

12. Mentale Gesundheit, Coping und Anpassung ans Alter(n)

12.1 Mentale Gesundheit

- **Mentale Gesundheit** > innere Stärke entwickeln und externe Ressourcen zum Ausgleich für Schwächen und Defizite nutzen > sich verbunden/verantwortlich fühlen gegenüber sich selbst, aber auch Familie, Gemeinschaft, Nation, Kultur und Religion
- Mentale Krankheiten: Depression, Alkoholabhängigkeit, Phobien > Bewohner von Vororten mit schlechter Bildung und geringem Einkommen sind öfter betroffen > *Männer*: Drogenmissbrauch und antisoziales Verhalten, *Frauen*: Ängstlichkeit und Depression

12.2 Coping

- **Coping (Problembewältigung)**: Adaptives Denken oder Verhalten mit dem Ziel der Reduktion und Entlastung von Stress, der aus schädlichen, bedrohlichen oder herausfordernden Bedingungen erwächst.
- Umwelt-Modelle: Ursachen sind sowohl positive als auch negative Faktoren, wie etwa Geburt eines Kindes oder Tod eines Partners - (1) **Kongruenzmodell nach Kahana**: Passung zwischen den Bedürfnissen und Umwelt (2) **Umwelt-Druck-Modell nach Lawton**: Passung zwischen Umwelt individuellen Kompetenzen
- Verhaltens-Modelle (Coping-Stil): **Gelernte Hilflosigkeit** als adaptives Muster > **adaptiver Mechanismus** (reif, neurotisch, unreif oder psychotisch) > wer reif handelt, dem geht es gut > Kritik: (1) die multidimensionale Ebene des menschlichen Verhaltens wird nicht genug beachtet (2) zu wenig Unterscheidung zwischen Coping und anderen Formen des adaptiven Verhaltens, die keiner Anstrengung bedürfen (3) wenn Copingstile als Endergebnis dargestellt werden, wird der Prozess mit dem Produkt vermischt
- **Modell der kognitiven Bewertung nach Lazarus**: Bewältigungsstrategien als dynamische Interaktion zwischen Individuum und Umwelt ansieht (kognitiven Bewertung (cognitive appraisal) einer Situation > Bewältigungsstrategien auswählen > **Problemfokussiertes Coping** oder **Emotionsfokussiertes Coping**)

12.3 Erfolgreiches Altern

- **Persönlichkeitseinstellung zum mittleren und späten Erwachsenenalter nach Peck** 7 psych. Entwicklungen > notwendig für eine gesunde Adaptation zum Altern - vier im mittleren Alter und drei im späten Alter): (1) Wertschätzung von Weisheit vs. physischer Stärke, (2) Sozialisierung vs. Sexualisierung bei menschlichen Beziehungen, (3) Emotionale Flexibilität/Verarmung, (4) Mentale Flexibilität/Erstarrung, (5) Breitere Selbstdefinition vs. übermäßige Sorge um die Arbeitsrolle, (6) Transzendenz des Körpers vs. übermäßige Wichtigkeit des Körpers, (7) Transzendenz des Egos versus übermäßige Sorge um das Ego
- **Disengagement-Theorie nach Cumming & Henry**: Erfolgreiches Altern durch Rückzug
- **Aktivitätstheorie nach Neugarten**: Erfolgreiches Altern durch Aktivität (4 Stile: integriert, bewaffnet verteidigend, passiv abhängig, unintegriert > kein längeres Leben, aber mehr Zufriedenheit im Alter
- **Kontinuitätstheorie (Balance-Modell) nach Atchley**: Gleichgewicht zwischen Kontinuität und Veränderung in internalen (Wissen, Selbstwert, etc.) als auch externalen Strukturen (Rollen, Beziehungen, etc.) ihres Lebens aufrecht erhalten > erfolgreiches Altern
- **Identitätsstile/Anpassungen ans Altern nach Whitbourne**: Altern wird ähnlich gut bewältigt, wie andere Veränderungen im Leben der Person > Identitätsstile unterscheiden dich darin, wie die Balance zwischen Assimilation (Kontinuität) und Akkomodation (Veränderung) aufrechterhalten wird > **assimilativer Stil** oder **akkomodativer Stil**

12.3 Mentale Gesundheit im späten Alter

- Annäherung an das Lebensspannenmodell der Entwicklung: Multidirektionalität der Veränderungen, psychosomatische Aspekte, Persönlichkeit, Umwelt und Plastizität
- Multiple Dimensionen des Wohlfühlens: Selbstakzeptanz, Positive Beziehungen zu anderen, Autonomie, Beherrschung der Umwelt, Sinn im Leben und Persönliches Wachstum
- Ältere Menschen können auch Krankheiten haben, die gewöhnlich in jüngeren Jahren auftauchen (z.B. **Schizophrenie**)
- **Depression (größere depressive Periode):** mind. 2 Wochen, chronisch in 20% der Fälle, kann Nebenwirkung von Medikamenten sein > hohe Dunkelziffer > höhere Suizidrate > Antidepressiva, **elektrokonvulsive Therapie (ECT)** oder Psychotherapie (kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, kurze dynamische Therapie oder Musiktherapie)
- **Demenz:** nicht eine Krankheit, sondern viele mit ähnlichen Symptomen und unterschiedlichen Ursachen > oft in Verbindung mit Alzheimer (andere Ursachen: Herzkreislauf, Parkinson, Substanzmissbrauch) > kann langsam (z.B. Alzheimer) oder plötzlich (z.B. vaskuläre Demenz) kommen, hauptsächlich ab 75J > retro- und anterograde Amnesie, Motorik- und Wahrnehmungsprobleme > Zustand ist den Betroffene oft nicht bewußt > entsprechend unrealistische Pläne
- **Parkinson:** Langsam voranschreitende neurologische Krankheit > Tremor, Gliedersteife, verlangsamte Bewegungen, unsichere Körperhaltung > 20-60% der Patienten leiden zusätzlich unter Demenz
- **Pseudodemenz:** Kognitive Beeinträchtigung aufgrund endogener Depression > vorübergehend
- **Hypochondrie:** Mentale, chronische Störung > Mißdeutung körperlicher Symptome > Angst, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden > wird Teil der Persönlichkeitsstruktur

12.X Studie zum Verhältnis von Religion und emotionalem Wohlbefinden im späten Alter (1988)

- Methode: Interview von 100 gebildeten weißen M/F (55-80J, 90% Protestanten) bezüglich der Coping-Strategien zu ihren schwierigsten Lebensereignisse
- Ergebnis: Über 17% der Strategien waren religiöser Art (Gottvertrauen, Beten, um Hilfe flehen) > andere Querschnittsstudien belegen die große Rolle der Religion beim Coping > Menschen scheinen am Lebensende mehr zu religiösen Themen zu neigen als früher
- Problem: Alles sind Querschnittsstudien > Gefahr des Kohorteneffekt