



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Resilienz im Alter - Förderung der protektiven Faktoren
unter schwierigen Belastungssituationen

verfasst von

Barbara Gorgosilich

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Universität Wien, März 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Dr. Monika Linhart, PhD

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt, sowie alle wörtlichen und sinngemäß übernommenen Stellen in der Arbeit gekennzeichnet habe.

Ich versichere außerdem, dass ich dieses Diplomarbeitsthema weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ich versichere, dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Vorwort

Mein Beweggrund mich im Rahmen dieses Themas zu beschäftigen, ist durch die Pflegebetreuung meiner Oma entstanden, denn da konnte ich einen hochbetagten Menschen besonders nahe und intensiv beobachten. Die größte Belastung stellt für sie die Einschränkung ihrer physischen Mobilität dar. Sie wirkt depressiv und traurig, weil sie von Krankheiten gekennzeichnet ist. Der familiäre Kontext gibt dieser älteren Frau, meiner Oma, Halt und Sicherheit. Mein Interesse im gerontologischen Bereich ist daher sehr groß und ich konnte auch Erfahrungen durch Praktika im Krankenhaussetting sammeln.

Es stellt sich für mich die Frage, warum mein Opa oder meine Tante gleichen Alters noch rüstig und fit sind. Wieso altern sie „besser“ als meine Oma? Hat die genetische Disposition oder die Konstitution eines Menschen einen wesentlichen Einfluss oder spielen andere Faktoren eine entscheidende Rolle zur Erhaltung der Gesundheit? Wieso kann sich meine Oma nicht an ihre, aus ihrer Sicht schwierige Lebenssituation anpassen? Welche Risiken treten verstärkt auf und können eine beeinträchtigte Resilienz hervorrufen?

Resilienz ist ein weitläufiger Begriff: Mich interessiert vor allem, was ältere Menschen tun können, um sich der jeweiligen schwierigen Situation anzupassen. Wie können sie ein kritisches Lebensereignis mithilfe ihrer inneren Ressourcen bewältigen? Wie können externe Kräfte, insbesondere Pflegepersonen sie dabei unterstützen?

Gesundheit und Lebensqualität spielen im hohen Alter eine besondere Rolle. Demnach wäre es wichtig, die Resilienz, umgangssprachlich die psychologische Widerstandskraft während des Alterungsprozesses zu erhöhen.

Einen besonderen Dank möchte ich meiner Betreuerin Dr. Monika Linhart aussprechen. Ich möchte mich für die ganze Phase der Erarbeitung der wissenschaftlichen Arbeit bedanken. Sie stand mir mit ihrer fachlichen Kompetenz jeder Zeit zur Seite. Sie unterstützte mich von meinen ersten Ideen, über die Konzepterstellung, die Literatursuche bis hin zur tatsächlichen Fertigstellung meiner Arbeit.

Ganz herzlich möchte ich mich bei meinen Eltern, Gabriele und Johann, bedanken. Sie haben mir durch ihre finanzielle Unterstützung und durch ihre liebevolle Zuwendung während des gesamten Studiums meinen Abschluss erst ermöglicht. Ein weiterer besonderer Dank gilt meinen Großeltern Maria und Jonci sowie meiner Tante Maria und meinem Onkel Bruno, die mich ebenfalls in jeder Hinsicht und vor allem auch finanziell unterstützt haben.

Einen besonderen Dank möchte ich meinem Lebensgefährten Michael aussprechen, der mich bei meinem gesamten Diplomarbeitsprozess liebevoll begleitete. Immer wieder bestärkte er mich, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren und das „Projekt“ nicht aufzugeben, auch wenn es mit viel Arbeit und Mühe verbunden war. Durch seine pragmatische Haltung konnte ich den „Text“ wieder mit Leichtigkeit weiterschreiben und konnte meinen Perfektionismus zumindest ein wenig ablegen.

Zum Schluss möchte ich meiner Schwester Sabine danken, die mich von meinem Alltagsstress oft auf andere Gedanken brachte und meiner Freundin Nicole, die in Sachen „Zitierregeln“ immer ein offenes Ohr für mich hatte, vor allem in der Schlussphase meiner Arbeit.

Kurzfassung

Hintergrund: Obwohl das Alter überwiegend von Verlusten und einer erhöhten Morbidität gekennzeichnet ist und sich daher eine erhöhte Vulnerabilität in Bezug auf psychische Belastungen ergibt, kann dies auch von Freude und Zufriedenheit geprägt sein. Ein wesentlicher Grund für einen ‚positiveren‘ Alterungsprozess bei manchen älteren Personen könnte an ihrer Resilienz gegenüber Belastungssituationen liegen. Daher stellt die Fähigkeit der Resilienz einen wichtigen Faktor zur Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter dar und könnte von Pflegekräften gezielt gefördert werden. Jedoch besteht in Bezug auf das Phänomen Resilienz noch ein großes Wissensdefizit und findet daher in der Pflegepraxis noch kaum Anwendung.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist die Thematik „Resilienz im Alter“ zu verstehen und protektive Faktoren zu identifizieren, die das Bewältigen der belastenden Situation ermöglichen. Damit soll eine Wissensgrundlage erarbeitet werden, die Pflegekräften bei der Versorgung von älteren Menschen eine Hilfestellung für die Anleitungen und Beratungen in Belastungssituationen sein könnte.

Methode: Mittels einer integrativen Literaturanalyse soll das relevante Grundlagenwissen zum Begriff Resilienz erarbeitet werden. Dafür wird eine Suche in den internationalen Datenbanken Cinahl, Medline, PubMed, PsycINFO, Academic Search Premier durchgeführt und anschließend nach bestimmten Kriterien bewertet. Dabei werden quantitative und qualitative Studien herangezogen, um ein umfassendes Bild zu erhalten.

Ergebnisse: Aus den Ergebnissen lässt sich die Erkenntnis ableiten, dass die Resilienz einen engen Zusammenhang zur Gesundheit aufweist. Die älteren Personen, die eine hohe Resilienz aufweisen, zeigen auch eine bessere Bewältigung in belastenden Lebenssituationen. Zur Förderung der Resilienz werden interne, innere Verhaltensmuster und externe, äußere Umweltfaktoren beschrieben.

Schlussfolgerungen: Die Fähigkeit zur Resilienz kann im Alter wesentlich zum Wohlbefinden und zur Erhaltung der Lebensqualität beitragen. Das Pflegepersonal könnte diese durch eine Reihe von Interventionen gezielt fördern und so ältere Menschen bei der Bewältigung von belastenden Situationen unterstützen.

Abstract

Background: Although the old age is mainly characterized by losses and high morbidity and therefore the vulnerability is higher concerning the psychological burden, the life can be full of satisfaction and happiness. The mainly reason for a well aging process during hard life situations, might be the capacity of resilience. Therefore resilience is an important factor for healthy aging and wellbeing and caregivers could foster resilience in a specific way. However in relation to resilience there is a lack of knowledge and there is hardly any implementation in the nursing practice.

Aim: The aim of this paper is to understand the relationship between resilience and aging, to identify protective factors and find ways to deal with stress and strains in old age. So the research should deliver a base of knowledge and give answers how caregivers can better support their patients in terms of care and counselling.

Methods: With an integrative literature review should give a basis in resilience. Therefore it has been searched in the international databases Cinahl, Medline, PubMed, PsycInfo and Academic Search Premier. Qualitative and quantitative data were included to complete an integrative research.

Results: Resilience has a strong relationship to health because the people, who are more resilient, can better cope with burden. There are internal and external factors, which are essential to fostering resilience.

Conclusions: Caregivers play an important key role in older age to implement resilience and to support coping. Therefore for caregivers it is necessary to identify the resources of the old people.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	1
1.1. Einführung in das Thema und Problembeschreibung.....	1
1.2. Zweck und Ziel der Arbeit.....	4
1.3. Methodisches Vorgehen.....	5
1.3.1. Literaturrecherche.....	5
1.3.1.1. Bibliothekskataloge.....	6
1.3.1.2. Datenbanken.....	6
1.3.2. Literatúrauswahl.....	11
2. Grundlagen.....	15
2.1. Resilienz.....	15
2.1.1. Der Resilienzbeff.....	15
2.1.2. Arbeitsdefinition.....	16
2.1.3. Historischer Kontext.....	17
2.2. Alter.....	20
2.2.1. Das Alter.....	20
2.2.2. Definition von Alter.....	23
2.2.1. Das Altern.....	26
2.2.2. Belastungen im Alter.....	29
2.2.3. Vulnerabilität.....	31
2.2.4. Coping.....	33
2.3. Grundlegende Persönlichkeitseigenschaften.....	35
2.3.1. Resilienz als Personeneigenschaft.....	36
2.3.2. Resilienz als Person – Umwelt – Konstellation.....	39
2.4. Gesundheit.....	41
2.4.1. Gesundheitsbeff.....	41

2.4.2.	Gesundheitliche Resilienz im Alter	42
2.4.2.1.	Salutogenese	43
2.4.2.2.	Hardiness	46
2.4.2.3.	Risiken	47
2.4.2.4.	Stress.....	51
3.	Ergebnisse.....	57
3.1.	Resilienz als Begriff.....	58
3.2.	Resilienz im Alterungsprozess	66
3.3.	Resilienz im Zusammenhang mit der Gesundheit.....	69
3.4.	Resilienz in Belastungssituationen.....	72
3.4.1.	Verlust.....	74
3.4.2.	HIV Aids	77
3.4.3.	Krebs	78
3.4.4.	Pflegebedürftigkeit.....	79
3.5.	Resilienz als protektiver Faktor.....	80
3.6.	Resilienz als Copingstrategie	91
3.7.	Resilienzförderung	95
3.8.	Interventionsmöglichkeiten für die Pflege	98
4.	Zusammenfassung	105
5.	Schlussfolgerung und Implikationen für die Pflege	109
6.	Literaturverzeichnis	115
7.	Abbildungsverzeichnis	124

1. Einleitung

Im Alter ist es oft schwierig mit belastenden Lebensumständen fertig zu werden. Die Bewältigung von spezifischen Entwicklungsaufgaben wie z.B. der Übergang in ein Pflegeheim stellt im Alter eine große Hürde dar. Der alte Mensch benötigt viele Ressourcen und Bewältigungskapazitäten, damit vorhandene Probleme gelöst werden. Um die physischen und psychischen Ressourcen der Gesundheit stärken bzw. Bewältigungsstrategien mobilisieren zu können, bedarf er einer „widerstandskräftigen Stärke“.

Von großer Bedeutung ist, dass ältere Personen ein Potenzial besitzen, sich dementsprechend belastender Situationen anzupassen, das heißt flexibel zu agieren und Lösungsstrategien zu entwickeln.

1.1. Einführung in das Thema und Problembeschreibung

Krankheiten oder kritische Lebensereignisse (critical life events), wie zum Beispiel der Übergang in die Pflegebedürftigkeit, sind einschneidende und belastende Erlebnisse, welche durch einen adäquaten Umgang gemeistert werden können. Viele gleichzeitig auftretende Belastungen stellen vor allem im Alter eine Gefährdung dar, die in weiterer Folge zu einer unangepassten Entwicklung führen können. Durch diverse Defizite und nicht vorhandene Ressourcen im Alter ist es oft schwierig belastende Lebensumstände zu bewältigen.

Altern ist ein natürlicher und zugleich komplexer Vorgang, der große Herausforderungen mit sich bringt, wie etwa die Abbauprozesse der physischen und geistigen Leistungsfähigkeit. Das Altwerden stellt an sich schon ein Risiko dar, weil die Bewältigung von belastenden Lebenssituationen in dieser Lebensphase erschwert ist. Viele gleichzeitig auftretende Belastungen stellen vor allem im Alter einen Risikofaktor dar, der in Folge zu einer negativen Entwicklung führen kann. Es ist allgemein bekannt, dass im Alter die Anzahl an Multimorbiditäten, das bedeutet die Anzahl an Krankheiten, zunimmt. Auffallend dabei ist, dass physische, psychische und soziale Probleme

gleichzeitig verlaufen können. Viele Krankheiten werden im Krankheitsverlauf chronisch, die die Einschränkung der Aktivität zur Konsequenz haben und die eine Folge von Alltagsproblemen sein können (Volkert, 1997, S.11). Der Entwicklungsprozess verläuft im Alter multidimensional, muss aber nicht zwangsläufig sein, dass biologische, psychische und soziale Funktionen gleichzeitig verlaufen. Zum Beispiel können physische Beeinträchtigungen vorhanden sein während die geistige Vitalität erhalten bleibt, d.h. psychische Anpassungsleistungen sind möglich, damit das subjektive Wohlbefinden resistent bleibt (Gunzelmann, 2008, S.59).

Das Alter ist überwiegend von Verlusten gekennzeichnet, trotzdem kann dieses Leben auch von Freude und Zufriedenheit geprägt sein. Hier sollen zwei Thesen formuliert werden: Manche Hochaltrige sind robuster und widerstandsfähiger. Der Alterungsprozess verläuft bei manchen älteren Personen besser und bei anderen schlechter.

Ein Grund dafür könnte die sogenannte Resilienz, eine Art der psychischen Widerstandsfähigkeit, sein. Das Phänomen Resilienz wurde vor einigen Jahren das erste Mal in der Kinder- und Jugendheilkunde erwähnt und bildet den Ausgangspunkt für die präzise Untersuchung von entwicklungspsychologischen Studien. Erst in den letzten Jahren wurde damit begonnen diese Erkenntnisse auch auf die Lebenssituation von älteren Menschen zu übertragen, da im Alter eine Palette von Belastungssituationen auftreten können, die mit dem Persönlichkeitsmerkmal der Resilienz (Leppert & Strauß, 2011, S.313) besser bewältigt werden können.

Resilienz wurde in der NANDA International klassifiziert und somit wissenschaftlich definiert. Zwar liegt im englischen Sprachraum zum Thema Resilienz im Alter mittlerweile schon eine umfangreiche Wissensbasis vor und wurde vor einigen Jahren auch von der NANDA International in die Klassifikation aufgenommen und ist aktuell mit drei Diagnosen vertreten (Herdman, 2012), jedoch werden diese in der deutschsprachigen Pflegepraxis noch relativ selten angewandt, da das notwendige Grundlagenwissen noch wenig verbreitet ist.

Aus diesem Grund soll eine integrative Literaturanalyse der deutschen und englischen Fachliteratur zum Thema Resilienz im Alter durchgeführt werden.

Wissen über das Phänomen Resilienz im Alter kann für die Pflege relevante Erkenntnisse liefern und dadurch für die pflegerische Praxis sehr hilfreich sein. Von besonderem Interesse ist die Entwicklung von speziellen Handlungskompetenzen mit denen ältere Menschen bei der Bewältigung von Belastungssituationen unterstützt werden. Aus diesem Kontext heraus wird ersichtlich, wie notwendig es ist, das Phänomen Resilienz zu „begreifen“.

1.2. Zweck und Ziel der Arbeit

Das Anliegen der Arbeit ist das vorhandene Wissen über Resilienz mittels integrativer Literaturanalyse zusammenzutragen und einen Einblick in die Thematik zu geben. Diese aktuelle Wissensbasis soll einen Beitrag zu Resilienz im Alter und im weiteren Sinne zum Verständnis von älteren Personen in schwierigen Belastungssituationen leisten. Die Vermittlung dieses aktuellen Wissens soll für Pflegekräfte eine Hilfestellung für die Anleitungen und Beratungen in Belastungssituationen sein. Resilienz im Alter ist ein wertvoller Faktor zur Gesundheitserhaltung. Es wird im Folgenden analysiert, wie der Themenkomplex Resilienz im Alter und vor allem auch in Bezug auf die Pflege in der Literatur diskutiert wird.

Es ergibt sich folgende Hauptfragestellung an die Literatur:

Wie kann die Resilienz unter schwierigen Belastungssituationen im Alter gefördert werden?

Daraus resultieren folgende Unterfragen:

- Was ist/bedeutet Resilienz im Alter?
- Welche Rolle spielt Resilienz im Alterungsprozess?
- In welchem Zusammenhang steht Resilienz mit der Gesundheit? (physischer, psychischer Gesundheit)
- In welchen Belastungssituationen kommt Resilienz vor?
- Wie kann Resilienz gefördert werden (intern/extern)?
- Welche Schlüsse werden in Bezug auf die Pflege genommen? Welche Implikationen zu Resilienz und Interventionsmöglichkeiten ergeben sich für die Pflegekräfte?

1.3. Methodisches Vorgehen

Die Literatursuche ist ein komplexer Vorgang, der systematisch vor sich geht, besonders in den Fachdatenbanken, in denen bestimmte Suchstrategien entwickelt werden und die Suche mit ausgewählten Hilfsmitteln rapide eingeschränkt werden kann.

Im Rahmen dieser Arbeit wird auf das hohe Alter, sehr hohe Alter und extremes Alter eingegangen. Bei der Recherche wird das Alter in diesen Kategorien zusammengefasst, um möglichst viele Ergebnisse für die Suche zu erhalten. Das Ziel ist es, ausschließlich relevante Studien in die darauffolgende Auswertung hineinzunehmen. Bevor dieser komplexe Suchprozess in den Datenbanken dargestellt wird, wird die Vorgehensweise der allgemeinen zum Thema hinführenden Suche dargelegt.

1.3.1. Literaturrecherche

Um einen Überblick über die Thematik „Resilienz“ zu bekommen, begann die Suche über Suchmaschinen bzw. Metasuchmaschinen (google, google scholar, metager, scirus) (Kleibel & Mayer, 2011, S.37). Einige Suchmaschinen waren eher als „erste“ Information gedacht, als dass sie als „reine“ Wissenschaftsquelle gesehen wurden. Die Suchmaschinen sind eine informative Quelle, wo man auch wissenschaftliche Literatur finden kann, aber als einzige Informationsquelle ist die Transparenz zu gering (Kleibel & Mayer, 2011, S.36f).

Wichtige Wörter, die mit Resilienz in Zusammenhang gebracht werden, sind Widerstandskraft, Konzept Salutogenese, Anpassung, protektive Faktoren, Psychologie, Kindheitsforschung, Vulnerabilität. Dabei fällt auf, dass sich viele Treffer auf die Kinder und Jugendlichen beziehen, die einer Risikoexposition ausgesetzt sind und diese zu bewältigen haben. Für den weiteren Suchverlauf ist es notwendig, die Kinder bei den Ausschlusskriterien aufzulisten, da sich die Suche explizit auf das Alter konzentriert.

1.3.1.1. Bibliothekskataloge

Unter den Suchtermen „resilienz UND alter“ konnten im Katalog der gesamten Universitätsbibliothek (Hauptbibliothek und den Fachbereichsbibliotheken) nur 2 Treffer erzielt werden. Auch der Begriff „Widerstandsfähigkeit“ brachte keinen Erfolg. Es wurden Suchwörter wie Altern und Alterungsprozess ausgewählt. Um keine relevanten, Lehrbücher und Bücher zu übersehen, wurden alle ordentlich durchgeforstet. Über diese erweiterten Begriffe konnten interessante Literaturzitate gefunden werden. Um sich dem Thema zu nähern, wurden anfangs Enzyklopädien der Gerontologie und der Psychologie sowie diverse Lexika herangezogen. Relevante Treffer konnten über den Bibliothekskatalog der Medizinischen Universität gefunden werden. Zwar war der Suchterm Resilienz ebenfalls nicht erfolgreich, aber es konnten bedeutsame Treffer zu Gesundheitspsychologie, Gerontologie gefunden werden, die zu diesem Thema passen. Weniger relevante Treffer wurden auf der Nationalbibliothek gefunden.

Bemerkenswerte Resultate wurden im UB-Bestand der Universitätsbibliothek erzielt, in der relevante Fachzeitschriften und Artikel u.a. zum Thema Altern, Stress, Ressourcen, Vulnerabilität aufgezeigt werden. Des Weiteren wurde im Karlsruher Virtuellem Katalog nach Ergebnissen gesucht, die wenige relevante Treffer brachten. Alleine durch die Lehrbücher, Nachschlagewerke, Sammelwerke, Editorials, Fachbeiträge und ExpertInnenmeinungen reichte es nicht aus, um an gezielte Information zu gelangen. Erst durch die gefundenen Studien konnte die Literatur sinnvoll erweitert werden.

1.3.1.2. Datenbanken

Da Resilienz in der österreichischen Pflegeliteratur noch wenig bekannt ist, wird eine integrative Literaturanalyse in deutsch- und englischsprachiger Fachliteratur sowie Basisliteratur durchgeführt.

Die Literatursuche erfolgt in internationalen Datenbanken wie Cinahl, Medline, PubMed, PscycINFO und Academic Search Premier. Es werden sowohl quantitative als auch qualitative Ergebnisse herangezogen, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Der Suchbegriff Resilienz ist das Zentrum der Suche. Neben den Datenbankservice wurde

auch in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek nach relevanten Studien gesucht. Um die Suche näher zu veranschaulichen, wird ein Beispiel aus Pub Med von der Grobrecherche bis hin zur Feinrecherche näher beleuchtet.

Die nachfolgenden Schlagworte wurden vor allem anfangs bei der Grobrecherche durchgeführt, um einen kleinen Überblick zu erhalten. Folgende Begriffe wurden eingeschlossen:

- Alter
- Belastung/Belastungssituationen
- Widerstandsfähigkeit
- Stressresistenz
- Anpassung
- Krankheit
- Gesundheit (physische, psychische Gesundheit)
- Vulnerabilität
- Persönlichkeit
- Unterstützung
- Pflege
- Förderung

Da die bisherige Suche in der deutschsprachigen Literatur noch unzureichende Ergebnisse liefert, wird hauptsächlich in englischen Datenbanken recherchiert, da Resilienz im Alter im angloamerikanischen Raum mehr diskutiert wird. Es werden folgende englische Suchbegriffe mit eingeschlossen:

- Stressful life events
- Coping, coping behaviour
- hardiness
- Personality
- Health (physiological, mental)
- Recovery

- Personal resources
- Risk factors
- Resilient factors
- Health promotion
- Nursing

Nach dem Sichten der Keywords in den gefundenen Studien wurden die Suchbegriffe folgendermaßen erweitert:

Resilienz	Alter	Förderung
Resilienz	Alter	Förderung
resilient	Altern	Unterstützung
Widerstandsfähigkeit	Alterungsprozess	Hilfe
Beständigkeit	Älter werden	Pfleger/in
psychische Robustheit	Entwicklung	Pflegeabhängigkeit
psychische Elastizität	Änderung	Pflegebedürftigkeit
Stressresistenz	Verwandlung	Pflegeperson
Spannkraft	Gesundheit (physisch/psychisch)	Pflegekraft
Resistenz	Krankheit	Pflegeförderung
Salutogenese	Hochbetagt	Coping
Hardiness	Gebrechlichkeit	Copingstrategien
Ressourcen	Weisheit	Bewältigung
Vulnerabilität	hohes Alter	Bewältigungsverhalten
Anpassung	sehr hohes Alter	Gesundheitsprofessionisten
Belastung	extremes Alter	
Belastungssituationen	dritte Lebensalter	
kritische Lebensereignisse	vierte Lebensalter	
Resilienzfaktoren	Altenpfleger/in	

Abbildung 1: Übersicht Suchbegriffe

Um noch präzisere Treffer in Pub Med zu erzielen wurden erstens Literaturzitate von „related articles“ (ähnliche Artikel) ermittelt und zweitens die eigenen Suchwörter mit der Mesh-Datenbank (Schlagwortsuche) ausgeweitet. In jeder Datenbank wurde nach den geeigneten Schlagwörtern gesucht, da die Begriffe individuell abweichen können. Die

Schlagwörter werden mit einer genauen Definition beschrieben. So konnte sicher gestellt werden, ob mit den geeigneten Schlagwörtern gearbeitet wird.

Es gibt einige Möglichkeiten, um die Suche zu konkretisieren:

- Bool'sche Operatoren
- Trunkierung
- Phrasensuche
- Feldsuche
- AutorInnen
- Titelsuche
- Journalen
- Textwort
- Schlagwort (Kleibel & Mayer, 2011, S.117ff).

Um ein Beispiel hinsichtlich eines Suchprozesses darzustellen, werden nachfolgend relevante Suchstrings in PubMed aufgezeigt:

Limits	Resilienz	AND	Alter	AND	Förderung	
	resilience		age			
	resilienc*		aging			
	resilienc* <small>Major Topic</small>		ageing			
	OR ressourcenes					
	OR critical life events <small>Major Topic</small>		old ag*			NOT child*
- Humans - Language: English, German - Aged: 65+ years 80 and 80+ years	resilienc* <small>Major Topic</small>		"old age"		foster*	NOT child*
	OR resources		OR "ag?ng process"			
	OR adaption					
- Humans - Language: English, German - Aged: 65+ years 80 and 80+ years	resilienc* <small>Major Topic</small>		"old ag*"		foster*	NOT child*
	OR hardiness		OR elderly person			
	OR adaption					
- Humans - Language: English, German - Aged: 65+ years 80 and 80+ years	resilienc* <small>Major Topic</small>		"old age"		foster*	NOT child*
	OR resources		OR "elderly person"			
	OR adaption					
- Humans - Language: English, German - Aged: 65+ years 80 and 80+ years	resilienc* <small>Major Topic</small>		"old age"		foster*	NOT child*
	OR resources		OR ag?ng process		OR psychological reactivity	NOT child*
	OR hardiness					
- Humans - Language: English, German - Aged: 65+ years 80 and 80+ years		<small>Title</small>	"ag?ng process"		foster*	NOT child*
	resilienc*		OR elderly person		OR psychological reactivity	NOT child*

Abbildung 2: Suchstrings

Zunächst wurden die Suchbegriffe „resilience AND age“ in der Feldsuche allgemein gesucht. Da zu viele Treffer gefunden wurden, kamen verschiedene Suchmöglichkeiten zum Einsatz. Die Bool'schen Operatoren AND, OR, sowie NOT wurden häufig genutzt, schränkten die Suche jedoch nicht genug ein. Wichtig dabei war Resilienz und Alter in den Mittelpunkt zu rücken und Kinder auszuklammern, da Ergebnisse nur in Bezug auf das Altern eine Relevanz für die Arbeit darstellten. Weitere Suchhilfen wurden angewendet, um die Suche noch weiter zu präzisieren.

Es wurde die Trunkierung angewendet, das bedeutet, dass man alle Treffer erhält, die mit diesem Wortstamm beginnen, wie z.B. *resilienc**. Alle Wörter die mit „resilienc“ beginnen, wie z.B. *resiliency*, *resiliences* usw. sind in die Suche eingeschlossen. Die Phrasensuche erfolgt so, dass die Wörter als Phrase gesucht werden. In dieser Arbeit wurde oft „old age“ OR „ag?ng process“ verwendet. Das Fragezeichen bedeutet, dass sowohl die britische englische (*ageing*) als auch die amerikanische (*aging*) Schreibweise berücksichtigt wird. Durch eine bevorzugte Schreibweise könnten ebenfalls relevante Treffer nicht zum Vorschein kommen und selektiert werden. Des Weiteren wurde die Suche über den Titel *resilience*, sowie über die Schlagworte „ag?ng process“ gesucht. Ferner wurde nach Hauptthemen, die den Artikel behandeln, präzisiert.

Sehr wenige, aber doch bedeutsame Resultate konnten über den methodologischen Filter „PubMed Clinical Queries“ nach Primärstudien oder systematischen Reviews gefunden werden. Dabei werden Kategorien nach Ätiologie, Diagnostik, Therapie oder die Prognose eines Gesundheitsproblems und eine spezifische oder breite Suche ausgewählt (Kleibel & Mayer, 2011, S.129).

Ein Beispiel über den Suchverlauf wird nachfolgend dargestellt.

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#17	Add	Search (#15) AND #16 Filters: Publication date from 1997/01/01 to 2013/12/31; Humans; English; German; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	14	04:20:57
#15	Add	Search (((resilienc* OR ressourc* OR adaptio[MeSH Major Topic])) AND (ag?ng process OR elderly person)) AND foster* NOT child* Filters: Humans; English; German; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	16	04:20:20
#14	Add	Search (((resilienc* OR ressourc* OR adaptio[MeSH Major Topic])) AND (ag?ng process OR elderly person)) AND foster* NOT child* Filters: Humans; English; German; Aged: 65+ years	16	04:15:37
#13	Add	Search (((resilienc* OR ressourc* OR adaptio[MeSH Major Topic])) AND (ag?ng process OR elderly person)) AND foster* NOT child* Filters: Humans; English; German	34	04:14:20
#12	Add	Search (((resilienc* OR ressourc* OR adaptio[MeSH Major Topic])) AND (ag?ng process OR elderly person)) AND foster* NOT child* Filters: Humans; English	34	04:14:00
#11	Add	Search (((resilienc* OR ressourc* OR adaptio[MeSH Major Topic])) AND (ag?ng process OR elderly person)) AND foster* NOT child* Filters: Humans	35	04:13:24
#10	Add	Search (((resilienc* OR ressourc* OR adaptio[MeSH Major Topic])) AND (ag?ng process OR elderly person)) AND foster* NOT child*	41	04:12:32
#9	Add	Search (resilienc*) AND ageing	337	04:08:22
#8	Add	Search (resilienc*) AND aging	311	04:06:55
#3	Add	Search (resilience) AND age	849	04:03:23
#2	Add	Search age	1617770	04:03:03
#1	Add	Search resilience	6237	04:02:53

Abbildung 3: Suchverlauf

Wie aus der obigen Tabelle zu entnehmen, gibt es zum Thema Resilienz 6237 und zum Thema Alter 161770 Treffer, in Kombination mit dem Bool'schen Operator UND werden sie auf 849 eingeschränkt. Da man diese Menge an Literatur nicht bewerkstelligen könnte, und viele nicht relevante Treffer enthalten sind, wird weiter präzisiert. Durch die Bool'schen Operatoren AND, OR und NOT und der relevanten Suchbegriffe sowie der Auswahl des Hauptthemas konnte die Zahl auf 41 reduziert werden. Durch weitere Einschränkungen des Alters (65+, 80+), der Sprache (Englisch, Deutsch) und des Publikationszeitraumes von 1997 bis 2013 konnten die Treffer auf 16 minimiert werden.

Dieser „kleine“ Auszug aus PubMed zeigt, wie ein Suchprozess mit bestimmten Hilfsinstrumenten erfolgen kann.

1.3.2. Literatúrauswahl

Die gefundene Literatur wurde einer kritischen Bewertung unterzogen. Von großer Bedeutung war es relevante Treffer zu finden, die zum Thema passen. Um ein

umfangreiches Bild zu erhalten, wurden quantitative und qualitative Methoden herangezogen. Auf der einen Seite war es wichtig Resilienz durch theoretische Konzepte näher zu verstehen und auf der anderen Seite durch qualitative Methoden. Um die subjektive Sichtweise und das individuelle Erleben zu begreifen, ist es wichtig zu verstehen, wie ältere Personen ihre Belastungssituationen bewältigen. Diese „aus dem Leben gegriffenen“ erwähnten Beispiele zeigen spannende Facetten der Bewältigung.

Ein weiteres Kriterium war die Überprüfung der Aktualität der Studien. Es war vor allem wichtig, „neuere“ Studien heranzuziehen, um den aktuellen Forschungsstand der Literatur aufzuzeigen. Nichtsdestotrotz war es auch notwendig „ältere“ Konzepte mit einzubeziehen, um die historische Entwicklung darzustellen und das Konzept als Gesamtes zu betrachten. Der Zeitraum des Publikationsjahres beschränkte sich auf die Jahre zwischen 1997 und 2013. In den 1990er Jahren richtete sich der Blick vor allem auf Kriegstraumata und Entwicklungsrisiken bei Kindern. 1997 wurde deshalb gewählt, weil sich vor allem in dieser Zeitspanne die Resilienz auch auf ältere Personen bezieht, der Zielgruppe in dieser Arbeit. Das Alter wurde ab 65 Jahren gewählt, jedoch waren dann in der Auswertung auch Studien ab 50 Jahren inkludiert, weil die Studien relevante Resultate lieferten und eine hohe Signifikanz bezüglich des Themas aufwiesen. Es wurden keine spezifischen Settings gewählt, inkludiert waren Krankenhäuser, die Community und das eigene zu Hause. Die Suche erfolgte sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache.

Ein weiteres Kriterium war die Bestimmung des Kulturraumes. Es wurden die westlichen Industriestaaten gewählt, vorwiegend Europa und Amerika. Aufgrund des stark abgegrenzten Kulturraumes wurden z.B. chinesische Studien ausgeklammert. Des Weiteren wurden Kinder und Jugendliche, Naturkatastrophen bzw. Kriegsgeschehen, die in Zusammenhang mit der Resilienz auftraten, bei der Suche nicht in Betracht gezogen. Jedoch beziehen sich viele Resilienztheorien auf die Kinder und nicht auf alte Menschen, trotzdem wurden einige Theorien in die Ergebnisse mit einbezogen, da die Bedeutung der Resilienz näher erklärt werden musste. In den qualitativen Studien und anführenden Beispielen, die sich ausschließlich auf ältere Menschen beziehen, wurden Kinder aber explizit ausgegrenzt.

Von großer Bedeutung war es, dass sich diese Studien bei Altern und Resilienz nicht rein auf den biologischen Verfall stützten. Ein starkes Kriterium war auch, dass sie sich nicht

allein auf die medizinischen Aspekte beziehen sondern vor allem die pflegerische Komponente und auch die psychischen und sozialen Faktoren mitberücksichtigten. Es wird die Bewältigung von stressreichen Situationen gezeigt, die ältere Personen schilderten, und wie sie diese widrigen Situationen aus eigener Kraft und mithilfe der Umwelt meisterten. Neben den belastenden oder einschneidenden Erlebnissen kommen die „normalen Alterserscheinungen“ dazu. Besondere Aufmerksamkeit wird dem Alter gewidmet, das die Bewältigung von Lebensumständen aufgrund der multiplen Risiken im Alter erschweren kann.

Ein entscheidendes Kriterium war es auch die Implikationen und Interventionsmöglichkeiten für die Pflege und der Gesundheitsfachkräfte heraus zu finden. Die gefundenen Studien wurden vor allem auf ihre inhaltliche Qualität geprüft. Um die gefundenen Ergebnisse weiter einzuschränken, wurden folgende Einschlusskriterien gewählt:

- Studien im Zeitraum von 1997-2013
- Publikationsart: quantitative und qualitative Studien
- Sprache: Englisch, Deutsch
- Alter: 65+
- Geografische Einschränkung auf Kontinente: Europa, Amerika

Folgende Ausschlusskriterien wurden bei der Suche festgelegt:

- Kinder und Jugendliche
- Kulturraum: China

Im zweiten Kapitel werden grundlegende Begriffe wie Resilienz und das Alter definiert. Es wird auf die historische Entwicklung des Themas Resilienz hingewiesen und die dazugehörigen Konzepte werden vorgestellt. Des Weiteren wird das Altern näher beschrieben und Belastungen im Alter, sowie relevante Copingstrategien dargestellt. Im Zusammenhang mit der Persönlichkeit wird Resilienz als Charaktereigenschaft gesehen oder als ein dynamischer Prozess in Interaktion mit der Umwelt. Anschließend wird der Gesundheitsbegriff definiert und die gesundheitliche Resilienz beschrieben, die einen

notwendigen Faktor zur Bewältigung von widrigen Situationen aufzeigt. Sowohl Risiken als auch Stressreaktionen werden erwähnt, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben.

Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt und kritisch bewertet. Im Ergebnisteil liegt der Fokus auf den Fragen der Literatur. Es findet ein Diskurs über Resilienz statt und es werden differente Definitionen und Theorien über Resilienz erläutert. Es wird aufgezeigt, warum Resilienz vor allem im Zusammenhang mit dem Alter von hoher Bedeutung ist. Im Übrigen werden Gesundheitsprobleme von vulnerablen und resilienten älteren Personen dargelegt und die Verbindung zur Religion beschrieben. Von großer Bedeutung ist es auch, wie resiliente Personen in Belastungssituationen reagieren und wo Resilienz überhaupt auftritt. Es werden die gefundenen „Resilienzfaktoren“ bzw. relevante Ressourcen und auch Copingstrategien erklärt. Des Weiteren werden Interventionsmöglichkeiten der Pflege dargelegt, wie Resilienz durch spezifische Handlungen gefördert werden kann.

Die Diplomarbeit wird mit einer Schlussfolgerung abgerundet und das Phänomen Resilienz unter Berücksichtigung der vorhandenen Ergebnisse einer kritischen Reflexion unterzogen.

2. Grundlagen

Im zweiten Kapitel werden wichtige Grundbegriffe wie Resilienz und Alter, welche den Schwerpunkt der Suche bilden, definiert und im Zusammenhang stehende Komponente zur Resilienz erläutert. Des Weiteren werden der historische Kontext und der Forschungsstand von relevanten Konzepten in Bezug auf die Resilienz aufgezeigt. Darüber hinaus werden „resiliente“ Persönlichkeitsmerkmale, Umweltkonstellationen und Belastungen im Alter dargestellt. Es wird außerdem der Frage nachgegangen, was Belastungen bzw. Stress in einem Menschen auslösen und welche Reaktionen auf die Gesundheit hervorgerufen werden.

2.1. Resilienz

Resilienz ist ein umfassender Begriff und muss aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden. Wichtig ist jedoch zu wissen, welche Begriffe in die „Arbeitsdefinition“ mit eingeschlossen werden. Dabei wird es schwierig, das Phänomen Resilienz auf eine Basisdefinition zu beschränken. Einen gleichen Terminus zu finden ist somit sehr komplex, weil Resilienz viele Bedeutungen darstellt. Da dieser Begriff im Zentrum dieser Arbeit steht, ist es vorerst wichtig, was im Wesentlichen darunter verstanden wird.

2.1.1. Der Resilienzbegriff

Resilienz wird als eine Art der Widerstandsfähigkeit verstanden und es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, was Resilienz bedeutet.

Ursprünglich kommt der Begriff Resilienz aus der Physik und beschreibt Materialien, die nach einer Belastung wieder in ihre ursprüngliche Form treten können (Kasper, Haring, Marksteiner, Sachs, Tölk & Wrobel, 2008, S.1).

Resilienz leitet sich aus dem lateinischen Wort „resilire“ (Diegelmann, 2011, S.85) ab und wird als Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität bezeichnet. Gemeint ist der erfolgreiche Umgang eines Menschen mit belastenden Lebensumständen und den negativen Stressfolgen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S.9). Laut einer etwas einseitigen und doch verständlichen Definition aus dem Lexikon der Psychiatrie, Psychotherapie und der Medizinischen Psychologie bedeutet Resilienz: *”Größere psychische Widerstandskraft , welche es einem Individuum möglich macht, an sich belastende Erlebnisse zu ertragen, ohne davon – jedenfalls auf Dauer – seelischen Schaden zu nehmen[...]“* (Peters, 2007, S.470).

Im Fachjargon stehen für Resilienz Begriffe wie:

- „Stressresistenz“
- „psychische Robustheit“ oder
- „psychische Elastizität“ (Wustmann, 2011, S.18).

2.1.2. Arbeitsdefinition

In dieser Arbeit wird auf die Definition von Jacelon Bezug genommen. Resilienz ist im Sinne von Jacelon (1997) *„the ability of people to `spring back` in the face of adversity“* (Jacelon, 1997, S.123). Resilienz bedeutet die Fähigkeit zu besitzen, zurückzuspringen, auch in belastenden Lebensumständen, das heißt die Fähigkeit zu haben auf persönliche Ressourcen zurückzugreifen und belastende Lebensumstände durch psychologische Widerstandskraft meistern zu können.

2.1.3. Historischer Kontext

Zunächst wurden Kinder unter widrigen Entwicklungssituationen untersucht, die auf eine angepasste Entwicklung hinwiesen, vor allem in den Arbeiten von Werner und Smith zu erkennen. Des Weiteren wurden Jugendliche und Heranwachsende unter bestimmten Risikobedingungen untersucht. Heutzutage steht Resilienz für Widerstandsfähigkeit unter widrigen Belastungssituationen oder einschränkenden Entwicklungsbedingungen, bis ins hohe Alter, wie Greve und Staudinger in ihrer Arbeit zusammenfassen (Greve, Leipold & Meyer, 2009, S.173).

Der Begriff hat sich aus der Empirie entwickelt, in der kein passender theoretischer Bezugsrahmen zu finden war. Im deutschsprachigen ist Resilienz ein Fachterminus, der noch nicht in die Alltagssprache eingegangen ist. Resilienz ist oft in einem Diskurs mit anderen Konzepten verknüpft und wird nicht isoliert betrachtet, etwa mit den Konzepten der „Selbstwahrnehmung“ und der „Kontrollüberzeugung“ (Wieland, 2011, S.183f). Im Laufe der Zeit hat sich der Begriff Resilienz gewandelt und ist daher vielseitig zu definieren. Das Konzept Resilienz gewann seit der 80er Jahre in der Entwicklungspsychologie und –pathologie zunehmend an Bedeutung. Vorreiter der systematischen Resilienzforschung sind der angloamerikanische Raum in den 1970er Jahren, Großbritannien und Nordamerika (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2011, S.13).

Das Konzept der Resilienz, der „psychologischen Widerstandsfähigkeit“, kommt immer häufiger vor, seit man den Fokus nicht nur auf die krankmachenden Faktoren richtet, sondern auch auf die gesundheitserhaltenden. Es stellt sich die Frage, warum Menschen, die unter gleichen oder ähnlichen widrigen Umständen leben, sowie „critical life events“ bewältigten, nicht die gleichen Reaktionen hervorbringen. Warum bleiben die einen gesund und die anderen werden krank? Es drängt sich eine weitere Frage auf, warum die einen Kraft aus einer Krise oder Herausforderung schöpfen und die anderen depressiv, traumatisiert oder psychisch überfordert sind (Müller & Petzold, 2003, S.1)?

Eine der bekanntesten und ältesten Studien zu Resilienz ist die „Kauai-Längsschnittstudie“ von Werner und Smith, in der sie den gesamten Geburtsjahrgang von 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai über Jahre hinweg beobachteten. Es wurde untersucht, wie sich die Risiken auf die Entwicklung von Kindern auswirkten. Das

Augenmerk wurde auf jene gelegt, die sich trotz schwieriger Bedingungen gut entwickelten. Ein Drittel der Personen, die hohe Belastungen aufzeigten, wie chronische Armut, psychische Erkrankung der Eltern oder familiäre Disharmonie, erwiesen sich dennoch in einer guten Entwicklung. Diejenigen, die resilient waren, konnten sich auf Beziehungen einlassen, an Arbeit anknüpfen, die sie glücklich machte. Diese zuvor erwähnten Bedingungen sollen Kindern als spätere Erwachsene unterstützen sich trotz dieser gegebenen Umstände positiv zu entwickeln (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S.15f).

Die ForscherInnen zeigten, dass ein fürsorgliches Umfeld, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie eine adäquate Unterstützung in widrigen Lebenssituationen für junge Menschen sein kann.

Folgende vorteilhafte Personeneigenschaften haben sich nach Werner und Smith herauskristallisiert:

- female
- robust
- gesellschaftliche Reaktion
- anpassungsfähig
- tolerant
- leistungsorientiert
- mitteilend
- starkes Selbstwertgefühl (Richardson, 2002, S.309).

Eine weitere relevante Studie über Resilienz ist die „Mannheimer-Risikokinder-Studie“, die sich stark an die Aussagen der vorigen Studie anlehnt. Sie handelt darüber, dass die Kinder differenten Risikobelastungen ausgesetzt sind und wie sie diese Belastungen meistern können.

Eine weitere nennenswerte Studie ist die erste deutsche Studie, die „Bielefelder-Invulnerabilitätsstudie“, die den Blick auf die seelische Widerstandskraft richtet. Es wurden Kinder untersucht, welche ein hohes Entwicklungsrisiko und zugleich Schutzfaktoren aufzeigten, die den Kindern extern der Familie beigebracht wurden. Auch diese Studie wies eine Konvergenz hinsichtlich der Studie von Werner und Smith auf. Die Jugendlichen, die sich als resilient herausstellten, zeigten eine erhebliche Differenz zur

anderen Gruppe hinsichtlich ihrer fördernden Faktoren, da sie eine optimistische Zukunftsperspektive hatten, ein positives Selbstwertgefühl besaßen und eine hohe Leistungsmotivation darlegten (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S.16).

Resilienz wird nicht nur zu Entwicklungsrisiken erforscht, sondern auch zu Themen wie Kriegsschicksalen, z.B. Elternverlust, Flucht, Vertreibung, Aufenthalt in Lagern, körperliche und seelische Verwundung und Zwangsarbeit und zu Kindern, die sich trotz belastenden Umständen, wie Armut und Krieg, gut entwickelten (Fookan & Zinnecker, 2009, S.8; Mehta, Whyte, Lenze, Hardy, Roumani, Subashan, Huang & Studenski, 2008, S.239).

Rutter (1985), Garmezy (1991) und Benson (1997) haben sich ebenfalls mit resilienten Kindern beschäftigt (Richardson, 2002, S.309), die jedoch nicht weiter erwähnt werden, da der Fokus auf die älteren Personen gelegt wird. Es sollte nur ein kleiner Überblick über die Entwicklung der Resilienz dargelegt werden, um die Herkunft dieses Phänomens bzw. den Entwicklungsverlauf zu erläutern.

Mittlerweile findet die Resilienz einen Zugang in der Erwachsenenpsychologie. Forschungsgegenstand sind Personen, welche schwierigste Lebenssituationen wie Gewalt, Tod eines nahestehenden Menschen oder schwere Erkrankungen bewältigen ohne ein Trauma zu bekommen. Seit kurzer Zeit ist auch die Psychiatrie an Resilienzforschungen interessiert, die im Zusammenhang mit dem posttraumatischen Belastungssyndrom stehen (Kasper et al., 2008, S.2). Unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) wird eine psychische Erkrankung und die typische Folge von einem durchlittenen Trauma im Erwachsenenalter verstanden (Heuft, Kruse & Radebold, 2000, S.116). Auch andere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression, sowie Angst- und Panikstörungen sind relevant für die Resilienzforschung (Kasper et al., 2008, S.2)

Besonders im Alter ist man vielen Veränderungen unterworfen und es ist schwierig, sich an bestimmte Veränderungen anzupassen, da körperliches Gebrechen, soziale Isolation und Komorbiditäten zunehmen. Deshalb spielt Resilienz im Alterungsprozess eine notwendige Rolle, da man im Alter oft mit Veränderungen zu kämpfen hat, die „Widerstandsfähigkeit“ oder eine „robuste“ Haltung fordern.

2.2. Alter

Im angloamerikanischen Raum gibt es schon einige Studien über „Resilienz im Alter“. Im deutschsprachigen Raum dagegen hat man in der Gerontologie noch wenig Anwendung dafür gefunden und daher besteht die Notwendigkeit „Resilienz im Alter“ näher zu beleuchten. Es gibt auch eine Palette von Belastungssituationen, die im Alter vorkommen können. Um bei der Literaturrecherche erfolgreich zu sein, muss zunächst angeführt werden, welche Altersgruppe mit Alter gemeint ist.

2.2.1. Das Alter

Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt die Anzahl der Personen in der Bevölkerung kontinuierlich zu. Dabei verlagert sich die Mehrheit der Bevölkerung auf die älteren Personen und zudem steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung fortlaufend. Bis 2030 wird sich die Zahl der über 65 Jährigen von 17, 7% auf 24% der Gesamtbevölkerung erhöhen (Statistik Austria, 2008). Das dritte Alter muss somit noch differenzierter dargestellt werden, da erhebliche Abweichungen in dieser Altersperiode entstehen können.

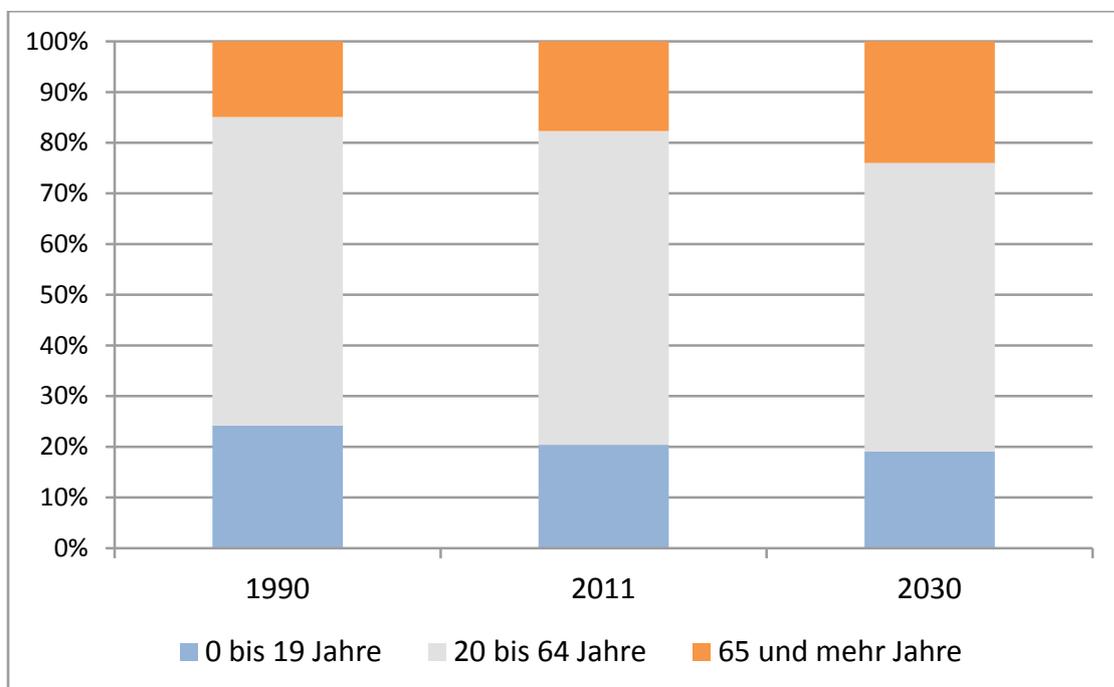


Abbildung 4: Entwicklung Lebenserwartung (1990 - 2030)

(eigene Darstellung)

Wie aus dieser Tabelle zu entnehmen ist, wächst die Anzahl der 65 Jährigen und über 65-Jährigen kontinuierlich. GerontologInnen¹ sehen sich „gezwungen“ das Alter in ihrer Ganzheit zu erfassen und Altersprobleme zu „lösen“. Die Lebensphase Alter ist von Verlusten charakterisiert, u.a. der körperlichen Leistungsfähigkeit und der geringen sozialen Unterstützung (Eppel, 2007, S.57). In Anbetracht der komplexen Altersvorgänge ist es relevant, dass die gerontologische Forschung multidisziplinär zu betreiben ist, d.h. es werden differente Disziplinen herangezogen, wie die Medizin, Biologie, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft usw. (Oswald, 2008, S. 9).

Die Bewertung, ob ein Mensch alt ist, hängt grundsätzlich von der subjektiven Einschätzung eines Menschen ab, z.B. wird ein 80-jähriger Mensch einen 60-jährigen nicht unbedingt als alt einstufen. Das Sprichwort „*Man ist so alt wie man sich fühlt*“, hat einen starken Zusammenhang mit dem eigenen Selbstbild eines Menschen. Je nachdem ob das Selbstbild positiv oder negativ verläuft, ist auch die Einschätzung zum subjektiven Alter (Seel & Hurling, 2005, S.8)

Für einen alten Menschen kann das Alter unterschiedliche Bedeutungen haben:

- als Chance, z.B. als Herausforderung, Entwicklung und wie neue Dinge mit Freude betrachtet werden, ob das Leben im Rückblick als gut empfunden wird
- als Entlastung und Entpflichtung, z.B. der Wegfall von Pflichten kann als entlastend empfunden werden und es stehen einem mehr Zeitressourcen zur Verfügung
- als Belastung, wenn z.B. Langeweile und Einsamkeit dominieren, wenn das Alter mit dem Verlust von Fähigkeiten einhergeht und man anderen zur Last fällt (Seel & Hurling, 2005, S.8)

¹ In dieser Arbeit wird nach Möglichkeit eine gendersensible Sprache verwendet, um Frauen und Männer gleichermaßen einzubeziehen. Ausgenommen sind Studien, die sich ausschließlich auf Männer oder Frauen beziehen.

Ein Beispiel für die individuelle Einschätzung des Alters zeigt eine 77-jährige Frau: *„Ich finde das Alter herrlich! Zwar zwickt und zwackt es überall, aber das ist der Preis für die Reife! [...] Seit ich alt bin, achte ich auf das Wesentliche. Über was für Kleinigkeiten ich mich früher aufgeregt habe! Wie habe ich mir oft selbst das Leben schwer gemacht! [...]“* (Seel & Hurling, 2005, S.8).

Ein weiteres Beispiel für die individuelle Einschätzung ist die eines 72-jährigen alten Mannes: *„[...] Wenn ich ehrlich bin, will ich auch nur meine Ruhe haben. Sage ich das laut, heißt es: ‘Na du wirst langsam alt...‘ Ich habe Angst davor, alt und krank zu sein und meinen Angehörigen zur Last zu fallen. Das wäre das Schlimmste am Alter. Lieber will ich morgen tot umfallen – und weg bin ich. Aber dann habe ich in meinem Leben niemals Ruhe und Besinnung gehabt,[...] Ach, ich weiß auch nicht was ich will...“* (Seel & Hurling, S.8)

Negative Einstellungen oder Stereotype zum eigenen Altern können sich auf die Entwicklung des weiteren Alterungsprozesses negativ auswirken. Der von Butler eingeführte „Ageism“-Begriff und das „Defizitmodell“ des Alterns waren häufig mit einem negativen Bild des Alterns und der alten Menschen behaftet. Schmitt wies nach, dass „Ageism“ als Konzept bestehende Vorurteile hatte, die empirisch nicht belegt wurden (Schelling & Martin, 2008, S.40f).

Vorstellungen vom Alter in Hinblick auf das Altersbild werden bereits in jungen Jahren geformt und begleiten den Menschen über die gesamte Lebensspanne hinaus. Mit Altersbild sind sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Perspektiven, sowie die Gestaltung des Altersprozesses gemeint. Folgende Attribute werden mit dem Alter assoziiert:

- gebrechlich und krank
- weise und erfahren
- misstrauisch und unzufrieden (Kornadt & Rothermund, 2011, S.291).

Obwohl Metaanalysen feststellten (Kornadt & Rothermund, 2011, S.291), dass Einstellungen gegenüber älteren Menschen eher negativ ausfielen, gibt es jedoch auch positive Facetten. Die Attribution eines alten Menschen ist auch immer vom Kontext abhängig, wie beispielsweise das Überqueren der Straße einer alten Frau automatisch

„langsam“ signalisiert. Das Bild des alten Menschen und des Altseins haben Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Mortalität, Depressivität und das Selbstkonzept (Kornadt & Rothermund, 2011, S.291f).

Des Weiteren haben das psychische Befinden, die Zufriedenheit, die subjektive Bewertung der Gesundheit und Ressourcenveränderungen signifikante Auswirkungen auf die Einstellung zum eigenen Altern (Schelling & Martin, 2008, S.45).

2.2.2. Definition von Alter

Es gibt viele Definitionen darüber, ab welchem Zeitpunkt man heutzutage als „alt“ bezeichnet wird. Die einen werden das biologische Alter, die anderen das chronologische Alter und andere wiederum werden das subjektive Alter als „das Alter“ präferieren (Petermann & Roth, 2006, S.245).

Im alltäglichen Verständnis zwischen Jung und Alt liegt die Grenze im 66. Lebensjahr, das heißt Menschen ab 65. Jahren werden als alt bezeichnet. Das resultiert daraus, weil mit diesem Lebensjahr oft die berufliche Tätigkeit endet. Medizinisch oder psychologisch gibt es dazu keine Begründung. Die Pensionierung stößt auf ein individuell ambivalentes Verhalten, für den einen bedeutet sie die ersehnte Ruhephase und der Beginn eines entspannten Lebens, für den anderen repräsentiert sie den „sozialen Tod“ aufgrund des schweren Verlustereignisses (Petermann & Roth, 2006, S.245f). Interessant ist es zu erfahren, wie sich ältere Personen an widrige Lebensumstände anpassen. Die Spanne zwischen den 65-Jährigen und den 80-Jährigen kann daher sehr variabel sein. Der Term „late life“ ist in der Literatur breit angelegt, welcher sich auf die heterogene Gruppe ab 65 Jahren und älter bezieht (Mehta et al., 2007, S.239).

Aufgrund der hohen Abweichungen der Altersperiode ab 65 Jahren ist es sinnvoll, diese Altersgruppe nochmals aufzuteilen. Das Alter wird von der Gerontopsychologie in das hohe Alter (65-80 Jahre), sehr hohe Alter (80+) und extremes Alter (100+) unterteilt (Martin & Kliegel, 2010, S. 35). Zusätzlich wird das Alter noch weitergehend klassifiziert in „junge“ Alte (60.-74. Lebensjahr) und „alte“ Alte (jenseits des 75. Lebensjahres), diese

Abschnitte werden auch als drittes und viertes Lebensalter bezeichnet (Petermann & Roth, 2006, S.246). Baltes bezeichnet hingegen das dritte Lebensalter zwischen 60 bis 80 Jahren und das vierte ab 80. Jahren (Kruse, 2008, S.16).

Bemerkenswert ist im dritten Lebensalter, dass diese „jungen“ Alten auch ohne gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen leben und wenn finanzielle und soziale Ressourcen vorhanden sind, können sie befriedigende Ziele anstreben und ihr Leben selbstständig gestalten. Zu ihren Aufgaben und Tätigkeitsbereichen zählen Reisetätigkeiten, Betreuung der Enkelkinder bis hin zu einem tradierten Erfahrungswissen an die nachfolgende Generation (Petermann & Roth, 2006, S. 246). Wie zuvor beschrieben, sind ältere Menschen hinsichtlich ihrer Unterstützungsleistungen sowohl Empfänger als auch Geber wie z.B. durch finanzielle Unterstützung, Unterstützung im Haushalt oder bei der Betreuung der Enkelkinder (Wahl & Schmitt, 2010, S.435). Schätzungen zufolge leidet im Alter von 65 bis 74 Jahren die Hälfte der Menschen an einer chronischen Krankheit. Der Anteil an Menschen mit einer chronischen Krankheit nimmt in höheren Altersgruppen kontinuierlich zu (Milisen, De Maesschalck & Abraham, 2002, S.6).

Für die Hochbetagten im vierten Lebensalter ist dieser Zustand nur in Ausnahmefällen zu finden. In Anbetracht dieses Alters kommt es zu schweren gesundheitlichen Einbußen, z.B. aufgrund der Multimorbidität hinsichtlich der körperlichen Krankheiten, der unkompensatorischen Defizite des Hörens und Sehens, des Verlustes nahestehender Personen bis hin zur Pflegebedürftigkeit (Petermann & Roth, 2006, S. 246). Diese Gruppe leidet unter einer höheren Häufigkeit von Gebrechen und dem Verlust der Kontrolle ihres eigenen Lebens. Demgegenüber haben die „alten“ Alten mehr effektive Copingmechanismen aufgrund mehrerer Erfahrungen, der Reife und des Selbstwertgefühls (Mehta et al., 2007, S.239). Ein entscheidender Faktor der älteren Altersgruppe ist die Differenzierung zur jüngeren, die mit ihrem Erfahrungswissen Probleme auf andere Art lösen und neue Lebensaufgaben wahrnehmen (Martin & Kliegel, 2010, S.15).

Neueste Forschungen zeigen, dass positive Aspekte und Gewinne hinsichtlich des Alterns untersucht wurden (Nygren, Alex, Jonsen, Gustafson, Norberg & Lundman, 2005, S.S.354). Ergebnisse zeigen, dass Personen im hohen Alter reif werden, sowohl intellektuell als auch in Bezug auf die Fähigkeiten. Andere ForscherInnen sprechen von

einer hohen Zufriedenheit, einer hohen Lebensqualität und von einer Unabhängigkeit im Alter. Verluste werden oft mit alt assoziiert, aber es sind nicht nur die Verluste der physischen Kapazitäten und mentalen Ressourcen sondern auch des sozialen Status, der FreundInnen und Familienmitglieder meint. Mit zunehmendem Alter steigen auch die physischen Krankheiten, Beeinträchtigungen u.a. die Depressionsrate und die Einschränkungen der Fähigkeiten die ADL's (activities of daily living) zu managen. Es gibt mehrere Modelle, die adaptive Strategien beschreiben und Ressourcen mobilisieren, um negatives Altern zu meistern (Nygren et al., 2005, S.S.354).

Die Altersdebatte beschränkt sich für die einen somit auf eine „Überalterung der Gesellschaft“ und die anderen konzentrieren sich auf die Mobilisierung ungeahnter „Potenziale“. Das dritte oder vierte Lebensalter ist auch im gesellschaftlichen Alltagswissen verbreitet. Wie oben angeführt befinden sich auf der einen Seite die gesunden, mobilen und aktiven alten Menschen und auf der anderen Seite die gebrechlichen, hilfsbedürftigen und leidenden (Lessenich & Rothermund, 2011, S.289).

Im Alter ist der Mensch oft mit irreversiblen Verlusten konfrontiert, und es ist schwierig für ihn, sich der gegebenen Situation anzupassen bzw. diese Verluste oder Einschränkungen zu bewältigen. Die Verluste können nicht ersetzt werden, somit kommt es zu einer Anpassung des Soll-Zustandes und in der Folge werden Ziele reduziert, modifiziert oder aufgegeben (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.83).

Anpassung wird im Psychrembel folgendermaßen unterschieden, als:

- *die persönliche Anpassung als rationaler Prozess, in dem das Ich entwickelt wird*
- *die emotionale Anpassung zur Erreichung emotionaler Stabilität*
- *die soziale Anpassung als Fähigkeit des Individuums, ein Gleichgewicht zwischen den eigenen Erwartungen und Zielen sowie den Anforderungen und gegebenen Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung seitens der Umwelt herzustellen. Die soziale Anpassung soll mit der persönlichen Anpassung in Wechselbeziehung stehen[...]* (Pschyrembel, 2003, S. 31)

Im mittleren Erwachsenenalter werden die Regulationsprozesse noch vom „Selbst“ aktiv geregelt, indem es auf die Umwelt aktiv Einfluss nimmt und Ziele anvisiert. Dieser Prozess wird als primäre Kontrolle oder Assimilation verstanden. Im Alter hingegen

werden die Bewältigungsprozesse als sekundäre (akkomodative) Kontrollprozesse verstanden, die als Resultat kognitiver Entlastungsprozesse ablaufen, was jedoch nicht gleichzeitig eine Abnahme der primären Kontrolle darstellt (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.83).

Neuere Studien belegen, dass primäre Kontrolle bis in das hohe Alter stabil bleibt (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.83) und sich möglicherweise noch verstärken kann. Dieser Punkt bietet einen notwendigen Ansatz für medizinische und gesundheitspsychologische Interventionen, sowie zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, indem Personen bis in das hohe Alter lernen können, aktiv auf ihr Gesundheitsverhalten und auf ihren Gesundheitszustand Einfluss zu nehmen (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.83).

Die Verletzbarkeit des Organismus, das bedeutet die Anfälligkeit für gesundheitliche Defizite und funktionelle Störungen, steigt im vierten Alter (Kruse, 2008, S.16) erheblich an. Es erhöht sich auch das Risiko der chronischen körperlichen Erkrankungen, der Multimorbidität und der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Daraus lässt sich auch die verringerte Kapazität der Informationsverarbeitung, die sich zum einen auf die Verringerung der Neuronen und zum anderen auf die Steigerung an psychoorganischen Erkrankungen, die die Demenz herleiten lassen, erklären. Während im dritten Lebensalter von einer späten Freiheit die Rede ist, wird das vierte Alter als eine Kumulation von Herausforderungen und Verlusten gesehen (Kruse, 2008, S.16).

2.2.1. Das Altern

Altern ist ein natürlicher Prozess, welcher bei der Geburt beginnt und mit dem Sterben endet (Loue & Sajatovic, 2008, S.11). Das Alter wird in der lateinisch-römischen Sprache mit „scala naturae“ bezeichnet, was so viel wie die „Stufenleiter der Natur“ bedeutet (Kruse, 2008, S.15). Altern wird in der Gesellschaft oft mit Krankheit, Schwäche, dem Verlust an geistigen Fähigkeiten und den letzten Stufen des Lebens assoziiert. Es wird unterschieden zwischen den „natürlichen“ Auswirkungen des Alterns und den Prozessen, in denen Krankheiten mit eingeschlossen werden. Chronische Zustände können zu einem Teil vermieden werden, indem der Gesundheitsstil eines aktiven Lebens erhalten und

durch entsprechendes Gesundheitsverhalten, wie z.B. Körperübungen oder gesunde Ernährung, gefördert wird (Loue & Sajatovic, 2008, S.11). Unter Altern wird eine Anhäufung von irreversiblen Veränderungen auf zellulärer Ebene verstanden (Ding-Greiner & Lang, 2004, S.182), aber auch das Wachstum an Belastungen, Krisen und Schmerzen (Eppel, 2007, S.57).

Erfolgreiches Altern wird im Wesentlichen als das „Abwehren“ von Krankheit bezeichnet. Bei den über 60-Jährigen sind Gebrechen bzw. ernsthafte Krankheiten hoch und sie steigen im zunehmenden Alter noch an (Hildon, Smith, Netuveli & Blane, 2008, S.728).

Adäquate Ernährung stellt einen wichtigen Teil für das gesunde Altern dar und es können dadurch Krankheiten und Beeinträchtigungen verzögert werden (Vesnaver, Keller, Payette & Shatensein, 2011, S.730).

Ein besonderes Augenmerk wird auch auf die Psychologie gelegt, da diese Disziplin die Entwicklung und Veränderungsprozesse präzise unter die Lupe nimmt (Martin & Kliegel, 2010, S.12). Grundlagen von Altersdifferenzierungen und -veränderungen sind verantwortlich für die Gestaltung von Interventionen, die wiederum dazu führen, dass das Wohlbefinden erhalten oder gesteigert wird. Aus psychologischer Sicht ist es von Bedeutung, die Person und die psychologischen Aspekte des individuellen Erlebens, Wahrnehmens, Erkennens, Bewertens und des Verhaltens zu differieren. Des Weiteren ist es relevant den Entwicklungsverlauf von Wohlbefinden, Gesundheit und Selbstständigkeit zu ermitteln. Psychologische Aspekte in Bezug auf die Langlebigkeit sind genauso bedeutsam wie genetische und biologische oder physiologische Veränderungen. Das subjektive Erleben der eigenen Lebenssituation wird von den meisten alten Menschen als wesentlich empfunden. Wenn sie von den positiven Konsequenzen des Gesundheitsverhaltens überzeugt sind, können sie eine höhere Selbstwirksamkeit, größere Zufriedenheit und einen guten Gesundheitszustand erlangen. Diese subjektive Bewertung ist für die weitere Entwicklung im Leben eines alten Menschen relevant (Martin & Kliegel, 2010, S.12f).

Die Veränderungen durch den Alterungsprozess stehen nicht alleine im Vordergrund, sondern es wird auch von potenziellen Gewinnen im seelischen-geistigen Bereich gesprochen, die das vorhandene Wissen zugänglich machen und daraus

Handlungsstrategien ableiten lassen. Der Zuwachs an Wissen und der Handlungskompetenzen ist nur dann möglich, wenn neuen Erfahrungen offen gegenüber gestanden und so eine bessere Bewältigung von Problemen ermöglicht wird (Kruse, 2008, S.16).

Interessant dabei ist, ob sich im Alter viele Veränderungsprozesse vollziehen und ob es im Alter überhaupt zu einer Veränderung des Verhaltens kommt. Sowohl Veränderungen als auch Stabilität konnten untersucht werden. Diese Veränderungen können unterschiedlicher Form sein und somit ist auch der Verlauf dieser Prozesse von großer Bedeutung. Veränderungsprozesse können differieren, wenn z.B. körperliche Ressourcen wie Kraft nachlassen, kognitive Ressourcen wie Wortschatz zunehmen, soziale Ressourcen ab- oder zunehmen. Keine einzelne Ressource steht für Gewinn, Stabilität oder Verlust, die verschiedenen Ressourcen sollten immer in einem Kontext gesehen werden (Martin & Kliegel, 2010, S.15ff).

Altern wird von der Mehrheit der älteren Personen als eine schwierige Erfahrung bezeichnet, weil sie mit einer wachsenden Diskrepanz mit den entwickelnden Gewinnen und den Verlusten konfrontiert werden (Collins & Smyer, 2005, S.471).

2.2.2. Belastungen im Alter

Im Alter wird es aufgrund der Funktionseinbußen schwierig, mit Belastungen adäquat umzugehen.

Es wurde herausgefunden, dass Männer im Erwachsenenalter eine stärkere Resonanz gegenüber Risikobelastungen aufweisen, während Frauen aufgrund ihres Umgangs mit offenen Gefühlen, Unterstützung in belastenden Situationen einholen. Die subjektive Bewertung von schwierigen Lebenssituationen hat einen erheblichen Einfluss auf das Erleben und letztendlich auf die Bewältigung der Situation (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, 24ff). Nicht nur im mittleren Erwachsenenalter sondern auch im hohen Alter wird man mit belastenden Situationen oder dem „normalen“ Altersprozess konfrontiert. Die Herausforderung ist es, mit mehreren Belastungen erfolgreich umzugehen.

Mit zunehmendem Alter hat man mit vielen Verlusten, Beeinträchtigungen und Bedrohungen zu kämpfen. Die körperliche Leistungsfähigkeit lässt im Alter kontinuierlich nach und Erkrankungen erhöhen sich stetig (Eppel, 2007, S.40). Die Wahrnehmung der physischen Funktionen wird nicht mehr als selbstverständlich empfunden, allerdings wird eine höhere Inzidenz für medizinisch diagnostizierbare Erkrankungen dargelegt (Albani, Gunzelmann & Brähler, 2009, S.237).

Der Abbauprozess im Alter beruht auf physiologische, neurologische und neuropsychologische Veränderungen, die durch Training und Rehabilitationen positiv gesteigert und kompensiert werden können. Jedoch sind diese Übungen im hohen Alter von über 80 Jahren schwierig umzusetzen, weil man oft mit der Pflegebedürftigkeit zu kämpfen hat (Eppel, 2007, S.40f).

Auch die Gedächtnisleistung, insbesondere die des Kurzzeitgedächtnisses, reduziert sich, während das Erleben von chronischen Schmerzen zunimmt. Große Bedenken haben alte Menschen hinsichtlich der befürchteten oder der bestehenden Abhängigkeit (Eppel, 2007, S.40). Die physiologischen Einschränkungen beziehen sich nicht nur auf schwerwiegende Erkrankungen, sondern auch auf Beeinträchtigungen des Alltags. Die Alltagskompetenz ist ausreichend untersucht und wurde mittels standardisierter Skalen ermittelt. Mit Hilfe der ADL Skala („activities of daily living“) werden ausführende Tätigkeiten, wie z.B. Anziehen, Körperpflege bzw. die Hilfsbedürftigkeit für diese Tätigkeiten dokumentiert.

Durch Unterstützung der IADL Skala („instrumental activities of daily living“) werden die Aktivitäten für eine Eigenversorgung, wie z.B. das Einkaufen aufgezeigt (Maercker, 2002, S.12).

Ein weiteres Problem stellt die Ernährung bei alten Menschen dar. Ältere Menschen erfüllen in der Gesellschaft nicht die Richtlinien der nationalen Ernährungsempfehlungen. Das Ernährungsrisiko der älteren Menschen durch geringe Ernährung, Gewichtsverlust, die Einweisung in eine Institution und eine geringe Lebensqualität vermehrt sich und wird oft mit der Mortalität in Verbindung gebracht. Des Weiteren werden physische und soziale Veränderungen mit der abnehmenden Nahrungsaufnahme assoziiert. Krankheiten und lang andauernde Zustände beeinflussen den Appetit und die Nahrungsaufnahme (Vesnaver et al., 2011, S.730).

Durch die reduzierte physische Leistungsfähigkeit kommt es auch zu Mobilitätseinschränkungen und in der Folge zu einer Verschlechterung der sensorischen und motorischen Fähigkeiten. Die älteren Menschen haben sensorische Beeinträchtigungen vor allem durch Seh- und Hörstörungen (Eppel, 2007, S.40; Maercker, 2002, S.12). Brillen und Lupen sind mögliche Kompensatoren, mit denen die Sehleistung wieder gleichermaßen funktionieren kann. Elektronische Hörhilfen sind noch nicht so verbreitet, da die älteren Leute ein Misstrauen, Bedenken sowie fehlinterpretierte Wahrnehmungen haben und sogar paranoide Ideen ableiten. Laut Lindenberger und Baltes werden sensorische Alterseinbußen in hohem Maße mit den kognitiven Verlusten in Verbindung gebracht. Diese wiederum stehen mit dem allgemeinen Intelligenzniveau im Zusammenhang (Maercker, 2002, S.13f).

Das Älterwerden ist oft von Einsamkeit geprägt, die insbesondere bei einem Partnerverlust auf eine unsichere Zukunftsperspektive hindeutet. Eine große Angst, die bei alten Menschen verankert ist, ist jene vor dem schmerzhaften, einsamen Sterben (Eppel, 2007, S.40). Nicht nur die Rollen- und Partnerverluste, die physiologischen und kognitiven Funktionseinschränkungen zählen zu den potentiellen Belastungen im Alter, sondern auch körperliche und psychische Krankheiten, finanzielle Probleme, traumatische Erlebnisse aus dem früheren Leben und das Bewusstmachen des eigenen bevorstehenden Todes (Maercker, 2002, S.14).

Im Alter häufen sich die Krankheiten und die älteren Personen sind oft belastenden Situationen ausgesetzt, die sie zu bewältigen haben. Aufgrund der diversen Einschränkungen, eines multimorbiden Zustandes und eines geringen sozialen Netzes ist die Gefahr höher vulnerabel zu werden.

2.2.3. Vulnerabilität

Im Alter sind die Menschen „sensibler“ und weisen daher eine höhere Vulnerabilität auf. Vulnerabilität steht für Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen und Gesundheitsprobleme. Des Weiteren werden psychopathologische, epidemiologische, genetische, biochemische und psychologische Risikofaktoren erfasst (Görres & Hasseler, 2008, S.175). In der Folge neigen vulnerable Personen zu physischen oder psychischen Erkrankungen oder zu einer unangepassten Entwicklung. Durch Phasen erhöhter Vulnerabilität sind auch erhöhte Risikofaktoren möglich. Als Vergleich werden Übergänge (Transitionen) angeführt, wie der Eintritt in den Kindergarten, der Übergang vom Kindergarten in die Schule und die Zeit der Pubertät, usw. (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011).

Weitere Übergänge sind der Übergang ins Berufsleben, die Geburt von Kindern, die Zeit nach dem Auszug des letzten Kindes aus dem Haushalt, die Pensionierung und die Verwitwung. Das Konzept heißt „social clock“ (Seiffge-Krenke, 1994, S.35), das bedeutet, dass die Ereignisse an ein bestimmtes Lebensalter gebunden sind, und die Entscheidungen in der Gemeinschaft mit ähnlichen Altersgenossen getroffen werden, da sie in einer ähnlichen Situation sind, diese „Lebensaufgaben“ zu bewältigen. Einige Übergänge haben einen biologischen Kontext, wie die Adoleszenz oder Menopause. Kritische Lebensereignisse, auch critical life events genannt, legen den Fokus auf den Zusammenhang der Lebensereignisse, deren Intensität und Häufigkeit.

Des Weiteren hat die Life Event Forschung zum Ziel, physische und psychische Erkrankungen aufgrund dieser oben erwähnten Faktoren zu ermitteln. Belastende Ereignisse im Alter wurden vielfach mit Verlustereignissen in Zusammenhang gebracht. Sowohl Forschungen an Erwachsenen als auch an Jugendlichen haben belegt, dass alltägliche Belastungen in einem hohen Maße mit dem Ausbruch von Symptomen im

Zusammenhang stehen. Wenn Ressourcen bei einem kritischen Lebensereignis mobilisiert werden, wie etwa die soziale Unterstützung, könnte die Belastung dezimiert werden. Es wird auch darauf hingewiesen, dass kritische Lebensereignisse nicht unbedingt mit alltäglichen Stressoren korrelieren. Entscheidend sind die Kumulierung von Belastungen und die Chronizität von Stressoren als einzelne kritische Lebensereignisse, die nur eine geringe Auswirkung auf die Gesundheit haben (Seiffge-Krenke, 1994, S.34ff).

Da der multimorbide Zustand im Alter zunehmend wächst, ist die Häufigkeit von chronisch-degenerativen Krankheiten und dauerhaften Funktionseinbußen besonders zu beobachten. Sehen, Hören, kognitive Fähigkeiten oder auch Mobilität sind Funktionen, die im Alter eingeschränkt sind und nachlassen. Es akkumulieren auch Krankheiten zu mehreren Erkrankungen oder zu schweren Krankheiten, sowie zu Unfallfolgen im Alter. Noch komplexer wird es, wenn die chronischen und degenerativen Krankheiten in ärmeren Bevölkerungsschichten vorkommen. Dann spricht man von so einer doppelten Krankheitsbelastung („double burden of disease“). Bei einer erhöhten Vulnerabilität kommt es zu einer Reduktion von Potenzialen und Ressourcen, die für eine selbstständige Lebensführung verantwortlich sind (Görres & Hasseler, 2008, S.175f).

Sozioökonomische Faktoren, wie Armut und einschneidende Lebensereignisse sind verantwortlich für die Entstehung, Entwicklung und den Verlauf gesundheitlicher Einbußen. Schwierig wird es dann, wenn die Fähigkeit gehemmt ist, widrige Lebenssituationen zu bewältigen (Görres & Hasseler, 2008, S.175f).

Bemerkenswert ist, dass selbst bei einer gesteigerten Zufriedenheit im Alter diese Bevölkerungsgruppe eine signifikante Korrelation zu einer erhöhten Vulnerabilität aufweist. Die Begründung resultiert aus den physiologischen und morphologischen Veränderungen des Organismus, die sich individuell unterschiedlich zeigen. Diese Umformungen können von genetischen Dispositionen sowie Lebenssituationen und der Lebensführung beeinflusst werden. Leistungs- und Anpassungsfähigkeit von Organen und Organsystemen werden reduziert und dadurch wächst die Wahrscheinlichkeit für Krankheiten, Funktionsstörungen und die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, die sich daraus ergeben (Görres & Hasseler, 2008, S.175f).

2.2.4. Coping

Die Reaktionen auf Belastungen werden in der englischen und nicht englischen Literatur als coping bezeichnet. Es wird als ein Vorgang der angepassten Abwehrmechanismen verstanden, der den Umgang mit schwierigen Situationen erleichtert (Stroebe & Stroebe, 1994, S.179).

Alltägliche Herausforderungen, die mit einer gewissen Routine verbunden sind, werden als das Lösen von Problemen bezeichnet. Coping sollte dann zum Tragen kommen, wenn die Bewältigung der Herausforderung mit sehr hohem Aufwand in Verbindung steht, und die vorhandenen Kompetenzen vorerst überschritten werden. Wenn die Bewältigung oder Bedrohung ohne negative Folgen gemeistert wird, dann handelt es sich um Resilienz (Greve et al., 2009, S.173f).

Coping und Bewältigung werden nach der Theorie von Lazarus synonym verwendet, die mit bestimmten Strategien bzw. Reaktionen einhergehen. Zur Bewältigung gehören auch intrapsychische Prozesse, wie Nachdenken, Erinnern, Interpretieren, und Fühlen (Eppel, 2007, S.44f). Als Bewältigung wird das Meistern einer belastenden Situation verstanden, die sich auf den Prozess der internen und externen Anforderungen bezieht. Die eigenen Ressourcen eines Individuums können sich als Folge beanspruchend oder überlastend ergeben (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011, S.100). Es soll zu einer Rehabilitation des Wohlbefindens und der Handlungsfähigkeit kommen. Bewältigungsstrategien in Bezug auf den Verlust oder die Defizite sind Überwinden, Tolerieren, Sich-Erholen und Neuinterpretieren. Zukunftsereignisse, die als Herausforderung gesehen werden können, schaffen für den gegenwärtigen Status und der weiteren Entwicklung gute Bedingungen, die resistent gegenüber Schädigungen sind oder sie kompensieren. Im Hinblick auf die Zukunftsperspektive ist vor allem die Stärkung der Ressourcen ein wesentliches Anliegen (Eppel, 2007, S.44).

Bewältigungsprozesse sind der Ausgangspunkt für das Phänomen der Resilienz. Resilienz tritt dann auf, wenn stabilisierende Bewältigungsprozesse im Einklang mit dem Umgang von belastenden und potenziell bedrohlichen Entwicklungsbedingungen stehen, die keine Einschränkung oder negative Beeinflussung hervorrufen (Greve et al., 2009, S.175).

Da sich die körperlichen und seelischen Defizite durch aktives Handeln nur wenig kompensieren lassen, werden andere Coping-Strategien vorgestellt, die zu einem effizienten Umgang mit den Belastungen führen (Eppel, 2007, S.57). Bis ins hohe Alter sind Reservekapazitäten vorhanden; relevant ist es diese Potenziale durch Interventionen zu mobilisieren (Eppel, 2007, S. 138).

Man kann im Alter auch von „Entwicklungsgewinnen“ sprechen, die Verluste ausgleichen, wie im „Selektions-, Optimierungs- und Kompensations-Modell“ (SOK) nach Baltes und Baltes (1990) beschrieben (Wahl & Schmitt, 2010, S.429). Dieses Modell beschreibt die Einschränkungen im Alter, die als Selektion bezeichnet werden und dadurch die Prioritäten verlagert werden. Vorhandene Kompetenzen sollten gefördert werden und gleichzeitig die Ressourcen gestärkt werden. Ein notwendiger Schritt ist es, diese bestehenden Defizite zu kompensieren (Stoppe, 2009, S.50).

Des Weiteren wird erwähnt, wie ältere Personen die Herausforderungen des Alterns und des erlebten Wohlbefindens meistern. Selektion im alltäglichen Leben könnte beispielsweise die Reduzierung der alltäglichen Aktivitäten sein, sowohl in aktiver als auch in passiver Hinsicht. Mit Kompensation ist gemeint, dass neue und alternative Möglichkeiten verwendet werden, um ein Ziel zu erreichen. Unter Optimierung wird die Mühe von spezifischen Aufgaben und Aktivitäten verstanden, die vermehrt Zeit benötigen. Dieses Modell wird grundsätzlich als Metatheorie der Entwicklung aufgefasst (Nygren et al., 2005, S.354).

In einer anderen Selektivitätstheorie zeigte sich, dass im hohen Alter die emotionalen Ziele überwiegen, wenn kognitive Ziele vorherrschend sind (Nygren et al., 2005, S.S.354), das bedeutet, dass die emotionale Komponente wichtiger wird trotz physischer Einschränkung.

2.3. Grundlegende Persönlichkeitseigenschaften

Die Persönlichkeit stellt im Alter ebenfalls eine wichtige Komponente dar und hat einen Einfluss auf das Wohlbefinden (Stoppe, 2009, S.49). Die Forschung zur Persönlichkeit orientiert sich an der Psychologie und es werden Merkmale über die Lebensspanne hinaus untersucht (Kruse & Wahl, 1999, S.280).

In mehreren Untersuchungen wurde festgestellt, dass eine extravertierte Person und tendenziell bindungs- und kontaktfähigere Persönlichkeit im Alter eine höhere Lebensbewältigung aufweist. Weiteres wurde eindrucksvoll dargelegt, dass eine optimistische Einstellung zum Alter, abgesehen von anderen Variablen, die Lebenserwartung erhöht. Dabei wird dem „will to live“ eine besondere Bedeutung zugemessen (Stoppe, 2009, S.49f).

Besonderes Gewicht wird im Alter auf die kognitive Leistungsfähigkeit gelegt und es werden vorhandene Potentiale, Plastizität und Kapazitätsreserven aufgezeigt. Es gibt auch unzählige Forschungsarbeiten zum Selbst im Alter bzw. zum alternden Selbst, die sich mit den vorhandenen Potenzialen und Entwicklungsfähigkeiten, sowie der Grenzen der Entwicklungsreserven auseinandersetzen. In neueren Arbeiten zur Persönlichkeit wird ein besonderes Interesse auf das Konstrukt der Widerstandsfähigkeit oder Resilienz gelegt. Dabei werden zwei zentrale Konzepte differenziert, zum einen das „Selbst als Produkt“ und zum anderen „das Selbst als Prozess“. Das Selbst wird in diesem Zusammenhang als „Antriebskraft“ dargestellt, die ein erfolgreiches Altern ermöglicht. Ein Beispiel dazu wären das Modell der selektiven Optimierung nach Baltes und Baltes, der kognitiven Umstrukturierung von Thomae und das Modell der akkomodativen und assimilativen Anpassungsprozesse von Brandstädter (Kruse & Wahl, 1999, S.280).

Es drängt sich die Frage auf, was grundlegende Persönlichkeitseigenschaften sind. Es haben sich fünf große Persönlichkeitsmerkmale herausgebildet, die von den amerikanischen Psychologen Costa und Mc Crae identifiziert worden sind:

- *Neurotizismus*: Anfälligkeit für Stress und Belastungen unterschiedlichster Art
- *Extraversion*: Suche nach sozialer Gemeinschaft in der Öffentlichkeit
- *Offenheit*: für neue Erfahrungen und Toleranz gegenüber anderen Meinungen
- *Verträglichkeit*: konflikthafte oder ausgleichendes Handeln

- *Gewissenhaftigkeit*: Zuverlässigkeit, Organisation der eigenen Handlungen und die Übernahme von Verantwortung (Wahl & Schmitt, 2010, S.431).

Resultate von Langzeitstudien der Persönlichkeit ergaben, dass diese Merkmale im Laufe des Erwachsenenlebens und Alterns relativ stabil bleiben (Wahl & Schmitt, 2010, S.431). Mit relativ stabil ist gemeint, dass sie ihre Ausprägungen bis ins höchste Lebensalter erreichen, was jedoch mit normativen Veränderungen verbunden sein kann, Beispiele dazu sind ein Rückgang des Neurotizismus, der Offenheit und der Extraversion mit dem Altwerden. Kontakthäufigkeiten bestehen hauptsächlich durch vertraute Personen, die emotionale Verbundenheit zeigen (Wahl & Schmitt, S.431f).

Es ist notwendig zu erfahren, wie Personen im hohen oder extrem hohen Alter ihre Probleme bewältigen. Es ist wichtig zu erkennen, wie sie sich an ihre neuen Lebensumstände anpassen und darauf reagieren.

Um im Alter mit Belastungen adäquat umgehen zu können, bedarf es weiterer Persönlichkeitskonzepte und somit zusätzlicher Bewältigungsstrategien (Wahl & Schmitt, 2010, S.432).

Nachfolgend werden zwei Ansätze aus der Resilienzforschung beschrieben:

- Resilienz als Personeneigenschaft
- Resilienz als Person – Umwelt – Konstellation

2.3.1. Resilienz als Personeneigenschaft

In dem Konzept der Resilienz, eine Art der psychischen Widerstandsfähigkeit, sind Personen mit Schutzfaktoren ausgestattet, die begünstigende Wirkung gegenüber belastenden Lebenssituationen aufweisen.

Es wird der Frage nachgegangen: „*Wie und warum sind einige Personen, die ein erhöhtes Risikoprofil aufweisen, resistent gegenüber der Manifestation von Krankheiten oder deren Folgen*“ (Knoll et al. 2011, S.127)?

Persönlichkeit und Gesundheit liegen für einige Forscher nah beieinander, denn sie wollen schon seit längerer Zeit den Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen als Risikofaktoren beispielsweise für die Krebsentstehung herausfinden. In diesem Kontext wird der Fokus nicht auf die medizinischen Faktoren gelegt, es wird das Interesse bewusst auf die gesundheitserhaltenden oder –fördernden Maßnahmen gerichtet. In Bezug auf die Resilienz sind Schutzfaktoren, Resilienzfaktoren oder personale Ressourcen von besonderer Bedeutung (Weber, 2005, S.129).

In diesem personenzentrierten Ansatz geht es darum, Stressresistenz und Widerstandsfähigkeit als Charaktermerkmale festzustellen. Diese Theorie erklärt, dass bei einem gewissen Prozentsatz von Personen ein Risikofaktor identifiziert wird wie z.B. Adipositas. Es ist relevant, dass keine negativen Konsequenzen über einem längeren Zeitraum auftreten. Resilienz wird in diesem Kontext als *stabile, situationsübergreifende Eigenschaft* gesehen (Knoll et al., 2011, S.128f). Sie kann negative Auswirkungen von Stress abpuffern und die Adaption an die belastende Situation fördern. Physische und psychische Ressourcen helfen trotz widriger Umstände, über die Situation hinaus zu wachsen (Jacelon, 1997, S. 124).

Resilienz wird als notwendige Ressource angesehen, die auch bei psychischen Erkrankungen zu einem Therapieerfolg beitragen kann. Ausgehend von den „resilienten Faktoren“ stellt sich die Frage, ob diese auch präventiv eingesetzt werden können. Auf der einen Seite kann eine ausgeprägte Resilienz eine psychische Krankheit nicht verhindern und daher kann man von einer primären Prävention nicht ausgehen. Auf der anderen Seite kann eine ausgebildete Resilienz in der Sekundärprävention hilfreich sein, da sie den PatientInnen einen positiveren, erfolgreicherer und produktiveren Umgang mit ihrer Erkrankung gewähren. Ein wichtiges Einschätzungskriterium kann die Resilienzsкала nach Wagnild und Young (1993) sein (Kasper et al., 2008, S.5).

Sie haben Resilienz als ein persönliches Resilienzpotenzial definiert und eine Skala entworfen, um diese persönliche Fähigkeit einschätzen zu können.

Nachfolgend wird die Skala folgendermaßen dargestellt:

		1 = nein					7 = ja	
		Ich stimme nicht zu					stimme völlig zu	
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7
9	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7

Abbildung 5: Resilienzskala nach Wagnild & Young 1993

(Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß & Brähler, 2004, S. 26)

Wichtige Merkmale haben sich aus dieser Resilienzskala herauskristallisiert:

- Lebensziel
- Optimismus
- Herausforderungen annehmen
- Altruismus
- Moralisches Wertesystem
- Vertrauen und Spiritualität
- Humor
- Verinnerlichtes Rollenmodell
- Soziales Netz
- Training in Resilienz (Widenhorn, 2009, S. 4)

Eine weitere Skala, mit der das Auftreten von Resilienz untersucht wird, ist die PANAS-Skala. Diese Skala ermittelt das emotionale Wohlbefinden als Balancezustand zwischen positiven und negativen Gefühlen (Kruse & Wahl, 1999, S.287).

2.3.2. Resilienz als Person – Umwelt – Konstellation

In Anbetracht der Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal oder als Person- Umwelt-Konstellation drängt sich die Frage auf, inwieweit Resilienz als fixe Charaktereigenschaft gesehen wird oder als äußerer Umweltfaktor, der flexibel zu variieren ist.

Resilienz wird als dynamischer Prozess verstanden, der zu jedem Zeitpunkt des Lebens erlernt werden kann (Jacelon, 1997, S.126).

Personenmerkmale und Umweltmerkmale sind relevante protektive (resilienzfördernde) Faktoren die zur Anpassung der individuellen Lebenssituation beitragen (Knoll et al. 2011, S.133). Protektive Faktoren werden als Reaktion auf die vorhandenen Risiken gesehen (Jacelon, 1997, S.126). Unter Personenmerkmale werden z.B. Intelligenz, Selbstkonzept, Ziele, Persönlichkeit und Bewältigungsstrategien verstanden. Im Gegensatz dazu werden Umweltfaktoren als soziales Netzwerk, elterlicher Erziehungsstil, schulische Förderung beschrieben. Beide Faktoren haben einen erheblichen Einfluss und sind modifizierbar, das bedeutet, dass es in jeder Lebensetappe ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich der eigenen Lebenssituation und der Gesundheit gibt. Rutter vertritt die Auffassung, dass ein Verlust einer primären Bezugsperson im Kindesalter nicht automatisch zu einer negativen Entwicklung führt, sondern ein Schutzfaktor für die weitere Entwicklung sein kann, weil man früh erfolgreiche Bewältigungsstrategien und persönliche Bewältigungskompetenz erlernt. Dieses Konzept besagt, dass man jederzeit die Möglichkeit hat, sein individuelles Potenzial zu verändern. Um Bewältigungsstrategien anwenden zu können, müssen Risikofaktoren wie z.B. Armut, Übergewicht und Mangelernährung identifiziert werden (Knoll et al. 2011, S.133f).

Persönlichkeitsmerkmale zu erkennen, die schützend einer Krankheit oder einem Trauma widerstehen, räumen interessante Aspekte in der Forschung ein (Atkinson, Martin & Rankin, 2009, S.142).

2.4. Gesundheit

Krankheiten oder ein sich verschlechternder Gesundheitszustand können die Lebensqualität eines älteren Menschen erheblich beeinflussen.

Das Konzept Resilienz ist zunehmend relevant im Bereich der Gesundheit, sowohl für die physische als auch mentale Gesundheit (Atkinson et al., 2009, S. 138).

Eine gute mentale Gesundheit unterstützt die Personen, um negative Erfahrungen wie physische Einschränkungen und Verluste zu bewältigen (Nygren et al., 2005, S.360). Psychosoziale Resilienz ist für das spätere Leben notwendig, um sich psychosozialen Situationen erfolgreich anzupassen und sie wird mit mentaler Gesundheit assoziiert (Windle, Markland & Woods, 2008, S.285).

Laut Wurm und Tesch-Römer (2005) haben soziale Beziehungen, insbesondere die soziale Unterstützung, psychische Aspekte wie das Selbstkonzept und die Bewältigungsmechanismen, der konkrete Lebensstil und das Gesundheitsverhalten einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.78). Soziale Beziehungen können auf der einen Seite unterstützend wirken und positiv für den Gesundheitszustand sein, auf der anderen Seite können sie auch belastend sein und zu einer Disharmonie führen, die nicht besonders förderlich für den Gesundheitszustand eines alten Menschen sind (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.81). Nicht nur soziale Komponenten sind von Bedeutung sondern auch die individuellen Faktoren in Bezug auf das Selbstkonzept und der Bewältigungsmechanismen stehen im Zentrum (Pinquart, Fröhlich & Silbereisen, 2006, S.347).

2.4.1. Gesundheitsbegriff

Gesundheit ist ein mehrdimensionaler Begriff, der physische, psychische, emotionale, soziale, seelische (spirituelle) und gesellschaftliche Dimensionen mit einbezieht. Gesundheit wird in einem philosophischen Sinn als die Entfaltung des persönlichen Potenzials betrachtet, mit der Intention die Lebensqualität zu verbessern (Steinbach, 2011, S. 27).

Gesundheit bezieht sich oft auch auf das Gleichgewicht zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Wenn dieses Gleichgewicht nicht aufrecht erhalten wird, kann sich ein Ungleichgewicht und als Konsequenz Krankheiten entwickeln. Ein Frühstadium von Krankheiten wird etwa durch Stress, ungesunde Ernährung, schlechte psychische Verfassung oder anderer Risikofaktoren hervorgerufen. Um wieder in das Stadium der Gesundheit und nicht weiter in das Krankheitsstadium zu kommen, ist es relevant, die eigenen Abwehrkräfte zu stärken, Risikofaktoren zu vermeiden, rekonvaleszent und rehabilitiert zu sein (Steinbach, 2011, S.117).

2.4.2. Gesundheitliche Resilienz im Alter

Bisher wurden Resilienzuntersuchungen hauptsächlich bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt, die sich in widrigen Umständen (etwa durch Vernachlässigung, Misshandlung der Eltern oder durch Armut) gut entwickelten oder die schwere Traumata (z.B. durch Kriegserlebnisse oder zeitigen Tod der Eltern) erlebten und die sich dennoch körperlich und mental gut entwickelten (Mergenthaler, 2012, S.72). Nur wenige haben sich bis jetzt mit Resilienz im Alter beschäftigt und sind der Frage nachgegangen, wie Resilienz bis ins hohe Alter erreicht werden kann (Hildon et al., 2008, S.726).

Aber gerade im Bereich des Alterns wäre es notwendig Methoden zu entwickeln, wie im Alter Resilienz gefördert werden kann. Personen müssen sich in der „Altersphase“ mit belastenden Situationen auseinandersetzen, auf der einen Seite mit den Alterserscheinungen und deren Folgen und auf der anderen Seite können einschneidende Erlebnisse die Situation zusätzlich erschweren. Ergebnisse von gerontologischen Konzepten zeigen, dass gesundheitliche Verbesserungen bis ins hohe Alter möglich sind, wenn die Ressourcen aktiviert werden (Mergenthaler, 2012, S. 73).

Besonderes Gewicht wird auf die positiven und aktiven Veränderungschancen der kognitiven und physiologischen Alterungsprozesse gelegt, in denen Reservekapazitäten zum Tragen kommen. Diese Reserven beziehen sich sowohl auf intrinsische (z.B. Intelligenzreserven) als auch extrinsische Ressourcen (z.B. altersgerechte Gestaltung der Wohnung oder des Wohnumfeldes). Es geht darum, diese Reserven zu nutzen und zu

mobilisieren, um altersspezifische Belastungen und Herausforderungen zu bewältigen (Mergenthaler, 2012, S.73).

Resilienz wird durch folgende zwei Methoden unterschieden, die die Basis vieler Definitionen bilden:

- Auftreten eines *bedrohlichen Ereignisses* (wie z.B. Tod der EhepartnerInnen, Naturkatastrophen) oder *widriger Lebensumstände* (wie z.B. Armut, chronische Krankheit)
- *Positive Anpassung* an eine Risikosituation (Wachstum, z.B. durch psychische Stabilität, gesundheitliches Wohlbefinden)

Im hohen Lebensalter kommt noch eine dritte „Methode“ dazu, denn es können chronische Belastungen und akute Traumata vermehrt auftreten. Der positive Umgang mit den individuellen und sozialen Verlusten (wie z.B. durch den Tod eines nahestehenden Menschen), stellt eine Herausforderung dar, mit dieser Situation fertig zu werden. Der Perspektivenwechsel vom pathogenetischen Blickwinkel, der Vermeidung von Risiken, zu einem salutogenetischen, der Stärkung von gesundheitsfördernden Ressourcen, wurde als zentrales Element in den Human- und Sozialwissenschaften betrachtet (Mergenthaler, 2012, S.73).

2.4.2.1. Salutogenese

Den Blick hinweg vom pathologischen zum salutogenetischen Konzept, wagte der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky, welcher den Begriff der Salutogenese erstmals formulierte. Aus dieser Sichtweise entstanden Fragen wie: „Wie entsteht Gesundheit?“ oder „Warum bleiben Menschen gesund?“

Er wollte die salutogenetischen Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen untersuchen. Sowohl dieses Konzept als auch weitere AutorInnen- und Denkschulen haben zu einem Paradigmenwechsel geführt. Der neue Blick richtet sich auf die gesundheitserhaltenden Faktoren (Salutogenese) und nicht mehr auf die krankheitsbedingten Störungen (Pathogenese) (Bischof, 2010, S.26).

Die Salutogenese ist ein Konzept, das sich auf Ressourcen und Schutzfaktoren konzentriert. Auch die Resilienz legt den Fokus auf den Prozess der positiven Anpassung und der Bewältigung von Situationen. Resilienz hat somit einen starken Bezug zur Salutogenese (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2011, S.13f).

Gesundheit und Krankheit werden im Sinne von Antonovskys salutogenetischem Konzept als ein Kontinuum gesehen, und nicht als abgrenzbare Kategorien „Gesundheit“ und „Krankheit.“ Im Zentrum stehen gesundheitserhaltende Maßnahmen und das Bewältigungsverhalten unter widrigen Bedingungen. Seine Untersuchung zielte darauf ab, die psychische Gesundheit bei Frauen aus Israel während des Einflusses des Klimakteriums (Wechseljahre) zu erforschen. Er untersuchte Frauen zwischen 1914 und 1923, die in Mitteleuropa geboren wurden, und während des Nationalsozialismus in den Konzentrationslagern waren, sowie jene Frauen gleichen Alters, die nicht deportiert wurden. Interessant an diesem Resultat ist, dass nicht alle die die Zwangsdeportierung in einem Konzentrationslager überlebten, automatisch eine gesundheitliche Störung entwickelten. Ein Drittel der untersuchten Frauen gab an, sich in guter psychischer und physischer Verfassung zu fühlen trotz Deportation und Terror. 51% der Frauen, welche keine Deportation erlebt hatten, teilten mit, dass sie sich in guter psychischer und physischer Verfassung befanden. Nur 29% der Überlebenden gaben an, dass sie sich psychisch und physisch gesund fühlten (Reimann & Hammelstein, 2006, S.14).

Es geht in diesem Salutogenesekonzept um die Gesundheitserhaltung eines Menschen. Für Antonovsky stellte sich folgende Leitfrage: *„Was erhält einen trotz vieler Widrigkeiten, negativer Umstände und ungünstiger Bedingungen gesund?“* (Reimann & Hammelstein, 2006, S.14).

Die Salutogenese von Antonovsky geht davon aus, dass dem Menschen Ressourcen zur Verfügung stehen, welche zur erfolgreichen Bewältigung widriger Situationen beitragen. Es handelt von der Ressourcenstärkung eines Individuums, um ihn vor Risiken widerstandsfähiger zu machen. Als Bewältigungsstrategie wird in seinem Konzept das Gefühl der Kohärenz erwähnt, die als personelle Ressource verstanden wird (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2011, S.13ff).

Grundsätzlich kann man zwischen internen und externen Ressourcen unterscheiden, welche als generelle Widerstandsressourcen (generalised resistance resources) zusammengefasst werden. Unter internen Ressourcen werden die persönlichen

Eigenschaften verstanden, wie zB. Ich-Stärke, körperliche Konstitution und Wahrnehmung der eigenen Wünsche. Externe Ressourcen bezeichnen die materielle und soziale Unterstützung und den sozialen Status sowie die berufliche Integration. Der Psychiater Karl Menninger beschreibt schon Jahre zuvor dieses Kontinuum von Gesundheit und Krankheit als eine Art Stressbewältigungskompetenz, die er in seinem Buch „das Leben als Balance“ veröffentlichte. Um wieder auf Antonovskys Konzept zurückzukommen, unterscheidet er das Kontinuum von Krankheit und Gesundheit als ein Kohärenzgefühl (sense of coherence). Dieses Kohärenzgefühl, ein Gefühl von Zusammengehörigkeit, wird in drei Komponenten aufgeteilt:

- Verstehbarkeit (comprehensibility)
- Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (manageability)
- Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit (meaningfulness) (Reimann & Hammelstein, 2006, S.15ff).

Die Komponente Verstehbarkeit besagt, dass ein Mensch die Umwelt als strukturiert, geordnet, konsistent und erklärbar vorhanden sieht. Selbst spontane Ereignisse werden in ein geordnetes System gebracht. Die Komponente Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit weist darauf hin, dass die Anforderungen, die von der Umwelt gestellt werden, durch die Bewältigung von Ressourcen gemeistert werden. Durch ein hohes Maß an Handhabbarkeit bleibt man nicht in der Opferrolle verharren, sondern kann sich entsprechend der jeweiligen Situation anpassen. Die Komponente Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit legt den Schwerpunkt auf das Kohärenzgefühl. Aus dieser Sinnhaftigkeit können soziale Bindungen und auch konkrete Handlungsziele entstehen (Reimann & Hammelstein, 2006, S.16).

In das Modell der Salutogenese lässt sich der Resilienzansatz integrieren und sinnvoll erweitern (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S.14).

Der Kohärenzsinn überschneidet sich auch mit anderen Konzepten wie *Optimismus*, *Selbstwirksamkeitserwartungen* und *Kontrollüberzeugungen* (Knoll et al., 2011, S.131). Mit Optimismus ist gemeint, auch bei fortbestehenden Misserfolgen eine optimistische Zukunftsperspektive zu haben. Beim Konzept Selbstwirksamkeit (self-efficacy) handelt es sich um zwei Formen der Wirksamkeitserwartungen. Zum einen um die

Verhaltenswirksamkeit, die das subjektive Wissen einsetzt, um negative Ereignisse zu verhindern und zum anderen um die Selbstwirksamkeit, die das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten besitzt. Zu Kontrollüberzeugungen (locus of control) werden interne und externe Kontrollüberzeugungen gezählt. Es geht darum, ob das eigene Verhalten als interner Faktor, wie z.B. Fähigkeiten oder externer Faktor, wie z.B. Schicksal, Zufall bewertet wird (Hornung & Gutscher, 1994, S.78). Wie bereits erwähnt, besteht eine Schwierigkeit darin, den Kohärenzsinn als „eigenständiges“ und abgrenzbares Konzept zu betrachten (Knoll et al., 2011, S.131).

2.4.2.2. Hardiness

Ein weiteres verwandtes Konzept, das in der Resilienzforschung als relevant angesehen wird, ist Hardiness, die Widerstandsfähigkeit, von Kobasa (Knoll et al., 2011, S.131).

Unter Hardiness wird die Eigenschaft verstanden, robust widrige Umstände zu überstehen. Hardiness wird als Charaktereigenschaft beschrieben, die die Belastung des extremen Stresses abmildern kann und die Widrigkeiten des Lebens „aushält“. Im Unterscheid dazu wird Resilienz als verbessertes adaptives Ergebnis verstanden, während Hardiness keine positiven verändernden Resultate zeigt (Earvolino-Ramirez, 2007, S.80). Die Autorin untersuchte extrem gestresste Personen und dabei fiel ihr auf, dass die Personen eine niedrige Inzidenzrate von Krankheiten aufzeigten. Sie prägte den Begriff „cognitive hardiness“, welche für Personen steht, die mit besonderen Kognitionen ausgestattet sind:

- Glaube an Kontrolle über die eigene Lebenssituation („control“)
- Hohes Engagement für Pläne und Handlungen („commitment“)
- Suche nach Herausforderung in neuen Situationen („challenge“) (Knoll et al., 2011, S.131)

Personen mit diesen Eigenschaften glauben, ihr Leben unter Kontrolle zu haben. Sie zeichnet Selbstständigkeit, Engagement für ihre Ziele und persönliche Bindung aus. Selbst bei negativen und stressreichen Ereignissen, bewahren sie Contenance und bringen

erhöhte Selbstsicherheit zum Ausdruck. Hardiness wurde vorerst als Charaktereigenschaft identifiziert, welche stresspuffernde Wirkung und somit einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zeigt, unabhängig davon, welche Art von Stressor auftritt. In anderen Studien wurde ein direkter Nachweis von Hardiness auf die Gesundheit untersucht, unabhängig vom Auftreten eines Stressors. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass bei einer Person mit hoher Hardiness Ausprägung, problemfokussierte Bewältigungsstrategien häufiger zum Einsatz kommen. Die Resultate waren in dieser Hinsicht von Bedeutung, weil Personen mit hoher Ausprägung von Hardiness weniger Stress wahrgenommen hatten. Das wäre eine Erklärung, dass Hardiness zu einem gewissen Teil ein Schutzfaktor für die Gesundheit ist (Knoll et al., 2011, S.131f).

Ein Kritikpunkt dieser Studie ist, dass keine kausalen Zusammenhänge aufgezeigt wurden. Gesündere Personen können demnach mehr Hardiness besitzen, weil sie von den Belastungen chronischer Krankheiten gefeit sind (Knoll et al., 2011, S.132).

2.4.2.3. Risiken

Die Resilienzforschung geht folgender komplexen Fragestellung nach: „*Welche Faktoren sind bei welchen Risikofaktoren, unter welchen Bedingungen und bei welcher Population relevant*“ (Reimann & Hammelstein, 2006, S.19)? Es stellt sich weiters die Frage, wie sich ältere Menschen unter diesen Umständen den Herausforderungen des Lebens gewachsen fühlen, insbesondere mit den Mehrfachverlusten? Wie können ältere Menschen ihr Leben physisch und psychisch bewältigen trotz der Defizite und Einschränkungen (Wahl & Schmitt, 2010, S. 428f)?

Im hohen Alter hat man häufig mit Verlusten zu „kämpfen“ und es können zusätzlich äußere Bedingungen, wie soziale Unterstützung, nicht gegeben sein. In der Folge sind die alten Personen von der Außenwelt isoliert und es bleibt ihnen nur die persönliche Bewältigung der eigenen Situation. Daher ist es von hoher Relevanz, sich auch im hohen Alter Situationen flexibel anzupassen und persönliche Ressourcen anzuwenden. Es geht darum, Fähigkeiten und Potenziale zu mobilisieren, um Probleme adäquater bewältigen zu können. Resilienzfaktoren sollen Aufschluss darüber geben, wie man sich vor widrigen Umständen „schützen“ bzw. wie man daran wachsen kann.

Der Fokus der Resilienzforschung liegt nicht auf den negativen Aspekten und Auswirkungen, sondern auf den positiven (resilienzfördernden) Faktoren. Neben den Risikofaktoren werden die positiven Auswirkungen (z.B. Kompetenzen, Fähigkeiten) und auch negativen Auswirkungen (z.B. Entwicklung einer psychischen Störung) untersucht (Reimann & Hammelstein, 2006, S.19).

Das Konzept Resilienz ist sehr komplex, weil es schwierig ist, die Faktoren auf direktem Wege zu beobachten. Resilienz resultiert indirekt über zwei Konstrukte, der Risikoexposition und der positiven Anpassung. Auffallend in diesem Zusammenhang sind auch die Risikoindikatoren, die anzeigen, dass unter bestimmten Bedingungen zu einer maladaptiven Entwicklung des Individuums kommen kann. Ein Beispiel dazu wäre ein Kind, das eine Scheidung erlebte. Erstens werden Risikofaktoren identifiziert (Art der Trennung, sozioökonomische Veränderungen), zweitens wird eine positive Anpassung untersucht (Sozialverhalten, Selbstwert, Aspekte der Emotionsregelung) und drittens werden potenzielle Resilienzfaktoren erfasst (Reimann & Hammelstein, 2006, S.19).

Mit den Risikofaktoren (Vulnerabilität) nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass in einer belastenden Situation nicht angemessen reagiert und dadurch der Entwicklungsverlauf gefährdet wird. Des Weiteren erhöht sich der Stress und das Coping wird dadurch erschwert. Bei einer Nichtbewältigung eines belastenden Ereignisses kann es zu einer dauerhaften Stresssituation kommen. Aus diesem Verhalten resultiert wiederum ein beeinträchtigtes subjektives Wohlbefinden und eine „objektiv messbare“ physische und psychische Krankheit, die ein negatives Problemverhalten aufzeigen (Eppel, 2007, S.36f).

Weiteres ist die Bewältigung von Lebenssituationen schwieriger, wenn die Resilienz beeinträchtigt ist. In der Nanda International wird die beeinträchtigte individuelle Resilienz als „*reduzierte Fähigkeit, ein Muster positiver Reaktionen auf eine nachteilige Situation oder Krise aufrechtzuerhalten*“, definiert (Nanda, 2010, S.275).

Laut Nanda (2010) sind folgende Faktoren maßgeblich, die einen Einfluss auf die beeinträchtigte individuelle Resilienz haben:

- Demographische Gründe, die die Wahrscheinlichkeit der Fehlanpassung steigern
- Drogenkonsum
- Geschlecht
- Inkonsistente elterliche Fürsorge

- Geringe Intelligenz
- Geringer Bildungsstand der Mutter
- Großfamilie
- Minderheitenstatus
- Psychische Krankheit der Eltern
- Geringe Reizkontrolle
- Armut
- Psychologische Störungen
- Vulnerabilitätsfaktoren, die Hinweise auf verstärkende negative Auswirkungen des Risikozustands geben
- Gewalt
- Gewalt in der Nachbarschaft (Nanda, 2010, S.275)

Im Alterungsprozess sind Risikofaktoren und protektive Faktoren zu unterscheiden. Beide Faktoren legen das Augenmerk auf die individuumszentrierten Bedingungen. In der nachfolgenden Abbildung werden Risikofaktoren und protektive Faktoren von erlebenden Alternden dargestellt, dabei spielen internale und externale Bedingungen eine besondere Rolle (Heuft, Kruse & Radebold, 2000, S. 46):

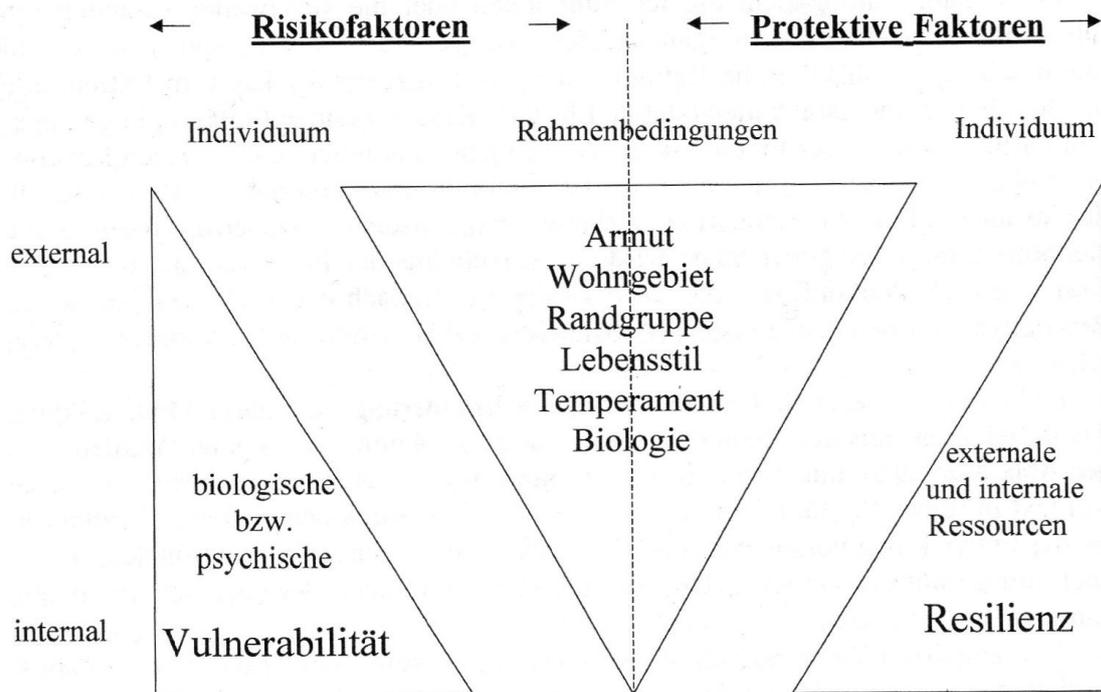


Abbildung 6: Unterschied Risikofaktoren / protektive Faktoren

(Heuft, Kruse & Radebold, 2000, S.46)

Wie oben verdeutlicht, wird unter Rahmenbedingungen externe Faktoren verstanden, z.B. geringe soziale Bildung, Armut im Alter, problematische Wohngebiete wie nicht altersgerechte Wohnungen und Randgruppenzugehörigkeit. Zu Risikofaktoren wird die Vulnerabilität gezählt. Mit protektiven Faktoren sind Schutzfaktoren gemeint, die auf das Konzept der Resilienz zurückführen. Dabei sind internale und externale Ressourcen von besonderer Bedeutung. Nach diesen Beschreibungen sind Resilienz und Vulnerabilität keine stabilen Persönlichkeitsmerkmale, sondern verändern sich im Laufe der Zeit. Es wird darunter eine konstitutionelle Resilienz bzw. Vulnerabilität und eine Resilienz bzw. Vulnerabilitätsentwicklung verstanden. Diese Zusammenhänge machen deutlich, dass im Alter die ansteigende biologische Vulnerabilität psychische Leistungen erfordert, die eine Anpassung benötigen (Heuft et al., 2000, S. 46f).

Die möglichen Beziehungen von Vulnerabilität, Rahmenbedingungen und Resilienz stehen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit oder Krankheit. Aus den nachfolgenden Erläuterungen wird deutlich, wie wichtig es für die Gesundheit ist, in hohem Maße resilient zu sein:

- Hohe Vulnerabilität + ungünstige Bedingungen + geringe Resilienz → steigendes Krankheitsrisiko
- Hohe Vulnerabilität + günstige Bedingungen + geringe Resilienz → steigendes Krankheitsrisiko
- Ungünstige Bedingungen + Gleichgewicht zwischen Vulnerabilität und Resilienz → gleichbleibendes Krankheitsrisiko
- Geringe + ungünstige Bedingungen + hohe Resilienz → gleichbleibendes Krankheitsrisiko
- Geringe Vulnerabilität + günstige Bedingungen + hohe Resilienz → sinkendes Krankheitsrisiko (Heuft et al., 2000, S.47).

2.4.2.4. Stress

Die psychologische Forschung hat sich in den letzten 30 Jahren zunehmend mit den Erfahrungen von Stress bzw. Belastung auseinander gesetzt. Stress kann ein negativer Faktor sein, um den Gesundheitszustand zu reduzieren. Eine veränderte Perspektive in diesem Bereich zeigte, dass zunächst Belastungen, insbesondere Krisen, Risikofaktoren für die Entwicklung und Gesundheit sind. In entwicklungspsychologischen Arbeiten wird ein Doppelcharakter von Stress bzw. Krisen identifiziert. Es besteht durch hohe Stressbelastung das Risiko zu scheitern, persönlichen und sozialen Schaden zu nehmen. (Eppel, 2007, S. 15). Kann man sich der belastenden Situation nicht anpassen, spricht man von einer Anpassungsstörung.

Laut Pschyrembel wird eine Anpassungsstörung folgendermaßen deklariert:

„(psychologisch) Bezeichnung für subjektive Bedrängnis und emotionale Beeinträchtigung, die im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach kritischen Lebensereignissen auftritt und meist nicht länger als sechs Monate andauert. Betroffene sind ängstlich, depressiv, fühlen sich handlungsunfähig und können den Alltag nur schwer bewältigen“ [...] (Pschyrembel, 2003, S.31)

Belastungsfaktoren bzw. Stressoren stehen im Zusammenhang zu Stressreaktionen und werden nach Pearlin (1989) in folgenden drei Kategorien aufgelistet:

- **kritische Lebensereignisse**, z.B. der unerwartete Verlust einer wichtigen Bezugsperson, Trennung oder Scheidung, das plötzliche Eintreten einer schweren Krankheit, Arbeitsplatzwechsel oder Verlust des Arbeitsplatzes
- **chronische Belastungen**, z.B. Doppelbelastungen durch Arbeit und Haushalt, körperliche und psychische Belastungen in der Arbeitswelt, lang andauernde Arbeitsüberlastungen, enttäuschte Karriereerwartungen, andauernde Konflikte mit dem (Ehe-)Partner, emotionale Spannungen mit den Kindern, lang andauernde Krankheiten
- **schwierige Übergänge (Transitionen) im Lebenszyklus**, z.B. von der Kindheit ins Erwachsenenalter, von der Schule in die Arbeitswelt, von der Arbeitswelt ins Rentnerleben (Blättner & Waller, 2011, S.38).

Es kann sich aber auch die Chance ergeben, durch die gegebenen Herausforderungen stärker zu werden, neue und persönliche Ressourcen zu entfalten und über sich hinaus zu wachsen (Eppel, 2007, S. 15).

Stress, der durch belastende Ereignisse hervorgerufen wird, wird überwiegend als körperliches Reaktionsmuster definiert. Demgegenüber beeinflussen psychosoziale Variablen den psychischen Gesundheitszustand eines Menschen. Der Zusammenhang zwischen Stress und mentaler Gesundheit wurde ausgiebig untersucht. Bemerkenswert ist, dass Stress ein auffälliger, salienter Faktor in der psychischen Gesundheit eines älteren Menschen ist. Beispielsweise als Witwe oder Witwer ist es wichtiger, den aktuellen Messwert von Stress zu erhalten als den begleitenden Verlust. Nach Bonanno & Kaltmann (2001) wurde gezeigt, dass bei einigen Personen nach dem Tod eines geliebten Menschen wenig Stress bzw. gar keinen Stress zeigten (Rossi, Bisconti & Bergemann, 2007, S.865).

2.4.2.4.1. *Physiologische Reaktionen auf Stress*

Seyle (1976), welcher den Begriff Stress prägte, stellte fest, dass bestimmte Körperreaktionen unter extremen Belastungsfaktoren (Stressoren) wie durch Überhitzung oder einer Infektion, auftreten. Stress hat nachweislich einen Einfluss auf das Gesundheitssystem, die Ursachen werden zu einem bestimmten Teil den organischen Veränderungen im Stoffwechsel, im Immunsystem und im autonomen Nervensystem zugeschrieben. Seyle bezeichnet diesen Vorgang, welcher physische Reaktionen des Körpers hervorrief, als „Stress“. Es lag das Konzept nahe, dass ein Körperteil, der erneut einer Belastung ausgesetzt war, in der Abwehr drei differente Stadien durchlaufen würde, die als *allgemeines Adaptionssyndrom* zusammengefasst werden (Stroebe & Stroebe, 1998, S.190ff).

Es drängt sich die Frage auf, wie sich physiologischer Stress auf die Gesundheit auswirkt.

Die erste Phase wird Alarmreaktion (Alarm Reaction Stage) genannt, in dieser Phase wird der Körper in eine Schockphase geführt. Daraus resultiert eine geringere Widerstandskraft aufgrund des Blutdruckabfalls, einer Tachykardie (Herzrasens) und Hypoglykämie (Unterzuckerung). Auf die Alarmreaktion folgt die Widerstandsphase (Resistance Stage), in der die Energiereserven aktiviert werden und es kommt auch zu einer Hypertrophie (Vergrößerung) der Nebennierenrinde. In der dritten Phase Erschöpfungsphase (Exhaustion Stage) geht es vor allem darum, dass Energiereserven verbraucht werden und keine Adaption an die Stresssituation mehr erfolgt (Knoll et al. 2011, S.88ff). Ein Organismus, welcher nicht einer Anpassung einhergeht, nannte er „Adaptionskrankheiten“. Es liegt eine Störung vor, die nicht bewältigt werden kann. (Stroebe & Stroebe, 1998, S.192).

Ein neueres Konzept in der psychophysiologischen Forschung nach Bruce McEwen lautet, dass akuter Stress zu einer höheren Immunabwehr führt (Knoll et al., 2011, S. 90). Akuter Stress bildet an sich noch keine Gefahr, im Gegenteil, denn zunächst wird die Immunfunktion durch den akuten Stress gestärkt. Ist der Mensch jedoch nicht in der Lage mit der stressreichen Situation fertig zu werden und bleibt der Stress konstant, kann dieser Vorgang zu Gesundheitsschäden führen, z.B. zur Immunsuppression oder zu Zellveränderungen der Nerven (Knoll et al., 2011, S.90).

Unter starken Stresssituationen versteht man unter anderem Gewaltsituationen, Naturkatastrophen oder den Tod nahestehender Menschen. Als häufigste Reaktion betreffend Stress zeigt sich die „fight or flight“- Reaktion, die Kampf oder Fluchtreaktion bedeutet. Die Widerstandskraft wird dadurch erhöht (Kasper et al., 2008, S.3).

Sein Konzept beruht auf der allostatiscen Regulation und der allostatiscen Belastung, das heißt, dass aktive Reaktionen durch biologische Mediatoren hervorgerufen werden, die wiederum zu einem Gleichgewicht verhelfen sollen (Knoll et al., 2011, S.90). Allostatis bezieht sich auf die Aufrechterhaltung der Stabilität durch Veränderungen. Glucocorticoide, Adrenalin und Zytokine sind physiologische Systeme, die physiologische Veränderungen erzeugen, die kurzzeitig adaptives Verhalten fördern und langfristig maladaptives Verhalten hervorbringen (Allen, Haley, Harris, Fowler & Pruthi, 2011, S.4f). Die allostatiscen Belastung ist die Folge von einer zu aktiven Anpassung des Organismus (Knoll et al., 2011, S. 90). Allostatis bezeichnet die aktive Reaktion von biologischen Mediatoren, die den Organismus wieder in den Zustand der „Balance“ führen (Kasper et al., 2008, S.3).

Die Fähigkeit des Körpers, Funktionen und Strukturen aufrecht zu erhalten oder sich durch Zellveränderungen und Hormonausschüttungen an spezifische herausfordernde Lebensumstände anzupassen, wird auch mit physiologischer Resilienz bezeichnet (Allen et al., 2011, S.4).

Durch die Veränderung der stabilen Konstante zu einer Adaption der Situation kommt es zu einer Homöostase. Die Adaption erfolgt durch verschiedene Regulationssysteme, die einen Ausgleich herbeischaffen. Ein Beispiel dazu wäre, wenn ein Individuum chronisch krank ist, dann treten vermehrt „Allostase-Zyklen“ auf und dieser Zustand kann dem Organismus in der Folge dauerhaft schaden und es können sich negative Langzeiteffekte bilden. Unter allostatiscen Belastung versteht man eine zu stark vorhandene Allostatis, das bedeutet, dass der Körper mit seinen Reaktionen nicht mehr fertig wird, es zeigen sich bestimmte „Auffälligkeiten“ (Knoll et al., 2011, S.90). Physiologische Reaktionen treten aufgrund des Stresses auf, wie z.B. der Parasympathikus, welcher mithilfe der Ausschüttung des Stresshormons Adrenalin und Noradrenalin stimuliert wird. Des Weiteren erhöhen sich der Blutdruck, der Blutzucker und die Herzfrequenz und Bronchien weiten sich aus. Die Blutzirkulation der Muskeln wird verstärkt, die Darmperistaltik lässt nach und die Geschlechtsorgane sind beeinträchtigt. In der

Widerstandsphase wird die Kraft „gespeichert“, um mit den Belastungen fertig zu werden. Die nächste Phase, die Erschöpfungsphase reduziert diese Spannkraft auf ihre normale Kapazität und dabei werden Nerven-, Hormon- und Immunsystem negativ eingeschränkt. Dabei können sich psychische Erkrankungen entwickeln (Kasper et al., 2008, S.3).

2.4.2.4.2. *Psychische Reaktionen auf Stress*

Neben den physiologischen Stress wurde das Konzept auf das soziale und psychische Konzept von unterschiedlichen Disziplinen erweitert. Besonderes Gewicht wird auf die individuelle Bedeutung einer Situation gelegt, so kann eine Situation je nach gegebenem Kontext be- oder entlastend sein. Des Weiteren sind sowohl die Einbeziehung von Ressourcen als auch das Bewältigungshandeln von großer Bedeutung (Eppel, 2007, S.38).

Stress wird im Kontext der transaktionalen Stresstheorie nach Lazarus als Prozess gesehen. Sie ist eine der einflussreichsten und meist zitierten Theorien in der Psychologie (Knoll et al., 2011, S.93).

Es geht darum, dass individuelle Reaktionen auf den Stress differiert werden. Es werden kognitive Bewertungsprozesse auf die Reaktion beschrieben, die den Stressreiz identifizieren. Diese Bewertung wird als evaluativer Prozess verstanden, der die Umweltreize als stressrelevant und bewältigbar einstuft. Dieses Procedere muss dem Individuum nicht bewusst sein. Es gibt zwei unterschiedliche Formen der Bewertung. Zum einen wird die primäre Bewertung (primary appraisal) angeführt, die herausfinden möchte, ob ein Umweltreiz für das Wohlbefinden notwendig ist. Zum anderen wird die sekundäre Bewertung (secondary appraisal) beschrieben, die die Bewältigungsmöglichkeiten hervorhebt und ob überhaupt eine Bewältigung möglich ist (Schulz, 2005, 222f).

Als Resultat der primären Bewertung können folgende Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ein Ereignis kann als:

- irrelevant
- günstig-positiv oder
- *stressrelevant* eingestuft werden (Schulz, 2005, S. 223).

Eine Entstehung des Stresses folgt dann, wenn eine Situation als unsicher bewertet wird und daher die Bewältigbarkeit nicht zustande kommt. Stress taucht auf bei: *Schädigung/Verlust (harm/loss)*, *Bedrohung (threat)* und *Herausforderung (challenge)*. Die Hauptproblematik dieses Ansatzes liegt in der empirischen Überprüfung (Schulz, 2005, S. 223).

Der andere wichtige Prozess in Lazarus Theorie bezieht sich auf die Stressbewältigung (Coping). Es geht um die individuelle Bewältigung von Stresssituationen (Knoll et al., 2011, S.96).

3. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus der Literatur dargestellt. Für die Arbeit war es relevant zu erfahren, wie im höheren Lebensalter mit belastenden Situationen wie, z.B. mit dem Tod nahestehender Menschen oder mit dem Erleben einer chronischen Krankheit effizient umgegangen wird bzw. welche Coping-Strategien zu einer erfolgreichen Bewältigung führen. Des Weiteren sollte eruiert werden, wie die alten Menschen unter diesen Bedingungen gefördert werden können, wie sie interne Ressourcen mobilisieren und externe Ressourcen nutzen können. Es galt herauszufinden, wie die Implikationen zu Resilienz und Interventionsmöglichkeiten von der Pflege durchgeführt werden.

Interessant war zu beobachten, dass schon im jeweiligen Schlagwortregister der verschiedenen Datenbanken Abweichungen hinsichtlich der Definition von Resilienz bestehen. So wird beispielsweise in der „Mesh Database“ von PubMed Resilienz als psychologische Resilienz angegeben. Sie wird als menschliche Fähigkeit definiert, die eine Adaptierung u.a. an widrige Umstände, Tragödien, permanente Stressoren möglich macht. Begriffe wie „adaption“, „coping behaviors“, „adaptive behaviors“, „self-efficacy“, „self-concept“ usw. wurden als Unterkategorie verwendet. Hingegen in „CINAHL Headings“ wurde Resilienz mit Hardiness gleichgesetzt. Unterbegriffe wie „adaption“, „psychological“, „behavioral changes“, „coping“, „empowerment“ kamen als Schlagwortkette dieser Kategorie vor. In „Subject Terms“ der Academic Search Premier Datenbank tritt Resilienz als dieser Begriff auf. Der Fokus liegt auch auf den Begriffen „personality“ und „personality trait“. Weitere Unterbegriffe wie „adaption“, „adjustment“, „adapting behavior“, „psychological stress“, „mental health“, „internal/external locus of control“ und „optimism“ usw. fallen in diese Kategorie. Um noch ein Beispiel der Begriffszusammengehörigkeit zu nennen, wäre die Datenbank „PsycInfo“, die die Resilienz ebenfalls als psychologische Resilienz definiert und sich im Weiteren auf psychologische Komponente bezieht. Unterkategorien wie „personal traits“, „cognitive reserve“, „coping behavior“, „emotional adjustment“, „emotional stability“, „protective factors“, „psychological stress“ befinden sich im „Subject Heading“ dieser Datenbank. Aus diesen Beispielen lässt sich erkennen, dass die Bedeutung der Resilienz

mit ähnlichen Begriffen arbeitet, der Schwerpunkt der einzelnen Unterkategorien teils ähnlich und teils anders gelegt ist.

Es ist komplex, bedeutsame und zugleich relevante Treffer zu erhalten, d.h. die Suche darf weder zu breit noch zu eng eingeschränkt werden. „Mental Health“ ist ein weitläufiger Begriff und wird in vielen Bereichen in Zusammenhang mit der Gesundheit gesehen, daher ist er isoliert betrachtet nicht brauchbar, da er sehr viele Resultate erzielt. Auffallend war, dass zu spezifische Suchkombinationen ebenfalls nicht zum gewünschten Erfolg führten. Die Fähigkeit zwischen spezifischer Suche und doch breit angelegter Begriffe, das war die Kunst des Suchprozesses.

3.1. Resilienz als Begriff

Aufgrund der differenten wissenschaftlichen Disziplinen herrscht kein Konsens über die Terminologie Resilienz, die in der Forschung vorkommt. Es gibt keine Basisdefinition oder spezifische Abgrenzungen der Operationalisierung des komplexen mehrdimensionalen Resilienzkonzeptes in den empirischen Studien (Mergenthaler, 2012, S.61).

Resilienz wurde aus unterschiedlichen Perspektiven von verschiedenen Disziplinen, wie der Psychologie, Psychiatrie, Soziologie und Epidemiologie erforscht. Diese unterschiedlichen Ansätze haben das Phänomen im jeweiligen Fachjargon beschrieben und für sich genutzt. Begriffe wie Hardiness, Invulnerabilität, stressreduzierend, „stressbedingtes Wachstum“ wurden mit ähnlicher Bedeutung verwendet. Daher variieren Definitionen, Merkmale und Methoden von Resilienz (Atkinson et al., 2009, S.139).

Es ist von großer Bedeutung, dass Resilienz interdisziplinär betrachtet werden muss. Vor allem die psychologische Komponente steht dabei im Mittelpunkt. Aufgrund dieser Heterogenität des Begriffes ist es schwierig, Resilienz auf eine Basisdefinition zu konzentrieren, weil sie in anderen Konzepten integriert ist und ein großes Gebiet umfasst. Die Geriatrie und Gerontologie hat den Blick des Alterungsprozesses grundlegend auf die Krankheiten gelegt, während zunehmend der Fokus auch auf die Erhaltung der

Gesundheit gerichtet ist. Resilienz ist ein relevanter Faktor, der sich durch einen Perspektivenwechsel auszeichnet (Hardy, Concato & Gill, 2004, S.257).

Während die psychologische Resilienz als die Fähigkeit zur Adaption charakterisiert wird, wird unter soziologischer Resilienz ein wechselwirkender Prozess verstanden. Auch innerhalb der Sozialwissenschaften wird Resilienz stark mit der Entwicklungspsychologie assoziiert (Wild, Wiles & Allen, 2013, S.138).

Der Fokus von Resilienz wird zunehmend auf die positive Adaption von widrigen Umständen gelegt als nur auf die Vermeidung von Krankheiten. Resilienz wird in diesem Kontext als Wachstum, als ein Resultat von erlebten Bedingungen betrachtet. Der Grundgedanke liegt darin, dass neue Fähigkeiten erlernt werden können und eine neue Erkenntnis durch das Coping schwieriger Bedingungen gewonnen wird (Wild et al., 2013, S.139).

Die Forschung an Resilienz hat sich mit der Thematik beschäftigt, warum manche Personen fähig sind, widrige Umstände zu bewältigen und andere belastende Life Events nicht meistern können. Resilienz wurde mit Skalen gemessen und steht im Kontrast zum Begriff Vulnerabilität (Hildon et al., 2008, S.726f).

Resilienz wird auch als der gegenüberliegende Begriff eines Kontinuums von Vulnerabilität, wo protektive Faktoren und Risikofaktoren gleichermaßen vorhanden sind, bestimmt (Atkinson, Martin & Rankin, 2009, S.140). Resilienz wird nach Windle, Markland und Woods (2008) auch als das Gegenstück zu Vulnerabilität bezeichnet und sie umfasst kognitive, emotionale und soziale Bereiche (Windle et al., 2008, S.285).

Es wird aufgezeigt, dass bisher noch unzureichend geprüft wurde, wie Individuen oder soziale Gruppen das Bewältigen widriger Umstände erleben. Der Blick richtete sich zunächst auf die psychologischen und physischen Personeneigenschaften, die als protektive Faktoren im Hinblick auf belastende Umstände galten (Hildon et al., 2008, S.726f).

Unter Resilienz wird die Fähigkeit verstanden gesund zu bleiben, Gesundheit wieder zu erlangen oder sich gut zu entwickeln trotz vorhandener widriger Umstände. Eine Fähigkeit ist, dass die psychosozialen Funktionen nach dem Tod eines Partners oder einer Partnerin aufrecht erhalten bleiben oder, dass fundamentale Personeneigenschaften wie beispielsweise Hardiness den Stress reduzieren. Mehrere psychometrische Skalen haben aufgrund der Personeneigenschaften versucht, Resilienz zu messen. Resilienz wird als ein Prozess gesehen, in dem Individuen trotz belastender Umstände überleben oder sich gut entwickeln (Hardy et al., 2004, S.257).

Die Fähigkeit auf veränderte Lebenssituationen flexibel zu agieren trotz stressreicher und belastender Lebenssituationen und diese zu bewältigen wird nach Kasper und KollegInnen (2008) als Resilienz definiert (Kasper et al., 2008, S.1f). Noecker und Peter (2005) zeigen auf, dass Resilienz eine Adaption an belastende Situationen ist. Resilienz bezieht sich in diesem Sinne auf die Entwicklung einer gesunden psychischen Funktion von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wenn die Adaption an widrige, traumatische Lebensumstände erfolgt, dann kann ein kompensiertes, gesundes psychologisches Funktionsniveau aufrecht erhalten bleiben (Blättner & Waller, 2011, S.146).

Die häufigste Definition von Resilienz ist, dass sie als dynamischer Prozess gesehen wird, der sich an die Widrigkeiten des Lebens anpasst (Allen et al., 2011, S. 2).

Resilienz wird in diesem Prozess als die Stressantwort bzw. die Reaktion auf Stress gesehen (Hardy et al., 2004, S.257). Es geht um die Anpassung, Bewältigung und das Coping von belastenden Lebenssituationen. Der Suchterm „rebounding“ (zurückprallen) wurde in allen Aspekten von Resilienz erwähnt und bedeutet eine positive Reaktion, sprich flexible Anpassung, auf eine belastende Situation. Eine andere Ausdrucksweise dafür ist die Reintegration. Sie beschreibt den Prozess nach einer belastenden Lebenssituation und soll die Routine des Individuums ermöglichen (Earvolino-Ramirez, 2007, S.76).

Resiliente Personen können unter schwierigen Umständen auch auf Ressourcen zurückgreifen und diese widrigen Situation meistern. Es wird auf die innere Stärke, die Widerstandsfähigkeit und den Zugang zu Ressourcen hingewiesen. Neben „spring back“

ist auch „bounce back“ zentral für die Bedeutung von Resilienz. Die Fähigkeit „zurückzuprallen“, sprich, sich nicht unterkriegen zu lassen, von Rückschlägen oder wieder in das ursprüngliche Gleichgewicht zurück zu finden, das sind zentrale Elemente für die Entwicklung der Resilienz (Atkinson et al., 2009, S.141).

Staudinger und KollegInnen (1995) verstehen unter Resilienz Prozesse und Phänomene, die eine positive Anpassung ermöglichen, obwohl Risikofaktoren vorhanden sind. Es geht um die Aufrechterhaltung der psychischen und physischen Funktionstätigkeit sowie des normalen Entwicklungsverlaufes. Resilienz kann in diesem Kontext nur auftreten, wenn auch Risikofaktoren vorhanden sind (Reimann & Hammelstein, 2006, S. 18).

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen anderer ForscherInnen, die meinen, dass sich Resilienz erst durch die Auswirkung entwickeln kann, nämlich wenn eine adäquate Reaktion auf Stresssituationen und Herausforderungen erfolgt (Atkinson et al., 2009, S.140).

Auch in der Nanda International (2010) wird erwähnt, dass ein Verhaltensmuster von positiven Reaktionen auf eine Krise gestärkt werden kann, wenn Entwicklungspotenziale entfaltet werden (Nanda International, 2010, S.276). Folgende bestimmende Merkmale führen zu einer verbesserten Resilienz (NANDA, 2010):

- Zugang zu Ressourcen
- zeigt eine positive Zukunftsperspektive
- effektive Nutzung von Strategien des Konfliktmanagements
- verbessert persönliche Copingstrategien
- geäußerter Wunsch, die Belastbarkeit zu verbessern
- erkennt zur Verfügung stehende Ressourcen
- erkennt Unterstützungssysteme
- stärkt positive Beziehungen zu anderen
- Beteiligung an Aktivitäten
- Macht Fortschritte hinsichtlich Zielen
- Vorliegen einer Krise
- Aufrechterhaltung des sicheren Umfeldes
- Ziele setzen
- Verantwortung für Handlungen übernehmen

- Einsatz effektiver Kommunikationsfertigkeiten
- ein gesteigertes Kontrollgefühl äußern
- Selbstwertgefühl äußern (NANDA, 2010, S.276).

Sehr global gesehen bedeutet Resilienz nach Wustmann die Erlangung der seelischen Gesundheit. In ihrem Sinne geht es darum, dass man körperliche Gesundheit erfährt trotz belastender Lebensumstände (Eppel, 2007, S.118f). Da sie sich insbesondere mit der Förderung der Widerstandskraft von Kindern in Tageseinrichtungen beschäftigt hat, beschreibt sie die Resilienz von Kindern, obwohl ihre globale Definition durchaus auch auf ältere Menschen zutreffen könnte. Sie bezeichnet Resilienz als *„die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“* (Wustmann, 2011, S.18).

Da das Konzept Resilienz auf die Forschungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurückgeht, sind viele Definitionen auf diese Altersgruppe bezogen. „Invulnerable“ und „invincible“ werden synonym zur Resilienz verwendet. Anthony (1974) bezeichnet diesen Term in Bezug auf Kinder, widerstandsfähig bzw. „unverwundbar“ trotz multipler vorhandener Risiken (Earvolino-Ramirez, 2007, S.74).

Man hat begonnen Kinder, unter nachteiligen oder gefährdenden Bedingungen zu untersuchen und die Fähigkeit zu bestimmen, dass sie diese Situation überstehen können. Wichtig war es, verschiedene Typen von Risikofaktoren zu meistern. Neben den Riskofaktoren wurden auch protektive Faktoren identifiziert, die diese Bedingungen abpuffern oder vermeiden können (Greene, Galambos & Lee, 2003, S.76).

„Protective factors“ oder „robust predictors“ (Earvolino-Ramirez, 2007) sind unterstützende Faktoren, die die Resilienz fördern oder negative Auswirkungen von Stresssituationen verhindern (Earvolino-Ramirez, 2007, S.76; Wild et al., 2013, S.139). Bei Noecker und Petermann (2005) steht die Identifikation der protektiven Faktoren, die die Risikofaktoren abfedern können, gleichfalls im Zentrum (Blättner & Waller, 2011, S.146).

Alle Menschen haben von Geburt an Resilienzpotenziale, die sich entwickeln oder verkümmern können. Man geht davon aus, dass sich die Resilienzkompetenzen zwischen dem Individuum und seiner Umwelt entfalten können. Bemerkenswert ist, dass diejenigen, die unter teils extremen Belastungen ausgesetzt waren, solche Kompetenzen

entwickeln konnten. An KrebspatientInnen wurde beispielsweise erforscht, dass sie trotz ungünstiger Prognose an psychischer Widerstandskraft gewannen. Die Personen, die eine gute Prognose erhielten kamen hingegen völlig aus dem Gleichgewicht (Diegelmann, 2011, S. 84).

Die Nanda International (2010) zeigt bestimmende Merkmale für eine verbesserte Resilienz auf. Unter diesen Beispielen sind der Zugang zu Ressourcen und die Erkennung zur Verfügung stehender Ressourcen zu erwähnen (Nanda International, 2010, S.276).

In der Metatheorie von Richardson (2002) wird zwischen drei grundlegenden Punkten von Resilienz unterschieden:

	Description	Outcome
First Wave: Resilient Qualities	Phenomenological descriptions of resilient qualities of individuals and support systems that predict social and personal success.	List of qualities, assets, or protective factors that help people grow through adversity (i.e., self-esteem, self-efficacy, support systems, etc.)
Second Wave: The Resiliency Process	Resiliency is the process of coping with stressors, adversity, change, or opportunity in a manner that results in the identification, fortification, and enrichment of protective factors.	Describes the disruptive and reintegrative process of acquiring the desired resilient qualities described in the first wave; A model that helps clients and students to chose between resilient reintegration, reintegration back to the comfort zone, or reintegration with loss.
Third Wave: Innate Resilience	Postmodern multidisciplinary identification of motivational forces within individuals and groups and the creation of experiences that foster the activation and utilization of the forces.	Helps clients and students to discover and apply the force that drives a person toward self-actualization and to resiliently reintegrate from disruptions.

Abbildung 7: Three waves of resiliency
(Richardson, 2002, S.308)

Wie aus dieser Tabelle zu entnehmen geht es im ersten Punkt um die resilienten Fähigkeiten bzw. protektiven Fähigkeiten sowie um Unterstützungssysteme, die Personen helfen „zu wachsen“ trotz widriger Situationen. Beispiele dafür sind Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und soziale Support Systeme etc. (Richardson, 2002, S.308). Zunächst wurde Resilienz als eine Reihe von charakteristischen Eigenschaften beschrieben. Im

weiteren Verlauf wurde Resilienz nicht nur mehr als Personeneigenschaft gesehen, sondern auch als Prozess (Hildon et al., 2008, S.727).

Dabei wurden Eigenschaften wie Wachstum, Wissen, Selbstakzeptanz und -verständnis und zunehmende Resilienzfähigkeiten in den Prozess reintegriert (Richardson, 2002, S.310).

Im zweiten Punkt wird Resilienz als Prozess verstanden in Kombination mit den oben genannten Fähigkeiten. Der Prozess bezieht sich auf die Bewältigung von Stressoren wie widrige Umstände, Veränderungen, die Erkennung und Stärkung von protektiven Faktoren. Die neue Perspektive bestand darin, dass Resilienz erlernbar und anwendbar ist (Richardson, 2002, S.308). Es wurde herausgefunden, dass Personen, die multiple Risiken über die gesamte Lebensspanne erlebten, eine Vielzahl an Potenziale entwickelten, um mit bestehenden Widrigkeiten fertig zu werden. Diese Personen schöpfen aus sozialen und individuellen Ressourcen, die den alltäglichen Stress vermindern. Ein Beispiel für eine Ressource sind soziale unterstützende Beziehungen, die einem helfen, widrige Umstände zu meistern (Hildon et al., 2008, S.727).

Der Resilienzprozess beginnt, wenn sich eine Person an eine widrige Situation anpasst. Dabei wird versucht wieder in den Zustand der Homöostase zu kommen und sich physisch, psychisch und spirituell an gegebene Bedingungen anzupassen. Diese Homöostase wird durch interne und externe Lebensanforderungen, Stressoren, Umstände und andere Formen der Veränderung gestört (Richardson, 2002, S. 310f). Es wird gezeigt, dass zerrüttete Situationen ein Potenzial an Wachstum besitzen und zur Entwicklung neuer Fähigkeiten beitragen können. Ein kontinuierlicher physischer Verfall, bewegende Momente oder der Tod eines nahestehenden Menschen sind Beispiele, die als zerrüttete Situationen bezeichnet werden und wieder in den homöostatischen Zustand gelangen trotz belastender Umstände (Richardson, 2002, S.312).

Im dritten Punkt wird auf die multidisziplinäre, postmoderne Perspektive eingegangen, in der die motivierenden Kräfte von Individuen und einer Gruppe gefördert werden. Es geht um die Entwicklung der vorhandenen Kräfte, sowie um die Selbstverwirklichung und die widerstandsfähige Reintegration von zerrütteten Situationen (Richardson, 2002, S.308).

Unter Resilienz wird die Fähigkeit des Wachstums verstanden, die als außergewöhnliche Stärke bezeichnet wird, sowie als spirituelle Kraft oder als eine angeborene Resilienz. Dieser dritte Punkt lässt einen Spielraum offen für die Vielfalt von Meinungen und Perspektiven hinsichtlich der Thematik von Resilienz (Richardson, 2002, S.313).

3.2. Resilienz im Alterungsprozess

Der Fokus ist bei alltäglichen Diskussionen über das Alter auf die Defizite gerichtet, wie die Risiken und Herausforderungen des Alterns, chronische Krankheiten, Pflege, Stereotype, Verlust der Rollen und der Tod nahestehender Personen (Allen et al., 2011, S.2). Aufgrund der physischen und psychischen Veränderungen und der sozialen Verluste mit zunehmenden Alter steigt auch die Anzahl von Stressoren (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.82).

Ergebnisse zeigen, dass Unabhängigkeit in den ADL's, positive Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und geringe Depressivität im Alter mit einer hohen Resilienz einhergehen. Es stellt sich die Frage, warum manche Menschen unter schwierigen Bedingungen oder den Herausforderungen des Alterns resilient bleiben (Windle et al., 2008, S.185), oder durch belastende Situationen an Stärke gewinnen. Als Gewinn werden Anpassungs- und Kompensationsleistungen und die Entwicklung von neuen Verhaltensmerkmalen konstatiert. In der Gerontologie beschäftigt man sich mit einigen psychologischen Konzepten, wie z.B. der Reife, des Lebenswissens und der Weisheit, die als Gewinne deklariert werden (Maercker, 2002, S.7).

Bemerkenswert ist, dass ältere Personen mehr auf die vorhandenen sozialen Kontakte innerhalb der Verwandtschaft fokussiert sind, während jüngere Personen interessiert sind, neue Kontakte zu schließen. Dass ältere Personen ihre Verluste kompensieren und die Gesundheitseinschränkungen meistern, werden als persönliche Kraft beschrieben (Nygren et al., 2005, S.S.355).

Die Lebenszufriedenheit im Alter ist gleich oder sogar tendenziell höher als im mittleren Erwachsenenalter (Stoppe, 2009, S.49). Es fällt auf, dass die Menschen im Durchschnitt bis ins hohe Alter ihr Wohlbefinden beibehalten. Im Unterschied dazu ist im sehr hohen Alter ein signifikanter Rückgang zu erkennen (Wahl & Schmitt, 2010, S. 428f). Im hohen Alter nehmen das Wohlbefinden und die Zufriedenheit nur gering ab. Eine hohe Korrelation besteht zwischen dem Selbstwertgefühl und der Zufriedenheit in dieser Lebensphase. Viele ForscherInnen kamen zu dem Schluss, dass die älteste Kohorte das höchste Selbstwertgefühl aufwies (Collins & Smyer, 2005, S.472).

Das resultiert möglicherweise daher, dass sich auch die Veränderungen der körperlichen Gesundheit reformiert haben. Dass sich alte Menschen auch unter widrigen Bedingungen gut entwickeln, scheint für die gerontologische Forschung ein „Rätsel“ zu sein, deshalb spricht sie auch von einem sogenannten „Zufriedenheitsparadox“ (Stoppe, 2009, S.49).

Die subjektive Zufriedenheit im Alter wird mit dem „Paradox des subjektiven Wohlbefindens“ erklärt, die Lebenszufriedenheit ermöglicht trotz der vorhandenen körperlichen Einschränkungen (Eppel, 2007, S.57). Es wird von einem stabilen Wohlbefinden bei altersassoziiertem Wohlbefinden gesprochen (Schelling & Martin, 2008, S.41). Auch wenn die physische Leistungsfähigkeit im Alter beeinträchtigt ist, ist das psychische Wohlbefinden im Durchschnitt dennoch vorhanden. Das lässt sich aus der hohen Adaptionsfähigkeit an körperliche Alternsprozesse ableiten (Albani et al., 2009, S.237).

Alternde Menschen sind gefordert, psychische Anpassungsleistungen zu erbringen und treten so den Widrigkeiten des Alterns, durch positive Auffassungen ihres Lebens entgegen. Von hoher Relevanz ist es, diese zunehmenden Verluste durch unterstützende Kompensatoren zu ersetzen. Adaption wird in diesem Kontext als normatives Geschehen bezeichnet, das eine erfolgreiche Anpassung ermöglicht (Wahl & Schmitt, 2010, S. 428f). Die Zufriedenheit entsteht durch den Vergleich zwischen dem Ist- und dem gewünschten bzw. erwarteten Gesundheitszustand. Es werden auch Parallelen innerhalb der eigenen Altersgruppe gesucht und die Erwartungen an die eigenen Altersbilder vorgegeben. Die Erfahrungen und Erlebnisse werden auch als Ressource, Gewinn verstanden, auf die man sich im Alter wieder stützen kann (Stoppe, 2009, S.49).

Zufriedenheit erlangt man dadurch, wenn Ziele nach Wichtigkeitsstufen neu geordnet, Bewertungsmaßstäbe modifiziert und realistische Intentionen verfolgt werden. Die Lebenserfahrung und die sozialen Kompetenzen sind wertvolle Potenziale, die von den alten Menschen gefordert werden. Aus dieser Lebenserfahrung resultieren ungeahnte Kräfte, die die Widerstandsfähigkeit stärken und widrige Belastungssituationen bewältigen. Trauer und Verzweiflung sind häufige Begleiter im Leben eines alten Menschen. Er kann Erleichterung verspüren, wenn man dieses Gefühl in sein Leben integriert und zulässt (Eppel, 2007, S. 138f).

Im Alter ist es schwierig aber dennoch wichtig, eine optimistische Zukunftsperspektive zu haben trotz häufigerer, krankheitsbedingter Verluste, Komorbiditäten und geringerer sozialer Unterstützung (Pinquart et al., 2006, S.345). Im Alter wird durch einen gewandelten Lebenssinn und der Lebensbedeutung eine Neuorientierung geschaffen, die im historischen, spirituellen und kosmischen Kontext vorkommen kann. Um nur ein Beispiel zu nennen: Viele ältere Menschen vertiefen sich in Religion (Stoppe, 2009, S.50). Ein anderes Beispiel für eine Neuorientierung ist, dass sich der soziale Bereich durch neue Freunde erweitert (Benett, 2010, S.371).

Auffallend ist, dass Faktoren wie Selbstakzeptanz im Alter bedeutsamer und ein Kernpunkt für die positive psychologische Funktion sind als in jüngeren Jahren. Die Selbstakzeptanz bezüglich des jetzigen und vergangenen Lebens wird als Merkmal, der Selbstverwirklichung, Reife und Funktion betrachtet. Die Einschränkungen der Selbstakzeptanz sind ein Teil des akkomodativen Prozesses, der die Adaption an die negativen Bedingungen des Alterns möglich macht. Die Anpassung an Verluste und Funktionseinbußen können die eigene Identität im hohen Alter positiv beeinflussen (Windle et al., S. 291).

Demgegenüber gibt es andere Extreme, die den Alterungsprozess mit seinen Einschränkungen zu einem erhöhten Suizidrisiko führen, weil Entwicklungsaufgaben des höheren Lebensalters, wie körperliche Veränderungen und Defizite kognitiv nicht bewältigt werden (Albani et al., 2009, S.237).

Aus Sicht der psychosozialen Medizin ist der Übergang in die Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit und die Bewältigung beider ein einschneidender Veränderungsfaktor und relevant für das Wohlbefinden eines älteren Menschen (Lessenich & Rothermund, 2011, S.290). Seit kurzem wird die Bewältigung des Alters, die Altersproduktivität und auch Lebenszufriedenheit unter dem Blickwinkel der Resilienz oder der personalen Ressourcen untersucht (Eppel, 2007, S.93).

3.3. Resilienz im Zusammenhang mit der Gesundheit

Lebensumstände werden in diesem Zusammenhang als „begrenzt“ bestimmt, die physische, mentale oder soziale Verluste verursachen können. Unter dem Aspekt der Lebensumstände sind Herausforderungen, Veränderungen und Zerrüttungen gemeint, die auftreten, bevor der Resilienzprozess entstehen kann (Earvolino-Ramirez, 2007, S. 78).

Hildon und KollegInnen (2008) stellen fest, dass sowohl in der resilienten, sieben Personen, als auch in der vulnerablen Gruppe, zehn Personen, langjährige Krankheiten vorhanden sind. Die vulnerable Gruppe beschreibt ihre Erfahrungen weit mehr einschränkend als die andere Gruppe. Die Ergebnisse zeigen, dass in den ADL's Alltagsprobleme weit verbreitet sind. Die Gesundheitsprobleme in der vulnerablen Gruppe wurden weniger erfolgreich hinsichtlich der medikamentösen Behandlung und der Emotionen gehandhabt als in der resilienten Gruppe.

Gesundheitsprobleme werden durch bestimmte Auswirkungen wie folgt angezeigt:

- Krebs
- Schilddrüsenunterfunktion
- Doppelte Brustamputation
- Harninkontinenz
- kürzliche Stomaoperation
- kürzlicher Schlaganfall
- Rückenschmerzen
- Cushing's Syndrom
- Bluthochdruck
- Arthritis (Hildon et al., 2008, S.735).

Im Gegensatz zur vulnerablen Gruppe weist die resiliente Gruppe folgende gemeinsame Ergebnisse auf:

- Arthritis
- Bluthochdruck
- Diabetes
- Asthma (Hildon et al., 2008, S.735).

Die Frage stellt sich, warum das Konzept signifikant für die Gesundheit ist. Eine weitaus wichtigere Perspektive sind die Interventionen, die schützend oder verbessernd auf den Gesundheitszustand einwirken (Atkinson et al., 2009, S.142). Internale Copingstrategien bezüglich der Krankheiten oder anderer belastender Umstände werden sowohl in der resilienten Gruppe als auch in der vulnerablen Gruppe als wichtige Bewältigungsformen erwähnt. Einige TeilnehmerInnen berichten über ihre Gesundheitsprobleme und darüber, dass das Leben in Kombination mit dem Alter härter ist als bei Jüngeren (Hildon et al., 2008, S.735).

Ein Beispiel wird wie folgt gezeigt: *„Yes I've changed, with my husband's death it was about five years before I nearly got my head above the water, I was just about to start really living again when I had the double mastectomy, and that knocked me back again. Coz I'm older now, this is the thing...I've got this and that wrong with me now, you know high blood pressure and arthritis and you know heart trouble and all this carry on. I've not bounced back the way I used to do”* (Hildon et al., 2008, S.735).

Einige TeilnehmerInnen mussten aufgrund ihrer Gesundheitsprobleme ihre bisherigen Hobbies aufgeben und konnten keine Ausflüge mehr unternehmen. Eine teilnehmende Person beschreibt ihre Situation folgendermaßen: *„I can't walk. If my legs would go, I would enjoy myself very much”* (Hildon et al., 2008, S.735).

Einschränkende Gesundheitsbeschwerden im alltäglichen Leben sind mehrfach in der vulnerablen Gruppe untersucht worden. Des Weiteren wurden die Krankheitssymptome als schwerwiegender eingestuft als in der resilienten Gruppe. Die erlebten Gesundheitsprobleme werden in der vulnerablen Gruppe als „emotional leer“ beschrieben. Einige Teilnehmende haben über ihre Krankheit und dessen schwere Symptome gesprochen sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart. Auf der einen Seite helfen vertraute Personen, um belastende Umstände zu meistern und auf der anderen Seite unterstützen die vergangenen Umstände, zu neuen verbesserten Bedingungen zu kommen (Hildon et al., 2008, S. 737). Die Erfahrungen aus den belastenden vergangenen Situationen können eine Wende zum Positiven sein, zu einem verbesserten Umstand führen.

Untersuchungen zeigten, dass ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und der Religion besteht und dass die Religion eine direkte Auswirkung auf die Gesundheit hat,

z.B. durch Beten, Gottesdienstbesuche und die selbst eingeschätzte Religiosität und Spiritualität (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2004, S. 714).

Ein interviewte Person sprach über ihre Kraft folgendermaßen: *“Heaven is the goal. I have always said that the best is still to come”* (Alex, 2010, S.423).

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die für das Verhältnis zwischen Gesundheit und Religion verantwortlich sind. Folgende Variable sind inkludiert:

- Gesundheitsvariable, wie Gesundheitsübungen, Immunreaktion,
- Psychologische Variable, wie Sinn, Kohärenz, Selbstwertgefühl
- Soziale Variable, wie soziale Unterstützung, Vertrautheit

Es wurde festgestellt, dass gemischte Resultate die besten Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs aufwiesen (Pargament et al., 2004, S. 714).

3.4. Resilienz in Belastungssituationen

Belastungssituationen stellen im Alter eine große Hürde dar, die eine erfolgreiche Adaption an die Situation erfordern. Neben den „normalen“ physischen Funktionseinbußen im Alter können zusätzlich einschneidende Erlebnisse oder chronische Krankheiten den Lebensalltag erschweren. Bemerkenswert beim Auftreten von Belastungssituationen ist, dass eine erfolgreiche Bewältigung von Ressourcen bzw. „abrufbare“ Coping-Strategien in Zusammenhang stehen. Bevor auf die Ergebnisse „Ressourcen“ eingegangen wird, wird das Auftreten von Belastungssituationen im Alter näher analysiert.

Die meisten Ergebnisse beziehen sich darauf, wie Personen interindividuell auf belastende Situationen reagieren bzw. wie sie sich an die gegebenen Bedingungen anpassen (Rossi et al., 2007, S.865).

Der dramatischer Anstieg von Krankheiten und eine erhöhte Mortalitätsrate fielen bei bestimmten Verlustereignissen u.a. bei Berentung und Verwitwung besonders auf (Seiffge-Krenke, 1994, S.34). Die Auswirkungen auf psychosozialen Stress wurden erst anhand von Reaktionen auf kritischen Lebensereignissen untersucht. Es werden darunter persönliche Katastrophen, wie der Tod des Ehepartners bzw. der Ehepartnerin, der Verlust des Arbeitsplatzes bis hin zu Alltagsschwierigkeiten verstanden (Stroebe & Stroebe, 1998, S.193).

Nach den Recherchen kommt Resilienz in folgenden Belastungssituationen vor:

- Kritischen Lebensereignissen (Verlust des Partners oder der Partnerin, plötzliches Auftreten einer Krankheit, z.B. Krebs)
- chronische Belastungen (lang andauernde Krankheiten, z.B. Depression, Krebs, HIV/Aids)
- Transitionen (Übergänge in die Pflegebedürftigkeit, in eine altersgerechte Wohnung, Pflegeheim)

Belastungen können sich unterschiedlich auswirken. So können einschneidende Erlebnisse, kritische Lebensereignisse, chronische lang andauernde Krankheiten, sowie der „normale Lauf des Lebens“ mit seinen Alterseinschränkungen zu Belastungen führen.

Interessant ist es, dass trotz des Ausmaßes an Krankheiten und der konsistenten Herausforderungen wie Komorbiditäten, Stigma und Depression die älteren Befragten Resilienz besaßen. Sie zeigten eine innere Stärke und holten sich Hilfe durch bestimmte Supportsysteme, die ihnen bei den Herausforderungen einer HIV Krankheit Unterstützung leisteten (Emler, Tozay & Raveis, 2011, S.110).

Es stellt sich die Frage, welche Ereignisse als besonders belastend empfunden werden. In einer Querschnittstudie sind Hardy und KollegInnen (2004) der Frage nachgegangen, welches stressreiche Ereignis die an der Untersuchung Teilnehmenden in den letzten fünf Jahren erlebt haben. Von 754 Teilnehmende haben 603 angegeben, dass sie ein stressreiches Life Event erlebten.

Folgende Resultate haben sich in den Kategorien herauskristallisiert:

- Krankheit: 18%
- Tod eines Familienmitgliedes oder enger FreundInnen: 42%
- Krankheit eines Familienmitgliedes oder enger FreundInnen: 23%
- kein medizinisches Ereignis: 17% (Hardy et al., 2004, S.258; Hardy, Concato & Gill, 2002, S.841).

Resilienz steht im Zusammenhang mit dem Ausmaß des Events, korreliert negativ mit dem wahrgenommenen Stress, sowie mit schweren funktionalen und psychosozialen Faktoren. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass ein starker Zusammenhang mit hoher Resilienz auftritt, wenn Selbstständigkeit in den IADL's (Instrumental activities of daily living), eine gute Verfassung des Gesundheitszustandes, sowie eine geringe Tendenz für depressive Symptome aufgezeigt wird. In einer anderen Studie von in der Community lebenden älteren Menschen von durchschnittlich 71 Jahren wurde festgestellt, dass sie bei einer höheren Resilienz, geringere depressive Symptome und einen besseren Gesundheitszustand aufweisen. Die Ergebnisse wurden an einer Skala der Personeneigenschaften gemessen. Eine resiliente Stressreaktion wird als eine rapide „Wiederherstellung“ mit minimalen andauernden negativen Konsequenzen und positiven

andauernden Konsequenzen eines stressreichen Life Events definiert (Hardy et al., 2004, S.260).

Die Studie von Mehta und KollegInnen (2008) belegt, dass sehr alte Menschen den Verfall im Alter erwarten und ihn dadurch mehr akzeptieren als eine Depression. Es ist möglich, dass normative Altersereignisse wie Altersgebrechen eine geringere Auswirkung auf die Gemütslage haben als ein weniger erwartetes Life Event (Mehta, et al., 2008, S.240f). Der Fokus der gerontologischen Literatur liegt in der Vorstellung, dass bestimmte ältere Menschen fähig sind ihr Leben „normal“ zu führen trotz negativer Life Events.

Die Querschnittstudie von Hardy und KollegInnen (2004) kam zu dem Ergebnis, dass die älteren Personen, die in der Community leben, eine breite Spannweite von Resilienz haben und unterschiedliche Reaktionen im Hinblick auf den Stress zeigten (Hardy et al., 2004, S.260).

3.4.1. Verlust

Der Verlust eines nahestehenden Menschen könnte so ein einschneidendes bzw. kritisches Erlebnis sein und ist im Alter oft ein häufiger Wegbegleiter.

Eine höhere Flexibilität und Autonomie wurde bei den Resilienten gefunden. Des Weiteren sprechen sie mehr über den Verlust und den widrigen Erfahrungen. Auffallend ist, dass die resiliente Gruppe in der Vergangenheit spricht, z.B. „Now that knocked me for six [...]it were so difficult.“ Die Resilienten sind fähig, über ihren Verlust zu sprechen. Diese Trauer ist im alltäglichen Leben nicht präsent, obwohl sie sehr schmerzhaft ist. Sie wählen in der Sprechweise die Vergangenheit, damit etwas Neues wieder entstehen kann und es hilft ihnen mit ihrer Trauer besser umzugehen (Hildon et al., 2008, S.733).

Resilient wurden jene bezeichnet, die zwischen dem Verlust und achtzehn Monate nach dem Verlust keine Tendenz zur Depression aufzeigten. Die Resultate legen auch den Schluss nahe, dass die meisten der verwitweten älteren Personen resilient waren. Des

Weiteren zeigten die meisten Verwitweten keine verzweifelten Reaktionen und nahmen keine professionelle Unterstützung in Anspruch (Benett, 2010, S.370).

Auch in der Untersuchung von Moore und Stratton (2003) weisen viele eine hohe Resilienz auf. Sie identifizieren vier Verhaltensmodelle, die sich auf die Resilienz der Verwitweten auswirken:

- Neuorientierung
- Adaption
- Positiver Gewinn
- Kompensation (Benett, 2010, S.370).

Während die Resilienten in der Studie von Hildon und KollegInnen (2008) mehr über den Verlust sprachen, waren die Vulnerablen in ihrer Autonomie gehemmt. Mehrere Jahre nach dem Tod eines nahestehenden Menschen, erwähnt die vulnerable Gruppe, dass ihre Lebensqualität beeinträchtigt ist und sie sich nicht erholt hat von diesem schrecklichen Ereignis. Es wurden alltägliche Routinen gezeigt, die auf eine Weise „starr“ bzw. unbiegsam vor sich gingen. Die negativen Auswirkungen waren vermehrt bei zu betreuenden Pflegenden zu finden, die ihren nahestehenden kranken oder körperlich beeinträchtigten PartnerInnen Pflege leisteten. In diesen Beispielen wird dargelegt, dass die pflegenden Betreuenden stark an die Bedürfnisse der PartnerInnen gebunden sind und die alltäglichen Routinen nach ihnen ausgerichtet werden. Für die Betreuenden bleibt wenig Raum für Autonomie. Die Ergebnisse zeigen, dass in solchen Beispielen Teilnehmende Vulnerabilität aufweisen. Während die emotionale und soziale Unterstützung gegeben ist, war die praktische Unterstützung, die eine größere Autonomie ermöglichen würde, mangelhaft (Hildon et al., 2008, S.732)

Eine befragte Person spricht über die Erfahrung der Pflege folgendermaßen: *„I suppose, during the month we see probably half a dozen different friends...my sister phones every Sunday...There are things I could do if I wasn't tied to this house and a disabled wife. I can't go off for a couple of days or something like that, because my responsibility is here* (Hildon et al., 2008, S.732).

Hier zeigt sich, dass der Ehemann sich sehr verantwortlich gegenüber seiner Frau fühlt. Er kann den anderen Dingen nicht nachgehen, weil er seine Frau betreuen muss, und er an sie und an das Haus gebunden ist.

Bonanno und seine KollegInnen (2002) identifizieren nach der Studie „Changing lives of older people study“ fünf Typen von Reaktionsmuster:

- Gemeinsame Trauer
- anhaltende Verzweiflung
- chronische Depression
- leichte Depression
- resilient (Benett, 2010, S.370).

Bonanno stützt sich auf das Konzept „bereavement“, welches quantitativ erforscht wurde, während Moore und Stratton sich mit qualitativer Forschung auf das Konzept „widowhood“ stützte. Trotz der unterschiedlichen Herangehensweisen weisen die zwei Konzepte eher Ähnlichkeiten als Differenzen auf (Bennett, 2010, S.370).

Starre Regelmäßigkeiten, Autonomieverlust und Unflexibilität in den Alltagsroutinen sind entscheidend dafür, wie sich die Lebensumstände auswirken. Gelegentliche Routinen spielten eine protektive Rolle, wie z.B. die Aktivitäten des Alltags strukturiert werden, die soziale Eingliederung ermöglicht wird und die Freuden des Alltags erkannt werden. Es wurde festgestellt, dass durch das Fehlen dieser gelegentlichen Routinen eine lang andauernde Erfahrung von belastenden Umständen erlebt wird. Personen in der vulnerablen Gruppe beschreiben den Zustand als einen chronischen Lebensumstand, der sich auf das Pflegen und den Verlust bezieht (Hildon et al., 2008, S.737).

Auffallend ist, dass Frauen von einem Verlust häufiger betroffen sind als Männer und zwar aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung. Fields und Casper (2001) zeigen auf, dass alleine in Amerika 80% der Frauen verwitwet sind (Rossi, et al., 2007, S.864). Stress wird bei älteren Personen als ein allgemeiner Faktor gesehen, der den psychologischen Gesundheitszustand erheblich beeinträchtigt. Mehrere Studien von Bonanno und seine KollegInnen (2002, 2004) belegen, dass der Verlust eines Partners oder einer Partnerin Ressourcen wieder hervorbrachte und es wurde eher ein größeres Wachstum und adaptives Verhalten gezeigt als dass die Verwitweten u.a. krank wurden (Rossi et al.,

2007, S.863ff). Sowohl in der resilienten als auch in der vulnerablen Gruppe war die Notwendigkeit von sozialen und emotionalen Netzwerken, wie FreundInnen, „die ein offenes Ohr hatten“ untersucht worden (Hildon et al., 2008, S.733).

3.4.2. HIV Aids

Ältere Personen erweisen sich im Erleben mit HIV Aids ebenfalls als resilient und auch vulnerabel. In einer HIV Studie von älteren Personen wurde belegt, dass 40% der Teilnehmenden ihr soziales Netzwerk als inadäquat einstufen. Weitere schwerwiegende psychosoziale Probleme wie Stigma, Diskriminierung, Depression und Suizidversuche wurden festgestellt. Es wurden auch andere Untersuchungen gefunden, die trotz HIV/Aids Stärke zeigten. 12 ältere Frauen und Männer berichteten in einer HIV/Aids Pilotstudie, dass sie Stärke besitzen, weil sie über adäquate soziale Unterstützung verfügen, dem Alterungsprozess mit Akzeptanz gegenüberstehen, Spiritualität erleben, sich an Gemeinschaften beteiligen und Selbstbewusstsein besitzen (Emlet et al., 2011, S.102).

Des Weiteren hatten Personen eine optimistische Persönlichkeit, Zugang zu sozialen Kontakten, sowie einen Glauben und ein aufrechtes Wertesystem. Die Spannbreite in der Kategorie kritische Lebensereignisse, der Verlust eines Partners oder einer Partnerin war zwischen den untersuchten resilienten Personen groß. So befanden sich in dieser Gruppe Personen, die den Verlust und das kontinuierliche „Loch“ erkannten und Personen, die den Sinn in bestimmten Aktivitäten fanden. Aus diesem Grund ist es schwierig, resiliente Personen von nicht resilienten Personen zu klassifizieren, da eine große Spannbreite existiert (Benett, 2010, S.371f). Obwohl der Verlust ohne Zweifel eine stressreiche Situation darstellt, ist noch nicht klar, ob sich Stress direkt auf die Verwitwung auswirkt oder die Folge von Alltagsschwierigkeiten („daily hassles“) oder eine Kombination aus beiden ist (Rossi et al., 2007, S.877).

3.4.3. Krebs

Krebs hat die höchste Inzidenz in der älteren Bevölkerungsgruppe. Es gibt unzählige Studien über den Verlauf von Krebs, die medizinischen Behandlungsmethoden, sowie das Managen der Krankheit. Die subjektiven Wahrnehmungen von älteren Personen sind derzeit noch ungenügend geprüft worden. Auf der einen Seite erleben die älteren Personen den Krebs als einen Verfall, ein Leiden, einen sozialen Rückzug, „identitätslos“, das bedeutet sich nicht mehr als die Person zu fühlen, die man vorher war, auf der anderen Seite sprechen sie von einer Stärke und Widerstandskraft, die sie selbst besitzen und von anderen diversen Beziehungen bekommen (Hughes, Closs & Clark, 2009, S.1139).

Die intime Beziehung zwischen Paaren während einer Krebserkrankung verändert sich. Eine Adaption an die erforderliche Situation war notwendig, um ein Leben mit einer entsprechenden Lebensqualität führen zu können. Ältere Paare berichteten, dass sie trotz des Prostatakrebses eine tiefere Verbundenheit fühlten und einen Weg gefunden hatten, wie sie ihr Leben im Alltag neu gestalten konnten. Eine offene Kommunikationsbasis war dafür notwendig, um vertrauensvolle Verhaltensmuster entwickeln zu können. Die Teilnehmenden zeigten eine große Spannweite von negativen Gefühlen, wie Ungewissheit, Angst, Furcht, Unsicherheit, Depression und Verzweiflung, sowie positiven Gefühlen wie Selbstvertrauen, Hoffnung, Sicherheit, Bestärkung und Ruhe. Unsicherheit wurde beispielsweise mit „shadow land“ bezeichnet. Zukunftsängste in Bezug auf den Alltagsschwierigkeiten und der damit verbundenen Abhängigkeit waren groß (Hughes et al., 2009, S.1147ff).

So war das Krebserleben sowohl von positiven als auch von negativen Gefühlen gekennzeichnet. Zum Beispiel empfanden die Betroffenen den Haarverlust aufgrund der Chemotherapie sehr schmerzvoll, während sie die liebevolle Zuwendung der Familienmitglieder genossen (Hughes et al., 2009, S.1150).

3.4.4. Pflegebedürftigkeit

Der Übergang in die Pflegebedürftigkeit oder der Umzug in ein Altenheim stellt ein einschneidendes Erlebnis im Leben eines älteren Menschen dar. Ein Alters- oder Pflegeheim ist eines unter mehreren alternativen Wohnformen, die meistens lange hinausgezögert werden durch die Unterstützung von Angehörigen, Wohnungsanpassungen und ambulanten Diensten. Ein einschneidendes Erlebnis stellt in jedem Fall der Umzug von der langjährig vertrauten Wohnung in eine andere altersgerechte „Wohnung“ dar. Die Anpassung an diese neue Lebenssituation ist für alte Menschen oft ein belastendes Ereignis, das jedoch mit Unterstützung reduziert werden kann. Vorbereitete Maßnahmen für eine Übersiedelung in ein Seniorenheim sind mit weniger Stress verbunden und werden dadurch positiver erlebt (Eppel, 2007, S.154).

Der Übergang in die Pflegebedürftigkeit ereignet sich nach statistischen Angaben häufig im 79. oder 80. Lebensjahr. In diesem Zustand gibt es meist keine Heilung („cure“) mehr, weil kein aktives, gesundes Leben mehr möglich ist, da dieses Leben durch Angewiesen sein auf Pflege („care“) geprägt wird. Die befürchtete Abhängigkeit bei hochaltrigen Personen steht im Widerspruch zum Wunsch nach Wahrung der Autonomie. Während jüngere Personen die Pflegebedürftigkeit als vorübergehend bezeichnen, erleben ältere Personen sie als endgültig und unumkehrbar. Als Copingmaßnahme wird eine „bewusst angenommene Abhängigkeit“ thematisiert. Ergebnisse aus einer Fragebogenstudie lassen die Erkenntnis gewinnen, dass hohe Pflegebedürftigkeit mit einer deutlich höheren Depressivität korreliert. In der älteren Gruppe war der Zusammenhang von Resilienz und Depressivität deutlich schwächer als in der jüngeren Gruppe. Das bedeutet, dass die protektive Wirkung von Resilienz im hohen Alter gegenüber dem jüngeren Alter reduziert ist (Leppert & Strauß, 2011, S.314ff).

Es fragt sich, warum nicht alle älteren Menschen eine Depression entwickeln, da belastende Umstände, wie Altersverfall, stressreiche Transitionen, medizinische Komorbiditäten, verringerter sozialer Kontakt und reduzierte sozioökonomische Ressourcen gemeinsam auftreten. Des Weiteren sind personale Charaktereigenschaften, wie Resilienz, schützende Faktoren gegen Depression und Apathie. Zudem haben persönliche Charaktereigenschaften einen protektiven Faktor gegen Depression. Der Zusammenhang zu einer Depression im späteren Leben wurde jedoch noch nicht ausreichend geprüft (Mehta et al., 2008, S.238).

3.5. Resilienz als protektiver Faktor

Resilienz kann auf unterschiedliche Weise gefördert werden. Zum einen kann sie aus dem Umfeld kommen wie z.B. durch Unterstützung der Familie, der Pflegekräfte, der Gesundheitskräfte und der FreundInnen. Zum anderen kann sie durch interne Verhaltensmuster gefördert werden, wie z.B. durch Optimismus und dem Selbstwertgefühl. Die Resilienz kann sowohl durch Faktoren gehemmt werden, als auch gefördert werden.

Es wurden in den letzten Jahren in der Entwicklungspsychologie interne Ressourcen erkannt, die die Belastungen vermindern können. Persönlichkeitsvariablen wie Hardiness, Invulnerabilität, Optimismus, ein positives Selbstkonzept und Religiosität werden auch als Ressourcen bezeichnet (Seiffge-Krenke, 1994, S.39). Es werden positive Selbstbewertungen, Wahrnehmungen persönlicher Kontrolle und eine optimistische Zukunftsperspektive als relevante psychische Ressourcen genannt, die bei der Bewältigung von traumatischen Ereignissen wie Krebs unterstützend wirken (Pinquart et al., 2006, S.345).

Persönlichkeitsvariablen oder Schutzfaktoren werden synonym verwendet (Seiffge-Krenke, 1994, S.39). Schutzfaktoren bezeichnen Faktoren, die den konstruktiven Umgang mit Stress erleichtern und die Effekte von Stress reduzieren. Ein vorhandenes Merkmal ist allein gesehen noch keine Ressource, sie wird erst in einem Belastungskontext mobilisiert. Das Interesse an den Ressourcen wurde durch die Perspektive des salutogenetischen Konzeptes gewonnen. Der Fokus liegt auf den Coping- Ressourcen, die

durch bestimmte Stressoren ausgelöst werden. Antonovsky konstatiert in diesem Zusammenhang, dass Stress sowohl eine schädigende als auch eine fördernde Wirkung haben kann (Eppel, 2007, S.80f).

Grundsätzlich wird Resilienz zwischen internen Faktoren, wie z.B. Charaktereigenschaften der inneren Einstellung und externen Faktoren, wie z.B. Nachbarschaft oder gesellschaftliches Wohlbefinden und soziales Umfeld unterschieden. Glaube, Spiritualität und Religion sind relevante Eigenschaften für die Entwicklung von Resilienz und werden als Notwendigkeit beschrieben, um traumatische Erlebnisse zu bewältigen. Es wird gezeigt, dass sowohl Pflegebeziehungen als auch sozial unterstützende Netzwerke wichtige Faktoren für die Entwicklung der Resilienz sind (Greene et al., 2003, S.78; Jacelon, 1997, S.126).

Folgendes Modell von Resilienz (Gerrard, Kulig & Nowatzki, 2004, S.62) zeigt auch die Unterteilung der Ressourcen in externe und interne Ressourcen. Dabei treten die einzelnen Faktoren als Hindernisse oder als Verstärker auf.

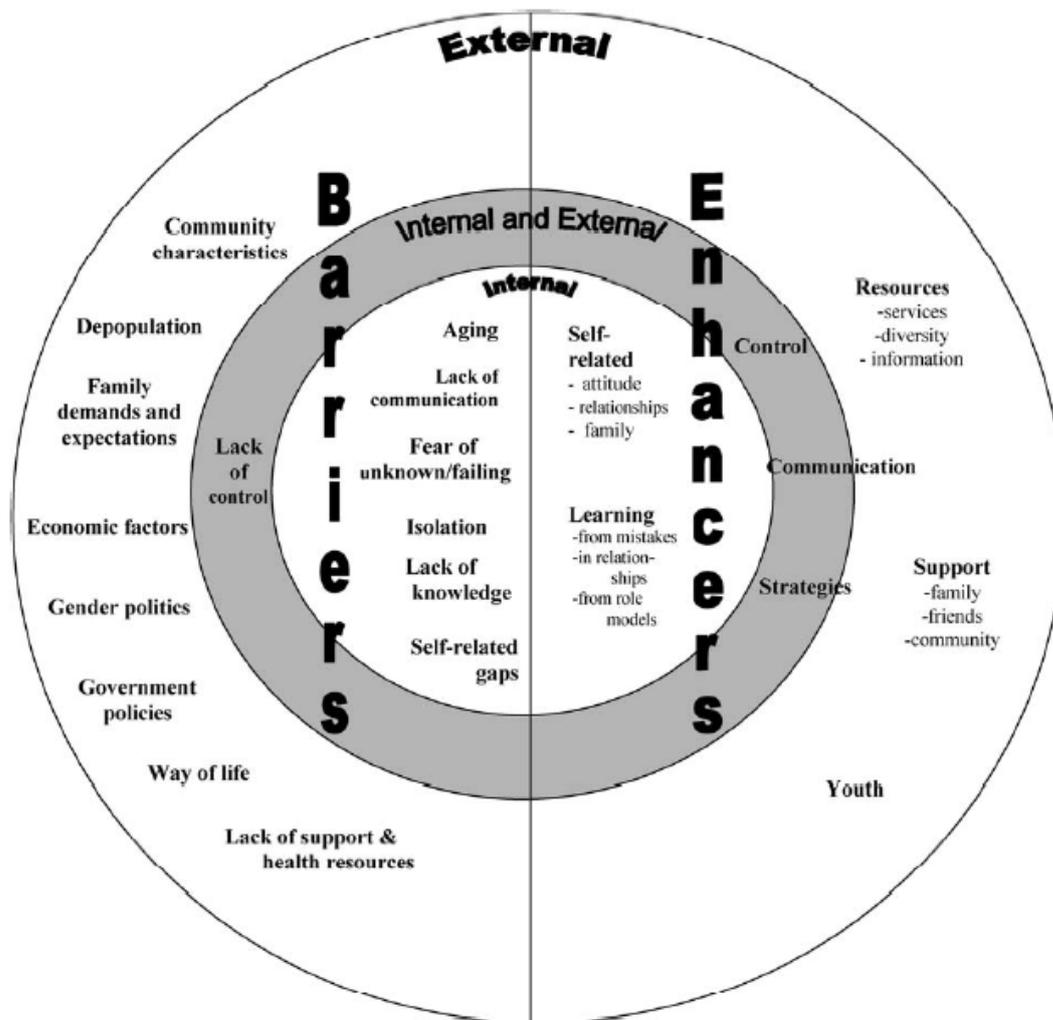


Abbildung 8: Resilienzmodell

(Gerrard, Kulig & Nowatzki, 2004, S.62)

Dabei werden die Verstärkungsfaktoren wiederum in zwei Bereiche unterteilt:

- Selbstbestimmte Faktoren
- Lernen aus Erfahrungen

Die persönliche Einstellung, positives Denken, Akzeptanz sowie Selbstwertgefühl können dabei unterstützen, resilient zu sein. Weiteres fallen die Familiensituation und die Beziehungen zu anderen Menschen unter diesen Faktoren. Der respektvolle Umgang und die gegenseitige Wertschätzung bei sozialen Kontakten stärken den sozialen Rückhalt der PatientInnen. Einer der wichtigsten Faktoren ist die Unterstützung der Familie, die ihren Familienmitgliedern Sicherheit geben und einen Platz bieten, um sich selbst entfalten zu können und sie „selbst“ bleiben können. Weitere selbstbestimmte Faktoren sind, Kontrolle über sich selbst zu haben, das Erkennen der eigenen Schwächen und Grenzen

und die Eigenschaft sich auf schwierige Lebenssituationen anpassen zu können. Das eigene Lernen spielt insofern eine wichtige Rolle, da man sich an die bewältigten, schlimmen Ereignisse zurückerinnert und dadurch wieder erneut Kraft schöpfen kann. (Gerrard et al., 2004, S.64).

Weiters ist noch zu erwähnen, dass die generelle Unterstützung (social support) von Familie, FreundInnen sowie von Pflegefachkräften eine herausragende Rolle spielt und die „einfache“ Kommunikation unterstützen kann. Über Probleme zu sprechen oder einfach nur zuzuhören, hilft den PatientInnen ihre Probleme leichter zu bewältigen (Gerrard et al., 2004, S.64).

Personale oder soziale Merkmale, die den Prozess der positiven Anpassung gewährleisten oder ermöglichen, werden als Synonyme für protektive Faktoren, Schutz- bzw. Resilienzfaktoren oder Widerstandsressourcen verwendet (Mergenthaler, 2012, S.66). Protektive Faktoren unterstützen dabei, negative Umstände zu reduzieren und Probleme, die auftreten können, zu vermeiden. Es wurde festgestellt, dass Personen, die resilient sind, erstaunliche Fähigkeiten entwickeln können, um beispielsweise Schmerzen zu überwinden und durch diese belastende Situation Veränderungen zeigen. Von hoher Relevanz ist es, dass protektive Faktoren identifiziert werden, um Resilienz fördern zu können (Greene, Galambos & Lee, 2003, S.76).

Wie umfangreich die internen und externen Ressourcen sein können und in welchen Ebenen sie auftreten, zeigt diese Einteilung nach Forstmeier, Uhlendorff und Maercker (2005):

- Emotionale Ressourcen
 - Positiver Affekt
 - Lebenszufriedenheit
 - Selbstwernerleben
- Motivationale Ressourcen
 - Kontrollüberzeugung
 - Selbstwirksamkeitserwartung
 - Dispositionaler Optimismus
 - Optimistischer Attributionsstil
 - Hoffnung
 - Intrinsische Lebensziele

- Volitionale Ressourcen
 - Handlungsorientierung
 - Selbstregulation und Selbstkontrolle
 - Aufmerksamkeitsregulation
 - Emotionsregulation und -kontrolle
- Interpersonale Ressourcen
 - Bindung
 - Altruismus
 - Soziale Verantwortung
 - Vergebung
 - Humor
- Soziale Ressourcen
 - Soziales Netzwerk
 - Soziale Unterstützung
 - Partnerbeziehung (Forstmeier, Uhlendorff & Maercker, 2005).

In Verbindung gebracht mit Resilienz werden u.a. verwandte Konzepte wie

- Selbstbestimmung
- positive Beziehungen / soziale Unterstützung
- Flexibilität
- Sinn für Humor
- Selbstwertgefühl / Selbstwirksamkeitserwartung (Earvolino-Ramirez, 2007, S.77).

In der Arbeit von Gerrard und KollegInnen (2004) wurden individuelle Personeneigenschaften oder Fähigkeiten beschrieben, die eine erfolgreiche Bewältigung an stressreiche Situationen ermöglicht. Obwohl sich diese Eigenschaften auf die 35- bis 75-Jährigen beschränken, kann man sie durchaus auf ältere Personen ummünzen. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit vielen protektiven Faktoren ein höheres Potenzial aufwiesen, resilient zu sein (Gerrard et al., 2004, S.59).

Folgende Merkmale werden wie folgt aufgelistet:

- Selbstwertgefühl/Selbstkonzept
- Sinn für Humor
- Internale Kontrollüberzeugung
- Positive Zukunftsvisionen
- Selbstvertrauen oder Selbstwirksamkeit
- Persönliche Stärke oder Disziplin
- Entscheidungsfindung oder kognitive Beurteilung
- Problemlösefähigkeiten
- Lebensziel verfolgen
- Die Fähigkeit aus der Erfahrung zu lernen
- Verständnis für sich und andere entwickeln
- Mut
- Kreativität (Gerrard et al., 2004, S.60).

Einflussfaktoren sind mittragend bei einem gelungenen Bewältigungsverhalten in einer belastenden Situation. Darunter kommen Risiko-, personale, sowie Umweltfaktoren bzw. kritische Lebensereignisse zum Einsatz. Diese Faktoren kann man nicht völlig isoliert betrachten, da sie in einem Kontext zueinander stehen (Stroebe & Stroebe, 1998, S.227). Bewältigungsressourcen helfen beim konstruktiven Umgang mit stressreichen Ereignissen. Es wird zwischen zwei Kraftquellen unterschieden, den personalen, die in der Person selbst vorhanden sind, wie z.B. Persönlichkeitseigenschaften und den extrapersonalen Ressourcen, wie z.B. soziale und finanzielle Unterstützung (Stroebe & Stroebe, 1998, S.227).

Jacelon (1997) thematisiert Resilienz als messbare Charaktereigenschaft und als einen dynamischen Prozess, der aufgrund des Kontextes im Leben variieren kann (Jacelon, 1997, S.123). Die Ergebnisse nach Luthar (1996) weisen ähnliche Definitionen auf. Einerseits wird unter Resilienz eine Personeneigenschaft mit „ego-resiliency“ und andererseits ein dynamischer Entwicklungsprozess mit „resilience“ verstanden (Earvolino-Ramirez, 2007, S.76).

Resiliente Personen haben viele personale Ressourcen und zeichnen sich durch Intelligenz, Interessen und Aktivitäten, Selbstvertrauen und Unabhängigkeit aus. Eine positive Zukunftsperspektive ist ebenfalls von großer Bedeutung (Jacelon, 1997, S.128).

Wagnild und Young (1990) haben Charaktereigenschaften wie Ausdauer, Selbstständigkeit als wichtige Merkmale identifiziert, um ein existentielles Leben führen zu können (Atkinson et al., 2009, S.139). Es geht darum, Erfahrungen im positiven Sinne zu werten, den Glauben an sich selbst und in seine Fähigkeiten zu entwickeln und Beständigkeit zu zeigen trotz widriger Lebensumstände. Es ist wichtig zu realisieren, dass das Leben einen Sinn hat und die eigene Mitwirkung im Leben notwendig ist, weil jedes Leben einzigartig ist. Wagnild und Young vertreten die Auffassung, dass resiliente Personen eine Vielzahl an personellen Ressourcen besitzen, wie Gelassenheit, Ausdauer, Selbstvertrauen, Sinnhaftigkeit und Erhaltung der eigenen Existenz (Jacelon, 1997, S.126)

Sie diskutieren über die Klassifizierung von Persönlichkeitsmerkmalen im Kontext von Resilienz und definieren persönliche Faktoren folgendermaßen (Jacelon, 1997, S.126):

- Aktivität
- Reflexivität
- kognitive Fähigkeiten
- Reaktionsfähigkeit (Adaption)
- Gelassenheit
- Durchhaltevermögen
- Selbstvertrauen
- Sinnhaftigkeit
- Erhaltung der eigenen Existenz (Jacelon, 1997, S.126).

Rutter (2007) hingegen behauptet, dass Resilienz keine Charaktereigenschaft ist, sondern er beschreibt, dass man erst im Vorhandensein von widrigen Umständen resilient werden kann und dass der dynamische Prozess aufgrund differenter Kontexte variieren kann. Seine Theorie wurde von einer anderen Theorie erweitert, die besagt, dass Resilienz auch

erlernbar ist und dadurch wurde das Konzept der Resilienz im weiteren Entwicklungsprozess als „erworbene“ Fähigkeit betrachtet (Atkinson et al., 2009, S.139). In der Querschnittstudie von Hardy und KollegInnen (2004) wird das Konzept Resilienz auch eher als eine Anpassung auf ein stressreiches Life Event als eine angeborene spezifische Charaktereigenschaft analysiert (Hardy et al., 2004, S.260).

Fine (1991) stellt fest, dass personelle Wahrnehmungen und Reaktionen von physisch beeinträchtigten Personen auf stressreiche Life Events bedeutsame Aspekte für das Überstehen, Erholen und Rehabilitieren einer widrigen Situation sind. Im Vordergrund standen Merkmale, wie das Angehören einer sozialen Gruppe, Hoffnung, Sinn, Lebensinhalt, die Fähigkeit zurück zu treten und die Situation von einem höheren Blick, als „Zuschauer“ zu betrachten und neue Strategien zur Problemlösung zu finden. Adaptives Verhalten und die Wertschätzung der eigenen Person sind wichtig, denn die Person im „Gesamten“ zählt mehr als die gegenwärtigen Umstände. Fine identifiziert einen Prozess bestehend aus zwei Phasen, die akute Phase, in der Auswirkungen von Stressoren vermindert werden und die Reorganisationsphase, in der die neue Situation akzeptiert wird (Jacelon, 1997, S.127).

Untersuchungen von Flach belegen ebenfalls zwei Phasen eines Prozesses, die Desintegration und die Reintegration. Der Prozess wird als zyklisch betrachtet und beginnt an einem einschneidenden Punkt, z.B. in einer Stresssituation und bringt den homöostatischen Prozess eines Individuums durcheinander. Dieser Verlauf führt zu einem Chaos und zerstört die normale Routine. Zu diesem Zeitpunkt wird Resilienz in eine neue homöostatische Struktur gebracht und kommt in die Phase der Reintegration. Resilienz wird in diesem Kontext als Stärke bezeichnet, die jeder entwickeln und erlernen kann (Jacelon, 1997, S.127).

In ExpertInneninterviews wurde dargelegt, dass die persönliche Einstellung und die eigene Grundhaltung am häufigsten mit Resilienz verbunden sind. Weiteres wird festgestellt, dass Intelligenz, Problemlösefähigkeiten, Bewältigungsstrategien und der Überlebensinstinkt relevante Fähigkeiten sind, um resilient zu sein (Greene et al., 2003, S.81f).

Personen mit psychologischen Fähigkeiten wie Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl und vielfältigen Problemlösefähigkeiten werden als resiliente Personen bezeichnet. Andere ForscherInnen beschreiben resiliente Personen mit den Eigenschaften des Selbstvertrauens, der Kuriosität, der Selbstdisziplin, des Selbstwertgefühls, der Kontrolle, der Intellektualität, der Selbstwahrnehmung, der Selbstwirksamkeit, der persönlichen Kompetenz und der Selbstakzeptanz des eigenen Lebens. Weitere Reservekapazitäten wie die Bewältigung, die Selbstachtung und der Optimismus bilden die Basis für die Resilienz der älteren Personen (Windle et al., 2007, S.286). Auch die Ergebnisse von individuellen Eigenschaften, wie Humor, Autonomie und Enthusiasmus zeigen eine hohe Signifikanz in Bezug auf die Resilienz (Jacelon, 1997, S.128).

Nach Leppert und Strauß (2001) haben resiliente Personen die Fähigkeit zu einer ausgewogenen Anpassung an ihre Lebenssituation. Resilienz bedeutet ihrer Auffassung nach:

- Ausgeglichenheit
- Kompetenz
- Entschlossenheit
- Optimismus
- Akzeptanz (Leppert & Strauß, 2001, S.314).

Ressourcen wie die Entwicklung des Selbstwertgefühls, der Autonomie und der Kreativität werden als relevante Strategien bezeichnet, resilient zu sein (Jacelon, 1997, S.128). Weitere personale Faktoren, die die Bewältigung von belastenden Ereignissen im Alter erleichtern, werden wie folgt aufgelistet:

- im kognitiven Bereich
- im Bereich von Persönlichkeitsmerkmalen
- im Bereich von Überzeugungen und Erwartungshaltungen
- im Bereich des Selbstkonzeptes (Eppel, 2007, S.93).

Mit kognitiven Fähigkeiten sind die Intelligenz und die Weisheit gemeint, die zu einer verbesserten Problemlösefähigkeit führen können (Eppel, 2007, S.93).

Besonderen Wert wird auf die Notwendigkeit der protektiven Faktoren gelegt, die die Auswirkungen von Stress reduzieren und zu einem positiven Resultat führen können. In diesem Kontext wird von einer dispositionalen Resilienz gesprochen, einer angeborenen charakteristischen Eigenschaft eines Menschen, die die Stresssituationen und auch die psychologische Gesundheit reguliert. Es geht darum, den Stress während des Übergangs beispielsweise in die Verwitwung zu reduzieren und psychologisches Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Diese Reservekapazitäten bzw. Ressourcen können den anfänglichen Verlust des Schmerzes nicht verhindern, aber sie können interagierende Fähigkeiten im Einklang mit der Umwelt entwickeln und so auf belastende Stressreaktionen optimal reagieren. Protektive Ressourcen können die Auswirkungen des Stresses regulieren und werden als ein dynamischer Prozess betrachtet, der durch personale, soziale und externale Ressourcen die Situation mildert. Diese Ressourcen helfen bei stressreichen Life Events mit persönlichen Strategien zu einer effektiven Bewältigung (Rossi et al., 2007, S.864f).

Personen differieren sich hinsichtlich ihrer Lebenslage, sozialen Beziehungen, psychischen Ressourcen, sowie ihres Gesundheitsverhaltens (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S.78). Die Einbettung in ein soziales Netzwerk, ergibt die Möglichkeit Unterstützung durch andere einzuholen und selbst in der sozialen Rolle aktiv zu sein. Es gibt Belege dafür, dass sich soziale Beziehungen sowohl in der Mortalität, als auch in der Morbidität durch positive Wirkungen zeigen. Die soziale Integration hat wesentliche Effekte auf die Gesundheit, weil soziale Unterstützung zu einem höheren Wohlbefinden und zu einer geringeren Isolation beiträgt und indirekt die Gesundheit beeinflusst (Wurm & Tesch-Römer, 2005, S. 80).

Bemerkenswert ist, dass die soziale Unterstützung bei jüngeren Patienten mit größerem positiven Auswirkungen in Zusammenhang steht als bei älteren. Obwohl ältere Personen eine höhere Komorbidität aufweisen, wurde eine stärker ausgeprägte interne Kontrollüberzeugung festgestellt. Das resultiert vermutlich aus den Erfahrungen mit den Erkrankungen, die Ältere im Gegensatz zu Jüngeren machen, sowie der Umgang mit dem Verlauf von Krankheiten (Pinquart et al., 2006, S.347).

Die bereits gestellte Frage, wie Resilienz „von außen“ unterstützt werden kann, wird durch Pflegefachkräfte und dem familiären Kontext erklärt. Die Akzeptanz steht in diesem Punkt an erster Stelle für das soziale Umfeld (Eppel, 2007, S.138).

In der Studie von Hildon und KollegInnen (2008) wird die emotionale und praktische Unterstützung als wichtige Komponente sowohl in der resilienten als auch in der vulnerablen Gruppe aufgezeigt. Das Vertrauen zu FreundInnen, Familienmitgliedern und NachbarInnen war ein bedeutender Aspekt bei der Bewältigung von Situationen wie z.B. eines Todesfalles oder einer Krankheit eines nahestehenden Freundes oder Familienmitgliedes (Hildon et al., 2008, S.732).

3.6. Resilienz als Copingstrategie

Es wurde festgestellt, dass effektives Coping, Kontrolle und positive Adaption relevante Auswirkungen auf die Resilienz haben (Earvolino-Ramirez, 2007, S.78).

Besondere Bedeutung kommt den Copingstrategien des Umdenkens und der Neubewertung zu. Eine empirische Untersuchung analysierte den Vergleich im Umgang mit Belastungen von jüngeren (im Durchschnitt 40 Jahre) und älteren Personen (im Durchschnitt 68 Jahre). Interessant ist, dass die älteren Personen, im Gegensatz zu den jüngeren, die eine aktive, handlungsorientierte Bewältigung bevorzugten, eine eher passive, interpersonale, emotionsregulierende präferierten, und Strategien wie Akzeptieren, Distanzieren und die Neubewertung besonders zum Einsatz kamen (Eppel, 2007, S.57f).

Effektives Coping ist wichtig, um belastende Umstände zu minimieren und Systeme und Services können Unterstützung leisten, wenn es erforderlich ist, Resilienz zu fördern (Hildon et al., 2009, S.45). Das Coping zeichnet sich durch das Akzeptieren und das Bewerten der Probleme aus, um anschließend passende Lösungen zu finden. Aus den Ergebnissen lässt sich die Erkenntnis ableiten, dass positives Denken, keine Angst vor Fragen und die Unterstützung von Rückschlägen wichtige Lösungen zur Bewältigung von Situationen beitragen. Das Vertrauen zu FreundInnen und der Rat der Familienmitglieder waren sowohl für die resiliente als auch für die vulnerable Gruppe von Bedeutung (Hildon et al., 2008, S.735).

Bemerkenswert ist, dass resiliente Personen eine höhere Stabilität aufweisen und ein besseres Bewältigen der Umstände ermöglichen als nicht resiliente. Dieser Prozess in Kombination mit der sozialen Unterstützung und den positiven Copingstrategien ist wesentlich, um mit den Widrigkeiten umgehen zu können. In Interviews wurden Phrasen wie „*I always*“ oft verwendet, Maßnahmen zur Stressbewältigung ergriffen, Rollen und Aktivitäten gefunden, die Freude hervorbrachten und es wurde die Identität während des gesamten Gespräches beibehalten (Hildon et al., 2008, S.737).

Eine interviewte Person in der resilienten Gruppe beschreibt trotz der gesundheitlichen Einschränkung die Konsistenz bezüglich der Coping Strategien folgendermaßen: *„I did cope. I’ve always been different. I think I saw so much as a little girl that I thought I’m not going to be like that“* (Hildon et al., 2008, S.736).

Die Resultate legen den Schluss nahe, dass die Personen in der resilienten Gruppe eine zweimal höhere Stabilität in den Copingstrategien aufweisen als die in der vulnerablen Gruppe. Copingstile wurden anhand der Copingskala von 20 Items nach Lazarus (1980) und Staudinger und KollegInnen (1999) gemessen. Es haben sich drei Stile herauskristallisiert:

- Vermeidung
- Adaption
- Entwicklung (Hildon et al., 2009, S.40).

Bei der Strategie „Vermeidung“ wird dem Lösen von Problemen aus dem Weg gegangen. Man hat zum Beispiel das Gefühl, keinen Sinn im Leben mehr zu sehen, ein Problem nicht loszuwerden oder es wird vorgegeben, dass Probleme nicht auftreten werden. Der Fokus liegt auf den negativen Gefühlen und diese Gefühle sind gleichzusetzen mit einem erdrückenden Gefühl bei widrigen Umständen (Hildon et al., 2009, S.40). Ältere Personen fühlten sich im Krebserleben besorgt und ängstlich aber auch fähig, die Situation zu managen. Adaption wurde durch die ungewollte Veränderung des physischen Aussehens angewendet, indem die Sicht auf den veränderten Körper vermieden wurde und Schwierigkeiten von der positiven Seite betrachtet wurden. Psychologische Schmerzen des Haarausfalles wurden gelegentlich durch liebevolle Zuwendung von Familienmitgliedern kompensiert (Hughes et al., 2009, S.1145).

Des Weiteren wurde geleugnet, dass Tumorzellen im Körper existieren. Diese „Bedrohung“ wurde durch Lebensveränderungen kompensiert. Um Distanz herbeizuschaffen, wurde über die Krankheit nicht gesprochen und sowohl das Selbstbild als auch die Beziehung zu Familienmitgliedern wurde als sicher und zufrieden gesehen (Hughes et al., 2009, S.1147f).

„Adaption“ wird als lösungsorientiertes Coping bezeichnet, wo man erkennt, wie der Umgang mit den eigenen Problemen gehandhabt wird. Gleichgesetzt wird das mit „integrating adversity“ (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins und Netuveli, 2009, S.40).

Die Anpassung an Schmerzen wird als ein Verhalten gezeigt, das negative Emotion bekämpft (Hughes et al., 2009, S.1147).

Die qualitativen Daten zeigten, dass Paare im Erleben mit einem Prostatakrebs eine tiefe Verbundenheit spürten und es war essentiell, eine offene Kommunikation zu führen, um sich an Veränderungen bezüglich der intimen Verhaltensmuster anzupassen. Das Sprechen über ihre Probleme half ihnen, das Leugnen der Krankheit zu überwinden und die Situation zu akzeptieren. Andere Paare stellten den Prostatakrebs als eine „couples‘ disease“ dar (Hughes et al., 2009, S.1148).

Ein weiteres Beispiel der Adaption ist, sich an einen adäquaten Ernährungsplan anzupassen trotz ernährungsbedingter Erfordernisse. „Dietary resilience“ ist die Entwicklung und die Verwendung von adaptiven Strategien, die eine adäquate Ernährung ermöglichen trotz ernährungsbedingter Herausforderungen (Vesnaver et al., 2011, S.731). Wenn sich die älteren Personen an altersbezogene Veränderungen anpassen und Ernährungshürden überwinden, dann spricht man von „dietary resilience“, einer Ernährungsanpassung (Vesnaver et al., 2011, S.735).

Die „Entwicklung“ wird als lösungsorientiertes Coping bezeichnet, in der man von einem Problem lernen und gleichzeitig wachsen kann. Der Umstand wird in diesem Zusammenhang als positiver Weg beschrieben (Hildon et al., 2009, S.40). Positives Coping wird als Wachstum in stressbezogenen Situationen bezeichnet. Das Umdenken bezieht sich auf die Stärken der älteren Personen:

- das Erfreuen an kleinen Dingen (die früher nicht erkannt wurden)
- durch eine bescheidene Lebensweise Zufriedenheit erlangen
- positive Lebenseinstellung haben trotz Einbußen
- Anpassung an das Leben und Unsicherheit aushalten
- Bessere Einschätzung der eigenen Grenzen, Akzeptanz der Grenzen und neue Handlungsmöglichkeiten ableiten (Eppel, 2007, S.58).

Auffallend ist, dass religiöses Coping bei kranken älteren hospitalisierten PatientInnen spirituelle Erfolge und Veränderungen in der mentalen und physischen Gesundheit erzielte. Positive Methoden sind u.a. spirituelle Unterstützung, religiöse Neubewertungen, die zu einer Verbesserung der Gesundheit führen (Pargament et al., 2004, S.713). Spiritualität und Religion sind für viele Personen zentrale Bedeutungen, um stressreiche Events zu meistern (Greene et al., 2003, S.81f).

Demgegenüber werden Abhängigkeiten im täglichen Leben, geringe Lebensqualität und depressive Verstimmung als negative Konsequenz gesehen (Eppel, 2007, S.58). Negative Erlebnisse werden als das Bestrafen Gottes gesehen und als interpersonale religiöse Unzufriedenheit, die mitverantwortlich für den Rückgang des Gesundheitszustandes sind (Pargament et al., 2004, S.713). Wichtige Coping Strategien sind FreundInnen zu haben, die sich Zeit nehmen und mit denen über Probleme gesprochen werden kann und die Fähigkeit zu besitzen, sich nicht von Rückschlägen unterkriegen zu lassen (Hughes et al., 2009, S.1147).

Sowohl Ressourcen als auch Strategien ersetzen Gefühle von Unsicherheit, Zweifel, Angst in Selbstvertrauen und Selbstsicherheit. Bestimmte Eigenschaften der älteren Personen kommen zum Vorschein, wie (Hughes et al., 2009, S. 1147):

- die Akzeptanz von Schmerzen
- keine Angst zu haben
- natürliches Ende in Sicht
- Hoffnung auf Erleichterung der Schmerzen
- Ende des Leidens
- Tod nach dem Leben
- Geduld des Leidens
- Vertrauen in ein höheres Wesen
- Vertrauen in Gott
- Glaube an das Schicksal (Hughes et al., 2009, S. 1147).

Die innere Einstellung trägt neben den angeführten Copingstrategien und Ressourcen wesentlich zu einer Bewältigung einer widrigen Situation bei.

3.7. Resilienzförderung

Neben der individuellen Förderung der Ressourcen und der Unterstützung des sozialen Umfeldes kommt der Förderung durch das Gesundheitspersonal besondere Bedeutung zu.

Um die Möglichkeiten der resilienz-basierten Interventionen zu erforschen, können die jeweiligen FachexpertInnen die Möglichkeiten der positiven Adaption fördern. Aus den Literaturreviews wird ersichtlich, dass ein umfassendes und vielschichtiges Interesse an der resilienz-basierten Forschung besteht (Earvolino-Ramirez, 2007, S.81).

Fachleute sind gefordert, die individuellen Stärken der PatientInnen zu erkennen und sie zu einer resilienz-basierten Therapie auszubauen. Eine resilienz-basierte Therapie erreicht, dass man sich durch die Schichten des Intellektualismus, der Leugnung, des Schattens und des Ärgers hindurcharbeitet und eine immanente Resilienz und eine menschliche Wesensart entwickeln kann. Um diesen Prozess zu erfüllen, sollte die Gesundheitskraft erst einmal Resilienz verstehen und die PatientInnen bei der Entwicklung zu einer resilienten Person unterstützen (Richardson, 2002, S.317).

Das Ziel von Resilienz ist die Förderung wichtiger Grundlagen, die gefestigt und motiviert werden sollen, d.h. die alten Menschen auch soweit zu bewegen, dass sie selbst Kräfte mobilisieren (Eppel, 2007, S.134).

Eine Möglichkeit zur Bestimmung der Resilienz eines Patienten wird am Beispiel eines Fragebogens nach Müller und Petzold (2003) gezeigt. Dieser Fragebogen basiert auf der „doppelten Expertenschaft“, das bedeutet, dass die FachexpertInnen aus der Gerontologie und die Expertise der PatientInnen selbst im Mittelpunkt stehen. Die PatientInnen selbst wissen, welche Belastungen und vor allem welche Stärken sie besitzen und welche Erlebnisse sie in der Vergangenheit bewältigt haben. Mit diesem fragebogengeleiteten Interview können sich die PatientInnen selbst einschätzen und ihre protektiven Faktoren erkennen (Müller & Petzold, 2003, S.23).

Auszug aus dem Fragebogen:

5. Haben Sie eine (Charakter-)Eigenschaft, von der Sie sagen könnten, sie hätte Ihnen bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen geholfen?
7. Gab es in Ihrem Leben Krisen / sehr schwierige Momente oder Lebenslagen?
8. Wie haben sie diese gemeistert? Was hat Ihnen dabei (am meisten) geholfen? (praktische Hilfe, moralische Unterstützung, finanzielle Mittel, Rat von anderen, Zeit zum Nachdenken, mit jemandem darüber reden können, Freunde, Familie, professionelle Beratung oder Hilfe, Religion / Kirche, Glaube / Gebet, Vernunft, Lebenserfahrung, Humor, Haustier)
10. Woraus beziehen Sie im allgemeinen Kraft / Trost / Hoffnung in schwierigen Lebenssituationen?
22. Erleben Sie ihr Beziehungsnetz als emotional stützend? wohltuend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, warum nicht?

Abbildung 9: Auszug Fragebogen Resilienzbestimmung

(Müller & Petzold, 2003, S.23).

Der Literaturreview von Greene und KollegInnen (2003) weist auf die Pflegebeziehungen und die unterstützenden Netzwerke hin, die zu einer verbesserten Resilienz führen. Eine große Bedeutung wird zunehmend auf die Förderung der PatientInnenkompetenz gelegt und zwar wie die Stärken des Resilienzkonzeptes in der Praxis genutzt werden können. Wie wichtig es ist, dass das Resilienzkonzept praktisch angewendet wird, zeigt die Aussage einer Pflegeperson: „*If we can understand what helps some people to function well in the context of high adversity, we may be able to incorporate this knowledge into new practice strategies.*“ (Greene, Galambos & Lee, 2003, S.77f). Praktische Strategien beginnen meistens mit der Unterstützung der Sicherheit und der Lebensbedürfnisse (Greene et al., 2003, S.84).

Hughes und KollegInnen (2009) stellen fest, dass die Beziehung zwischen Health Care Providers und PatientInnen sowohl positiv als auch negativ verlaufen können. Health Care Providers berichten, dass es wichtig ist, dass sie einfach zugänglich sind. Ihre Anstrengungen, um älteren Menschen mit Offenheit, Ehrlichkeit und Bedächtigkeit zu begegnen, rufen Gefühle wie Sicherheit und Hoffnung bei den älteren PatientInnen hervor. Manche ältere PatientInnen bezeichnen ihre Beziehung zu ÄrztInnen als

Freundschaft, weil das Verhältnis sehr eng ist. Andere fühlten sich alleine gelassen und unsicher bezüglich der Krankheit und des Krankheitsverlaufes. Lange Wartezeiten, sowie vage Auskünfte wurden als Konsequenz des Alterns betrachtet, die weniger Priorität hatten als andere PatientInnen. Wenn Informationen vorenthalten wurden, fühlten sich die älteren PatientInnen unehrlich behandelt und hatten Misstrauen gegenüber den Health Care Providers (Hughes et al., 2009, S.1149).

Ergebnisse zeigen, dass einige Personen erwarteten, dass Health Care Providers ihre Entscheidungen für sie trafen, weil das Entscheiden von Behandlungen sehr belastend für sie war und die DienstleisterInnen über ein besseres Know - how verfügen.

Demgegenüber fanden einige ältere Personen, die sich gegen eine Krebsbehandlung entscheiden wollten, die Health Care Provider als paternalistisch, weil sie sich nicht unterstützt in ihren autonomen Entscheidungen fühlten und ihre Entscheidung ignoriert wurde. Solche Erfahrungen hinterließen Risse in der Beziehung zwischen den ProfessionistInnen und den älteren Personen (Hughes et al., 2009, S.1145).

Nach Müller und Petzold (2003), sind die protektiven Faktoren, die Resilienz beschreiben, zu vielfältig um eindimensionale Schlussfolgerungen zu ziehen oder sogar Erkenntnisse abzuleiten wie man Resilienz bei alten Menschen fördern und entwickeln kann. Petzold (2003) definiert dieses Phänomen als PRP-Status, bei dem die HelferInnen immer mit **P**roblemen, mit **R**essourcen bzw. Ressourcenmangel und mit **P**otentialen bzw. Potentialdefiziten zu tun haben. In diesem Status werden Ziele der Behandlung abgeleitet, die wiederum zur Umsetzung Methoden und Techniken benötigen. Voraussetzung für den Nutzen der einzelnen Methoden ist auf jeden Fall eine sorgfältige Diagnostik, um vorhandene Ressourcen zu erkennen, sowie die soziale Lebenslage einschätzen zu können. Diese Bestandsaufnahme muss den Beginn einer Behandlung darstellen. Da vor allem außerhalb klinischer Einrichtungen z.B. in Pflegeheimen, Altersheimen, Ambulanzen es schwierig ist, solche Bestandsaufnahmen durchzuführen, ist die Gefahr hoch, Depressionen nicht zu erkennen und dadurch können sie nicht gezielt behandelt werden. Für diese Einrichtungen aber auch im Bereich der Heimpflege sind unspezifische Behandlungsprogramme, die einen allgemeinen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten am Idealsten (Müller & Petzold, 2003, S.20f).

3.8. Interventionsmöglichkeiten für die Pflege

Das Wissen um Resilienz als eine angeborene Charaktereigenschaft kann für die pflegerische Praxis notwendig sein, um resiliente Faktoren zu erkennen und entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten anbieten zu können. Nach Jacelon (1997) könnten Pflegekräfte in der Praxis durch diese erworbene Kompetenz Ressourcen erkennen und Stärken aktivieren und vor allem für nicht resiliente Menschen besondere Unterstützung leisten (Jacelon, 1997, S.128).

Ergebnisse der Forschung zeigen, dass Resilienz durch psychosoziale, verhaltensbezogene, kognitive und physiologische Faktoren gestärkt und beeinflusst werden kann. Des Weiteren können bestimmte Pflegeinterventionen die adaptive Fähigkeit verbessern und eine Depression vermeiden (Smith, 2009, S.835).

Felten (2000) führt in ihrer Arbeit eine Reihe von Möglichkeiten auf, wie das Pflegepersonal ältere Frauen bei der Bewältigung von Situationen unterstützen kann, die in der Folge kurz dargestellt werden:

- Sicherheit trainieren
- Entschlossenheit des Pflegepersonals die älteren Patientinnen zu unterstützen, eine Krankheit zu überstehen
- Harte Umstände aus früheren Erlebnissen zu meistern
- Zugang zur Pflege zu haben
- Kulturelle Sensitivität
- Familiäre Unterstützung
- Selbstpflege
- „care for others“ (Felten, 2000, S.117ff).

Folgendermaßen können Pflegekräfte ältere Personen bezüglich ihrer Sicherheit trainieren. Denn Knochenbrüche können ohne Traumata auftreten und effektive Strategien ermöglichen eine Reduktion des Risikos. Auch könnten sie ältere Menschen über Sturzrisiken aufmerksam machen, etwa durch Vermeidung von Teppichen oder elektrischen Kabeln, die sich am Boden befinden. Von großer Bedeutung ist, dass man

mit sicherem Schuhwerk spazieren geht und eine realistische Beurteilung des Kriminalitätsrisikos in der Nachbarschaft vornimmt. Falls die Kriminalität eine unvermeidliche Gefahr darstellt, sollte man unterstützende Gruppenunternehmungen planen und am Tag sich mit diesen Gruppen gemeinsam aufhalten. Nach einem Leben in Unabhängigkeit war es für ältere Frauen schwierig, ihre Grenzen anzuerkennen und zuzugeben. Das Ignorieren von präventiven Services kann den Unterschied ausmachen, ob ein auftretendes Problem bewältigt wird, zu einer kräftezehrenden Krankheit oder in Folge zu Funktionseinschränkungen führt. Regelmäßige Selbsttests an der Brust, Mammographien, PAP Tests und Grippeimpfungen sind Beispiele dafür, dass sich ältere Personen schwach und gebrechlich fühlen. Durch die Förderung der Entschlossenheit, Zielstrebigkeit und Selbstbestimmung der untersuchten älteren Frauen erlebten sie eine Widerstandskraft nach der Krankheit, die weit über den erwarteten „normativen“ Standards entsprechend des Alters und des Gesundheitszustandes liegt. Die Pflegekräfte sollten den älteren Frauen helfen, die Power der Entschlossenheit zu nutzen und sie zu unterstützen, eine Behandlung zu überstehen, wie u.a. ein Mammographiescreening oder die Durchführung der Grippeimpfungen. Interventionen unterstützen dabei Resilienz zu fördern, Informationen zu erhalten, ermutigen bei der Auswahlmöglichkeit und geben ihnen Kontrolle (Felten, 2000, S.117).

Die Sicherheit der älteren Personen könnte gestärkt werden, wenn sie die Möglichkeit hätten, soziale Netzwerke aufzubauen, z.B. über Diskussionsgruppen oder Aktivitätsgruppen. Des Weiteren wäre ein patientInnenzentriertes und gut funktionierendes Wohlfahrtssystem von Vorteil, dass die Sicherheit der ansonsten unsicheren älteren Personen stärken würde. In der Gesundheits- und Krankenpflege könnte mehr Gewicht auf die Entwicklung des Fachwissens von inneren Gesundheitsressourcen gelegt werden, wie beispielsweise Lebensorientierung und Sinnhaftigkeit im Leben (Fagerström, Gustafson, Jakobsson, Johansson & Vartiainen, 2010, S.1313). Um gezielte Pflegeinterventionen von älteren Personen, die innere Stärke benötigen, umzusetzen, bedarf es weiterer Untersuchungen (Fagerström et al., 2010, S.1313).

Harte Lebensumstände stellten für viele Teilnehmende eine Gemeinsamkeit dar. Wichtig war es zu wissen, wie sie ihre belastende Situation bewältigen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen die Frauen besser beraten konnten, wenn sie in ihrem Leben selbst solche Erfahrungen erlebt haben, wie z.B. durch

Klinikaufenthalte, Kinderuntersuchungen. Diese Erlebnisse halfen den Pflegekräften, einen Weg zu finden, wie sie den Frauen Problemlösestrategien anbieten könnten. Bemerkenswert war, dass Frauen, die in ihren früheren Jahren auch schon Schweres erlebt hatten, es besser verstanden, wie sie die belastende Situation bewältigen konnten. Eine Pflegeintervention legt den Fokus auf die frühere Bewältigung einer belastenden Situation, die wiederum erfolgreiche Möglichkeiten bietet, um gegenwärtige Copingstrategien zu entwickeln. Die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen im Setting Krankenhaus, Rehabilitation, zu Hause oder in der Gemeinde bieten Möglichkeiten an, um älteren Frauen bei der Entwicklung von Stärken und Copingfähigkeiten zu unterstützen (Felten, 2000, S.118).

Die Ergebnisse der Längsschnittstudie von Vesnaver und KollegInnen (2011) belegen, dass die Motivation im Zusammenhang mit der Ernährung wichtig für die „dietary resilience“ war. Ältere Personen sollten verstehen, dass ihr Ernährungsverhalten einen kritischen Faktor für ihre Gesundheit und ihre Lebensqualität darstellt und sie sollten der Ernährung eine hohe Priorität zuschreiben. Dieses Verständnis ist notwendig, um den Willen der älteren Personen, ihre Essgewohnheiten zu ändern, zu fördern. Jedoch ist jeder Mensch selbst durch die stärkste Motivation mit seinen Ressourcen limitiert. Deshalb ist es wichtig durch entsprechende Assessments die individuellen ernährungsrelevanten Ressourcen zu identifizieren, um zu erkennen, welche Kapazitäten die einzelne Person besitzt, um resilient sein zu können. Die Resultate zeigen, dass die Erkenntnis über die eigenen Ressourcen notwendig aber nicht ausreichend ist. Wenn personale Ressourcen eingeschränkt vorhanden sind, ist es besonders wichtig, dass sie sich jemandem anvertrauen können, der ihnen Information und formale Unterstützung gibt. Für die meisten älteren Personen ist aber gerade das sich Anvertrauen schwierig, weil das ein Indiz für Altern ist und gleichgesetzt wird mit Abhängigkeit und Verlust der Kontrolle. Die Pflegekräfte und die GesundheitsprofessionistInnen sollten diese Empfindungen erkennen und die PatientInnen überzeugen, dass es gelegentlich notwendig ist Unterstützung anzunehmen, um Ziele zu erreichen. Adaptive Strategien wie die Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Beratungen sind unerlässlich, um ältere Personen dabei zu unterstützen, ihre Ernährungsprobleme zu überwinden (Vesnaver et al., 2011, S. 736f).

Obwohl einige Selbstpflegeaktivitäten mit der Altersgebrechlichkeit in Verbindung stehen, orientierten sich diese Aktivitäten mehr auf das Wohlbefinden der älteren Frauen.

Interventionen, wie eine gute ausgewogene Ernährung und regelmäßige Körperübungen sind wichtige Komponenten, um Resilienz zu fördern. Von den teilnehmenden Frauen, die sich in der Studie nicht an dieser Handlungsweise beteiligten, wie regelmäßige Exercises, Gewichtskontrolle, Gesundheitsscreenings hatten viele ein geringes Ausbildungsniveau und ihre eigene Auffassung von Selbstaktivitäten (Felten, 2000, S.119f).

Die Studie nach Felten (2000) belegt, dass kulturelle Sensitivität eine große Rolle bei Resilienz spielt. Die kulturelle Pflege sollte durch respektvolles Verhalten gezeigt werden. Die Integration eines spezifischen kulturellen Glaubens könnte in den Pflegeplan von diesen älteren Frauen mit einbezogen werden. Das Nichtbeachten der kulturellen Empfindsamkeiten sollte in der Pflege nicht weiter als die Norm toleriert werden. Eine Methode, um den kulturellen Zugang zu verbessern, wäre es „farbige Menschen“ als Personal einzustellen. Ein multikulturelles Pflorgeteam würde sensitiver auf die kulturellen Themen eingehen, spielt eine große Rolle im Pflegealltag und wirkt als „befreiende“ Pflege sowohl für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen als auch für PatientInnen. Die Rolle der ältesten Frau in einem Haushalt ist unterschiedlich in den Kulturen und in manchen ist sie der „Inbegriff“ von Power und Selbstwertgefühl. Durch das Verstehen dieser Position der ältesten Frau, können Health Care Providers den kulturellen Wert einer Familie unterstützen. Die Studie belegt, dass Frauen mit einem geringen Einkommen und einer geringen Ausbildung einen verringerten Zugang zu gesundheitlichen Vorsorgeleistungen und zur Pflege haben. Würde man den älteren Frauen unter diesen Bedingungen Informationen über ihre Ressourcenaktivierung früher anbieten, bevor sie tatsächlich Hilfe benötigen, würde das Bewusstsein von Gesundheitsleistungen und der Zugang wachsen und eine Versorgung könnte zeitgerecht stattfinden. Pflegeinterventionen könnten das Augenmerk auf die Bildung der Community, Marketingservices und soziale Community Arbeiten legen. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung von der besseren Verfügbarkeit, Leistbarkeit und der Annehmbarkeit von denjenigen abhängt, die das System nutzen (Felten, 2000, S.118f).

Pflegekräfte sollten bei älteren Personen lernen, den Blick mehr auf ihre Stärken und Kapazitäten zu richten als allein auf ihre Gebrechen und Schwächen. Denn durch ihre Funktionseinbußen sind sie den Pflegekräften ausgesetzt. Es ist von großer Bedeutung, dass allen PatientInnen individuell begegnet wird, die Stärken erkannt werden, um die

inneren Kräfte verbessern zu können. Der Schwerpunkt wird auch dahingehend gelegt, dass PatientInnen und Pflegekräfte gemeinsam sinnvolle Möglichkeiten finden, um ihre inneren Stärken zu verbessern und die Gesundheit zu fördern. Den Blick auf die Stärken älterer Personen zu richten, ist ein salutogenetischer Ansatz, der Gesundheit fördert und gesundes Altern unterstützt. Die Ergebnisse zeigen aber, dass der salutogenetische Ansatz alleine betrachtet zu einseitig wäre und andere Ansätze auch zu berücksichtigen wären, wie z.B. „The Resilience Scale“, „The Purpose in Life Scale“ und „The Self-Transcendence Scale“ (Lundman, Alex, Jonsen, Lövheim, Nygren, Fischer, Strandberg & Norberg, 2012, S.173)

Pflegekräfte sollten sowohl die Entscheidungen der älteren Frauen als auch ihre Position innerhalb der Familie berücksichtigen. Familienmitglieder übernehmen gerne die Verantwortung für die Entscheidungen der Gesundheit und der Versorgung (Felten, 2000, S. 119).

Momentan ist es noch so, dass unterschiedliche Disziplinen (wie Psychologie, Soziologie) den gleichen Aspekt behandeln und aus ihrem Standpunkt aus das Phänomen erforschen. Multidisziplinär wird an dem Behandlungsplan der PatientInnen herangegangen. Um interdisziplinär arbeiten zu können, ist es jedoch wichtig die unterschiedlichen Disziplinen ineinander zu integrieren, um ein bestmögliches Resultat zu erzielen. Die Kooperation von unterschiedlichen Berufsgruppen ist von Vorteil, um Resilienz zu erforschen. Obwohl die Interdisziplinarität als Bereicherung angesehen wird, sieht man diese Komplementarität im selben Aspekt als eine „Gefahr“, da nicht die gleiche Sprache verwendet wird und die Bedeutung des Begriffes unterschiedlich verstanden wird (Aubry & Beullens, 2004, S.18f).

Interdisziplinäre stellen aber auch eine wichtige Maßnahme zu Interventionen dar. Resilienzfördernde Maßnahmen können durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam in vielerlei Hinsicht eingesetzt werden, da Schutzfaktoren in unterschiedlichen Bereichen von Nutzen sein können:

- Stressreduzierende Entspannungen
- Regelmäßige körperliche Aktivitäten
- Soziale Kontakte in der Gruppentherapie

- Tierhaltung als milieutherapeutische Intervention in der Pflege
- Aufbau eines sozialen Netzwerkes
- Philosophische Therapeutik
- Kreativtherapeutische Arbeit (Poesie-, Theater-, Musiktherapie) (Müller & Petzold, 2003, S.21f).

„Care for others“ ist eine wichtige Methode, um Tätigkeiten hervorzuheben und zu fördern. Das Sorgen um andere ermöglicht den älteren Frauen die Chance, Vertrauen in sich und für andere zu entwickeln. Dieser Ansatz ist höchst notwendig für die Zukunft der gerontologischen Pflege. Die eingenommene aktive Rolle der älteren Frauen ermutigt sie dazu, andere zu fördern und mit ihnen zu arbeiten in Zeiten der Beeinträchtigung und Abhängigkeiten (Felten, 2000, S.120).

Wichtig ist es, die Probleme, Ressourcen und Potenziale genau zu definieren und den entsprechenden Therapieplan vorzunehmen und den Blick auf die folgenden Interventionen zu richten:

- Anpassen von Bewältigungsstrategien
- Anpassen von Zielen
- Bewerten der Vergangenheit (Biographiearbeit)
- Sinnstiftende Gespräche
- Seelsorgerische Betreuung
- Kognitives Training (Gedächtnistraining)
- Willensförderung
- Identitätsfördernde Maßnahmen
- Selbstwertunterstützende Aktivitäten
- Selbstwirksamkeitsfördernde Tätigkeiten
- Autonomiefördernde Maßnahmen
- Ressourcenaktivierung durch kreativitätsfördernde Maßnahmen
- Stresspuffernde Intervention (Entspannungstherapie)
- Körperliche Betätigung
- Netzwerkarbeit (Müller & Petzold, 2003, S. 22).

Welche Interventionen bzw. protektive Faktoren erfolgreich sind, hängt von der jeweiligen Lebenslage des älteren Menschen ab. Von besonderer Bedeutung ist eine aufmerksame Beobachtung, um die entsprechenden Interventionen anwenden zu können, da die Resilienz und die Potentiale individuell gefördert werden. Wichtige Kernaussage ist, dass die Förderung von Resilienz darin besteht, belastenden Situationen selbstbewusst begegnen zu können und zu überwinden und nicht darin, sie zu vermeiden (Müller & Petzold, 2003, S. 22).

Um Resilienz in der Pflege verbessern zu können, wäre es sinnvoll, Methoden, die sich zum einen auf die Messbarkeit von Resilienz und zum anderen auf die Interventionen beziehen, zu entwickeln. Pflegekräfte könnten somit Resilienz fördern, bevor die Krankheit auftritt und den Fokus auf die unterstützenden Interventionen legen (Jacelon, 1997, S.128). Zurzeit fehlt es noch an solchen Instrumenten und müssen noch weiter untersucht werden, um die Brauchbarkeit zu erhöhen.

4. Zusammenfassung

Aufgrund der hohen Lebenserwartung und der adäquaten medizinischen Versorgung, *lässt es sich ganz „prima“* bis ins hohe Alter leben. Altern ist ein grundlegender „natürlicher“ Prozess, der einfach geschieht. Im Alter ist man oft mit physischen, psychischen und sozialen Verlusten konfrontiert. Aber das hohe Alter kann auch als Potenzial und Gewinn gesehen werden, etwa durch die zunehmende Weisheit und Lebenserfahrung. Neben den normalen Altersveränderungen kann man zudem mit Belastungssituationen, wie lang andauernde chronische Krankheiten oder den Tod eines nahestehenden Menschen, zu kämpfen haben.

Die Konfrontation mit einer belastenden Situation kann bereits im Kindesalter geschehen. Je mehr Erfahrungen in diesem Bereich gemacht werden, desto wahrscheinlicher ist es, in später auftretenden belastenden Situationen resilient zu sein. Durch die frühen Erlebnisse hat man sich Strategien angeeignet und eine „robuste Eigenschaft“ zugelegt. Resilienz ist notwendig, um mit solchen Situationen fertig zu werden. Im Alterungsprozess spielt die Resilienz eine besondere Rolle, weil gerade in dieser Lebensphase die Gefahr groß ist, vulnerabel zu sein. Gründe dafür können die steigende Anzahl der Multimorbiditäten, die verringerten sozialen Kontakte und die daraus resultierenden Einschränkungen sein.

Wird man mit den Situationen nicht fertig, kann die Gesundheit gefährdet werden. Die Gesundheit steht in einem großen Zusammenhang mit der Resilienz, weil wenn sie nicht vorhanden ist, wirkt sich diese Belastung direkt auf die Gesundheit aus und die widrigen Situationen können nicht bewältigt werden. Daher ist es wichtig Resilienz zu messen, zu erkennen und zu fördern, um Gesundheit zu erhalten. Eine Möglichkeit zur Bestimmung der Resilienz sind u.a. die Resilienzskalen und erweiterte Skalen („The Self-Transcendence Scale“). Eine weitere Möglichkeit zur Bestimmung der Resilienz ist u.a. der Fragebogen der „doppelten Expertenschaft“, der beschreibt, welche Belastungen und welche Stärken die alten Leute besitzen und welche Erlebnisse sie mit Bravour in der Vergangenheit bewältigt haben. Eine Messung ist jedoch schwierig, weil Resilienz sehr umfassend ist und an andere Disziplinen angrenzt. Die bisherigen Resultate des Literatur Reviews zeigen, dass Resilienz aus differenten Perspektiven erforscht wurde und es schwierig ist auf einen Konsens zu kommen. Eine Basisdefinition gibt es in dieser Form nicht. Resilienz wird als die Fähigkeit verstanden, gesund zu bleiben trotz widriger

Umstände, als persönliches Charaktermerkmal und als dynamischer Prozess in Interaktion mit der Umwelt. Des Weiteren wird sie als ein adaptives Verhalten definiert, das als Copingstrategie eingesetzt wird. Im Alter ist es besonders wichtig, adaptive Strategien zu entwickeln, um den Anforderungen gerecht zu werden. Positives Coping zeichnet sich durch Neubewertungen im Alter aus. Die Form des Umdenkens bezieht sich auf das Wachstum in stressreichen Situationen, wie z.B. eine positive Lebenseinstellung zu haben trotz körperlicher Einschränkungen, das Erfreuen an kleinen Dingen. Wie man sieht, kann Resilienz aus vielerlei Hinsicht betrachtet werden.

Es stellt sich die Frage, warum manche Menschen belastende Situationen wie z.B. den Tod einer nahestehenden Person gut bewältigen können und andere wiederum nicht. Vor allem im Alterungsprozess spielt diese Thematik eine besondere Rolle. Aus den Resultaten lässt sich ableiten, dass es manchmal schwierig ist mit Krankheiten bzw. einschränkenden Gesundheitsbeschwerden adäquat umzugehen und dass die Betroffenen Unterstützung benötigen. Alleine eine positive Einstellung zum Leben, eine positive geistige Grundhaltung eines Menschen kann zu einer verbesserten Lebenssituation beitragen.

Interessant ist es, dass alte Menschen trotz der Beeinträchtigungen im hohen Alter subjektives Wohlbefinden zeigen. Der Blick wird nicht mehr nur auf die Krankheiten und Defizite gelegt sondern zunehmend auch auf die Potenziale, Ressourcen und Stärken eines alten Menschen. Die Perspektive vom krankheitsorientierten zum gesundheitsorientierten Ansatz gewinnt zunehmend an Bedeutung. Alleine durch die Entwicklung der Alterstheorien (z.B. vom Defizitmodell bis hin zum Kompensationsmodell oder zur Kompetenztheorie) lässt die Vermutung zu, dass ein Umdenken stattgefunden hat. Unter interne Ressourcen werden u.a. Optimismus, den Glauben an sich selbst, Selbstvertrauen und der Sinn des Lebens verstanden. Interessant ist auch, dass die Religion bzw. der Glauben an „etwas Höheres“ öfters erwähnt wurde und ebenfalls als Bewältigungsstrategie gesehen wird, um beispielsweise mit einer Krankheit fertig zu werden. Beispiele dazu sind das Beten oder der Besuch von Gottesdiensten. Durch diese „Handlungen“ können das Vertrauen und das Selbstwertgefühl gestärkt werden und einen wichtigen Teil zur Gesundheit beitragen. Religiöses Coping brachte u.a. bei hospitalisierten PatientInnen eine positive Veränderung bezüglich ihrer mentalen und physischen Gesundheit hervor. In diesem

Kontext rückt wieder der Sinn des Lebens in den Mittelpunkt. Protektive Faktoren werden als resilienzfördernd bezeichnet, die etwa durch Flexibilität, Gelassenheit, Optimismus, Humor, Problemlösefähigkeiten, Mut und positive Zukunftsvisionen unterstützend wirken. Die Grundhaltung und die innere Einstellung eines Menschen werden als sehr wichtig empfunden, um innere Stärke zu besitzen. Resilienz kann durch interne, persönliche Ressourcen und durch externe Ressourcen gefördert werden. Aus diesen Beispielen kommt hervor, dass die „innere, psychologische Einstellung“ ein wichtiger Faktor zur Erhaltung der Resilienz ist. Auch die externen Ressourcen in Hinblick auf das Bewältigen von einschneidenden Erlebnissen, wie z.B. der Verlust eines nahestehenden Menschen, das Erleben von Krebs oder der Übergang in die Pflegebedürftigkeit spielen eine große Rolle. Enge Bezugspersonen sind dabei wichtig, um Vertrauen zu schaffen und sich geborgen zu fühlen.

Es stellt sich nun die Frage, ob die persönliche Eigenschaft entscheidender ist oder die Umwelt oder andere Faktoren, die zu einer Bewältigung der Situation beiträgt.

Es steht fest, dass die genetische Disposition oder die biologischen Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit haben, inwieweit sie einen Einfluss auf die Resilienz haben, müsste noch weiter untersucht werden. Man kann aber sagen, dass viele Faktoren zur Resilienz beitragen.

5. Schlussfolgerung und Implikationen für die Pflege

Im Alter ist es wichtig, Situationen als Herausforderung anzunehmen, sich den gegebenen Umständen anzupassen und „das Beste aus der Situation zu machen“. Es nützt nichts, dass man eine Abwehrhaltung gegenüber dem Altern hat oder Probleme in den Vordergrund stellt, wie die Einschränkung der physischen Tätigkeit. Man kann das Alter nicht aufhalten, deshalb ist es besonders wichtig eine positive Betrachtung dem Leben gegenüber zu haben.

Das Pflegepersonal kann an diesem Punkt ansetzen und wichtige Unterstützung „von außen“ bieten, indem es älteren Personen „Hilfe zur Selbsthilfe“ leistet.

Wichtig ist es, dass ältere Personen, Verhaltensweisen erlernen, um mit einer belastenden Situation besser umgehen zu können. Von großer Bedeutung ist es, dass die begünstigenden Faktoren wie personale Ressourcen (z.B. Optimismus) Umweltfaktoren (z.B. die Unterstützung durch Familienmitglieder, Pflegekräfte), Copingstrategien (z.B. Adaption, Religion) in einem Kontext gesehen und gefördert werden und dass nicht nur die „resiliente Eigenschaft“ oder persönliche Charaktereigenschaft als Merkmal gesehen wird, obwohl es begünstigend für die Bewältigung einer belastenden Situation ist.

Die Pflegekraft hat eine bedeutende Schlüsselfunktion und kann zu einer verbesserten Resilienz beitragen, indem sie Unterstützung bei diversen Entscheidungen anbietet.

Um älteren Menschen helfen zu können, muss die Beziehung in erster Linie vertrauensvoll und im Weiteren offen und ehrlich sein. Die älteren PatientInnen müssen sich „wohl“ fühlen in ihrer Umgebung und die Pflegekräfte sollten sie „anleiten“ um ihre Stärken nutzen zu können. Wie aus den Interviews erkennbar, hätten sich manche Betroffene mehr Unterstützung erwartet, denn diese Beziehungen entwickelten sich schwierig und hinterließen sogenannte Risse. Wenn Pflegekräfte verstehen, was den älteren PatientInnen hilft, sich in belastenden Umständen gut zu entwickeln, dann könnten sie dieses Wissen in neue Handlungsstrategien ableiten.

Ältere Menschen benötigen eine besondere Unterstützung, die viel Feingefühl bedarf. Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass sich ältere Menschen auch in Bezug auf Routinebehandlungen, wie bei der Durchführung von Grippeimpfungen und des PAP-

Abstriches mehr Informationen und Gespräche gewünscht hätten. Sie fühlten sich alleine gelassen und alt und gebrechlich. Pflegekräfte könnten sie bei Behandlungen dahingehend unterstützen, dass sie diese Situationen überstehen und Information vom Gesundheitssystem erhalten. Alleine die Tatsache, dass mit den Älteren Informationen ausgetauscht werden, gibt ihnen das Gefühl „selbst“ im Austausch mit den Gesundheitskräften entscheiden zu dürfen und nicht aus ihrer Sicht dem paternalistischen System unterworfen sind. Die individuelle Unterstützung des Pflegepersonals sowie des Gesundheitspersonals ist von zentraler Bedeutung.

Auffallend ist, dass viele Pflegekräfte die Pflegeplanung ohne Mitwirkung der PatientInnen planen. Die Ressourcen können jedoch nur mit den alten Menschen gemeinsam erfasst werden. Auch die Sicht der PatientInnen oder BewohnerInnen eines Pflegeheimes ist sehr bedeutend für den weiteren pflegerischen Verlauf, da sie konträr zur pflegerischen Sicht sein können. Auch die Pflegeziele und Pflegemaßnahmen sollten mit den PatientInnen besprochen werden, um die Pflegewirkung einschätzen zu können, um Fort- und Rückschritte zu erkennen. Somit könnte man gut ermitteln, wenn die Pflegeziele zu einer Überforderung und Hilflosigkeit führen, sowie eine Antipathie entwickeln (Leptihn, 2004, S.108).

Widerstände entstehen dahingehend, wenn die Pflegekräfte:

- nicht richtig zuhören
- wenig Mühe geben, die BewohnerInnen zu begreifen
- Probleme weggeneralisieren oder bagatellisieren
- die BewohnerInnen nicht in die Behandlungsplanung einbeziehen
- die Beziehungsgestaltung von minderer Bedeutung ist (Leptihn, 2004, S.109).

Weitere Therapieformen könnten dabei helfen, Ressourcen zu mobilisieren und belastende Situationen zu mildern. Die Humorthherapie z.B. wäre ein Ansatz in der Pflege, der zu Gelassenheit und in weiterer Folge zu einem positiven Lebensgefühl und zur Gesundheit beiträgt.

Humor und Lachen sind nachweislich ein wichtiges Element:

- bei der Stressprophylaxe
- erleichtert
- tröstet
- fördert die Flexibilität
- erhöht die psychologische Widerstandsfähigkeit
- reduziert Stress, fördert Kreativität und Teamgeist
- erhöht die Arbeitsmoral
- fördert Teamgeist und Kreativität
- ist eine Ressource, die in jedem Alter aktiviert werden kann
- ist ein Teil des Lebens (Seel & Hurling, 2005, S.82).

Damit sie jedoch diese Stärken nutzen können, müssen die Pflegekräfte die Potenziale und Ressourcen der PatientInnen erkennen. Das Pflegepersonal könnte man dahingehend schulen, dass sie „normale Basiskompetenzen“ erwerben, indem sie den alten Menschen Empathie entgegenbringen, Verständnis zeigen, Geduld aufbringen, Überzeugung leisten und Mut machen.

Wichtig ist es auch, noch weitere Merkmale der PatientInnen zu identifizieren, um die resilienten von den nicht resilienten noch präziser unterscheiden zu können. Die Pflege wird dadurch sinnvoll eingebettet und ist zudem ökonomische betrachtet bedeutsam, weil die resilienten Personen zur Selbsthilfe angeregt werden können und die Zeit für pflegebedürftige, vulnerable Menschen besser genutzt werden kann.

Demnach sollte eine ressourcenorientierte Pflege im Mittelpunkt stehen und nicht eine defizitorientierte, die sich ausschließlich auf die Verluste und Krankheiten konzentriert. Das bedeutet der Fokus sollte auf Ressourcen, innere Stärken und Potenziale gelegt werden, die mit wertschätzender Kommunikation und beratender Tätigkeit der Pflegekräfte einhergeht. Ein soziales Netzwerk verschafft ihnen Sicherheit und Mut und

ihre Potenziale könnten gestärkt und gefördert werden. Wird das nicht getan, könnten Potenziale von älteren Personen verkümmern oder gehemmt werden.

Aufgrund der knappen Zeitressourcen sind die Pflegekräfte mit ihren Tätigkeiten begrenzt und können oft nur das Nötigste erledigen bzw. sich auf ihre Basisleistungen fokussieren. Ein gezielter Fragebogen auf Resilienz betreffend wäre ein erster Beginn Resilienz in den Pflegealltag zu integrieren und es würde fließend passieren, da man die Pflegeanamnese und das Erstgespräch sowieso als Routine führt. Es bedarf noch weiterer Forschung im Hinblick auf die Resilienz. Resilienz ist sehr komplex und schwierig zu messen, weil viele Parameter einfließen. Es wird kein „einheitliches“ Konzept über Resilienz geben.

In den Literatur Reviews wurden Studien über Frauen und über Männer gefunden. Dabei könnte ein genderspezifischer Ansatz durchgeführt werden, d.h., die Unterschiede aufzuzeigen, wie der Übergang in die Pflegebedürftigkeit zwischen den Geschlechtern erfolgt.

Die Studie nach Felten (2000) bezog sich beispielsweise nur auf ältere Frauen. Eine weitere Untersuchung mit über 70 und über 80 Jährigen wäre von Vorteil, um eine präzisere Aussage über die „resilienten alten `Alten´“ zu bekommen. Die Spannbreite von 65 Jährigen bis 100 Jährigen ist doch recht groß.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Bedarf an Forschung der Resilienz im Alter vor allem im deutschsprachigen Raum groß ist. Eine qualitative Studie und weitere Interviews wären notwendig, um die Lebensweise bzw. die Bewältigung von belastenden Situationen besser zu verstehen. Es könnten noch konkretere Problemlösefähigkeiten herausgefunden werden, die für zukünftige Ereignisse im Alter relevant sind.

Deshalb wird Pflegeforschung benötigt, um die medizinischen Komorbiditäten zu diesem Modell zu untersuchen und zu erkennen, wie Resilienz entwickelt und unterstützt werden kann. Zukünftige Forschungen könnten dabei die Grundlage für unterstützende Interventionen bei älteren Personen bilden (Smith, 2009, 835).

Die Altenpflege kann auch im Hinblick mit anderen Fachbereichen, wie mit der kreativtherapeutischen Therapie, Biografiearbeit usw. zu einer Verbesserung der Resilienz beitragen.

Die Resilienz spielt eine notwendige Schlüsselfunktion bei der Bewältigung von Situationen und kann durch bestimmte Interventionsmöglichkeiten wesentlich bei der Bewältigung von belastenden Situationen unterstützen. Das Phänomen „Resilienz“ könnte für die Zukunftsperspektive im Leben der älteren und hochbetagten Menschen neue Wege beschreiten.

Gedanken eines Chirurgen

*Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den
Jahren mehr Leben.*

(Alexis Carrel)

6. Literaturverzeichnis

Albani, C., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2009). Körperbild und körperliches Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42 (3), 236-244.

Alex, A. (2010). Resilience among very old men and women. *Journal of research in nursing*, 15 (5), 419-431.

Allen, R. S., Haley, P. P., Harris, G. M., Fowler, S. N. & Pruthi, R. (2011). Resilience: definitions, ambiguities and applications. In Resnick, B., Gywther, L. P. & Roberto, K. A. (Ed.), *Resilience in aging: concepts, research and outcomes* (S.1-13). New York: Springer.

Atkinson, P. A., Martin, C. R. & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (2), 137-145.

Aubry, C. & Beullens, J. (2004). Von multidisziplinärer zu interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Altenpflege. In Milisen, K., De Maesschalck, L. & Abraham, I. (Hrsg.), *Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen* (S.17-27), Heidelberg: Springer.

Bennett, K. M. (2010). How to achieve resilience as an older widower: turning points or gradual change? *Aging & Society*, 30 (3), 369-382.

Bischof, M. (2010). Salutogenese. Unterwegs zur Gesundheit. Neue Gesundheitskonzepte und die Entfaltung einer integrativen Medizin. Klein Jasedow: Drachen.

Blättner, B. & Waller, H. (2011). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Collins, A. L. & Smyer, M. A. (2005). The resilience of self-esteem in late adulthood. *Journal of Aging and Health*, 17 (4), 471-489.

Diegelmann, C. (2011). TRUST: Impulse für einen integrativen Behandlungsansatz – Salutogenese, Resilienz und Positive Psychologie als Fundament. In Diegelmann, C. & Isermann, M. (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Psychoonkologie, Psyche und Körper ermutigen* (S.80-98). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Ding-Greiner & Lang, E. (2004). Alterungsprozesse und Krankheitsprozesse-Grundlagen. In Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. (S.182-206). Bern: Hans Huber.

Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: a concept analysis. *Nursing Forum*, 42 (2), 73-82.

Emler, C. A., Tozay, S. & Raveis, V. H. (2011). „I’m not going to die from AIDS“: resilience in aging with HIV disease. *The Gerontologist*, 51 (1), 101-111.

Eppel, H. (2007). *Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Fagerström, L., Gustafson, Y., Jakobsson, G., Johansson, S. & Vartiainen, P. (2011). Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (6), 1305-1316.

Felten, B. S. (2000). Resilience in a multicultural sample of community-dwelling women older than 85. *Clinical Nursing Research*, 9 (2), 102-123.

Fookes, I. & Zinnecker, J. (Hrsg.) (2009). *Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belastenden Kindheiten*. Weinheim/München: Juventa.

Forstmeier, S., Uhlendorff, H. & Maercker, A. (2005). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & Gerontopsychiatrie*, 18 (4), 227-257.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2011). *Resilienz*. München: Ernst Reinhardt.

Gerrard, N., Kulig, J. & Nowatzki, N. (2004). What doesn't kill you makes you stronger: determinants of stress resiliency in rural people of Saskatchewan, Canada. *Journal of Rural Health, 20* (1), 59-66.

Görres, S. & Hasseler, M. (2008). Gesundheit und Krankheit vulnerabler älterer Bevölkerungsgruppen. In Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.175-176). Bern: Hans Huber.

Greene, R. R., Galambos, C. & Lee, Y. (2003). Resilience Theory: Theoretical and Professional Conceptualization. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 8* (4), 75-91.

Greve, W., Leipold, B. & Meyer, T. (2009). Resilienz als Entwicklungsergebnis: Die Förderung der individuellen Adaptivität. In Linden, M. & Weig, W. (Hrsg.), *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation* (S.173-184). Köln: Deutscher Ärzte.

Gunzelmann, T. (2008). Ist Altern messbar? In Oswald, W. D., Gatterer, G. & Fleischmann U. M., *Gerontopsychologie, Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S.59-77).

Hardy, S. E., Concato, J. & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *American Geriatrics Society, 52* (2), 257-262.

Hardy, S. E., Concato, J. & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine, 17* (11), 841-847.

Herdman, T. H. (2012). *NANDA International Diagnosis: Definitions and Classifications 2012-2014*. Oxford: Wiley Blackwell.

Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Ernst Reinhardt.

Hildon, Z., Montgomery, M., Blane, D., Wiggins, R. & Netuveli, G. (2009). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychological adversity at older ages: What is „right“ about the way we age? *Gerontologist 50* (1), 36-47.

Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness*, 30 (5), 726-740.

Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S.65-87). Stuttgart: Ferdinand Enke.

Hughes, N., Closs, S. J. & Clark, D. (2009). Experiencing cancer in old age: a qualitative systematic review. *Qualitative Health Research*, 19 (8), 1139-1153.

Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of advanced nursing*, 25 (1), 123-129.

Kasper, S., Haring, C., Marksteiner, J., Sachs, G. M., Tölk, A. & Wrobel, M. (2008). Das Resilienzkonzept bei psychiatrischen Erkrankungen. *CliniCum neuropsy. Das Medium für Psychiatrie und Neurologie*, Zugriff am 1.12.2012 unter <http://www.medizin-medien.at/mm/mm010/low-exp-resilienz.pdf>

Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas.

Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2011). *Einführung Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.

Kornadt, A. E. & Rothermund, K. (2011). Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns. Vorstellungen vom Altern, Altsein und der Lebensgestaltung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (5), 291-298.

Kruse, A. (2008). Psychologische Veränderungen im Alter. In Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.15-32). Bern: Hans Huber.

Kruse, Wahl, H. W. (1999). Persönlichkeitsentwicklung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (4), 279-293.

Kruse, A. (2008). Psychologische Veränderungen im Alter. In Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.15-32). Bern: Hans Huber.

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.

Leptihn, T. (2004). Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie. Entwicklung und praktische Umsetzung in der Altenpflege mit Erstellung einer speziellen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Lessenich, S. & Rothermund, K. (2011). Zonen des Übergangs. Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (5), 289-290.

Loue, S. & Sajatovic, M. (2008). *Encyclopedia of aging and public health*. New York: Springer.

Lundman, B., Alex, L., Jonsen, E., Lövheim, H., Nygren, B., Fischer, R. S., Strandberg, G. & Norberg, A. (2012). Inner strength in relation to functional status, disease, living arrangements, and social relationships among people aged 85 years and older. *Geriatric Nursing*, 33 (3), 167-176.

Maercker, A. (2002). Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In Maercker, A. (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Martin, M. & Kliegel, M. (2010). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W. & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (3), 238-243.

Mergenthaler, A. (2012). *Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*. Wiesbaden: Springer.

Milisen, K., Abraham, I. & De Maesschalck, L. (2004). Die Pflege von älteren Menschen: Eine Betrachtung aus der Sicht der professionellen Pflege. In Milisen, K., De Maesschalck, L. & Abraham, I. (Hrsg.), *Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen* (S.3-15). Heidelberg: Springer.

Müller, L. & Petzold, H. G. (2003). Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In Petzold, H. G. (Hrsg.). *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Polyloge. Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*, 8, 1-36. Zugriff am 11.01.2013 unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Mueller-Petzold-Resilienz-Polyloge-08-2003.pdf>

NANDA International Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2009-2011. (Übersetzt von Mosebach, H.). Kassel: Recom.

Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A. & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 354-362.

Oswald, W. D. (2008). Gerontopsychologie – Gegenstand, Perspektiven und Probleme. In Oswald, W. D., Gatterer, G. & Fleischmann, U. M. (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S.1-12). Wien: Springer.

Pargament, K., Koenig, H., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9 (6), 713-730.

Petermann, H. & Roth, M. (2006). Alter: Produktiver Umgang mit den Aufgaben einer Lebensphase. In Renneberg, B. & Hammelstein P. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. (S. 245-263). Heidelberg: Springer.

Peters, H. (2007). Lexikon. Psychiatrie. Psychotherapie. Medizinische Psychologie. München: Elsevier.

Pinquart, M., Fröhlich, C. & Silbereisen, R. K. (2006). Altersunterschiede in psychosozialen Ressourcen und im Befinden von Krebspatienten am Beginn einer Chemotherapie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (5), 344-349.

Psychrembel (2003). Wörterbuch Pflege. (bearbeitet von Wied, S. & Warmbrunn, A.). Berlin: Walter de Gruyter.

Reimann, S., Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In Renneberg, B. & Hammelstein P. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. (S.13-28). Heidelberg: Springer.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 307-321.

Rossi, N. E., Bisconti, T. L. & Bergeman, C. S. (2007). The role of dispositional resilience in regaining life satisfaction after the loss of a spouse. *Death Studies*, 31 (10), 863-883.

Schelling, H. R. & Martin, M. (2008). Einstellungen zum eigenen Altern: Eine Alters- oder Ressourcenfrage? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (1), 38-50.

Schuhmacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2004). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Manuskriptverfassung. Zugriff am 31.01.2013 unter <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/resilienzskala2.pdf>

Schulz, P. (2005). Stress- und Copingtheorien. In Schwarzer, R. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie (S.219-235). Göttingen: Hogrefe.

Seel, M. & Hurling, E. (2005). Die Pflege des alten Menschen im Alter. Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL. Hannover: Brigitte Kunz.

Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In Schwenkmezger, P. & Schmidt L. R. (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (S.29-45). Stuttgart: Ferdinand Enke.

Smith, P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (9), 829-837.

Statistik Austria (2008). Bevölkerungsstatistik. Zugriff am 30.09.2012 unter www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html

Steinbach, H. (2011). Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas.

Stoppe, G. (2009). Salutogenese und Salutotherapie im hohen Erwachsenenalter. In Linden, M. & Weig, W. (Hrsg.), Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation (S.45-54). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1998). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Ein sozialpsychologischer Ansatz. Eschborn bei Frankfurt am Main: Dietmar Klotz.

Vesnaver, E., Keller, H. H., Payette, H. & Shatenstein, B. (2011). Dietary resilience as described by older community-dwelling adults from the NuAge study „If there is a will- there is a way!“ *Appetite*, 58 (2), 730-738.

Volkert, D. (1997). Ernährung im Alter. Wiesbaden: Quelle&Meyer

Wahl, H. W. & Schmitt, M. (2010). Psychogerontologische Konzepte des „Alter(n)s“. In Auer, K. & Karl, U. (Hrsg.), Handbuch soziale Arbeit und Alter (S. 427-437). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Weber, H. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In Schwarzer, R. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie (S.129-147). Göttingen: Hogrefe.

Widenhorn, F. (2009). Resilienz im Alter und der Umgang mit sozialen Verlusten. Resilienz und die Bedeutung des Konzepts auf den Lebensabschnitt des Alters. Studienarbeit. Norderstedt: Fachhochschule Jena, Institut für Soziologie.

Wieland, N. (2011). Resilienz und Resilienzförderung - eine begriffliche Systematisierung. In Zander, M. (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S.180-207). Wiesbaden: Springer.

Wild, K., Wiles, J. L. & Allen R. E. S. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Aging & Society*, 33 (1), 137-158.

Windle, G., Markland, D. A. & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health*, 12 (3), 285-292.

Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2005). Alter und Gesundheit. In Schwarzer, R. (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie* (S.71-90). Göttingen: Hogrefe.

Wustmann, C. (2011). Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität. (Hrsg.) von Fthenakis, W. E. Berlin: Cornelsen.

7. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Übersicht Suchbegriffe	8
Abbildung 2: Suchstrings.....	9
Abbildung 3: Suchverlauf.....	11
Abbildung 4: Entwicklung Lebenserwartung (1990 - 2030).....	20
Abbildung 5: Resilienzskala nach Wagnild & Young 1993.....	38
Abbildung 6: Unterschied Risikofaktoren / protektive Faktoren.....	50
Abbildung 7: Three waves of resiliency	63
Abbildung 8: Resilienzmodell	82
Abbildung 9: Auszug Fragebogen Resilienzbestimmung.....	96

Barbara Gorgosilich

Schulbildung

- ▶ Seit 2006 an der Universität Wien Studiengang: Pflegewissenschaft
derzeit im Abschlussjahr: Verfassen der Diplomarbeit
- ▶ 2006 Reifeprüfung
- ▶ 2002 – 2006 Oberstufenrealgymnasium mit Instrumentalmusik
Theresianum 7000 Eisenstadt – Schwerpunkt Musik
- ▶ 1997 – 2002 Bundesgymnasium 7100 Neusiedl am See
- ▶ 1993 – 1997 Volksschule 7111 Parndorf

Berufserfahrung

- ▶ 2011 – 2012 Juli/August Landwirtschaftlicher Betrieb
Unterstützung bei der Getreideernte
- ▶ 2010 Juli Landwirtschaftlicher Betrieb
Unterstützung bei der Getreideernte
- ▶ 2010 August/ September Krankenhaus Hietzing, Stoffwechselabteilung (Station)

Aufgabengebiet: Unterstützung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bei der Durchführung der Grundpflege (einfache Behandlungspflege), Mobilisation, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, z.B. Betten machen, Gesprächsführung mit PatientInnen und Eingehen auf deren Bedürfnisse, Informationsweitergabe an höheres Personal (Schmerzen, Beschwerden, Wünsche der PatientInnen), Mitsprache bei der Patientendokumentation

- ▶ 2009 Juli/August Krankenhaus Hietzing, Urologische Ambulanz

Aufgabengebiet: Vorbereitung und Assistenz bei diversen Untersuchungen (Cystoskopie, Urodynamik), Dokumentation am PC: Pathologieanforderungen, Karteikarten sortieren, PatientInnen vorbereiten, mobilisieren, Krankentransport bestellen

- ▶ 2008 Juli Wiener Gebietskrankenkasse Abteilung: Leistungsverrechnung
Aufgabengebiet: Sortieren von Krankengeschichten, Bewilligungen von Krankentransporten im PC gespeichert und ausgedruckt, Mithilfe bei der Arbeitsvorbereitung (Aufteilung der Fehlerprotokolle nach dem Alphabet) Kopien von Belegen angefertigt, Telefonate mit Spitälern durchgeführt, um die Erfassung von Entlassungsdaten zu eruieren
- ▶ 2007 August Firma MEXX im Outlet Center Parndorf
Tätigkeitsbereich: Aufbereitung, Einordnen der Ware, Lagertätigkeit
- ▶ August 2005 14 Tage Praxis (Schnuppern) im Krankenhaus Eisenstadt – Interne Abt.
Beobachtung der Routinemaßnahmen in der Ambulanz,
Unterstützung bei Schreibtätigkeiten

- ▶ 2004 Juli Firma Segafredo im Outlet Center Parndorf
Tätigkeitsbereich : Eiszubereitung und Verkauf

- ▶ August 2003 Ferialjob bei der Firma Segafredo im Outlet Center Parndorf
Tätigkeitsbereich: Eiszubereitung und Verkauf

Fertigkeiten

- ▶ flexibel
- ▶ teamfähig
- ▶ hilfsbereit
- ▶ hohe Einsatzbereitschaft
- ▶ empathisch

Sonstiges

- ▶ Fremdsprachen: Englisch in Wort und Schrift
- ▶ 2005 Juli Summer School in Brighton
- ▶ Führerscheinklassen: B, F
- ▶ Mitglied des Musikvereins Tamburizza „Ivan Vukovic“ (kroatische Volksmusik)
- ▶ Mitglied der Zentralmusikschule Neusiedl/See im Fach Akkordeon
- ▶ Teilnahme an Wettbewerben: Prima la Musica, Goldene Leistungsabzeichen (Akkordeon)
- ▶ Hobbys: lesen, musizieren,