

Sozialpsychologische Aspekte des Älterwerdens



200169 Spezifische Schwerpunkte: Selbstwert

Dr. Helga E. Schachinger

WS 2007/2008

Stephan Hloch	0240580
Margarete Huber	0303471
Annelies Karlegger	0208590
Anna Uranitsch	0112617

Inhaltsverzeichnis

1	Narratives Selbst und Autobiographisches Gedächtnis <i>Annelies Karlegger</i>	2
1.1	Einleitung	2
1.2	Autobiographisches Gedächtnis.....	2
1.3	Das Narrative Selbst.....	7
1.4	Persönliche Stellungnahme	10
1.5	Literatur	10
2	Selbst.Wert <i>Margarete Huber</i>	10
2.1	Einleitung	10
2.2	Theorien zur Stabilität und/oder Veränderung des Selbstwerts über die Lebensspanne.....	11
2.3	Methodologische Themen bei der Untersuchung von Selbstwert und Altern	14
2.4	Empirische Studien zum Thema Selbstwert und Altern	15
2.5	Prädiktoren von Selbstwert von älteren Erwachsenen.....	15
2.6	Persönliche Stellungnahme.....	16
2.7	Literatur	17
3	Self Concept and Body Image <i>Stephan Hloch</i>	18
3.1	Komponenten des body image im Erwachsenenalter	18
3.2	Normale Körperliche Veränderungen im Alter.....	19
3.3	Prävention und Kompensation	20
3.4	Veränderungen des body image und ihre Beziehung zu psychischem Wohlbefinden.....	21
3.5	Persönliche Stellungnahme.....	23
3.6	Literatur	24
4	Predictors of Health-Related Quality of Life Perspectives, Self-Esteem, and Life Satisfaction of Older Adults Following Spousal Loss: An 18-Month Follow-up Study of Widows and Widowers <i>Anna Uranitsch</i>	24
4.1	Hypothesen	25
4.2	Methode und Untersuchungsdesign.....	25
4.3	Ergebnisse.....	26
4.4	Literatur	28
5	Self Regulation, Health and Behaviour <i>Anna Uranitsch</i>	28
5.1	Einleitung	28
5.2	Interventionsmodelle.....	30
5.3	Persönliche Stellungnahme	35
5.4	Literatur	36

1 Narratives Selbst und Autobiographisches Gedächtnis

Annelies Karlegger

1.1 Einleitung

Die Absicht des vorliegenden Textes ist es, das Narrative Selbst in Relation zum Autobiographischen Gedächtnis über die Lebensspanne hinweg darzustellen. Definiert wird das autobiographische Gedächtnis als eine Art episodisches Gedächtnis für Informationen in Bezug auf das Selbst, sowohl in Form von Erinnerungen (retrospektives Gedächtnis) als auch in Form von Erwartungen (Prospektives Gedächtnis). Durch Befunde diverser Längsschnittstudien zur Genetik, Gesundheit, zur physikalischen und sozialen Umwelt und dem Verhalten von Individuen, die zeigten, dass alle diese Komponenten interagieren lässt sich die hohe Komplexität des Alterns erahnen.

Immer mehr stimmt man überein, dass es einen starken und gewichtigen Zusammenhang zwischen Selbst und Autobiographischem Gedächtnis gibt. Pleydell-Pearce (2000, zitiert nach Birren & Schroots, 2006) meinen, dass das autobiographische Gedächtnis ein Teil des Selbst und fundamentale Wichtigkeit für Emotionen und die eigene Persönlichkeit haben.

Wer bin ich? Was bin ich? Manifestationen des Selbst zeigen sich auf vielfältige Weise: durch die Kleider, die wir tragen, den individuellen Sprachstil. Die Verwendung von Sarkasmus, Humor oder verbaler Aggression widerspiegelt die Kultur in der ein Mensch lebt, aber eben auch den Ausdruck des Selbst.

Viele Antworten finden sich in der eigenen Biographie, sie ist die selbst erzählte oder selbst aufgeschriebene Lebensgeschichte eines Individuums, die auf dem Abrufen bzw. Erinnern von Ereignissen, Erfahrungen und Beziehungen mit anderen Personen basiert. Das narrative Selbst reflektiert das Bewusstsein des individuellen Existierens auf dieser Welt bzw. der eigenen Identität die sich von den anderen hervorhebt. Obwohl autobiographische Erinnerungen und autobiographische Erzählungen eng aneinander hängen, gingen Gedächtnisforscher und Forscher des Narrativen getrennte Wege, verwenden verschiedene Konzepte, Theorien und Methoden. Dieser Text will nun die beiden Forschungsrichtungen näher aneinanderrücken.

1.2 Autobiographisches Gedächtnis

Die Geschichte der Erforschung des Gedächtnisses hat ihren Beginn vor mehr als einem Jahrhundert, es lassen sich zwei Traditionen unterscheiden: Die erste Tradition bezieht sich auf experimentelle Untersuchungen zu Lernen und Gedächtnis von Ebbinghaus. 1885 publizierte er sein berühmt gewordenes Werk: Über das Gedächtnis. Für seine

Gedächtnisstudien adaptierte er Fechners experimentalpsychologische Methodik. Er untersuchte das Gedächtnis als eine reine Lernfunktion, unabhängig von Bedeutung und Inhalt. Zu diesem Zweck benutzte er für seine Untersuchungen sinnlose Silben als Stimulusmaterial. Ebbinghaus war der erste, der Vergessen als eine Zeitfunktion erklärte, in seinen Publikationen als Vergessenskurve dargestellt. Die zweite Tradition der Gedächtnisforschung geht vom britischen Psychologen Francis Galton aus. 1879 führte er eine heute als erstes empirisches Experiment bezeichnete Untersuchung durch: Er gab sich selbst ein Wort vor und ließ dazu seine eigenen Assoziationen aufsteigen. In der Folge entwickelte sich die Psychologie als Naturwissenschaft mit einer empirischen Forschungsmethodologie. Während die Ebbinghausschen Bestrebungen zur Erforschung des Gedächtnisses weitergeführt wurden, gerieten die Bemühungen Galtons eher in Vergessenheit. Heute kann davon ausgegangen werden, dass die experimentellen Untersuchungen der Vergangenheit viele wichtigen Variablen, die Erinnerung und Gedächtnis beeinflussen außer Acht gelassen haben.

In den letzten Jahrzehnten wurde das Konzept des autobiographischen Gedächtnisses stark diskutiert. Zu Beginn der Gedächtnisforschung wurde die allgemeine psychologische Funktion des Gedächtnisses untersucht, dann erfolgte die Unterscheidung von Kurzzeitgedächtnis bzw. Arbeitsgedächtnis und Langzeitgedächtnis. Das autobiographische Gedächtnis wurde dem Langzeitgedächtnis zugeordnet. 1972 unterschied Tulving das Langzeitgedächtnis in einen semantischen und episodischen Teil, wobei das semantische Gedächtnis sich auf generelle Ereignisse oder Fähigkeiten, wie zum Beispiel „wie wird gelesen“ bezieht und das episodische Gedächtnis persönlich Erlebtes beinhaltet. Das episodische Gedächtnis wurde von Tulving (2002) noch genauer spezifiziert. Sein Konzept beinhaltet die folgenden drei Elemente: (1) Subjektives Zeitgefühl, es erlaubt in der eignen Vorstellung zurückzureisen bzw. zu denken, (2) die Fähigkeit zum Bewusstsein des eignen Zeitgefühls, das sogenannte „autonoetische Bewusstsein“ und (3) ein Selbst das durch die subjektive Zeit reisen kann. Tulving verwendet den Begriff des autobiographischen Gedächtnisses nicht, und die Frage blieb unbeantwortet: handelt es sich bei episodischem Gedächtnis und autobiographischem Gedächtnis um verschiedene Begriffe für dasselbe Gedächtnissystem? Rubin (1995) gibt darauf eine pragmatische Antwort: Definitionen sollten seiner Ansicht nach nicht a priori festgelegt werden, sondern sollen das wiedergeben, was Forscher in der Natur gefunden haben. Bluck und Habermas (2001) beschreiben Forschung über das autobiographische Gedächtnis generell als alle Art von Forschung, die sich mit dem Abrufen individueller Episoden aus der eignen Vergangenheit befasst, der Fokus liegt bei den meisten Untersuchungen auf spezifischen, individuellen Erinnerungen an spezifische Ereignisse. Definitionen des autobiographischen Gedächtnisses beziehen sich immer auf die individuelle

Vergangenheit, also retrospektive Erinnerungen. In neuerer Zeit zeigten aber auch einige Wissenschaftler Interesse am prospektiven Gedächtnis, das folgendermaßen definiert werden kann: ...als eine Vergegenwärtigung in der Zukunft, dass etwas zu tun ist, ohne sich an explizite Instruktionen zu erinnern. Diese Definition, das prospektive Gedächtnis als „ein Erinnern daran, sich zu erinnern“ zu verstehen deckt nur einen Teil des prospektiven Gedächtnisses ab. Tulving meint, das episodische Gedächtnis erlaubt dem Selbst, in der subjektiven Zeit zu reisen, eben auch in die Zukunft. Der Mensch lebt sein Leben in der Gegenwart, ist sich aber auch dessen bewusst, was gewesen ist und was sein könnte.

Lebensgeschichten, Erzählungen und ähnliche autobiographische Berichte sind aus persönlichen Erinnerungen, Erfahrungen und Erwartungen zusammengesetzt. Üblicherweise werden sie in ihrer Gesamtheit als „life events“ bezeichnet, sie sind die Bausteine der Lebensgeschichte. Die Sammlung von Lebensereignissen, ohne Einschränkungen bezüglich des Zeitpunktes oder des Ereignistyps erzeugt ein bestimmtes Muster, das von Conway und Pleydell-Parce (2000) folgendermaßen beschrieben wird. Die Vergessenskurve folgt einer mathematischen Funktion. Weiters zeigt sich eine so genannte Kindheitsamnesie für die ersten Lebensjahre sowie eine autobiographische Erinnerungshäufung bei Menschen über 40 Jahren: Die Verteilung der Erinnerungen beginnt mit der normalen Vergessenskurve und mündet in einer bimodalen Verteilung wobei der Zeitraum von 10 bis 30 Jahren (Erhebung) und die unmittelbare Vergangenheit besonders gut erinnert werden. Es gab verschiedene Interpretationen dieser bimodalen Verteilung. Rubin, Rahhal und Poon (1998) fanden eine schlüssige Erklärung: ältere Erwachsene verbinden mit der Zeitperiode von 10 bis 30 am meisten autobiographische Erinnerungen, sehr anschauliche und wichtige Erinnerungen. In dieser Periode entwickeln Menschen viele ihrer Vorlieben für Bücher, Filme, Musik etc. Conway und seine Mitarbeiter (2005) bestätigten die Universalität dieser Zeitperiode in einer kulturübergreifenden Studie des autobiographischen Gedächtnisses. Die Ergebnisse waren für Menschen aus China, Japan, Bangladesh, Englands und USA weitgehend übereinstimmend. Rubin und Mitarbeiter bieten vier mögliche theoretische Erklärungen:

- Im jungen Erwachsenenalter erfolgt der Übergang von Veränderungen zu Stabilität, diese neuen Ereignisse können später auch besser erinnert werden.
- Es ist gut möglich, dass die neuronale Entwicklung einem ähnlichen Muster folgt wie die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten. Entweder gibt einen raschen Anstieg und einen langsamen Abfall, oder es zeigt sich eine Spitze im jungen Erwachsenenalter.
- Da sich im späten Jugendalter die Identität entwickelt, kann dies dazu führen, dass die eingebundenen narrativen Erinnerungen auch später noch besser erinnert werden.

- Das junge Erwachsenenalter könnte so besonders sein, weil es die beste Zeit der Reproduktion ist.

Alle vier Ansätze können keine hinreichenden Erklärungen für das Hervortreten autobiographischer Erinnerungen geben. Schroots (2003) schlägt eine duale Prozesstheorie der Onthogenese vor, es wirken zwei synchrone Kräfte, das Wachsen und das Altern. Die Erhebungsperiode begründet er durch eine intensivere Enkodierung von Informationen im Alter von 10 bis 30.

Während der Häufungseffekt beim autobiographischen Erinnern ein etabliertes, universelles Phänomen ist, weiß man sehr wenig über die Verteilung von Lebensereignissen über die Lebensspanne hinsichtlich ihrer emotionalen Bedeutungen. Viele Untersuchungen konzentrierten sich vorwiegend auf die Wirkungen negativer Lebensereignisse auf individuelle Gesundheit und Wohlbefinden. Es stellt sich die Frage, ob diese einseitige Beleuchtung von negativen, stressreichen Ereignissen der ganzen Bandbreite an Lebensereignissen – und Erinnerungen gerecht wird.

DeVries und Watt (1996) zeigten anhand einer Untersuchung mit Zeitleisten, dass der Großteil der Ereignisse als positiv für Vergangenheit und Zukunft eingeschätzt wurden. Ältere StudienteilnehmerInnen berichteten weniger positive Ereignisse für die Zukunft als jüngere und TeilnehmerInnen mittleren Alters. Martin und Smeyer (1990) ließen Menschen über Ereignisse in ihrem Leben berichten, die zu verschiedenen Zeitpunkten passierten, jeweils 10 negative Erinnerungen standen 16 positiven Erinnerungen gegenüber. Eine ähnliche Verteilung zeigte sich auch in einer Untersuchung mit depressiven Menschen (Yang & Rehm, 1993). Thompson (1998) konnte anhand einer Tagebuchstudie zeigen, dass positive Ereignisse etwas besser erinnert werden als negative. Studien zeigten also im Allgemeinen, dass mehr positive als negative Ereignisse erinnert werden. Assing und Schroots (2002) kamen hingegen zu dem Ergebnis, dass die Verteilung von positiven und negativen Erinnerungen ausgeglichen ist, auch hänge diese Verteilung mit dem Alter zusammen. Es zeigte sich in ihren Untersuchungen ein Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht. Junge Frauen äußerten sich positiver zum Leben als junge Männer, und ältere Männer standen dem Leben positiver gegenüber als ältere Frauen. Schließlich konnten Schroots und Assink (2002) eine Erhebung positiver Gefühle für den Zeitraum von 10 bis 40 Jahren bei älteren Menschen und Menschen mittleren Alters nachweisen. Konsistente Ergebnisse zeigten Studien von Berntsen und Rubin (2002, 2003). Walter, Skowronski und Thompson (2003) erwähnen das gut belegte Phänomen, dass Menschen, nach ihrem subjektiven Wohlbefinden gefragt, im Allgemeinen berichten, dass sie mit ihrem Leben zufrieden sind. Ein Ansatz zur Erklärung dieses Phänomens verweist auf das autobiographische Gedächtnis (Walker an al., 2003). Es gibt gewisse Übereinstimmungen zwischen subjektivem Wohlbefinden und

autobiographischem Gedächtnis. Beide beziehen sich auf Vergangenheit und Zukunft und werden in der Gegenwart konstruiert. Für das subjektive Wohlbefinden zeigten sich ähnliche Effekte, wie für das autobiographische Gedächtnis: Junge Erwachsene schätzen ihr Wohlbefinden in der Vergangenheit geringer ein, während sie optimistisch für die Zukunft sind. Menschen mittleren Alters glauben, dass sie einen ähnlichen Grad an Wohlbefinden auch in Zukunft haben werden. Ältere Menschen schätzen hingegen das Wohlbefinden in der Vergangenheit höher ein und ihr Wohlbefinden in Zukunft schlechter als in der Gegenwart (Keyes & Riff, 1999, Staudinger, Bluck & Herzberg, 2003). Es stellt sich die Frage, inwieweit Lebensereignisse mit dem individuellen Grad an Wohlbefinden in Verbindung stehen.

Es gibt zwei Studien, die sich mit dem Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden und autobiographischem Gedächtnis befassen. Diener und Fujita (1996) zeigten, dass vor allem Ereignisse in der unmittelbaren Vergangenheit oder Zukunft das subjektive Wohlbefinden beeinflussen. DeVries (2001) fragte in einer Untersuchung nach der Besten und Schlechtesten Zeit im Leben. Es zeigte sich, dass sich die beste Zeit meist in unmittelbarer Vergangenheit und Zukunft befand. Bezüglich der schlechtesten Zeit zeigten die Ergebnisse mehr Variabilität. Suh (1994) argumentiert, dass negative Ereignisse das Wohlbefinden auch beeinflussen, wenn sie schon sehr lange zurück liegen.

Welche Art von Ereignissen erinnern Menschen unterschiedlichen Alters von ihrer Vergangenheit oder Zukunft? Die Analyse von Lebensinhalten erwies sich als methodisch sehr problematische Aufgaben, dementsprechend sind die Ansätze sehr verschieden. Insgesamt ist das Vorgehen eher induktiv (Hypothesen generierend) als deduktiv (Hypothesen testend). Bei der Kategorisierung von Lebensinhalten gibt es Bestrebungen einheitliche Inventare einzuführen, um Untersuchungen vergleichbar zu machen. Schroots und Assink (2004) entwickelten ein Kategorienschema, das Lebensereignisse in die folgende Themen und Bereich einteilt: Beziehungen, Schule, Arbeit, Gesundheit, Entwicklung, Zuhause, Geburt, Tod und Anderes. Baum und Steward (1990) sowie deVries und Watt (1996) zeigten, dass Frauen eher die Bereiche Schule, Liebe und Geburt von Kindern fokussieren, während bei Männern mehr das Berufsleben wichtig ist. Junge Erwachsene berichten mehr schulbezogene Erlebnisse, Freundschaft und Sexualität. Erwachsene mittleren Alters erwähnen Geburt von Kindern und Entwicklung, ältere Befragte bezeichnen Krieg, Ruhestand und Gesundheit als wichtige Themen. Die wichtigsten Ereignisse in der Erhebungsperiode stehen in Zusammenhang mit Familie und Beziehungen (Elnick et al., 1999). Die Evaluation von Ereignissen kann sich über die Zeit verändern. So kann jemand den Lehrer in der Kindheit als streng und angst einflößend erlebt haben, aber im

Erwachsenenalter sagen: „Erst jetzt erkenne ich, was für ein guter Lehrer das war, er hat meine Entwicklung wirklich gefördert, die Strenge hat mir gut getan.“

Viele PsychologInnen betonen die Wichtigkeit des „Selbst“ beim organisieren und regulieren des geistigen Lebens. Sie sehen im Selbst ein stark vernetzte Wissensstruktur – die Summe aller persönlichen Erfahrungen und Informationen zur eignen Person. Das Selbst spielt beim Abfragen und Entschlüsseln von Lebensereignissen die Hauptrolle. Conway und Pleydell-Pearce (2000, zitiert nach Birren, 2006, 487) sagen in Bezug auf den Zusammenhang von autobiographischem Gedächtnis und Selbst: „Autobiographical memory is of fundamental significance for the self, for emotions, and for the experience of personhood, that is, for the experience of enduring as an individual, in a culture, over time.“ Conway und Pleydell-Pearce (2000) entwickelten aus dieser Perspektive heraus das so genannte Selbst-Gedächtnissystem. Es stellt einen Bezug her zwischen autobiographischem Wissen als Basis sowie spezifischen Informationen über Lebensphasen, allgemeinen Ereignissen, ereignisspezifischem Wissen und persönlichen Zielen. Diese Ziele fungieren als Kontrollprozess im Selbst-Gedächtnissystem und modulieren die Konstruktion von Erinnerungen. Aktuelle Ziele beeinflussen also die Organisation und Verarbeitung von Ereignissen und Erlebnissen an erster Stelle, sie beeinflussen weiters auch, wie die Ereignisse abgerufen werden. Menschen formulieren ihre Ziele für die Zukunft in Abstimmung mit Informationen aus früheren Lebensphasen, Ereignissen und ereignisspezifischem Wissen. Bluck und Habermas (2001) entwickelten zusätzlich ein Lebensgeschichte-Schema, das vier Arten von Kohärenz beinhaltet: zeitliche, biographische, kausale und thematische Kohärenz. Das Individuum verfolgt also nicht nur seine Ziele um Selbstdiskrepanzen zu verringern sondern will auch Sinn herstellen um die Vergangenheit besser zu verstehen und die Zukunft besser vorherzusagen.

1.3 Das Narrative Selbst

Es wird im Folgenden der Stand der Forschung über das narrative Selbst in Relation zum autobiographischen Gedächtnis dargestellt.

Durch persönliche Erfahrungen entstehen autobiographische Erinnerungen, die wiederum dazu führen, dass wir ein narratives Selbst entwickeln das uns sagt wer wir sind sowie es auch anderen sagt, wer wir sind.

Das Selbst ist eine wichtige Determinante dafür, welche Entscheidungen wir treffen, damit unser Verhalten mit der Sicht auf uns selbst kongruent ist. Es überrascht nicht weiter, dass das Selbst in verschiedenen Disziplinen anders gesehen wird: Philosophie, Religion, Soziologie; Neurowissenschaft und Literatur. Sie alle haben verschiedenen Vorstellungen

davon, wie und wodurch sich das Selbst entwickelt, durch Sünden und gute Taten, durch Erfahrungen, durch Selbstbestimmung und freien Willen...

In der Geschichte der Psychologie erwies sich die Erforschung des Selbst als schwierig, weil es sehr subjektiv und nur schwer mit anderen psychologischen Prozessen in Verbindung zu bringen ist. Heute gibt es immer mehr Studien über das Innere bzw. die persönliche Weltsicht. Butler verfasste 1963 einen Artikel über Lebensrückschau, er fand bei älteren Menschen eine hohe Motivation auf ihre individuellen Lebenserfahrungen und Inhalte zurückzublicken.

Das narrative Selbst setzt sich zusammen aus unserem breiten Vorrat an autobiographischen Erinnerungen. Was wir erinnern und wie wir es bewerten fließt in unsere Lebensgeschichte. Es handelt sich beim narrativen Selbst um einen dynamischen Prozess, der Gedächtnis, Emotion, Motivation und Kognition umfasst. Es ermöglicht dem Menschen eine „top-down“-Sichtweise auf das eigene Leben einzunehmen und Entscheidungen zu treffen, die mit persönlichen Werten und Zielen zusammengehen.

Das narrative Selbst muss als ein lebenslanger dynamischer Prozess verstanden werden. Ähnlich der Entwicklung von Fähigkeiten entwickelt sich das narrative Selbst in der Kindheit. Auch die umgebende Kultur spielt dabei eine wichtige Rolle, so beeinflusst auch das Geschlecht die autobiographischen Erinnerungen, sie werden an die von der Kultur angemessenen Vorgaben angepasst. Das Selbst und autobiographische Erinnerungen entwickeln sich also sehr früh im Leben, von da an ist das Selbst auch der selektive Faktor für Erinnerungen.

Das narrative Selbst besteht aus verschiedenen Komponenten (Reedy & Birren, 1980): Das ideale, das reale Selbst und das soziale Selbstbild. Das ideale Selbst ist die Vorstellung der Person, die wir sein möchten, Ziele und Sehnsüchte spielen dafür eine große Rolle. Das reale Selbst ist die Person, so wie wir glauben zu sein, unsere Fähigkeiten, Stärken und Schwächen. Das soziale Selbstbild ist, was wir glauben wie andere uns sehen. Ein bedeutendes Merkmal dieser drei Komponenten ist die Distanz zwischen den dreien. Jugendliche und junge Erwachsene haben zum Beispiel oftmals sehr hohe Ideale bezüglich dem, was sie im Leben erreichen wollen, die sie aber als weit entfernt von dem realen Selbst sehen. Auch das soziale Selbstbild kann sich aufgrund von Rückmeldungen von Familie, Freunde und Schulzeugnissen wesentlich vom realen Selbstbild unterscheiden. Die zugrunde liegende Hypothese ist, dass sich durch unsere autobiographischen Erinnerungen mit dem Alter unser Selbstbild anpasst. Unserer Erwartungen hinsichtlich des idealen Selbst werden vor dem Hintergrund beruflicher Erfahrungen, Beziehungen, Familie, Sport, und Erfahrungen durch andere Aktivitäten modifiziert. Zur selben Zeit wird das reale Selbst mehr auf die Höhe des idealen Selbst gehoben, dadurch, dass Erfahrungen individuelle Stärken und Schwächen

aufzeigen, die in der Jugend noch nicht realisiert werden konnten. Auch das soziale Selbstbild bewegt sich in Richtung reales und ideales Selbst, durch Erfahrungen im Kontakt mit anderen erhalten wir mehr und mehr Rückmeldung. Die Basishypothese besagt also in Kürze, dass sich diese drei Komponenten mit dem Alter aufeinander zu bewegen und auch in einer höheren Lebenszufriedenheit münden.

Es gibt auch einige Untersuchungen dazu, inwiefern das narrative Selbst mit den im Alter notwendigen individuellen Anpassungsprozessen zusammenhängt. Windle und Woods (2004) führten dazu eine Studie mit 423 Personen über 70 durch. Sie kamen zu dem Schluss, dass es sich beim narrativen Selbst um eine psychologische Ressource handelt, die sich durchaus positiv aber auch negativ auf das Leben auswirken kann.

Es scheint also zusammenfassend wichtig, herauszufinden, in welchem Maße unsere subjektive Sicht auf uns selbst Einfluss auf unsere Gesundheit, unsere Aktivität und Produktivität hat. Wie wir uns selbst sehen kann das soziale Netzwerk an Beziehungen stark beeinflussen, und gerade dieses ist für das hohe Alter eine wichtige Komponente für subjektives Wohlbefinden. Beim narrativen Selbst handelt es sich um ein dynamisches Produkt von autobiographischen Erinnerungen an erlebte Ereignisse. Auch für die Zukunft spielen diese erinnerten Erlebnisse eine wichtige Rolle. Der Teil des Selbst, der Wünsche und Ziele verfolgt, wird oft in einem engen Verhältnis zu Spiritualität und Religiosität gesehen.

Anscheinend beeinflussen die Fragen „Wer bin ich“ und „Wer will ich sein“ unsere Entscheidungen und unser Verhalten maßgeblich. Bei den Fragen „Sieht das nach mir aus“, oder „Hört sich das nach mir an“ bei der Auswahl eines Kleidungsstückes oder dem Schreiben eines Briefes stellt sich die Frage in welchem Ausmaß Informationen aus dem autobiographischen Gedächtnis abgerufen werden um eine Entscheidung zu treffen. Es tut sich hier ein interessantes Forschungsfeld auf. Wie sehen sich verschiedene Personengruppen, Künstler, Terroristen, kann deren Selbst von ihren autobiographischen Erinnerungen abgeleitet werden? Welche Rolle spielt die Vorstellung von Kausalität für das narrative Selbst? Wie ist die Beziehung des narrativen Selbst zu anderen Funktionen des zentralen Nervensystems, können bildgebende Verfahren den Forschungsinteressen gerecht werden?

Sicher ist, dass das Selbst sehr komplex ist und sich über die Jahre entwickelt, auch handelt es sich um keine lineares Produkt von Erlebnissen und Erfahrungen, es ist vielmehr das Ergebnis individueller Bestrebungen in Interaktion mit Erinnerungen. Aufgrund des wachsenden Interesses an diesem Forschungsfeld können wir auf aufschlussreiche Studien hoffen, die uns Antworten auf Fragen des Erwachsenwerdens, des Alterns und die Auswirkungen auf das Selbst bieten.

1.4 Persönliche Stellungnahme

Das bearbeitete Kapitel stellt Verknüpfungen zwischen zwei sehr interessanten psychologischen Forschungsfeldern her, dem Narrativen Selbst und dem Autobiographischem Gedächtnis. Da für mich beide Forschungsgebiete relativ neu sind, stellte der Text einen guten Einstieg in die beiden Felder sowie eine übersichtliche Zusammenfassung vorliegender Forschungsergebnisse dar. Durch empirische Untersuchungen und experimentelles Vorgehen konnten verschiedene Aussagen im Zusammenhang mit dem Narrativen Selbst und dem Abrufen von Erinnerungen gemacht werden, genaue Aussagen über das Zusammenspiel von Selbst und Gedächtnis können aber noch nicht gemacht werden. Auf jeden Fall konnte der Text überzeugen, dass es sich keinesfalls um zwei unabhängige Vorgänge handeln kann. Einerseits beeinflusst unser Selbst, wie Ereignisse bewertet und kodiert werden und andererseits sind autobiographische Erinnerungen die wesentlichen Bausteine für die Konstruktion eines Narrativen Selbst. Sehr interessant erscheint die Forschungsperspektive, das narrative Selbst als eine Ressource in Alter zu sehen, was sowohl zu weiterer Forschung anregt und auch praktische Anwendungen in der Arbeit mit älteren Menschen ermöglichen kann.

1.5 Literatur

Birren, J.E., & Schroots, J.J.F. (2006). *Autobiographical Memory and the Narrative Self over the Life Span*. In: Birren, J.E., & Schaie, K.W. (Eds.). *Handbook of The Psychology of Aging*. Amsterdam: Elsevier.

2 Selbst.Wert

Margarete Huber

2.1 Einleitung

Der Selbstwert, der im Folgenden näher behandelt werden soll, ist Teil des weiter gefassten Selbstkonzepts einer Person.

Dieses Selbstkonzept beschreibt die Gesamtheit der Einstellungen einer Person gegenüber sich selbst und besteht aus folgenden drei Teilen:

- **Kognitive Komponente:** Hierbei geht es um die Art und Weise der Identifikation eine Person hinsichtlich der Rollen, die sie innehat und der Charakteristika, die sie zur Beschreibung ihrer selbst benutzt.

- **Bewertende Komponente:** Darunter wird verstanden, inwiefern eine Person ihre selbstdefinierte Identität positiv beurteilt oder nicht, das heißt es geht um das Ausmaß des Selbstwerts einer Person. Der Großteil empirischer Arbeiten bezüglich des Selbstkonzepts besteht auf diesem Gebiet.
- **Konative Komponente:** diese dritte Komponente bezieht sich auf die individuelle Motivation zu bleiben wie man/frau ist, oder als Konsequenz einer Diskrepanz zwischen realem und Idealem Selbst eine Veränderung anzustreben.

Von großem Interesse für die gerontologische Forschung ist die Frage inwiefern der Selbstwert über die Zeit hinweg stabil bleibt bzw. ob und in welche Richtung er sich verändert.

Es bestehen Annahmen, dass sich mit zunehmendem Alter ein Verlust an Selbstwert einstellt, da sich die Personen mit Dingen wie Ageism (Diskriminierung aufgrund des Alters), Rollenverlust oder gesundheitlichen Problemen konfrontiert sehen. Andererseits gibt es auch Hypothesen, die in eine andere Richtung weisen und aussagen, dass der Selbstwert, als Konsequenz zunehmender Reife, im Alter zunehmen könnte.

Eine wichtige Frage ist auch jene nach den Prädiktoren von Selbstwert in den späteren Jahren. Sind diese bekannt, können Interventionsprogramme entwickelt und angewendet werden.

2.2 Theorien zur Stabilität und/oder Veränderung des Selbstwerts über die Lebensspanne

Es gibt eine Vielzahl an Theorien, die versuchen der Frage nach Stabilität respektive Veränderung des Selbstwerts über die Lebensspanne nachzugehen.

Dabei wird postuliert ob und wann sich eine Veränderung zeigen könnte und wenn dem so ist, in welche Richtung diese gehen könnte.

2.2.1 Psychologie der Persönlichkeitsmerkmale

Was hat nun die Frage nach der Veränderung des Selbstwerts im Lauf des Lebens mit Persönlichkeitsmerkmalen zu tun?

Eine wesentliche Frage der Sozialpsychologie des Alterns ist jene nach dem Ausmaß an Veränderungen von allgemeinen Persönlichkeitsmerkmalen über die Zeit.

Früher wurden Persönlichkeitsmerkmale definiert als die Tendenz eines Individuums sich konsistent über verschiedenen Situationen zu verhalten. Die einzige Möglichkeit sie zu erheben bestand in Verhaltensbeobachtung und/oder mithilfe projektiver Tests.

Heute wird die Definition etwas weiter gefasst, sodass auch situationsübergreifende Konsistenzen bezüglich der Gedanken und Gefühle der Person miteingeschlossen werden.

Persönlichkeitsmerkmale können nun mittels Fragebogen und Umfragen in Untersuchungen mit großen Stichproben und Längsschnittdesign reliabler erfasst werden.

Persönlichkeitseigenschaften werden heute also am häufigsten aus Selbsteinschätzungen der Testperson auf skalierten Items eines Fragebogens abgeleitet.

Da die Methoden Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen nun die selben sind mit denen auch das Selbstkonzept gemessen wird können diese beiden Bereiche integriert werden.

Während sich der Selbstwert auf die affektive oder bewertende Komponente des Selbstkonzepts bezieht, repräsentiert die Persönlichkeit den kognitiven Anteil.

Viele Forscher sehen auch den Selbstwert als Persönlichkeitseigenschaft. Da letztere als stabil angenommen werden, würde auch dem Selbstwert Stabilität über die Lebensspanne prognostiziert werden.

2.2.2 Entwicklungspsychologie der Lebensspanne

Sowohl frühere Theorien, wie beispielsweise Eriksons achtstufiges Modell der psychosozialen Entwicklung, als auch neuere Theorien der lebenslangen Entwicklung postulieren ähnliche Abfolgen von Entwicklungsschritten.

Das frühe und mittlere Erwachsenenalter wird dominiert von einem Interesse am eigenen Selbst, Macht, Leistung und Kontrolle.

Umgekehrt tritt im späten Erwachsenenalter das Selbstinteresse in den Hintergrund und weicht einer Steigerung an Selbstakzeptanz und Akzeptanz anderer.

In dieser Hinsicht kann aus der Perspektive einer Entwicklung über die Lebensspanne das Altern auch als positiver Prozess angesehen werden, da diese Art von Entwicklungsveränderungen zu einer unkritischeren Selbstbewertung führen und daher zu einer schrittweisen Zunahme des Selbstwerts im Lebensverlauf beitragen könnten.

2.2.3 Rollentheorie

Soziologen stehen den Theorien der Entwicklung über die Lebensspanne kritisch gegenüber, weil dabei der Beitrag sozialer Strukturen zur Stabilität bzw. Veränderung über die Lebensspanne ignoriert wird.

Aus der soziologischen Perspektive sind altersgebundene Rollen für viele Verhaltensweisen und Einstellungen, inklusive dem Selbstwert wichtiger als das chronologische Alter.

Rollen dienen als Verbindungsstück zwischen Individuum und Gesellschaft.

Indem Individuen miteinander in verschiedenen Rollen interagieren, können sie ein Stück weit erkennen wer sie eigentlich sind.

Da Rollenbeziehungen relativ beständig und gut organisiert sind, können Rollen eine Quelle der Stabilität für die Selbstidentität darstellen.

Indem Rollen so eng mit den Normen und Werten einer Gesellschaft verknüpft sind, tragen sie außerdem dazu bei, dass das Leben Bedeutsamkeit erlangt.

Während unterschiedlicher Stufen im Leben ist jede Person damit beschäftigt Rollen zu erwerben, zu wechseln und wieder zu verlieren.

Das Alter kann dabei sowohl den Zugang als auch den Ausstieg von Rollen beeinflussen, wenn nicht sogar determinieren.

Wenn Menschen älter werden, erfahren viele von ihnen Rollenverluste durch beispielsweise Ruhestand, Witwenstand und abnehmende Gesundheit. Die Integration in die Gesellschaft nimmt dadurch ab und es sind weniger Möglichkeiten gegeben soziale Belohnungen zu erhalten und Gefühle von Kompetenz und Leistung zu erfahren.

Prognostiziert wird also, dass mangelnde Einbindung in soziale Rollen zu einem niedrigeren Selbstwert gegen Ende des Lebens führt.

Aus Sicht der Rollentheorie gibt es noch zwei zusätzliche Gründe, die für eine Abnahme des Selbstwerts mit zunehmendem Alter sprechen:

Das ist einerseits die jugend-orientierte Kultur, in der ein negatives Altersstereotyp vermittelt wird und andererseits die schnellen technologischen Fortschritte und sozialen Veränderungen, die es älteren Menschen oft schwer machen mitzuhalten.

2.2.4 Theoretische Perspektive des Lebensverlaufs

Bei diesem Ansatz wird postuliert, dass bei jeder individuellen Analyse der soziokulturelle und historische Kontext, indem die Personen leben, beachtet werden muss.

Ereignisse auf der Makroebene wie z.B. die Große Depression, große Kriege und verschiedene soziale und politische Bewegungen interagieren auf Mikroebene mit den altersbedingten Rollenwechsel von Personen in unterschiedlichen Kohorten.

Die Interaktion zwischen Person und Situation kann langfristige Folgen haben und in unterschiedlichen Lebenslaufbahnen münden.

Das ist eine bedeutende Erkenntnis für die Forschung zum Thema Selbstwert.

Das Niveau des Selbstwerts könnte für die Mitglieder unterschiedlicher Kohorten aufgrund bestimmter soziokultureller oder historischer Ereignisse niedriger oder höher sein als das der Mitglieder anderer Kohorten.

Möglich wäre, dass diese Ereignisse einen Einfluss auf das Niveau des Selbstwerts über die gesamte Lebensspanne aufweisen und so als Quelle der Stabilität respektive der Veränderung wirken.

2.3 Methodologische Themen bei der Untersuchung von Selbstwert und Altern

Auch im methodischen Bereich gibt es Herausforderung bei der Untersuchung von Selbstwert über die Lebensspanne.

2.3.1 Das Untersuchungsdesign

Das größte Problem bei Querschnittsuntersuchungen zum Thema Selbstwert ist, dass dabei Reife- und Geburtenkohorteneffekte konfundiert sind. Das heißt es ist unmöglich festzustellen ob Altersunterschiede hinsichtlich des Selbstwerts wirklich Veränderungen des Selbstwerts darstellen oder ob es sich dabei nur um Kohortenunterschiede handelt.

Obwohl Längsschnittstudien hier eine Verbesserung darstellen würden gibt es nur sehr wenige und diese konzentrieren sich auf jüngere Altersgruppen. Auch besteht das vorhin schon erwähnte Problem, dass es sich dabei meist um sehr kurzfristige Längsschnittstudien handelt.

Bei Längsschnittstudien mit einzelnen Kohorten besteht ein Problem darin, dass die altersbedingten Veränderungen mit den Effekten des Messzeitpunkts konfundiert sind.

Kein Design kann also völlig eindeutige Ergebnisse liefern. Die optimale Methode bestünde aber in einem Untersuchungsdesign in dem Personen aus mehreren Geburtenkohorten zu mehreren Zeitpunkten untersucht werden (Cohort-Sequential-Design). Hier kann zwischen Alterseffekten, Kohortenzugehörigkeit und sozialen oder kulturellen Ereignissen differenziert werden.

2.3.2 Die Erhebung/Messung

Problematisch bei der Erhebung des Selbstwerts ist zuallererst die ungenaue Definition die verhindert, dass die Messung das Konstrukt auch adäquat darstellt.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die ForscherInnen meist unterschiedliche Messinstrumente verwenden und dabei deren Validität oder Reliabilität meist außer acht lassen.

Unterschiedliche Messinstrumente liefern unterschiedliche Informationen und erlauben es nicht zulässige Schlussfolgerungen zu ziehen.

2.3.3 Die statistische Analyse

Bei der statistischen Analyse der gewonnenen Daten gibt es verschiedene Möglichkeiten. Problematisch ist hierbei, dass je nach verwendeter Methode unterschiedliche Ergebnisse resultieren. Jede Methode liefert unterschiedliche Informationen und führt somit auch zu

unterschiedlichen Schlussfolgerungen bezüglich der Fragestellung nach Stabilität oder Veränderung des Selbstwerts.

Im Idealfall sollten in einer Studie also alle Methoden angewandt, verglichen und auftretende Inkonsistenzen erklärt werden.

2.3.4 Die Populationsstichprobe

Die verwendeten Stichproben in diesem Forschungsfeld weisen meist eine nicht unwesentliche Heterogenität auf. Diese unterscheidenden Faktoren und deren mögliche Effekte auf den Selbstwert werden jedoch meist nicht explizit berücksichtigt.

Auch sind oft nicht alle Altersgruppen und Altersbereiche vertreten und der Zeitraum von Längsschnittstudien meist zu kurz gewählt.

2.4 Empirische Studien zum Thema Selbstwert und Altern

Bei der Betrachtung der Masse an Studien, die bereits zum Thema Selbstwert publiziert wurden, verwundert es wie wenig Studien dabei die Beziehung zwischen Selbstwert und Altern thematisieren.

Bei der Mehrheit der veröffentlichten Studien, wurde ein Querschnittsdesign angewandt und so Alter und Kohorteneffekte vernachlässigt.

Außerdem beschränkten sich die meisten dieser Studien auf die Kindheit oder Adoleszenz.

Bei den wenigen Studien, die sich mit älteren Menschen auseinandersetzen waren die Ergebnisse inkonsistent: einige zeigten eine Zunahme des Selbstwerts, andere eine Abnahme, einige keine Veränderungen.

Nur fünf Längsschnittstudien, die in hochwertigen Zeitschriften erschienen, konzentrierten sich auf Personen mittleren Alters und/oder ältere Menschen.

Die meisten dieser Studien wiesen einen Abfall des Selbstwerts im mittleren oder späteren Alter auf, wobei die Repräsentativität auch hier fragwürdig ist, da sich der Zeitraum der Nachfolgeuntersuchung nur auf wenige Jahre beschränkte.

Um die Frage nach Veränderung vs. Stabilität des Selbstwerts wirklich beantworten zu können, bedarf es längerfristig angelegter Langzeitstudien.

2.5 Prädiktoren von Selbstwert von älteren Erwachsenen

Die in den letzten drei Jahrzehnten veröffentlichten Studien beschäftigten sich weniger mit der Frage nach Veränderung bzw. Stabilität des Selbstwerts oder dessen Einfluss auf Wohlbefinden, sondern widmeten sich den Prädiktoren des Selbstwerts älterer Erwachsener.

Diese Studien können aufgrund der untersuchten Prädiktorvariablen unterschieden werden.

Die Prädiktorvariablen waren dabei im Wesentlichen die folgenden Drei:

Demographische Prädiktorvariablen: Einige Studien untersuchten ob Ethnizität, Schichtzugehörigkeit und das Geschlecht Einfluss auf den Selbstwert ausüben. Es konnte eine Interaktion zwischen diesen demographischen Variablen und dem Alter oder der Variablen untereinander gefunden werden, die einen Effekt auf den Selbstwert ausüben.

Zum Beispiel konnte gezeigt werden, dass Zugehörigkeit zur unteren Schicht den Selbstwert älterer Menschen negativ beeinflusst, nicht jedoch jenen Jüngerer.

Generell weisen ältere Frauen einen geringeren Selbstwert als ältere Männer auf.

Kognitive Prädiktorvariablen: Literatur gibt es auch zum Thema des Einflusses des kognitiven Stils auf den Selbstwert bei älteren Menschen und darüber ob dieser kognitive Stil mit dem Geschlecht hinsichtlich eines Effekts auf den Selbstwert interagiert.

Beispielsweise konnte erwiesen werden, dass ältere Erwachsene, die weniger introspektiv sind oder eine negative Einstellung gegenüber dem Altern haben, auch einen geringeren Selbstwert aufweisen.

Rollenbezogene Prädiktorvariablen: Der Einfluss von Rollen bzw. Rollenverhalten auf den Selbstwert älterer Erwachsener wurde untersucht. Dabei zeigte sich, dass ältere Menschen die verwitwet waren, niedriges religiöses Engagement zeigten, physische Behinderungen oder eine Abnahme des globalen Gesundheitszustand aufwiesen dazu tendierten ein niedrigeres Selbstwertniveau zu berichten.

Im Vergleich dazu zeigten ältere Menschen, die sich als ArbeiterInnen kompetent fühlten, Engagement als EhepartnerIn zeigten und an Freizeitaktivitäten teilnahmen einen höheren Selbstwert.

Diese Studien zeigen also viele Möglichkeiten auf, dass und wie ältere Erwachsene ihren Selbstwert, auch trotz Rollenverlust und verstärkte Gebrechlichkeit beibehalten können.

2.6 Persönliche Stellungnahme

Ich las diesen Artikel mit gemischten Gefühlen: ich fand das Thema Selbstwert und Alter von Anfang an interessant, weil es ein ganz neues für mich war, insofern als dass ich mich weder selbst vorher damit beschäftigt hatte, noch etwas darüber gehört oder gelesen hatte. Ich war also schon sehr gespannt darauf, welches neue Wissen, welche neuen Erkenntnisse mir die Lektüre des Textes vermitteln würde.

Im nachhinein betrachtet war dies jedoch relativ ernüchternd. Der Artikel stellte sehr ausführlich Theorien vor, ging auf methodische Probleme ein und stellte beispielhaft die empirische Forschung zum Thema vor.

Bald wurde jedoch deutlich, dass es überhaupt wenige Untersuchungen zum Thema gibt, diejenigen die es gibt methodisch nicht einwandfrei sind und außerdem keine eindeutigen Ergebnisse aufweisen. Ich fühlte mich daher etwas unbefriedigt, aber durchaus angeregt – wenn auch vielleicht nicht gleich selbst zu diesem Thema zu forschen – so wenigstens weiterhin auf dem Laufenden zu bleiben und zu beobachten welche Ergebnisse zukünftige Forschungen liefern werden.

Den Autoren sei an dieser Stelle kein Vorwurf zu machen, da es sich bei ihrem Artikel um einen Beitrag zu einer Enzyklopädie, also einem Nachschlagewerk, handelt, dessen Funktion es ist, gegenwärtig verfügbare Erkenntnisse gesammelt wiederzugeben. Der Beitrag kann vielleicht auch als eine Art Review betrachtet werden, in dem bisherige Untersuchungen und Ergebnisse kritisch betrachtet und bewertet werden.

Aus diesem Grund wird auch die Bedeutung zukünftiger Forschung auf diesem Gebiet von den Autoren des behandelten Artikels betont. Auch ich sehe eine Notwendigkeit dafür gegeben, da dieses Thema wohl ein für die Gegenwart und Zukunft relevantes ist. Zum einen aufgrund des zunehmenden Bevölkerungsanteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft und zum anderen aufgrund der Erkenntnisse, die bereits zum positiven Zusammenhang zwischen Selbstwert und allgemeinem Wohlbefinden/Gesundheitszustand vorliegen.

Die Forschung ist dabei unabdingbar, nicht nur um theoretische Annahmen zu bestärken oder zu widerlegen, sondern vor allem um Interventionsprogramme zu entwickeln und so einen praktischen Nutzen daraus zu ziehen.

Das Thema Selbstwert und Alter ist also zugleich interessant und von praktischer Bedeutung und wird in den nächsten Jahren hoffentlich das Ziel umfassenderer Forschungsarbeiten sein.

2.7 Literatur

Giarrusso, R. & Bengston, V. L. (2007). *Self Esteem*. In Birren, J. E. (Ed.). *Encyclopedia of Gerontology* (pp. 461–467). Amsterdam: Elsevier.

3 Self Concept and Body Image

Stephan Hloch

Body image = individual's physical sense of self

Die psychologischen Folgen der körperlichen Alterserscheinungen wurden bisher noch relativ wenig untersucht. Die meisten Untersuchungen behandeln die Frage der Beziehungen zwischen physischer (körperlicher) Gesundheit und psychischem Wohlbefinden, z.B. wie körperl. Veränderungen die Selbstwahrnehmung, den Selbstwert und das subjektive Wohlbefinden beeinflussen. Noch unerforscht sind Fragen, wie Individuen sich auf diese Veränderungen einstellen und sich anpassen. Auch wenn noch relativ wenig Theorie zum Konzept der physischen Identität vorliegt, wird anerkannt, dass sie ein Teil des Selbst-Konzepts ist, und dass Zufriedenheit mit dem eigenen Körper zu einem positiven Selbstwert beiträgt.

3.1 Komponenten des *body image* im Erwachsenenalter

Der Körper verändert sich nicht nur bis zum Ende der Pubertät, er ändert Form, Maße und Dynamik bis zum Tod. Diese Veränderungen können Einfluss auf das *body image* haben. *Body image* oder Körperbild kann als die mentale Repräsentation des eigenen Körpers gesehen werden, aber auch als ein Problembereich von Krankheiten, wo das Störungsbild ein inadäquates *body image* beinhaltet (z.B. Essstörungen).

3 zentrale Komponenten des *body image*:

- Wahrnehmung von
1. Aussehen des Körpers
 2. Kompetenz (also die Fähigk. Alltagsaufgaben zu bewältigen)
 3. physische Gesundheit (bzw. die Reflexion d. eigenen Sterberisikos)

Viele Lebensbereiche können Einfluß auf eine (oder mehrere) dieser Komponenten nehmen: Familie, Beziehung, Job-Anforderungen, etc.

Das Aussehen liefert wichtige Hinweise, auch für andere (Haar- und Hautfarbe, Gewicht, Größe, etc.), Gefühle der „Kompetenz“ erlebt man in der Regel beim Ausführen von versch. Aufgaben und Tätigkeiten (gehen, Stiegen steigen, etwas heben, hören und sehen, etc.), ältere Menschen erlangen dieses Gefühl auch durch schmerzfreies Bewältigen dieser Herausforderungen. Bei der physischen Gesundheit ist zusätzlich die Selbst-Attribuierung der

Person von Bedeutung, es kann zu Selbstentfremdung (vom eigenen Körper) oder Angst vor Krankheiten kommen.

3.2 Normale Körperliche Veränderungen im Alter

Es gibt während des ganzen Lebens Veränderungen, die das *body image* in allen 3 Bereichen beeinflussen können.

Aussehen: Änderungen im Erscheinungsbild ergeben sich durch Faltenbildung und nachlassende Elastizität der Haut, die Abnahme der Körpergröße und Veränderungen des Körperfetts. Falten entstehen einerseits durch typische Gesichtsausdrücke, andererseits als Folge von genetischer Prädisposition. Die Haut verändert überdies noch ihre Tönung (v.a. im Gesicht). Außerdem verändern sich im Gesicht das Gebiss (z.B. Farbe der Zähne), sowie das Haar, etwa durch Haarausfall oder Wuchs an ungewollten Stellen (z.B. Ohr). Normalerweise beginnt ab dem 60. Lebensjahr ein allgemeiner Gewichtsverlust. Da der Muskelanteil sinkt, steigt aber der Körperfettanteil und verändert seine Aufteilung. Subkutanes Fett (unter der Haut) nimmt ab, während sich Fett rund um die Körpermitte anlegt.

Das Altern ist der stärkste Einflussfaktor auf das Aussehen, das wiederum ganz entscheidend für das *body image* ist.

Kompetenz: Das Gefühl der Kompetenz und des Zurechtkommens mit Alltagsaufgaben wird durch altersbedingte Abnahme der Körperkraft und –belastbarkeit sowie der Koordination beeinflusst. Die normale Abnahmerate von Muskelkraft und Flexibilität beträgt 1% pro Jahr. Zusätzlich sinkt der Mineralgehalt der Knochen. Das kann zu Schmerzen und einer verminderten Beweglichkeit führen. Außerdem gibt es Veränderungen im Bereich des Lungengewebes (Kurzatmigkeit), des Urinalsystems (geringere Elastizität der Blase) und des Levels von Geschlechtshormonen im Körper.

Auch auf kognitiver Ebene gibt es Veränderungen durch Altern, vor allem hinsichtlich des Gedächtnisses. Oft ist aber auch die Furcht vor Vergesslichkeit vorrangig.

Gesundheit: Chronische Krankheiten haben den größten Einfluss auf das *body image*, v.a. lebensbedrohende Erkrankungen wie etwa Herzkrankheiten und Krebs oder besonders schmerzhaftes Krankheiten wie Arthritis. Wahrgenommene Verschlechterungen im kardio-vaskulären System haben großen Einfluss, weil sie als Todesursache bekannt sind. Arteriosklerose ist die die abnormal hohe Fettablagerung an Gefäßwänden, deren Folge eine Verengung der Gefäße ist. Eine große Rolle bei Gefäßerkrankungen spielt auch (chronischer) Bluthochdruck. Herz(-Kreislauf)-Erkrankungen sind nach wie vor eine der Haupt-Todesursachen bei Menschen höheren Alters. Eine weitere ist die Gruppe der Krebserkrankungen, deren Prävalenz mit dem Alter ansteigt, aufgrund der kumulierten Aufnahme von so genannten Karzinogenen (das sind schädliche, krebserregende Stoffe).

Arthrose ist eine weitere weit verbreitete chronische Erkrankung, an der ältere Menschen leiden. Arthrose bedeutet, degenerative Veränderungen in den Gelenken (Hüften, Knie, Finger,...), die große Schmerzen bereiten, weil die Knochen aneinander reiben. Häufige Ursache für Arthrose ist kontinuierliche Überbeanspruchung der betroffenen Gelenke (z.B. durch Arbeit, Sport oder Übergewicht). Die Beweglichkeit wird beeinträchtigt, es verursacht Schmerzen und bedeutet Mobilitätsverlust.

Der altersbedingte Mineral-Verlust in den Knochen ist normal, erreicht er aber einen bestimmten Wert, spricht man von Osteoporose. 80% der Betroffenen sind Frauen, sie sind aufgrund generell geringerer Knochenmasse und den hormonellen Veränderungen der Menopause stärker gefährdet. Weiße und asiatische Frauen haben ein höheres Risiko an Osteoporose zu erkranken als schwarz-afrikanische und lateinamerikanische Frauen. Auch Frauen mit geringerem Körpergewicht haben sind stärker gefährdet. Ein Merkmal von Osteoporose ist, dass es mit wenig Schmerzen verbunden ist, aber die Gefahr von Knochenbrüchen steigt signifikant an (z.B. bei Stürzen).

3.3 Prävention und Kompensation

Die angesprochenen Veränderungen malen ein negatives Bild von den altersbedingten Veränderungen des Körpers. Aber diese Veränderungen finden nicht bei allen Menschen in demselben Ausmaß statt. Außerdem kann vielem vorgebeugt werden bzw. manches kompensiert werden. Speziell durch Prävention können viele Effekte des Alterns und Risiken signifikant gesenkt werden. Regelmäßige Bewegung und eine geregelte Ernährung sind Hauptpunkte der Prävention. Zu präventiven Maßnahmen gehört aber auch die Verwendung von Sonnenschutzmittel (Lichtschutzfaktor 15 oder höher) und Cremes, die anti-oxidantisch wirken. Durch Krafttraining und Gymnastikübungen kann eine Minimierung der altersbedingten körperlichen Veränderungen erreicht werden. Durch regelmäßige Gymnastikübungen können die Verluste der Muskelkraft und der Beweglichkeit um die Hälfte gesenkt werden. (Bewegungs-)Übungen und Kontrolle der Ernährung sind auch wichtige Maßnahmen, um Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen.

Die drei Hauptrisikofaktoren von Krebs sind: Sonnenstrahlung, Rauchen und falsche Ernährung, das heißt der individuelle Lebensstil trägt zum Krebsrisiko bei! Die einzige Präventionsmaßnahme gegen Arthrose ist das Vermeiden von übermäßiger Belastung der Gelenke, eine medizinische Behandlung ist durch Schmerzlinderung oder bei schwersten Schädigungen durch teilweise oder ganze Ersetzung des Gelenks möglich.

Osteoporose kann auf verschiedenen Wegen vorgebeugt werden, etwa durch die Einnahme/das zu-sich-Nehmen von Calcium und Vitamin D, Trainingsmethoden zur

Erhöhung des Widerstandes und das Vermeiden von Hoch-Risiko Verhaltensweisen (z.B. Rauchen).

Gedächtnisverluste können durch mnemotechnische (das Gedächtnis betreffende) Strategien kompensiert werden und durch die höhere (Lebens-)Erfahrung können Veränderungen der Informationsverarbeitung, die das Treffen von Entscheidungen, die Problemlösefähigkeit oder die Intelligenz beeinflussen, mehr als nur ausgeglichen werden.

Durch die Maßnahmen, die ein Individuum unternimmt, können die Alterungsprozesse beschleunigt oder verlangsamt werden. Es gibt eine ganze Reihe von Aktionen, die jedeR als Prävention unternehmen kann, beginnend in der Adoleszenz bis ins hohe Alter. Eine der erfolgreichsten Methoden scheint Gymnastik zu sein, die aktive Teilnahme an Übungsprogrammen hat eine bestätigte positive Wirkung und diese nicht nur auf den Körper (bessere physische Gesundheit, weniger chronische Krankheiten) selbst sondern auch auf das Selbstwertgefühl. Ebenso kann das Gefühl der Selbstwirksamkeit (Selbstvertrauen) erhöht werden, das zu einer besseren Selbstwahrnehmung des Aussehens führt. Die Verwendung von Sonnenschutzmittel und anderen präventiven Maßnahmen verringert die Alterung der Haut.

Präventive Maßnahmen tragen also dazu bei ein positives (inneres) *body image* beizubehalten.

3.4 Veränderungen des *body image* und ihre Beziehung zu psychischem Wohlbefinden

Die Alterungsprozesse stellen Anforderungen an das Individuum, die sich qualitativ von allen anderen Erfahrungen des Erwachsenenalters unterscheiden, denn Altern ist kein singuläres Ereignis, sondern ein ständiger Prozess. Die Veränderungen durch das Altern sind jeden Tag sichtbar und spürbar und werden immer bedeutender, weil man Wege finden muss, sie in seine Identität zu integrieren. Viele Erwachsene erleben diese Veränderungen (im Bereich des Aussehens, der Kompetenz und der Gesundheit) inkompatibel mit dem Bild, das sie von sich selbst haben. Sie sehen die Veränderungen oberflächlich, und müssen erkennen, dass der Körper nicht mehr so gut funktioniert, wie er es tat, als sie jünger waren. Man muss also unterscheiden zwischen Teilen der Identität, die das Äußere betreffen und solchen, die das innere Bild des Körpers betreffen.

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die gesellschaftlichen Vorstellungen über die gewünschten Eigenschaften von Frauen und Männern, die das Körperbild von älteren Menschen bedrohen können. Alte Frauen gelten als wenig attraktiv, was zu einem schlechten Selbstbild des eigenen Aussehens führen kann. Bei Männern steht der Aspekt der Kompetenz im Vordergrund, da körperliche Stärke als (typisch) männliche Eigenschaft gesehen wird. Beide

Geschlechter sind von den sozialen Haltungen gegenüber Gesundheit bzw. Krankheit betroffen. Bilder von chronisch-kranken alten Menschen, die von ihren Angehörigen gepflegt werden (müssen) oder Alzheimer Patienten/innen, die jegliche Orientierung verloren haben steigern die Angst von alten Menschen, ihre Würde und Unabhängigkeit zu verlieren. Selbst-Akzeptanz ist also eine der Herausforderungen im Alter für Frauen und Männer.

Auch wenn der Glaube daran, dass man sich nicht verändert hat, nicht der Realität entspricht, könnte eine Unterscheidung zwischen der Selbst-Identität (wer bin ich?) und der körperlichen Identität (was bin ich?) von Vorteil sein, um nicht in einen hoffnungslosen Pessimismus bezüglich der Zukunft zu verfallen.

Studien haben gezeigt, dass jene alternden Menschen, die ein hohes subjektives Wohlbefinden angeben, zwischen dem Gefühl über sich selbst und dem Gefühl über den Körper unterscheiden können. Beispielsweise zeigten Frauen, die die Alterungsprozesse ihres Körpers weniger beachteten, mehr Selbstwertgefühl als solche, die sich auf die altersbezogenen Veränderungen ihres Körpers konzentrierten. Das heißt aber nicht, dass Leugnung dieser Veränderungen die beste Strategie ist sich ihnen anzupassen. Das Bewusstsein gewisser Gesundheitsrisiken (z.B. Osteoporose) kann zu erhöhter Achtsamkeit führen. Eine positive Funktion scheint ein Gewährwerden und Anerkennen der Veränderungen zu haben, ohne dass man zuviel darüber nachdenkt, was besonders wichtig für Frauen sein kann, um sich von den verzerrten Vorstellungen und Stereotypen bezüglich der Attraktivität von älteren Frauen in der Gesellschaft nicht isolieren zu lassen.

Auch die Motivation zu Übungen (Prävention) sollte in diesem Fall höher sein. Sie ist nicht vorhanden, wenn sie glauben, dass sie keinerlei Einfluss auf diese Veränderungen nehmen können. Wenn sie aber an die Sinnhaftigkeit von Übungen glauben und diese dann auch durchführen, kann ihr *body image* verbessert werden und daher auch ihr Selbstwertgefühl.

Obwohl Männer weniger unter negativen Effekten der Veränderung des Aussehens leiden, sind sie möglicherweise anfälliger für das Bemerkens des Alterns im Bereich der Kompetenzen und der Gesundheit. Ein besonders heikler Punkt ist hierbei die sexuelle Funktionsfähigkeit. Für Männer, die Sexualität als einen wichtigen Teil ihrer (physischen) Identität sehen, und die sich der normalen Effekte des Alterns auf die körperliche Funktionen nicht bewusst sind, können eine sekundäre Impotenz entwickeln, die eher durch psychische als durch körperliche Faktoren bestimmt ist. Indem sie normale Phasen der erektilen Dysfunktion nicht als normal erkennen und sich nicht anpassen, glauben sie, sie hätten ihre Potenz (gänzlich) verloren.

Trotz dieser Gefahren, gelingt es den meisten älteren Erwachsenen ihr *body image* zu bewahren oder noch zu verbessern. In einer Studie mit 300 Frauen zwischen 20 und 84 Jahren, fanden sich keine Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper,

die Gruppe der älteren Frauen zeigte ein geringeres Ausmaß an Beschäftigung mit dem Körper, weniger Angst und weniger Essstörungen. In einer weiteren Studie (je 123 junge Frauen, Frauen mittleren und Frauen höheren Alters) zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede in der Zufriedenheit mit bestimmten Körperarealen, und die älteren Frauen hatten den niedrigsten Wert bei der Beschäftigung mit dem Körper (verwendeter Fragebogen: MBSQR). Es wäre möglich, dass sie immun gegen die Offensichtlichkeit der körperlichen Veränderungen werden. Demgegenüber sind Menschen mittleren Alters ängstlicher, was diese Prozesse betrifft, als ältere Menschen. Natürlich könnten diese Ergebnisse auch dadurch zustande kommen, dass die Kohorte der (heute) älteren Menschen von jeher weniger besorgt über körperliche Aspekte waren. Für die Kohorte des mittleren Alters könnte es deshalb besonders schwer sein, weil sie der Generation angehören, die die aktuellen sozialen Standards (z.B. das Ideal der Jugend) seit den 1960er Jahren maßgeblich mitgestaltet. Auf der anderen Seite sind es vor allem diese Menschen die die Wichtigkeit von Prävention erkannt haben und daher vielleicht auch die altersbedingten Veränderungen bzw. die damit verbundenen Herausforderungen nicht in demselben Ausmaß erleben wird.

Zusammenfassend gesagt, ist das Konstrukt *body image* von zentraler Bedeutung für das Leben eines alternden Individuums. Die Art, wie eine Person sich an die inneren und äußerlichen körperlichen Veränderungen anpassen, ist wichtig für die individuelle Fähigkeit der Anpassung. Aktuelle Belege legen nahe, dass ältere Menschen tatsächlich Wege gefunden haben, gut in und mit ihren alternden Körpern zu leben.

3.5 Persönliche Stellungnahme

Für einen Übersichtsartikel zum Thema *body image* im Alter finde ich diesen Artikel zu kurz und zu oberflächlich. Natürlich soll er auch nur im Rahmen einer Enzyklopädie einen Überblick vermitteln, aber ich habe nicht das Gefühl viel daraus gelernt zu haben. Der psychologische Teil ist zu kurz geraten, ein langer Teil beschreibt die körperlichen Veränderungen im medizinisch-biologischen Bereich. Die Präventionsmaßnahmen sind sehr trivial. Mehr Beschäftigung damit, wie ältere Menschen mit unserer von jugendlichen Schönheitsidealen beherrschten Gesellschaft, umgehen und darin leben wäre gut gewesen. Für mich als Mann wären auch noch Studien über/mit Männern von Interesse gewesen, die angeführten Untersuchungen (nur 3) hatten weibliche Stichproben.

Weiters weist der Artikel im Text keine dezidierten Literaturbezüge mit Zitaten auf, daher wirken alle Annahmen wie reine Mutmaßungen. Überhaupt geht nicht hervor, ob sich die vielen Vermutungen auf irgendein theoretisches (oder auch schon praktisch überprüftes) Konzept stützen. Oft hatte ich auch den Eindruck, als würden gewisse Themen und Probleme

stark simplifiziert dargestellt. Es fehlt am Ende auch jeder Hinweis auf weiterführende Untersuchungen oder Bereich, die noch unerforscht sind.

Da ich mich persönlich sehr für Themen wie Körperbild und Schönheitsideal interessiere, hat mir dieser Artikel leider zu wenig geboten, aber vielleicht hatte ich auch falsche Erwartungen.

3.6 Literatur

Whitbourne, S.K. (2007). *Self-Concept and Body image*. In Birren J.E. (Ed.). *Encyclopedia of Gerontology* (pp. 467-473). Amsterdam: Elsevier.

4 Predictors of Health-Related Quality of Life Perspectives, Self-Esteem, and Life Satisfaction of Older Adults Following Spousal Loss: An 18-Month Follow-up Study of Widows and Widowers

Anna Uranitsch

In Einklang mit Banduras sozial-kognitivem Modell, wird in dieser Studie angenommen, dass die globale Effizienzerwartung und die spezifischen Effizienzerwartungen helfen die Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Selbstwert nach dem Verlust des Partners aufrecht zu erhalten.

Die spezifischen Effizienzerwartungen beziehen sich auf folgende acht Bereiche:

Zwischenmenschliche Effizienz: wahrgenommene Fähigkeit Beziehungen mit Familie, Freunden und anderen wichtigen Personen zu handhaben.

Instrumentelle Effizienz: persönliche Privatsphäre u. Sicherheit zu schützen, den täglichen Bedürfnissen nachkommen können- wie z.B. Haushaltsarbeiten verrichten

Emotionale Effizienz: Fähigkeit des emotionalen Ausgleichs, v.a. in Stresssituationen

Effizienz in Sozialer Unterstützung: für soziale Unterstützung sorgen können

Finanzielle Effizienz: Finanzen gut einteilen können

Effizienz in körperlicher Gesundheit: Wichtigkeit der körp. Gesundheit,

Effizient in Ernährung: Einschätzung sich selber gut und gesund ernähren zu können.

Effizienz in spiritueller Gesundheit: Fähigkeit durch Spiritualität Kraft zu schöpfen in schwierigen Zeiten.

Die Abnahme des Selbstwertgefühls nach dem Verlust des Partners wird mehreren Faktoren zurückgeführt. Einerseits auf die verringerte emotionale Kapazität, andererseits auf die soziale Isolierung, Abnahme der sozialen Kontakte, häufig auch die einhergehende Einschränkung der ökonomischen Ressourcen.

Weiters wurde bisher noch nie der Zusammenhang von Effizienzerwartung und Selbstwert überprüft.

4.1 Hypothesen

H1: Globale und Bereichs-spezifische Effizienzerwartungen sind wichtig für die Vorhersage der empfundenen Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und des Selbstwertes nach Verlust des Partners.

H2: Es gibt Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung der Effizienzerwartungen für die spezifischen Bereiche.

H3: Die Ausprägungen von Witwern und Witwen in den jeweiligen Bereichen der Effizienzerwartung ermöglichen Vorhersagen höherer Levels der wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Selbstwert nach Verlust des Ehepartners.

H4: Durch das Ausmaß der Effizienzerwartungen von Witwen!! (auf den jeweiligen Gebieten) lassen sich bessere Vorhersagen machen als durch soziodemographische Daten wie Gehalt, Bildung, Soziale Unterstützung, Körperliche Gesundheit und Alter.

4.2 Methode und Untersuchungsdesign

Teilnehmer der Studie waren 118 Witwen und 93 Witwer zwischen 65 und 85 Jahren, die freiwillig teilnahmen und vor 4-6 Monaten ihren Lebenspartner verloren hatten. Die Mehrzahl war über 20 Jahre verheiratet und alle befanden sich in gutem Gesundheitszustand.

Die gesamte Untersuchung erstreckte sich über 18 Monate, zum ersten Testzeitpunkt (4-6 Monate nach Verlust des Partners) wurden

- Soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Gehalt, Bildung, Gesundheit und Soziale Unterstützung)

- globale Effizienzerwartung: hier wurde nur ein Item gefragt: „Taking into account various areas of my day-to-day functioning (such as personal life, family life, social life, emotional health) I feel I am handling myself competently.“

- und die speziellen Effizienzerwartungen in den acht Bereichen durch 25 Items erfasst.

Zur zweiten Testung wurden folgende Instrumente vorgelegt:

Health-Related Quality of Life Perceptions Scale (HRQOL):

3 Subskalen dieses Tests wurden vorgelegt, von denen man wusste, dass sie am besten den mentalen und körperlichen Gesundheitszustand erfassen. Diese waren: General Health perceptions, Vitality Subscale, Mental Health Subscale

Life Satisfaction Index (LISA) (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1966)

Skala besteht aus 20 Items, wobei *Lebenszufriedenheit* gesehen wird als mehrdimensionales Konzept, das sich aus den Bereichen positives Selbstbild, optimistische Einstellung, erfolgserlebnisse durch Zielerreichung, das Leben bedeutungsvoll erleben und Wohlergehen zusammensetzt.

Self-Esteem-Index (SEI) (Rosenberg, 1979)

Es handelt sich um den meist verwendetet Test für alle altersstufen, die 10 Items messen den Selbstwert als globale und stabile Disposition auf einer 4-stufigen Likert-Skala.

4.3 Ergebnisse

→ Witwen haben geringere Werte im Selbstwert

→ keine sig. Unterschiede zw. Witwen und Witvern in der berichteten Lebenszufriedenheit.

Witwen:

→ Die Effizienzerwartungen in den Bereichen zwischenmenschliche Effizienz, emotionale Effizienz, Effizienz der sozialen Unterstützung waren hervorstechende Prädiktoren im HRQOL- also für die Lebensqualität.

→ Lebenszufriedenheit konnte sowohl durch die Soziodemographischen Variablen vorhergesagt werden, als auch zu einem guten Teil durch die Effizienzerwartungen in den Bereichen: Soziale Unterstützung, Zwischenmenschl. und emotionale Effizienz und spiritueller Gesundheitseffizienz.

→ Selbstwert konnte fast nicht durch die soziodemographischen Variablen vorhergesagt werden. Doch die globale und einige der spezivischen Effizienzerwartungen konnten 22 und 31% der Varianz erklären. Hier waren es die Bereiche: zwischenmenschlich, instrumental, emotional, soziale Unterstützung, spirituelle Gesundheit.

Witwer:

→ Lebensqualität wird durch soz. dem. Variablen gut vorhergesagt, ernährungs, instrumentelle, finanzielle und körperliche Gesundheit erklären einen sig. Teil der Varianz.

→Lebenszufriedenheit:auch hier wird ein sign. Teil der Varianz durch Soziodemographische Variablen vorhergesagt. V.a. durch Erwartungen in Bereichen instrumentell, finanziell, körperl. Gesundheit und Ernährung.

→Selbstwert wird sowohl durch Soz.Dem. Variablen gut vorhergesagt als auch durch Effizienzerwartungen in den Bereichen Instrumental, Emotional, Finanziell und spirituelle Gesundheit.

Insgesamt konnte durch die globale als auch durch die spezifischen Effizienzerwartungen mehr als doppelt so viel Varianz erklärt werden als durch die Soziodemographischen Variablen.

→ Bildung und Einkommen waren für WitwER weitaus bessere Prädiktoren für Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Selbstwert, als dies für Frauen der Fall war.

→ Für Männer und Frauen waren es unterschiedliche Effizienzerwartungen, von denen bedeutende Vorhersagen abgeleitet werden konnten.

EFFIZIENERWARTUNGEN MÄNNER	EFFIZIENERWARTUNGEN FRAUEN
Instrumentell	Zwischenmenschlich
Finanziell	Emotional
Körperliche Gesundheit	Soziale Unterstützung
	Spirituelle Gesundheit

Wie in den Hypothesen angenommen, führten geringere levels der wahrgenommenen Effizienzerwartung in den unterschiedlichen Bereichen zu einer verringert empfundenen Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und geringerem Selbstwert.

Die vorherrschenden Effizienzerwartungen sind somit guten Trädiktoren für das Coping nach Verlust des Partners.

Die Studie unterstützt auch die Annahmen, dass Frauen mit dem Verlust eines Angehörigen leichter umgehen können als Männer, da sie stärker in ihre Fähigkeit vertrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen zurecht zu kommen, soziale Netzwerke aufbauen zu können und Kraft aus spirituellen Betätigungen zu schöpfen.

Diese Ergebnisse sind sehr brauchbar für die Praxis, da Effizienzerwartungen modifizierbar sind. Somit könnten spezielle Behandlungsprogramme aufgebaut werden, die die

individuellen Effizienzvorstellungen berücksichtigt, um so das Zurechtkommen mit dem Verlust eines Geliebten zu erleichtern.

4.4 Literatur

Fry, P.S. (2001). Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfactions of older adults following spousal loss: An 18-month follow-up study of widows and widowers. *The Gerontologist*, 41, 787-798.

5 Self Regulation, Health and Behaviour

Anna Uranitsch

Der Glaube, dass wir unsere Gesundheit durch unser Verhalten beeinflussen können, liefert den beruhigenden Eindruck Kontrolle über Leben und Tod zu haben. Die Nachweise sind jedoch minimal, dass die Aufnahme Gesundheitsfördernder und risikovermeidender Verhaltensweisen solch ein Ergebnis zur Folge hätten.

Die Motivation neues Verhalten aufzunehmen und bestehende Verhaltensweisen aufzugeben, hängt einerseits von der Motivation ab, auch aber von der Beziehung, die zwischen der Bedrohung und dem Verhalten vermutet wird.

Diese Beziehungen können am Besten durch ein Selbst Regulierungs Modell verstanden werden, das altersbedingte Veränderungen Gesundheitsmotivation über die Lebensspanne hinweg berücksichtigt.

5.1 Einleitung

Eine ausgewogene Ernährung, genügend Schlaf, viel Vitamine, ausreichend Sport..all diese Verhaltensweisen schützen uns vor Krankheit und fördern die Gesundheit. Rauchen, Exzessiver Alkoholkonsum und ein stressreicher Alltag machen krank. So denken wir oder etwa nicht?

Auch wenn epidemiologische Studien diese Annahmen teilweise stützen, so sieht die Sache doch nicht so eindeutig aus. Es kann nicht gesagt werden ob die gesundheitliche Verbesserung durch jene Interventionen zustande kam, die gesundheitsfördernde Maßnahmen vorantrieb, oder auf die Reduktion risikohaften Verhaltens zurückzuführen ist.

Wichtig ist es herauszufinden welche Auswirkungen das Verhalten auf die Gesundheit hat, mit dem Fokus auf die Veränderungen über das gesamte Leben hinweg.

Fragen die sich hier stellen sind folgende:

a) von medizinischer Seite

- kann Verhaltensänderung den Krankheitsverlauf ändern?
- Welche Krankheiten werden durch Gesundheitsfördernde und Krankheitsgenerierende Verhaltensweisen beeinflusst?
- In welchem Alter sind die Effekte am Besten ersichtlich?
- Hat Verhalten einen Einfluß auf d. Krankheitsanfälligkeit und auf den normativen Alterungsprozess?

b) von psychologischer Seite

- Welche Funktion hat das Verhalten? Ist es Ursache der Krankheit oder Möglichkeit Krankheit zu vermeiden?
- Ist Verhalten etwas, das im Individuum angesiedelt ist oder im sozialen Netzwerk?
- Ändert sich die wahrgenommene Erfolgswirksamkeit im Laufe des Lebens? Oder die Wahrnehmung der Barrieren?

Die sozialen und biologischen Veränderungen im Laufe des Lebens haben eine sehr differenzierte ältere Population zur Folge. Nicht immer ist es möglich zwischen altersbedingten Veränderungen auf Grund von *Senility* (körperliche und geistige Krankheiten) und Veränderungen auf Grund von *Senescence* (normaler Alterungsprozess) zu unterscheiden.

Dazu bedarf es guter Erhebungsmethoden, die an das jeweilige Alter angepasst werden müssen.

Biologische und soziale Faktoren sind der Rahmen für Verhaltensinterventionen. Was optimal ist variiert je nach Verhalten und physiologischem System, das verändert werden soll.

Bsp: Atherosklerotische Veränderungen beginnen häufig schon in der Jugend. Folglich sind diätische Interventionen zur Prävention am besten erzielbar durch gezielte Veränderungen der Essensgewohnheiten. Cholesterinreduktion durch Medikamente als „life-protecting-intervention“ macht Sinn bei Patienten mit familiär erhöhten Cholesterinwerten. Für Personen um die 80 Jahre und aufwärts, bei denen Anzeichen einer Cardiovasculären Krankheit hilft Cholesterinreduktion allerdings nicht mehr.

Rauchen aufzuhören macht immer Sinn, egal in welchem Alter.

Diese Beispiele sollten verdeutlichen, dass jedes biologische System und jede der vielen Krankheiten dieser Systeme eine eigene Entwicklungsgeschichte haben, die ein optimales Verhalten und den adäquaten Zeitpunkt der Intervention festlegen.

Soziale Faktoren spielen eine wichtige Rolle in der Aufnahme von Gesundheitsförderndem Verhalten, können aber auch Barrieren darstellen. Zwar ist es gut wenn sich ältere Menschen viel bewegen, doch kann es auch eine Gefahr darstellen, wenn Patienten mit Arthritis spazieren gehen oder sich in einer wenig sicheren Umgebung bewegen.

Stereotype Vorstellungen vom Altsein können dazu führen, dass Probleme als intinsisch hingenommen werden und nicht mehr versucht wird dagegen anzukämpfen.

Die psychische Verfassung ist ein weiterer wesentlicher Aspekt. Depression als Folge von Krankheit und wenig soziale Kontakte können zu Depression führen, die sich dann wiederum durch die Antriebslosigkeit negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Diesen Komplexen Wechselwirkungen von biologischen, sozialen und motivationalen Faktoren wird versucht im S.R.M ein Rahmen zu geben.

5.2 Interventionsmodelle

Medizinische Epidemiologie und Verhaltenspsychologie haben eine Reihe von Modellen entwickelt in denen eine Verbindung zwischen Gesundheitsfördernden / Risiko-Erzeugenden Verhaltensweisen und Gesundheitsoutcomes hergestellt wird.

Die **Präventionsmedizin** unterscheidet drei Typen der Intervention:

- 1.) Primäre Intervention: Verhalten, das das auftreten von Krankheit verhindern soll
- 2.) Sekundäre Intervention: Krankheitsfrüherkennung. Verhaltensweisen, die eine Rückbildung der Symptome oder Verhinderung der Vollausbildung der Krankheit bewirken sollen.
- 3.) Tertiäre Intervention: Wenn die Krankheit schon ausgebrochen ist, Behandlung der Krankheit und bestmögliche Kontrolle um die Dauer und Qualität des Lebens zu maximieren.

Im letzten halben Jahrhundert konzentrierte man sich ausschließlich auf die Tertiäre Prävention. Dies hatte einen raschen Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen zurfolge. Heute sind die Schwerpunkte stark auf Primäre und Sekundäre Prävention gelenkt.

5.2.1 Selbstregulierungsmodell für Management von Gesundheitsbedrohungen (SMR)

Eine zentrale Annahme dieses Modells ist, dass die Aufnahme oder Aufrechterhaltung von gesundheitsförderndem Verhalten oder Risikoverhalten eine Funktion der individuellen Repräsentationen der Bedrohungen und Vorteile / Gewinne sind, die mit dem Verhalten in Verbindung gebracht werden. Die Repräsentation verursacht also jene Ziele, die das Verhalten antreiben und lenken.

Ein junger Mensch wird so z.B keine Beweggründe haben Lungenkrebs vorzubeugen, wenn die Krankheitsrepräsentation folgendermaßen aussieht:

1.genetisch bedingt (Kausalattribution), 2. entwickelt sich in kürzester Zeit in hohem Alter, 3. Krankheit ist durch körperliche Symptome identifizierbar (Symptomidentität)- somit kann das Handeln bis zum Auftreten der Symptome aufgeschoben werden, 4. durch moderne Technologien gut zu behandeln (Kontrollierbarkeit) oder 5. nicht lebensgefährdend (Konsequenzen)

Jedes Merkmal einer Repräsentation besteht aus abstrakten und konkreten Komponenten. Eine Krankheit besteht aus dem abstrakten Label (z.B Grippe) und den konkreten Symptomen (z.B. Kopfschmerzen, Fieber..) Der Zeitverlauf einer Krankheit hat eine abstrakte Form (Wissen über zeitlichen Beginn der Krankheit, Verlauf und Zeit bis zur Genesung) aber auch eine konkrete („Es hat so und so lange gedauert, bis ich wieder auf den Beinen war“, „Die Medikamente haben nach X Stunden zu wirken begonnen“). Während einer Krankheit treten die konkreten, symptomatischen Anteile in den Vordergrund und verdrängen die Abstrakten. Wie wir aus eigener Erfahrung wissen zählen dann nur die wahrgenommenen Konsequenzen oder die empfundene Zeit des Krankseins.

5.2.2 Selbstregulierung und Aktionspläne

Repräsentationen führen nur dann zu Handlungen, wenn sie mit Aktionsplänen in Verbindung stehen. Ein Aktionsplan ist ein Set mehrerer Handlungsalternativen, die Krankheit mehr oder weniger effektiv vorbeugen (response efficacy) und vom Betroffenen (self efficacy) oder der Umgebung (professional efficacy) auch ausgeführt werden können. Im nächsten Schritt begutachtet der Betroffene ob seine Handlungen zum gewünschten Ziel führten.

Ob es zur Handlung kommt, hängt sowohl von den Repräsentationen als auch vom Handlungsplan ab. Beide stehen miteinander in Verbindung: so formt die Repräsentation der Krankheit die Wahrnehmung der Effizienzerwartung über sich selber und das Umfeld.

Bsp: Ältere Menschen können sich durch langjährige Erfahrung mit Fleisch leichter vorstellen wie sich Fett in den Arterien ansammelt und haben mehr Ehrgeiz auf Cholesterin und Fett bei ihrer Ernährung zu achten um Schlaganfällen und Hypertonie vorzubeugen.

Dieses Beispiel soll die Gestalt-ähnliche Beziehung von Repräsentation und Handlung deutlich machen.

Eine weitere Annahme ist, dass emotionale Reaktionen wie Angst, Wut und Depression von der Repräsentation der Bedrohung und den Aktionsplänen ausgelöst werden.

Bsp: Eine Krankheit wird als lebensgefährdend und schmerzhaft gesehen, sie ist unkontrollierbar, präventive Maßnahmen helfen nicht eindeutig. Dann lösen diese kognitiven Repräsentationen und Wirksamkeitserwartungen (an sich selber und die Umgebung) negative Emotionen aus.

Emotionen haben Rückwirkung auf die Kognitionen. Dieser Bidirektionale Zusammenhang von Emotion und Kognition hat kritische (in diesem Fall negative) Einflüsse auf die Ausübung präventiver Maßnahmen. „Wozu handeln wenn es ohnedies keinen Einfluss hat?“ Erschwerend kommt die Antriebslosigkeit und Verzweiflung der Depression hinzu.

Angst vor Krebs kann Menschen mit hoher Effizienzerwartung zum Handeln anregen, das gleiche Ausmaß an Angst kann bei Menschen mit niedriger Effizienzerwartung aber hemmend wirken und Hilflosigkeit und Überforderung auslösen. Die Betonung der Emotionalen Komponente ist einer der Vorteile des S.R.M.

5.2.3 Lebensspanne als Kontext der Selbstregulierung

Wie weit beeinflusst das sich verändernde Selbstbild die Selbstregulierung meiner Gesundheit?

Krankheit wird verstanden als Outcome von Belastungen aus der Umwelt (Pathogene) und meiner Ressourcen (Mensch). Nun ist es wichtig zu wissen welche Repräsentationen (Vorstellungen) ich über mein Selbst habe, welche Selbst-Regulierungs-Prozesse setze ich in Gang?

Das Selbstbild ist also ein wesentlicher Kontextfaktor.

Theory of planned Behaviour (Ajzen)

Diese Theorie wird regelmäßig verwendet um Gesundheitsverhalten zu untersuchen.

Verhalten = f (INTENTION + SELF EFFICACY)

Verhalten ist eine Funktion meiner **Intention** und meiner **Effizienzerwartungen**.

Die **Intention** hängt ab von meiner Einstellung (diese ist abhängig von wahrgenommener Wahrscheinlichkeit durch die Handlung das Ziel zu erreichen) und den wahrgenommenen Normen (Wie bewerten Andere meine Handlung und wie wichtig ist mir deren Meinung).

Normative Kognitionen sind auch Kontextfaktoren und haben direkten Einfluss auf die Intention und somit auch auf das Verhalten.

Sowohl die *Theory of planned Behaviour* als auch das *Self regulation Model* sehen das Gesundheitsverhalten als Produkt mehrerer Variablen die direkt und indirekt aufeinander wirken.

Dennoch gibt es wesentliche Unterschiede:

- 1.) Im S.R.M. gibt es bestimmte Merkmale von Krankheitsgefahren, die das Coping-Verhalten beeinflussen:
Label- um Gesundheitsgefährdung zu identifizieren, *Symptom-* als Handlungsanreger, *Time-Line-* setzt den Rahmen der Handlung und hilft das Outcome zu beurteilen, *Kontrollierbarkeit-* als eine Eigenheit der Krankheit und auch als Gefahr, *Ursache-* als Ziel das bekämpft werden muss, *Konsequenz-* als Motivationsanstoß

- 2.) Im S.R.M. werden emotionale Reaktionen durch parallel laufende Prozesse gebildet und beeinflussen das Selbst Regulations System. Sie führen zu eigenen Aktionsplänen:
z.B. Angst → kann zu Kontrollwunsch führen
→ aber auch die Effizienz untergraben und mich hindern.
Diese emotionale Komponente wird in der T.O.P.B vernachlässigt!

- 3.) Im S.R.M. haben Kontextfaktoren einen direkten Einfluss auf die Krankheit, als auch indirekt über die Repräsentation der Krankheit. V.a. der indirekte Einfluss der Kontextvariablen ist wesentlich für die Aufnahme und Aufrechterhaltung von gesundheitsfördernden und gefährdenden Verhaltensweisen.
Zu den Kontextfaktoren zählen: körperliche Wahrnehmung, Pers. Ressourcen, Alter.

5.2.4 Ein chronologischer Zugang

Obwohl in diesem Artikel chronologisches Alter als eine Kontextvariable behandelt wird, gibt es in der Literatur genügend Beispiele, die das Gesundheitsverhalten von Alterskohorten miteinander vergleichen. Fraglich ist nun inwiefern dieser Zugang Verallgemeinerungen zulässt, denn die Zusammenhänge sind komplex und lassen keinen Eindeutigen Schluss zu im Sinne von „je älter die Menschen- umso mehr achten sie auf Prävention“.

Um diese Frage zu klären wurden Ergebnisse aus der Literatur zusammengetragen:

- Bsp Rauchen: es rauchen weniger ältere Frauen, doch jene die es tun sind resistenter gegenüber Veränderungen.
- Bsp Brustkrebs: ältere sind vorsichtiger und halten Kontrolltermine besser ein, doch ab 80 Jahren lässt dies wieder nach.
- Bsp Sport: auch Sport lässt im Alter nach

Die Heterogenität dieser Ergebnisse zeigt, dass Alter nicht als psychologische Variable, sondern sollte als Kontextvariable behandelt werden muss und mit verschiedenen anderen Faktoren in Zusammenhang steht.

5.2.5 Ein selbstregulierungs Zugang zu Life Span Change

Alter beeinflusst jede Komponente des Selbstregulierungssystems:

Je nach Alter werden körperliche Symptome einer Krankheit unterschiedlich wahrgenommen: so können Symptome, die von einem jungen Menschen leicht weggesteckt werden können, eine Lebensbedrohung für einen alten Menschen darstellen.

Es ist schwer, Symptome richtig zu interpretieren: Ist ein sich langsam herausbildendes Symptom ungefährlich oder nicht? Die Gefahr einer Fehlinterpretation eines Symptoms ist jedenfalls für einen Älteren Menschen weitaus größer. Weil das Gefühl der Kontrolle über den Körper mit dem Alter abnimmt, die Symptome sich aber häufen und auch mehr Gefahr darstellen, haben Betroffene den Eindruck hinter jedem Symptom könnte schon der Tod lauern... Welche Verfahren des Gesundheitsmanagements gibt es also für diese späten Jahre?

Der Selbst-Regulierungs-Prozess ändert sich über die Lebensspanne hinweg. Sei es durch biologische oder soziale Veränderungen. Der Umgang mit unserer Gesundheit sieht in jungen Jahren, in denen wir keine Verantwortung für andere haben anders aus, als für einen 30 Jährigen Familienvater, der sowohl eine Vorbildrolle für seine Kinder hat, als auch selber schauen muss gesund und fit zu sein um für seine Familie sorgen zu können.

Ein 60 Jähriger, der langsam mitbekommt, dass gute Freunde erkranken und langsam aber doch der Körper nicht mehr so mitmacht wie gewohnt, entwickelt auch ein anderes Bewusstsein für seine Gesundheit. Mit dem Alter nimmt das Risikoverhalten ab.

Ein Bereich in dem Risikovermeidende und Selbsterhaltende Methoden untersucht wurden ist die Zeit, die ältere Menschen verstreichen lassen bis sie Symptome evaluieren.

Dabei wurden 2 Komponenten unterschieden:

appraisal delay: Zeit vom ersten Auftreten des Symptoms bis zur Entscheidung zum Arzt zu gehen.

Illness delay: Zeit von Entscheidung krank zu sein bis zum Aufsuchen es Arztes.

Dabei stellte man fest, dass Ältere Menschen Symptome ernster nehmen. Bezüglich Illness Delay gab es kaum Unterschiede wenn die Symptome harmlos waren. Bei schlimmen Symptomen jedoch zögerten ältere umso kürzer den Arzt aufzusuchen.

Dies unterstützt die Hypothese, dass Ältere nicht bereit sind den Stress eines unbekanntes Risikos zu ertragen; Sie sind risikoscheu und achten auf ihre Energie.

Die Strategie sich zu schonen, in einer Realität die von Risiken ausgefüllt ist, ist nur nachvollziehbar. Dadurch wird aber auch klar, weshalb ältere Menschen weniger Sport treiben, obwohl dies eine Präventionsmaßnahme darstellt.

Die Antwort ist: weil sie auf das subjektive Empfinden hören, wenn sie körperliche Signale evaluieren. Sport ist ermüdend und wird so als negativ abgestempelt.

Low-fat Diäten hingegen werden gerne eingehalten, auch wenn sie nicht wirklich zu einer „Lebensverlängerung“ beitragen. Denn sie sind leicht durchzuführen und zeigen sofort spürbare Wirkung (sie reduzieren Blähungen- v.a. wenn Milchprodukte weggelassen werden).

Je älter die Menschen werden, um so mehr tendieren sie zu passiver Konservierung als zu aktiver Vermeidung. Auch der Punkt, an dem man das Gefühl hat jegliche Anstrengung sei vergeblich, der Aufwand übersteige die vorhandenen Ressourcen und Handlungsergebnisse zeigen sich erst nach Wochen oder Monaten, wird irgendwann erreicht.

Diese veränderte Sicht auf den eigenen Körper und die eigene Gesundheit machen es dann aus, ob die Krankheit

- a) als normale Folgeerscheinung des Alterns angesehen wird, die man hinnimmt,
- b) oder als eine Belastung, gegen die angekämpft wird.

Gesundheit wird durch fast jede Verhaltensweise beeinflusst. Sei es die Ernährung, die Bewegung, andere Lebensgewohnheiten. Dies führt zu einer unheimlichen Komplexität des Themas. Fügt man die genetisch bedingten Unterschiede hinzu, ergibt sich eine Vielfalt unterschiedlicher Gesundheitszustände, in denen sich älterer Menschen befinden können. Somit ist es unmöglich ein oder zwei Generalisierungen zu formulieren, durch die sinnvolle gesundheitsfördernde Programme entwickelt werden können.

Der Vorteil des Prozess-Modells besteht darin, dass die unterschiedlichen altersbedingten Veränderungen und ihr Einfluss auf gesundheitsförderndes Verhalten und Outcomes leicht analysiert werden können.

5.3 Persönliche Stellungnahme

Durch die Auseinandersetzung mit diesen Artikeln bin ich erst draufgekommen, wie wenig ich mich bisher mit dem Altwerden auseinandergesetzt habe. Sicherlich war es immer ein Thema, das irgendwo weit hinten vergraben war, immer wieder mal an die Oberfläche kam, aber dann auch schon wieder schnell weggeschoben wurde. Dieser Artikel liefert einen guten Einblick in die veränderte Wahrnehmung der eigenen Gesundheit über die Lebensspanne hinweg. Was anfangs noch selbstverständlich ist, wird zunehmend zu einem Geschenk: die körperliche Unversehrtheit, ein Leben ohne Wehwehchen und ohne Sorgen, die einem körperliche Signale bereiten.

Alter als Kontextvariable zu betrachten, finde ich persönlich einen sehr guten Ansatz, da hiermit ein tieferes Verständnis für individuelle Prozesse ermöglicht wird.

Inhaltlich fand ich den Artikel Self Regulation, Health and Behavior von L.Dunbar & H.Leventhal & A.Leventhal sehr interessant, doch muss ich anmerken, dass es schwer war

ihn zusammenzufassen, weil die Zusammenhänge der einzelnen Unterpunkte schwer ersichtlich waren.

5.4 Literatur

Dunbar, L., & Leventhal & Leventhal, E.A. (2007). Self-Regulation, Health and Behavior. In: Birren, J.E. (Ed.). *Encyclopedia of Gerontology* (pp. 473–481). Amsterdam: Elsevier.