine Verzerrung in Richtung positivere „Altersidentitäten“ aufweisen, d.h. dass sich die Studienteilnehmer in Wahrheit durch ihr eigenes Älterwerden belasteter fühlen, als sie es im Interview zugeben zu sein. Dieser Effekt wird womöglich noch dadurch verstärkt, dass der Altersunterschied zwischen den Probanden und der Autorin mit ca. 50 Jahren zu einem besonders ausgeprägten Schamgefühl bei den Interviewteilnehmern geführt haben könnte. Andererseits ist das, auch schon im Anschreiben an die Probanden angekündigte, persönliche Setting der Datenerhebung durch die Interviews im eigenen Zuhause prädestiniert für eine Rückmeldung durch besonders offene Studienteilnehmer, sodass sich ein zurückhaltendes Antwortverhalten im vertretbaren Rahmen bewegt haben dürfte.

7 Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Befunde, die sich aus den statistischen Auswertungen der Fragebogenanalysen ergeben, bestätigen den erwartungskonformen, positiven Einfluss der psychosozialen Faktoren Resilienz und Bindungssicherheit auf eine gelungene Bewältigung alter(n)sbedingter Veränderungen und Herausforderungen.

Die Befunde weisen darauf hin, dass sich ältere Menschen subjektiv weniger durch objektiv nachweisbare Erkrankungen belastet fühlen, wenn sie im Laufe ihres Lebens einen sicheren Bindungsstil etablieren konnten. Zudem konnte der protektive Charakter von Bindungssicherheit auf die Lebenszufriedenheit aufgezeigt werden, der besonders für den (negativen) Einfluss von somatischen Erkrankungen auf die Lebenszufriedenheit, klinisch relevant erscheint. Entsprechend sollte in der psychologischen und medizinischen Betreuung Älterer auch stets deren Bindungsrepräsentation bedacht werden. Dies gilt insbesondere bei (vermuteten) Schwierigkeiten mit der (psychischen) Anpassung an altersbedingte Verluste bis hin zu psychischen Erkrankungen im hohen Lebensalter (z.B. Depression). Aber auch der alltägliche, persönliche Umgang mit somatischen Erkrankungen scheint sicher gebundenen Menschen leichter zu fallen.

Da die (psycho-)therapeutische Beziehung als Bindungsbeziehung aufgefasst werden kann (Dozier und Bates 2004), sollte der Therapeut bestimmte Eigenschaften einer Bindungsfigur einnehmen; dadurch kann eine wichtige Basis für den Behandlungserfolg im hohen Alter geschaffen werden (Peters 2015). Neuere Studien konnten durch verschiedene Psychotherapie-Verfahren sogar einen Anstieg der Bindungssicherheit bei erwachsenen Patientengruppen aufzeigen (Kinley und Reyno 2013, Taylor, Rietzschel et al. 2015). Im Bestreben nach einer besseren Symptomkontrolle somatischer Erkrankungen, sollte weiterhin die Arzt-Patient-Beziehung im hausärztlichen Setting als eine Art Bindungsbeziehung angesehen werden. Nicht zuletzt durch eine bessere Compliance könnte dadurch eine adäquate Behandlung der Grunderkrankung sowie eine optimale Symptomkontrolle erzielt werden.

Weiterhin konnte die Resilienz als zentraler, supportiver Persönlichkeitsfaktor in Bezug auf die altersbezogenen Herausforderungen mit direkter Wirkung auf die Indikatoren eines gelungenen Alternsprozesses identifiziert werden. Als neue Erkenntnis erscheint dabei der Befund, dass Resilienz im hohen Alter auch mit einem niedrige-

ren objektiven Krankheitsausmaß einhergeht. Im Hinblick auf die positiven Effekte von Resilienz auf die (psycho-)somatischen Parameter und die Lebenszufriedenheit im hohen Lebensalter, kann dieser Persönlichkeitsfaktor auch im Rahmen der Alterspsychotherapie als wichtige, intrapsychische Ressource fungieren; eine zeitökonomische Erfassung ist mit Hilfe der Resilienzskala(-13) möglich (Leppert, Gunzelmann et al. 2005). Im Umkehrschluss deuten die Befunde darauf hin, dass ältere Personen mit einer niedrigen Merkmalsausprägung für die Resilienz besonders vulnerabel für altersbedingte (somatische und psychosomatische) Erkrankungen sind und dieser Patientengruppe mit einer besonderen medizinischen und psychologischen Fürsorge begegnet werden sollte.

Für die Befunde aus den Interviews zum Thema „Altersübergänge“ ergeben sich die folgenden Schlussfolgerungen:

Der Übergang ins „hohe Lebensalter“ wird von den Erwachsenen der untersuchten Altersklasse als ein äußerst facettenreicher und komplexer Vorgang erlebt. Das Altern selbst wird als kontinuierlicher Entwicklungsprozess gedeutet, der weitgehend unabhängig von bestimmten Lebensereignissen ist. Transitionen „ins“ hohe Lebensalter werden zu diesem Zeitpunkt (noch) nicht erlebt, allenfalls *altersbedingte* Transitionen, wie zum Beispiel die Beendigung der Erwerbstätigkeit. Inwiefern in Zukunft Transitionen ins hohe Lebensalter erlebt werden, gilt es in weiterführenden Untersuchungen zu klären, hierfür wären Längsschnittstudien optimal geeignet.

Für die bestehenden theoretischen Überlegungen zur Einteilung des „Alters“ in verschiedene Lebensphasen, lässt sich der Schluss ziehen, dass sich für Personen der untersuchten Altersgruppe durchaus Charakteristika der „jungen Alten“ (van Dyk und Lessenich 2009) wiederfinden. Im Unterschied zu diesem klassischen Konstrukt, wird jedoch der Übergang in diese Alterskategorie nicht (mehr) mit der Beendigung der Erwerbstätigkeit erlebt. Insbesondere bestehen Parallelen zu dem Konzept von Degnen (2007), welche sich innerhalb der eigenen Studie anhand einer Selbstbeschreibung von Kriterien des „normalen Alterns“ und einer Distanzierung vom „echten, hohen Alter“ erkennen lassen. Für die Ausformung dieser „Altersidentitäten“ erfolgt eine Orientierung der Älteren an den gemeinhin geteilten Vorstellungen über das Alter(n) bei gleichzeitiger Ablehnung einer Identifikation mit den stereotypen und negativen Altersfremdbildern, die unter den Älteren selbst bestehen. Insgesamt kann resümiert werden, dass eine weitgehende Unberührtheit von ernst-

haften, die eigene Identität beschneidenden Alternsprozessen bei den „jungen Alten“ wahrgenommen wird.

In diesem Zusammenhang erscheint die Kategorie der ‚Autonomie und Handlungsfreiheit‘, sowie deren Schnittstelle zwischen den verschiedenen Ebenen der Altersbilder, besonders interessant. Aktuell werden Erwachsene der untersuchten Altersgruppe zwar offenbar von Verlusten in diesem Bereich verschont. Gleichzeitig sticht diese Kategorie jedoch durch gravierende, auch in Zukunft erwartete Veränderungen (u.a. Pflegebedürftigkeit, Verlust der Selbstbestimmtheit) im hohen Lebensalter hervor. Angesichts der damit verbundenen direkt geäußerten und indirekt zu vermutenden Ängste der „jungen Alten“, erscheint die Bewahrung der eigenen Autonomie und Selbstbestimmtheit im hohen Lebensalter von oberster Priorität. Frühere Untersuchungen haben die Wirkung einer Autonomie förderlichen Umgebung auf das Wohlbefinden von Heimbewohnern bereits gezeigt (Philippe und Vallerand 2008). Weiterhin könnte eine frühzeitige Auseinandersetzung mit möglichen zukünftigen Ereignissen (z.B. Wohnortwechsel) unter Einbeziehung aller dann zu erwartenden persönlichen Ressourcen (z.B. medizinische Versorgung, soziale Einbindung), einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von (Zukunfts-)Ängsten leisten. In diesem Zusammenhang erscheint auch die Verfassung einer Patientenverfügung von großer Bedeutung, um bestimmte Fragen der persönlichen Autonomie schon im Vorfeld zu klären und diese für die Sorge leistenden Personen (z.B. medizinisches Personal) zugänglich zu machen. Hierfür sollte der Hausarzt eine beratende Funktion einnehmen. Möglicherweise könnten aber auch Informationsveranstaltungen oder Medienbeiträge am Aufbau fundierter Kenntnisse über die eigenen Möglichkeiten und Rechte mitwirken, um auf dessen Grundlage bedarfsorientierte und persönliche Entscheidungen treffen zu können.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

Amrhein L, Backes G. 2007. Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s. *Zeitschrift für Gerontologie Und Geriatrie*, 40(2):104-111.

Amrhein L, Backes GM. 2008. Alter(n) und Identitätsentwicklung: Formen des Umgangs mit dem eigenen Älterwerden. = Ageing and identity development: Ways of coping with one's own ageing process. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(5):382-393.

Bäcker G, Naegele G, Bispinck R, Hofemann K, Neubauer J. 2010. Alter, Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 353-503.

Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH. 2009. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev*, 11(3):223-263.

Baltes PB. 1999. Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 32(6):433-448.

Baltes PB, Baltes M. 1989. Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes M et al., Hrsg. Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern: Verlag Hans Huber.

Berntsen D, Rubin DC, Siegler IC. 2011. Two versions of life: emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, 11(5):1190-1201.

Bodner E, Cohen-Fridel S. 2010. Relations between attachment styles, ageism and quality of life in late life. *International Psychogeriatrics*, 22(8):1353-1361.

Bowlby J. 2010. Bindung als sichere Basis; Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhard Verlag.

Brähler E, Schumacher J, Brähler C. 2000. Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GBB-24. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50(1):14-21.

Brähler, E., Schumacher J, Scheer JW. 2004. Gießener Beschwerdebogen - Kurzform (GBB-24). Online Datenbank Assessment: <http://www.assessment-info.de/>. Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR).

Brandtstädter J, Rothermund K. 1998. Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. *Psychosoziale Gerontologie Band 1: Grundlagen*. A. Kruse. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie- Band 15. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Brassen S, Gamer M, Büchel C. 2011. Anterior Cingulate Activation Is Related to a Positivity Bias and Emotional Stability in Successful Aging. *Biological Psychiatry*, 70(2):131-137.

Calvo V, Palmieri A, Marinelli S, Bianco F, Kleinbub JR. 2014. Reciprocal empathy and working alliance in terminal oncological illness: The crucial role of patients' attachment style. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5):517-534.

- Carstensen LL, Mikels JA. 2005. At the Intersection of Emotion and Cognition: Aging and the Positivity Effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3):117-121.
- Cicirelli VG. 2010. Attachment relationships in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2):191-199.
- Cohen J. 1977. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (rev. ed.). Hillsdale, NJ, England, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. 2003. *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ, US, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Degnen C. 2007. Minding the gap: The construction of old age and oldness amongst peers. *Journal of Aging Studies*, 21(1):69-80.
- Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS, Labouvie-Vief G. 1998. Adult attachment styles: their relations to family context and personality. *J Pers Soc Psychol*, 74(6):1656-1669.
- Dozier M, Bates BC. 2004. Attachment State of Mind and the Treatment Relationship. *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Atkinson L, Goldberg S, Atkinson L, Goldberg S. Mahwah. NJ, US, Lawrence Erlbaum Associates Publishers: 167-180. Online: <http://www.al-edu.com/wp-content/uploads/2014/05/AtkinsonGoldberg-eds-Attachment-Issues-in-Psychopathology-and-Intervention.pdf#page=176>
- Ehmer J. 2008. *Das Alter in Geschichte und Geschichtswissenschaft*. Berlin: Springer-Verlag.
- Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E. 2000. FLZ: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Filipp S-H, Mayer A-K. 2005. Zur Bedeutung von Altersstereotypen. *Aus Politik und Zeitgeschichte (Alter und Altern)*.
- Franz CE, Lyons MJ, Spoon KM, Hauger RL, Jacobson KC, Lohr JB, McKenzie R, Panizzon MS, Thompson WK, Tsuang MT, Vasilopoulos T, Vuoksimaa E, Xian H, Kremen WS. 2014. Post-traumatic stress symptoms and adult attachment: A 24-year longitudinal study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12):1603-1612.
- Frommer J, Rennie DL. 2006. Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. *Psychother Psych Med*, 56(05):210-217.
- Genet JJ, Siemer M. 2011. Flexible control in processing affective and non-affective material predicts individual differences in trait resilience. *Cognition and Emotion*, 25(2):380-388.
- Gick ML, Sirois FM. 2010. Insecure attachment moderates women's adjustment to inflammatory bowel disease severity. *Rehabilitation Psychology*, 55(2):170-179.
- Gillath O, Johnson DK, Selcuk E, Teel C. 2011. Comparing old and young adults as they cope with life transitions: The links between social network management skills and attachment style to depression. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 34(3):251-265.
- Graefe S. 2010. Altersidentität Zum theoretischen und empirischen Gebrauchswert einer prekären Kategorie. *Mittelweg 36 Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung*.

- Graefe S, Dyk S, Lessenich S. 2011. Altsein ist später: Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift Fur Gerontologie und Geriatrie*, 44(5):299-305.
- Grossmann KE, Grossmann K. 2009. Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gunzelmann T, Schumacher J, Brahler E. 1996. [Physical complaints in old age: standardization of the Giessen Complaint Questionnaire GBB-24 in over 60-year-old patients]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 29(2):110-118.
- Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. 2011. What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 56(5):258-265.
- Hock G, Nosper M. 2003. Manual CIRS-G. Cumulative Illness Scale. Skala zur kumulierten Bewertung von Erkrankungen. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz.
- Hwang K, Johnston MV, Smith JK. 2009. Adult Attachment Styles and Life Satisfaction in Individuals with Physical Disabilities. *Applied Research in Quality of Life*, 4(3):295-310.
- Jeste DV, Depp CA, Vahia IV. 2010. Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry*, 9(2):78-84.
- Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS, Palmer BW, Rock D, Golshan S, Kraemer HC, Depp CA. 2013. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*, 170(2):188-196.
- Kessler EM, Lindenberger U, Staudinger UM. 2009. Stichwort: Entwicklung im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 12(3):361-381.
- Kinley JL, Reyno SM. 2013. Attachment style changes following intensive short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(1):53-75.
- Kirchmann H. 2009. Bindung und Depressivität - Längsschnittliche Zusammenhänge zwischen selbsteinschätzungsbasierten Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden bei stationär-gruppenpsychotherapeutisch behandelten Patienten versus einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe http://www.db-thueringen.de/servlet/s/DerivateServlet/Derivate-19710/Kirchmann/Diss_Pflichtexemplare.pdf.
- Kirchmann H, Fenner A, Strauß B. 2007. Konvergenz des Erwachsenen-Bindungsprototypen-Ratings (EBPR) mit verschiedenen Selbstbeschreibungsinstrumenten zur Erfassung von Bindungsmerkmalen. *Psychother Psych Med*, 57(EFirst):334-342.
- Kirchmann, H, Nolte T, Runkewitz K, Bayerle L, Becker S, Blasczyk V, Lindloh J, Strauss B. 2013. Associations between adult attachment characteristics, medical burdens, and life satisfaction among older primary care patients. *Psychology and Aging*, 28(4):1108-1114.
- Kirchmann H, Strauß B. 2008. Methoden zur Erhebung von Bindungsmerkmalen. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1. Jg.:293-327.

- Kohli M. 1985. Die Institutionalisierung des Lebenslaufs Historische Befunde und theoretische Argumente. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*.
- Kohli M. 2000. Altersgrenzen als gesellschaftliches Regulativ individueller Lebensgestaltung: ein Anachronismus? *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 33(0):S015-S023.
- Kornadt AE, Rothermund K. 2011. Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns. *Zeitschrift für Gerontologie Und Geriatrie*, 44(5):291-298.
- Kralik D, Visentin K, Van Loon A. 2006. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3):320-329.
- Krumpal I. 2013. Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47(4):2025-2047.
- Kruse A. 1998. *Psychosoziale Gerontologie: Grundlagen*, Hogrefe: Verlag für Psychologie.
- Laslett P. 1995. *Das dritte Alter: historische Soziologie des Alterns*. Weinheim [u.a.], Juventa-Verl.
- Leipold B, Greve W. 2009. "Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1):40-50.
- Leppert K, Gunzelmann T, Schumacher J, Strauß B, Brähler E. 2005. Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 55(8):365-369.
- Leppert K, Koch B, Brähler E. 2008. Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2: 226-243.
- Leppert K, Richter F, Strauß B. 2013. Wie resilient ist die Resilienz? - Forschungsergebnisse von Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*.
- Leppert K, Strauß B. 2011. Die Rolle von Resilienz für die Bewältigung von Belastungen im Kontext von Altersübergängen. *Zeitschrift für Gerontologie Und Geriatrie*, 44(5):313-317.
- Letzring TD, Block J, Funder DC. 2005. Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4):395-422.
- Liddle J, Carlson G, McKenna K. 2004. Using a matrix in life transition research. *Qual Health Res*, 14(10):1396-1417.
- Mayer AK. 2009. Altersbilder und die Darstellung älterer Menschen in den Medien - Vermittelte Altersbilder und individuelle Altersstereotype. *Medien und höheres Lebensalter. Theorie - Forschung - Praxis*
- Mayring P. 2010. Qualitative Inhaltsanalyse. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. G. Mey and K. Mruck, VS Verlag für Sozialwissenschaften: 601-613.
- McWilliams LA, Bailey SJ. 2010. Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, 29(4):446-453.

- Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, Mulsant B, Reynolds CF. 1992. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res*, 41(3): 237-248.
- Montague DP, Magai C, Consedine NS, Gillespie M. (2003). Attachment in African American and European American older adults: the roles of early life socialization and religiosity. *Attach Hum Dev*, 5(2):188-214.
- Nilsson M, Sarvimäki A, Ekman S-L. 2000. Feeling old: Being in a phase of transition in later life. *Nursing Inquiry*, 7(1):41-49.
- Nosper M. 2007. Messung von Morbidität und Komorbidität. Deutsche Adaptation der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS-G). Augsburg: Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz.
- Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. 2009. Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*, 77(6):1777-1804.
- Perna L, Mielck A, Lacruz ME, Emeny RT, Holle R, Breitfelder A, Ladwig KH. 2012. Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International Journal of Public Health*, 57(2):341-349.
- Perrig-Chiello P, Perren S. 2005. Biographical transitions from a midlife perspective. *Journal of Adult Development*, 12(4):169-181.
- Peters M. (2015). Affekt und Bindung in der Psychotherapie Älterer. = Affect and attachment in psychotherapy of the elderly. *Psychotherapeut*, 60(3):225-231.
- Petrowski K, Schmidt S, Stöbel-Richter Y, Strauß B, Brähler E. 2012. Bindungsbezogene Selbsteinschätzung und Wohlbefinden im Alter. = Attachment-related self evaluation and well-being in the elderly. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(7):284-287.
- Philippe FL, Vallerand JR. 2008. Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting. *Motivation and Emotion*, 32(2):81-89.
- Rowe JW, Kahn RL. 1987. Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811): 143-149.
- Runkewitz K, Kirchmann H, Strauss B. 2006. Anxiety and depression in primary care patients: Predictors of symptom severity and developmental correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5): 445-453.
- Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, Spazzafumo L, Mancinelli L, Espinosa E, Rappelli A, Dessì-Fulgheri P. 2008. A Manual of Guidelines to Score the Modified Cumulative Illness Rating Scale and Its Validation in Acute Hospitalized Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10):1926-1931.
- Schmidt S, Nachtigall C, Wuethrich-Martone O, Strauss B. 2002. Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3):763-773.
- Schöllgen I, Huxhold O. 2009. Differenzielles Altern. *Informationsdienst Altersfragen*.
- Schroeter KR. 2004. Zur Doxa des sozialgerontologischen Feldes: Erfolgreiches und produktives Altern—Orthodoxie, Heterodoxie oder Allodoxie? *Zeitschrift für Gerontologie Und Geriatrie*, 37(1):51-55.

- Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauß B, Brähler E. 2005. Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1):16-39.
- Sowarka D, Au C. 2008. Altersidentitäten. Informationsdienst Altersfragen.
- Statistisches Bundesamt. 2015. Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Online: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile
- Staudinger UM, Freund AM, Linden M, Maas I. 1996. Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität, Akademie Verlag.
- Strauß B, Lobo-Drost A. 1999. EBPR-Manual: Auswertungsmanual, Version 1.2. (Bereitstellung durch das Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie in Jena).
- Strauß B, Lobo-Drost A, Pilkonis PA. 1999. Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen [The assessment of attachment styles in adults]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47:347-364.
- Strauß B, Schwark B. 2007. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(6): 405-425.
- Taylor P, Rietzschel J, Danquah A, Berry K. 2015. Changes in attachment representations during psychological therapy. *Psychotherapy Research*, 25(2):222-238.
- Tews, HP. 1993. Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele G, Tews HP. (Hrsg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik*, Opladen, S. 23ff.
- Tomás JM, Sancho P, Melendez JC, Mayordomo T. 2012. Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3): 317-326.
- van Dyk S. 2007. Kompetent, aktiv, produktiv? Die Entdeckung der Alten in der Aktivgesellschaft. PROKLA. *Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*.
- van Dyk S. 2009. Das Alter: adressiert, aktiviert, diskriminiert; Theoretische Perspektiven auf die Neuverhandlung einer Lebensphase. *Berliner Journal für Soziologie*.
- van Dyk S, Lessenich S. 2009. *Die jungen Alten: Analysen einer neuen Sozialfigur*, Campus-Verl.
- Wagnild GM, Young HM. 1993. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*, 1(2):165-178.
- Waldinger RJ, Cohen S, Schulz MS, Crowell JA. 2015. Security of attachment to spouses in late life: Concurrent and prospective links with cognitive and emotional well-being. *Clinical Psychological Science*, 3(4):516-529.
- Waterworth S, Jorgensen D. 2010. It s not just about heart failure - Voices of older people in transition to dependence and death. *Health & Social Care in the Community*, 18(2):199-207.

- Waugh CE, Thompson RJ, Gotlib IH. 2011. Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion*, 11(5):1059-1067.
- Waugh CE, Wager TD, Fredrickson BL, Noll DC, Taylor SF. 2008. The neural correlates of trait resilience when anticipating and recovering from threat. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3(4):322-332.
- Wensauer M, Grossmann KE. 1998. Bindungstheoretische Grundlagen subjektiver Lebenszufriedenheit und individueller Zukunftsorientierung im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie Und Geriatrie*, 31(5):362-370.
- Werner EE, Johnson JL. 2004. The Role of Caring Adults in the Lives of Children of Alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 39(5):699-720.
- Westerhof GJ, Barrett AE. 2005. Age identity and subjective well-being: a comparison of the United States and Germany. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60(3):S129-136.
- Westerhof GJ, Barrett AE, Steverink N. 2003. Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging*, 25(4): 366-383.
- Windle G, Woods RT, Markland DA. 2010. Living with ill-health in older age: The role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, 11(6): 763-777.
- Wingo AP, Fani N, Bradley B, Ressler KJ. 2010. Psychological resilience and neurocognitive performance in a traumatized community sample. *Depression and Anxiety*, 27(8):768-774.

9 Anhang

Anhang A: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verdeutlichung der klassischen drei Bindungstypen am Bild einer Waage (Kirchmann 2009)	23
Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring 2010)....	43
Abbildung 3: Anwendung des Prozessmodells induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2010) auf das Thema „Wahrnehmung des eigenen Älterwerdens“	45
Abbildung 4: Anwendung des Prozessmodells der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).....	46
Abbildung 5: Gewinnung der Studienpopulation	48
Abbildung 6: Häufigkeiten der CIRS-G-Ratings 0-4 (%).....	51
Abbildung 7: Häufigkeiten der Körperbeschwerden (%).....	52
Abbildung 8: Übersicht über die relevanten Ergebnisse aus der Hypothesenprüfung	63
Abbildung 9: Themenübersicht Altersbilder	72
Abbildung 10: Körperliche Veränderungen und Einschränkungen beim Älterwerden	76
Abbildung 11: Kognitive Defizite im höheren Lebensalter	79
Abbildung 12: Psychische und psychosoziale Merkmale im höheren Lebensalter....	81
Abbildung 13: Verhalten im höheren Lebensalter	83
Abbildung 14: Soziales Umfeld/ Gesellschaft im höheren Lebensalter	86
Abbildung 15: Verlust von Autonomie und Handlungsfreiheit im höheren Lebensalter.....	88

Anhang B: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Fragebögen.....	33
Tabelle 2:	Interviewverfahren.....	33
Tabelle 3:	Häufigkeiten der Subgruppen.....	41
Tabelle 4:	Soziodemografische Merkmale (n=81).....	49
Tabelle 5:	Ausprägung von Resilienz und Bindungssicherheit in der Studienpopulation.....	50
Tabelle 6:	Relevante Somatische Morbidität (%).....	51
Tabelle 7:	Körperbeschwerden auf Skalenebene.....	53
Tabelle 8:	FLZ-Skalen und allgemeine Lebenszufriedenheit.....	54
Tabelle 9:	Deskriptive Charakteristika und Mittelwertunterschiede in Bezug auf die Zielgrößen CIRS und GBB.....	59
Tabelle 10:	Allgemeine Lebenszufriedenheit der sicher vs. unsicher gebundenen Probanden.....	60
Tabelle 11:	Altersbilder im Allgemeinen - Unterkategorien.....	64
Tabelle 12:	Altersbilder im Allgemeinen - Altersgrenzen.....	66
Tabelle 13:	Altersidentitäten - Unterkategorien.....	67
Tabelle 14:	Zukünftige Altersbilder - Unterkategorien.....	69
Tabelle 15:	Altersbedingte Ereignisse und Transitionen.....	70
Tabelle 16:	Hauptkategorien für die Altersgrenzen.....	90
Tabelle 17:	Beendigung der Erwerbstätigkeit als positives vs. negatives Erlebnis.....	91
Tabelle 18:	Bewältigungsformen im Umgang mit dem Verlust der Erwerbstätigkeit.....	92

Anhang D: Leitfaden zum Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating

Interviewleitfaden des EBPR (Version 1.3)

Das Interview, das ich mit Ihnen jetzt durchführen möchte, wird ungefähr eine Stunde dauern, je nachdem was Sie mir alles zu erzählen haben. Es geht dabei im ersten Teil um Ihre Kindheit bis einschließlich zehntes Lebensjahr, später werden wir auf das Erwachsenenalter und Ihre heutige Lebenssituation zu sprechen kommen.

1) Bitte geben Sie mir zunächst einen kurzen Überblick über Ihre Familiensituation während Ihrer Kindheit. Erzählen Sie mir einfach, so Sie geboren sind, wo Sie mit Ihren Eltern gelebt haben, ob Sie häufig umgezogen sind und was Ihre Eltern beruflich gemacht haben.

- Haben Sie mit Ihren Großeltern als Kind viel Zeit verbracht?
- Haben Sie Geschwister? Sind Sie zusammen mit Ihren Geschwistern bei Ihren Eltern aufgewachsen? Lebten außer Ihren Geschwistern und Ihren Eltern noch weitere Personen bei Ihnen zu Hause?
- Hatten Sie in der Kindheit einen besten Freund/ eine beste Freundin?
- Wer von den angesprochenen Personen war eine wichtige Bezugsperson?

2) Können Sie nun mal versuchen, mir die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrer Mutter hatten zu beschreiben? Am besten wäre es, wenn Sie mit den frühesten Erinnerungen beginnen würden.

- *Falls es eine andere Bindungsfigur außer Mutter oder Vater gab, diese hier auch abfragen! (z.B. Oma)*

Falls Patient Schwierigkeiten mit der Beantwortung dieser Frage hat, sollte mit konkreten Fragen weitergeholfen werden: Was haben Ihre Mutter/ Ihr Vater denn so mit Ihnen gemacht? Haben sie mit Ihnen gespielt? Wann waren Ihre Mutter/ Ihr Vater daheim? Wie sahen die Wochenenden aus? Haben Sie etwas zusammen unternommen? Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis mit Ihrer Mutter/ Ihrem Vater erinnern?

- Fühlten Sie sich Ihrer Mutter nahe?
- Was verstehen Sie darunter, sich jemandem „nahe“ zu fühlen?

3) Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter zu finden, welche die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich dafür ruhig Zeit und überlegen Sie erst einmal. Ich werde die genannten Eigenschaftswörter aufschreiben und Sie dann fragen, warum Sie gerade diese Eigenschaftswörter gewählt haben.

... Sie hatten [erster Begriff] genannt. Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern, die veranschaulicht, dass die Beziehung zu Ihrer Mutter [erster Begriff] war?...

- Was denken Sie, warum hat sich Ihre Mutter in Ihrer Kindheit so verhalten?

4) Können Sie nun bitte versuchen, mir die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrem Vater hatten, zu beschreiben? Am besten wäre es wieder, wenn Sie mit den frühesten Erinnerungen beginnen würden.

- Fühlten Sie sich Ihrem Vater nahe?

5) Versuchen Sie nun bitte fünf Eigenschaftswörter auszuwählen, welche die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit beschreiben. Lassen Sie sich wieder Zeit dafür. Ich werde Sie danach ebenfalls fragen, warum Sie diese Eigenschaftswörter ausgesucht haben.

... Sie hatten [erster Begriff] genannt. Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern, die veranschaulicht, dass die Beziehung zu Ihrem Vater [erster Begriff] war?...

- Was denken Sie, warum hat sich Ihr Vater in Ihrer Kindheit so verhalten?

6) Wenn Sie sich als Kind nicht wohl gefühlt haben, was haben Sie dann gemacht?

- Patient soll zu eigener Interpretation von „nicht wohl fühlen“ angeregt werden, erst dann mit den weiteren Fragen fortfahren
- Wenn Sie als Kind Kummer hatten oder **traurig** waren, was haben Sie dann gemacht?
- Fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?
- Können Sie sich erinnern, was passiert ist, wenn Sie sich als Kind **weh getan** haben, wenn Sie sich verletzt hatten?
- Gibt es da eine bestimmte Situation, die Ihnen dazu einfällt?
- Wie war das, wenn Sie als Kind **krank** waren? Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? Wenn berichtet wird, dass man zu den Eltern gegangen ist, soll nach Details gefragt werden, die spontan dazu einfallen.
- Danach direkt nachfragen, ob Patient als Kind von Eltern in den Arm genommen worden ist und ob er/ sie sich **körperlichen Kontakt** gewünscht hat. Nimmt Patient in den Antworten nur auf einen Elternteil Bezug, soll nach dem anderen Elternteil gefragt werden.

7) Können Sie sich erinnern, wann Sie als Kind zum ersten Mal von Ihrer Familie getrennt waren? (getrennt sowohl von Eltern als auch Geschwister)

- **Wie kam es zu dieser Trennung?** Wie alt waren Sie damals? Wie haben Sie diese Trennung erlebt? Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie wieder nach Hause kamen?

8) Haben Sie sich als kleines Kind jemals abgelehnt gefühlt? Es ist hier wichtig, dass Sie diese Ablehnung als Kind so empfunden haben, auch wenn Sie dies vielleicht heute als Erwachsener ganz anders beurteilen würden. (Eventuell ein eigenes Beispiel geben oder ein Beispiel, das schon genannt wurde, jedoch genügend Zeit für eine eigene Interpretation lassen).

- Wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal so fühlten? Wie haben Sie darauf reagiert?
- Warum glauben Sie, haben sich Ihre Eltern so verhalten?

ACHTUNG!! Vor dieser folgenden Frage darauf achten, dass traumatische Ereignisse nicht vom Interviewer eingebracht werden, falls Patient schon etwas erzählt hat. Die Frage „naiv“ stellen.

9) Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern bedroht gefühlt, vielleicht auch dann, wenn Ihre Eltern Ihnen etwas aus Spaß oder aus disziplinarischen Gründen angedroht haben?

- **Was genau ist passiert?**
- Einige Personen, die wir befragt haben, berichteten uns, dass ihnen angedroht wurde, von ihren Eltern **verlassen** zu werden oder von zu Hause **weggeschickt** zu werden. Haben Sie jemals erlebt, dass Ihre Eltern Ihnen das angedroht haben? Was genau ist passiert?
- Manche Personen haben uns erzählt, dass sie **misshandelt** (Schläge) oder **missbraucht** worden sind. Haben Sie so etwas Ähnliches auch erlebt? Gab es etwas Derartiges in Ihrer Familie? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Ist es häufiger vorgekommen? Was genau ist passiert? Wie würden Sie das Ausmaß dieser Misshandlung beurteilen?
- Haben Sie sich früher einmal **gefürchtet** oder sich nicht sicher gefühlt? Was genau ist passiert?
- Haben Sie Angst, dass Ihnen **heute** so etwas noch mal widerfährt? Wann und in welchen Situationen genau tritt diese Angst wieder auf?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen dieses Erlebnis/ diese Erlebnisse heute als Erwachsener noch zu **schaffen** macht?

- Glauben Sie, dass es Auswirkungen auf Ihre Person gehabt hat? Hat es die Art und Weise, wie Sie mit Ihren Familienmitgliedern (Eltern) oder eigenen Kindern umgehen, beeinflusst?

10) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern früher als Kind beschreiben?

- 11) **Gab es neben Ihren Eltern noch weitere Erwachsene, die Ihnen sehr nahestanden, die Ihnen besonders wichtig waren?** (Falls eine weitere Bindungsfigur vorhanden war, entsprechend den Fragen zu Mutter und Vater nachfragen.)

ACHTUNG!! Vor dieser folgenden Frage darauf achten, dass Verlusterlebnisse nicht vom Interviewer eingebracht werden, falls Patient schon etwas erzählt hat. Die Frage „naïv“ stellen.

12) Haben Sie als kleines Kind den Tod eines nahen Familienmitglieds erlebt?

- **Könnten Sie mir die näheren Umstände beschreiben?**
- Wie alt waren Sie damals?
- Wie haben Sie damals reagiert?
- Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er überraschend?
- Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals fühlten?
- Haben sich Ihre Gefühle in Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
- Durften Sie an der Beerdigung teilnehmen? Welche Bedeutung hatte dies für Sie?
- Wenn Eltern oder Geschwister (im Kindesalter) gestorben sind:
- Welche Auswirkungen hatte der Tod Ihrer Mutter/ Ihres Vaters/ Ihres Bruders/ Ihrer Schwester auf die anderen Familienmitglieder und auf Ihr Zusammenleben (auf den anderen Elternteil, Haushalt, Lebensumstände?)

ERWACHSENENALTER/ GEGENWART

13) In welcher Weise glauben Sie, haben Ihre Kindheitserfahrungen Ihre Persönlichkeit als Erwachsener beeinflusst?

- Glauben Sie, dass der Tod von (s. 12) Ihre Persönlichkeit beeinflusst hat?
- Gibt es bestimmte Ereignisse (Aspekte), die Ihrer Meinung nach Ihre Entwicklung behindert haben?

14) Mit welchen Worten würden Sie sich selbst beschreiben?

15) Ist Ihnen der Bereich Leistung wichtig? Was bedeutet Leistung für Sie?

- Wie war es früher im Beruf oder in anderen Leistungsbereichen wie Sport?

16) Wie gehen Sie heute mit Kummer und emotionalen Belastungen um?

- **Was war konkret das letzte emotional belastende Ereignis für Sie und wie sind Sie damit umgegangen?**

17) Haben Sie als Erwachsener einen nahestehenden Menschen verloren?

- Könnten Sie mir die näheren Umstände beschreiben?
- Wie alt waren Sie damals?
- Wie haben Sie damals reagiert?
- Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er überraschend?

- Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals fühlten?
- Haben sich Ihre Gefühle in Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
- Durften Sie an der Beerdigung teilnehmen? Welche Bedeutung hatte dies für Sie?

18) Wie hat sich die Beziehung zu Ihren Eltern im Erwachsenenalter weiterentwickelt?

- **Wie häufig und welchen Kontakt hatten Sie über die verschiedenen Lebensphasen hinweg?** (Klären, wer wie häufig Kontakt herstellt.)

19) Wie ist die Beziehung zu Ihren Geschwistern heute?

- Wie häufig und welchen Kontakt haben Sie? (Klären, wer wie häufig Kontakt herstellt.)

20) Haben Sie ein Kind?

- **Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Kindern beschreiben?** (Wenn mehrere Kinder, für jedes Kind einzeln beschreiben lassen)
- **Wie häufig und welchen Kontakt haben Sie?** (Klären, wer wie häufig Kontakt herstellt.)

21) Wer ist für Sie momentan die wichtigste Person? (näher beschreiben lassen)

22) Leben Sie momentan in einer Partnerschaft (intime Beziehung)? (Falls keine Partnerschaft: nach bedeutendster Partnerschaft fragen und als Beispiel heranziehen; falls noch keine Partnerschaft bestanden hat, engste Freundschaft als Beispiel heranziehen und zusätzlich nach Verliebtsein fragen)

- **Wie würden Sie die Persönlichkeit Ihres Partners (bzw. Freundes) beschreiben?**
- **Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Partner charakterisieren? (5 Eigenschaftswörter nennen lassen und nachfragen entsprechend den Fragen 3 und 5)**
- **Wie sehen Sie sich selbst in Partnerschaften?**
- **Erkennen Sie ein bestimmtes Muster in Ihren Partnerschaften? Gibt es typische Rollenverteilungen oder Konfliktpunkte, die immer wieder auftauchen?**
- **Wie ist es für Sie, wenn Sie mal eine Zeit von Ihrem Partner getrennt sind? (Letztes Mal konkret schildern lassen.)** Wie fühlen Sie sich dann? Kommt das häufiger vor? Was tun Sie dann? Stellen Sie sich vor, eine momentane Trennung steht an, wie ist das für Sie?
- **Wie reagieren Sie, wenn Sie mal eine Auseinandersetzung mit Ihrem Partner haben? (Letztes Mal konkret schildern lassen.)** Wie fühlen Sie sich dabei? Wie reagiert Ihr Partner?
- **Was machen Sie, wenn Sie Kummer oder Probleme mit Ihrem Partner haben? (Letztes Mal konkret schildern lassen.)**
- **Wie stellen Sie sich eine gute Beziehung vor?**

23) Was machen Sie beruflich?

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit?

24) Welche Freizeitaktivität macht Ihnen Freude?

Vielen Dank für Ihre Offenheit und Mitarbeit!

Anhang E: Gießener Beschwerdebogen-24

Auf der folgenden Seite ist eine größere Anzahl Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welcher dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in der entsprechenden Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „nicht“-Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:	nicht 0	kaum 1	einiger- maßen 2	erheb- lich 3	stark 4
1. Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzklopfen, -jagen oder stolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Druck- oder Völlegefühl im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gefühl der Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Anfallsweise Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang F: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit

Bitte kreuzen Sie bei den nachfolgenden Feststellungen jeweils jene Zahl an, die am ehesten Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf die betreffende Feststellung entspricht.

sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/ noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
0	1	2	3	4	5	6

Finanzielle Lage

Mit meinem Einkommen bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit dem, was ich besitze, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit meinem Lebensstandard bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Ehe und Partnerschaft

Falls Sie ohne Partner(in) sind, bitte gleich zum nächsten Abschnitt übergehen.

Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines Partners / meiner Partnerin bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit dem Verständnis, das mir mein Partner / meine Partnerin entgegenbringt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein Partner / meine Partnerin entgegenbringt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit der Geborgenheit, die mir mein Partner / meine Partnerin gibt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein Partner / meine Partnerin entgegenbringt, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Eigene Person

Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit meiner charakterlichen Eigenart/meinem Wesen bin ich...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Mit meiner Vitalität (Lebensfreude, Lebenskraft) bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen Menschen auskomme, bin ich ...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/ noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
0	1	2	3	4	5	6

Beziehung zu den eigenen Kindern und Enkelkindern

Falls Sie sowohl Kinder als auch Enkelkinder haben, treffen Sie bitte für jede Feststellung eine gemeinsame, allgemeine Einschätzung Ihrer Zufriedenheit.

Wenn Sie weder Kinder noch Enkelkinder haben, gehen Sie gleich zum nächsten Abschnitt.

Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder und Enkelkinder denke, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich daran denke, wie viel Freude ich mit meinen Kindern und Enkelkindern habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich meine Kinder und Enkelkinder gekostet haben, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Einfluss, den ich auf meine Kinder und Enkelkinder habe, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder und Enkelkinder entgegenbringen, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich daran denke, wie meine Kinder/Enkelkinder und ich miteinander auskommen, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexualität

Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Feststellungen bitte nur ausfüllen, wenn Sie einen festen Partner / eine feste Partnerin haben:

Mit der Häufigkeit, mit der mein Partner / meine Partnerin sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt), bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich daran denke, inwiefern mein Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir wissen, dass der Fragebogen sehr lang war und vertrauliche Informationen enthält. Da auf ihm kein Name sondern nur ein Code steht, kann er nur von unserem Forschungs-Institut zugeordnet werden. Ihre Antworten werden nicht einzeln (personenbezogen) ausgewertet, sondern gehen in eine große Datenmenge ein, in der wiederum nur der Code erscheint. **Wir versichern Ihnen, dass niemand von Ihren Antworten erfährt und die Daten rein wissenschaftlich ausgewertet werden.**

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den bereitgelegten Rückumschlag und werfen ihn in einen Briefkasten ein. Bitte schreiben Sie auf den Rückumschlag **nicht** Ihren Namen!

Herzlichen Dank für Ihre Mühe und alles Gute auf Ihrem weiteren Lebensweg!

Anhang G: Leitfaden zum Interview über „Alter(n) und Altersübergänge“

Interviewleitfaden zum Thema „Alter(n) und Altersübergänge“

In unserer Studie sind wir daran interessiert, zu erfahren, wie Sie Ihr Älterwerden erleben. Wir gehen davon aus, dass Altern ist ein lebenslanger Prozess ist. Wir möchten Sie daher zunächst dazu befragen, wie Sie in der Vergangenheit das Älterwerden erlebt haben. Anschließend möchte ich Sie auch zu gegenwärtigen Erfahrungen befragen.

- 1) **Denken Sie in Ihrem normalen Alltag über Ihr Älterwerden nach?** – bei welchen Anlässen/ Situationen?
- 2) **Erinnern Sie, wann Sie sich zum ersten Mal mit dem Älterwerden beschäftigt haben?** – bei welchen Anlässen/ Situationen?
- 3) **Gab es in Ihrem Leben weitere Ereignisse/ Situationen, in denen Sie besonders gemerkt haben, dass Sie älter werden?** – Wenn ja: Woran merkten Sie es? Wie alt waren Sie dabei? Wie haben Sie versucht, diese zu bewältigen?
- 4) **Inwiefern hat die Wahrnehmung, dass Sie älter werden, Ihr weiteres Verhalten beeinflusst?**
- 5) **Wie wirkte sich diese Wahrnehmung auf Ihr emotionales Befinden aus?**
- 6) **Wie haben Sie die Zeit Ihres Ausscheidens aus der Berufstätigkeit erlebt?**
- 7) **Gibt es noch andere Lebensbereiche, die sich bei Ihnen mit dem Älterwerden verändert haben?**

Nun kommen wir zu den Fragen zur Gegenwart.

- 8) **Gibt es jetzt Ereignisse oder Situationen, in denen Sie besonders merken, dass Sie älter geworden sind?** – Wie gehen Sie in diesen Situationen damit um?
- 9) **Gibt es Momente, in denen Sie empfinden, Sie wären jünger als Ihre gleichaltrigen Freunde oder Bekannten?** – Wie fühlen Sie sich dabei?
- 10) **Gibt es gegenwärtig bestimmte Dinge, die Sie tun, um fit zu bleiben?**
- 11) **Was denken Sie, welche Lebensbereiche werden sich in Zukunft durch Ihr Älterwerden ändern?** - z.B. Wohnsituation, Familienleben, Freizeitbeschäftigungen?
- 12) **Ab wann ist jemand überhaupt alt?**
- 13) **Wodurch ist Altsein für Sie gekennzeichnet?**

Anhang H: Illustration der qualitativen Inhaltsanalyse anhand eines Probandenbeispiels

Interview Frage Nr.	Kernaussagen (Paraphrasierung)	Zusammenfassen & Generalisieren (Generalisierung & 1. Reduktion)	Interpretation (2. Reduktion)	Kategorie
1	<ul style="list-style-type: none"> - Dass ich nun vielleicht nicht mehr so knackig und schön aussehe – das ist es nicht. Das macht mir nicht so viel aus. - Aber, dass man alt und hinfälliger wird, kommt fast jeden Tag vor. - Da tut's dann mal weh. Oder wenn man so eine Drehung macht, da knackt das mal raus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ich sehe nicht mehr so knackig und schön aus. - Aber das stört mich nicht. - Man merkt es daran, dass man hinfälliger wird – wenn einem etwas weh tut oder es irgendwo „knackt“. 	<ul style="list-style-type: none"> - Äußerlichkeiten (Verlust jugendlichen Aussehens) - stört nicht, aber ist zu verzeichnen - Älterwerden gespürt durch: <ul style="list-style-type: none"> - Hinfälligkeit - Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> - 1B: äußerlich sichtbare Alterserscheinungen → Verlust jugendlichen Aussehens - 1B: körperliche Veränderungen → Hinfälligkeit - 1B: körperliche Veränderungen → Schmerzen
2	<ul style="list-style-type: none"> - Ja. Das sind vielleicht so Jahreszahlen, die man vielleicht so hat: - So der 50. und 40. Vielleicht fängt das auch schon beim 30. an. - Dass man sagt: oh Gott, jetzt geht es nicht mehr so oder so (aufwärts oder am höchsten Punkt), sondern vielleicht schon so (abwärts). 	<ul style="list-style-type: none"> - Jahreszahlen/ runde Geburtstage → Anlass, um über Älterwerden nachzudenken (50./60./30. Geburtstag) - Gedanke: jetzt geht es vielleicht nicht mehr aufwärts, eher schon abwärts (nach dem Höhepunkt) 	<ul style="list-style-type: none"> - runde Geburtstage: (30/40/50) - = Anlass, um über persönliche Entwicklung und Veränderungen nachzudenken → <i>Leistungsfähigkeit?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 3: Ereignisse → Geburtstage - 1B: Bewusstsein über eigenes Älterwerden → Ereignisse (Geburtstag)
3	<ul style="list-style-type: none"> - Sie merken ja, dass ich ziemlich schwer höre. - Und, dass man immer dicker wird. 	<ul style="list-style-type: none"> - schlecht hören - immer dicker werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwerhörigkeit - Gewichtszunahme 	<ul style="list-style-type: none"> - 1B: Einschränkungen in der Sensorik (Hören) - 1B: körperliche Veränderungen → Gewichtszunahme
13	<ul style="list-style-type: none"> - Und [wenn] der Geist nicht mehr kann. - Da ist man schon dann alt, richtig. 	<ul style="list-style-type: none"> - wenn Geist „nicht mehr kann“ - → dann „richtig alt“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Altsein = geistiger Verfall 	<ul style="list-style-type: none"> - 1A: kognitive Defizite/geistiger Verfall (im Allgemeinen)

Anhang I: Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die diese Promotion ermöglicht und, die durch ihre inhaltliche und emotionale Unterstützung zu ihrem Gelingen beigetragen haben.

Herrn Prof. Dr. phil. habil. B. Strauß, Herrn Dr. phil. H. Kirchmann und Frau Dr. phil. K. Leppert danke ich für die Initiierung und die Möglichkeit meiner wissenschaftlichen Mitarbeit an der Studie, im Rahmen derer meine Dissertation entstehen konnte. Besonderer Dank gilt Frau Dr. phil. K. Leppert und Frau PD Dr. phil. med. habil. J. Rosendahl für ihre kompetente fachliche Beratung und ihre zahlreichen konstruktiven Beiträge bei der Betreuung meiner Dissertation. Frau Dr. phil. S. Philipp danke ich für die Einführung in die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse.

Ich möchte mich zudem bei Frau Dr. med. K. Runkewitz für ihre engagierte Kooperation bedanken. Sie hat nicht nur maßgeblich an der Rekrutierung der Studienteilnehmer mitgewirkt, sondern auch die zeitaufwendige Einschätzung des Gesundheitszustands ihrer Patienten übernommen.

Sehr dankbar bin ich weiterhin über die bereichernde Zusammenarbeit mit Simone Becker, Verena Blasczyk und Lisa Bayerle, wodurch auch ein umfangreicher Datensatz entstehen konnte.

Ich möchte mich darüber hinaus ganz herzlich für die Offenheit und Geduld der Studienteilnehmer bedanken, ohne die meine Dissertation nicht hätte zustande kommen können.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch meiner Familie, meinem Verlobten und meinen Freunden, meinen unermesslichen Dank für ihre Unterstützung aussprechen, indem sie mir in der Zeit meiner Promotion oft großes Verständnis entgegengebracht haben, mich unermüdlich motiviert haben und stets an mich geglaubt haben.

Anhang J: Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Frau Dr. phil. K. Leppert, Frau PD Dr. phil. med. habil. J. Rosendahl,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, 04.10.2018

Julia Lindloh, Verfasserin