

Fachhochschule Kiel
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Studiengang: Bachelor Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis:

„Einsamkeit im Alter und wie Soziale Arbeit intervenieren kann“

Vorgelegt von:
Nathalie Schnoor
Matrikelnummer: 927757

Erstprüfende: Prof. Dr. J. Bischkopf
Zweitprüfender: H. Bickel
Abgabedatum: 04.02.2019

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	S. 1
I Begriffserklärungen	S. 4
I.1 „Einsamkeit“	S. 4
I.2 „Altern und Alter“	S. 8
I.2.1 das kalendarische Altern(n).....	S. 9
I.2.2 das biologische Alter(n).....	S. 10
I.2.3 das psychologische Alter(n).....	S. 11
I.2.4 das soziologische Alter(n).....	S. 12
I.2.5 der demografische Wandel.....	S. 13
I.3 „Gesundheit“	S. 14
I.3.1 WHO-Definition.....	S. 15
I.3.2 Salutogenese-Modell nach Antonovsky.....	S. 15
I.4 „Intervention in der Gerontologie“	S. 17
I.5 Zusammenfassung des Kapitels	S. 18
II Gesundheitliche Folgen von Einsamkeit	S. 20
II.1 Folgen für die psychische Gesundheit.....	S. 21
II.1.1 Einsamkeit und Depressionen.....	S. 21
II.1.2 Einsamkeit und Alkoholmissbrauch.....	S. 23
II.1.3 Einsamkeit und Suizidalität.....	S. 25
II.2 Folgen für die kognitive Gesundheit.....	S. 27
II.3 Folgen für die körperliche Gesundheit.....	S. 30
II.3.1 körperliche Symptome.....	S. 30
II.3.2 Gesundheitsverhalten.....	S. 32
II.3.3 Sterblichkeit.....	S. 33
II.3.4 indirekte Effekte von Depressionen und Alkoholmissbrauch.....	S. 34
II.4 Zusammenfassung des Kapitels.....	S. 34
III Prävalenz und Entstehungsfaktoren von Einsamkeit	S. 36
III.1 Prävalenz: Wer fühlt sich einsam?.....	S. 37
III.2 Risikofaktoren: Was macht einsam?.....	S. 39
III.3 Zusammenfassung: Ist Einsamkeit eine Alterskrankheit?.....	S. 47

IV Schutzfaktoren und Interventionen gegen Einsamkeit	S. 49
IV.1 Schutzfaktoren.....	S. 49
IV.1.1 Schutzfaktoren von außen.....	S. 50
IV.1.2 Schutzfaktoren von innen.....	S. 51
IV.2 Interventionen.....	S. 54
IV.2.1 praktische Unterstützungsleistungen.....	S. 56
IV.2.2 strukturelle Interventionen.....	S. 57
IV.2.3 Helfen: Ehrenamtliches Engagement.....	S. 57
IV.2.4 Schulungen und Trainings.....	S. 58
IV.2.5 gemeinsame sportliche Aktivitäten.....	S. 59
IV.2.6 Aufklärung.....	S. 59
IV.2.7 psychotherapeutische Interventionen.....	S. 59
IV.3 Ein Beispiel: „Freunde alter Menschen gegen Einsamkeit“ e.V.....	S. 63
IV.4 Zusammenfassung: Was hilft gegen Einsamkeit?.....	S. 66
Schlusskapitel	S. 68
<i>Quellenverzeichnis</i>	<i>S. 71</i>
<i>Erklärung</i>	<i>S. 80</i>

Einleitung

- Forschungsinteresse und leitende Fragestellung(en)-

„Geht Omas drücken! Alleinsein ist ungesund! Jetzt mal ganz ehrlich: Wann wart ihr das letzte Mal bei Oma? Bei uns ist es schon eine Weile her! Dabei ist es doch so: Vom Austausch, besonders mit älteren Menschen, profitieren wir alle. Und vom Drücken? Auch. Denn Körpernähe macht nicht nur glücklich, sondern auch gesund. Deshalb besuchen wir jetzt erst mal Oma. Oder Opa. Oder laden die ältere Nachbarin zum Kuchenessen ein.“ (DAK 2018)

In dieser Kampagne der DAK spiegeln sich zwei der aktuellsten gesellschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Themen wieder: Einsamkeit und Alter. Was ebenfalls direkt offenkundig wird, ist die Annahme, es seien in erster Linie die älteren Menschen der Gesellschaft, die unter Einsamkeit leiden. Wirft man einen Blick in den öffentlichen und auch wissenschaftlichen Diskurs, wird klar, dass die Kampagne in dieser Hinsicht exemplarisch ist, denn auch an vielen anderen Stellen wird Einsamkeit unmittelbar auf ältere Menschen bezogen, wie später in dieser Arbeit noch erkennbar wird.

Dass das gesellschaftliche Phänomen der Einsamkeit seit einiger Zeit immer ernster genommen wird, ist u.a. daran zu erkennen, dass in England eine Ministerin für Einsamkeit ernannt wurde. Tracey Crouch hat seit 2018 die Aufgabe, Einsamkeit in Großbritannien politisch entgegenzuwirken (Zeit Online 2018). In Deutschland gibt es ein solches Amt (noch) nicht, allerdings findet das Phänomen auch hier immer mehr Beachtung – so berichtet beispielsweise der 1991 gegründete Verein „Freunde alter Menschen e.V.“ über immer mehr Mitwirkende. Er hat das Ziel Einsamkeit unter älteren Menschen entgegenzuwirken (vgl. Pawletko 2014: 20).

Die Lebensphase Alter ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der Sozialen Arbeit gerückt, wie man u. a. am Diskussionspapier des DBSH, der größten deutschen öffentlichen Repräsentation der Profession, erkennen kann. In dem 2016 veröffentlichten Schriftstück fordert der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) eine stärkere Einmischung der Sozialen Arbeit in die Belange älterer Menschen und ihre Interessenvertretung. Begründet wird diese Forderung zum Einen mit dem Selbstverständnis der Profession – und darüber hinaus auch mit dem demografischen Wandel: So werden laut Berechnungen des

Statistischen Bundesamtes im Jahr 2060 32-33% der deutschen Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein. Zum Vergleich: Im Jahr 2013 betrug der Anteil dieser Altersgruppe 21%. Aus diesen Entwicklungen lassen sich verschiedene sozialpolitische und ökonomische Herausforderungen ableiten, derer sich u.a. auch die Soziale Arbeit annehmen muss (vgl. Statistisches Bundesamt 2015 & DBSH 2016a).

In dieser Arbeit sollen deshalb Einsamkeit, Alter und Gesundheit aufeinander bezogen und dabei folgende Fragen beantwortet werden:

Wie wirken sich Einsamkeitsgefühle auf die Gesundheit aus? Wie entsteht Einsamkeit? Und schließlich: Was schützt vor Einsamkeit und was kann Soziale Arbeit gegen Einsamkeit tun?

Die Forschungsfragen dienen der übergeordneten Intention, herauszufinden, welche Interventionen gegen Einsamkeit am erfolgversprechendsten sind.

Um sich ihnen sinnvoll zuwenden zu können, braucht es zu Beginn eine Darlegung der verschiedenen Begriffe und Phänomene: Was ist Einsamkeit, Alter(n), Gesundheit und was bedeutet der Begriff „Intervention“ in diesem Kontext?

Es soll deutlich werden, dass Einsamkeit alles andere als ein objektiver Zustand ist, sondern ein subjektives Empfinden. Wie komplex die Erfassung dieses Gefühls ist, macht schon ein kurzer Blick in die Forschungsliteratur deutlich – hier gilt es Einsamkeit immer wieder von den Begriffen „Alleinsein“ oder

„Isolation“ abzugrenzen und zu erklären. Auch der Begriff „Alter“ ist nicht so klar, wie er im ersten Moment erscheinen mag. Er wird in dieser Arbeit aus vier verschiedenen Perspektiven dargestellt: der kalendarischen, der biologischen, der psychologischen und der soziologischen.

Vier Kapitel bilden den Hauptteil dieser Arbeit:

Nach dem ersten Kapitel, in dem die Begrifflichkeiten und grundlegenden Phänomene dargestellt worden sind, folgt eine Darstellung der Folgen des Einsamkeitsgefühls auf die psychosoziale Gesundheit. Es werden Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und der seelischen, kognitiven und körperlichen Gesundheit dargestellt. Eine besondere Rolle spielen in diesem Kapitel die Phänomene Depression, Alkoholmissbrauch und Mortalität als negative Folgen von Einsamkeitsgefühlen.

Das dritte Kapitel widmet sich den Entstehungsfaktoren – welche Lebensumstände stellen ein besonders hohes Risiko dar, sich einsam zu fühlen? Hierbei werden

Einflussfaktoren wie die Wohnsituation, der Familienstand, die Einkommenssituation, Mobilität und die Größe des eigenen sozialen Netzwerkes eine Rolle spielen. Dieses Kapitel ist grundlegend in Hinblick auf die Interventionen Sozialer Arbeit, die im darauffolgenden Kapitel 4 behandelt werden. Hier wird das Spektrum der Interventionen in Anlehnung an eine Studie von Masi et al. in vier Gruppen unterteilt: die Art von Interventionen, die auf die Erweiterung von Gelegenheitsstrukturen zielen, die, bei denen es v.a. um die Verstärkung sozialer Unterstützung geht, die, die die sozialen Fähigkeiten verbessern sollen und die, die an der Veränderung kognitiver Strukturen und Prozesse ansetzen. Letztere Gruppe meint auch und v.a. Interventionen wie Psycho- und Verhaltenstherapien, die bei älteren Menschen bisher nur in geringem Maße angewendet werden (vgl. Pinquart 2012: 350).

Im Schlussteil sollen die zentralen Ergebnisse der vier Kapitel noch einmal zusammengefasst werden.

Im Rahmen dieser Arbeit kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden – es gibt in jedem Kapitel weiterführende Fragen und Aspekte, die es wert sind, noch näher beleuchtet zu werden. Ich erhoffe mir dennoch, dass diese Arbeit Aufschluss darüber geben und Richtungen aufzeigen kann, wie die Profession der Sozialen Arbeit konkret die psychosoziale Gesundheit von Menschen fördern und Einsamkeitsgefühlen entgegenwirken kann.

I Begriffserklärungen

- *Worum geht es?* -

In dieser Arbeit soll Zusammenhängen und Einflüssen zwischen Einsamkeit, Alter und Gesundheit auf den Grund gegangen werden.

Die jeweilige Bestimmung dieser Phänomene und die Darstellung ihrer (sozialwissenschaftlichen) Bedeutung sind grundlegend, um die diese Arbeit leitende Forschungsfrage zu beantworten und sinnvolle Interventionen gegen Einsamkeit herausarbeiten zu können.

I.1 Einsamkeit

Fast jeder Mensch besitzt ein Alltagsverständnis von Einsamkeit – weiß also, was damit gemeint ist und wie sie sich anfühlt. Jedoch werden im Alltagsgebrauch die Konzepte Einsamkeit, Isolation und Alleinsein oft vermischt und die Wörter fälschlicherweise synonym verwendet.

Die Bedeutung des Begriffs „Einsamkeit“ ist in der Wissenschaft ziemlich klar. Die Definitionen weisen große Analogien auf:

Ong, Uchino und Wethington beschreiben das Phänomen der Einsamkeit folgendermaßen:

„Loneliness is generally understood as the discrepancy between a person's preferred and actual level of social contact. [...] loneliness reflects a subjective state of lacking desired affection and closeness to a significant or intimate other (i.e., emotional loneliness) or to close friends and family (i.e., relational loneliness).“ (Ong et al. 2016: 443f.).

Bei Cacioppo & Hawkley ist zu lesen:

„Loneliness is defined as a distressing feeling that accompanies the perception that one's social needs are not being met by the quantity or especially the quality of one's social relationships.“ (Cacioppo & Hawkley 2010: 218).

Die Definition, die Böger & Huxhold formulieren, enthält auch eine Abgrenzung zum Begriff der Isolation:

„Einsamkeit ist ein subjektiver Zustand und daher nicht gleichbedeutend mit dem Konzept der sozialen Isolation. Sie entsteht, wenn die Beziehungserwartungen einer Person durch die Qualität und Quantität tatsächlich bestehender Beziehungen nicht ausreichend erfüllt werden.“ (Böger & Huxhold 2014: 9).

Allen Definitionen ist gemein, dass sie Einsamkeit als subjektiv empfundenes Gefühl beschreiben (vgl. Tesch-Römer 2012: 436). Zudem herrscht in der Forschung Konsens darüber, dass dieses Gefühl als unangenehm und bedrückend wahrgenommen wird: „Das Erleben von Einsamkeit ist mit tiefen und schweren Gefühlen verbunden, die zur existenziellen Bedrohung werden können.“ (Petrich 2011: 16).

Abgrenzung von den Begriffen des Alleinseins und des Alleinlebens

„Alleinsein“ bezeichnet grundsätzlich die quantitativ messbare Zeit, die ein Mensch tatsächlich ohne andere verbringt (vgl. Tesch-Römer 2012: 435). Hier ist also noch keine positive oder negative Bewertung impliziert. Mit dem Begriff „Alleinleben“ ist in der Forschungsliteratur das allein Wohnen gemeint (vgl. Ong et al. 2016: 444). Bemerkenswert hierbei ist, dass der Zustand des Alleinseins bzw. das Alleinleben (v.a. in der englischsprachigen Forschungsliteratur) oft als frei gewählt und positiv verstanden wird, wie bei Ong et al. zu erkennen ist, wenn sie schreiben:

„Similarly, researchers have distinguished loneliness from the experience of living alone or solitude. The latter reflects a state of social isolation that involves a voluntary distancing from one’s social network, whereas loneliness is involuntary and more closely associated with deficits in the perceived quality of one’s social interactions.“(Ong et al. 2016: 444).

Oder kürzer formuliert: „The word 'solitude' expresses the glory of being alone, whereas the word 'loneliness' expresses the pain of feeling alone.“ (Tillich, 1959, zit. nach Cacioppo & Hawkley 2010: 218).

Somit handelt es sich bei Einsamkeit und Alleinsein um unterschiedliche Phänomene, die auch mit unterschiedlichen Bewertungen verknüpft sind.

Abgrenzung vom Begriff der sozialen Isolation

Isolation bezeichnet einen objektiven Mangel an sozialen Beziehungen und meint

damit in der gerontologischen Forschung konkret eine (zu) geringe Zahl und Dauer sozialer Kontakte. Die Menge der Sozialkontakte wird an einer Norm gemessen – z.B. einmal pro Woche eine Person außerhalb des eigenen Haushalts zu besuchen – und dementsprechend als positiv oder negativ bewertet. Bei „Isolation“ handle es sich also um eine normative Kategorie, während das Alleinsein wertfrei in Tagen und Stunden gemessen werde (vgl. Tesch-Römer 2012: 435 f.).

Isolation und Einsamkeit - obwohl beide Begriffe eine negative Beurteilung implizieren - bezeichnen somit unterschiedliche Sachverhalte: Isolation die objektiv gemessene und als „mangelhaft“ beurteilte Menge an Kontakten – Einsamkeit eine subjektiv empfundene negative Bewertung der eigenen Situation. Einsamkeit und Isolation müssen nicht zwangsläufig gleichzeitig auftreten:

„Einsamkeit kann mit sozialer Isolation einhergehen, muss dies aber nicht. So kann ein Mensch, der sich zum Meditieren in einem Schweigekloster aufhält, somit also ohne zwischenmenschlichen Austausch objektiv sozial isoliert ist, sich zufrieden und ohne Gefühle der Einsamkeit fühlen, während ein anderer in einem Großraumbüro inmitten gut gelaunter Menschen sich durchaus einsam fühlen kann.“ (Zebhauser 2016: 3).

Dass zwischen Einsamkeit und Isolation nur ein schmaler Grad – nämlich die subjektive Empfindung – liegt, wird dann besonders deutlich, wenn beispielsweise Cacioppo & Hawkley den Begriff „loneliness“ mit „perceived social isolation“ gleichsetzen (Cacioppo & Hawkley 2010: 2).

Coyle & Dougan weisen auf die Wichtigkeit hin, Einsamkeit und Isolation im Forschungskontext klar zu definieren und zu unterscheiden, will man Gesundheit für ältere Menschen fördern:

„The results suggest that global measures of isolation, that fail to distinguish between social isolation and feelings of loneliness, may not detect the impact on physical and mental health in older adults.“ (Coyle & Dougan 2012: 1346).

Diese unterschiedlichen Konzepte stehen in einem Verhältnis zueinander und beeinflussen sich gegenseitig - trotz ihrer Verschiedenartigkeit gibt es Überschneidungen und Korrelationen.

Alleinsein, Alleinleben und Isolation lassen sich quantitativ messen: Ob ein Mensch allein wohnt oder nicht, die Menge der allein verbrachten Zeit und der Vergleich mit einer Norm lassen sich objektiv in Zahlen erfassen und darstellen. Oft wird in Untersuchungen beispielsweise nach der Anzahl von Kontakten außerhalb des eigenen Haushaltes pro Monat gefragt (vgl. Tesch-Römer 2012: 436).

Dagegen steht die schwer erfassbare Größe der Einsamkeit – wie nun kann man sie messen?

„Loneliness is typically measured by asking individuals to respond to items [...] such as: 'I feel isolated,' 'There are people I can talk to,' and 'I feel part of a group of friends.' The result is a continuum of scores that range from highly socially connected to highly lonely.“ (Cacioppo & Hawkley 2010a: 218).

Es scheint also so zu sein, dass jeder Mensch als einsam gilt, wenn er angibt, es zu sein.

Es gibt in der Forschung verschiedene anerkannte Skalen, die das subjektive Gefühl der Einsamkeit messen. Die etablierteste und meistverwendete ist die UCLA- Loneliness-Skala. Hier werden den Teilnehmenden 20 Fragen gestellt, die jeweils mit vier Optionen beantwortet werden können: nie, selten, manchmal, oft (vgl. Spitzer 2018: 29). Diese Skala wurde von Hughes et al. als Grundlage genommen und verkürzt, um sie praktikabler zu machen. Die Hughes-Loneliness-Skala enthält nur noch drei Fragen: „(a) How often do you feel that you lack companionship? (b) How often do you feel left out? (c) How often do you feel isolated from others?“. Zur Antwort stehen drei Optionen: „often, some of the time, and hardly ever or never“ (vgl. Hughes et al. 2004: 660f.).

Beller und Wagner verwenden die „De-Jong-Gierveld-Loneliness-Scale“ :

„Accepted measures of subjective loneliness are paper-pencil questionnaires like the De Jong-Gierveld-Loneliness-Scale, which includes items related to loneliness but avoids the terms “lonely” and “loneliness” to prevent response bias.“ (Beller & Wagner 2018: 525).

Mit dieser Beschreibung deuten Beller & Wagner einen Umstand an, der für die Einsamkeitsforschung von großer Bedeutung ist: Das Wort „einsam“ sollte bei der Messung selbst vermieden werden, denn Einsamkeit ist mit Scham verbunden (vgl. Bohn 2006: 212 f.). Petrich führt das Zusammenspiel dieser beiden Gefühle aus:

„In westlichen Konsumgesellschaften, in denen Kontakt und Lebensfreude demonstrativ zur Schau gestellt werden, passen Einsamkeitsgefühle nicht ins Bild. [...] In einer individualisierten Gesellschaft, die dem Einzelnen suggeriert, selber für sein Schicksal verantwortlich zu sein, führen Einsamkeitsgefühle zu Schuldgefühlen. Der Einsamkeit haftet ein Makel an, über den nicht gern gesprochen wird. Es besteht eine deutliche Zurückhaltung, Einsamkeit zu offenbaren, sowohl sich selbst als auch anderen gegenüber. Das Äußern der Einsamkeit, ja vielleicht leidvoller Gefühle überhaupt, unterliegt einem Tabu. Das Geständnis der Einsamkeit ist ein Zugeständnis der eigenen Hilflosigkeit und Schwäche.“ (Petrich 2011: 16).

Nur mit der Vermeidung des Begriffs „einsam“ könne man ein möglichst genaues Messergebnis erhalten, das nicht durch die Tabuisierung von Einsamkeit beeinflusst werde (vgl. Beller & Wagner 2018: 525).

I.2 „Altern und Alter“

„Eine Frage erhebt sich gleich zu Anfang. Das Alter ist kein statistisches Faktum; es ist Ende und Verlängerung eines Prozesses. Worin besteht er? Mit anderen Worten: Was ist altern? Dieser Gedanke ist mit dem der Veränderung verbunden. [...] Das Gesetz des Lebens ist Veränderung. Und eine ganz bestimmte Art von Veränderung kennzeichnet das Altern: unumkehrbar und ungünstig, ein Verfall.“ (de Beauvoir 2000: 15).

Oft wird das Alter eines Menschen mit der bloßen Angabe einer Jahreszahl angegeben – im Zitat aus dem Vorwort von Simone de Beauvoirs Werk „Das Alter“ wird deutlich, dass dem Phänomen des Alters auch eine dynamische Komponente innewohnt.

Deshalb sollten die Begriffe „Alter“ und „Altern“ stets verknüpft werden, um eine Beschäftigung mit dieser Lebensphase sinnvoll und gewinnbringend zu gestalten (vgl. Schimke & Lepperdinger 2018: 73).

Vier Perspektiven auf das Alter: kalendarisch, biologisch, psychologisch und soziologisch

Die Lebensphase des Alters lässt sich je nach Betrachtungsweise unterschiedlich beschreiben. Es wird in der Literatur zwischen dem kalendarischen, dem biologischen, dem psychologischen (subjektiv empfundenen) und dem

soziologischen (gesellschaftlich konstruierten) Alter unterschieden. Diese Trennung ist besonders interessant, da ein Mensch in den einzelnen Bereichen nicht unbedingt synchrone Alterungsprozesse durchlebe (vgl. Backes & Clemens 2013: 14) und die einzelnen Perspektiven sich gegenseitig bedingen (vgl. de Beauvoir 2000: 13).

121 Das kalendarische Alter(n)

Das kalendarische (auch „chronologisch“ genannte) Alter gibt an, wie viele Jahre seit der Geburt eines Menschen vergangen sind und ermöglicht dadurch eine grobe Orientierung, wann im Lebensverlauf bestimmte Ereignisse eintreten bzw. eingetreten sind, wie z.B. der Schuleintritt, der Übergang ins Berufsleben oder die Pensionierung. Dabei sei zu beachten, dass solche Zuordnungen mit Berücksichtigung der gesellschaftlichen und kulturellen Zugehörigkeit zu treffen seien (vgl. Erlemeier 2002: 57 f.).

Das kalendarische Alter sei nützlich, um Angehörige eines Geburtsjahrgangs oder eng beieinander liegender Geburtsjahrgänge zusammenfassen und sogenannte Kohorten zu bilden. So könnten interessante gemeinsame Generationeneffekte, geprägt durch „makrohistorische“ Ereignisse, beobachtet werden (vgl. Erlemeier 2002: 58).

Anzumerken ist, dass das kalendarische Alter dennoch nicht mit Sicherheit Aufschluss über die Ereignisse im Leben eines Menschen geben kann. Der Lebensverlauf ist immer individuell und verschiedene Menschen können mit einem identischen kalendarischen Alter sehr unterschiedliche Biografien gelebt haben. So formuliert de Beauvoir bildhaft: „Die Jahre lasten nicht auf allen Schultern gleich schwer“ (de Beauvoir 2000: 38).

Ab welchem kalendarischen Alter ein Mensch als „alt“ oder „älter“ gilt, ist nicht universell festgeschrieben. Der Europarat und die UNO beispielsweise folgen zwei unterschiedlichen Einteilungen, wie in einem Essay der UNO nachzulesen ist:

„Gemäss (!) Europarat gehört zu der Gruppe der älteren Menschen, wer 65 Jahre und älter ist. Die UNO setzt die Grenze etwas tiefer an, nämlich bei 60 Jahren.“ (UNO 2013).

Sowohl die eine Festlegung als auch die andere kann als Orientierung fungieren. In den in dieser Arbeit berücksichtigten Studien wurden unterschiedliche Grenzen gezogen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen in der deutschen Gesellschaft lag im Jahr 2015 für Frauen bei 83,4, für Männer bei 78,4 Jahren (Statistisches Bundesamt 2018). Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge werde sich die Lebenserwartung für beide berücksichtigte Geschlechter stetig erhöhen, sodass sie für Frauen im Jahr 2060 88,8 und für Männer 84,8 Jahre betragen werde.

Somit wird sich die Lebensphase des Alters immer weiter verlängern, was dazu führt, dass ihre Relevanz für die Sozialwissenschaften weiter zunimmt und noch feinere Unterteilungen des Alters in der Forschung getroffen werden. Backes & Clemens stellen neben anderen auch den Versuch von Rosenmayr vor, diese Lebensphase noch feiner zu gliedern:

„Rosenmayr (1996) dagegen unterscheidet zwischen einem chancenreichen dritten, einem eingeschränkten vierten und einem häufiger schon abhängigen fünften Lebensabschnitt als Produkt des Lebenslaufes in der heutigen Gesellschaft.“ (Clemens & Backes 2013: 23).

Diese Lebensabschnitte würden sich nicht nur am kalendarischen Alter orientieren, sondern eher an noch vorhandenen Fähigkeiten im körperlichen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Funktionsbereichen. Weil die Entwicklung dieser Funktionsbereiche unterschiedlich schnell verlaufe, sei auch die Abgrenzung nur sehr schwer möglich (vgl. Backes & Clemens 2013: 23). Dadurch komme es zu einer „Vielfalt von Alternsprozessen und Altersstadien innerhalb eines Lebenslaufs“ und zu verschiedensten „Ausprägungen von Alter innerhalb des Bevölkerungssegments von über 60-Jährigen“ (Clemens & Backes 2013: 23).

I22 Das biologische Alter(n)

Das biologische Alter bezieht sich auf die körperlichen Gegebenheiten, die den altersbedingten Zustand eines Menschen charakterisieren. Es beschreibt den biologischen Alterungsprozess, der bereits mit der Geburt beginnt (vgl. Erlemeier 2002: 62 f.). Während eines Lebens geschehen in einem menschlichen Körper unzählige biologische Prozesse, die man alle zum Altern hinzuzählen kann:

„Die gesamten organischen Rückbildungen führen beim alten Menschen zu einer Ermüdbarkeit, der niemand entgeht; körperliche Anstrengungen kann er nur noch in engen Grenzen erlauben. Er ist weniger anfällig für Infektionen als junge Menschen; aber sein reduzierter Organismus kann sich schlecht gegen die Angriffe von außen wehren: Die Rückbildung der Organe verringert den Sicherheitsspielraum, der es erlaubt, ihnen standzuhalten.“ (de Beauvoir 2000: 35).

Verschiedene Einflüsse würden den Prozess des Alterns beeinflussen: „Gesundheit, Erbanlagen, Umwelt, Emotionen, frühere Gewohnheiten und der Lebensstandard“ (vgl. de Beauvoir 2000: 39). Durch Krankheit werde das Altern beschleunigt, die beiden Phänomene seien dennoch grundverschieden:

„[...]die Krankheit ist ein Zwischenfall; das Alter hingegen ein Gesetz des Lebens.“ (de Beauvoir 2000: 35).

123 Das psychologische Alter(n)

Die Psychologie des Alterns beschäftigt sich mit der Frage, wie ein Mensch mit voranschreitendem Alternsprozess den eigenen Zustand wahrnimmt und deutet (vgl. Rosenmayr & Rosenmayr 1978: 34). Daraus wird bereits deutlich, dass es sich um eine subjektive Einschätzung, ein Gefühl handelt, das ein Mensch zu jedem Zeitpunkt unterschiedlich empfinden kann. Diese Kategorie ist nicht als linear zu verstehen, denn ein Mensch kann sich in dem einen Moment als sehr jung empfinden, in einem anderen als sehr alt. Die persönliche Einschätzung, ob jemand sich gerade jung oder alt fühlt, hänge dabei nicht nur vom „Verhältnis der Persönlichkeit zu sich selbst“ (Rosenmayr & Rosenmayr 1978: 34) ab, sondern werde auch als zweite Dimension von der Gesellschaft bestimmt:

„Über Internalisierungsprozesse erhalten im psychologischen Alter außerdem rechtlich und sozial fixierte Normen Geltung, wie sie in der jeweiligen Gesellschaft wirksam sind, z.B. Ruhestandsgrenzen, Zeitpunkt des Schuleintritts und -austritts usw. Es wird also das jeweils Normative in die individuelle psychologische Selbstdeutung, in das Verhältnis der Person zu sich selbst und gegenüber anderen mit hereingenommen.“ (Rosenmayr & Rosenmayr 1978: 34).

Insbesondere in Bezug auf das psychologische Alter(n) werden Potentiale hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung und Erfahrungen der Selbstwirksamkeit formuliert, wie beispielsweise bei Erlemeier:

„Aus psychologischer Perspektive bedeutet Altern auch das Streben nach Persönlichkeitsentwicklung unter den erschwerten Bedingungen der Alterssituation. Dieses Streben hat etwas zu tun mit Sinnerfüllung und möglichst positiver Lebensbilanzierung. Alte Menschen sind in erstaunlichem Maße in der Lage, ihr seelisches Gleichgewicht auch bei zunehmender Erschwerung der Lebensführung im Alltag zu wahren. In der Gerontologie wird für diesen Anpassungsprozess (!) der Terminus des erfolgreichen Alterns verwendet.

Altern ist somit nicht nur Schicksal, dem das Individuum passiv ausgeliefert ist, sondern das Geschehen, auf das das Individuum gestaltend einwirken kann. Es gelingt vielen alten Menschen, ihren eigenen Altersstil zu entwickeln.“ (Erlemeier 2002: 65).

I24 Das soziologische Alter(n)

„Altern ist ein in und durch Gesellschaft geformter Prozess innerhalb bestimmter Sozialstrukturen“ (Rosenmayr & Rosenmayr 1983: 46, zit. nach Erlemeier 2002: 67). An diesem Zitat wird die von der Gesellschaft vollzogene Konstruktion des Alters deutlich: Wie alt ein Mensch im soziologischen Sinne ist, werde durch Zuschreibungen von gesellschaftlichen Positionen, Rollen und Erwartungen bestimmt. Die Rollen und Erwartungen, die an eine Person gestellt werden, seien an gesellschaftsspezifische Altersbilder und Stereotypen geknüpft.

So werde auch das psychologische Alter bzw. die Selbsteinschätzung eines Menschen von den gesellschaftlich definierten Norm- und Rollensystemen geprägt. So könnten z.B. die gesellschaftlichen Erwartungen an die älteren Menschen während Zeiten von wirtschaftlicher Hochkonjunktur anders sein als zu Zeiten von wirtschaftlicher Rezession (vgl. Erlemeier 2002: 66).

Bemerkenswert ist hierbei, dass sich das Altern in verschiedenen sozialen Schichten unterschiedlich gestalte – man spricht hierbei von der „kumulativen Benachteiligung im Alter von ökonomisch und gesundheitlich vorbelasteten Bevölkerungsgruppen“ (vgl. Erlemeier 2002: 67).

Verknüpfung der Betrachtungsweisen

Trotz abstrakter Trennung und klarer Darstellung dieser einzelnen Perspektiven sei laut De Beauvoir zu berücksichtigen:

„Es genügt also nicht, die verschiedenen Aspekte des Alters analytisch zu beschreiben: Jeder reagiert auf andere und wird von ihnen bestimmt; das Alter muss in der unbegrenzten Bewegung dieser Zirkularität erfasst werden.“ (De Beauvoir 2000: 13 f.)

125 Der demografische Wandel

Seit Mitte der 1970er-Jahre vollzieht sich durch die anhaltend niedrigen Geburtenziffern und die beständig steigende Lebenserwartung ein stetiger Wandel in der Bevölkerungsstruktur der Bundesrepublik Deutschland: Der Anteil der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung habe sich laut Zahlen des Statistischen Bundesamtes zwischen 1960 und 2011 von 28,4 auf 18,2 Prozent reduziert. Gleichzeitig sei der Anteil der Personen, die 60 Jahre und älter waren, von 17,4 auf 26,6 Prozent gestiegen. Prognosen kündigen an, dass sich das Generationenverhältnis weiter zu Lasten der Jüngeren verschieben werde. Der Anteil der unter 20-Jährigen werde zwischen 2011 und 2060 von 18,2 auf 15,7 Prozent zurückgehen, der Anteil der Personen, die 60 Jahre oder älter sind, hingegen von 26,6 auf 39,2 Prozent anwachsen. Die gesamte Bevölkerungszahl verringere sich bis zum Jahr 2060 von derzeit 81,8 auf 70,1 Millionen Menschen (BPB 2012, Statistisches Bundesamt 2015: 15f.).

Diese Entwicklungen werden gemeinhin als „demografischer Wandel“ bezeichnet, die WHO verwendet in ihrer Broschüre „Aktiv Altern“ (WHO 2002) im Rahmen der zweiten UN-Weltkonferenz zu Altersfragen den Begriff „demografische Revolution“, womit eine noch stärkere und aktivere Nuance gesetzt wird.

Herausforderungen

Der demografische Wandel löst an vielen Stellen Befürchtungen aus, insbesondere was die ökonomischen Folgen für die deutsche Gesellschaft betrifft, wie von Börsch- Supan prägnant beschrieben wird:

„Die Alterung unserer Gesellschaft hat tief greifende Auswirkungen auf die

Alters- und Gesundheitsvorsorge. Sie ist zudem eine Herausforderung an unser gesamtes Wirtschaftssystem, an den Arbeitsmarkt, die Produktion und den Kapital- und Immobilienmarkt unseres Landes“. (Börsch-Supan 2011: 19).

Optimistische Perspektive

Es sind auch Stimmen in diesem Diskurs zu vernehmen, die den demografischen Wandel als Chance deuten:

„Der demografische Wandel gilt vielen als ein gesellschaftlich erdrückendes Problem. Das ist eines der großen Missverständnisse unserer Zeit. Aus unserer Perspektive ist er nämlich das Gegenteil: Eine große Chance für die entwickelten Länder, ihre Gesellschaften umzubauen, um flexibler und glücklicher zu leben als bisher. Und das auf einem höheren Bildungsniveau. (Schwentker & Vaupel 2011: 3)

In dieser Arbeit wird der kalendarische Altersbegriff zugrunde gelegt. Die Studien, die in den nächsten Kapiteln eine Rolle spielen, beziehen sich ebenfalls auf das kalendarische Alter und ein Teil des Forschungsinteresses dieser Arbeit ist, herauszufinden, ob die Anzahl der Lebensjahre einen Einfluss auf das Einsamkeitserleben hat. Zudem ist es sozialwissenschaftlich relevant, die Gruppe der kalendarisch älteren Menschen zu betrachten, weil sie immer größer wird.

Wenn im Folgenden vom Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit geschrieben wird, ist also das kalendarische Alter gemeint.

I.3 „Gesundheit“

Um den Begriff der Gesundheit für diese Arbeit brauchbar zu umschreiben, sind v.a. die WHO-Definition von Gesundheit und das Salutogenese-Modell nach Antonovsky relevant.

Hier werden Aspekte und Annahmen hinsichtlich eines Konzeptes von Gesundheit beschrieben, die eine sinnvolle Bearbeitung der Fragestellung ermöglichen.

Die Themen Alter und Gesundheit werden miteinander in Verbindung gebracht, wobei insbesondere die Frage behandelt wird, welche gesundheitlichen Dimensionen im Diskurs über das „Alter“ eine Rolle spielen und spielen sollten.

Da in dieser Arbeit auch sinnvolle Interventionen gegen Einsamkeitsgefühle beschrieben werden sollen, wird der Begriff der Intervention umrissen und

erläutert, was darunter verstanden werden kann.

I31 WHO-Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat „Gesundheit“ bereits 1948 wie folgt definiert:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“ (WHO 2018).

Aus dieser Definition geht deutlich hervor, dass nicht nur der körperliche Zustand eines Menschen die Gesundheit definiert. Darüber hinaus leitet sich ein Auftrag für die Menschenrechtsprofession der Sozialen Arbeit ab: hinzuwirken, dass für alle Menschen Gesundheit auf all diesen Ebenen zu ermöglichen – d.h. auch für ältere Menschen.

Erlebte Einsamkeit würde sich mit einem rein auf die körperliche Dimension beschränkten Gesundheitsbegriff nicht erfassen lassen. Gesundheit wird deshalb in dieser Arbeit in der seelischen, kognitiven und körperlichen Dimension betrachtet und die Auswirkungen von Einsamkeitsgefühlen auf diesen Ebenen untersucht.

Auf der seelischen Ebene geht es um psychische Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen, auf der kognitiven um Demenz und Alzheimer - was durch die hier im Mittelpunkt stehenden Gruppe der älteren Menschen begründet wird - , und auf der körperlichen Ebene um Morbidität und Mortalität.

I32 Das Salutogenese-Modell nach Antonovsky

- Kohärenzsinn als Gesundheitsressource -

Oft wird Gesundheit mit dem Fehlen oder der Heilung von Krankheit verbunden. Nach dem lange Zeit vorherrschenden Paradigma der Pathogenese werde ein Krankheits- und ein zu erreichender Normalzustand, die Gesundheit, unterstellt - dazwischen würden kaum andere Zustände berücksichtigt (vgl. Hurrelmann & Richter 2013: 113). Außerdem lege die Pathogenese den Fokus auf Krankheiten und wie diese entstünden und sich entwickelten – während im Salutogenese-Modell die Gesundheit und die ihr zuträglichen Ressourcen im Vordergrund seien

(vgl. Hurrelmann & Richter 2013: 120).

Das Paradigma der Salutogenese im Sinne von Anton Antonovsky dagegen geht davon aus, dass der Gesundheitszustand grundsätzlich dynamisch sei und die Gesundheit vom Menschen erst hergestellt werden müsse: „Gesundheit ist kein normaler, passiver Zustand, sondern ein labiles, aktives und dynamisches regulierendes Geschehen.“ (Antonovsky 1987: 25). Der Mensch müsse in verschiedenen Eigenschaften und Fähigkeiten gestärkt werden, um die eigene Gesundheit zu stärken und gegen gesundheitsschädigende Einflüsse widerstandsfähig zu sein (vgl. Antonovsky 1987: 25 f.). Eine besonders wichtige Fähigkeit in diesem Kontext ist für Antonovsky der von ihm so genannte „Kohärenzsinn“, der den Menschen befähigt, seine Umwelt zu verstehen und so auch schwierige Situationen als bewältigbar erscheinen lässt (vgl. Antonovsky 1987: 26). Somit müsse ein sinnvolles Gesundheitssystem auch an der Stärkung von Ressourcen ansetzen, die Menschen von innen heraus widerstandsfähiger werden lassen, und nicht ausschließlich die krankmachenden Einflüsse von außen bekämpfen (vgl. Antonovsky 1987: 27).

Körperliche Gesundheit im höheren Alter im Vordergrund

In vielen Publikationen zum Thema Gesundheit im Alter wird von einem Gesundheitsbegriff ausgegangen, der hauptsächlich die körperliche Dimension berührt. Ein gutes Beispiel hierfür ist „Gesund älter werden“ von Stefan Schrank aus dem Jahr 2007. In seiner Arbeit diskutiert Schrank die Gesundheitssituation älterer Menschen in Deutschland und führt eine qualitative Analyse in Form von Interviews durch. Dabei geht es um die Behandlung und Prävention von Arthrose, Rheuma, Durchblutungsstörungen und Arthritis sowie um Ernährung und das deutsche Pflegesystem (vgl. Schrank 2007: 5f.). Auch im aktuelleren Werk „Gesund Altern“ von Magdalena Schimke aus dem Jahr 2018 liegt der Fokus auf physischen Gesundheitsaspekten, wie bereits ein Blick ins Inhaltsverzeichnis zeigt. Lediglich 11 Seiten des 200-seitigen Werkes sind der Prävalenz psychischer Erkrankungen älterer Menschen gewidmet (vgl. Schimke 2018: 19f.). Dies erweckt den Eindruck, dass in Bezug auf ältere Menschen die Körperlichkeit bzw. körperliche Defizite, die mit dem biologischen Alter(n) einhergehen, im Vordergrund stehen.

Dass die Psyche – auch im höheren Lebensalter – ein elementarer Teil der Gesundheit ist, wird bei der Beschäftigung mit dem Thema Altern oft übergangen. Gerade in Bezug auf Einsamkeitsgefühle spielt die psychische Gesundheit allerdings eine große Rolle.

I.4 „Intervention“ in der Gerontologie

Mit dem Begriff „Intervention“ wird in der Alltagssprache oft eine Maßnahme bezeichnet, die ein bereits eingetretenes Problem wieder beheben soll. Der Begriff wird in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen wie der Medizin, der Pädagogik und der Sozialen Arbeit verwendet und bezieht sich dort auf mehr als nur die Behandlung bestehender Probleme. So definiert Ursula Lehr die Interventionsgerontologie 1978 als das „Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen.“ (vgl. Lehr 1978: 2).

Zu diesem „Insgesamt“ zählen laut Wahl grob vier verschiedene Arten der Intervention:

1. Die Optimierung: mit dem Ziel, generell günstige Entwicklungsbedingungen zu schaffen.
2. Die Prävention: mit dem Ziel, Vorbeugemaßnahmen zu schaffen, die dem geistigen, körperlichen, psychosozialen Abbau entgegenwirken.
3. Die Reha und Therapie: mit dem Ziel, Krankheiten bzw. deren Auswirkungen zu heilen.
4. Erhaltung und Management: mit dem Ziel, Akzeptanz irreversibler Verluste und Einschränkungen zu schaffen, damit die betroffene Person in positiver mit ihr umgehen kann (vgl. Lehr 1978: 3 f.).

Durch die Anwendung all dieser verschiedenen Interventionsarten könne man dem Paradigma der „Plastizität des Alters“ gerecht werden. Dieses meint, dass Gesundheit und Wohlbefinden auch im hohen Alter noch möglich seien und auch ältere Menschen noch fähig zu Veränderungen seien. Lange Zeit sei die „Plastizität des Alters“ unterschätzt worden. Durch die Ausschöpfung des vollen Spektrums der Interventionsgerontologie fördere man ein moderneres differenzierteres und nicht ausschließlich defizitorientiertes Bild des Alters - es herrsche laut Wahl allerdings

noch Bedarf, die Fülle der Interventionsformen mit und für ältere Menschen tatsächlich zu nutzen (vgl. Wahl 2012: 24).

I.5 Zusammenfassung des Kapitels

Bei der Begriffsklärung von Einsamkeit, Alleinsein und Isolation wurde deutlich, dass es sich bei Alleinsein bzw. -leben und Isolation um objektiv bestimmbare Phänomene handelt, die in Zahlen abgebildet werden können.

Einsamkeit hingegen „ist ein subjektiver Zustand und daher nicht gleichbedeutend mit dem Konzept der sozialen Isolation. Sie entsteht, wenn die Beziehungserwartungen einer Person durch die Qualität und Quantität tatsächlich bestehender Beziehungen nicht ausreichend erfüllt werden.“ (Böger & Huxhold 2014: 9).

Der Begriff bezeichnet ein subjektives Erleben, das sich naturgemäß schwer darstellen lässt. In der Forschung haben sich die UCLA- und die Hughes-Skala durchgesetzt. Oft wird beschrieben, dass Einsamkeit tabuisiert sei, mit Schuld- und Schamgefühlen einhergehe und deshalb das Erfragen dieses Gefühls mit besonderer Umsicht geschehen müsse.

Trotz der Unterschiedlichkeit und Abgrenzung der Begriffe voneinander gibt es Überschneidungen, Korrelationen und gegenseitige Einflüsse zwischen ihnen, die es gilt, in den nächsten Kapiteln genauer zu betrachten.

Der Begriff des Alters wurde aus vier verschiedenen Perspektiven erläutert: der kalendarischen, der biologischen, der psychologischen und der soziologischen. Wichtig erscheint, dass diese Dimensionen sich gegenseitig beeinflussen und nicht synchron verlaufen müssen – ein Mensch kann hinsichtlich einzelner Dimensionen unterschiedlich entwickelt sein. Für diese Arbeit ist der kalendarische Altersbegriff maßgeblich. Alter sollte stets auch als dynamische Größe – im Sinne des „Alterns“ – begriffen werden.

Durch den demografischen Wandel wird die Gruppe der älteren Menschen in der Bevölkerung immer größer und nimmt dementsprechend für die Sozialwissenschaften an Bedeutung zu.

Bei der Herausbildung eines Gesundheitsbegriffes für diese Arbeit wurde die WHO-Definition zugrunde gelegt und hieraus die Multidimensionalität herausgestellt: Neben den körperlichen sind auch die sozialen und psychischen Aspekte elementar.

In Bezug auf die Gruppe der älteren Menschen steht im öffentlichen Diskurs allerdings oft der körperliche Aspekt stark im Vordergrund.

Aus dem Salutogenese-Modell nach Antonovsky wurde die Ressourcenorientierung - als Gegensatz zur bloßen Konzentration auf Risikofaktoren - als besonders relevant erkannt und herausgearbeitet. Hierbei spielte der Kohärenzsinn eine besondere Rolle, der die psychische Widerstandskraft des Menschen bezeichnet, die vor Krankheit schützt und Gesundheit fördert.

Zuletzt wurde in diesem Kapitel der Begriff der Intervention betrachtet und in vier Gruppen unterteilt: Optimierung, Prävention, Reha & Therapie sowie Erhaltung & Management. Eine Ausschöpfung dieses ganzen Spektrums würde dem Konzept der Plastizität des Alters gerecht werden. Inwiefern diese vier Interventionsarten in Bezug auf Einsamkeit zum Tragen kommen, wird in Kapitel IV thematisiert.

II Einflüsse von Einsamkeit (& Isolation) auf die Gesundheit

- *Macht Einsamkeit krank?* -

„Einsamkeit macht krank.“ (Spitzer 2018: 143). Mit dieser These beginnt Manfred Spitzer ein Kapitel seines Buches zum Thema Einsamkeit.

Hinter dieser kurzen Aussage stecken viele einzelne Dynamiken, die ein komplexes Gesamtgefüge von Einsamkeit und Gesundheit bilden. Diesem Geflecht soll hier auf den Grund gegangen werden: Es geht um die Konsequenzen, die langanhaltende Einsamkeitsgefühle auf die Gesundheit eines betroffenen Menschen haben können. Dass diesem Zusammenhang immer mehr Beachtung beigemessen wird, macht die stetig wachsende Anzahl an Forschungsbeiträgen auf dem Gebiet deutlich.

An der Fakultät für Medizin der Universität München wurde 2016 eine Dissertation mit dem Titel „Einsamkeit im Alter. Ergebnisse der KORA-Age-Studie“ angenommen, was zeigt, dass dieses Thema auch in anderen Disziplinen als der Psychologie und der Sozialen Arbeit an Anerkennung zu gewinnen scheint.

Entsprechend dem biopsychosozialen Gesundheitsmodell werden die Folgen der Einsamkeit auf mehreren Ebenen der Gesundheit betrachtet: der psychischen, der kognitiven und der körperlichen.

Es gibt bereits einige Studien, die den Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen und verschiedenen Gesundheitsaspekten in den Blick nehmen. Besonders oft wird in der Forschungsliteratur auf verschiedene Artikel von John T. Cacioppo & Louise C. Hawkey Bezug genommen, die in der Einsamkeitsforschung eine Vorreiterrolle einnehmen.

II.1 Folgen für die psychische Gesundheit

„Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen ist von einer psychischen Erkrankung betroffen.“ (Kuzma et al. 2012: 188) führen Kuzma et al. in ihrem Beitrag zur Prävention psychischer Krankheiten im Alter an. V.a. Depressionen, suizidales Verhalten und Abhängigkeitserkrankungen seien in dieser Altersgruppe relevant (vgl. Kuzma et al. 2012: 188; Cacioppo & Hawkey 2010a: 219).

Inwiefern also diese Erscheinungen in Zusammenhang mit dem Gefühl der Einsamkeit stehen, ist Thema dieses Kapitels.

II.11 Einsamkeit und Depressionen

Der Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen und Depressionen wurde und wird intensiv erforscht. Er wird hier u.a. in folgenden Beiträgen dargestellt:

„Loneliness matters“ (2010) von Cacioppo & Hawkley, „Loneliness and depression“ (2006) von Cacioppo et al., „The clinical significance of loneliness. A literature review“ (2006) von Heinrich & Gullone sowie „Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement“ (1996) von Wenger, Shahtahmasebi & Scott.

Cacioppo und Hawkley weisen darauf hin, dass Einsamkeitsgefühle und Depressionen sich teilweise durch ähnliche Symptome auszeichnen, und legen deshalb zunächst durch verschiedene Variablenkontrollen in ihrer Analyse dar, dass es sich hierbei dennoch um zwei klar voneinander zu unterscheidende Phänomene handle (vgl. Cacioppo et al. 2006: 147). Dies stimmt mit den theoretischen Überlegungen von Weiss überein, auf die sich Cacioppo & Hawkley später beziehen:

„From a theoretical perspective, loneliness and depression are overlapping aversive, unpleasant states, but Weiss (Weiss, 1973) distinguished between them by characterizing loneliness as how people feel about their social connections in particular and depression as how people feel generally.“ (Cacioppo et al. 2010a: 2)

Subjektives Empfinden von Einsamkeit fördert depressive Gefühle

Die 2010er Studie „Perceived social isolation makes me sad“ von Cacioppo und Hawkley ist mit einer 5-Jahres-Untersuchung eine der wenigen Längsschnitt-Studien auf diesem Themengebiet. 229 Personen wurden in Hinblick auf depressive Symptome und Einsamkeitsgefühle untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie lassen einen signifikanten positiven Einfluss von Einsamkeitsgefühlen auf depressive Symptome erkennen - umgekehrt könne dagegen kein ausreichend signifikanter Zusammenhang festgestellt werden:

„In addition, the one-year lagged effect of loneliness on depressive symptoms was significant ($B = 0.18$, 95% C.I.: 0.09, 0.30). The one-year lagged effect of depressive symptoms on loneliness did not achieve statistical significance ($B = 0.10$, 95% C.I.: -0.05, 0.20).“ (Cacioppo & Hawkley 2010a: 6).

Die aktuelle Studie von Beller und Wagner, in der 4184 Menschen aus der

Bundesrepublik Deutschland befragt wurden, lässt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Einsamkeit und seelischer Gesundheit erkennen. Hier wurde dieser Gesundheitsaspekt in Form der Items „positive affect“, „negative affect“ „life satisfaction“ und eben „Depression“ abgebildet und analysiert: „Subjective loneliness correlated with all mental health outcomes strongly [...]“ (Beller & Wagner 2018: 527). Sie sehen ihre Forschungsergebnisse in dieser Hinsicht als Bestätigung vorheriger Studien wie z.B. eben der von Cacioppo und Hawkley (vgl. Beller & Wagner 2018: 530 f.).

Objektive Merkmale haben keinen signifikanten Einfluss auf depressive Gefühle

Cacioppo und Hawkley lenken den Blick auch auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Netzwerkgröße und depressiven Symptomen sowie auf einen möglichen Einfluss der Netzwerkgröße auf Einsamkeitsgefühle. In beiden Fällen gab es keine signifikanten Ergebnisse. Der objektive Zustand der Netzwerkgröße, an dem ja soziale Isolation festgemacht werden kann, sei also irrelevant für subjektives Erleben von Einsamkeit und für Depressionen (vgl. Cacioppo & Hawkley 2010a: 7). Dies deckt sich wieder mit den Ergebnissen von Wagner und Beller, wo sich in der Datenanalyse ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen objektiven Merkmalen sozialer Isolation (Netzwerkgröße und Wohnsituation) und seelischer Gesundheit erkennen lasse (vgl. Beller & Wagner 2018: 527).

Wechselwirkung zwischen Einsamkeitsgefühlen und Depressionen

Der signifikant positive Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Depression wird in einigen Beiträgen angezweifelt bzw. es wird ein möglicher zirkulärer Effekt angedeutet. So ist beispielsweise bei Zebhauser zu lesen:

„Die meisten Studien zum Thema Einsamkeit im Alter sind als Querschnittsstudien konzipiert, hier können keine Rückschlüsse zur Kausalität der Zusammenhänge von Einsamkeit und anderen Variablen gezogen werden. So wird in vielen Studien zum Beispiel festgestellt, dass ein Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen und depressiver Verstimmung besteht, doch was nun Ursachen für und was Auswirkung und Folge von Einsamkeit ist, das bleibt in den meisten Studien unklar. Ist es die Depression, die Gefühle von Einsamkeit nach sich zieht oder führen Einsamkeitsgefühle in eine depressive Verstimmung?“ (Zebhauser 2016: 7f.).

Richard et al., die eine Stichprobe aus der Schweizer Bevölkerung untersucht haben, formulieren ähnliche Zweifel in Bezug auf die „Richtung“ des Zusammenhanges zwischen Einsamkeit und Depression:

„Loneliness was additionally associated with depression in our analyses of Swiss data. In the literature, depression has often been described to be accompanied by loneliness, but loneliness does not inevitably end in depression. Thus, loneliness may be both a risk factor for or a consequence of depression.“ (Richard et al. 2018: 7).

Hier scheint es einen Bedarf an weiterer Forschung, insbesondere an Langzeitstudien, zu geben, um den Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen und depressiven Symptomen in seiner Komplexität genauer zu erfassen.

II.12 Einsamkeit und Alkoholmissbrauch

Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit sind eine wesentliche Dimension der psychischen Gesundheit, die auch durch Einsamkeitsgefühle berührt wird. Zwar gibt es einige Studien und Beiträge in der Sozialforschung über das Thema „Sucht im Alter“, jedoch wird die spezielle innewohnende Dynamik zwischen Alkoholabhängigkeit und Einsamkeit selten explizit untersucht. Hier wird im Wesentlichen auf den Beitrag von Akerlind & Hornquist aus dem Jahre 1992 Bezug genommen, der genau diese Dynamik genau beleuchtet und auch in der aktuellen Forschungsliteratur noch immer zitiert wird.

Einsamkeit, nicht aber soziale Isolation beeinflusst den Alkoholkonsum

Dort wird folgender Schluss in Bezug auf Einsamkeit und Alkoholkonsum gezogen:

„The review evinces several indices of loneliness as being a significant factor in the use and abuse of alcohol. There are clinical and theoretical as well as some empirical indications of loneliness as a precursor to alcohol problems. Concordant reports demonstrate that alcoholics do feel more lonely than members of most other groups. There are, however, no obvious relations to the external social situation (i.e. network) or amount of drinking.“ (Akerlind und Hornquist 1992: 410).

Hier wird das subjektive Gefühl der Einsamkeit ganz klar als eine Ursache für Alkoholmissbrauch gesehen, wohingegen soziale Isolation (festgemacht an der Größe des sozialen Netzwerkes) nicht als verursachender Faktor für ein

gesundheitsschädigendes Trinkverhalten beobachtet werden konnte.

Im Gegensatz zur Spärlichkeit des Forschungsstandes dieses Themas steht die mediale Aufmerksamkeit, die der Verbindung von Alter, Einsamkeit und Alkoholkonsum zuteil wird. Dies wird deutlich an Schlagzeilen wie:

„Süchtige Senioren: Alkohol und Einsamkeit“ (Ärztezeitung.de: 2018).

Diese Diskrepanz lässt den Bedarf an weiterer Forschung deutlich hervorscheinen.

Depressive Symptome oft als Nebeneffekt beobachtet

Akerlind & Hornquist benennen noch weitere negative psychische Aspekte, die in Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch stehen:

„The feeling of loneliness appears to be more connected with a general negative perception about oneself and one's relations to other people and also with a general dissatisfaction with most things in life. The lonely abuser seems likewise resigned and unable to bring himself to change the situation“ (Akerlind & Hornquist 1992:11)

Die hier aufgeführten negativen Gefühle und Affekte - die schlechte Selbstwahrnehmung, die negative Bewertung der sozialen Kontakte sowie dem Leben generell und die eigene Macht- und Hilflosigkeit – sind Symptome, die typischerweise auch mit einer Depression einhergehen (vgl. Keck 2017: 16). Das heißt, dass auch diese beiden psychischen Erkrankungen in wechselseitiger Beziehung stehen können.

Wechselwirkung zwischen Einsamkeit und Alkoholmissbrauch

Alkoholmissbrauch und Einsamkeit werden dabei als sich gegenseitig verursachend betrachtet: Einsamkeit wirke nicht nur einseitig auf den Alkoholkonsum, sondern eine Alkoholabhängigkeit bringe auch Verhaltensweisen und Eigenschaften der betroffenen Person mit sich, die wiederum Einsamkeit zur Folge hätten:

„[...] loneliness is part of the general deterioration that accompanies progression of the abuse. According to data from Schiit, the usually reported social isolation in female alcoholics is not merely the effect of rejection by those around them, but the process can be reciprocal. Increasing isolation and loneliness is also related to the women's own behavioural choice to cut themselves off from friends who do not drink heavily, *inter alia* in order to avoid criticism. This narrowing of the social contacts has also been noted by

other authors. It leads, according to Gomberg et al, to increasing feelings of loneliness and isolation. Such feelings become the motive for additional drinking which, in return, 'triggers more rejection' (Akerlind & Hornquisit 1992: 410).

In diesem Zusammenhang erscheint Spitzers Hinweis auf die grundsätzliche Gefahr der Wechselwirkung zwischen psychischen Erkrankungen und Einsamkeit treffend:

„Im Fachbereich der Psychiatrie hat die Einsamkeit einen besonderen Stellenwert, denn oftmals lässt sich ein Teufelskreis aus Einsamkeit und weiterem Fortschreiten der Krankheit ausmachen. So werden Sucht, Depressionen sowie manche andere Formen der Demenz und viele Psychosen durch Einsamkeit verstärkt und bewirken selbst mehr Einsamkeit.“ (Spitzer 2018: 158).

II.13 Einsamkeit und Suizidalität

Laut Statistischem Bundesamt haben in Deutschland im Jahr 2015 10.078 Personen Suizid begangen. In der Altersgruppe 60 – 65 sind davon 757 Fälle zu verzeichnen, in der Gruppe ab 65 Jahren und älter sind es 3780, also ca. 37,5% der Gesamtfälle (destatis.de).

Diese hohen Prozentzahlen mögen Grund dafür sein, dass die Themen Alter und Suizid in der Sozialforschung sowie im Journalismus oft verknüpft werden. So wurden in den letzten Jahren Artikel veröffentlicht, die Titel tragen wie: „Suizid im Alter – Warum bringen sich vor allem Ältere um?“ (Stern.de 2018).

In vielen wissenschaftlichen Beiträgen werden suizidale Handlungen oder Gedanken dabei v.a. im Kontext depressiver Erkrankungen betrachtet, so beispielsweise auch bei Bojack. Obwohl das Gefühl der Einsamkeit und objektive Isolation auch bei ihr thematisiert und als kausale Faktoren für Suizidalität formuliert werden (vgl. Bojack 2003: 40), gibt es bisher wenige Studien, die Einsamkeit als Risikofaktor explizit untersuchen.

Eine dieser Studien wurde 2015 von Gunzelmann et al. in Form einer qualitativen Befragung von 2527 Personen ab 60 Jahren durchgeführt. Die Studie nimmt den Zusammenhang zwischen Suizidalität, Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit bei Menschen ab 60 Lebensjahren in den Fokus.

Gunzelmann et al. begründen eingangs, weshalb die Phänomene Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit als jeweils unabhängig voneinander und vom Krankheitsbild der Depression betrachtet werden können:

„Die Autoren konnten zeigen, dass depressive Symptome insbesondere einen moderierenden Effekt für Suizidgedanken haben, wenn sich eine Person als Belastung für andere erlebt. Für den erwarteten Zusammenhang mit fehlendem Zugehörigkeitsgefühl ließ sich dies bestätigen, wenn Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit als Kovariate berücksichtigt wurden. Somit kommt diesen beiden Faktoren eigenständige Bedeutung für Suizidgedanken zu.“ (Gunzelmann et al. 2015: 368).

Zur Ermittlung und Darstellung der Suizidalität der untersuchten Personen verwenden sie die BSS (Beck-Suizidalität-Skala), was zur Folge hat, dass als Suizidalität verschiedene Aktivitäten verstanden werden, u.a. auch bloße Gedanken an Suizid – nicht nur der suizidale Akt an sich. Nach Einsamkeit wurde mithilfe von Hughes-Skala gefragt. Zudem wurde berücksichtigt, ob die befragten Personen in einer Partnerschaft leben (vgl. Gunzelmann et al. 2015: 369).

Für alle drei Faktoren - das Leben in einer Partnerschaft, Einsamkeitsgefühle und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit – lässt sich jeweils ein signifikanter Zusammenhang mit Suizidalität feststellen (vgl. Gunzelmann et al. 2015: 370).

Gunzelmann et al. entdecken in ihrer Untersuchung eine Hierarchie zwischen den Risikofaktoren:

„Im ersten Modell erweist sich das Leben ohne Partnerschaft als einziger signifikanter Faktor für Suizidalität. Bei Einbeziehung von Einsamkeit ist der Faktor Partnerschaft nicht mehr signifikant. Wird im dritten Schritt Hoffnungslosigkeit mit einbezogen, lässt sich auch Einsamkeit nicht mehr als signifikanter Faktor nachweisen. Signifikant bleibt allein Hoffnungslosigkeit (OR = 1.33; Adj. R2 = .29, $p < .001$). (Gunzelmann et al. 2015: 372).

Dabei zeigt die Studie auch eine sehr hohe Korrelation zwischen Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit auf (vgl. Gunzelmann et al. 2015: 373) – wer einsam ist, sei demnach also auch oft hoffnungslos.

Hoffnungslosigkeit stellt sich bei Gunzelmann et al. somit als Bedingung dafür dar, dass Einsamkeit mit signifikant hoher Wahrscheinlichkeit in Suizid-Gedanken und -Handlungen mündet. Dies ist m.E. insofern sinnig, als dass die erlebte Hoffnungslosigkeit ein besonders hohes Ausmaß der Einsamkeit bedeutet: Ein Mensch fühlt sich einsam und gleichzeitig keine Hoffnung, dass sich dieser Zustand ändert.

II.2 Folgen für die kognitive Gesundheit

- Einsamkeit als Risikofaktor für Alzheimer -

Über den Aspekt der kognitiven Gesundheit werden hier Beiträge von Cacioppo & Hawkley sowie Beller & Wagner, die im vorherigen Abschnitt ebenfalls einen wichtigen Bezug darstellten, herangezogen. Auch Ergebnisse von Holwerda et al., Wilson et al., Griffin et al. und Donovan et al. fließen hier mit ein. Die letzten zwei Forschungsteams arbeiten mit identischen Datensätzen des HRS (Health Retirement Study).

Bei Holwerda et al. ist zu lesen, dass Einsamkeit als Risikofaktor für Demenz – im Gegensatz zu vielen anderen Einflüssen - bisher noch nicht intensiv erforscht sei (vgl. Holwerda et al. 2012: 135). So verwundert es nicht, dass die bisherigen Ergebnisse und ihre Interpretationen sehr unterschiedlich und teilweise sogar gegensätzlich sind.

Dabei ist zu bedenken, dass Alzheimer und Demenz nicht dasselbe sind: „Unter Demenz versteht man ein Muster von Symptomen, das viele verschiedene Ursachen haben kann. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste dieser Ursachen.“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018: 6). Aufgrund dieses engen kausalen Zusammenhangs der beiden Erscheinungen wird in diesem Kapitel sowohl von Alzheimer als auch von Demenz geschrieben – ebenso wie in den Studien, auf die Bezug genommen wird.

Die Folgen des subjektiven Einsamkeitsgefühls

Cacioppo & Hawkley arbeiten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Einsamkeit und kognitiver Gesundheit heraus (vgl. Cacioppo & Hawkley 2010b: 219). Holwerda et al. stellen in ihrer Untersuchung ebenfalls einen solchen Effekt fest:

„In multivariate analysis, controlling for a comprehensive set of demographic, somatic and psychiatric risk factors, individuals with feelings of loneliness remained 1.64 times more likely to develop clinical dementia than persons who did not feel lonely.“ (Holwerda et al. 2012: 137).

Auch Donovan et al. kommen in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass die kognitive Leistung u.a. von Einsamkeitsgefühlen bestimmt wird: „Loneliness at baseline predicted accelerated cognitive decline over 12 years independent of

baseline socio-demographic factors, social network, health conditions and depression.“ (Donovan et al. 2017: 1). Wilson et al. arbeiten für Menschen, die stark an Einsamkeit leiden, eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit heraus, an Alzheimer zu erkranken, verglichen mit denen, die schwache oder gar keine Einsamkeitsgefühle haben (Wilson et al. 2007: 236). Diesen vielen Belegen für einen statistisch signifikanten positiven Einfluss von Einsamkeit auf Alzheimer und die kognitive Gesundheit stehen Forschungsergebnisse von Beller & Wagner sowie von Griffin et al. entgegen, die diesen Effekt als sehr schwach oder nicht signifikant beschreiben. Bei Griffin et al. wird noch genauer ausgeführt, dass zwischen Einsamkeit und niedriger kognitiver Leistung zwar eine Korrelation bestehe, ihr Verfall jedoch nicht von diesem subjektiven Gefühl beschleunigt werde (vgl. Beller & Wagner 2018: 527; Griffin et al. 2018: 12 f.).

Treffend wird dort angemerkt: „This finding is particularly surprising, as both this study and the Donovan and colleagues (2017) study, which did detect an effect, used the same data set (the HRS).“ (Griffin et al. 2018: 12 f.).

Einfluss objektiver sozialer Isolation

Bei Beller & Wagner sowie bei Griffin et al. stellt sich der Einfluss der objektiven sozialen Isolation als signifikant heraus: „Objective social isolation, indexed by frequency of contact with one’s social network, was associated with lower cognitive function and faster decline of cognitive function over time.“ (Griffin et al. 2018: 12). Beller & Wagner beziehen sich dabei auf den Aspekt der Wohnsituation:

„Last, living alone predicted only life satisfaction and negative affect of the mental health outcomes but was related to all of the cognitive and physical outcomes.“ (Beller & Wagner 2018: 530).

Das ebenfalls objektive Merkmal der Netzwerkgröße wird in dieser Studie dagegen nicht mit der kognitiven Gesundheit in Verbindung gebracht. Auch bei Wilson et al. ergibt sich in der Datenanalyse kein signifikanter Zusammenhang zwischen Netzwerkgröße und Alzheimer (vgl. Wilson et al. 2007: 239).

Holwerda et al. legen eine Korrelation zwischen sozialer Isolation und kognitivem Abbau dar, die sich jedoch nach Bereinigung der Daten um demografische Daten und somatische sowie psychologische Risikofaktoren folgendermaßen darstelle: „In contrast, objective aspects of social isolation no longer showed such an

association.“ (Holwerda et al. 2012: 137).

Sie ziehen folgenden Schluss:

„Interestingly, the fact that „feeling lonely“ rather than ‚being alone‘ was associated with dementia onset suggests that it is not the objective situation, but rather the perceived absence of social attachments that increases the risk of cognitive decline.“ (Holwerda et al. 2012: 137).

Schließlich setzt sich bei Berücksichtigung aller Ergebnisse ein heterogenes Bild der Einflüsse auf kognitive Gesundheit zusammen und es scheint, dass Demenz sowohl von subjektiver Einsamkeit als auch von objektiver Isolation beeinflusst wird:

„Overall, these data suggest that both quantity of social interaction and the quality of social attachments affect risk of late-life dementia.“ (Wilson 2007: 239).

Wechselwirkungen und indirekte Einflüsse von Depressionen

„Further research is needed to investigate whether cognitive deterioration and dementia are a consequence of feelings of loneliness or whether feelings of loneliness are a behavioural reaction to diminished cognition.“ (Holwerda et al. 2012: 141).

In diesem Zitat aus dem Schlusswort des Beitrages von Holwerda et al. wird deutlich, dass zwischen Einsamkeit und kognitiver Gesundheit nicht unbedingt in der gesamten Forschung ein einseitiger Zusammenhang vermutet wird, sondern dass auch zirkuläre Prozesse nicht ausgeschlossen werden. Sie werfen damit eine wichtige Frage auf und wie bereits bei der Ergründung des Zusammenhanges zwischen Einsamkeitsgefühlen und Depression stellt sich hier ebenfalls die Frage nach der Gegenseitigkeit des Einflusses: Könnte es sein, dass nicht nur Einsamkeit Demenz, sondern Demenz umgekehrt auch Einsamkeitsgefühle fördert?

Donovan et al. kommen – anders als Holwerda et al. - in ihren Forschungsergebnissen eindeutig zu dem Schluss, dass solch eine Wechselwirkung ausgeschlossen werden könne:

„Reciprocally, poorer cognition at baseline was associated with greater odds of loneliness over time in adjusted analyses (OR 1.3, 95% CI (1.1– 1.5) $p = 0.005$), but not when controlling for baseline depression. Furthermore, cognition did not predict change in loneliness over time.“ (Donovan et al.

2017: 2).

Weiter zu berücksichtigen ist, ob ein Effekt auf die kognitive Leistung nicht eigentlich von Depressionen ausgelöst wird, die sowohl mit Einsamkeitsgefühlen als auch mit geringer kognitiver Leistung korrelieren.

Wilson et al. widmen sich dieser Problemstellung und geben zu bedenken, dass Einsamkeitsgefühle ein Symptom von Depressionen sind und überprüfen in ihrer Untersuchung auch den Zusammenhang von Depression und Alzheimer. Dabei stellen sie fest: „We found that the loneliness item on the depression scale predicted AD risk better than the sum of the remaining 9 items.“ (Wilson et al. 2007: 239).

Cacioppo & Hawkley stellen die gleiche Frage in „Loneliness matters“ und finden eine vorläufige Antwort:

„Depressive symptoms had a modest effect on Alzheimer’s disease risk, but loneliness continued to exert a significant and much larger influence on Alzheimer’s disease than depressive symptoms when depressive symptoms were included in the model.“ (Cacioppo & Hawkley 2010b: 220).

Ob Alzheimer also tatsächlich durch Einsamkeit oder doch durch Depressionen gefördert wird, ist nicht klar ersichtlich – hier werden in der Forschung vor allem Fragen aufgeworfen und Hypothesen gestellt, mehr aussagekräftige Antworten müssen noch erarbeitet werden.

II.3 Folgen für die körperliche Gesundheit

In den letzten Jahren wurde viele unterschiedliche negative Effekte auf die physische Gesundheit entdeckt, die sowohl auf Einsamkeit als auch auf soziale Isolation zurückzuführen seien (vgl. Zebhauser 2016: 8f.).

In diesem Kapitel sind v.a. Studien von Holt-Lunstad, Cacioppo & Hawkley, Coyle & Dougan, Valtorta et al. und Richard et al. von Bedeutung.

II.3.1 Körperliche Symptome

Einsamkeit korreliert mit vielen unterschiedlichen körperlichen Symptomen - die nun folgenden stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit der Forschung.

Bluthochdruck

Bluthochdruck wird in einigen Beiträgen als eine negative Konsequenz sowohl von Einsamkeit als auch von sozialer Isolation genannt (vgl. Coyle & Dougan 2012: 1348; Cacioppo & Hawkley 2010a: 219). Richard et al. hinterfragen diesen Aspekt ebenfalls, können in dieser Hinsicht allerdings keinen signifikanten Zusammenhang mit Einsamkeit feststellen (vgl. Richard et al. 2017: 7).

Herzerkrankungen und Schlaganfall

Herzkreislauferkrankungen und Schlaganfälle werden in Zusammenhang mit Einsamkeit häufig in der Forschungsliteratur erwähnt. Valtorta et al. haben 19 Studien zu diesem Thema betrachtet und ihre Ergebnisse statistisch ausgewertet (vgl. Valtorta 2016: 1009).

So finden sie heraus, dass Einsamkeit und soziale Isolation ein um 29% erhöhtes Risiko für einen ersten Herzinfarkt darstellen. Für das Erleiden eines Schlaganfalles erhöhe soziale Isolation das Risiko sogar um 32% (vgl. Valtorta et al. 2016: 1012). Hinsichtlich der Gefährlichkeit von Einsamkeit und sozialer Isolation stellen sie fest:

„We found out an association between poor social relationships and incident CVD comparable in size to other recognised psychosocial risk factors, such as anxiety and job strain.“ (Valtorta et al. 2016: 1014).

Körperliche Stressreaktionen

Distress und seine körperlichen Symptome werden an vielen Stellen als direkte Effekte von Einsamkeit und sozialer Isolation formuliert (vgl. Richard et al. 2017: 7; Coyle & Dougan 2012: 1348; Spitzer 2018: 147). Diese Symptome seien u.a. ein schädlicher erhöhter Cortisolspiegel und eine erhöhte Anzahl von sogenannten „Killer“-Zellen im Organismus (vgl. Zebhauser 2016: 8f.).

Erhöhtes Entzündungsrisiko

Dass Einsamkeit und auch soziale Isolation Risikofaktoren für ein erhöhtes Entzündungsrisiko seien, merken Coyle & Dougan, Richard et al. sowie Cacioppo & Hawkley in ihren Beiträgen an (vgl. Coyle & Dougan 2012: 1348; Richard et al. 2017: 7; Cacioppo & Hawkley 2010a: 219). Bei Zebhauser ist damit zusammenhängend auch von verlangsamter Wundheilung zu lesen (vgl. Zebhauser

2016: 8). Spitzer fasst in seiner Veröffentlichung ein Experiment zusammen, das erforscht, mit wie viel Wahrscheinlichkeit einsame und nicht einsame Menschen nach künstlicher Infizierung von außen einen Schnupfen bekommen. Dabei habe sich – auch unter Kontrolle anderer Variablen – eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für einsame Menschen ergeben, an Schnupfen zu erkranken. Er sieht das erhöhte Entzündungsrisiko v.a. als eine Reaktion auf den durch Einsamkeit ausgelösten Stress: „Einsamkeit löst Stress aus und erhöht deswegen nachweislich das Risiko, einen Schnupfen oder andere Infektionskrankheiten zu bekommen.“ (Spitzer 2018: 147).

Körpergewicht bzw. Übergewicht

In Bezug auf Übergewicht als eine mögliche Folge von Einsamkeit und sozialer Isolation werden in der Forschungsliteratur sehr unterschiedliche Aussagen getroffen. Während Cacioppo & Hawkley eine signifikante Korrelation herausarbeiten (vgl. Cacioppo & Hawkley 2010a: 219), verneinen Richard et al. in ihrer Studie einen solchen Zusammenhang (vgl. Richard et al. 2017: 7).

Diabetes

Diabetes als eine mögliche gesundheitliche Konsequenz wird in der Studie von Richard et al. überprüft und ein signifikanter Zusammenhang zu Einsamkeitsgefühlen konnte hergestellt werden (vgl. Richard et al. 2017: 7). Dies deckt sich mit Ergebnissen von Cacioppo & Hawkley (Cacioppo & Hawkley 2010a: 220).

II.3.2 Gesundheitsverhalten

Cacioppo & Hawkley gehen in „Loneliness matters“ den Mechanismen, durch die Einsamkeit die körperliche Gesundheit beeinflusst, tiefer auf den Grund und kommen in diesem Kontext auch auf das Gesundheitsverhalten zu sprechen. Auch bei Richard et al. wird dieser Aspekt durchleuchtet.

Cacioppo & Hawkley arbeiten heraus, dass Einsamkeit ein eher negatives Gesundheitsverhalten zur Folge hat. Sie betonen dabei, dass betroffene Menschen oft über ein geringeres Maß an Selbstregulation verfügen:

„Of relevance for health is the capacity for self-regulation in the arena of lifestyle behaviors. Regulation of emotion can enhance the ability to regulate other self- control behaviors [38], as is evident from research showing that positive affect predicts increased physical activity [39].“ (Cacioppo & Hawley 2010a: 220).

Richard et al. stellen in ihrer Studie ebenso fest, dass von Einsamkeit betroffene Menschen tendenziell ein schlechteres Gesundheitsverhalten an den Tag legen. Dies äußere sich darin, dass sie mehr rauchen, weniger körperlich aktiv seien und weniger Obst und Gemüse essen (vgl. Richard et al. 2017: 7).

Böger und Huxhold versuchen sich an einer Erklärung für diese Zusammenhänge und stellen die Hypothese auf, dass fehlende soziale Kontrolle der Grund für ein solches negatives Gesundheitsverhalten sei (vgl. Böger & Huxhold 2014: 13).

II.3.3 Sterblichkeit

Die 2015 veröffentlichte Studie „Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review“ von Holt-Lunstad et al. erregte im wissenschaftlichen Diskurs viel Aufsehen. Sie basiert auf den Daten von 70 vorherigen Untersuchungen und legt den Einfluss von sozialer Isolation, Alleinleben und Einsamkeit auf die Sterblichkeit dar:

„After accounting for multiple covariates, the increased likelihood of death was 26% for reported loneliness, 29% for social isolation, and 32% for living alone. These data indicated essentially no difference between objective and subjective measures of social isolation when predicting mortality.“ (Holt-Lunstad 2015: 233) .

Sie vergleichen diese Einflussgrößen mit bereits bekannten Risikofaktoren: „physical activity, obesity, substance abuse, responsible sexual behavior, mental health, injury and violence, environmental quality, immunization, and access to health care“ (Holt-Lunstad et al. 2015: 235) und es ergibt sich dabei der Schluss, dass Einsamkeit und soziale Isolation die Sterblichkeit stärker beeinflussen können als Übergewicht (Holt-Lunstad et al. 2015: 236). Beide Faktoren würden mit der gleichen Gewichtung und unabhängig von anderen Einflüssen auf die Gesundheit einwirken (vgl. Holt-Lunstad et al. 2015: 233). Somit erscheinen sowohl das eingebunden Sein in soziale Netzwerke als auch das Erleben von Einsamkeit als wesentliche Einflussgrößen auf die Sterblichkeit (vgl. Holt-Lunstad 2015: 234).

II.3.4 Indirekte Effekte von Depressionen und Alkoholmissbrauch

Wie oben schon deutlich wurde, erhöhen Einsamkeitsgefühle das Risiko für Depressionen und Alkoholabhängigkeit. Diese Krankheitsbilder verursachen ihrerseits ebenso erhebliche gesundheitliche Schäden. Typische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholmissbrauch können organische Beeinträchtigungen wie Leberschäden, Stoffwechselstörungen, Herzkrankheiten sowie verschiedenste psychische Erkrankungen sein (vgl. Soyka & Küfner 2008: 234 ff.). Depressionen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Gefäßerkrankungen, z.B. Herzerkrankungen, Schlaganfall, Osteoporose und Altersdiabetes (Diabetes mellitus Typ II) (vgl. Keck 2017: 29).

Diese indirekten Einflüsse auf die Gesundheit seien an dieser Stelle nur kurz angerissen, um deutlich werden zu lassen, wie weitreichend die Konsequenzen von Einsamkeitsgefühlen und Isolation sein können.

II. 4 Zusammenfassung des Kapitels: Macht Einsamkeit krank?

Insgesamt gibt es ein breites Spektrum an Studien zum Zusammenhang von Einsamkeit und Gesundheit, das sich den letzten 20 Jahren stark ausgeweitet hat.

In Bezug auf psychische Erkrankungen erschien vor allem das subjektive Einsamkeitserleben im Vordergrund und wurde in vielen Studien als die Hauptursache für seelische Erkrankungen – allen voran Depressionen – herausgearbeitet. Andere psychische Erkrankungen, wie Abhängigkeiten oder Angststörungen, stehen im Vergleich weniger stark im Fokus der Forschung und diese Zusammenhänge stellten sich weniger klar heraus.

Generell wird in Bezug auf die psychischen Auswirkungen von Einsamkeit an vielen Stellen Forschungsbedarf formuliert – insbesondere scheint es an Längsschnittstudien zu fehlen, um tatsächliche Kausalschlüsse ziehen zu können.

Zur kognitiven Gesundheit gibt es in der Einsamkeitsforschung bisher noch einen recht überschaubaren Forschungsstand, der zudem von einer erstaunlichen Heterogenität geprägt ist: einige Studien stellen einen hohen Einfluss von (subjektiver und objektiver) Isolation fest, andere Studien bewerten ihn als niedrig bis nicht signifikant.

Es wurde deutlich, dass auch die körperliche Gesundheit von Einsamkeitsgefühlen beeinflusst wird. Hier wurden vielfältige Auswirkungen beschrieben: V.a. Bluthochdruck, Stress und Herzkrankheiten spielen in diesem Diskurs eine Rolle.

Erhöhte Sterblichkeit und ein schlechtes Gesundheitsverhalten scheinen ebenfalls eindeutig in Zusammenhang mit Einsamkeit und Isolation zu stehen.

Der eingangs erwähnten schlichten These „Einsamkeit macht krank.“ (Spitzer 2018: 143) muss nach Betrachtung dieses Kapitels Recht eingeräumt werden.

Somit erscheinen Interventionen gegen Einsamkeit sinnvoll und notwendig. Für eine gewinnbringende Auseinandersetzung mit Interventionen sollen im kommenden Kapitel nun die Risikofaktoren für Einsamkeit erforscht werden.

III Prävalenz und Entstehungsfaktoren von Einsamkeit

- *Wer ist warum einsam?* -

„It brings home to me the truth of this epidemic that we have on our hands—an epidemic of loneliness, insidiously affecting those among us who have seen the ebb and flow of countless seasons, seen the world grow smaller and then grow too large again.“ (Kar-Purkayastha 2010: 2115)

Diese Gedanken stammen aus einem Essay der Ärztin Ishina Kar-Purkayastha, in dem sie ihre Erfahrungen mit einsamen älteren Menschen bei ihrer Arbeit im Krankenhaus anschaulich und einfühlsam beschreibt.

Das Bild einer „Epidemie der Einsamkeit“ wird im aktuellen Diskurs häufig verwendet und gleichzeitig verknüpft mit der Lebensphase des Alters, wie Tesch-Römer et al. feststellen:

„Das Alter wird in der gerontologischen Literatur häufig als ein durch soziale Verluste und gesundheitliche Einbußen geprägter Lebensabschnitt beschrieben, in dem Einsamkeit häufiger und stärker erlebt wird als in anderen Lebensphasen.“ (Tesch-Römer et al. 2014: 3).

Auch bei Befragungen der Bevölkerung stelle sich heraus, dass die die meisten befragten Personen davon ausgehen, mit steigendem Alter erhöhe sich auch das Erleben von Einsamkeit (Böger & Huxhold 2014: 9).

Diese offenbar weit verbreitete Annahme soll nun überprüft werden, wobei es im Einzelnen um folgende Fragen geht: Wodurch entsteht das Gefühl der Einsamkeit und welche Faktoren stellen ein besonders hohes Risiko dar? Führt ein höheres Alter zu Einsamkeit?

Bei Weiss, der sich vergleichsweise früh mit dem Phänomen der Einsamkeit beschäftigt hat, ist zu lesen: „Jeder Mensch kann sich einsam fühlen.“ (Weiss 1973: 71), womit er das Vorurteil im Grunde bereits entkräftet: Einsamkeit sei nicht von Natur aus an die Lebensphase des Alters gebunden.

Wie sich der Zusammenhang von Alter und Einsamkeit genau gestaltet, wird hier hauptsächlich anhand der Beiträge von Heylen, Victor et al., Pinquart & Sörensen sowie Hawkey & Kocherginsky dargestellt.

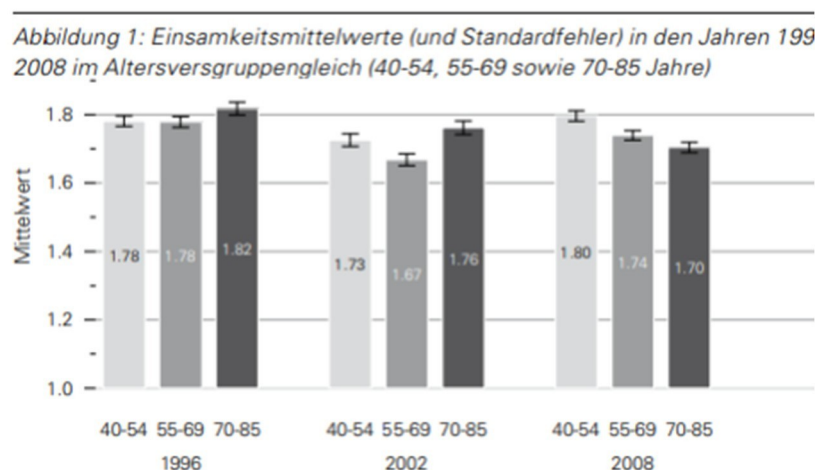
III.1 Prävalenz: Wer fühlt sich einsam?

Ein Grund, warum Einsamkeit und Alter so eng verknüpft werden, ist der Umstand, dass einige besondere Lebensereignisse im höheren Lebensalter vermehrt auftreten - v.a. der Verlust von Angehörigen und Freunden, Mobilitätseinschränkungen und der Wegfall von gewohnten sozialen Rollen - sodass das eigene soziale Netzwerk kleiner wird. Man spricht auch von der „Singularisierung“ im Alter (vgl. Tesch-Römer 2012: 436 f., vgl. Pinguart & Sörensen 2001: 246).

Tatsächlich gibt es Belege dafür, dass ein vergleichsweise hoher Anteil älterer Menschen an Einsamkeit leidet. So schreibt Tesch-Römer, dass ca. 25 % der 65-69-Jährigen „oft einsam“ seien und sogar 40% der über 80-Jährigen (Tesch-Römer 2012: 437).

Victor & Yang 2011 untersuchen die Bevölkerung in Nordeuropa und unterteilen in junge Erwachsene (19-29 Jahre alt), mittlere Erwachsene (30-59 Jahre) sowie alte Erwachsene (über 60 Jahre). Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass weniger als 4% der jungen Erwachsenen an Einsamkeit leiden, ebenso weniger als 4 % der mittleren Erwachsenen und knapp weniger als 6% der alten Erwachsenen (vgl. Victor & Yang 2011: 1381).

In einem aktuelleren Beitrag von Tesch-Römer et al. wiederum sind Ergebnisse einer Untersuchung in den Jahren 1996, 2002 und 2008 zu lesen, die eine andere Situation darstellen:



(Tesch-Römer et al. 2014: 5)

Hier ist zu erkennen, dass die jüngste Gruppe der 40-54-Jährigen in allen drei Untersuchungsjahren einen vergleichsweise hohen Einsamkeitswert - und im Jahr 2008 sogar den höchsten - aufweist. Die geringsten Einsamkeitswerte sind in allen Untersuchungsjahren in der mittleren Gruppe, bei den 55- bis 69-Jährigen, zu

finden. Es ist aus diesen Ergebnissen von Tesch-Römer et al. nicht ersichtlich, dass mit der Zunahme an Lebensjahren auch eine Zunahme an empfundenen Einsamkeitsgefühlen einhergeht (vgl. Tesch-Römer et al. 2014: 6).

Auch in der Analyse von Hawkley & Kocherginsky, wo insgesamt ein niedriges Niveau an Einsamkeitsgefühlen für Menschen zwischen 57 und 85 Jahren ermittelt wird, sei kein positiver Zusammenhang zwischen dem kalendarischen Alter und einem Anstieg der Einsamkeitsgefühle zu erkennen (vgl. Hawkley & Kocherginsky 2015: 380, 282).

Die Gesamtheit der hier ausgewählten und angeführten Ergebnisse lässt ein sehr uneinheitliches Bild der Verteilung von Einsamkeit entstehen. Zur gleichen Schlussfolgerung kommen auch Böger & Huxhold bei ihrer Analyse bereits bestehender Studien zur Einsamkeitsverteilung (vgl. Böger & Huxhold 2014: 9).

Annahme einer U-Verteilung ab 50 Jahren

Wovon in der Einsamkeitsforschung oft ausgegangen wird, ist die Existenz einer U-Verteilung von Einsamkeitsgefühlen im Erwachsenenalter ab 50 Jahren. So stellen Pinquart & Sörensen in ihrer Studie einen Einsamkeitshöhepunkt in der Altersspanne von 50-55 Jahren fest, gefolgt von einem relativ niedrigen Niveau bis zum 75. Lebensjahr, woraufhin die Einsamkeitsgefühle bis zum 80. Lebensjahr wieder einen Anstieg verzeichnen (vgl. Pinquart & Sörensen 2001: 258 f.).

Auch Linnemann beschreibt eine U-förmige Verteilung der Einsamkeit bereits im Jahr 1997 (vgl. Linnemann 1997: 28).

Maike Luhmann hat die Verteilung von Einsamkeitsgefühlen in allen Altersgruppen der Bevölkerung in Deutschland untersucht und in ihrer Studie sind folgende Daten zu lesen: In der Gruppe der 15- bis 25-Jährige fühlen sich 12% der Menschen einsam, 14,8% der 25- bis 35-Jährigen, 11,9% der 35- bis 45-Jährigen, 14% der 45- bis 55-Jährigen, 12,8% der 55- bis 65-Jährigen, 9,9% der 65- bis 75-Jährigen, 14,2% der 75- bis 85-Jährigen und 20% der 85- bis 120-Jährigen (Aust 2016). Auch hier lässt sich somit eine U-Verteilung erkennen mit Höhepunkten in der Gruppe der 35- bis 45-Jährigen und der Menschen ab 65 Jahren.

Diese Auswahl an Prävalenzraten zeigt, dass die Daten zur Verteilung von Einsamkeitsgefühlen schwanken. Diese Diskrepanz könnte zur Ursache haben, dass Einsamkeit als subjektives Gefühl schwer zu messen ist und in der Forschung noch keine einheitliche Darstellungsform verwendet wird, wie bereits im Kapitel I

dargestellt wurde. So werden in einigen Studien Aussagen wie „oft einsam“ und „manchmal einsam“ separat aufgeführt, in anderen Studien werden Selbsteinschätzungen als binäre Daten erfasst. Zudem handelt es sich hier oft um Querschnittsstudien und somit um Momentaufnahmen.

Im Folgenden geht es nun um die Gründe für Einsamkeit. Warum fühlen Menschen sich einsam.?

III.2 Risikofaktoren: Was macht einsam?

Wie schon in der Begriffserklärung deutlich wurde, handelt es sich bei Isolation und Einsamkeit um unterschiedliche Phänomene, die jedoch eine gemeinsame Schnittmenge aufweisen. In Bezug auf Coyle & Dougan beschreibt Spitzer eine Korrelation von 0,2 zwischen ihnen (vgl. Spitzer 2018: 24 f.). An dieser Zahl wird bereits deutlich, dass soziale Isolation nur zu einem Teil Einsamkeitsgefühle erklären kann. Petrich schreibt zu diesem Zusammenhang ebenfalls, dass soziale Isolation und Alleinsein Einsamkeitsgefühle fördern können - jedoch keine hinreichenden Bedingungen, sondern lediglich Risikofaktoren für Einsamkeit darstellen würden (Petrich 2011: 13).

Es gilt demnach, einen genaueren Blick auf die Situation von Menschen zu werfen und einzelne Faktoren auf ihr Vermögen hin zu betrachten, Einsamkeit hervorzurufen. Die nun folgenden Risikofaktoren sind die im wissenschaftlichen Diskurs meistdiskutierten.

Wohnsituation: Alleinleben

Wie weiter oben bereits angeführt, steigt mit höherem Lebensalter auch die Wahrscheinlichkeit, allein zu leben (vgl. Tesch-Römer 2012: 436). Schnell wird dies mit sozialer Isolation und auch Einsamkeit gleichgesetzt. Diese Verbindung stellt u.a. Spitzer her, der von immer mehr „Single-Haushalten“ in allen Altersgruppen Deutschlands schreibt und dies direkt mit Einsamkeit verknüpft (vgl. Spitzer 2018: 14 f.).

Tatsächlich stellen Hawkey & Kocherginsky in ihrer Studie fest, dass Wohnsituation und Einsamkeitsgefühle für die von ihnen untersuchten Personen nur bedingt einen Zusammenhang aufwiesen:

„Living alone was not associated with changes in loneliness level or status in adjusted models. Consistent with Zebhauser et al. (2015), these findings imply that living alone increases risk for loneliness only to the extent that living alone is associated with other risk factors that are more proximally related to loneliness. Living alone was positively associated with more frequent attendance at group meetings, more frequent socializing, and higher levels of support from family and friends at baseline, suggesting that older adults who live alone actively maintain a fulfilling social life that at least partially counteracts any detrimental effect of living alone on loneliness.“ (Hawkley & Kocherginsky 2018: 382).

Die Wohnsituation bzw. das Alleinleben scheint somit kein hinreichender Faktor – weder für soziale Isolation noch für Einsamkeit – zu sein.

Familienstand: verwitwet, ledig, geschieden

Das für das ältere Lebensalter typische Lebensereignis der Verwitwung geht signifikant oft mit erhöhten Einsamkeitsgefühlen einher – laut Wagner et al. berichten alte verwitwete Menschen eher von Einsamkeit als Menschen, die verheiratet sind. Dies gelte allerdings nicht für ledige und geschiedene Personen (vgl. Wagner et al. 2010: 339, Wenger et al. 1996: 350).

Andere Beiträge bewerten die Bedeutung des Familienstandes in dieser Hinsicht anders: So können Hawkley & Kocherginsky in ihrer Studie keinen statistisch relevanten Einfluss dieser Variable entdecken (vgl. Hawkley & Kocherginsky 2018: 383). Bei Heylen heißt es sogar: „On the other hand, not living with a partner/spouse lowered the risk of social loneliness.“ (Heylen 2010: 1185).

Das heißt, die weit verbreitete und zumeist schnell getroffene Annahme, dass Alleinstehende eher unter Einsamkeit leiden, kann von der Forschung nicht bestätigt werden.

Kinderlosigkeit

Insgesamt finden sich in der Forschungsliteratur viele Belege dafür, dass Menschen ohne Kinder eher von Einsamkeitsgefühlen betroffen sind als Menschen mit Kindern (vgl. Tesch-Römer 2012: 437, vgl. Wagner et al. 2010: 339).

Backes & Clemes schreiben sogar, ältere Personen ohne Kindern litten selbst dann unter Einsamkeit, wenn sie intensive Beziehungen zu Freunden, Bekannten oder Nachbarn pflegten (Backes & Clemes 1998: 202).

In diesem Zusammenhang ist die Analyse von Wenger et al. bemerkenswert, die aufzeigt, dass die Häufigkeit des Kontakts mit (bereits erwachsenen) Kindern nur geringen Einfluss auf Einsamkeitsgefühle hat (Wenger et al. 1996: 335 f.).

Heylen stellt die Lage von kinderlosen Personen differenziert dar:

„Children have an integrative function because contacts with relatives lowered the risk of social loneliness. On other hand, recent studies have shown, that the social engagement of those with children and childless people differs little. In addition, childless women have more friendships than other women.“ (Heylen 2010: 1182).

Kinderlosigkeit führe also, bei Betrachtung dieser Ergebnisse, nicht unbedingt zu sozialer Isolation – Einsamkeitsgefühle entstünden dennoch auch unabhängig davon mit signifikant hoher Wahrscheinlichkeit.

Quantität und Qualität des Kontaktes zu Familie und Freunden

Clemens & Backe zweifeln an, dass ein großer Freundeskreis automatisch vor Einsamkeit schützt, und stellen sogar einen negativen Zusammenhang her. Sie führen an, dass Menschen mit einem großen Netzwerk oft einsamer seien (Clemens & Backe 1998: 200). Dies lässt sich mit der Aussage in Einklang bringen, die in fast allen hier berücksichtigten Studien getroffen wurde: In Bezug auf soziale Beziehungen ist die Qualität, nicht die Quantität entscheidend dafür, ob ein Mensch sich einsam fühlt. Pinquart & Sörensen geben dabei große Ausmaße an: „In fact, quality of contacts explained 8.4% of the variance in loneliness, 3.3 times as much as quantity of contacts.“ (Pinquart & Sörensen 2001: 253).

Bei Wagner et al. ist zu lesen, dass Hilfeaustausch, der über das soziale Netz in Anspruch genommen wird, Einsamkeitsgefühle nicht verringere – einen solchen Effekt hätten nur solche Beziehungen, die den Austausch von Zärtlichkeiten und Möglichkeiten des Zusammenseins böten (vgl. Wagner et al. 2010: 339). Generell würden alle gemeinsamen Aktivitäten Einsamkeit entgegenwirken, als einzige Ausnahme sei das Fernsehen zu nennen (Pinquart & Sörensen 2001: 253).

In der Forschung wird auch der unterschiedliche Effekt von freundschaftlichen und familiären Beziehungen untersucht. Dabei kommen sowohl Wenger et al. als auch Pinquart & Sörensen zu dem Ergebnis, dass ein häufiger Kontakt mit Freunden, Bekannten und Nachbarn eher vor Einsamkeit schütze als der Kontakt zu Familienmitgliedern. Bei Pinquart & Sörensen stellt sich der Kontakt zu Freunden und Bekannten als vier mal schützender als der zur eigenen Familie (vgl. Wenger et al. 1996: 335 f., Pinquart & Sörensen 2001: 253) dar.

Pinquart & Sörensen versuchen sich an einer Erklärung für diese bemerkenswerte Diskrepanz:

„The stronger association of quality of friendship with loneliness, compared to quality of contact with family members, and adult children in particular, may result from differences in the quality of these relationships. Whereas friendships generally have high relationship quality, this is not always the case for family relationships, which may be based more on obligation, or which are burdened by caregiving responsibilities in the case of chronic care need (Bengtson, Cutler, Mangen, & Marshall, 1985). In addition, friendships offer better conditions for feeling understood and for counteracting loneliness, because of shared biographical experiences, attitudes, and life style (Cantor, 1979; Rawlins, 1995).“ (Pinquart & Sörensen 2001: 258).

Das Konfliktpotential von familiären Beziehungen thematisieren auch Hawkley & Kocherginsky und sprechen Familienbeziehungen, in denen oft gestritten wird, ein besonders hohes Einsamkeitsrisiko zu. Ist der Kontakt innerhalb der Familie dagegen positiv, verringere sich die Wahrscheinlichkeit, von Einsamkeit betroffen zu sein, erheblich: „A difference of one point on the family support scale at baseline reduced the odds of becoming lonely by nearly 40% (odds ratio [OR] $\frac{1}{4}$ 0.61).“ (Hawkley & Kocherginsky 2018: 382). Dem Kontakt zur Familie wohnt also ebenfalls großes Potential inne, Einsamkeit entweder zu verursachen oder ihr entgegenzuwirken – entscheidend ist die Qualität.

(schlechter) Gesundheitszustand und Mobilitätseinschränkungen

In der Forschungsliteratur wird oft neben dem objektiven medizinisch diagnostizierten auch der subjektive - also selbst empfundene - Gesundheitszustand betrachtet und inwiefern sich beide Dimensionen auf Einsamkeitsgefühle auswirken. Besonders zu berücksichtigen sind in diesem Kontext körperliche Beschwerden, die

die Mobilität der Betroffenen einschränken, was für das Alter besonders typisch ist.

Auch Hawkley & Kocherginsky sehen einen Einfluss des Gesundheitszustandes auf das Einsamkeitserleben und schreiben, gesundheitliche Einschränkungen erhöhten das Einsamkeitsgefühl durchschnittlich um 26% (vgl. Hawkley & Kocherginsky 2018: 382). Ein guter Gesundheitszustand mindere dagegen das Einsamkeitsrisiko (Pinquart & Sörensen 2001: 256).

Heylen geht dabei noch auf die unterschiedlichen Effekte von subjektiver und objektiver Gesundheit ein und kommt zu dem Schluss, dass der objektive Gesundheitszustand allein keinen Einfluss auf das Einsamkeitsniveau habe – dafür sei das subjektive Empfinden von Gesundheit entscheidend. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit bestehe. Ihre Ergebnisse zeigen, dass sowohl objektive als auch subjektive Gesundheit im höheren Alter sinke, womit die Gesundheit bzw. gesundheitliche Einschränkungen tatsächlich einen speziell für das Alter relevanten Risikofaktor darstelle (vgl. Heylen 2010: 1192).

Tesch-Römers Ausführungen sind in diesem Kontext ebenfalls miteinzubeziehen, wenn er von einem möglichen Rückkopplungseffekt schreibt, der zwischen Einsamkeit und psychischem sowie somatischem Wohlbefinden bestehe (vgl. Tesch- Römer 2012: 438). Ein als schlecht empfundener Gesundheitszustand wirke sich auch auf die Qualität der Sozialbeziehungen negativ aus (vgl. Böger & Huxhold 2014: 12). Die Relevanz dieses Rückkopplungseffektes erscheint sehr deutlich, wenn man bedenkt, wie stark Einsamkeit die somatische und psychische Gesundheit beeinflusst, wie im letzten Kapitel deutlich wurde.

Petrich geht der hohen Korrelation von Gesundheitszustand und Einsamkeit auf den Grund und erklärt, zum einen sei es - durch einige Erkrankungen bedingt - schwerer, andere Menschen zu treffen und so entstehe oft aus ganz praktischen Gründen soziale Isolation und damit einhergehend Einsamkeitsgefühle (vgl. Petrich 2011: 20). Zum anderen sei zudem auch das Gefühl von Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit entscheidend, das die körperlichen Einschränkungen entstehen ließen. Sie fasst zusammen:

„Eine Vielzahl von Untersuchungen belegt, dass der Gesundheitszustand ein entscheidender Risikofaktor für Einsamkeit ist. Ältere Menschen mit

schlechtem Gesundheitszustand erleben in höherem Maße Einsamkeit als gesunde Menschen. Menschen mit eingeschränkter Mobilität haben größere Probleme, soziale Kontakte durch eigene Aktivität aufrecht zu erhalten. Auch hinsichtlich des psychischen und somatischen Wohlbefindens stehen Gesundheitszustand und Einsamkeit in Wechselwirkung. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können sich insgesamt negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken, so dass die kognitive Bewertung der eigenen Lebenssituation negativer ausfällt. Neben körperlichen Beschwerden sind es Gefühle von Verlust der Selbstständigkeit, zunehmender Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit, die wiederum das Gefühl der Einsamkeit begünstigen können“ (Petrich 2011: 20).

Geschlecht

Wie bereits dargestellt wurde, besteht die ältere Bevölkerung zu einem großen und mit jedem Lebensjahr weiter wachsenden Anteil aus Frauen. Deshalb ist die Frage nach dem Zusammenhang von Geschlecht und Einsamkeit besonders relevant, betrachtet man diese Bevölkerungsgruppe.

In vielen Beiträgen wird das weibliche Geschlecht als Risikofaktor für Einsamkeit genannt (vgl. Pinquart & Sörensen 2001: 253, Tesch-Römer 2012: 436).

Pinquart & Sörensen differenzieren dabei zwischen verheirateten und unverheirateten Frauen und finden heraus, dass sie nur dann eher von Einsamkeit betroffen seien, wenn sie verheiratet sind. Leben sie nicht in einer Ehe, löse sich der Effekt des Geschlechtes auf (Pinquart & Sörensen 2001: 253). Wagner et al. kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf Einsamkeitsgefühle habe (Wagner et al. 2010: 339).

Heylen arbeitet sogar einen schützenden Effekt des weiblichen Geschlechtes heraus und schreibt: „[...]being female lowered the risk of social loneliness.“ (Heylen 2010: 1182). Und auch im 2014er-Beitrag von Tesch-Römer et al. stellt das männliche Geschlecht eher ein Risiko für als einen Schutz vor Einsamkeit dar (vgl. Tesch-Römer et al. 2014: 6).

Die große Heterogenität dieser Ergebnisse kann verschiedene Gründe haben, wie beispielsweise, dass nicht die gleichen diagnostischen Instrumente benutzt wurden, um Einsamkeit zu bestimmen. Als ein anderer möglicher Grund sei laut Pinquart & Sörensen denkbar, dass Frauen eher als Männer dazu geneigt seien, zuzugeben, einsam zu sein (vgl. Pinquart & Sörensen 2001: 258).

niedriger sozio-ökonomischer Status

Pinquart & Sörensen beziehen auch den sozio-ökonomischen Status als ein soziodemografisches Merkmal in ihre Untersuchung mit ein und stellen einen signifikanten Zusammenhang mit Einsamkeitsgefühlen fest. Dieser beziehe sich allerdings lediglich auf die Höhe des Einkommens, nicht auf das Bildungsniveau, letzteres habe keinen Einfluss auf das Erleben von Einsamkeit (Pinquart & Sörensen 2001: 256).

Im siebten Altenbericht des Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wird ausdrücklich auf die Gefahr hingewiesen, die in diesem Kontext von Armut ausgehe: „Das Risiko für Alterseinsamkeit, insbesondere bei alleinwohnenden mobilitätsbeeinträchtigten Personen, die nur noch mit großem Aufwand oder gar nicht mehr ihre Wohnung allein verlassen können, steigt in Verbindung mit Armut.“ (BMFSFJ 2017: 79).

Leben im Heim

Das Leben im Heim, eine mit steigenden Alter immer häufiger gelebte Wohnform, wird in den meisten Quellen als Risikofaktor für Einsamkeit genannt (vgl. Pinquart & Sörensen 2001: 256, Wenger et al. 1996: 351, Tesch-Römer 2012: 437).

Eine häufige Begründung dafür lautet, dass die Menschen, die im Heim leben, oft gleichzeitig Merkmale aufweisen würden, die Einsamkeit verursachen: geschieden oder verwitwet sein sowie ein niedriger Gesundheitsstatus (vgl. Wagner et al. 1996: 317).

Austritt aus dem Erwerbsleben

Die Pensionierung bzw. der Austritt aus dem Erwerbsleben gilt gemeinhin als eine Lebensphase, in der oft Einsamkeit erlebt würde, weshalb bei Stanjek sogar vom „Pensions-Schock“ zu lesen ist (Stanjek 2005: 195). Tatsächlich werden einerseits riskante Umstände geschaffen: „Das Austreten aus dem Erwerbsleben kann Verluste an Lebensinhalt, eine Verringerung sozialer Kontakte und materieller Ressourcen mit sich bringen. Bei hoher Identifikation mit dem Beruf kann eine Quelle sozial vermittelter Selbstachtung und Sinnstiftung verloren gehen“. (Petrich 2011: 19). Auf der anderen Seite biete dieser Einschnitt in den Lebenslauf neue Möglichkeiten, die eigene Zeit zu nutzen, weshalb geragogische Angebote zur Vorbereitung auf die Pensionierung besonders sinnvoll seien (vgl. Stanjek 2005:

139).

Das Lebensereignis der Berufsaufgabe kann somit ein Risiko für Einsamkeitsgefühle darstellen, sofern in dieser Zeit andere Risikofaktoren wie beispielsweise Isolation oder ein schlechter Gesundheitszustand zum Tragen kommen. Der Umstand der Pensionierung allein sagt noch nichts über die Qualität der neu gewonnenen Freizeit aus.

Nationalität (Studie von Victor & Yang)

Victor & Yang wählen in ihrer Studie einen außergewöhnlichen Schwerpunkt und vergleichen Verteilungen von Einsamkeitsgefühlen zwischen Menschen aus 25 Nationen weltweit. Aus ihren Ergebnissen folgern sie, dass die Herkunft in Bezug auf Einsamkeitsgefühle eine weitaus größere Rolle spiele als das Alter (vgl. Victor & Yang 2011: 1368). Sie legen dar, dass der Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeitserleben nicht in allen Nationen gleich gestaltet sei und dass in einigen Ländern kein signifikanter Effekt des Alters bestehe (vgl. Victor & Yang 2011: 1380). Interessant ist die konkrete Verteilung der Einsamkeit zwischen den Nationen, so seien laut ihren Ergebnissen die Menschen in nordeuropäischen Ländern weitaus weniger betroffen als die, die in Süd- oder Osteuropa leben (vgl. Victor & Yang 2011: 1381). Eine mögliche Erklärung seien die unterschiedlichen Normen und Werte einer Gesellschaft, die die Erwartungen hinsichtlich sozialer Beziehungen und Interaktionen stark prägen. Je nachdem, wie die Erwartungen von diesen Normen und Werten gestaltet seien, sei es wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher für die in der jeweiligen Gesellschaft lebenden Menschen, Einsamkeit zu empfinden (vgl. Victor & Yang 2011: 1382).

Bei der weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema Einsamkeit solle deshalb folgendem Beachtung geschenkt werden:

„It is therefore misleading to associate age with loneliness without firstly specifying the nation in which the association is examined.“ (Victor & Yang 2011: 1380).

Eigene negative Einstellungen

Zu nennen sind schließlich auch die Risikofaktoren, die von den Menschen selbst ausgehen bzw. von ihren eigenen Gedanken und der inneren Haltung. So hänge Einsamkeit in großem Maße von den eigenen Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmalen ab:

„Eine Beeinträchtigung des persönlichen Selbstkonzeptes (Selbstbild und Selbstwertgefühl), eine Neigung zu Neurotizismus und Introversion fördern das Erleben von Einsamkeit. Auch internale Kontrollüberzeugungen und Attributionen stehen in direktem Zusammenhang zum Entstehen von Einsamkeitsgefühlen und deren Aufrechterhaltung. Einsame Menschen betrachten im Vergleich zu weniger Einsamen die Ursachen ihrer Einsamkeit eher als internal, stabil und wenig kontrollierbar. Soziale Misserfolge werden von diesen Menschen vorwiegend der eigenen, als dauerhaft gesehenen Unfähigkeit zugeschrieben (vgl. Schwab 1997, S. 78-97)“ (Petrich 2011: 21)

Auch Cacioppo & Hawkley sehen einen Zusammenhang zwischen der inneren Haltung und der Entstehung von Einsamkeit. Sie führen weiter aus, dass Einsamkeit wiederum auch die inneren Einstellungen beeinflusse und dass eine pessimistische Haltung sowie die Angst vor negativer sozialer Beurteilung von Einsamkeit gefördert werden (Cacioppo 2010: 219).

Böger & Huxhold schreiben dazu: „Negative Kognitionen und Einstellungen, wie Misstrauen gegenüber Anderen, scheinen eine besondere Rolle in der Verfestigung von Einsamkeitsgefühlen zu spielen. Sie können dafür sorgen, dass einsame Personen beständig Bedrohung, Angst und Feindseligkeit erleben und sich daher defensiv verhalten.“ (Böger & Huxhold 2014: 19 f.).

III.3 Zusammenfassung: Ist Einsamkeit eine Alterskrankheit?

Anders als häufig vermutet, scheint Einsamkeit kein Problem des Alters zu sein. Nur im sehr hohen Erwachsenenalter, wo das gemeinsame Auftreten kognitiver Einbußen, körperlicher Erkrankungen und sozialer Verluste immer wahrscheinlicher wird, häufen sich Einsamkeitsgefühle allmählich.

Das im Alltagsverständnis und in den Medien vorherrschende Vorurteil, dass mit dem Alter auch die Einsamkeitsgefühle steigen, konnte nicht bestätigt werden. Tatsächlich gibt es in der Forschung unterschiedliche Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang von Alter und Einsamkeit, teilweise wurde sogar kein Effekt festgestellt (Victor & Yang, Hawkley & Kocherginsky). In vielen Forschungsbeiträgen wird eine U-Verteilung der Einsamkeit festgestellt – mit

Höhepunkten im Lebensalter zwischen 50 und 60 Jahren sowie ab 80 Jahren. Maike Luhmann hat in ihrer jüngsten Untersuchung einen weiteren Einsamkeitshöhepunkt um das 30. Lebensjahr herum ausgemacht. Der aktuelle Stand der Studien weist große Lücken hinsichtlich Längsschnittuntersuchungen auf und bezieht sich zudem in den meisten Fällen auf Menschen ab dem 60. Lebensjahr. Aussagen über Einsamkeitserleben im jüngeren Alter konnten mit Ausnahme der Untersuchung von Luhmann nicht gefunden werden.

In den hier berücksichtigten Beiträgen scheinen andere Faktoren als das kalendarische Alter entscheidend für die Entwicklung von Einsamkeitsgefühlen zu sein: Familienstand (geschieden oder verwitwet), Kinderlosigkeit, der (v.a. subjektive) Gesundheitszustand in Verbindung mit Mobilität und der sozioökonomische Status konnten in den betrachteten Studien einen Effekt aufweisen.

Als wichtigster Einflussfaktor stellte sich die Qualität der sozialen Beziehungen heraus. Wagner et al. bewerten ihn als weitaus relevanter als das kalendarische Alter:

„Diese Ergebnisse legen nahe, dass der beobachtete Alterseffekt größtenteils durch die Leistungen der sozialen Beziehungen vermittelt ist. Sehr alte Menschen sind dann einsamer als alte Menschen, wenn sie angeben, mit anderen weniger Zärtlichkeiten auszutauschen und in einem geringeren Ausmaß soziales Beisammensein pflegen.“ (Wagner et al. 2010: 339).

Das Leben im Heim und der Austritt aus dem Erwerbsleben scheinen nur insoweit eine relevante Rolle zu spielen, als dass in diesen Phasen die eben genannten Merkmale auftreten.

Es scheint, dass sich in den modernen Beiträgen und Theorien zur Einsamkeit der Fokus eher auf die psychologischen internen Risikofaktoren verlagert. Aspekte wie die eigenen Denkmuster und Bewertung der sozialen Umwelt, ein „feindliches“ oder „wohlgesonnenes“ Denken, werden erst seit vergleichsweise kurzer Zeit im wissenschaftlichen Diskurs berücksichtigt. Dies gilt es weiter auszubauen.

Mit den Worten Schwabs kann hier zusammengefasst werden: „Alter an sich macht nicht einsam.“ (Schwab 1997: 43).

IV Schutzfaktoren und Interventionen gegen Einsamkeit

- Was hilft? -

„People can and do recover from loneliness, and knowledge of factors that ameliorate loneliness in old age are valuable for the design of loneliness interventions“ (Hawkley & Kocherginsky 2015: 381 f.)

Diese hoffnungsvolle und lösungsorientierte Perspektive wird jetzt eingenommen, nachdem in den letzten drei Kapiteln thematisiert wurde, welche Folgen Einsamkeit hat und wodurch sie entstehen kann.

In diesem Kapitel soll nun betrachtet werden, welche Faktoren Menschen vor Einsamkeitsgefühlen bewahren und welche Interventionen dementsprechend sinnvoll eingesetzt werden können, um ihre Gesundheit zu fördern.

Masi et al. haben über die Effektivität von verschiedenen Interventionen gegen Einsamkeitsgefühle geforscht und 2011 eine Studie veröffentlicht, die einzigartig hinsichtlich ihrer Fragestellung und ihres Aufbaus ist. Deshalb stellt sie in diesem Kapitel einen Hauptbezug dar.

IV.1 Schutzfaktoren

Genauso wie es bestimmte Risikofaktoren gibt, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Einsamkeitsgefühlen führen, gibt es auch Gegebenheiten, die vor diesen Gefühlen schützen können. In der Forschungsliteratur wird allerdings weitaus mehr über Risikofaktoren veröffentlicht als über Schutzfaktoren.

Die im letzten Kapitel vorgestellten potentiellen Risikofaktoren können natürlich – je nachdem in welcher Ausprägung sie auftreten - auch als Schutzfaktoren fungieren. Beispielsweise kann der Familienstand sich schützend vor oder förderlich für Einsamkeitsgefühle auswirken. Oder Kinderlosigkeit kann von einer Person anders ins Leben integriert werden als von einer anderen.

Als explizite Schutzfaktoren werden in der Forschung die nun folgenden beschrieben. Hier werden sie in zwei Gruppen eingeteilt: zum Einen in solche, die von außen auf den Menschen und sein Gefühlserleben einwirken, und zum anderen in solche, die aus dem Menschen selbst, also von innen heraus, wirken.

IV.1.1 Schutzfaktoren von außen

Zu dieser Gruppe gehören Schutzfaktoren, die sich auf die Beschaffenheit des sozialen Netzwerkes sowie auf die Qualität sozialer Beziehungen beziehen. Beide Aspekte können sich schützend in Bezug auf Einsamkeitsgefühle auswirken.

Netzwerkstruktur: verschiedene Bezugspersonen

Linnemann schreibt, dass die Wahrscheinlichkeit, von Einsamkeitsgefühlen heimgesucht zu werden, sich verringere, wenn das soziale Netzwerk nicht nur auf eine einzige oder sehr wenige Bezugspersonen beschränkt ist. Dies sei relevant, weil Bezugspersonen sterben oder wegziehen könnten. Es sei zudem auch möglich, dass ein Konflikt die Beziehung zur Bezugsperson belasten könnte (vgl. Linnemann 1997: 94).

Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass ein großes Netzwerk nicht automatisch geringere Einsamkeitsgefühle zur Folge hat, wie in Kapitel III herausgearbeitet wurde.

Gute Beziehungsqualität

Positive soziale Beziehungen haben ein besonderes Potential, Einsamkeitsgefühle zu verringern.

Der Effekt von sozialen Beziehungen auf Einsamkeit und die Gesundheit wird in den Ausführungen von Holt-Lunstad über die Verbindung von Einsamkeit und Sterblichkeit klar. In ihrer Studie aus dem Jahr 2010 ist der schützende Effekt von positiv erlebten sozialen Beziehungsstrukturen nachzulesen:

„The overall effect size corresponds with a 50% increase in odds of survival as a function of social relationships. Multidimensional assessments of social integration yielded an even stronger association: a 91% increase in odds of survival.“ (Holt-Lunstad et al. 2010: 9).

Somit erscheinen das eingebunden Sein in soziale Netzwerke und die Qualität von Beziehungen als wichtige Einflussgrößen auf die Sterblichkeit, was in Hinblick auf sinnvolle Interventionen berücksichtigt werden sollte. Holt-Lunstad et al. betonen, dass sinnvolle Interventionen sowohl die objektiven als auch die subjektiven Aspekte berücksichtigen müssen (vgl. Holt-Lunstad 2015: 234).

Im letzten Kapitel trat auch in der Betrachtung der Beiträge von Wagner et al. sowie von Pinquart & Sörensen die Relevanz der Beziehungsqualität hervor. Es

wurde deutlich, dass konfliktreiche Beziehungen Einsamkeitsgefühle erheblich fördern können. Im Umkehrschluss müsste dies bedeuten, dass positive Beziehungen vor Einsamkeit schützen können. Tatsächlich schreiben Wagner et al., dass ausgetauschte Zärtlichkeiten Einsamkeitsgefühle verringern (vgl. Wagner et al. 2010: 339). Pinquart & Sörensen stellen v.a. die Möglichkeit, gemeinsam Aktivitäten zu erleben, als einen Schutzfaktor heraus (Pinquart & Sörensen 2001: 253).

Bei Hawkey & Kocherginsky stellt sich ebenfalls ein guter und unterstützender familiärer Kontakt als Schutzfaktor heraus. Familiäre Beziehungen mit solcher Qualität konnten eine Verbesserung um 32% erreichen (vgl. Hawkey & Kocherginsky 2015: 380).

Auch Pinquart & Sörensen schätzen eine gute Beziehungsqualität als einen wirksamen Faktor gegen Einsamkeitsgefühle ein. Zudem betonen sie die Bedeutsamkeit von langjährigen Freundschaften und den besonderen Emotionen in solchen Beziehungen:

„Such interventions may focus on maintaining or improving the quality of social contacts and enabling better coping or active use of time alone (e.g., by providing transportation for those with limited mobility). Because friendship was associated with less loneliness (and previous research has shown that long-lasting friendships have a special emotional importance for the older adults; Adams, 1986; Rawlins, 1995), early development of friendship ties may also be of high significance in preventing loneliness in old age.“ (Pinquart & Sörensen 2001: 261).

Dies alles sind Faktoren, die die soziale Umwelt eines Menschen betreffen und auf diesem Wege vor Einsamkeitsgefühlen schützen können. In der Literatur werden als wirksame Schutzfaktoren auch psychologische Ressourcen und Charaktereigenschaften benannt, durch die Menschen sich von innen heraus gegen das Erleben von Einsamkeit bewahren können.

IV.1.2 Schutzfaktoren von innen

Bei den inneren Schutzfaktoren handelt es sich in der Literatur um Persönlichkeitsfaktoren, kognitive Strukturen und innere Einstellungen, Haltungen, Bewertungen.

Laut Heylen reiche ein nur auf die äußerlichen Bedingungen gerichteter Blick nicht aus, um Einsamkeit zu erklären und dementsprechend auch nicht, um ihr

entgegenzuwirken. Es ginge viel mehr darum, wie der Mensch mit den externen Bedingungen umgehe und wie er selbst dazu beitrage sich einsam oder nicht einsam zu fühlen (vgl. Heylen 2010: 1179 f.).

Diese Gedanken Heylens erscheinen besonders dann nennenswert und nachvollziehbar, wenn man eine Definition von Einsamkeit berücksichtigt, die zu Beginn dieser Arbeit angeführt wurde:

„Einsamkeit ist ein subjektiver Zustand und daher nicht gleichbedeutend mit dem Konzept der sozialen Isolation. Sie entsteht, wenn die Beziehungserwartungen einer Person durch die Qualität und Quantität tatsächlich bestehender Beziehungen nicht ausreichend erfüllt werden.“ (Böger & Huxhold 2014: 9)

An dieser Stelle sei der Aspekt der eigenen Erwartungen besonders ins Blickfeld gerückt. Es scheint deutlich heraus, welche entscheidende Position die eigene Haltung in der Entstehung von Einsamkeitsgefühlen einnimmt.

Sie bestimmt die Erwartungen an soziale Beziehungen - sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht - und beeinflusst somit die Wahrscheinlichkeit für Einsamkeitsgefühle.

Diese entscheidende „Haltung“ des Menschen hänge nach Tesch-Römer und Petrich ab von:

- dem eigenen Selbstwert
- dem Gefühl von Selbstwirksamkeit
- den eigenen sozialen Kompetenzen und Fertigkeiten und
- den internalen Kontrollüberzeugungen (vgl. Petrich 2011: 21, Tesch-Römer 2012: 438).

Diese Aspekte bilden zusammen das, was in Kapitel 1 als der Kohärenzsinn nach Antonovsky beschrieben wurde. Diese psychische Ressource ist demnach auch relevant in Bezug auf Einsamkeitsgefühle und ältere Menschen.

Zusammenhang zwischen früherer Bindung und späterem Einsamkeitserleben

Bei Petrich wird über die eben beschriebene innere Haltung ausgeführt, dass sie bereits in frühen Lebensjahren entwickelt werden könne:

„Der Einfluss frühkindlicher Bindungserfahrungen wurde im Zusammenhang mit der Fähigkeit zum Alleinsein bereits benannt. Ein ausgewogenes frühkindliches Erleben von Bindung und Ablösung ist entscheidend für die Herausbildung der Fähigkeit zum Alleinsein und damit verbunden einem Zugang zum Selbst, zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen. Diese als Autonomie bezeichnete Fähigkeit wiederum ist eine Grundvoraussetzung menschlichen Bewältigungshandelns.“ (Petrich 2011: 20).

Bedeutsam sind hier die verwendeten Begriffe Autonomie und Bewältigungshandeln, mit denen wieder ein Zusammenhang zum Kohärenzsinn nach Antonovsky hergestellt werden kann. Durch den Bezug von Petrich auf die frühkindliche Phase erscheint besonders klar, dass es gilt, Interventionen in Hinblick auf Einsamkeitsgefühle möglichst früh einzuleiten und in Menschen die psychischen Ressourcen zu fördern, mit denen sie sich schützen können. Und auch, wenn Petrich diese frühe Lebensphase als eine wichtige Weiche in der Entstehung solcher Fähigkeiten beschreibt, sei an dieser Stelle an das Prinzip der Plastizität des Alters erinnert und das Paradigma des „Gesunden Alterns“ der WHO eingebracht, das besagt, dass Menschen in jedem Alter lernen und neue Denkstrukturen entwickeln können:

„Dieses Konzept des Gesunden Alterns geht maßgeblich davon aus, dass weder die intrinsische Kapazität noch die funktionale Fähigkeit konstant bleiben. Zwar lassen beide mit zunehmendem Alter tendenziell nach, doch bestimmen persönliche Lebensentscheidungen oder Interventionen zu unterschiedlichen Lebenszeitpunkten den Weg beziehungsweise den Verlauf, den dieser Prozess für jeden einzelnen Menschen nimmt.“ (WHO 2016:12).

Dies beziehe sich auf alle Aspekte der Gesundheit, also auch auf den psychischen (vgl. WHO 2016: 12). Dass das Gehirn auch im hohen Lebensalter noch fähig zu Veränderungen und neuen Denkmustern sei, wird an vielen Stellen in der Forschung deutlich:

„Die Antwort auf die Frage, worauf es beim gesunden Altern der kognitiven Fähigkeiten ankommt, lässt sich demnach folgendermaßen zusammenfassen: Obwohl das Gehirn älterer Menschen in der Regel unübersehbare Spuren eines altersbedingten Abbaus aufweist, gilt das nicht gleichermaßen für die kognitive Leistungsfähigkeit.“ (Meyer & Mayorova 2014: 4).

Mitgefühl und Empathie

Die Fähigkeit zu Mitgefühl wird bei Spitzer als ein weiterer Schutzfaktor genannt. Er führt verschiedene Formen bzw. Stufen des Mitgefühls auf und beschreibt die auf Perspektivenübernahme basierende Empathie als die höchste Stufe. Diese würde prosoziales Verhalten fördern und so Einsamkeitsgefühlen der interagierenden Personen entgegenwirken. Dies gelte für die mitfühlende Person und für die, mit der mitgeföhlt werde. (vgl. Spitzer 2018: 31 ff.).

Hawkley & Kocherginsky benennen Empathie ebenfalls als Schutzfaktor vor Einsamkeit und beziehen sich dabei auf eine Studie über US-Soldaten. Hier habe sich die Entwicklung bzw. Förderung von Empathie als eine sinnvolle und erfolgreiche Intervention gegen Einsamkeit herausgestellt (vgl. Hawkley & Kocherginsky 2015: 383).

Insgesamt wird dieser spezielle Schutzfaktor in der Forschungsliteratur bisher eher wenig thematisiert.

Mit diesen Kenntnissen und denen aus Kapitel III wendet sich diese Arbeit nun praktischen Maßnahmen gegen Einsamkeit zu.

IV.2 Interventionen

- Was kann Soziale Arbeit tun? -

Die Dringlichkeit für Interventionen der Sozialen Arbeit gegen Einsamkeitsgefühle ergeben sich zum Einen aus den gesundheitlichen Risiken, die mit ihnen verbunden sind, und dem Auftrag Sozialer Arbeit, sich für die Gesundheit aller Menschen einzusetzen (DBSH 2016b).

Zum anderen seien es auch die Kosten, die durch Einsamkeit im Gesundheitswesen entstünden, die Interventionen nötig machten (vgl. Masi et al. 2011: 1).

Ihre Anwendung werde allerdings dadurch erschwert, dass die Zielgruppe der von Einsamkeit betroffenen Menschen oftmals nicht leicht zu erreichen sei:

„Isoliert lebende und sich einsam fühlende Menschen tun sich – verständlicherweise – schwer damit, ihre Situation offen zu legen. Einsamkeit wird häufig als (selbstverschuldeter) Makel empfunden, den man nicht gerne nach außen trägt. Hinzu kommt, dass isoliert lebende Menschen objektiv sehr schwer zu erreichen sind.“ (Pawletko 2014: 19 f.).

Deshalb sei der Verein Freunde alter Menschen e.V. beispielsweise auf Multiplikatoren angewiesen, um den Bedarf tatsächlich einschätzen zu können (vgl. Pawletko 2014: 20).

Bedarf an Interventionen

Da Einsamkeit noch nicht lange im Fokus der Sozialwissenschaften steht, stellt sich das Spektrum an Interventionen aktuell nicht sehr vielfältig und breit aufgestellt dar. Spitzer schreibt: „Angesichts der nachgewiesenen ungünstigen Auswirkungen von Einsamkeit und sozialer Isolation auf die Morbidität und Mortalität [...] wundert man sich darüber, dass vergleichsweise wenig getan wird, um etwas zu ändern.“ (Spitzer 2018: 191).

Der große Bedarf spiegelt sich auch in einer erst am 7. Dezember 2018 beendeten Ausschreibung der BAGSO (Lobby der Älteren) wider: Sie trug den Titel „Einsam? Zweisam? Gemeinsam! Der Wettbewerb für Initiativen gegen Einsamkeit im Alter“ und schrieb Geldpreise für gemeinnützige Projekte aus (vgl. BAGSO 2018: 1). Wie sich die Einsamkeitsinterventionslandschaft momentan gestaltet und wie die verschiedenen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effektivität einzuschätzen sind, soll im nun folgenden Teil erfasst werden.

Ziel der Interventionen

Grundsätzlich verfolgen die hier berücksichtigten Interventionen das Ziel die Gesundheit von Menschen zu fördern, indem sie Einsamkeitsgefühlen entgegenwirken (vgl. Coyle & Dogan 2012: 1357).

Holt-Lunstad et al. schließen aus ihrer Analyse, dass sowohl an der subjektiven Einsamkeit als auch an der objektiven sozialen Isolation angesetzt werden müsse, um den größtmöglichen Effekt auf die Gesundheit zu erzielen: „Therefore, both objective and subjective measures of social isolation should be considered in risk assessment.“ (vgl. Holt-Lunstad 2015: 234).

Es wurde bereits dargestellt, dass Einsamkeit oft mit der Lebensphase des Alters und alten Menschen in Verbindung gebracht wird und eine Korrelation angenommen wird. Dies erklärt, dass der Großteil der Einsamkeitsinterventionen

auf diese Zielgruppe zugeschnitten ist - obwohl Einsamkeit laut wissenschaftlicher Untersuchungen kein dem Alter vorbehaltenes Problem ist, wie in Kapitel III herausgearbeitet wurde.

Arten von Interventionen

Die vier grundlegenden sich strukturell unterscheidenden Arten von Interventionen nach Lehr aus Kapitel I sollen in diesem Kapitel mitgedacht und die einzelnen Maßnahmen ihnen ggf. zugeordnet werden: Optimierung, Prävention, Reha & Behandlung und Erhaltung & Management.

Die Forschungsgruppe Masi et al. hat es sich zum Ziel gemacht, verschiedene Einsamkeitsinterventionen auf ihre Effektivität hin zu untersuchen. In ihrer Meta-Analyse betrachten sie den bisherigen Forschungsstand und besehen dabei 818 Studien genau (Masi et al. 2010: 9). In ihrer Auswertung bilden sie vier Gruppen an Interventionsformen, die Einsamkeit über folgende inhaltliche Prozesse verringern sollen:

1. improving social skills (Training von sozialen Fähigkeiten)
2. enhancing social support (Verbesserung der sozialen Unterstützung)
3. increasing opportunities for social contact (Vermehrung der Kontaktmöglichkeiten)
4. addressing maladaptive social cognition (Verhaltenstherapie zum Erlernen neuer Gedanken).

(vgl. Masi et al. 2010: 1)

Auch diese Kategorien sollen bei der Betrachtung der verschiedenen Interventionen mitgedacht und ggf. zugeordnet werden.

IV.2.1 Praktische Unterstützungsleistungen

In diese Gruppe fallen Maßnahmen, die bei der Verarbeitung von Einsamkeitsgefühlen helfen sollen – sie sind also nach der Einteilung von Lehr in die Kategorie der Reha und Behandlung einzuordnen. Beispiele für solche Maßnahmen sind Einkäufe und kleinere Erledigungen, Geburtstagsbesuche, Alarmsysteme und Beförderungshilfen (vgl. Linnemann 1997: 51). Solche Maßnahmen sind als soziale Unterstützung und praktische Hilfe anzusehen und

fallen somit in die Gruppe „social support“ der Einteilung von Masi et al..

Diese Interventionsform setzt v.a. an objektiver sozialer Isolation an:

„Aus Sicht einsamer alter Menschen kann behauptet werden, daß (!) diese praktischen Dienste mehr sind als nur instrumentelle Hilfe. Es bedeutet auch, daß (!) jemand anwesend ist, mit dem man ein Schwätzchen halten kann. [...] Diese Zeit sollte der Geselligkeit dienen.“ (Linnemann 1997: 83).

IV.2.2 Strukturelle Interventionen

Strukturelle Interventionen konzentrieren sich auf die Gegebenheiten in Einrichtungen und öffentlichen Institutionen und sind laut Linnemann „Aktivitäten, die die Hilfe im Nachbarschafts- und Stadtteilbereich fördern.“ (Linnemann 1997: 96).

Ziel solcher Maßnahmen seien v.a. Partizipations- und Begegnungsmöglichkeiten für Senioren, beispielsweise durch Gesellschaftsveranstaltungen, und die Beseitigung von Barrieren (vgl. Linnemann 1997: 96 f.).

Sie sind als präventive Maßnahmen mit dem Ziel der Förderung von sozialen Kontaktmöglichkeiten einzuordnen.

IV.2.3 Helfen: Ehrenamtliches Engagement

Oft sind Interventionen, die Kontaktmöglichkeiten für von Einsamkeit betroffene oder gefährdete Menschen schaffen sollen, so gestaltet, dass ein Hilfeaustausch entsteht. Dabei nimmt die von Einsamkeit betroffene Person oft die passive Position ein – sie ist die Person, der geholfen wird.

Will man allerdings Gesundheit und Wohlbefinden fördern, steht dies in Widerspruch mit aktuellen Erkenntnissen, beispielsweise einer Studie von Stephanie Brown, auf die sich Spitzer bezieht:

„Schon lange ist bekannt, dass sich Menschen, die anderen helfen, vergleichsweise wohler fühlen. [...] Betrachtete man die Zahlen genauer, zeigte sich, dass die Sterblichkeit beim Erhalten von instrumenteller Unterstützung leicht zunahm, beim Geben hingegen um 85 Prozent signifikant abnahm und dass die Effekte der sozialen Kontakte letztlich auf das Geben von Unterstützung zurückzuführen waren. [...] Freiwillige Helfer sind bzw. erleben sich deutlich gesünder (um etwa 10 Prozent einer Standardabweichung) als Nichthelfer. [...] Kurz: Wer einem Ehrenamt nachgeht, ist also im Mittel so

gesund wie jemand, der volle fünf Jahre jünger ist und kein Ehrenamt ausführt!“ (Spitzer 2018: 208).

Es scheint somit sinnvoll, Kontaktmöglichkeiten und -strukturen zu erzeugen, in denen die von Einsamkeit bedrohten oder betroffenen Menschen eine helfende Rolle einnehmen und konkrete Ehrenämter zu vermitteln.

IV.2.4 Schulungen und Trainings

Linnemann beschreibt, wie man Menschen auf der Mikroebene, also im individuellen Kontext, erreichen und die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von Einsamkeitsgefühlen verringern kann. Es gehe hier um „Aktivitäten, die verhindern, daß (!) das Individuum unter Einsamkeit leidet.“ (Linnemann 1997: 94). Diese Maßnahmen sind also in Lehrs Kategorisierung als präventiv einzuordnen. Zu diesen Maßnahmen seien u.a. Trainings, Kurse und Schulungen zu zählen, durch die ältere Menschen ihre sozialen Fähigkeiten und ihre Möglichkeiten in Bezug auf Hobbies und andere Tätigkeiten verbessern sollen.

Durch solche Angebote sollen die Teilnehmenden auch ein Gefühl entwickeln, sich in ihrem Leben nicht nur auf eine Beziehung oder eine Beziehungsform, beispielsweise die Ehe, zu konzentrieren, was die Gefahr für Einsamkeitserleben mindere (vgl. Linnemann 1997: 94):

„Prävention kann sich auch auf die Bedeutung richten, die der einzelne der Qualität seiner sozialen Beziehungen beimißt (!). Wenn der Betroffene sich bewußt (!) wird, daß(!) er nicht alle Energie auf eine einzige Beziehung richten muß (!), sondern daß (!) andere Beziehung ebenfalls eine nützliche Funktion erfüllen können, verringert sich die Gefahr, unter Einsamkeit zu leiden, wenn dieser spezielle Kontakt mit dem Einen wegfällt.“ (Linnemann 1997: 95).

Hier wird neben der Entwicklung sozialer Fähigkeiten und der Erweiterung von Kontaktmöglichkeiten auch der Aspekt der inneren kognitiven Strukturen angesprochen. Dabei steht die Vergrößerung des sozialen Netzwerkes klar im Vordergrund.

IV.2.5 gemeinsame sportliche Aktivitäten

Recht neue Untersuchungen zeigen, dass gemeinsame koordinierte Aktivitäten wie Musizieren, Singen und Tanzen die Kooperation und den Gemeinschaftssinn stärken (vgl. Spitzer 2018: 212).

Eine Studie von Ehlers et al. aus dem Jahr 2017 untersucht die Zusammenhänge zwischen Gruppensport, Gehirnstrukturen und Einsamkeitsgefühlen:

„This is one of the first studies to examine interactions among psychosocial and neural predictors of loneliness in the context of an intervention. Similar to previous research, increases in social support due to participation in an exercise intervention directly predicted reductions in loneliness (McAuley et al., 2000) as well as indirectly through decreases in perceived stress.“ (Ehlers 2017: 9).

In Bezug auf Einsamkeitsinterventionen wird dort folgender Schluss gezogen:

„Exercise programs, regardless of exercise mode, may be effective vehicles for reducing loneliness in older adults.“ (Ehlers 2017:10).

IV.2.6 Aufklärung

Wie weiter oben in dieser Arbeit wurde bereits dargelegt wurde, ist Einsamkeit mit einem extremen Stigma behaftet, was die Auswirkungen verschlimmert und die Wahrscheinlichkeit der Behandlung verringert. Deshalb sollte ein wichtiges Ziel der Sozialen Arbeit sein, die Gesellschaft über Einsamkeit aufzuklären – v.a. darüber, dass sie jeden Menschen treffen kann, egal welchen Alters.

Dies könnte durch Werbekampagnen oder Zeitungsartikel geschehen – nur dürften die nicht wie bisher so stark auf ältere Menschen bezogen sein.

IV.2.7 psychotherapeutische Interventionen: sind am vielversprechendsten

Masi et al. bewerten die vier von ihnen gebildeten Interventionsgruppen hinsichtlich ihrer Effektivität. Dabei vergleichen sie die Daten der einbezogenen Studien und errechnen die statistischen Reduzierungseffekte jeder Gruppe. Als signifikant wirkungsvoll haben sich dabei lediglich Interventionen herausgestellt, die auf die Veränderung der kognitiven Strukturen und auf die soziale Unterstützung abzielen. Bei der Gruppe der Interventionen, die die soziale Unterstützung verbessern sollten, ergab sich ein Effekt von -0,162, d.h. die Einsamkeitsgefühle wurden im Mittel um 16,2% gesenkt. Den größten Effekt

erzielten laut ihrer Überprüfung die Interventionen, die auf die kognitiven Strukturen einwirken, allen voran die Verhaltenstherapie, mit einem Effekt von -0.598 (vgl. Masi et al. 2010: 18). Masi et al. bewerten die Ergebnisse abschließend folgendermaßen:

„Moderator analysis demonstrated that, among the randomized studies, interventions that addressed maladaptive social cognition had a larger mean effect size compared to interventions that addressed social support, social skills, and opportunities for social intervention (Masi et al. 2011: 23).

Sie setzen diese Interventionsgruppe in Verbindung mit modernen Entstehungstheorien zur Einsamkeit, die den Fokus eher auf psychologische Aspekte legen:

This result is consistent with our model of loneliness as regulatory loop (Cacioppo & Hawkley, 2009), in which lonely individuals have increased sensitivity to and surveillance for social threats, preferentially attend to negative social information (Cacioppo, Norris, Decety, Monteleone, & Nusbaum, 2009), remember more of the negative aspects of social events (Duck, Pond, & Leatham, 1994), hold more negative social expectations (Cacioppo & Hawkley, 2005), and are more likely to behave in ways that confirm their negative expectations. [...] Among the four intervention types, addressing maladaptive social cognition most directly addresses this regulatory loop. Therefore, our results shed light on the nature and mechanisms underlying loneliness and are consistent with the latest theories regarding this condition. [...] Results from this meta-analysis suggest that correcting maladaptive social cognition offers the best chance for reducing loneliness.“ (Masi et al. 2011: 23 f.).

Böger und Huxhold beziehen sich auf genau diese Ergebnisse von Masi et al. und betonen, dass der starke Effekt der Verhaltenstherapie eine logische Konsequenz sei in Anbetracht der Denkmuster, die einen wesentlichen Anteil an der Entstehung von Einsamkeit beitragen (vgl. Böger & Huxhold 2014: 14). Sie erklären weiter, dass Interventionen, die eher die äußeren sozialen Beziehungen in den Fokus setzen, erst dann Sinn machen würden, wenn die betroffenen Personen positivere Denkmuster entwickelt hätten:

„Maßnahmen zur Steigerung von Interaktionsmöglichkeiten und sozialer Unterstützung verringern vielleicht die objektive Isolation, nicht jedoch das subjektiv erlebte Beziehungsdefizit. Auch eine Person, die von vielen Menschen umgeben ist, kann einsam sein, wenn sie auf Grund feindseliger und misstrauischer Tendenzen vorrangig negative Interaktionen erlebt. Ähnlich verhält es sich bei einem Training sozialer Fähigkeiten. Eine sozial „talentierte“ Person, die weiß, wie man sich in einer Interaktion angemessen verhält, kann nach wie vor einsam sein, wenn sie aus Misstrauen und Angst den Kontakt zu Anderen vermeidet oder erlebte Interaktionen negativ bewertet.“ (Böger & Huxhold 2014: 14).

Wenn man dies berücksichtigt, erscheint es paradox, dass der Fokus bisher eher auf der objektiven Isolation liegt und so viele aktuelle Interventionen auf Erweiterung der Kontakte und soziale Unterstützung abzielen anstatt die offenbar wesentlich gewichtigeren psychologischen Risiko- und Schutzfaktoren in die Entwicklung von Handlungsmaßnahmen miteinzubeziehen.

Eine Form, die kognitiven Strukturen anzusprechen, ist die Psychotherapie. Sie soll im Folgenden hier mit Hinblick auf ihre Anwendbarkeit auf die Zielgruppe der älteren Menschen beleuchtet werden, die im Einsamkeitsdiskurs stets die meistbeachtete Gruppe darstellen.

Psychotherapie im Alter

„Die stereotype Zuschreibung eines Objektstatus und die Fokussierung auf Körperlichkeit tragen dazu bei, dass aber Psychotherapie bei sehr alten Menschen in der Regel nicht in Erwägung gezogen wird.“ (Kessler 2014: 145)

Auch Pinquart beschreibt die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Menschen über 65 Lebensjahren als verschwindend gering und weist in diesem Zusammenhang auf einen Widerspruch hin, denn ca. 25 Prozent der Menschen in dieser Altersgruppe seien psychisch erkrankt (vgl. Pinquart 2012: 350).

Im Zitat oben wird bereits ein möglicher Grund für diese Diskrepanz genannt: bei alten Menschen stehe der körperliche Aspekt der Gesundheit im Vordergrund - so definierten die älteren Menschen auch selbst ihre Probleme oft als physisch. Zudem kämen Vorbehalte gegenüber psychotherapeutischen Interventionen in dieser Altersgruppe gehäuft vor und eine psychische Erkrankung werde mit „verrückt sein“ gleichgesetzt. Mobilitätseinschränkungen der älteren Menschen sowie negative defizitorientierte Altersstereotype seitens der Therapierenden

fürten ebenfalls zu einer Nichtbehandlung von älteren Menschen (vgl. Pinquart 2012: 350). Dabei seien insbesondere bei den behavioralen Therapien positive Effekte in der Behandlung von Depressionen älterer Menschen zu verzeichnen (vgl. Pinquart 2012: 351). Dass die Behandlung von Depressionen zur Verringerung von Einsamkeitsgefühlen beitragen könnte, wird deutlich, wenn man die in der Forschung wahrgenommene Wechselwirkung zwischen den beiden Phänomenen betrachtet, wie sie im Kapitel II beschrieben wurde.

Auch Kessler schätzt die Psychotherapie als eine notwendige und sinnvolle Maßnahme für ältere - sie schreibt sogar von „sehr alten“ - Menschen ein:

„Menschen im sehr hohen Lebensalter sind in besonderem Maße von gesellschaftlich-kulturellen Ressourcen, zu denen auch Psychotherapie im Falle einer psychischen Störung zählt, angewiesen. [...] Aus lebensspannenpsychologischen Theorien und Befunden möchte ich schlussfolgern, dass therapeutischer Nihilismus in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung sehr alter Menschen unbegründet ist. Bei gleichzeitiger enormer Heterogenität der Lebenslagen und Ressourcen Hochaltriger und komplexer psychischer Symptomatik lässt sich vor dem Hintergrund meiner Überlegungen eine Konzeption der psychotherapeutischen Behandlung sehr alter Patienten herausarbeiten. Es gilt, diese Patienten primär auf dem Weg des Wohlbefindens zu begleiten und sie sekundär auf dem Weg des Wachstums und der Persönlichkeitsreifung zu unterstützen.“ (Kessler 2014: 158 f.)

Um ältere Menschen fester und erfolgreich in die psychotherapeutische Versorgung zu integrieren, müssten einige Anpassungen vorgenommen werden:

„Wenn ein solcher Ansatz weiter in der klinischen Arbeit und Forschung Evidenz erfahren würde, dann wäre damit auch ein therapeutischer Rahmen aufgemacht, der eine Alternative bietet zu Ansätzen, die in der Akzeptanz von Verlust, Hilflosigkeit und Abhängigkeit die übergeordnete therapeutische Zielsetzung sehen. Es stellt sich damit letztlich auch die Frage, inwiefern ein solcher Behandlungsansatz mit einer grundlegenden Neufassung der Therapeutenrolle verbunden ist.“ (Kessler 2014: 159).

Pinquart konstatiert ebenfalls einen gerontologischen Anpassungsbedarf der Psychotherapie und sieht einen Bedarf an der Orientierung an altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und Stressoren sowie an der Verbesserung der Kooperation

von stationären Einrichtungen, allgemeinmedizinisch und psychotherapeutisch behandelnden Institutionen (vgl. Pinquart 21012: 353).

Trotz aller Herausforderungen und Anpassungsbedarfe zieht Pinquart den Schluss: „Psychotherapie mit älteren Menschen lohnt sich.“ (Pinquart 2012: 353).

IV.3 Ein Beispiel: Verein „Freunde alter Menschen gegen Einsamkeit“

Der 1991 gegründete Berliner Verein „Freunde alter Menschen e.V.“ hat es sich zum Ziel gemacht „Einsamkeit und Isolation im Alter zu bekämpfen“ (Pawletko 2014: 17). Es gibt bisher in Deutschland nur sehr wenige Vereine, die sich explizit dem Thema Einsamkeit widmen – der „Verein Freunde alter Menschen“ soll hier exemplarisch vorgestellt werden.

Es gibt bereits Treffpunkte und Projekte des Vereins in verschiedenen Berliner Stadtteilen, z.B. Reinickendorf (vgl. Pawletko 2014: 20).

Der Verein soll hier dahingehend betrachtet werden, welche Aspekte aus den Ausführungen in dieser Arbeit sich wiederfinden lassen. Setzen die Aktivitäten des Vereins an Schutzfaktoren an und wie sind sie unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Masi et al. auf ihre Effektivität hin zu bewerten? Richten die Interventionen sich wirklich gegen Einsamkeit oder eher gegen den Aspekt der Isolation?

Die Zielgruppe des Vereins ist bereits im Namen ersichtlich: „alte Menschen“. Der Vereinsvorsitz Klaus Pawletko führt genauer aus, dass mit den Aktivitäten alte Menschen in den verschiedensten Lebenssituationen erreicht werden sollen: ältere Menschen, die noch in ihrer eigenen Wohnung, in Alteneinrichtungen oder in Demenz-WG's leben (vgl. Pawletko 2014: 17).

„Verein Freunde alter Menschen e.V.“ übernimmt „vielfältige Aufgaben“, um Einsamkeit zu reduzieren – eine Hauptaktivität ist die Vermittlung und Koordination von Besuchspartnerschaften (vgl. Pawletko 2014: 17). Hierbei sollen jeweils eine ältere und eine junge Person miteinander bekannt gemacht werden und die ersten zwei Treffen werden von einer Koordinatorin begleitet. Erst nach diesen ersten Treffen werde eine Entscheidung getroffen, ob beide Personen sich miteinander wohlfühlen und ob die Partnerschaft weitergeführt werden soll (vgl. Pawletko 2014: 17). Wird die Besuchspartnerschaft angenommen und gemeinsam geführt, finden regelmäßige Befragungen durch die Koordinatorin statt, um den „Stand der Beziehung“ zu ermitteln und – falls nötig – Probleme zu besprechen

(vgl. Pawletko 2014: 17).

Eine solche Besuchspartnerschaft soll aus Sicht des Vereines bestimmte Qualitäten erfüllen: Grundsätzlich solle eine „Begegnung auf Augenhöhe“ ermöglicht werden, in dem die alten Menschen nicht einfach Hilfe in Form von Besuch empfangen, sondern es solle sich ein Austausch entwickeln, in dem das Verhältnis zwischen „Geben und Nehmen“ ausgeglichen ist (vgl. Pawletko 2014: 17). Dies werde u.a. dadurch erreicht, dass die Besuche auf Freiwilligkeit und „Freude“ basieren, nicht auf Bezahlung. Laut Pawletko dauere die Beziehung dann im Idealfall bis zum Lebensende einer Person an und sie entwickelten sich in dieser Zeit jeweils zu einem „relevanten Anderen“ füreinander (vgl. Pawletko 2014: 18). Verlässlichkeit und Kontinuität sowie Intimität und Exklusivität sollten die Beziehung prägen, weshalb die Partnerschaften im Vorfeld sehr gewissenhaft auf einem detaillierten Fragebogen basierend vermittelt würden. So steige die Chance, dass die vermittelten Personen zwischenmenschlich gut harmonieren (vgl. Pawletko 2014: 18).

Andere Aktivitäten des Vereines sind generationenübergreifende Aktionen, z.B. Kochabende und verschiedene Festlichkeiten, die in den Räumlichkeiten des Trägers stattfinden. Hier haben sowohl die älteren als auch die jüngeren Menschen Gelegenheit, neue Bekanntschaften zu machen. Es werde für solche Veranstaltungen auch ein privater Transportdienst angeboten, sodass Menschen mit eingeschränkter Mobilität dennoch teilnehmen können (vgl. Pawletko 2014: 18).

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit von „Verein Freunde alter Menschen e.V.“ ist die Unterstützung für ältere Menschen, in ihrer eigenen Wohnung leben bleiben zu können und sich so Autonomie zu bewahren. Da das selbstbestimmte Leben in den eigenen vier Wänden im höheren Alter eine immer höhere Herausforderung darstelle, seien einige Hilfen nötig:

„Nachbarschaftliche und familiäre Hilfeleistungen in Kombination mit einem verlässlichen professionellen Hintergrundsystem sind die tragenden Säulen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter.“ (Pawletko 2014: 18 f.)

Damit alte Menschen solche Hilfeleistungen erhalten, sei es nötig, Nachbarschaftsstrukturen zu etablieren, auszubauen und zu stärken.

Ein besonders interessanter Aspekt des Berliner Vereins ist das „Frühwarnsystem“: In den Wohnungsbeständen der Genossenschaften arbeiten festangestellte Hauswarte, die die dort wohnenden Menschen oft bereits lange kennen und dafür sensibilisiert werden, zu erkennen, wenn Personen aus der Hausgemeinschaft sich isolieren. Oftmals seien diese Personen zu scheu, um selbst um Hilfe zu bitten, beispielsweise um den Transportdienst.

Der Verein erfreue sich über eine immer weiter wachsende Zahl an Mitwirkenden, insbesondere an jüngeren Menschen (vgl. Pawletko 2014: 20).

Einschätzung der Vereinsaktivitäten

Im Konzept der Besuchspartnerschaften lassen sich sinnvolle Punkte im Sinne von Masi et al.'s Ausführungen ausmachen – insbesondere die erhoffte Beziehungsqualität und das angestrebte Arrangement auf Augenhöhe, in dem die ältere Person nicht bloß passiv und Hilfe empfangend sein soll, setzen an Schutzfaktoren an und haben so das Potential, bestehende Einsamkeitsgefühle tatsächlich zu mindern.

Die generationenübergreifenden Aktionen haben das Ziel, Kontaktmöglichkeiten zu erweitern und wirken so eher sozialer Isolation entgegen als subjektiven Einsamkeitsgefühlen. In Bezug auf Einsamkeit könnten diese Aktivitäten als Prävention wirken – leidet ein Mensch jedoch bereits an Einsamkeit, haben sich diese Interventionen in der Untersuchung von Masi et al. als nicht wirksam herausgestellt.

Gleiches gilt für die strukturellen Interventionen des Vereins, die sich auf die Nachbarschaft und die dortigen Hilfestrukturen beziehen. Sie setzen an objektiver Isolation an, ermöglichen neue Bekanntschaften und können eine präventive Maßnahme gegen Einsamkeitsgefühle sein. Ein an Einsamkeit leidender Mensch wird durch eine solche Intervention allerdings sehr wahrscheinlich nicht seine negativen Denkmuster und Einstellung zu sozialen Beziehungen verändern.

Der Verein möchte außerdem Menschen davor bewahren, in ein Heim ziehen zu müssen und so Einsamkeit verhindern. In den vorhergegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass das Leben im Heim kein eigenständiger Grund für Einsamkeitsgefühle ist, sondern oft mit anderen Einsamkeit auslösenden Faktoren einhergeht. Die Vermeidung eines Umzuges in ein Heim stellt deshalb noch nicht automatisch eine erfolversprechende Einsamkeitsintervention dar.

Das sogenannte „Frühwarnsystem“, das der Verein über die Mitarbeitenden in den Wohnhäusern nutzt, ist ein sinnvoller Aspekt, um Einsamkeit zu enttabuisieren und ihr auf diesem Wege entgegenzuwirken.

Grundsätzlich sollte sich ein Verein, der sich zum Ziel setzt, Einsamkeit zu bekämpfen, nicht nur auf ältere Menschen konzentrieren. Wie auch in den vorherigen Kapiteln herausgearbeitet wurde, leiden nicht nur ältere Menschen an Einsamkeitsgefühlen. Dass in der Konzeption von „Verein Freunde alter Menschen e.V.“ bereits die Verknüpfung Alter und Einsamkeit so offensichtlich gemacht wird, vertieft die Vorurteile über Einsamkeit, die in der Öffentlichkeit vorherrschen.

IV.4 Zusammenfassung: Was hilft gegen Einsamkeit?

Entsprechend der Vielfalt der Ursachen von Einsamkeit gibt es auch eine Vielfalt an Schutzfaktoren und Interventionen gegen dieses Phänomen. Es ist wichtig, dass jeder individuellen Lage von Einsamkeit mit einer geeigneten Intervention begegnet wird, um effektiv zu helfen (Holt-Lunstad: 234).

Viele der beschriebenen Maßnahmen, wie die etablierten „Seniorentreffs“ und Nachbarschaftsinitiativen, sollen neue Kontakte ermöglichen sowie soziale Unterstützung gewährleisten. Die Ergebnisse von Masi et al. haben jedoch gezeigt, dass die effektivsten Interventionen die sind, die darauf abzielen, die kognitiven Strukturen und Denkmuster der Menschen zu verändern. Maßnahmen, die in diese Kategorie fallen, ließen sich wenige in der Literatur finden. Lediglich die von Linnemann beschriebenen Schulungen und Trainings zur Vorbereitung auf die Altersphase ließen neben anderen auch einen solchen Aspekt erkennen.

Die Betrachtung der Tätigkeiten des Vereins „Freunde alter Menschen e.V.“ ergab, dass hier auch an dem Aspekt der Beziehungsqualität angesetzt wird, was sich in der Literatur ebenfalls als sinnvoll darstellt.

Aktuell scheint der wissenschaftliche Diskurs in Bezug auf Einsamkeitsgefühle eher von der Pathogenese geprägt zu sein als von der Salutogenese, da die meisten Interventionen am objektiven Risikofaktor der Isolation ansetzen und diesen reduzieren wollen. Die Erarbeitung und Entwicklung effektiver Maßnahmen, die stärker die internen Schutzfaktoren in den Blick nehmen und diese fördern, bleibt ein wichtiges Ziel für Forschung und Praxis. Es wurde formuliert, dass Interventionen, die an den äußeren Risikofaktoren anknüpfen, erst dann Sinn

machen, wenn auch die innere Haltung und die Denkmuster positiv auf das eigene Selbst und die Umwelt gerichtet sind.

Die Psychotherapie wurde gesondert betrachtet und als eine sinnvolle Maßnahme gegen Einsamkeitsgefühle vorgestellt. Dabei wurde klar, dass ältere Menschen sehr selten in psychotherapeutischer Behandlung sind, obwohl Psychotherapie auch im hohen Lebensalter erfolgreich sein kann. Eine daraus resultierende Aufgabe der Sozialen Arbeit ist die zielgerichtete Vernetzung bereits von Einsamkeit betroffener Menschen in psychotherapeutische Hilfestrukturen.

In Hinblick auf Aufklärung über das Thema Einsamkeit liegt ebenfalls noch immer ein großer Bedarf vor: Vereine wie Freunde alter Menschen e.V. rücken das Thema zwar in die Öffentlichkeit, schüren jedoch gleichzeitig auch Vorurteile, weil nur ältere Menschen im Fokus stehen. Diesem Vorurteil gilt es grundsätzlich entgegenzuwirken:

„In any case, the metaanalytic data, taken together with evidence for detrimental influences across the life span, suggest that future research (and possibly interventions) should expand beyond older adults.“ (Holt-Lunstad et al. 2015: 235).

Schluss

- Zusammenfassung und Ausblick -

Diese Arbeit ließ erkennen, wie elementar das Erleben von Einsamkeit ist und wie weitreichend die Folgen für einen Menschen sein können. Deshalb schlagen Tesch-Römer et al. vor, Einsamkeit als Faktor für Wohlbefinden und Lebensqualität, „livability“ zu gebrauchen (vgl. Tesch-Römer 2014: 20).

Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Forschungsfragen

Einsamkeit erschien als klar definierter, jedoch im Alltagsverständnis und öffentlichen Diskurs oft fälschlich verwendeter Begriff. In der Forschung erscheint die theoretische Trennung der Begriffe Einsamkeit und Isolation elementar, um den verschiedenen Problemlagen gerecht zu werden und sinnvolle Zustandsbeschreibungen, Theorien und Interventionen in Bezug auf Einsamkeit zu formulieren.

Die gesundheitlichen Konsequenzen von Einsamkeit haben sich als vielfältig und weitreichend dargestellt – sie beeinflusst erheblich den seelischen, kognitiven und körperlichen Zustand eines Menschen.

Die Entstehungs- und Risikofaktoren für Einsamkeitserleben werden in der Forschung schon lange untersucht, seit kurzer Zeit kann ein Umdenken wahrgenommen werden: es stehen in aktuelleren Quellen eher subjektive Faktoren wie negative Denkmuster und das Selbstkonzept im Fokus als objektive Faktoren wie die Netzwerkgröße und Wohnsituation.

Dieser Paradigmenwechsel schließt auch die Loslösung von der Vorstellung ein, dass Einsamkeit ein Altersproblem ist: Es gibt keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und einem erhöhten Einsamkeitsrisiko. In Bezug auf diesen Faktor gibt es sich widersprechende Ergebnisse, was auch auf unterschiedliche Untersuchungsdesigns und auf eine unterschiedliche Auswahl der untersuchten Altersgruppe zurückzuführen ist, wobei es insgesamt an Langzeituntersuchungen fehlt.

Die in der Literatur konkret beschriebenen Interventionen sind zum Großteil auf objektive Aspekte gerichtet und wie schon in Bezug auf die Risikofaktoren lässt sich hier ein Umdenken beobachten: Neuere Maßnahmen stellen eine gute Beziehungsqualität in den Vordergrund anstelle der bloßen Vermehrung von

Kontakten oder sozialer Unterstützung. Letztere haben einen Effekt auf Isolation, jedoch nicht auf subjektive Einsamkeit.

In den Untersuchungen hat sich die Psychotherapie als eine der vielversprechendsten Interventionen herausgestellt, wobei große Diskrepanzen in Bezug auf den Bedarf und die tatsächliche Versorgung von älteren Menschen erschienen.

Weiterer Forschungsbedarf

Soziale Arbeit sollte dazu beitragen, das Wissen um die Auswirkungen und Ursachen von Einsamkeit weiter zu verbreiten und auszubauen. So kann künftige Forschung hoffentlich dazu beitragen, dass schmerzhaft erlebte Einsamkeitserlebnisse für möglichst viele Menschen nur eine vorübergehende Erfahrung bleiben. Dabei gibt es in allen Bereichen, die in den drei Hauptkapiteln dieser Arbeit behandelt wurden, viel Forschungsbedarf.

Dringend weiter zu erforschen sind aus Sicht dieser Arbeit die Wechselbeziehungen zwischen Einsamkeit und den verschiedenen psychischen Erkrankungen, die mit ihr in Verbindung stehen, weitere innere, also psychische, Entstehungsfaktoren und -zusammenhänge, sowie darauf aufbauende Interventionen.

Damit vergleichbare und gewinnbringende Ergebnisse hinsichtlich der Verteilung von Einsamkeit in der Bevölkerung gemacht werden können, sollten einheitliche Methoden und Maßstäbe entwickelt werden: „The field of loneliness research would benefit from work that helps to establish a standard threshold that defines loneliness for different measures“ (Hawkley & Kocherginsky 2015: 383).

Eine wichtige Aufgabe der Einsamkeitsforschung ist die Loslösung von der Gruppe der älteren Menschen und die Zuwendung hin zu allen Altersgruppen. Da alle Menschen von Einsamkeit betroffen werden können und das Lebensalter sich als nicht entscheidend herausgestellt hat, müssen die Perspektiven erweitert und der Forschungsblick geöffnet werden.

Aufgaben für die Soziale Arbeit

Um Einsamkeit und ihren negativen Konsequenzen entgegenzuwirken, muss die Soziale Arbeit die Interventionslandschaft weiter sinnvoll gestalten. Dazu gehört,

dass bereits bestehende, eher an Isolation anknüpfende Maßnahmen weiter gepflegt und beibehalten werden. Sinnvoll wäre außerdem, neue Interventionen, die psychologische Aspekte einbeziehen, zu entwickeln und zu etablieren.

Soziale Arbeit sollte ihren Auftrag als Vernetzungs- und Vermittlungsinstanz wahrnehmen und Menschen, die von Einsamkeit betroffen sind, auch in sinnvolle psychotherapeutische Behandlungen begleiten und die Kontakte hierfür herstellen. Dies sollte die Profession insbesondere vermehrt für ältere Menschen tun, da sie bisher von solchen Maßnahmen nahezu ausgeschlossen sind. Ein professionelles Selbstverständnis von Sozialer Arbeit verlangt dies.

Kampagnen wie die eingangs beschriebene DAK-Kampagne leistet in jedem Fall einen Beitrag, dass Einsamkeit von der Öffentlichkeit eher wahrgenommen wird – es werden allerdings gleichzeitig ältere Menschen als einsam stigmatisiert. Nicht zuletzt drängt sich deshalb für die Soziale Arbeit die Aufgabe auf, das Thema Einsamkeit in der Öffentlichkeit zu thematisieren. Dabei sollte sie bestehende Vorurteile, wie die überbetonte Verbindung zum Alter und eine unterstellte Selbstverschuldung, möglichst abbauen und zu einem Diskurs beitragen, der mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen in Einklang steht. So könnte der Tabuisierung und der mit Einsamkeit einhergehenden Scham entgegengewirkt werden.

Auf diesen Wegen kann Soziale Arbeit ihren Beitrag leisten, mit dem Thema sinnvoll umzugehen. Die Einschätzung Pawletkos, der einen generellen Anstieg des gesellschaftlichen Interesses an der Gruppe der Älteren wahrnimmt, macht Hoffnung, dass diese Wege von der Sozialen Arbeit und anderen Disziplinen begangen werden und die Themen Einsamkeit und Alter sinnvoll behandelt werden können: „Offensichtlich scheint die Idee, einen alten Menschen als alten Freund zu gewinnen, auf fruchtbaren Boden zu fallen!“ (Pawletko 2014: 20).

QUELLENVERZEICHNIS

Akerlind, Ingemar & Hornquist, Jan Olof 1992: *Loneliness and Alcohol Abuse: A Review of Evidences of an interplay.* In: Social Science & Medicine 34, Heft 4, S. 405-414.

Antonovsky, Aron 1997: *Salutogenese zur Entmystifizierung der Gesellschaft.* In: Franke, Alexa (Hrsg.): Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36. Tübingen: DGVT-Verlag.

Ärzte Zeitung 2017: *Süchtige Senioren. Alkohol gegen Einsamkeit.*
<https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/954715/suechtige-senioren-alkohol-einsamkeit.html> 2019-01-31.

Aust, Michael 2016: *Interview mit Maike Luhmann: Warum fühlen sich viele mit Anfang 30 allein?* <<https://www.ksta.de/ratgeber/gesundheit/interview-warum-fuehlen-sich-viele-mit-anfang-30-allein--24293544>> 2018-22-12.

Backes, Gertrud M. & Clemens, Wolfgang 2013: *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung.* 1. Aufl., Weinheim & München: Juventa-Verlag.

BAGSO 2018: *Ausschreibung: Einsam? Zweisam? Gemeinsam! Der Wettbewerb für Initiativen gegen Einsamkeit im Alter.*
<http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Projekte/Wettbewerb_Einsamkeit/barrrierefrei_ausschreibung_BAGSO_wettbewerb_einsamkeit_08102018.pdf> 2019-01-31.

de Beauvoir, Simone 2000: *Das Alter.* Neuauflage, Hamburg: Rowohlt Verlag.

Beller, Johannes & Wagner, Adina 2018: *Disentangling Loneliness: Differential Effects of Subjective Loneliness, Network Quality, Network Size, and Living Alone on Physical, Mental, and Cognitive Health.* In: Journal of Aging and Health 30, Heft 4, 521-539.

Bojack, Barbara 2003: *Depressionen im Alter: Ein Ratgeber für Angehörige.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Böger, Anne & Huxhold, Oliver 2014: Ursachen, Mechanismen und Konsequenzen von Einsamkeit im Alter: Eine Literaturübersicht. In: DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (Hrsg.) 2014: *Einsamkeit im Alter - im*

Themenspektrum von Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement. Heft 01, 41. Jahrgang. Berlin: Fatamorgana Verlag, S. 9-14.

Börsch-Supan, Axel 2011: *Ökonomische Auswirkungen des demografischen Wandels*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2011: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Demografischer Wandel*. Beilage zur Wochenzeitung 'Das Parlament'. Heft 11, S. 19-25.

Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2017: *Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag.

Bundeszentrale für Politische Bildung 2011: *Soziale Auswirkungen der demografischen Entwicklung*. <<http://www.bpb.de/izpb/55920/soziale-auswirkungen-der-demografischen-entwicklung?p=all>> 2018-23-10.

Bundeszentrale für politische Bildung 2011: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Demografischer Wandel*. Beilage zur Wochenzeitung 'Das Parlament'. Heft 11.

Bundeszentrale für Politische Bildung 2012: *Fakten zum demografischen Wandel*. <<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/147368/themengrafik-demografischer-wandel>> 2018-12-23.

Cacioppo, John T. & Hawkey, Louise C. 2010a: *Perceived social isolation makes me sad: Five year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study*. In: *Psychology and Aging* 25, S. 453-463.

Cacioppo, John T. et al. 2010b: *Loneliness matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms*. In: *Annals of Behavioral Medicine* 40, S. 218-227.

Cacioppo, John T. & Cacioppo, Stephanie 2014: *Toward a neurology of loneliness*. In: *Psychological Bulletin* 140, Heft 6, S. 1464-1504.

Cacioppo, John T. & Hawkey, Louise C. 2006: *Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses*. In: *Psychology and Aging* 25, S. 140-151.

Coyle, Caitlin E. & Dougan, Elizabeth 2012: *Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults*. In: *Journal of Aging and Health* 24, Heft 8, S. 1346-1363.

DAK 2018: *Gesundes Miteinander.* <<https://gesundemiteinander.de/category/einsamkeit-ueberwinden/>> 2018-12-29.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) 2016a: *als Diskussionspapier von der Bundesdelegiertenversammlung am 11. September 2016 in Berlin verabschiedet: Soziale Arbeit für und mit alten Menschen.* <https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/21061017_Diskussionspapier_Alter_und_Soziale_Arbeit_Endfassung.pdf> 2018-10-23.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) 2016b: *Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH.* <https://www.dbsh.de/fileadmin/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf> 2019-02-01.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2018: *Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber.* 6. Auflage, Berlin: Meta Druck.

Donovan, Nancy J. et al. 2017: *Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. Adults.* In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 32, Heft 5, S. 564-573.

DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) 2014: *Einsamkeit im Alter - im Themenspektrum von Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement.* Heft 01, 41. Jahrgang. Berlin: Fatamorgana Verlag.

Ehlers, Diane; et al. 2017: *Regional Brain Volume Moderates, but Do Not Mediate, the Effects of Group-Based Exercise Training on Reductions in Loneliness in Older Adults.* In: *Frontiers in Aging Neuroscience*, Vol. 9, April 2017. <doi: 10.3389/fnagi.2017.00110> 2019-01-12.

Erlmeier, Norbert 2002: *Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe.* 2. Aufl, Münster: Waxmann Verlag.

Gunzelmann, Thomas et al. 2015: *Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit bei Älteren.* In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 62, S. 366-376.

Griffin, Sarah; Mezuk, Briana; Williams, Allison Baylor; Perrin, Paul & Rybarczyk, Bruce 2018: *Isolation, Not Loneliness or Cynical Hostility, Predicts Cognitive Decline in Older Americans.* In: *Journal of Aging & Health*, S. 1-18.

Hautzinger, Martin & Welz, Sabine 2008: *Kurz- und langfristige Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter.* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 37, 52-60.

Hautzinger, Martin 2000: *Depression im Alter.* Weinheim: Beltz/PVU.

Hawkey, Louise C. & Kocherginsky, Masha 2018: *Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project.* In: Research on Aging 40, Heft 4, S. 365-387.

Heylen, Leen 2010: *The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age.* In: Ageing & Society 30, S. 1177-1196.

Holt-Lunstad, Julianne; Smith, Timothy B. & Layton, J. Bradley 2010: *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review.* In: PLoS Medicine, Juli 2010, Heft 7. (doi:10.1371/ journal.pmed.1000316, Zugriff: 22.12.2018)

Holt-Lunstad, Julianne et al. 2015: *Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review.* In: Perspectives on Psychological Science, Heft 10(2), S. 227 -237.

Holwerda, Jan Tjalling; Deeg, Dorly; Beekman, Aartjan; van Tilburg, Theo; Stek, Max; Jonker, Cees & Schoevers, Robert 2014: *Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL).* In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 85, S. 135-142.

Hughes, Mary Elizabeth; Waite, Lina J.; Cacioppo, John T.; Hawkey, Louise C. 2004: *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys Results From Two Population-Based Studies.* In: Research on Aging. February 2004, S. 655-672. <DOI: 10.1177/0164027504268574> 2018-12-06.

Hurrelmann, Klaus & Richter, Matthias 2013: *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung.* 8. Auflage, Weinheim und Basel: Juventa Verlag.

Kar-Purkayastha, Ishani 2010: *epidemic of loneliness.* <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62190-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62190-3/fulltext)> 2019-01-31.

Keck, Martin 2017: *Depression. Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt ? Was ist der Zusammenhang mit Stress ? Patientenbroschüre.* Glattbrugg: Lundbeck (Schweiz) AG.

Kessler, Eva-Marie 2014: *Psychotherapie mit sehr alten Menschen. Überlegungen aus Sicht der Lebensspannenpsychologie.* In: Psychotherapie im Alter, Heft 2. Jahrgang 11. S. 145-161.

KISS.Hamburg 2018: „Trendthema“ *Einsamkeit?* (<https://www.kiss-hh.de/aktuelles/details/artikel/trendthema-einsamkeit.html>, Zugriff: 23.10.2018)

Kuzma, Elbieta et al. 2012: *Prävention psychischer Krankheiten im Alter.* Stuttgart: Kohlhammer. In: Wahl, Hans-Werner, Tesch-Römer, Clemens & Ziegelmann, Jochen-Philipp (Hrsg.) 2012: *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Lehr, Ursula 1979: *Interventionsgerontologie.* Praxis der Sozialpsychologie. Darmstadt: Dietrich Steinkopff Verlag.

Linnemann, Marco et al. 1997: *Einsamkeit bewältigen. Eine Lern- und Praxisanleitung für die Altenhilfe.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Masi, Cristopher M., Chen, Hsi-Yuan, Hawkey, Louise C. & Cacioppo, John T. 2010: *A meta-analysis of interventions to reduce loneliness.* In: Personality and Social Psychology Review. <doi: 10.1177/1088868310377394.> 2018-11.01.

Meyer & Mayorova 2014: *Kognitive Reserve: Lernen im Alter.* In: Wirtschaftspsychologie aktuell. Heft 3. <www.wirtschaftspsychologie-aktuell.de>. 2019-01-25.

Ong, Anthony D., Uchino, Bert N. & Wethington, Elaine 2016: *Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis.* In: Gerontology 62, S. 443-449.

Oswald, F. & Konopik, N. 2015: *Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter.* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5, 2015, S. 401-407.

Pawletko, Klaus -W. 2014: *Gegen Einsamkeit und Isolation im Alter: Portät über den Berliner Verein Freunde alter Menschen.* In: DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (Hrsg.) 2014: *Einsamkeit im Alter - im Themenspektrum von Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement.* Heft 01, 41. Jahrgang. Berlin: Fatamorgana Verlag, S. 17-20.

Petrich, Dorothea 2011: *Einsamkeit im Alter. Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit allein lebenden alten Menschen in unserer*

Gesellschaft. In: Jenaer Schriften zur Sozialwissenschaft Jahrgang 4. Band 6. Jena: Fachhochschule Jena. University of Applied Sciences Jena, Fachbereich Soziale Arbeit.

Pinquart, Martin 2012: *Wirkung von Psychotherapie im Alter*. In: Wahl, Hans-Werner, Tesch-Römer, Clemens & Ziegelmann, Jochen-Philipp (Hrsg.) 2012: *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 349-354.

Pinquart, Martin & Sörensen, Silvia 2001: *Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis*. In: *Basic and Applied social Psychology*, 23(4), 245-266.

Richard, Alina et al. 2018: *Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey*. In: *PLOS One*.
<<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181442>> 2018-11-22.

Rosenmayr, Leopold & Hilde 1978: *Der alte Mensch in der Gesellschaft*. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Schimke, Magdalena M. & Lepperdinger, Günter 2018: *Gesund Altern. Einblicke und Ausblicke zum Thema „Alt werden und gesund bleiben“*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Schrank, Stefan 2007: *Gesund älter werden. Ein präventives Beratungskonzept für ältere Menschen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Schwab, Reinhold 1997: *Einsamkeit. Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention*. 1. Aufl., Bern: Hans Huber Verlag.

Schwentker, Björn & Vaupel, James D. 2011: Eine neue Kultur des Wandels. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2011: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Demografischer Wandel. Beilage zur Wochenzeitung 'Das Parlament'*. Heft 11, S. 3-10.

Soyke, Michael & Kufner, Heinrich 2008: *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag.

Spitzer, Manfred 2018: *Einsamkeit. Die unerkannte Krankheit*. München: Droemer Verlag.

Stanjek, Karl 2005: *Sozialwissenschaften*. 3. Aufl., München: Elsevier Verlag.

Stanjek, Karl 2005: *Soziologie – In sozialen Beziehungen leben*. In: Stanjek, Karl: Sozialwissenschaften. 3. Aufl. München: Elsevier Verlag, S. 125-230.

Statistisches Bundesamt 2015: *13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung* <<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?blob=publicationFile>> 2018-10-23.

Statistisches Bundesamt 2015: *Suizide nach Altersgruppen*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle_Suizid_ErwachseneKinder.html> 2018-11-25.

Statistisches Bundesamt 2018: *Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060 (in Jahren)*. <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt-in-deutschland-nach-geschlecht/>> 2018-12-22.

Stern.de 2018: *Suizid im Alter. Warum bringen vor allem Ältere sich um?* <<https://www.stern.de/gesundheits/suizid-im-alter---warum-bringen-sich-vor-allem-aeltere-um--6452916.html>> 2018-11-25.

Der Tagesspiegel 2018: *Soziale Isolation. Die Einsamkeit breitet sich in Deutschland aus wie eine Epidemie*. <<https://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/soziale-isolation-die-einsamkeit-breitet-sich-in-deutschland-aus-wie-eine-epidemie/21035520.html>> 2018-12-22.

Tesch-Römer, Clemens 2012: *Einsamkeit*. In: Wahl, Hans-Werner, Tesch-Römer, Clemens & Ziegelmann, Jochen-Philipp (Hrsg.) 2012: *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 435-440.

Tesch-Römer, Clemens et al. 2014: *Einsamkeit-Trends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS)*. In: DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (Hrsg.) 2014: *Einsamkeit im Alter - im Themenspektrum von Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement*. Heft 01, 41. Jahrgang. Berlin: Fatamorgana Verlag, S. 3-8.

Thiele, Giesela 2001: *Soziale Arbeit mit alten Menschen. Handlungsorientiertes Grundwissen für Studium und Praxis*. 1. Aufl. Köln: Fortis Verlag.

United Nations Organization (UNO) 2013: *Menschenrechte im Alter: Problematik.* <<https://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-themen/alter/problematik/>>. 2018-12-22.

Valtorta, Nicole K. et al. 2016: *Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies.* <<https://heart.bmj.com/content/102/13/1009>> 2018-12-09.

Voges, Wolfgang 2008: *Soziologie des höheren Lebensalters. Eine Einführung in die Alterssoziologie und Altenhilfe.* 3. korrigierte Aufl, Augsburg: Maro-Verlag.

Wagner, Michael; Lang, Frieder R & Schütze, Yvonne 1996: *Soziale Beziehungen alter Menschen.* In: Mayer, Karl-Ulrich & Baltes, Paul B. (Hrsg.) 1996: Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Berlin: Akademie Verlag GmbH, S. 301-319.

Wagner, Michael; Lang, Frieder R & Schütze, Yvonne 2010: *Soziale Beziehungen alter Menschen.* In: Lindenberger, Ulman.; Mayer, Karl-Ulrich; Smith, Jacqui. & Baltes, Paul B. (Hrsg.) 2010: Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, 3. erweiterte Aufl.. Berlin: Akademie Verlag GmbH, S. 325-344.

Wahl, Hans-Werner, Tesch-Römer, Clemens & Ziegelmann, Jochen-Philipp 2012: *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Wenger, Clare et al.. 1996. *Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement.* In: Ageing and Society, Heft 16, S. 333–358.

Weiss, Robert 1973: *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge: The MIT Press.

Weyerer, Siegfried & Bickel, Horst 2007: *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter.* Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organization (WHO) 2018: *Constitution of the World Health Organization.* <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>,> 2018-12-09.

World Health Organization (WHO) 2002: *Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Ein Beitrag der Weltgesundheitsorganisation*

(World Health Organisation) für die Zweite UN-Weltversammlung zu Altersfragen. Madrid, Spanien.

World Health Organization (WHO) 2016: *Zusammenfassung. Weltbericht über Altern und Gesundheit.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_ger.pdf?sequence=20>. 2019-01-31.

Wilson, Robert S. et al. 2007: *Loneliness and Risk of Alzheimer Disease.* In: *Archieve of General Psychiatry* Heft 64, S. 234-240.

Wißmann, Constantin 2018: *Die tödliche Epidemie der Moderne.*

<<https://www.cicero.de/kultur/amoklauf-florida-einsamkeit-aufmerksamkeit-psychologie-gesundheit>> 2018-12-22.

Yang, Keming & Victor, Christina 2011: *Age and loneliness in 25 European nations.* In: *Aging & Society* Heft 31, S. 1368-1388.

Zebhauser, Anna 2016: *Dissertation: Einsamkeit im Alter. Ergebnisse der KORA-Age-Studie.* Fakultät der Medizin München.

Zeit Online 2018: *Großbritannien bekommt Ministerin für Einsamkeit.*

<<https://www.zeit.de/politik/ausland/2018-01/tracey-crouch-grossbritannien-ministerin-einsamkeit>> 2019-02-01.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Arbeit selbstständig und nur mit Hilfe der angegebenen Quellen und Hilfsmittel erstellt zu haben. Wörtlich oder dem Sinn nach übernommene Textstellen sind als solche gekennzeichnet.

Nathalie Schnoor