

Institut für Psychologie
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck



Depression und Einsamkeit im Alter

Zusammenhänge mit Emotionaler Intelligenz und Wohnsituation

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

im Fach Psychologie

eingereicht von

Clara Stöckmann, B.Sc.

Matrikelnummer: 11725710

betreut von

Ass.-Prof. Dr. Maria Hildegard Walter

Innsbruck, den 18.05.2022

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Ass.-Prof. Dr. Maria Hildegard Walter für ihre hilfreiche und zuverlässige Betreuung bedanken. Auch bei Frau Mag. Dr. Christine Unterrainer möchte ich mich für ihre Hilfe bei der Statistik herzlich bedanken.

Ebenfalls möchte ich mich bei meiner Familie, insbesondere bei meiner Mutter und meinem Opa, für das Korrekturlesen meiner Arbeit und für ihre Unterstützung während meines gesamten Studiums bedanken.

Ich danke meinem Freund Marc für seine unendliche Geduld und dafür, dass er immer für mich da ist.

Zum Schluss bedanke ich mich bei meinen Freundinnen Kathi, Ani und Teresa für die Inspirationen und Verbesserungen, die sie mir bezüglich meiner Arbeit gegeben haben.

Abstract

Depression und Einsamkeit können eine große Belastung im Alter darstellen. Trotzdem gibt es wenige Studien, die Einsamkeit und Depression bei Älteren insbesondere in verschiedenen Wohnsituationen untersuchen. In der vorliegenden Studie wurden die Unterschiede zwischen älteren Personen, die im Altenheim leben, und älteren Personen, die zuhause leben, in Bezug auf Depression und Einsamkeit und deren Ausmaße untersucht. Bisherige Studien legten zudem nahe, dass die Trait Emotionale Intelligenz (TEI) negativ mit der Depression und der Einsamkeit zusammenhängt. Deshalb wurde eine mögliche Mediationswirkung der Einsamkeit auf den Zusammenhang von TEI und Depression untersucht. Dafür wurden insgesamt 268 Personen über 60 Jahre mittels Online- und Paper-Pencil-Fragebogen befragt, von denen 65 im Altenheim lebten. Im Altenheim lebende Personen zeigten höhere Depressions- und Einsamkeitswerte als zuhause lebende Personen. Lediglich die Werte der Einsamkeitssubskala wahrgenommene emotionale Isolation waren bei zuhause lebenden Personen höher. Depression und Einsamkeit wiesen einen signifikant positiven Zusammenhang auf und es konnten signifikant negative Zusammenhänge zwischen TEI und Depression und TEI und Einsamkeit gefunden werden. Des Weiteren konnte ein Mediationseffekt der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang zwischen TEI und Depression festgestellt werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Depression und Einsamkeit ein größeres Problem in Altenheimen ist und dass TEI ein protektiver Faktor vor Einsamkeit und in weiterer Folge auch vor Depression sein kann. Dies sollte in künftigen Präventions- und Behandlungsprogrammen von Depression und Einsamkeit berücksichtigt werden.

Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1	Depression.....	4
2.1.1	Depression und Alter.....	9
2.2	Einsamkeit.....	13
2.2.1	Einsamkeit und Depression.....	20
2.3	Emotionale Intelligenz.....	22
2.3.1	Emotionale Intelligenz, Depression und Einsamkeit.....	25
3	Forschungsfrage und Hypothesen.....	29
3.1	Hypothesen.....	29
3.1.1	Unterschiede bezüglich Depression und Einsamkeit bei Personen, die im Altenheim leben, und Personen, die zuhause leben.....	29
3.1.2	Zusammenhänge zwischen TEI, Depression und Einsamkeit.....	30
4	Methode.....	34
4.1	Stichprobe und Untersuchungsablauf.....	34
4.2	Beschreibung verwendeter Verfahren.....	35
4.2.1	Depression.....	35
4.2.2	Einsamkeit.....	36
4.2.3	Emotionale Intelligenz.....	36
4.3	Auswertungsmethoden.....	37
5	Ergebnisse.....	38
5.1	Deskriptive Ergebnisse.....	38
5.2	Darstellung der Ergebnisse im Detail.....	42
5.2.1	Hypothese 1a.....	42
5.2.2	Hypothese 1b.....	43
5.2.3	Hypothese 2a.....	44
5.2.4	Hypothese 2b.....	45
5.2.5	Hypothese 2c.....	45
5.2.6	Hypothese 2d.....	45
6.	Diskussion.....	53
6.1	Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse.....	53
6.2	Theoretische Implikationen.....	53
6.3	Praktische Implikationen.....	57
6.4	Limitationen und Ausblick.....	60

7 Conclusio	64
Literaturverzeichnis	66
Abbildungsverzeichnis.....	81
Tabellenverzeichnis	81
Abkürzungsverzeichnis.....	83
Anhang.....	84

1 Einleitung

Die Gesellschaft altert zunehmend. Der Anteil der über 60-Jährigen wird zwischen 2015 und 2050 weltweit von 12% auf 22% ansteigen und sich somit fast verdoppeln. Es wird vermutet, dass sich die Anzahl der über 80-Jährigen sogar verdreifachen wird (World Health Organization, 2021). Die Ursache für das Altern der Gesellschaft liegt einerseits in einer niedrigen Geburtenrate und andererseits in einer steigenden Lebenserwartung (Hüther & Naegele, 2013). Aufgrund dieser voranschreitenden Entwicklung ist es von zunehmender Wichtigkeit, sich um die Probleme und Bedürfnisse der älteren Bevölkerung zu kümmern und Missstände aufzudecken.

Im Alter steigt das Erkrankungsrisiko von somatischen Krankheiten, wie beispielsweise Herz- / Kreislauferkrankungen, aber auch von psychischen Krankheiten an (Hüther & Naegele, 2013). Die häufigste psychische Erkrankung im Alter ist nach der Demenz die Depression (Helmchen et al., 2010). Die Depression ist eine psychische Störung, deren Hauptsymptome eine gedrückte Stimmung, eine Verminderung des Antriebs oder gesteigerte Müdigkeit und ein Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten sind (Dilling & Freyberger, 2012). Weltweit leiden 3.8% aller Personen an einer Depression (Institut of Health Metrics and Evaluation, 2021) und in einer deutschen Studie zeigten 16% der 53- bis 80-Jährigen eine Depression (Wild et al., 2012). Problematisch bei der Depression ist, dass sie oft unerkannt bleibt. In einer Studie aus Deutschland zeigte sich, dass Hausärzt*innen bei weniger als der Hälfte (48.8%) ihrer Patient*innen die Krankheit erkannten (Sielk et al., 2009). Dies ist insbesondere verheerend für die ältere Bevölkerung, da Hausärzt*innen Depressionen bei Älteren noch schlechter erkennen als bei Jüngeren und es somit zu einer Unterdiagnostizierung kommt (Mitchell et al., 2010). Ein Problem entsteht vor allem dann, wenn Ältere die depressiven Symptome als normalen Teil des Alterns ansehen und sich aus diesem Grund keine Hilfe holen (Lebowitz et al., 1997). Neben den Folgen, die diese Fehleinschätzung für die Betroffenen selbst hat, leidet auch die Allgemeinheit unter der Unterdiagnostizierung, da die Kosten für das Gesundheitssystem bei depressiven Älteren um 30% höher sind als bei nicht depressiven Älteren (Luppa et al., 2008). Dies könnte unter anderem an der Komorbidität der Depression mit anderen psychischen und physischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes, koronaren Herzerkrankungen und Schlaganfällen liegen (Pieper et al., 2008; Paykel et al., 2005).

Ein weiteres großes Problem im Alter ist Einsamkeit (Cohen-Mansfield et al., 2016). Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen in Deutschland leben allein. In der Gesamtbevölkerung sind es

lediglich etwa 21%. Der Anteil der Alleinlebenden steigt mit dem Alter an: bei den 65- bis 70-Jährigen leben etwa 24% alleine, bei den 80- bis 85-Jährigen etwa 43% und bei den 90-Jährigen und älter 67% (Tesch-Römer & Engstler, 2020). Es ist aber wichtig, die Einsamkeit von der sozialen Isolation abzugrenzen. Die Einsamkeit ist ein subjektives Phänomen, welches das Resultat von Defiziten in den sozialen Beziehungen einer Person darstellt und für die betroffene Person unangenehm und belastend ist (Peplau & Perlman, 1982). Die soziale Isolation hingegen beschreibt die objektiven Merkmale einer Situation in Bezug auf das Fehlen von Beziehungen zu anderen Menschen (Jong-Gierveld et al., 2006). Die Altersgruppe der 71- bis 80-Jährigen zeigte in einer europaweiten Studie fast doppelt so hohe Einsamkeitsprävalenzen (10-13%) als die Altersgruppe der 18- bis 30-Jährigen (5-9%) (Hansen & Slagsvold, 2016). Ältere Personen zeigen somit die meisten Einsamkeitsgefühle. Diese Erkenntnis gewinnt insbesondere an Bedeutung, wenn man in Betracht zieht, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit gibt (Wang et al., 2018). Die Richtung des Zusammenhangs ist noch nicht abschließend geklärt und es gibt Hinweise für beide Kausalitäten (Erzen & Çikrikci, 2018; Dahlberg et al., 2015).

In Deutschland werden 4.3% der über 65-Jährigen in einem Pflegeheim versorgt. Der Anteil steigt mit dem Alter von 0.7% bei den 65- bis 70-Jährigen auf 28% bei den über 90-Jährigen. Insgesamt lebten 2017 in Deutschland etwa 757.000 über 65-jährige Personen in Pflegeheimen (Tesch-Römer & Engstler, 2020). In Alten- und Pflegeheimen werden ältere Menschen untergebracht, gepflegt und betreut. Im Gegensatz zum Pflegeheim werden in einem Altenheim auch Personen aufgenommen, bei denen keine Pflegebedürftigkeit vorliegt (Unterschied zwischen Pflegeheimen und Altersheimen, n.d.). In der vorliegenden Arbeit werden unter dem Begriff Altenheim sowohl Alten- als auch Pflegeheime zusammengefasst.

Es gibt wenige Studien, die ältere Personen im Altenheim mit älteren noch zuhause lebenden Personen bezüglich der Depression und der Einsamkeit vergleichen. In den wenigen vorhandenen Studien wurden jedoch höhere Depressions- und Einsamkeitswerte bei den in Altenheimen lebenden Personen gefunden (Seddigh et al., 2020; Pinquart & Sorensen, 2001). Es konnte aber keine Zunahme an Einsamkeit festgestellt werden, wenn Personen in Altenheime umzogen (Dykstra et al., 2005). In dieser Studie soll aufgrund der lückenhaften Datenlage untersucht werden, ob und inwiefern sich Personen, die im Altenheim leben, und Personen, die zuhause leben, bezüglich der Einsamkeit und der Depression unterscheiden. Diese Erkenntnisse können wichtig sein, um herauszufinden, an welchen Stellen die Problematik am gravierendsten ist, damit dort einerseits vermehrt Präventionsprogramme

eingesetzt werden können und andererseits eine Sensibilisierung für die Missstände stattfinden kann und den betroffenen Personen entsprechende Hilfsprogramme wie beispielsweise Therapiemöglichkeiten bereitgestellt und angeboten werden können.

Zusätzlich wird in dieser Studie noch die Rolle der emotionalen Intelligenz im Zusammenhang mit Einsamkeit und Depression untersucht. Emotionale Intelligenz wird definiert als ein Zusammenschluss emotionaler Selbstwahrnehmungen, die auf den unteren Ebenen der Persönlichkeitshierarchie angesiedelt sind (Petrides et al., 2007). Studien zeigten bereits, dass die emotionale Intelligenz auch bei Älteren signifikant negativ mit Depression zusammenhängt (Martins et al., 2010; Lloyd et al., 2012). Es konnten auch bereits negative Korrelationen zwischen der emotionalen Intelligenz und Einsamkeit festgestellt werden (Zhao et al., 2019). Die emotionale Intelligenz könnte somit Einsamkeitsgefühle reduzieren und somit auch Depressionssymptomatiken verringern, wenn nicht sogar verhindern. Sollte dies der Fall sein, könnte gerade bei Älteren, bei denen Einsamkeit und Depression ein großes Problem darstellt, ein Ansatzpunkt gefunden sein, um diese beiden Probleme zu bekämpfen.

In der vorliegenden Studie soll im Rahmen einer quantitativen Fragebogenstudie geklärt werden, wie groß das Ausmaß der Einsamkeit und der Depression sowohl bei älteren zuhause lebenden als auch bei älteren im Altenheim lebenden Personen ist, ob sich diese unterscheiden und inwiefern die emotionale Intelligenz über die Einsamkeit einen Effekt auf die Depression hat.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Depression

Im Internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen (ICD-10; Dilling & Freyberger, 2012) werden depressive Störungen unter den affektiven Störungen (F30-F39) aufgelistet. Hierbei wird zwischen der depressiven Episode, der rezidivierenden depressiven Störung, anhaltenden affektiven Störungen, anderen affektiven Störungen und nicht näher bezeichneten affektiven Störungen unterschieden. Die Symptome einer depressiven Episode (F32) sind eine depressive/ gedrückte Stimmung, welche größtenteils unbeeinflusst durch die äußeren Lebensumstände ist und fast die ganze Zeit sowie mindestens zwei Wochen anhält. Zudem können ein Verlust an Interesse und Freude an Aktivitäten, Antriebsverminderung oder ausgeprägte Ermüdbarkeit auftreten. Zusätzlich kann das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl vermindert sein und es kann zu Schuldgefühlen und unbegründeten Selbstvorwürfen kommen. Betroffene Personen können außerdem unter sich wiederholenden Suizidgedanken leiden oder suizidale Handlungen ausführen. Das Denk- und Konzentrationsvermögen kann reduziert sein und die Personen können Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit erleben. Weitere Symptome sind psychomotorische Agitiertheit bzw. Hemmung, Schlafstörungen und entweder Appetitverlust oder gesteigerter Appetit. Um eine depressive Episode zu diagnostizieren, sollte diese mindestens zwei Wochen andauern, manische und hypomanische Symptome sollten ausgeschlossen werden können und die Symptome sollten nicht auf einen Missbrauch von psychotropen Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung (F0) zurückgeführt werden können. Die depressive Episode kann mit oder ohne ein somatisches Syndrom diagnostiziert werden. Dies wird an der fünften Stelle des Codes angegeben. Ein somatisches Syndrom liegt vor, wenn mindestens vier der in *Tabelle 1* beschriebenen Symptome vorhanden sind.

Tabelle 1: Symptome des somatischen Syndroms (Dilling & Freyberger, 2012)

<ul style="list-style-type: none"> • Interessen- oder Freudeverlust an ansonsten als angenehm empfundenen Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsverlust (Verlust von 5% oder mehr des vorherigen Körpergewichts innerhalb eines Monats)
<ul style="list-style-type: none"> • verminderte emotionale Reaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • deutlicher Appetitverlust
<ul style="list-style-type: none"> • Früherwachen 	<ul style="list-style-type: none"> • psychomotorische Hemmung bzw. Agitiertheit
<ul style="list-style-type: none"> • Morgentief 	<ul style="list-style-type: none"> • deutlicher Libidoverlust

Ob eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer bezeichnet wird, hängt von der Anzahl und der Schwere der Symptomatik ab. Personen mit einer leichten depressiven Episode (F32.0) sind beeinträchtigt, aber trotzdem zu den meisten Aktivitäten fähig, während Personen mit einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) bereits große Schwierigkeiten haben, ihren Alltag zu bewältigen. Die schwere depressive Episode (Major Depression) kann ohne psychotische Symptome (F32.3) und mit psychotischen Symptomen (F32.3) auftreten. Psychotische Symptome liegen vor, wenn ein Wahn, Halluzinationen oder ein Stupor vorhanden sind. Die gerade genannten Symptome sind hierbei so schwer ausgeprägt, dass die Bewältigung des Alltags nicht mehr möglich ist und eine lebensbedrohliche Situation für die betroffene Person entweder durch mangelnde Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme oder Suizid bestehen kann. An der fünften Stelle des Codes kann festgelegt werden, ob die psychotischen Symptome *synthym* oder *parathym*, also im Einklang oder nicht im Einklang mit der depressiven Stimmung, sind. Unter F32.4 werden depressive Episoden kodiert, die gegenwärtig remittiert sind. Dies bedeutet, dass die Kriterien für eine depressive Episode bereits einmal erfüllt waren, aber zurzeit nicht mehr erfüllt sind. F32.8 bezeichnet sonstige depressive Episoden und F32.9 kodiert depressive Episoden, welche nicht näher bezeichnet sind (Dilling & Freyberger, 2012).

Eine weitere Gruppe der affektiven Störungen ist die rezidivierende depressive Störung (F33), welche durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist. Zwischen den Episoden müssen mindestens zwei Monate ohne eine deutliche affektive Störung liegen. Auch hier wird basierend auf der Anzahl und der Schwere der Symptome zwischen einer rezidivierend depressiven Störung mit einer gegenwärtig leichten (F33.0), mittelgradigen

(F33.1) oder schweren Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) und mit psychotischen Symptomen (F33.3) unterschieden. F33.4 kodiert eine rezidivierende depressive Störung, welche gegenwärtig remittiert ist. Zusätzlich können sonstige rezidivierende depressive Störungen (F33.8) und rezidivierende depressive Störungen, welche nicht näher bezeichnet sind (F33.9), diagnostiziert werden (Dilling & Freyberger, 2012).

Die Dysthymia (F34.1) befindet sich unter den anhaltenden affektiven Störungen, welche als „anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur als leichte depressive Episode gelten zu können“ (Dilling & Freyberger, 2012, S. 145) definiert sind. Die depressive Verstimmung ist chronisch und hält über mehrere Jahre an. Die einzelnen Episoden sind aber nicht schwer genug, um die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) zu erfüllen. Die Beeinträchtigung und das Leid der Betroffenen ist aufgrund der Chronifizierung trotzdem groß (Dilling & Freyberger, 2012).

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen (Wittchen et al., 2011). Etwa 3.8% aller Personen, also ca. 280 Millionen Menschen weltweit leiden schätzungsweise an einer Depression. Bei Erwachsenen entspricht die Depressionsprävalenz etwa 5.0% (Institut of Health Metrics and Evaluation, 2021). In Deutschland liegt die Wahrscheinlichkeit im Laufe seines Lebens (Lebenszeitprävalenz) an einer Depression zu erkranken bei 11.6% (Busch et al., 2013), dies entspricht jedes Jahr einer Anzahl von etwa 4.9 Millionen Menschen (7.7%) (Jacobi et al., 2014). Die Major Depression tritt hierbei häufiger auf (6.0%), als die Dysthyme Störung (2.0%) (Jacobi et al., 2014). Frauen sind häufiger erkrankt als Männer und ihre Lebenszeitprävalenz, eine Depression diagnostiziert zu bekommen, ist fast doppelt so hoch (15.4% vs. 7.8%) (Busch et al., 2013).

Bezüglich des Verlaufs zeigt sich ein sehr heterogenes und interindividuelles Bild. Einige Betroffene erleben nur vereinzelt depressive Episoden mit jahrelangen symptomfreien Intervallen, bei Anderen treten diese Episoden gehäuft auf. Weitere Betroffene erleben wiederum mehr Episoden mit steigendem Lebensalter (Benecke, 2021). Eine depressive Episode hält in der Regel etwa 20 Wochen an. Überschreitet eine Episode diesen Zeitraum und hält zwei Jahre oder länger an, wird von einer chronifizierten Depression gesprochen (Arnow & Constantino, 2003). Die Depression ist aber in der Regel eine wiederkehrende Erkrankung, bei der 20-30% der Erkrankten nicht vollständig remittieren (d.h. in den letzten Monaten ohne Symptome waren) und einen chronischen Verlauf aufweisen. Die restlichen Betroffenen

remittieren zwar vollständig, 70-80% von ihnen haben jedoch mindestens eine weitere Episode. 30% haben diesen Rückfall innerhalb eines Jahres (Paykel et al., 2005). Mit jeder erlebten Episode steigt die Wahrscheinlichkeit für eine weitere Episode an (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020).

Für die Entwicklung einer Depression gibt es noch keine einheitliche Theorie und es wird von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell ausgegangen. Ein Versuch die Entstehung einer Depression zu beschreiben, wird mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell gemacht (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020). In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass sich die Vulnerabilität eines Menschen auf individuelle (biologische und genetische Dispositionen) sowie soziale Faktoren bezieht. Stressereignisse sind beispielsweise kritische Lebensereignisse. Die Vulnerabilität kann durch genetische, soziale und umweltbezogene Ereignisse erhöht werden, was wiederum Prozesse psychologischer, sozialer und entwicklungsbiologischer Art verstärken oder abschwächen kann. In Bezug auf die Depression wird versucht, den Beginn über die Vulnerabilitätskonstellation in Kombination mit kritischen Lebensereignissen zu erklären. In *Abbildung 1* wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell einer Depression dargestellt (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020).

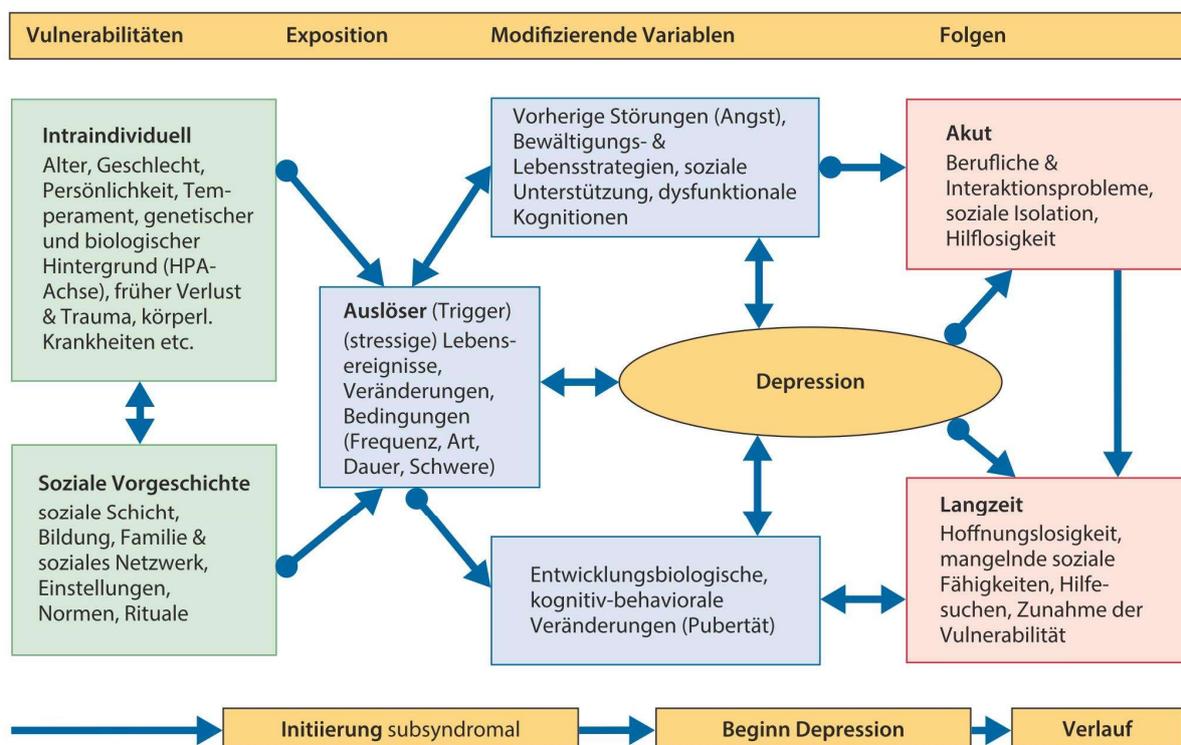


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell bei depressiven Störungen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020)

Für die Entwicklung einer Depression gibt es diverse Risikofaktoren. Kinder, deren Eltern eine depressive Störung aufwiesen, zeigten ein fast 3-mal so hohes Risiko, selbst eine Depression zu entwickeln (Lieb et al., 2002). Depressive Störungen treten zudem besonders häufig bei verwitweten, geschiedenen und getrennt lebenden Personen auf (Paykel et al., 2005). Auch der sozioökonomische Status spielt eine Rolle, denn Personen mit geringem sozioökonomischem Status zeigten höhere Depressionsraten. Dazu zählen Personen mit einem geringen Einkommen, weniger Bildung und arbeitslose Personen. Unklar ist hierbei, ob der sozioökonomische Status ein Risikofaktor für oder die Folge einer depressiven Störung ist (Paykel et al., 2005). Die Prävalenz psychischer Störungen scheint außerdem in städtischen Gebieten höher zu sein als in ländlichen (Paykel et al., 2005). Psychosoziale Belastungsfaktoren und Stressoren werden oft mit Depressionen in Verbindung gebracht. Asselmann et al. (2015) fanden in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen "Verlustereignissen", wie beispielsweise dem Tod eines geliebten Menschen, und dem Auftreten einer Depression. Diese Verbindung scheint besonders stark, wenn weitere chronische Belastungsfaktoren, wie finanzielle Probleme oder Isolation, vorhanden sind. Es wird vermutet, dass diese Ereignisse eine größere Wichtigkeit bei der ersten depressiven Episode und deren Auslösung haben, als bei weiteren Episoden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020).

Eine weitere Entstehungstheorie der Depression liefert Seligman (1974) mit seinem Modell der erlernten Hilflosigkeit. Er postuliert darin, dass Depression ein erlerntes Verhalten sei. Seligman (1974) ging zunächst davon aus, dass durch ein wiederholtes Erleben fehlender Kontrolle über insbesondere aversive Umweltbedingungen eine generalisierte Erwartung entwickelt wird, dass diese Umweltbedingungen unkontrollierbar sind, und sich depressive Reaktionsmuster entwickeln. Dieser Ansatz wurde aber von Abramson et al. (1978) überarbeitet und sie ergänzten den Aspekt der Kausalattribution. Kausalattributionen sind Ursachenzuschreibungen, welche Personen für in diesem Fall negative Ereignisse als Erklärung heranziehen. Personen, die an Depressionen leiden, zeigen in der Regel einen pessimistischen Attributionsstil, welcher durch die Zuschreibung von internalen, globalen und stabilen Ursachen von negativen Ereignissen gekennzeichnet ist. Diese Aspekte wurden von den Autor*innen kombiniert und sie vermuteten nun, dass Depressionen dann entstehen, wenn Personen keine Kontrolle über bestimmte Ereignisse empfinden und diesem Kontrollverlust internale, globale und stabile Ursachen zuschreiben. Die betroffenen Personen empfinden

somit eine Hilflosigkeit und erwarten nicht, dieser entinnen zu können (Abramson et al., 1978).

Depressive Störungen zeigen eine hohe Komorbidität mit psychiatrischen und physischen Krankheiten (Paykel et al., 2005). Die Depression ist dabei öfter eine Folge einer komorbiden Erkrankung. Es ist aber auch möglich, dass sich die komorbide Erkrankung erst nach dem Beginn der Depression entwickelt. Falls eine komorbide Erkrankung vorliegt, verschlechtert dies sowohl die Prognose zur Heilung der Depression als auch der Heilung der komorbiden Erkrankung. Zudem sind die Einschränkungen der erkrankten Person größer (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020). Kessler et al. (2003) zeigten in ihrer Studie, dass die Lebenszeitprävalenz einer Person mit einer depressiven Störung für die Diagnostizierung mindestens einer weiteren psychischen Störung bei 72.1% liegt. Dabei zeigte sich die höchste Komorbidität bei Angststörungen (59.2%). Weitere gefundene komorbide Störungen waren Impulskontrollstörungen (30.0%) und Substanzmissbrauch (24.0%). In Bezug auf physische Krankheiten traten häufig Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfälle und neurodegenerative Krankheiten wie Parkinson oder Demenz komorbid zur Depression auf (Pieper et al., 2008; Riedel et al., 2010), wobei hier weder die Größenordnung noch die Kausalität gesichert sind (Wittchen et al., 2010). Ein weiterer wichtiger Aspekt in Bezug auf Depression ist die Suizidalität. Die Suizidrate bei depressiven Personen ist etwa 30-mal höher als die der Allgemeinbevölkerung und etwa 15% der Personen mit einer depressiven Störung sterben durch Suizid (Paykel et al., 2005).

2.1.1 Depression und Alter

Depressionen sind eine der häufigsten psychiatrischen Krankheiten im Alter (Kok & Reynolds, 2017). In einer deutschen Studie zeigten 16% der 53- bis 80-Jährigen eine Depression (Wild et al., 2012), wobei die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen die höchste Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression hatte (Frauen: 22.9%, Männer: 11.6%) (Busch et al., 2013). Die Lebenszeitprävalenz steigt bis zu diesem Alter an, sinkt danach aber wieder ab (Busch et al., 2013). In einer Metaanalyse zeigte sich für über 75-Jährige eine Prävalenz für eine depressive Symptomatik von 17.1% und eine Prävalenz von 7.2% für eine Major Depression (Luppa et al., 2012). Die Prävalenzen für eine Depression stiegen in den letzten Jahren. Eine amerikanische Studie zeigte, dass zwischen 1992 und 1998 die Prävalenz der diagnostizierten Depressionen von 2.8% auf 5.8% bei Älteren in den USA stieg. Dies ist eine Zunahme von

107% (Crystal et al., 2003). Trotzdem kann man davon ausgehen, dass gerade bei Älteren die Depression oft unerkannt bleibt und es zu einer Unterdiagnostizierung kommt. In ihrer Metaanalyse zeigten Mitchell et al. (2010), dass Hausärzt*innen Depressionen bei Älteren noch schlechter als bei Jüngeren erkennen. Hausärzt*innen erkennen weniger als die Hälfte (48.8%) ihrer depressiven Patient*innen (Sielk et al., 2009). Aber nicht nur bei Hausärzte*innen kommt es zur einer Unterdiagnostizierung, auch in Altenheimen tritt dieses Problem auf. In einer Studie, in der mehrere New Yorker Altenheime untersucht wurden, konnte eine Prävalenz von 14.4% für eine Major Depression und 17% für eine milde Depression festgestellt werden. Die Pflegekräfte erkannten lediglich weniger als 50% der depressiven Bewohner*innen (Teresi et al., 2001).

Die Depressionsprävalenz in Altenheimen ist sehr hoch. In einer ägyptischen Studie wurde eine Prävalenz von 67.5% in Altenheimen festgestellt, wobei 51.7% der Befragten an einer leichten und 15.8% an einer mittelgradigen Depression litten (Ahmed et al., 2014). In einer indischen Studie mit 80 Proband*innen fanden die Autor*innen höhere Depressionswerte bei Personen im Altenheim im Vergleich zu zuhause lebenden älteren Personen (Sridevi & Swathi, 2014).

Depressionen bei älteren Personen unterscheiden sich in mehreren Aspekten von Depressionen bei jüngeren Personen (Fiske et al., 2009). Manche Wissenschaftler*innen gehen davon aus, dass bei älteren Personen häufiger die "depression without sadness" auftritt (Blazer, 2003). Ältere Personen mit Depressionen erleben auch weniger Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit als jüngere Betroffene (Gallo et al., 1994). Ältere Personen mit Depressionen berichten eher über ein verschlechtertes Gedächtnis und eine schlechtere Konzentration. Sie haben auch eine langsamere Verarbeitungsgeschwindigkeit und Dysfunktionen bei exekutiven Funktionen (Butters et al., 2004). Bei älteren Patient*innen wird außerdem davon ausgegangen, dass häufiger Schlafstörungen, psychomotorische Verzögerungen, Müdigkeit und Hoffnungslosigkeit auftreten (Christensen et al., 1999). Manche Wissenschaftler*innen vermuten, dass manche Depressionen im Alter ohne vorherige depressive Episoden durch vaskuläre Läsionen im Gehirn herbeigeführt werden könnten und sprechen dabei von einer vaskulären Depression. Sie vermuten auch, dass sich die Symptomatik einer vaskulären Depression zu einer regulären Depression kaum merklich unterscheidet (Blazer, 2003).

Wenn Depressionen erstmals im Alter einsetzen und es keine vorherigen depressiven Episoden gab, kann auch von „late-onset“ Depression gesprochen werden. Personen, die bereits in

früheren Jahren Episoden erlebten („early-onset“ Depressionen), haben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einen familiären Hintergrund mit Depressionen, wodurch sich vermuten lässt, dass ihre Episoden eher genetisch beeinflusst wurden als bei Patient*innen, die ihre erste depressive Episode erst im Alter erlebten (Heun et al., 2001). Zudem ist die Prävalenz für eine komorbide Persönlichkeitsstörung bei Personen mit „early-onset“ Depressionen erhöht (Brodaty et al., 2001). Personen mit „late-onset“ Depressionen leiden tendenziell eher an vaskulären Risikofaktoren. Dazu gehören Diabetes, Bluthochdruck, kardiovaskuläre Krankheiten und erhöhter Cholesterolspiegel (Hickie et al., 2001). In einer Reviewstudie konnte gezeigt werden, dass einige, aber nicht alle Studien darauf hinwiesen, dass Personen mit „late-onset“ Depressionen eher kognitive Defizite aufwiesen und eher später an Demenz erkrankten (Schweitzer et al., 2002). Eine „late-onset“ Depression wird aber nicht als eigene Form der Depression angesehen, da vermutet wird, dass selbst wenn es eine besondere Form der Depression geben sollte, diese auch bei Personen auftreten kann, die bereits früher an Depressionen litten. Aus diesem Grund wird eher von "late-life depression" gesprochen. Dieser Begriff umfasst alle älteren Personen mit einer Depression (Alexopoulos, 2005).

Lugtenburg et al. (2021) fanden in ihrer Studie 5 Subtypen von depressiven älteren Patient*innen: mild pure depression, severe pure depression, amnestic depression, frail-depression, cognitively dominated und frail-depression, physically dominated. Die ersten beiden Gruppen machten etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Proband*innen aus (54.9%). Diese Gruppen waren durch gute kognitive Leistungen und wenige physische Einschränkungen gekennzeichnet. Sie unterschieden sich lediglich durch die Schwere der depressiven Symptome. Die Patient*innen in den anderen drei Subgruppen waren im Durchschnitt älter als die Patient*innen mit einer "reinen" Depressionsform. Personen, die der amnestischen Depressionsgruppe zugeordnet wurden, zeichneten sich durch milde Depressionssymptome und schlechte Leistungen beim verbalen Gedächtnis aus. Trotz einer hohen Remissionsrate blieben die Gedächtnisbeeinträchtigungen nach 2 Jahren bestehen. Die Autor*innen vermuteten, dass sich diese Patient*innen in einem Vorstadium zur Demenz befinden könnten. Die Patient*innen der letzten beiden Gruppen machten 17.3% der Proband*innen aus. Die Patient*innen der Gruppe, die sich durch körperliche Gebrechlichkeit auszeichneten und deren physischen Einschränkungen im Vordergrund standen, waren die Gruppe mit den ältesten Patient*innen. Sie schnitten bei den Nachuntersuchungen am schlechtesten ab. Die Autor*innen vermuteten, dass es sich bei dieser Gruppe um Patient*innen handeln könnte, bei denen die Depression einen Effekt auf die körperlichen Gebrechen hat.

Der schlechte körperliche Zustand könnte einerseits auf die Depression und andererseits auf andere Probleme wie beispielsweise Motivationsprobleme zurückgeführt werden. Bei der Gruppe, bei der die kognitiven Probleme im Vordergrund standen, war die Remissionsrate am niedrigsten und sie zeigten die höchste Mortalitätsrate. Die Autor*innen vermuteten hier, dass die Patient*innen nicht an Depressionen, sondern an anderen altersbedingten Krankheiten leiden könnten, welche ähnliche Symptome hervorrufen. Diese Vermutung könnte die niedrige Remissions- und hohe Mortalitätsrate erklären (Lugtenburg et al., 2021).

Auch bezüglich des Verlaufs der Depressionen schneiden Ältere im Vergleich zu Jüngeren schlechter ab. In einer Studie zeigten 40% der über 75-Jährigen bei einem Beobachtungszeitrahmen von 8 Jahren einen chronischen oder intermittierenden Verlauf (Luppa et al., 2012).

Die häufigste komorbide psychische Erkrankung einer Depression im Alter ist wie bei den Jüngeren die Angststörung, welche bei 30% der befragten depressiven Personen in Altenheimen zusätzlich vorhanden war (Ahmed et al., 2014).

Für die Entstehung von Depressionen im Alter können mehrere Risikofaktoren festgestellt werden, welche sich teilweise mit denen jüngerer Personen überschneiden. Depressionen treten eher bei höherem Alter, weiblichem Geschlecht, geringerem Einkommen und Personen auf, die einer niedrigen sozialen Klasse angehören (Ahmed et al., 2014; Glaesmer et al., 2011; Crystal et al., 2003). Weitere Risikofaktoren für das Auftreten einer Depression im Alter sind vorherige depressive Episoden, mehr komorbide Krankheiten und funktionale Beeinträchtigungen (z.B. Mobilitäts- und Sehbeeinträchtigungen) welche mit Einschränkungen im Alltag einhergehen können (Glaesmer et al., 2011; Luppa et al., 2012; Cole & Dendukuri, 2003; Crystal et al., 2003). Auch soziale Faktoren können die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Depression erhöhen. Fehlende soziale Unterstützung, Partner*innen mit Depressionen, Beziehungsprobleme, empfundene Kritik durch die Familie und ein Trauerfall sind Prädiktoren von Depressionen bei Älteren (Miller et al., 2019; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002; Glaesmer et al., 2011; Cole & Dendukuri, 2003). Bezüglich der sozialen Beziehungen scheint bei der Entwicklung einer Depression die Qualität und nicht die Quantität ausschlaggebend zu sein (Fiske et al., 2009). Auch Schlafstörungen sind ein Risikofaktor für Depressionen im Alter (Cole & Dendukuri, 2003). Eine bestimmte Art von Schlafstörung ist die Insomnie. Insomnie ist nicht wie bisher angenommen ein Symptom der Depression, sondern besteht oftmals schon, bevor die Depression beginnt (Perlis et al., 2006).

Sie kann bei älteren Personen sowohl der Auslöser einer Depression als auch für deren Fortbestehen mitverantwortlich sein (Manber et al., 2008). Sie kommt bei 25% der 80- bis 89-jährigen Männer und bei 40% der 80- bis 89-jährigen Frauen vor (Lichstein et al., 2006).

Zusammengefasst kann man sagen, dass kardiovaskuläre und neurologische Veränderungen im Alter die Vulnerabilität für eine Depression erhöhen. Dazu gehört auch das häufigere Auftreten für Krankheiten wie kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetes und Demenz. Es muss aber betont werden, dass zwar alle Menschen diese Veränderungen erleben, aber nur die wenigsten eine Depression entwickeln. Ebenso verhält es sich mit den Verlusten wie beispielsweise dem Tod eines Ehepartners (Fiske et al., 2009). Fiske et al. (2009) postulieren deshalb eine Interaktion zwischen verschiedenen Vulnerabilitäten, welche zu einer Depression im Alter führt. Zu diesen Vulnerabilitäten gehören sowohl genetische Faktoren, kognitive Einschränkungen, altersbedingte neurologische Veränderungen und stressreiche Erlebnisse, welche im Alter häufiger auftreten als in jüngeren Jahren (z.B. Tod von nahestehenden Personen).

2.2 Einsamkeit

Einsamkeit stellt für ältere Menschen ein großes Problem dar und das Erleben von Einsamkeit ist bei älteren Personen komplex und durch viele Faktoren beeinflusst (Cohen-Mansfield et al., 2016). Jong-Gierveld (1987) definierte Einsamkeit als "a situation experienced by the participant as one where there is an unpleasant or inadmissible lack of (the quality of) certain social relationships." (S. 120). Sie unterscheidet dabei drei Dimensionen des Einsamkeitskonzepts. In der ersten Dimension geht es um Gefühle, welche mit dem Fehlen einer intimen Bindung verbunden sind, sowie um Gefühle der Abwesenheit und Leere. Sie nennt dies die "Deprivationskomponente" und bezeichnet sie als Kern des Konzepts. Die zweite Komponente bezieht sich auf die Zeitperspektive und die dritte umfasst verschiedene emotionale Aspekte wie Traurigkeit, Schuld, Frustration und Verzweiflung (Jong-Gierveld, 1987). Eine andere Definition von Einsamkeit formulierten Perlman und Peplau (1981): „loneliness is the unpleasant experience that occurs when a person's network of social relations is deficient in some important way, either quantitatively or qualitatively" (S. 31). Die Autor*innen hielten zudem drei Kernaussagen fest, die den meisten Definitionen von Einsamkeit gemein sind. Zum einen, dass Einsamkeit das Resultat von Defiziten in den sozialen Beziehungen einer Person ist und zum anderen, dass Einsamkeit nicht

gleichbedeutend mit objektiver Isolation und ein subjektives Phänomen ist. Der letzte Kernpunkt, den die meisten Definitionen gemeinsam haben, ist, dass Einsamkeit für die betroffene Person unangenehm und belastend ist (Peplau & Perlman, 1982). Die soziale Isolation muss, wie bereits beschrieben, von dem Konzept der Einsamkeit differenziert betrachtet werden. Im Gegensatz zur Einsamkeit bezeichnet die soziale Isolation die objektiven Merkmale einer Situation in Bezug auf das Fehlen von Beziehungen zu anderen Menschen. Somit sind Personen mit einer geringen Anzahl an engen Beziehungen sozial isoliert (Jong-Gierveld et al., 2006). Nach Weiss (1973) kann Einsamkeit auch in die Kategorien emotionale und soziale Einsamkeit unterteilt werden. Von emotionaler Einsamkeit wird gesprochen, wenn die Einsamkeit durch das Fehlen einer vertrauten und engen Bindung zu einer anderen Person verursacht ist. Dies tritt häufig bei Menschen auf, die eine geliebte Person verloren haben. Die soziale Einsamkeit wird durch das Fehlen eines sozialen Netzwerkes verursacht. Die betroffenen Personen haben niemanden, mit dem sie gemeinsame Interessen teilen oder Aktivitäten unternehmen können. Dies tritt beispielsweise bei älteren Personen auf, welche in den Ruhestand gehen (Weiss, 1973).

Die Prävalenz von Einsamkeit bei Älteren wurde von Befragten in einer Studie deutlich höher geschätzt, als die Älteren diese selbst empfanden (Abramson & Silverstein, 2006). In Deutschland gaben 13.6% der befragten Frauen und 11.4% der Männer an, einsam zu sein (Hansen & Slagsvold, 2016). In einer anderen Studie mit erwachsenen Befragten zwischen 27 und 101 Jahren, welche nicht in Betreuungseinrichtungen lebten, zeigten wiederum 76% einen moderaten oder hohen Einsamkeitswert (Lee et al., 2019).

Bezüglich der Frage, ob die Einsamkeit insbesondere bei Älteren über die letzten Jahrzehnte zu oder abgenommen hat, gibt es uneinheitliche Ergebnisse. Einige Forscher*innen fanden in ihren Studien, dass die Einsamkeitswerte über die Jahre eher zu als abgenommen haben (van Tilburg, 2005; Yan et al., 2014). Währenddessen zeigten andere Studien, dass der Anteil der Personen, die sich einsam fühlen, entgegen des allgemeinen Glaubens, mit der Zeit abgenommen hat beziehungsweise gleichgeblieben ist (Dykstra, 2009).

In den Ländern Deutschland, Polen, Belgien, Frankreich und Norwegen hatte die Altersgruppe der 71- bis 80-Jährigen fast doppelt so hohe Einsamkeitsprävalenzen (10-13%) als die Altersgruppe der 18- bis 30-Jährigen (5-9%) (Hansen & Slagsvold, 2016). Dies deckt sich mit der Studie von Victor und Yang, (2012), bei welcher unter 25-Jährige und über 65-Jährige

höhere Einsamkeitswerte hatten als mittelalte Personen, was einer u-förmigen Verteilung entspricht. Diese u-förmige Verteilung der Einsamkeit ist in *Abbildung 2* dargestellt.

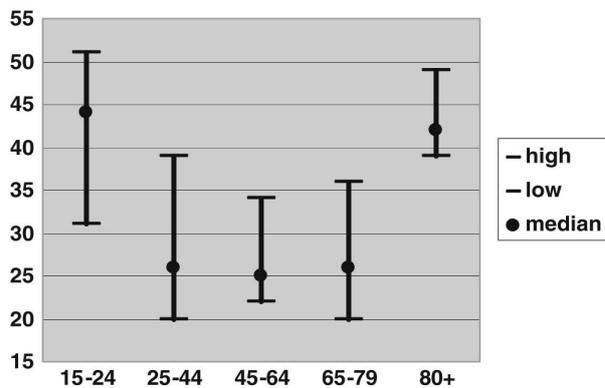


Abbildung 2: Anteil der Personen, welche angaben, sich oft einsam zu fühlen in verschiedenen Altersgruppen (in %) (Dykstra, 2009)

Doch auch diese Feststellung ist umstritten und nicht universal gültig. In einer europaweiten Erhebung konnte festgestellt werden, dass die Anzahl der Personen, die angaben, immer einsam zu sein, mit dem Alter ansteigt. Bei Personen, die aber angaben, manchmal einsam zu sein, zeigte sich wieder eine u-förmige Verteilung, bei der die unter 30- und über 80-Jährigen die größten Anteile hatten (Yang & Victor, 2011).

Befragt nach den Gründen für die Einsamkeit gaben 81% der Älteren Krankheit, 79% den Tod des/der Partner*in und 67% wenige Freunde an (Savikko et al., 2005). In der Forschung werden laut Dykstra (2009) meist drei Faktorengruppen für die Erklärung von Einsamkeit herangezogen. Die erste Gruppe bezieht sich auf die Eigenschaften des sozialen Netzwerkes. Wie groß dieses ist und wie die Qualität der Beziehungen ist. Personen mit kleinen und qualitativ schlechten sozialen Netzwerken sind eher einsam als Personen mit aktiven sozialen Netzwerken. In der zweiten Gruppe geht es um die Standards also Vorlieben, Erwartungen und Wünsche für Beziehungen, die eine Person hat. Wenn Beziehungen, nicht den Ansprüchen einer Person entsprechen, entsteht Einsamkeit. Die dritte Gruppe umfasst prädisponierende Bedingungen. Diese Faktoren können erklären, weshalb Menschen Defizite in ihren sozialen Netzwerken haben. Diese sind beispielsweise ein schlechter Gesundheitszustand, ein geringes Selbstvertrauen und schlechte soziale Fähigkeiten (Dykstra, 2009). Ein weiteres Erklärungsmodell der Einsamkeit ist, dass einsame Personen mehr negative soziale Interaktionen erwarten und eine negative soziale Erwartung entwickeln. Diese führt zu bestimmten Verhaltensweisen, welche die negativen Erwartungen bestätigen und eine sich selbst erfüllende Prophezeiung entsteht. Einsame Personen distanzieren sich nun aktiv von

potenziellen Interaktionspartnern, empfinden aber die Ursache der sozialen Distanz außerhalb von ihrer Kontrolle. Dadurch wird eine sich selbst verstärkende Einsamkeitsschleife in Gang gesetzt, welche von Feindseligkeit, Stress, Pessimismus, Ängstlichkeit und geringem Selbstwertgefühl begleitet wird. Dadurch können neurobiologische und verhaltensbezogene Mechanismen aktiviert werden, welche zu negativen gesundheitlichen Folgen beitragen (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Bezüglich der Einsamkeit gibt es diverse Risikofaktoren. Frauen gaben häufiger an einsam zu sein als Männer (Pinquart & Sorensen, 2001; Dahlberg et al., 2015). Cohen-Mansfield et al. (2016) vermuteten, dass der Geschlechtsunterschied durch die höhere Bereitschaft von Frauen, Einsamkeitsgefühle zuzugeben, entstanden sein könnte. Ältere mit niedrigerer Bildung und niedrigerem Einkommen zeigten mehr Einsamkeit, wobei stärkere Zusammenhänge zwischen Einkommen und Einsamkeit als zwischen Bildung und Einsamkeit gefunden wurden (Pinquart & Sorensen, 2001; Cohen-Mansfield et al., 2016; Lee et al., 2019). Ein niedriges Einkommen könnte die Einsamkeit durch ein niedriges Selbstbewusstsein und niedrige Selbstwirksamkeit beeinflussen. Das Bildungsniveau könnte dadurch, dass es das Einkommen beeinflusst, die Einsamkeit auf eine ähnliche Weise beeinflussen. Auch höheres Alter zeigte sich als Risikofaktor für Einsamkeit (Cohen-Mansfield et al., 2016). In einer schwedischen Langzeitstudie mit über 70-Jährigen stieg die Anzahl von Personen, welche angaben, häufig einsam zu sein, innerhalb von 7 Jahren von 7.2% auf 17.2% (Dahlberg et al., 2015). In einer weiteren Langzeitstudie konnte ebenso festgestellt werden, dass die älteren Befragten nach 7 Jahren noch einsamer geworden waren. Die größte Zunahme konnte bei den ältesten unter den Proband*innen beobachtet werden (Dykstra et al., 2005). Dass sich mit höherem Alter auch die Wahrscheinlichkeit für Einsamkeit erhöht, könnte durch die Zunahme von physischen Einschränkungen mit steigendem Alter mediiert werden (Pinquart & Sorensen, 2001). Personen mit hohen Einsamkeitswerten lebten eher alleine und waren alleinstehend (Lee et al., 2019). Durch das Alleinleben könnten Möglichkeiten zum Sozialisieren nicht gegeben sein, welche bei Mitbewohner*innen im gleichen Haushalt vorhanden sein könnten (Savikko et al., 2005). Bei unverheirateten Personen könnte das Fehlen einer Vertrauensperson, mit der man intime Gedanken und Gefühle teilt, zu Einsamkeit führen. Außerdem haben unverheiratete Personen eher keine Kinder, wodurch eine zusätzliche soziale Unterstützung wegfällt (Cohen-Mansfield et al., 2016). Auch verwitwete und insbesondere erst vor kurzem verwitwete Personen zeigten höhere Einsamkeitswerte (Dahlberg et al., 2015; Savikko et al., 2005). Überdies konnten Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und dem Leben in ländlichen

Regionen gefunden werden. In ländlichen Regionen ziehen gerade die Jüngeren öfter in Städte und lassen die Älteren zurück, was wiederum zu Einsamkeit führen könnte (Savikko et al., 2005). In einer Metaanalyse konnte auch festgestellt werden, dass Ältere, die mehr fern sahen, sich einsamer fühlten (Pinquart & Sorensen, 2001).

Ausschlaggebend für die Einsamkeit scheint nicht die Größe des sozialen Netzwerkes und somit die Quantität der Kontakte, sondern die Qualität der Beziehungen zu sein (Victor & Yang, 2012). Metaanalysen fanden einen stärkeren Zusammenhang mit Einsamkeit bei niedriger Qualität der Beziehungen als bei einer niedrigen Quantität der Kontakte (Pinquart & Sorensen, 2001; Rico-Urbe et al., 2016; Cohen-Mansfield et al., 2016). Dies stimmt auch überein mit der sozio-emotionalen Selektivitätstheorie. Diese besagt, dass Ältere eher in wenige engere Beziehungen investieren und neue Bindungen nicht so schnell eingehen wie Jüngere, was in einem kleineren sozialen Netzwerk mit dafür engeren Bindungen resultiert (Carstensen, 1992). Zudem scheinen der Kontakt mit Freunden und Nachbarn eine größere Rolle bezüglich der Einsamkeit zu spielen als der Kontakt zur Familie (Pinquart & Sorensen, 2001).

Eine schlechte Gesundheit und ein schlechter funktionaler Status zeigten sich als Prädiktoren für Einsamkeit bei Älteren (Cohen-Mansfield et al., 2016). Bei einer Langzeitstudie konnte eine größere Zunahme von Einsamkeit bei Personen, bei denen sich die physische Gesundheit verschlechtert hatte im Vergleich zu denen, bei denen sie gleichgeblieben war, beobachtet werden (Dykstra et al., 2005). Es konnte auch ein Zusammenhang zwischen Einsamkeit und erhöhtem Blutdruck festgestellt werden (Hawkley et al., 2006), welcher auch nach 4 Jahren noch bestand (Hawkley et al., 2010). Einsamkeit hing ebenso mit nächtlichen Schlafproblemen und Müdigkeit am Tag zusammen (Aanes et al., 2011) und erhöhte das Risiko an Alzheimer zu erkranken (Wilson et al., 2007). Ein Erklärungsmodell für den Zusammenhang von Einsamkeit und physischen Krankheiten lieferten Christiansen et al. (2016), die herausfanden, dass Stress, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol trinken und insbesondere wenig Bewegung und schlechter Schlaf den Zusammenhang von Einsamkeit und einem schlechten Gesundheitszustand wie kardiovaskuläre Krankheiten mediieren.

Einsamkeit erhöht außerdem das Mortalitätsrisiko um 26% (Holt-Lunstad et al., 2015). Dieser Effekt von Einsamkeit auf das Krankheitsrisiko und die Mortalität könnte durch gesundheitsschädliches Verhalten, biologische Dysregulation, Schlafstörungen und negative Kognition, welche alle mit Einsamkeit in Verbindung gebracht werden, geschehen (Ong et al.,

2016). Es gibt zudem ein Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Suizid (Goldsmith et al., 2002).

Überdies spielen kognitive Einschränkungen eine Rolle. In einer Review-Studie mit älteren Proband*innen wurden signifikant negative Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und globaler kognitiver Funktion, allgemeiner kognitiver Fähigkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit, IQ, unmittelbaren und verzögertem Erinnern gefunden. Eine Kausalität konnte aufgrund des Studiendesigns nicht ermittelt werden. Somit könnten sowohl die Einsamkeit zu verringerten kognitiven Funktionen, beispielsweise durch fehlende Stimulierung durch soziale Interaktionen führen, als auch kognitive Defizite durch beispielsweise reduzierte soziale Interaktionen zu Einsamkeit führen (Boss et al., 2015).

Einsamkeit kann auch das Selbstregulationsvermögen reduzieren. Dies könnte dazu führen, dass Personen weniger gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie beispielsweise physische Aktivitäten ausführen und somit ihr Krankheitsrisiko erhöhen (Hawkley & Cacioppo, 2010). Ältere Personen mit höherer Selbstwirksamkeit zeigten wiederum geringere Einsamkeitswerte (Suanet & van Tilburg, 2019; Cohen-Mansfield et al., 2016). Eine geringe Selbstwirksamkeit, schlechte finanzielle Ressourcen, wenig Möglichkeiten neue Personen zu treffen und Einschränkungen in der Mobilität waren die wichtigsten Prädiktoren der Einsamkeit bei Älteren. Sie erklärten 42% der Varianz von Einsamkeit (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007).

Ältere Personen, die der Meinung waren, dass das Aufbauen von sozialen Beziehungen auf internalen und kontrollierbaren Faktoren wie beispielsweise eigenem Aufwand beruht, zeigten mehr soziale Beteiligung und weniger Einsamkeit als Personen, die der Überzeugung waren, dass das Aufbauen von sozialen Beziehungen abhängig ist von unkontrollierbaren und externalen Faktoren wie beispielsweise Glück (Newall et al., 2009).

Einsamkeit war positiv assoziiert mit höheren Ängstlichkeitswerten und Stress. Personen mit hohen Einsamkeitswerten zeigten niedrigere Resilienz, weniger Weisheit, niedrigeren Optimismus und hatten einen schlechteren mentalen Gesundheitszustand (Lee et al., 2019; Cohen-Mansfield et al., 2016).

Insgesamt zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und Resilienz bei Älteren (Zebhauser et al., 2014; Musich et al., 2015).

Um herauszufinden, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit für den Beginn eines Einsamkeitsgefühls erhöhen, untersuchten Aartsen und Jylhä (2011) in ihrer Studie 469 Ältere, welche bei der Baselinemessung angaben, nicht einsam zu sein. Nach 10 Jahren gaben 28.1% der Befragten an, einsam zu sein. 28 Jahre nach der ersten Befragung waren es 37.1%. Frauen hatten eine 48% höhere Wahrscheinlichkeit einsam zu werden als Männer. Die Autorinnen erklärten sich den Geschlechterunterschied bezüglich der Einsamkeit dadurch, dass Frauen mehr Risikofaktoren ausgesetzt sind als Männer und nicht durch eine unterschiedliche Anfälligkeit für Einsamkeit. Ansonsten gab es keine Indikatoren bei der Baselineuntersuchung, die Einsamkeit vorhersagten, außer sie veränderten sich über die Zeit. Das Risiko, sich einsam zu fühlen, erhöhte sich bei den Personen, die eine/n Partner*in verloren, deren soziale Aktivitäten sich reduzierten und die sich öfters schlecht gestimmt, nervös oder unnütz fühlten als bei der Baselineuntersuchung (Aartsen & Jylhä, 2011).

Es konnte keine Zunahme an Einsamkeit festgestellt werden, wenn Personen in Altenheime umzogen (Dykstra et al., 2005). In einer anderen Metaanalyse konnte wiederum mehr Einsamkeit bei Älteren im Altenheim als bei Älteren, die zuhause lebten, festgestellt werden (Pinquart & Sorensen, 2001) und in einer malaysischen Studie fühlten sich alle 80 im Altenheim lebende Proband*innen einsam (Aung et al., 2017). Es gibt aber bisher wenig Informationen über Einsamkeit in Altenheimen (Grenade & Boldy, 2008) und deshalb ist die Frage, ob im Altenheim lebende Ältere einsamer sind, noch nicht abschließend geklärt. Generell gaben in einer Studie mit in Altenheim lebenden Personen 9% der Befragten an, oft oder immer einsam zu sein, was der Prävalenz der älteren Allgemeinbevölkerung ähnelt, und 26% gaben, an manchmal einsam zu sein (Jansson et al., 2017).

Obwohl die meisten Untersuchungen bezüglich Risikofaktoren für Einsamkeit bei Älteren bei Personen durchgeführt wurden, welche nicht in Altenheimen leben, kann davon ausgegangen werden, dass die meisten Risikofaktoren auch bei Personen in Altenheimen angewendet werden können. Viele Faktoren, die mit Einsamkeit zusammenhängen, kommen häufig bei Personen im Altenheim vor wie weibliches Geschlecht, Verlust von engen Bezugspersonen, schlechter Gesundheitszustand, geringes Einkommen und kognitive Einschränkungen. Die Häufigkeit der Besuche von Freunden und Verwandten sinkt zudem üblicherweise mit der Zeit (Pitkala, 2016). Genauer gesagt reduzierte sich die Kontakthäufigkeit mit Freunden und Familie nach dem Umzug in ein Altenheim etwa um die Hälfte im Vergleich zum angegebenen Kontakt vor dem Umzug (Port et al., 2001). Dies könnte in Bezug auf die Einsamkeit aber weniger gravierend sein, da die sozialen Beziehungen, die im Altenheim lebende Personen mit

ihren Mitbewohner*innen hatten, ein stärkerer Prädiktor für die Einsamkeit waren als die sozialen Beziehungen mit Freunden und Familie außerhalb (Fessman & Lester, 2000). Dafür fehlt aber der Kontakt zur vertrauten Umgebung, welcher auch ein Prädiktor für Einsamkeit ist (Proffitt & Byrne, 1993).

Wie bereits genannt sind physische Erkrankungen ein Risikofaktor für Einsamkeit und einsame Personen im Altenheim schätzen ihren Gesundheitsstatus als schlechter ein als nicht einsame Personen. Einsame Personen im Altenheim litten zudem eher unter Mangelernährung, waren im Alltag mehr auf Hilfe angewiesen und in ihrer Mobilität mehr eingeschränkt. Einsamkeit im Altenheim hing gleichfalls zusammen mit einem größeren Mortalitätsrisiko (Jansson et al., 2017).

Eventuelle protektive Faktoren vor Einsamkeit in Altenheimen könnten sein, dass die Personen einerseits ständig von anderen Personen umgeben sind und somit die Möglichkeit haben, soziale Beziehungen aufzubauen, andererseits könnten die Pflegekräfte als Bezugspersonen das Bedürfnis nach Beziehung ausreichend erfüllen und es treten deshalb keine Einsamkeitsgefühle auf (Drageset, 2004).

2.2.1 Einsamkeit und Depression

Befragte Proband*innen, welche eine depressive Person oder sich selbst, während einer depressiven Episode beschreiben sollten, verwendeten am häufigsten das Wort "Einsamkeit" (Barg et al., 2006). Der von den Befragten hergestellte Zusammenhang spiegelt sich auch in der quantitativen Forschung wider. Wang et al. (2018) konnten in ihrer Reviewstudie einen klaren signifikant positiven Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Depressionssymptomen feststellen. Weitere Forschung zeigte, dass 40% der Personen mit Depressionen hohe Einsamkeitswerte hatten und 45% der Personen mit hohen Einsamkeitswerten an Depressionen litten (Adams et al., 2004). Der Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit konnte auch bei Älteren in Altenheimen festgestellt werden (Ahmed et al., 2014; Drageset et al., 2012). Zudem konnte bei Älteren gezeigt werden, dass die Depressionswerte signifikant höher waren, wenn die Einsamkeit einen bestimmten Wert erreichte und vice versa (Raut et al., 2014). Bezüglich der Kausalität von Depression und Einsamkeit gibt es widersprüchliche Ergebnisse. In einer qualitativen Studie sahen ältere Personen depressive Symptome als logische Konsequenz von Einsamkeit (van Beljouw et al., 2014). Einsamkeit konnte in einer Querschnittsstudie 8% der Varianz der Depression erklären (Adams et al., 2004) und war auch

in anderen Studien der stärkste Prädiktor der Depression (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Raut et al., 2014), selbst wenn für demografische und psychosoziale Variablen wie Stress und niedrige soziale Unterstützung kontrolliert wurde (Cacioppo et al., 2006). Personen mit hohen Einsamkeitswerten litten außerdem signifikant häufiger an Depressionen (45%) als Personen mit niedrigen Einsamkeitswerten (15.2%) (Adams et al., 2004). Aber auch Langzeitstudien zeigen, dass Einsamkeit Veränderungen bezüglich der Depression bei Älteren vorhersagen konnte, und zwar besser als die Depressionswerte bei der Baselineerhebung selbst. Dieser Zusammenhang war nicht auf Größe oder Qualität der sozialen Netzwerke zurückzuführen und Depression konnte die Einsamkeit nicht vorhersagen (Cacioppo et al., 2010; Domènech-Abella et al., 2019; Holvast et al., 2015). Dass die Einsamkeit die Depression vorhersagt, fand sich auch bei Personen in Altenheimen (Gan et al., 2015) und in einer Metaanalyse konnte bestätigt werden, dass Einsamkeit einen moderat positiven Effekt auf die Depression hat (Erzen & Çikrikci, 2018). Im Widerspruch dazu fand eine Querschnittsstudie, dass bei älteren Personen, die sowohl zuhause auch im Altenheim lebten, Depression ein signifikanter Prädiktor von Einsamkeit war (Prieto-Flores et al., 2011). Zudem zeigte eine schwedische Langzeitstudie bei Älteren, dass eine Zunahme an depressiven Symptomen die Einsamkeit 7 Jahre später vorhersagte (Dahlberg et al., 2015). Es gibt somit Ergebnisse, die auf beide Möglichkeiten der Kausalität hinweisen, wobei es mehr Belege dafür gibt, dass die Einsamkeit die Depression vorhersagt.

In der Beziehung von Einsamkeit und Depression spielt die Größe des sozialen Netzwerkes eine Rolle, wobei sich auch hier widersprüchliche Ergebnisse zeigen. Große soziale Netzwerke können ein protektiver Faktor für die Depression sein (Santini et al., 2015) und zeigten einen Zusammenhang mit der Reduktion der depressiven Symptome bei älteren Chines*innen (Chao, 2011). Eine Langzeitstudie mit Älteren zeigte, dass die Größe des sozialen Netzwerkes und die Einsamkeit beide unabhängig voneinander Einfluss auf die Depression hatten und beide Prädiktoren für die Remission der Depression waren (Houtjes et al., 2014). In der Studie von Domènech-Abella et al. (2017) schien sich ein kleines soziales Netzwerk nur bei denjenigen Personen auf die Depression auszuwirken, die einsam waren. Eine andere Studie fand heraus, dass die Einsamkeit die Beziehung der Größe und der Qualität des sozialen Netzwerkes mit der Depression mediiert (Santini et al., 2016). In dem Zusammenhang von Depression und Einsamkeit spielen noch andere Faktoren eine Rolle. Resilienz mediierte den Zusammenhang von Einsamkeit und Depression bei im Altenheim lebenden älteren Personen. Die soziale Unterstützung moderiert diese Beziehung insofern, dass der indirekte Effekt von Einsamkeit

auf Depression am niedrigsten war, wenn die Befragten eine hohe soziale Unterstützung hatten (Zhao et al., 2018). In Bezug auf die soziale Unterstützung wies eine andere Studie darauf hin, dass die Einsamkeit die depressiven Symptome zwar verschlimmern konnte aber die soziale Unterstützung konnte diesen Zusammenhang abschwächen (Liu et al., 2016).

Zusammengefasst kann man sagen, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit auch bei Älteren gibt. Bezüglich der Kausalität und weiterer Faktoren, die in dieser Beziehung eine Rolle spielen, gibt es noch größere Lücken in der derzeitigen Forschung.

2.3 Emotionale Intelligenz

Die Emotionale Intelligenz (EI) erlangte in den letzten Jahren der Forschung zunehmend Aufmerksamkeit. Die Ursprünge der EI liegen bei dem Konzept der "sozialen Intelligenz" von Thorndike (1920), welches sich auf die Fähigkeit, Menschen zu verstehen, zu leiten und in Beziehungen klug zu handeln, bezieht (Petrides, 2011). In den Anfängen der Forschung wurde EI definiert als "the ability to monitor one's own and others' feelings and emotions, to discriminate among them and to use this information to guide one's thinking and actions" (Salovey & Mayer, 1990, S. 189). Emotionen werden hierbei als interne Vorgänge gesehen, die viele psychologische Subsysteme, darunter physiologische Reaktionen, Kognitionen und bewusstes Wahrnehmen koordinieren (Mayer et al., 1999). Im weiteren Verlauf kristallisierten sich insbesondere zwei Konstrukte der EI heraus: die „ability emotional intelligence“ (AEI) und die „trait emotional intelligence“ (TEI). Die AEI wird definiert als die Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken, Emotionen in Gedanken zu integrieren, Emotionen zu verstehen und mit ihnen zu argumentieren sowie Emotionen bei sich selbst und anderen zu regulieren (Mayer & Salovey, 1997). Sie wird durch einen Leistungstest erfasst, da sie als kognitive Fähigkeit gilt (Petrides, 2011). Hierbei wird sich auf vier Dimensionen der Emotionalen Intelligenz bezogen: 1) Emotionen erkennen 2) Emotionen verwenden um Denkvorgänge zu erleichtern 3) Emotionen verstehen 4) Umgang mit Emotionen (Mayer & Salovey, 1997). Im Gegensatz dazu wird TEI definiert als Persönlichkeitseigenschaft, welche durch Selbstauskunft erfragt werden kann (Petrides, 2011). Es geht hierbei um die Wahrnehmung der eigenen emotionalen Fähigkeiten (Petrides, 2011). TEI ist ein eigenständiges Konstrukt, das auf den unteren Ebenen der Persönlichkeitshierarchie angesiedelt ist (Petrides et al., 2007). In *Tabelle 2* werden Facetten dargestellt, die alle Erklärungsmodelle der TEI gemeinsam haben.

Table 2: Gemeinsame Facetten aller salienten Erklärungsmodelle der Emotionalen Intelligenz (Petrides et al., 2007)

Facetten	Befragte mit hohen EI Werten bezeichnen sich selbst als...
Anpassungsfähigkeit	flexibel und gewillt, sich an neue Umstände anzupassen
Durchsetzungsfähigkeit	direkt, ehrlich und gewillt, für ihre Rechte einzustehen
Emotionsausdruck	fähig, ihre Gefühle anderen zu kommunizieren
Emotionsmanagement	fähig, Gefühle anderer zu beeinflussen
Emotionswahrnehmung	im Klaren über die eigenen und Gefühle anderer zu sein
Emotionsregulation	fähig, eigene Emotionen zu regulieren
Impulsivität	reflektiert und eigenen Verlangen weniger schnell nachgebend
Beziehungsfähigkeit	fähig, erfüllende zwischenmenschliche Beziehungen zu führen
Selbstwert	erfolgreich und selbstbewusst
Eigenmotivation	zielstrebig und nicht bereit, angesichts von Widrigkeiten aufzugeben
Soziales Bewusstsein	fähig, Netzwerke mithilfe ausgezeichneter sozialer Fähigkeiten zu knüpfen
Stressmanagement	fähig, Druck standzuhalten und Stress zu regulieren
Trait Empathie	fähig, die Perspektive anderer einnehmen zu können
Trait Zufriedenheit	fröhlich und zufrieden mit dem eigenen Leben
Trait Optimismus	zuversichtlich und eher „das Glas halb voll“ sehend

TEI und AEI korrelieren lediglich niedrig miteinander, was nochmals die Unterschiedlichkeit der beiden Konstrukte hervorhebt (Brannick et al., 2009). In der vorliegenden Arbeit wird EI als TEI und somit als Persönlichkeitseigenschaft verstanden.

Verschiedenen Studien fanden Geschlechterunterschiede bezüglich TEI, wobei das Geschlecht mit den höheren Werten über die Studien hinweg inkonsistent blieb (Cooper & Petrides, 2010; Shahzad & Bagum, 2012). Im Gegensatz dazu fanden andere Studien keine Geschlechtsunterschiede (Petrides & Furnham, 2000). Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass selbst bei gefundenen Geschlechtsunterschieden die Effektgrößen sehr gering waren (Pérez-Díaz et al., 2021).

Bezüglich TEI und Alter gibt es bisher wenig Forschung (Wilson & Saklofske, 2018). Einige Studien fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen TEI und Alter (Fernandez-Berrocal et al., 2004), währenddessen andere Studien einen signifikant positiven Zusammenhang fanden (Petrides & Furnham, 2006b; Tsaousis & Kazi, 2013). In einer

niederländischen Studie mit Proband*innen zwischen 19 und 84 Jahren konnte gezeigt werden, dass TEI am höchsten bei 35- bis 44-Jährigen war und danach wieder abnahm (Derksen et al., 2002).

Obwohl es zu TEI bei älteren Erwachsenen wenig Forschung gibt, zeigten sich bei jüngeren und mittelalten Erwachsenen verschiedene Zusammenhänge (Wilson & Saklofske, 2018). In Bezug auf die Big 5 zeigten sich positive Korrelationen mit Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und eine negative Korrelation mit Neurotizismus (Petrides et al., 2007; Chamorro-Premuzic et al., 2007). Die Korrelationen mit Extraversion und Neurotizismus überraschen nicht, da bekannt ist, dass diese Merkmale mit der Regulierung positiver bzw. negativer Stimmungen in Verbindung stehen und die Stimmungsregulation ein Aspekt der Konzeptualisierung des Merkmals EI ist (Bar-On, 1997). TEI war zudem ein Prädiktor von Fröhlichkeit und medierte den Zusammenhang von Verträglichkeit und Fröhlichkeit (Chamorro-Premuzic et al., 2007). Außerdem korrelierte TEI positiv mit Beziehungsqualität, Zufriedenheit in Ehe und Lebenszufriedenheit (Petrides et al., 2016; Liu et al., 2013). TEI konnte mehr als 50% der Varianz der Zufriedenheit erklären (Furnham & Petrides, 2003). Personen mit höheren TEI Werten konnten Emotionen besser erkennen (Petrides & Furnham, 2003) und hohe TEI Werte förderten prosoziales Verhalten und hemmten antisoziales Verhalten bei Jugendlichen (Petrides et al., 2016). Des Weiteren wurden stark positive Zusammenhänge zwischen TEI und physischer und psychischer Gesundheit gezeigt (Martins et al., 2010). In einer Studie mit Personen, die sich um Angehörige mit Demenz kümmerten, berichteten die Befragten mit niedrigeren TEI Werten von mehr Ängstlichkeit und schlechterer physischer Gesundheit als Personen mit höheren TEI Werten. TEI konnte auch als Prädiktor von Ängstlichkeit festgestellt werden (Weaving et al., 2014). Niedrige TEI Werte waren zudem signifikante Prädiktoren von Alkohol- und Drogenproblemen (Riley & Schutte, 2003). Im Gegensatz dazu war TEI bei Älteren positiv korreliert mit Resilienz und psychischer Gesundheit (Wilson & Saklofske, 2018; Liu et al., 2013). Studien fanden zudem heraus, dass TEI einen vererbaren Anteil hat, welcher auf etwa 40% geschätzt wurde (Petrides et al., 2016). Es ist wichtig zu erwähnen, dass hohe TEI Werte normalerweise, aber nicht immer, adaptiv sind und niedrige Werte normalerweise, aber nicht immer, maladaptiv sind (Petrides et al., 2016).

2.3.1 Emotionale Intelligenz, Depression und Einsamkeit

In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen TEI und Depression gibt (Martins et al., 2010). Personen mit niedrigeren TEI Werten hatten höhere Depressionswerte als Personen mit höheren TEI Werten (Martínez-Monteagudo et al., 2019; Smith et al., 2015; Weaving et al., 2014). Dies konnte auch bei Älteren nachgewiesen werden. Bei einer Studie mit über 65-Jährigen zeigte die depressive Gruppe niedrigere TEI Werte als die nicht-depressive Gruppe. Der Durchschnittswert der TEI fiel bei der depressiven Gruppe in einen niedrigen Bereich, der für atypisch eingeschränkte emotionale und soziale Kompetenzen steht, währenddessen die TEI Werte der nicht-depressiven Gruppe im Normalbereich lagen. Es zeigte sich, dass für jeden TEI-Punkt mehr, der erreicht wurde, sich das Depressionsrisiko um 6% reduzierte (Lloyd et al., 2012). Die Emotionale Intelligenz könnte somit als protektiver Faktor gegen die Depression insbesondere im Alter fungieren, da TEI auch den Zusammenhang von Alter und Wohlbefinden mediiert (Chen et al., 2016).

Wie genau der Zusammenhang zwischen EI und Depression zustande kommt, ist noch nicht genau geklärt. Es gibt aber verschiedene Vermutungen. Einerseits könnte die Unfähigkeit einer Person, ihre eigene emotionale Reaktion oder die emotionale Reaktion einer anderen Person zu erkennen, ihre Fähigkeit einschränken, den Stressor zu bewerten und die angemessene Reaktion für ein positives Ergebnis zu wählen (Brissette et al., 2002). Andererseits geschehen während des Alterungsprozesses viele Veränderungen, an welche sich das Individuum laufend anpassen muss. Um mit diesen Veränderungen fertig zu werden, braucht das Individuum Ressourcen für das Emotionsmanagement (Chen et al., 2016). In diesen Veränderungen sind auch Verluste mit einbegriffen und somit werden Bewältigungsstrategien benötigt, um sich erfolgreich an die neuen Umstände anzupassen (Delhom et al., 2020). Personen mit höherem EI können Alltagsstress besser bewältigen als Personen mit niedrigerem EI (Zeidner et al., 2012), denn TEI scheint die Wahrnehmung von und die Reaktion auf emotionale und stressige Situationen zu beeinflussen. Personen mit hohen TEI Werten zeigten mehr Selbstwirksamkeit bei der Stressbewältigung und sahen stressige Situationen eher als eine Herausforderung als eine Bedrohung an (Mikolajczak & Luminet, 2008). Personen mit höheren TEI Werten könnten diese Ereignisse somit weniger negativ bewerten und effizientere Copingstrategien anwenden (Delhom et al., 2020). TEI zeigte einen starken Zusammenhang mit Coping im Alter (Delhom et al., 2018), insbesondere mit adaptivem Coping (Rey et al., 2019). Coping besteht aus kognitiven und verhaltensbezogenen Bemühungen, welche sich konstant ändern und entwickelt werden, um mit bestimmten internalen oder externalen Situationen umzugehen, die

die eigenen Ressourcen überfordern könnten (Lazarus et al., 1984). Die Vermutung, dass TEI die Reaktionen auf negative und stressige Ereignisse moderiert, konnte durch Kotsou et al. (2011) bestätigt werden. Diese Moderation findet in solch einem Ausmaß statt, dass manche Forscher*innen vermuteten, dass adaptives Coping ausgeführte Emotionale Intelligenz sein könnte (Keefer et al., 2009). EI fördert den Einsatz von Copingstrategien, welche positive Emotionen aufrechterhält und negative Emotionen abschwächt (Zeidner et al., 2016). Die Beziehung von TEI und Coping ist entscheidend, um eine gute Stimmung im Alter aufrecht erhalten zu können (Delhom et al., 2018).

Der negative Zusammenhang zwischen TEI und Depression konnte somit in mehreren Studien klar aufgezeigt werden. Die genauen Mechanismen, die hinter diesem Zusammenhang stehen, müssen noch genauer untersucht werden, obwohl es schon ein paar Erklärungsansätze gibt.

Mehrere Studien fanden signifikant negative Korrelationen zwischen TEI und Einsamkeit (Shi & Wang, 2007; Zhao et al., 2019; Saklofske et al., 2003), was mit dem theoretischen Konstrukt der Einsamkeit in Einklang steht. Einsamkeit ist wie bereits erwähnt eine subjektive Erfahrung (Peplau & Perlman, 1982) und die erfolgreiche Überwindung der Einsamkeit setzt voraus, dass die Personen die negativen Gefühle, die mit der Einsamkeit verbunden sind, effektiv wahrnehmen und verarbeiten können (Cacioppo & Patrick, 2008). Cacioppo und Hawkley (2009) vertreten ein Modell der Einsamkeit, welches besagt, dass eine schlechte Emotionsregulationsfähigkeiten die Einsamkeit über die Zeit erhöhen kann. Dies konnte auch empirisch belegt werden (Nightingale et al., 2013; Vanhalst et al., 2012). Andererseits postulierten Cacioppo und Hawkley (2009), dass Einsamkeit die Fähigkeit zur Emotionsregulation beeinträchtigen könnte. Die Beeinträchtigung könnte laut den Autor*innen dadurch entstehen, dass Einsamkeit die Menschen wachsamer gegenüber möglichen sozialen Bedrohungen im sozialen Umfeld macht und die Aufmerksamkeit von anderen Aufgaben, einschließlich der Selbstregulation, ablenken könnte (Cacioppo & Hawkley, 2009).

Bei einer Langzeitstudie mit Kindern konnte TEI als Prädiktor für die Einsamkeit ein Jahr später festgestellt werden (Davis et al., 2019). TEI hängt zudem mit Konstrukten zusammen, welche stark mit Einsamkeit korrelieren. So konnten signifikant positive Korrelation zwischen TEI und sozialer Unterstützung und der Größe und der Qualität des sozialen Netzwerkes gezeigt werden (Zhao et al., 2019; Austin et al., 2005). Auch bei einer chinesischen Studie mit Erwachsenen zeigte sich TEI als Prädiktor für Einsamkeit. Der Zusammenhang von TEI und Einsamkeit wurde zudem durch das Selbstwertgefühl und die soziale Unterstützung mediiert.

Personen mit höherer TEI konnten ihre eigenen Emotionen besser wahrnehmen und einschätzen und könnten somit eher in der Lage sein, ihr Selbstwertgefühl zu steigern und somit von weniger Einsamkeit berichten. Im Gegensatz dazu zeigte die mediierende Funktion von sozialer Unterstützung, dass höhere TEI mit größerer sozialer Unterstützung verbunden war und somit die Einsamkeit verringern könnte. Der Effekt der sozialen Unterstützung war größer als der des Selbstwertgefühls (Zou, 2014). Der Zusammenhang von TEI und sozialer Unterstützung könnte dadurch zustande kommen, dass Personen mit hoher EI über ausgezeichnete soziale Fähigkeiten verfügen, kooperativ auf andere reagieren und enge und liebevolle Beziehungen entwickeln. Diese persönlichen Eigenschaften verschaffen ihnen eine größere soziale Unterstützung als Personen mit niedriger EI (Schutte et al., 2001). Personen mit höherer TEI könnten dadurch mehr Freundschaften knüpfen und somit über ein größeres soziales Netzwerk verfügen, welches ihnen auch mehr emotionale Unterstützung bieten kann (Ye et al., 2019).

Der Zusammenhang zwischen TEI, Depression und Einsamkeit im Alter ist bisher wenig erforscht.

Es wurden jedoch Studien zu TEI, sozialer Unterstützung und Wohlbefinden beziehungsweise Zufriedenheit durchgeführt. In einer Langzeitstudie mit chinesischen Student*innen zeigte sich, dass Personen mit höherer TEI zum Zeitpunkt 1 der Erhebung eher soziale Unterstützung durch ihre Mitmenschen 6 Monate später empfanden und somit zufriedener waren, als Personen mit niedriger TEI (Ye et al., 2019). Bei einer weiteren Studie mit älteren Proband*innen sagte TEI das Wohlbefinden vorher und dieser Zusammenhang wurde durch die soziale Unterstützung mediiert (Rey et al., 2019). Dies könnte durch die Hypothese von Salovey et al. (1999) erklärt werden, die besagt, dass Personen mit höherer EI eher dazu neigen, enge Beziehungen aufzubauen und zu pflegen und sich in Stresssituationen auf ihr soziales Netzwerk verlassen. Aufgrund dessen könnten sie eher von größerer sozialer Unterstützung profitieren. Sie haben ein breiteres Spektrum an Bewältigungsmöglichkeiten von negativen Situationen (Salovey et al., 1999), was somit zu höherem Wohlbefinden führen könnte (Kong et al., 2012a; Kong et al., 2012b). Personen mit höherer EI haben zudem die Tendenz eher wahrzunehmen, dass sie mehr soziale Unterstützung haben. Deshalb könnte der Effekt von EI auf das Wohlbefinden indirekt sein, indem EI die Wahrnehmung der vorhandenen sozialen Unterstützung beeinflusst (Kong et al., 2012a; Kong et al., 2012b). Sie könnten aber auch besser darin sein, die vorhandene Unterstützung zu mobilisieren als Personen mit niedriger EI (Salovey et al., 1999).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass der Zusammenhang von allen drei Konstrukten, TEI, Depression und Einsamkeit insbesondere bei Älteren, bisher wenig erforscht ist. Jedoch wurden Zusammenhänge zwischen Konstrukten gefunden, die mit diesen Konstrukten stark korrelieren.

3 Forschungsfrage und Hypothesen

Die Gesellschaft altert zunehmend und die Anzahl der über 60-Jährigen wird weltweit vermutlich bis 2050 von 12% auf 22% ansteigen (World Health Organization, 2021). Somit verdoppelt sich beinahe der Anteil an älteren Menschen und es ist von großer Wichtigkeit, sich zunehmend mit ihren Bedürfnissen und Problematiken auseinanderzusetzen. Ältere Personen zeigen hohe Depressions- und Einsamkeitswerte sowohl wenn sie zuhause als auch im Altenheim leben (Busch et al., 2013; Hansen & Slagsvold, 2016; Goud & Nikhade, 2015). Der Unterschied zwischen älteren Personen im Altenheim und älteren Personen, die zuhause leben, in Bezug auf diese beiden Variablen wurde bisher noch nicht ausführlich untersucht (Sridevi & Swathi, 2014; Pinquart & Sorensen, 2001). Des Weiteren zeigten die Depression und die Einsamkeit Korrelationen mit der Trait Emotionalen Intelligenz (TEI) auch bei Älteren (Martins et al., 2010; Zhao et al., 2019).

In der vorliegenden Studie sollen die Unterschiede zwischen älteren Personen, die im Altenheim leben, und älteren Personen, die zuhause leben, in Bezug auf Depression und Einsamkeit untersucht werden. Zusätzlich sollen die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen TEI, Depression und Einsamkeit bei Älteren erforscht werden.

Aus den bisherigen Forschungsergebnissen und Überlegungen ergibt sich folgende Fragestellung:

Inwiefern unterscheiden sich die Depression und die Einsamkeit bei älteren Personen, die im Altenheim leben, und älteren Personen, die zuhause leben, und welche Zusammenhänge zeigen Emotionale Intelligenz, Depression und Einsamkeit?

3.1 Hypothesen

3.1.1 Unterschiede bezüglich Depression und Einsamkeit bei Personen, die im Altenheim leben, und Personen, die zuhause leben

Die Depression ist nach der Demenz die häufigste psychische Erkrankung im Alter (Helmchen et al., 2010) und in einer deutschen Studie zeigten 16% der 53- bis 80-Jährigen eine Depression (Wild et al., 2012). In ägyptischen Altenheimen zeigte sich eine Depressionsprävalenz von 67.5%, wobei 51.7% der Befragten eine leichte und 15.8% eine mittelgradige Depression zeigten (Ahmed et al., 2014). In einer Studie, in der mehrere New Yorker Altenheime untersucht wurden, konnte eine Prävalenz von 14.4% für eine Major Depression und 17% für

eine milde Depression festgestellt werden (Teresi et al., 2001). In einer indischen Studie mit 80 Proband*innen fanden die Autor*innen höhere Depressionswerte bei Personen in Altenheimen im Vergleich zu zuhause lebenden älteren Personen (Sridevi & Swathi, 2014).

Hieraus ergibt sich Teilhypothese 1a:

Hypothese 1a: Ältere Personen, die im Altenheim leben, haben höhere Depressionswerte als ältere Personen, die zuhause leben

Einsamkeit ist ein großes Problem für ältere Menschen. In den Ländern Deutschland, Polen, Belgien, Frankreich und Norwegen hatte die Altersgruppe der 71-80-Jährigen fast doppelt so hohe Einsamkeitsprävalenzen (10-13%) als die Altersgruppe der 18- bis 30-Jährigen (5-9%) (Hansen & Slagsvold, 2016) und es zeigt sich somit eine u-förmige Verteilung (Victor & Yang, 2012). Bei erwachsenen Befragten, welche zwischen 27 und 101 Jahren waren und nicht in Betreuungseinrichtungen lebten, zeigten 76% moderate oder hohe Einsamkeitswerte (Lee et al., 2019). Es gibt aber bisher wenig Informationen über Einsamkeit in Altenheimen (Grenade & Boldy, 2008). In einer Studie mit in Altenheim lebenden Personen gaben 9% an, oft oder immer einsam zu sein und 26% manchmal einsam zu sein (Jansson et al., 2017). Eine Metaanalyse fand heraus, dass die Einsamkeitsprävalenzen bei Älteren im Altenheim höher war als bei Älteren, die zuhause lebten (Pinquart & Sorensen, 2001).

Hieraus ergibt sich Teilhypothese 1b:

Hypothese 1b: Ältere Personen, die im Altenheim leben, haben höhere Einsamkeitswerte und höhere Werte auf den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation als ältere Personen, die zuhause leben

3.1.2 Zusammenhänge zwischen TEI, Depression und Einsamkeit

In einer Reviewstudie konnte ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit gefunden werden (Wang et al., 2018). Die Richtung des Zusammenhangs ist aber noch ungeklärt, aber es gibt Hinweise für beide Kausalitäten. In einer Metaanalyse zeigte sich, dass Einsamkeit einen moderat positiven Effekt auf Depression hat (Erzen & Çikrikci, 2018). Personen mit hohen Einsamkeitswerten litten signifikant häufiger an Depressionen (45%) als Personen mit niedrigen Einsamkeitswerten (15.2%) (Adams et al., 2004). Bei einer

Langzeitstudie wurde herausgefunden, dass ältere Personen mit höheren Einsamkeitswerten 2 Jahre später schwerere Depressionssymptome zeigten und die Wahrscheinlichkeit einer Remission der Depression geringer war (Holvast et al., 2015). In einer fünfjährigen Langzeitstudie wurde herausgefunden, dass Einsamkeit Veränderungen bezüglich der Depression vorhersagen konnte, und zwar besser als die Depressionswerte bei der Baselineerhebung selbst. Der Zusammenhang war nicht auf Größe oder Qualität der sozialen Netzwerke zurück zu führen und die Depression hat die Einsamkeit nicht vorhergesagt (Cacioppo et al., 2010). Einsamkeit war bei Älteren der stärkste Prädiktor für einen depressiven Affekt (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007). Einsamkeit war auch dann ein Risikofaktor für Depression, wenn für demografische und psychosoziale Variablen wie Stress und niedrige soziale Unterstützung kontrolliert wurde (Cacioppo et al., 2006).

Im Gegensatz dazu wurde in einer schwedischen Langzeitstudie mit älteren Befragten gezeigt, dass eine Zunahme an depressiven Symptomen die Einsamkeit 7 Jahre später vorhersagte (Dahlberg et al., 2015). Und sowohl bei älteren Personen, die zuhause als auch im Altenheim lebten, war Depression ein signifikanter Prädiktor von Einsamkeit (Prieto-Flores et al., 2011).

Hieraus ergibt sich Teilhypothese 2a:

Hypothese 2a: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation

Eine Metaanalyse zeigte einen Zusammenhang zwischen Depression und TEI (Martins et al., 2010). Personen mit niedrigeren TEI Werten hatten höhere Depressionswerte als Personen mit höheren TEI Werten (Martínez-Monteagudo et al., 2019; Smith et al., 2015; Weaving et al., 2014). Dies konnte auch bei Älteren nachgewiesen werden. Bei einer Studie mit über 65-Jährigen zeigte die depressive Gruppe niedrigere TEI Werte als die nicht-depressive Gruppe. Es zeigte sich, dass für jeden TEI-Punkt mehr, der erreicht wurde, sich das Depressionsrisiko um 6% reduzierte (Lloyd et al., 2012). Die Emotionale Intelligenz könnte somit als protektiver Faktor gegen die Depression insbesondere im Alter fungieren, da TEI auch den Zusammenhang von Alter und Wohlbefinden mediiert (Chen et al., 2016).

Hieraus ergibt sich Teilhypothese 2b:

Hypothese 2b: Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen TEI und Depression

Mehrere Studien fanden signifikant negative Korrelationen zwischen TEI und Einsamkeit (Zhao et al., 2019; Zhang et al., 2015; Shi & Wang, 2007; Saklofske et al., 2003). Bei einer Langzeitstudie mit Kindern konnte TEI zudem als Prädiktor für die Einsamkeit ein Jahr später festgestellt werden (Davis et al., 2019). Dieser Zusammenhang könnte dadurch zustande kommen, dass schlechte Emotionsregulationsfähigkeiten die Einsamkeit über die Zeit erhöhen können (Nightingale et al., 2013; Vanhalst et al., 2012). Andererseits wird vermutet, dass die Einsamkeit die Fähigkeit zur Emotionsregulation beeinträchtigen könnte (Cacioppo & Hawkley, 2009).

Hieraus ergibt sich Teilhypothese 2c:

Hypothese 2c: Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen TEI und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation

Es konnten bereits alle Teilzusammenhänge empirisch belegt werden und es gibt Studien, welche Mediationswirkungen zeigten, die zu den Variablen Depression und Einsamkeit Korrelationen aufweisen (Zou, 2014). Beispielsweise sagte TEI Wohlbefinden bei Älteren in einer Studie vorher und dieser Zusammenhang wurde durch die soziale Unterstützung mediiert (Rey et al., 2019). In der vorliegenden Studie wird ein Mediationseffekt der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang von TEI und Depression vermutet. Diese Effekte sind in *Abbildung 3* dargestellt.

Hieraus ergibt sich Teilhypothese 2d:

Hypothese 2d: Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation mediierten den Zusammenhang zwischen TEI und Depression

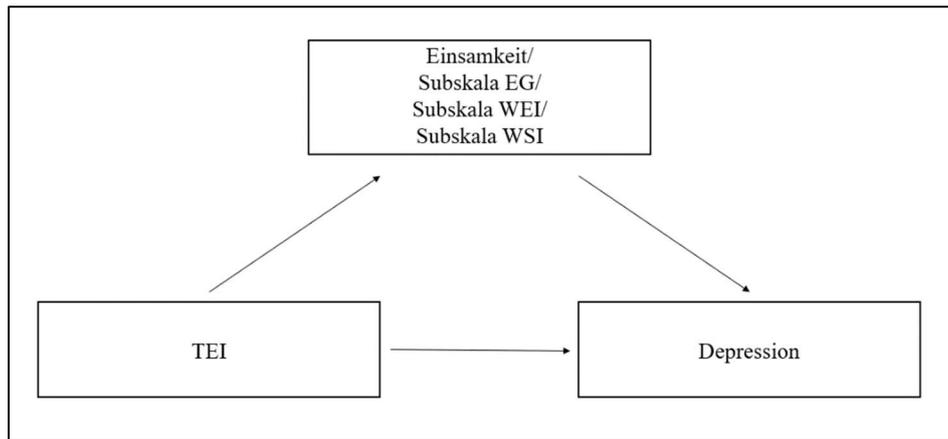


Abbildung 3: Angenommene Mediationseffekte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang von TEI und Depression

4 Methode

4.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf

Um die Fragestellung und die Hypothesen quantitativ zu untersuchen, wurden in dieser Arbeit drei Fragebögen verwendet, um die Depression, die Einsamkeit und die TEI zu erfassen. Erstere war die Geriatric Depression Scale – deutsche Kurzfassung (GDS) von Bach et al. (1995), zweitere die UCLA Loneliness Scale (UCLA LS) von Döring und Bortz (1993) und letzterer der Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form (TEIQue-SF) von Petrides und Furnham (2006). Zusätzlich zu den bereits genannten Fragebögen wurden die soziodemografischen Daten zu Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Wohnsituation, Familienstand und Staatsbürgerschaft erfragt.

Der Fragebogen war sowohl online über den Webdienst SoSciSurvey (www.soscisurvey.de) als auch im Paper-Pencil-Format verfügbar. Um zuhause lebende ältere Personen zu erreichen, wurde der Fragebogen in verschiedenen Allgemeinarztpraxen ausgelegt und das Schneeballsystem genutzt. Um Personen zu erreichen, welche im Altenheim leben, wurde die Befragung in verschiedenen Altenheimen in Stuttgart und Innsbruck durchgeführt. Dies geschah in einem Eins-zu-eins-Setting, bei dem die Fragen und die Antwortmöglichkeiten vorgelesen wurden und die befragte Person mitteilte, welche der Antwortmöglichkeiten für sie passend war. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 11.02.2022 bis zum 22.03.2022 und die Studie hat ein Querschnittsdesign. Die Befragung war freiwillig und es wurde keine Vergütung oder Ähnliches in Aussicht gestellt. Der Fragebogen richtete sich an alle Personen, die 60 Jahre oder älter sind. Personen unter 60 Jahren und Personen, die ambulant beispielsweise durch einen Pflegedienst versorgt wurden, wurden aus der Befragung ausgeschlossen.

Insgesamt wurde der Fragebogen von 274 Personen vollständig ausgefüllt. Davon wurden 6 Personen ausgeschlossen, da diese unter 60 Jahre alt waren. Der bereinigte Datensatz besteht somit aus 268 Personen, von denen 203 Personen (75.7%) zuhause und 65 Personen (24.3%) stationär in einem Altenheim lebten. Die Stichprobe bestand aus 91 Männern (34.0%) und 177 Frauen (66.0%). Das Durchschnittsalter lag bei 75.29 Jahren ($Min = 60$, $Max = 104$, $SD = 9.92$). Eine deutsche Staatsbürgerschaft hatten 229 (85.4%) der Befragten, 30 (11.2%) Befragte hatten eine österreichische Staatsbürgerschaft und 9 (3.4%) Personen gaben an, eine andere Staatsbürgerschaft zu besitzen. Etwa ein Viertel der Proband*innen (26.9%, $n = 72$) hatte einen Berufsschulabschluss, etwa ein Viertel (23.9%, $n = 64$) gab eine weiterführende schulische Ausbildung ohne Matura/ Abitur als ihren höchsten Bildungsabschluss an und etwa ein

weiteres Viertel (26.1%, $n = 70$) hatte einen Universitäts- oder einen Fachhochschulabschluss. Die restlichen Proband*innen gaben als ihren höchsten Bildungsabschluss entweder die Pflichtschule (15.7%, $n = 42$), Abitur/ Matura (4.9%, $n = 13$) oder „Anderes“ (2.6%, $n = 7$) an. Der Großteil der befragten Personen arbeitete nicht oder gab an, in Rente zu sein (86.6%, $n = 232$). Von den restlichen Personen arbeiteten 20 (7.5%) in Vollzeit und 16 (6.0%) in Teilzeit. In Bezug auf den Familienstand gaben 44.4% ($n = 119$) der Befragten an, in einer festen Partnerschaft zu sein, 23.1% ($n = 62$) waren alleinstehend, 11.6% ($n = 31$) geschieden und 20.9% ($n = 56$) verwitwet. Insgesamt erreichten 24.6% der Befragten einen Wert auf der Depressionsskala, der indiziert, dass eine Depressionssymptomatik wahrscheinlich ist. In der Gruppe der im Altenheim lebenden Personen lagen 43.1% ($n = 28$) und in der Gruppe der zuhause lebenden Personen 18.7% ($n = 38$) in dem Bereich oberhalb des Cut-off-Wertes. Dabei litten von den Personen, die im Altenheim lebten, 27.7% an einer milden Depression, 9.2% an einer moderaten Depression und 6.2% zeigten Anzeichen für eine schwere Depression. Bei zuhause lebenden Personen litten 13.8% an einer milden Depression, 3.4% an einer moderaten Depression und 1.5% an einer schweren Depression.

4.2 Beschreibung verwendeter Verfahren

4.2.1 Depression

Zur Erfassung der Depression wurde die Geriatric Depression Scale – deutsche Kurzfassung verwendet (Bach et al., 1995), welche für Menschen ab 55 Jahren geeignet ist. Die Skala besteht aus 15 Items, welche mit *Ja* oder *Nein* zu beantworten sind. Ein Beispielitem ist: „Sind Sie grundsätzlich mit ihrem Leben zufrieden? (*Ja/ Nein*)“. Ein Punkt wird für die Antwort in die depressive Richtung vergeben, somit können maximal 15 Punkte erreicht werden. Der Cut-off-Wert wurde auf 5 Punkte festgelegt, was bedeutet, dass bei Personen, die 5 oder mehr Punkte erreichen, eine depressive Symptomatik wahrscheinlich ist (Bach et al., 1995). Bei einer Punktzahl von 0-4 wird von keiner depressiven Symptomatik ausgegangen. Eine Punktzahl von 5-8 indiziert eine milde Depression, 9-11 eine moderate Depression und 12-15 eine schwere Depression (Greenberg, 2012). Für die deutsche Version liegen keine Daten bezüglich der Reliabilität und Validität vor. Die Originalversion zeigte eine Retestreliabilität von $r_{tt} = .85$, ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .94$ und eine Splithalf-Reliabilität von $r_{tt} = .94$. Die externe Validität konnte bestätigt werden und die Originalfassung zeigte Sensitivitätswerte zwischen 70% und 89%, Spezifitätswerte zwischen 73% und 100% und die Gesamteffektivität betrug 77% bis 84% (Bach et al., 1995).

4.2.2 Einsamkeit

Um die Einsamkeit zu erfassen wurde die deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale (UCLA LS) verwendet (Döring & Bortz, 1993). Die Skala besteht aus 20 Items, die auf einer fünfstufigen Intensitätsskala (1 = *stimmt gar nicht* – 5 = *völlig*) zu beantworten sind. Ein Beispielitem ist: „Ich fühle mich allein“. Für die Antwortalternativen werden 1 bis 5 Punkte vergeben, wobei eine hohe Punktzahl mehr Einsamkeit bedeutet. Es werden Summenscores gebildet, welche durch die Anzahl der Items geteilt werden und sich somit sowohl für die Gesamtskala als auch für die Subskalen ein Wertebereich von 1 bis 5 ergibt. Die drei Subskalen sind Einsamkeitsgefühle (EG), wahrgenommene emotionale Isolation (WEI), die sich auf soziale Interaktionen, die durch Zuverlässigkeit, Vertrauen, Unterstützung und Erreichbarkeit gekennzeichnet sind, bezieht, und wahrgenommene soziale Interaktion (WSI), die sich auf Aspekte der Zugehörigkeit, Gemeinsamkeit und Geselligkeit bezieht. Die Split-Half-Reliabilität beträgt $r_{tt} = .85$ und Cronbachs Alpha $\alpha = .89$ und sind somit zufriedenstellend. Die Item-Interkorrelation lag im Durchschnitt bei $r_{ii} = .29$ und somit im Akzeptanzbereich. Der durchschnittliche Trennschärfeindex lag mit $r_{it} = .51$ im durchschnittlichen Bereich (Döring & Bortz, 1993).

4.2.3 Emotionale Intelligenz

Zur Erfassung der Trait Emotionalen Intelligenz wurde der Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form (TEIQue-SF) verwendet (Petrides & Furnham, 2006a). Der Fragebogen beinhaltet 30 Items, welche auf einer 7-stufigen Likert-Skala (1 = *stimme gar nicht zu* - 7 = *stimme voll zu*) beantwortet werden. Ein Beispielitem ist: „Ich habe kein Problem damit, meine Emotionen in Worte zu fassen“. Die Kurzversion basiert auf der Langversion des TEIQue (Petrides & Furnham, 2003). Der TEIQue beinhaltet 4 Hauptfaktoren, welche eine Durchschnittsinterkorrelation von $R_{ff} = .42$ haben. Der Faktor Emotionalität beschreibt, inwiefern Personen mit ihren eigenen Gefühlen und denen von anderen in Verbindung stehen und Emotionen erkennen und managen können. Der Faktor Selbstkontrolle bezieht sich auf eine gesunde Kontrolle von Verlangen und Impulsen und eine gute Stressregulation. Personen mit einer hohen Punktzahl beim Faktor Sozialität sind besser in sozialen Interaktionen. Der Faktor Wohlbefinden beschreibt, inwiefern sich eine Person glücklich und erfüllt fühlt. Die Interne Konsistenz der Kurzversion liegt bei $\alpha = .69$ (Petrides, 2009).

4.3 Auswertungsmethoden

Zur Auswertung wurde das Programm IBM SPSS Statistics Version 27 verwendet. Ab einem Signifikanzniveau von $p < .05$ wird von einem signifikanten Ergebnis berichtet und ab einem Niveau von $p < .1$ von einem Trend zur Signifikanz.

Gemäß dem zentralen Grenzwertsatz konnte bei Stichproben $n \geq 30$ eine Normalverteilung angenommen und mit parametrischen Tests gerechnet werden (Döring & Bortz, 2016). Die Interpretation der Effektstärken erfolgte nach Bortz und Döring (2016) (siehe *Tabelle 3*).

Tabelle 3: Interpretation der Effektstärken (Bortz & Döring, 2016)

Test/ Effektstärke	schwach	Mittelstark	Stark
Cohen's <i>d</i>	$\geq .20$	$\geq .50$	$\geq .80$
<i>R</i>	$\geq .10$	$\geq .30$	$\geq .50$

Hypothesen 1a und 1b wurden mit einem t-Test nach Student geprüft, da die unabhängige Variable nominal dichotom und die abhängigen Variablen intervallskaliert waren. Hypothesen 2a-c wurden mit einer Korrelationsanalyse nach Pearson geprüft. Zur Überprüfung der Hypothese 2d wurde eine Mediationsanalyse nach Hayes (2012) mithilfe des Makro PROCESS durchgeführt.

5 Ergebnisse

Es sind keine fehlenden Werte vorhanden, da nur vollständig ausgefüllte Fragebögen bei der Datenauswertung herangezogen wurden. Daher werden die Kennzahlen im Folgenden mit einer Gesamtstichprobengröße von $N = 268$ berichtet.

5.1 Deskriptive Ergebnisse

In *Tabelle 4* werden alle Interkorrelationen in einer Interkorrelationsmatrix dargestellt. Für eine bessere Übersicht wurden alle signifikanten Korrelationen grau hinterlegt.

Im folgenden Abschnitt soll auf die relevanten Interkorrelationen der Variablen eingegangen werden.

Der Bildungsstand (1 = *Weiterführende schulische Ausbildung ohne Abitur/ Matura und niedriger*, 2 = *Abitur/ Matura und höher*) korrelierte negativ mittelstark mit dem Alter ($r = -.31$, $p < .001$). Personen mit höherem Bildungsstand waren somit jünger als Personen mit niedrigerem Bildungsstand. Es zeigte sich ein schwach negativer Zusammenhang mit dem Geschlecht (1 = *männlich*, 2 = *weiblich*; $r = -.20$, $p < .001$), woraus sich schließen lässt, dass Frauen eher einen niedrigeren Bildungsstand und Männer eher einen höheren Bildungsstand hatten. Der Bildungsstand wies außerdem einen schwach negativen Zusammenhang mit der Einsamkeitssubskala Einsamkeitsgefühle (EG) auf ($r = -.15$, $p = .015$). Personen, mit einem niedrigeren Bildungsstand, wiesen höhere Werte auf der Subskala EG auf als Personen mit einem höheren Bildungsstand. Zudem konnte eine mittelstarke positive Korrelation mit der Emotionalen Intelligenz gefunden werden ($r = .20$, $p = .001$). Personen mit einem höheren Bildungsstand wiesen höhere Werte der Emotionalen Intelligenz auf als Personen mit einem niedrigeren Bildungsstand.

Ein mittelstarker Zusammenhang konnte zwischen der Berufstätigkeit (1 = *berufstätig*, 2 = *nicht berufstätig*) und dem Alter gefunden werden ($r = .47$, $p < .001$). Nicht berufstätige Personen waren älter als berufstätige Personen. Des Weiteren zeigte sich ein schwach negativer Zusammenhang zwischen der Berufstätigkeit und dem Bildungsstand ($r = -.21$, $p < .001$). Berufstätige Personen hatten eher einen höheren Bildungsstand als nicht berufstätige Personen.

Tabelle 4: Interkorrelationsmatrix: Mittelwerte, Standardabweichungen, Korrelationsanalyse nach Pearson und interne Konsistenzanalyse

		<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Alter	75.29	9.92	-											
2	Geschlecht ^a	1.66	0.47	.07	-										
3	Bildungsstand ^b	1.31	0.46	-.31**	-.20**	-									
4	Berufstätigkeit ^c	1.87	0.34	.47**	-.03	-.21**	-								
5	Familienstand ^d	1.44	0.50	-.25**	-.23**	.20*	-.07	-							
6	Wohnsituation ^e	1.76	0.43	-.64**	-.19*	.28**	-.17*	.38**	-						
7	Depression	3.19	2.99	.29**	.14*	-.12	.11	-.26**	-.30**	(.80)					
8	Einsamkeit	2.04	0.72	.17*	.11	-.10	.06	-.23**	-.13*	.68**	(.92)				
9	Subskala EG	2.02	0.81	.22**	.15*	-.15*	.06	-.29**	-.22**	.70**	.94**	(.85)			
10	Subskala WEI	1.76	0.77	.01	.07	-.06	.03	-.07	.12	.46**	.84**	.70**	(.85)		
11	Subskala WSI	2.31	0.81	.18*	.04	-.04	.05	-.21**	-.14*	.59**	.88**	.73**	.63**	(.81)	
12	Emotionale Intelligenz	5.12	0.75	-.17*	-.11	.20*	-.11	.14*	.13*	-.59**	-.66**	-.60**	-.56**	-.61**	(.86)

Anmerkungen: *N* = 268, *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, EG: Einsamkeitsgefühle, WEI: wahrgenommene emotionale Isolation, WSI: wahrgenommene soziale Isolation, ** $p < .001$, * $p < .05$, ^a1 = männlich, 2 = weiblich, ^b1 = weiterführende schulische Ausbildung ohne Abitur/ Matura und niedriger, 2 = Abitur/ Matura und höher, ^c1 = berufstätig, 2 = nicht berufstätig, ^d1 = alleinstehend, 2 = in fester Partnerschaft, ^e1 = im Altenheim lebend, 2 = zuhause lebend

Der Familienstand (1= *alleinstehend*, 2 = *in fester Partnerschaft*) zeigte schwach negative Zusammenhänge mit dem Alter ($r = -.25, p < .001$) und dem Geschlecht ($r = -.23, p < .001$) und einen schwach positiven Zusammenhang mit dem Bildungsstand ($r = .20, p = .001$). Alleinstehende Personen waren älter und hatten einen niedrigeren Bildungsstand als Personen in einer festen Partnerschaft, welche jünger waren und einen höheren Bildungsstand hatten. Frauen waren eher alleinstehend und Männer waren eher in einer festen Partnerschaft. Außerdem konnten schwach negative Zusammenhänge mit der Depression ($r = -.26, p < .001$), der Einsamkeit ($r = -.23, p < .001$) und den Einsamkeitssubskalen EG ($r = -.29, p < .001$) und wahrgenommene soziale Isolation (WSI) ($r = -.21, p < .001$) gefunden werden. Alleinstehende hatten eher höhere Werte für die Depression, die Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen EG und WSI als Personen in einer festen Partnerschaft. Mit der Emotionalen Intelligenz zeigte sich wiederum ein schwach positiver Zusammenhang ($r = .14, p = .025$). Personen in einer festen Partnerschaft zeigten eher höhere Werte der Emotionalen Intelligenz als alleinstehende Personen.

In Bezug auf die Wohnsituation (1 = *im Altenheim lebend*, 2 = *zu Hause lebend*) konnten mehrere signifikante Zusammenhänge gefunden werden. Das Alter und die Wohnsituation wiesen einen stark negativen Zusammenhang auf ($r = -.64, p < .001$). Personen, die im Altenheim lebten, waren älter als Personen, die zu Hause lebten. Ein mittelstarker Zusammenhang zeigte sich mit dem Familienstand ($r = .38, p < .001$). Im Altenheim lebende Personen waren eher alleinstehend als zu Hause lebende Personen, welche sich eher in festen Partnerschaften befanden. Schwach negative Korrelationen zeigten sich mit dem Geschlecht ($r = -.19, p = .002$) und der Berufstätigkeit ($r = -.17, p = .005$). Personen, die im Altenheim lebten, waren eher nicht berufstätig als Personen, die zu Hause lebten. Im Altenheim lebende Personen waren eher weiblich und zu Hause lebende Personen eher männlich. Ein schwach positiver Zusammenhang zeigte sich wiederum mit dem Bildungsstand ($r = .28, p < .001$). Personen, die im Altenheim lebten, wiesen einen niedrigeren Bildungsstand auf als Personen, die zu Hause lebten. Es konnte ein mittelstarker negativer Zusammenhang mit der Depression ($r = -.30, p < .001$) und schwach negative Zusammenhänge mit der Einsamkeit ($r = -.13, p = .037$) und den Einsamkeitssubskalen EG ($r = -.22, p < .001$) und WSI ($r = -.14, p = .022$) gefunden werden. Im Altenheim lebende Personen hatten eher höhere Werte für die Depression, die Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen EG und WSI als zu Hause lebende Personen. Außerdem zeigte sich eine schwach positive Korrelation mit der Emotionalen Intelligenz ($r = .13, p = .040$).

Zuhause lebende Personen zeigten höhere Werte der Emotionalen Intelligenz als im Altenheim lebende Personen.

Das Alter zeigte schwach positive Zusammenhänge mit der Depression ($r = .29, p < .001$), der Einsamkeit ($r = .17, p = .004$) und den Einsamkeitssubskalen EG ($r = .22, p < .001$) und WSI ($r = .18, p = .004$). Je höher das Alter, desto höher waren die Werte für die Depression, die Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen EG und WSI. Es konnte zudem eine schwach negative Korrelation mit der Emotionalen Intelligenz gefunden werden ($r = -.17, p = .006$). Je höher das Alter, desto niedriger waren die Werte für die Emotionale Intelligenz.

Bezüglich des Geschlechts ließen sich schwach positive Zusammenhänge mit der Depression ($r = .14, p = .020$) und der Einsamkeitssubskala EG finden ($r = .15, p = .013$). Frauen zeigten sowohl höhere Depressionswerte als auch höhere Werte auf der Einsamkeitssubskala EG als Männer.

Die Depression zeigte stark positive Zusammenhänge mit der Einsamkeit ($r = .68, p < .001$) und den Einsamkeitssubskalen EG ($r = .70, p < .001$) und WSI ($r = .59, p < .001$). Des Weiteren korrelierte sie stark negativ mit der Emotionalen Intelligenz ($r = -.59, p < .001$) und mittelstark positiv mit der Einsamkeitssubskala wahrgenommene emotionale Isolation (WEI) ($r = .46, p < .001$).

Die Einsamkeit zeigte stark positive Zusammenhänge mit ihren Subskalen EG ($r = .94, p < .001$), WEI ($r = .84, p < .001$) und WSI ($r = .88, p < .001$) und korrelierte zudem stark negativ mit der Emotionalen Intelligenz ($r = -.66, p < .001$).

Die Einsamkeitssubskala Einsamkeitsgefühle korrelierte stark positiv mit den anderen beiden Einsamkeitssubskalen (Subskala WEI: $r = .70, p < .001$; Subskala WSI: $r = .73, p < .001$) und auch diese korrelierten stark positiv untereinander ($r = .63, p < .001$).

Die Emotionale Intelligenz korrelierte stark negativ mit den Einsamkeitssubskalen EG ($r = -.60, p < .001$), WEI ($r = -.56, p < .001$) und WSI ($r = -.61, p < .001$).

Zusätzlich zu den Korrelationen werden in *Tabelle 4* die Reliabilitäten der Skalen dargestellt. Die Skalen Depression ($\alpha = .80$) und Emotionale Intelligenz ($\alpha = .86$) als auch die Einsamkeitssubskalen EG ($\alpha = .85$), WEI ($\alpha = .85$) und WSI ($\alpha = .81$) zeigten gute interne Reliabilitäten und die Skala Einsamkeit sogar exzellente ($\alpha = .92$).

5.2 Darstellung der Ergebnisse im Detail

5.2.1 Hypothese 1a

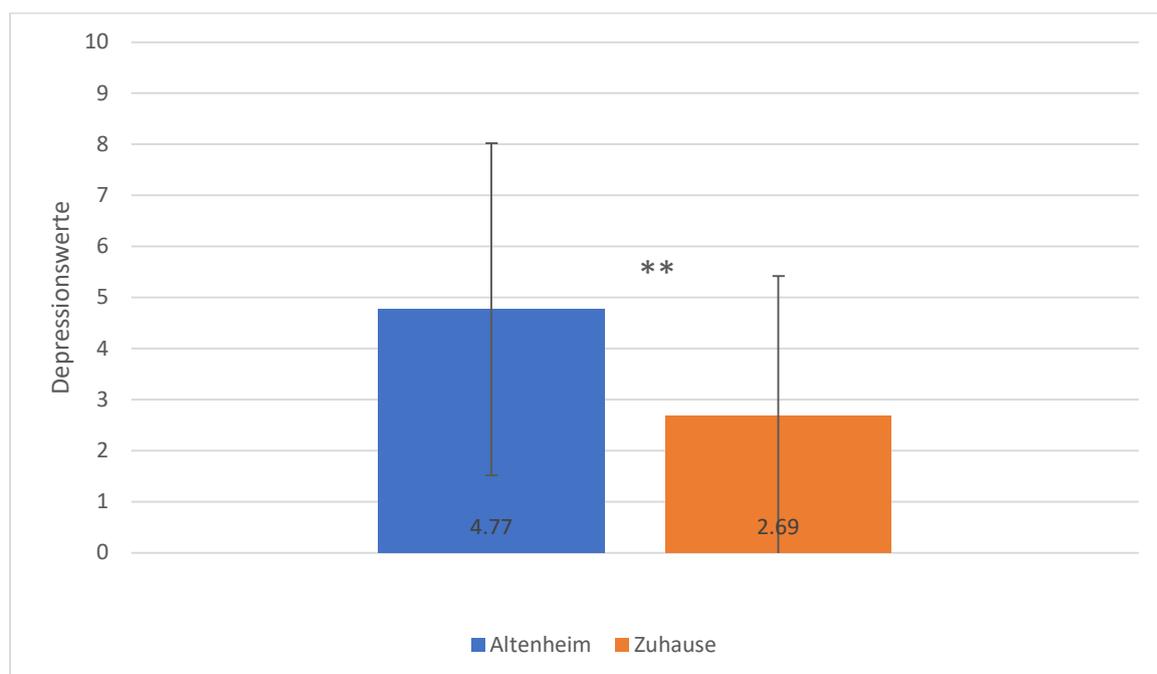
Ältere Personen, die im Altenheim leben, haben höhere Depressionswerte als ältere Personen, die zuhause leben

Table 5: Depressionswerte bei älteren Personen, die im Altenheim lebten, und älteren Personen, die zuhause lebten

Variable	Altenheim ^a		Zuhause ^b		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>D</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Depression	4.77	3.25	2.69	2.73	4.66	< .001	1.19	2.97	0.73

Anmerkungen: M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, CI: Konfidenzintervall, LL: untere Grenze, UL: obere Grenze, d: Cohen's d, ^an = 65, ^bn = 203

Wie in *Table 5* dargestellt, wiesen Personen, die im Altenheim lebten, höhere Depressionswerte auf als Personen, die zuhause lebten ($t(95) = 4.66, p < .001$). Es handelt sich hierbei um einen mittelstarken Effekt ($d = 0.73$). Dieses Ergebnis ist in *Abbildung 4* dargestellt. Die Durchschnittswerte beider Gruppen lagen unter dem Cut-off-Wert von 5, der eine depressive Symptomatik wahrscheinlich macht. Hypothese 1a kann somit angenommen werden.



*Abbildung 4: Depressionswerte bei im Altenheim und zuhause lebenden Personen, ** $p < .001$*

5.2.2 Hypothese 1b

Ältere Personen, die im Altenheim leben, haben höhere Einsamkeitswerte und höhere Werte auf den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation als ältere Personen, die zuhause leben

Tabelle 6: Einsamkeitswerte und Werte der Einsamkeitssubskalen bei älteren Personen, die im Altenheim lebten, und älteren Personen, die zuhause lebten

Variable	Altenheim ^a		Zuhause ^b		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Einsamkeit	2.20	0.76	1.99	0.69	2.10	.037	0.01	0.41	0.30
Subskala EG	2.34	0.91	1.92	0.75	3.72	< .001	0.20	0.64	0.53
Subskala WEI	1.59	0.75	1.81	0.77	-2.00	.048	-0.43	-0.00	-0.28
Subskala WSI	2.51	0.94	2.25	0.75	2.06	.042	0.01	0.52	0.33

Anmerkungen: EG: Einsamkeitsgefühle, WEI: wahrgenommene emotionale Isolation, WSI: wahrgenommene soziale Isolation, *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, *CI*: Konfidenzintervall, *LL*: untere Grenze, *UL*: obere Grenze, *d*: Cohen's *d*, ^a*n* = 65, ^b*n* = 203

In *Tabelle 6* werden die Ergebnisse des *t*-Tests für unabhängige Stichproben zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede der Einsamkeitswerte und den Werten der Einsamkeitssubskalen bei Personen, die im Altenheim lebten, und Personen, die zuhause lebten, dargestellt. Personen, die im Altenheim lebten, wiesen höhere Einsamkeitswerte ($t(266) = 2.10, p = .037, d = 0.30$) und höhere Werte auf den Subskalen EG ($t(266) = 3.72, p < .001, d = 0.53$) und WSI ($t(92) = 2.06, p = .042, d = 0.33$) auf als Personen, die zuhause lebten. Bezüglich den Einsamkeitswerten und der Subskala WSI zeigten sich schwache Effekte, während der Unterschied bezüglich der Subskala EG bei den Gruppen ein mittelstarker Effekt war. Bei der Subskala WEI zeigten Personen, die zuhause lebten, höhere Werte als Personen, die im Altenheim lebten ($t(111) = -2.00, p = .048, d = -0.28$). Dies war ein schwacher Effekt. Die Ergebnisse sind in *Abbildung 5* dargestellt. Die Hypothese 1b kann somit nur teilweise angenommen werden.

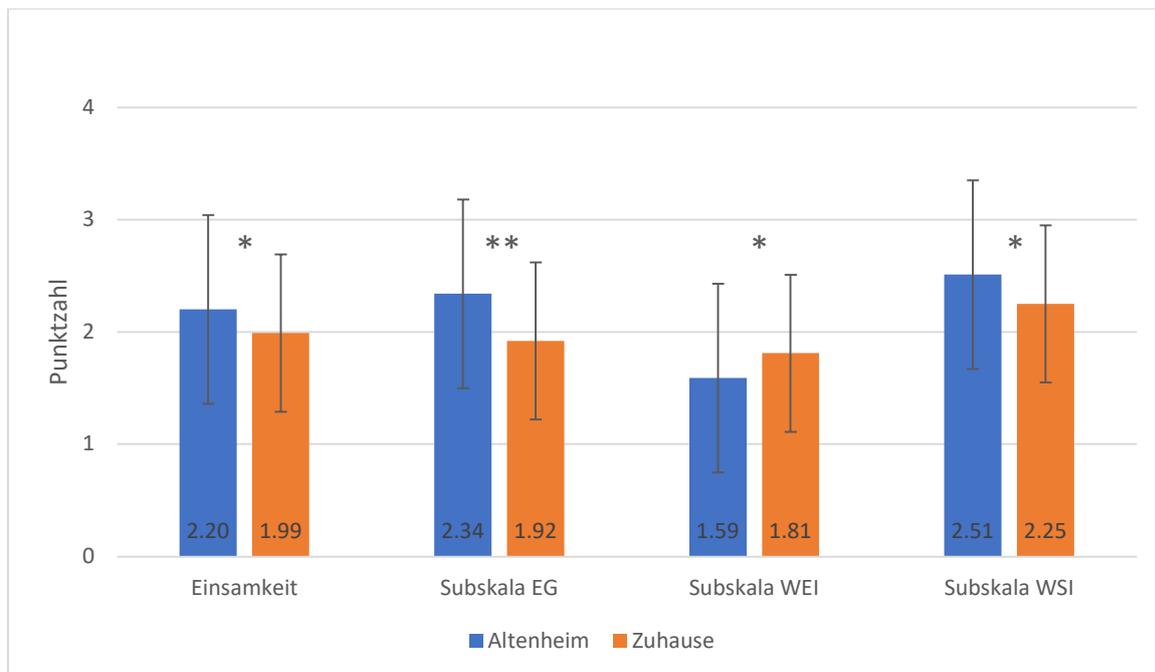


Abbildung 5: Einsamkeitswerte und die Werte der Einsamkeitssubskalen bei im Altenheim und zuhause lebenden Personen, ** $p < .001$, * $p < .05$, EG: Einsamkeitsgefühle, WEI: wahrgenommene emotionale Isolation, WSI: wahrgenommene soziale Isolation

5.2.3 Hypothese 2a

Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen Depression und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen

Variable	Einsamkeit	Subskala EG	Subskala WEI	Subskala WSI
Depression	.68**	.70**	.46**	.59**

Anmerkungen: ** $p < .001$, EG: Einsamkeitsgefühle, WEI: wahrgenommene emotionale Isolation, WSI: wahrgenommene soziale Isolation

Es konnten signifikant starke positive Zusammenhänge zwischen Depression und Einsamkeit ($r = .68$, $p < .001$), der Subskala EG ($r = .70$, $p < .001$) und der Subskala WSI ($r = .59$, $p < .001$) gefunden werden (Tabelle 7). Ein mittelstarker positiver Zusammenhang zeigte sich zwischen Depression und der Subskala WEI ($r = .46$, $p < .001$). Je höher die Depressionswerte, desto höher waren die Werte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen EG, WEI und WSI. Aufgrund dieser Ergebnisse kann Hypothese 2a bestätigt werden.

5.2.4 Hypothese 2b

Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen TEI und Depression

Es konnte eine stark negative Korrelation zwischen TEI und Depression gefunden werden ($r = -.59, p < .001$). Je höher die Depressionswerte, desto niedriger waren die Werte der Emotionalen Intelligenz und je höher die Werte der Emotionalen Intelligenz, desto niedriger waren die Depressionswerte. Hypothese 2b kann somit bestätigt werden.

5.2.5 Hypothese 2c

Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen TEI und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation

Tabelle 8: Zusammenhänge zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen

Variable	Einsamkeit	Subskala EG	Subskala WEI	Subskala WSI
Emotionale Intelligenz	-.66**	-.60**	-.56**	-.61**

*Anmerkungen: ** $p < .001$, EG: Einsamkeitsgefühle, WEI: wahrgenommene emotionale Isolation, WSI: wahrgenommene soziale Isolation*

Es konnten stark negative Zusammenhänge zwischen der Emotionalen Intelligenz und Einsamkeit ($r = -.66, p < .001$), der Subskala EG ($r = -.60, p < .001$), der Subskala WEI ($r = -.56, p < .001$) und der Subskala WSI ($r = -.61, p < .001$) gefunden werden (*Tabelle 8*). Je höher der Wert der Emotionalen Intelligenz war, desto niedriger waren die Werte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen und je höher die Werte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen, desto niedriger war der Wert der Emotionalen Intelligenz. Hypothese 2c kann somit angenommen werden.

5.2.6 Hypothese 2d

Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle, wahrgenommene emotionale Isolation und wahrgenommene soziale Isolation medieren den Zusammenhang zwischen TEI und Depression

Die vermuteten Zusammenhänge sind in *Abbildung 6* dargestellt.

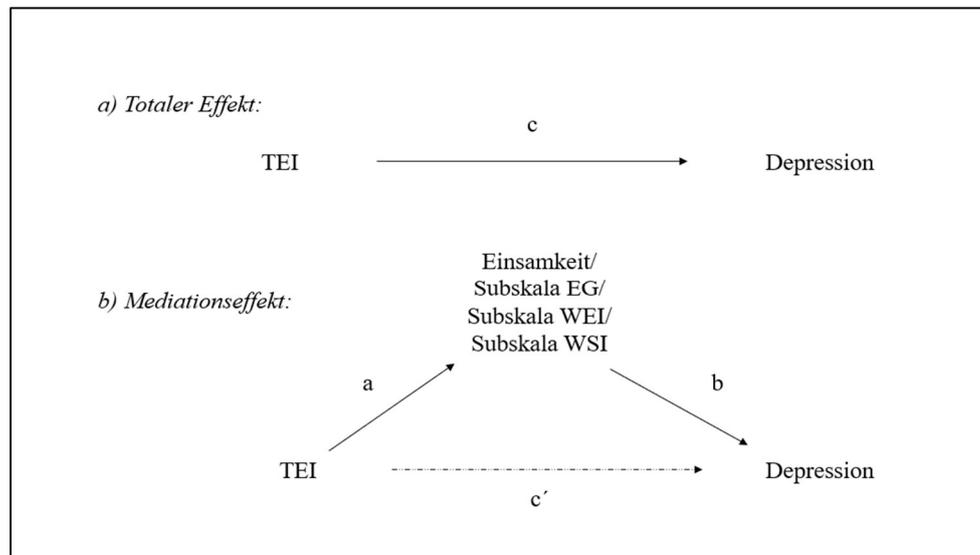


Abbildung 6: Angenommene Mediationseffekte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang zwischen TEI und Depression

Es wurde zunächst eine Mediationsanalyse mit der Variable Einsamkeit als Mediator berechnet. Die Analyse klärte 49.6% der Gesamtvarianz auf. Die Ergebnisse werden in *Tabelle 9* dargestellt. Dabei ist X TEI, M die Einsamkeit und Y die Depression.

Tabelle 9: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeit

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
1 (X→Y)	TEI → Depression	<i>c</i>	-2.36	.22	< .001	[-2.78, -1.94]
2 (X→M)	TEI → Einsamkeit	<i>a</i>	-0.63	.04	< .001	[-0.72, -0.55]
3 (X+M → Y)	Einsamkeit → Depression	<i>b</i>	2.14	.30	< .001	[1.55, 2.72]
	TEI → Depression	<i>c'</i>	-1.00	.27	< .001	[-1.53, -0.47]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	TEI → Einsamkeit → Depression	<i>a*b</i>	-1.36	.21		[-1.78, -0.95] ^a

Anmerkungen: *N* = 268, *c*: totaler Effekt, *a*b*: indirekter Effekt, *c'*: direkter Effekt,

^aBootstrapping-Konfidenzintervalle des indirekten Effekts

Die signifikant negativen Zusammenhänge zwischen TEI und Depression (*c*-Pfad) und der Einsamkeit (*a*-Pfad) als auch der signifikant positive Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Depression (*b*-Pfad) wurden bereits in den Hypothesen 2a-c bestätigt. In *Tabelle 9* sind die relevanten *b*-Koeffizienten für die entsprechenden Pfade nochmals abgebildet. Mittels Mediationsanalyse konnte ein signifikanter indirekter Effekt (Pfad *a*b*) festgestellt werden (*b* = -1.36, 95% *CI* [-1.78, -0.95]), weil das Bootstrapping-Konfidenzintervall des indirekten Effekts nicht den Wert Null enthielt.

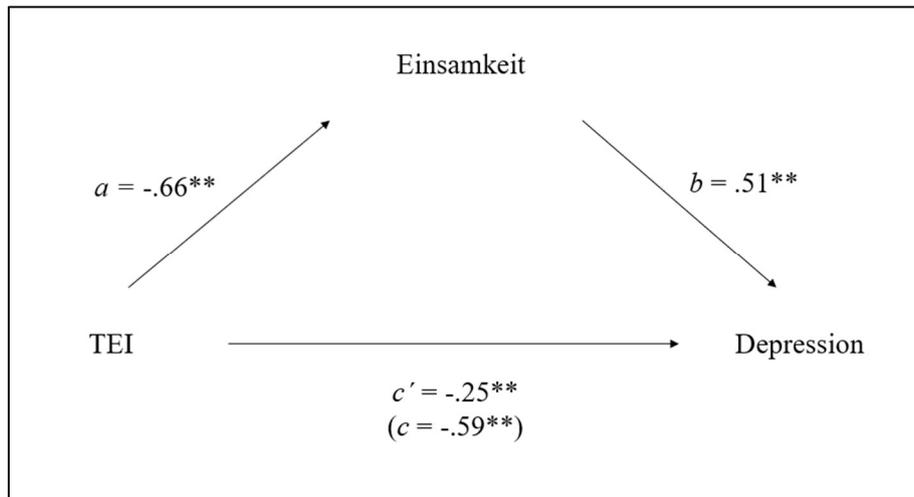


Abbildung 7: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeit, $**p < .001$

Die *Abbildung 7* zeigt, dass niedrige Werte der Emotionalen Intelligenz zu einer erhöhten Einsamkeit führen (a -Pfad: $\beta = -.66$, $p < .001$), was in weiterer Folge mit höheren Depressionswerten einhergeht (b -Pfad: $\beta = .51$, $p < .001$). Andersherum führen hohe Werte der Emotionalen Intelligenz zu niedrigeren Einsamkeitswerten, was mit niedrigeren Depressionswerten einhergeht. Der ursprüngliche Zusammenhang von Emotionaler Intelligenz und Depression (c -Pfad: $\beta = -.59$, $p < .001$) hat sich durch die Hinzunahme des Mediators deutlich reduziert (c' -Pfad: $\beta = -.25$, $p < .001$). Neben dem signifikanten indirekten Effekt bleibt aber ein signifikanter direkter Effekt bestehen. Dies bedeutet, dass sich die Emotionale Intelligenz nicht nur vermittelt, sondern auch direkt auf die Depression auswirkte.

Bei der nächsten Mediationsanalyse wurde die Einsamkeitssubskala Einsamkeitsgefühle (EG) als Mediator herangezogen. Die Analyse klärte 53.3% der Gesamtvarianz auf. Die Ergebnisse werden in *Tabelle 10* dargestellt. Dabei ist X TEI, M die Einsamkeitssubskala EG und Y die Depression.

Tabelle 10: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala EG

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
1 (X→Y)	TEI → Depression	<i>c</i>	-2.36	.22	< .001	[-2.78, -1.94]
2 (X→M)	TEI → Subskala EG	<i>a</i>	-0.65	.05	< .001	[-0.76, -0.54]
3 (X+M → Y)	Subskala EG → Depression	<i>b</i>	1.99	.24	< .001	[1.52, 2.47]
	TEI → Depression	<i>c'</i>	-1.06	.24	< .001	[-1.53, -0.60]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	TEI → Subskala EG → Depression	<i>a*b</i>	-1.30	.19		[-1.67, -0.93] ^a

Anmerkungen: *N* = 268, *c*: totaler Effekt, *a*b*: indirekter Effekt, *c'*: direkter Effekt, ^aBootstrapping-Konfidenzintervalle des indirekten Effekts

Die signifikant negativen Zusammenhänge zwischen TEI und Depression (*c*-Pfad) und der Subskala EG (*a*-Pfad) als auch der signifikant positive Zusammenhang zwischen der Subskala EG und Depression (*b*-Pfad) wurden bereits in den Hypothesen 2a-c bestätigt. In *Tabelle 10* sind die relevanten *b*-Koeffizienten für die entsprechenden Pfade nochmals abgebildet. Mittels Mediationsanalyse konnte ein signifikanter indirekter Effekt (Pfad *a*b*) festgestellt werden (*b* = -1.30, 95% *CI* [-1.67, -0.93]), weil das Bootstrapping-Konfidenzintervall des indirekten Effekts nicht den Wert Null enthielt.

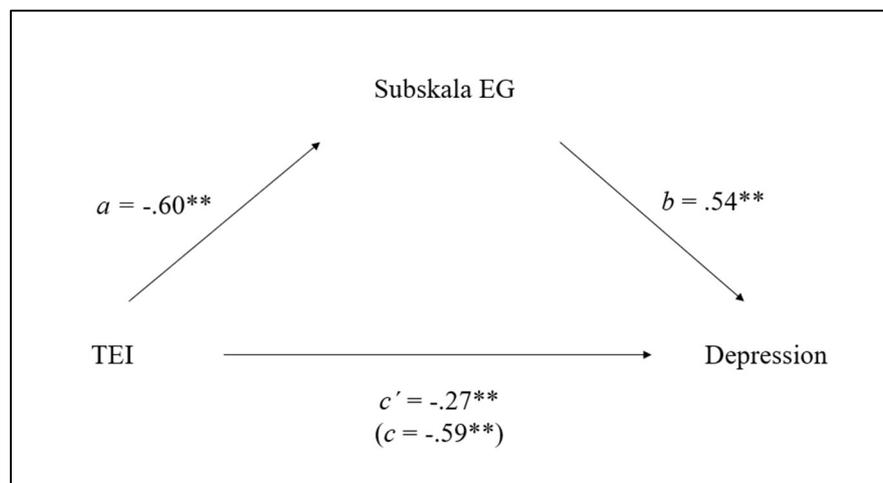


Abbildung 8: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala EG, ***p* < .001

Aus *Abbildung 8* kann herausgelesen werden, dass niedrige Werte der Emotionalen Intelligenz zu erhöhten Werten auf der Einsamkeitssubskala EG führen (*a*-Pfad: $\beta = -.60$, $p < .001$), was in weiterer Folge mit höheren Depressionswerten einhergeht (*b*-Pfad: $\beta = .54$, $p < .001$). Andersherum führen hohe Werte der Emotionalen Intelligenz zu niedrigeren Werten auf der Einsamkeitssubskala EG, was mit niedrigeren Depressionswerten einhergeht. Der

ursprüngliche Zusammenhang von Emotionaler Intelligenz und Depression (c -Pfad: $\beta = -.59$, $p < .001$) hat sich durch die Hinzunahme des Mediators deutlich reduziert (c' -Pfad: $\beta = -.27$, $p < .001$). Neben dem signifikanten indirekten Effekt bleibt aber ein signifikanter direkter Effekt bestehen. Dies bedeutet, dass sich die Emotionale Intelligenz nicht nur vermittelt, sondern auch direkt auf die Depression auswirkte.

Im Zuge der nächsten Mediationsanalyse wurde mit der Einsamkeitssubskala wahrgenommene emotionale Isolation (WEI) als Mediator berechnet. Die Analyse klärte 37.4% der Gesamtvarianz auf. Die Ergebnisse werden in *Tabelle 11* dargestellt. Dabei ist X TEI, M die Einsamkeitssubskala WEI und Y die Depression.

Tabelle 11: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WEI

Schritt	Variablen	Pfad	b	SE	p	95% CI
1 (X→Y)	TEI → Depression	c	-2.36	.22	< .001	[-2.78, -1.94]
2 (X→M)	TEI → Subskala WEI	a	-0.57	.06	< .001	[-0.69, -0.46]
3 (X+M → Y)	Subskala WEI → Depression	b	0.73	.26	.006	[0.22, 1.24]
	TEI → Depression	c'	-1.94	.25	< .001	[-2.44, -1.44]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	TEI → Subskala WEI → Depression	$a*b$	-0.42	.16		[-0.76, -0.12] ^a

Anmerkungen: $N = 268$, c : totaler Effekt, $a*b$: indirekter Effekt, c' : direkter Effekt, ^aBootstrapping-Konfidenzintervalle des indirekten Effekts

Die signifikant negativen Zusammenhänge zwischen TEI und Depression (c -Pfad) und der Subskala WEI (a -Pfad) als auch der signifikant positive Zusammenhang zwischen der Subskala WEI und Depression (b -Pfad) wurden bereits in den Hypothesen 2a-c bestätigt. In *Tabelle 11* sind die relevanten b -Koeffizienten für die entsprechenden Pfade nochmals abgebildet. Mittels Mediationsanalyse konnte ein signifikanter indirekter Effekt (Pfad $a*b$) festgestellt werden ($b = -0.42$, 95% $CI [-0.76, -0.12]$), weil das Bootstrapping-Konfidenzintervall des indirekten Effekts nicht den Wert Null enthielt.

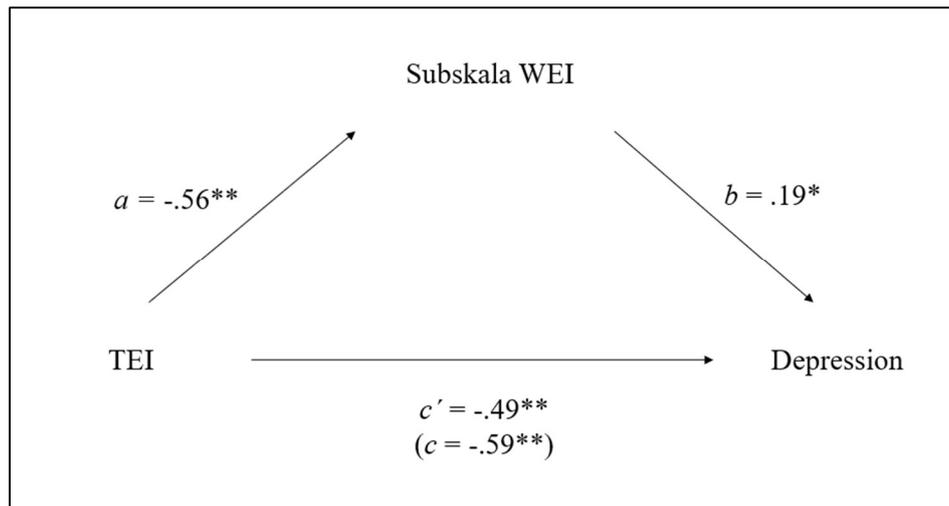


Abbildung 9: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WEI, $^{**}p < .001$, $^*p < .05$

Die *Abbildung 9* zeigt, dass niedrige Werte der Emotionalen Intelligenz zu erhöhten Werten auf der Einsamkeitssubskala WEI führen (a -Pfad: $\beta = -.56$, $p < .001$), was in weiterer Folge mit höheren Depressionswerten einhergeht (b -Pfad: $\beta = .19$, $p = .006$). Andersherum führen hohe Werte der Emotionalen Intelligenz zu niedrigeren Werten auf der Einsamkeitssubskala WEI, was mit niedrigeren Depressionswerten einhergeht. Der ursprüngliche Zusammenhang von Emotionaler Intelligenz und Depression (c -Pfad: $\beta = -.59$, $p < .001$) hat sich durch die Hinzunahme des Mediators reduziert (c' -Pfad: $\beta = -.49$, $p < .001$). Neben dem signifikanten indirekten Effekt bleibt aber ein signifikanter direkter Effekt bestehen. Dies bedeutet, dass sich die Emotionale Intelligenz nicht nur vermittelt, sondern auch direkt auf die Depression auswirkte.

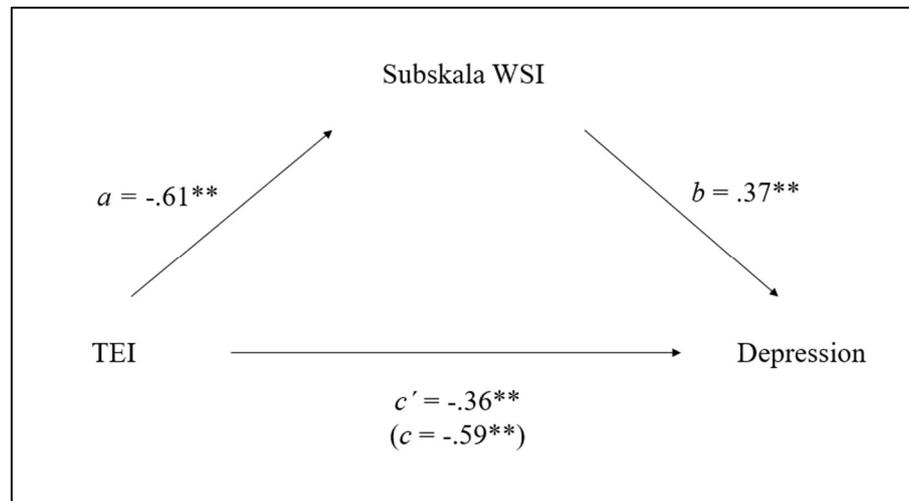
Bei der nächsten Mediationsanalyse wurde die Einsamkeitssubskala wahrgenommene soziale Isolation (WSI) als Mediator herangezogen. Die Analyse klärte 43.5% der Gesamtvarianz auf. Die Ergebnisse werden in *Tabelle 12* dargestellt. Dabei ist X TEI, M die Einsamkeitssubskala WSI und Y die Depression.

Tabelle 12: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WSI

Schritt	Variablen	Pfad	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
1 (X→Y)	TEI → Depression	<i>c</i>	-2.36	.22	< .001	[-2.78, -1.94]
2 (X→M)	TEI → Subskala WSI	<i>a</i>	-0.66	.05	< .001	[-0.75, -0.57]
3 (X+M → Y)	Subskala WSI → Depression	<i>b</i>	1.37	.26	< .001	[0.85, 1.89]
	TEI → Depression	<i>c'</i>	-1.45	.27	< .001	[-1.98, -0.92]
Indirekter Effekt (X→M→Y)	TEI → Subskala WSI → Depression	<i>a*b</i>	-0.91	.19		[-1.31, -0.55] ^a

Anmerkungen: *N* = 268, *c*: totaler Effekt, *a*b*: indirekter Effekt, *c'*: direkter Effekt, ^aBootstrapping-Konfidenzintervalle des indirekten Effekts

Die signifikant negativen Zusammenhänge zwischen TEI und Depression (*c*-Pfad) und der Subskala WSI (*a*-Pfad) als auch der signifikant positive Zusammenhang zwischen der Subskala WSI und Depression (*b*-Pfad) wurden bereits in den Hypothesen 2a-c bestätigt. In *Tabelle 11* sind die relevanten *b*-Koeffizienten für die entsprechenden Pfade nochmals abgebildet. Mittels Mediationsanalyse konnte ein signifikanter indirekter Effekt (Pfad *a*b*) festgestellt werden (*b* = -0.91, 95% *CI* [-1.31, -0.55]), weil das Bootstrapping-Konfidenzintervall des indirekten Effekts nicht den Wert Null enthielt.

Abbildung 10: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WSI, ***p* < .001

Die *Abbildung 10* zeigt, dass niedrige Werte der Emotionalen Intelligenz zu erhöhten Werten auf der Einsamkeitssubskala WSI führen (*a*-Pfad: $\beta = -.61$, $p < .001$), was in weiterer Folge mit höheren Depressionswerten einhergeht (*b*-Pfad: $\beta = .37$, $p < .001$). Andersherum führen hohe Werte der Emotionalen Intelligenz zu niedrigeren Werten auf der Einsamkeitssubskala WSI,

was mit niedrigeren Depressionswerten einhergeht. Der ursprüngliche Zusammenhang von Emotionaler Intelligenz und Depression (*c*-Pfad: $\beta = -.59, p < .001$) hat sich durch die Hinzunahme des Mediators reduziert (*c'*-Pfad: $\beta = -.36, p < .001$). Neben dem signifikanten indirekten Effekt bleibt aber ein signifikanter direkter Effekt bestehen. Dies bedeutet, dass sich die Emotionale Intelligenz nicht nur vermittelt, sondern auch direkt auf die Depression auswirkte. Hypothese 2d kann somit bestätigt werden.

6. Diskussion

6.1 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse

In dieser Arbeit wurde untersucht, inwiefern sich die Depression und die Einsamkeit bei älteren Personen, die im Altenheim lebten, und älteren Personen, die zuhause lebten, unterscheiden und welche Zusammenhänge sich zwischen der Emotionalen Intelligenz, Depression und Einsamkeit zeigen. Dazu wurden insgesamt 268 Personen über 60 Jahren befragt, von denen 65 im Altenheim lebten.

Personen, die im Altenheim lebten, zeigten höherer Depressions- und Einsamkeitswerte und höhere Werte auf den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle und wahrgenommene soziale Isolation als Personen, die zuhause lebten. Lediglich bei der Einsamkeitssubskala wahrgenommene emotionale Isolation zeigten Personen, die zuhause lebten, höhere Werte.

Es konnten positive signifikante Zusammenhänge zwischen der Depression und der Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen und signifikant negative Zusammenhänge zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Depression, der Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen festgestellt werden.

Zudem mediieren die Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen den Zusammenhang zwischen Emotionaler Intelligenz und Depression.

6.2 Theoretische Implikationen

Im Altenheim lebende Personen zeigten höhere Depressionswerte als zuhause lebende Personen. Dies steht im Einklang mit dem bisherigen Forschungsstand (Sridevi & Swathi, 2014; Seddigh et al., 2020). Die höheren Depressionswerte könnten dadurch erklärt werden, dass die Personen, die im Altenheim lebten, älter, eher alleinstehend und eher weiblich waren und eine niedrigere Bildung hatten als zuhause lebende Personen und dies alles Prädiktoren einer Depression sind (Paykel et al., 2005; Busch et al., 2013). Die Depressionsprävalenz der zuhause lebenden älteren Personen (18.7%) ähnelt der Depressionsprävalenz einer deutschen Studie, die 53- bis 80-Jährige untersuchte (16%) (Wild et al., 2012). Die gefundene Prävalenz der im Altenheim lebenden Personen (43.1%) liegt jedoch deutlich darüber. Im Vergleich zu anderen Studien, die Depressionsprävalenzen in Altenheimen untersuchten, zeigen sich gemischte Ergebnisse. Die von Ahmed et al. (2014) gefundene Depressionsprävalenz von 67.5% in ägyptischen Altenheimen liegt deutlich über der in dieser Studie gefundenen

Prävalenz, währenddessen eine Studie in New Yorker Altenheimen lediglich eine Depressionsprävalenz von 31.4% in ihrer Studie fand (Teresi et al., 2001). Letztere ist jedoch bereits älter und es konnte generell eine Tendenz zur Zunahme der Depressionsprävalenz bei Älteren über die Jahre festgestellt werden (Crystal et al., 2003), was die niedrigere Prävalenz erklären könnte. Dass die Depressionsprävalenz in dieser Studie niedriger war als in der Studie von Ahmed et al. (2014), obwohl diese das gleiche Screeninginstrument nutzten, könnte unter anderem an der deutlich geringeren Proband*innenanzahl der vorliegenden Studie liegen. Ahmed et al. (2014) befragten in ihrer Studie 240 im Altenheim lebende Personen, während es in dieser Studie lediglich 65 waren. Ein weiterer Erklärungsansatz für die höheren Depressionswerte bei den im Altenheim lebenden Personen ist die aktuell vorherrschende Covid-19-Pandemie und die damit einhergehenden Restriktionen im Alltag. Studien belegten, dass die Depressionsprävalenzen der Allgemeinbevölkerung während der Covid-19-Pandemie anstiegen (Liu et al., 2020) und Erkenntnisse von bisherigen Pandemien zeigen, dass diese erhöhten Prävalenzen auch bis zu vier Jahre nach den Pandemien anhalten können (Hawryluck et al., 2004; Wu et al., 2009). Es wird vermutet, dass die Erhöhung der Depressionsprävalenzen mit den Lockdown-Maßnahmen zusammenhängen könnte (Torales et al., 2020). Zum Zeitpunkt der Befragung gab es für die Allgemeinbevölkerung keinen harten Lockdown mehr und das alltägliche Leben war mit wenigen Einschränkungen möglich. Im Gegensatz dazu waren die Maßnahmen in den Altenheimen noch strenger. Besuche von Angehörigen waren zwar möglich, aber es gab noch mehr Restriktionen und die meisten Freizeitangebote waren immer noch ausgesetzt. Die Personen im Altenheim litten somit noch unter strengeren Einschränkungen, was zu den höheren Depressionsprävalenzen beitragen könnte.

Zur Einsamkeit in Altenheimen und den Unterschieden zu zuhause lebenden Personen gibt es bisher wenig Forschung. In der vorliegenden Studie wiesen ältere Personen, die im Altenheim lebten, höhere Einsamkeitswerte und höhere Werte auf den Einsamkeitssubskalen EG und WSI auf als ältere Personen, die zuhause lebten, was mit dem bisherigen Forschungsstand übereinstimmt (Pinquart & Sorensen, 2001). Wie bei den Depressionswerten könnten die höheren Einsamkeitswerte dadurch erklärt werden, dass die Personen, die im Altenheim lebten, älter, eher alleinstehend und eher weiblich waren und eine niedrigere Bildung hatten als zuhause lebende Personen und dies alles Prädiktoren von Einsamkeit sind (Pinquart & Sorensen, 2001; Dahlberg et al., 2015; Cohen-Mansfield et al., 2016; Lee et al., 2019). Zusätzlich könnte auch bei der Einsamkeit die aktuelle Covid-19-Pandemie eine Rolle spielen. Ältere Personen sind während der Pandemie einsamer geworden (Sayin Kasar & Karaman,

2021; Naeim et al., 2021). Dieser Effekt könnte bei im Altenheim lebenden Personen stärker sein, da sie, wie bereits erwähnt, zum Zeitpunkt der Befragung strengeren Restriktionen unterlagen und weniger Möglichkeiten hatten, Kontakt mit anderen Menschen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Heims zu pflegen. Im Gegensatz zur bisherigen Forschung und entgegen den Erwartungen der Hypothese 1b zeigten Personen, die zuhause lebten, wiederum höhere Werte bei der Einsamkeitssubskala WEI als Personen, die im Altenheim lebten (Pinquart & Sorensen, 2001). Die Subskala wahrgenommene emotionale Isolation (WEI) bezieht sich auf soziale Interaktionen, die durch Zuverlässigkeit, Vertrauen, Unterstützung und Erreichbarkeit gekennzeichnet sind. Höhere Werte auf dieser Subskala indizieren somit weniger soziale Interaktionen, die durch diese Merkmale gekennzeichnet sind. Bei Personen, die im Altenheim lebten, könnten die Werte deshalb niedriger sein, da diese Interaktionen, welche durch Zuverlässigkeit, Vertrauen, Unterstützung und Erreichbarkeit gekennzeichnet sind, mit dem Pflegepersonal stattfinden könnten. Das Pflegepersonal ist rund um die Uhr im Altenheim und somit ist eine ständige Erreichbarkeit und Unterstützung bei Bedarf gegeben. Eine Reviewstudie zeigte außerdem, dass Patient*innen ein allgemeines Vertrauen zum Pflegepersonal haben (Dinç & Gastmans, 2013) und zusätzlich zeigte sich in früheren Studien, dass Pflegekräfte auch als Bezugspersonen dienen und das Bedürfnis nach Beziehung ausreichend erfüllen können (Drageset, 2004). Solche Interaktionen könnten auch mit den Mitbewohner*innen stattfinden. Auch sie sind durch das Zusammenleben ständig erreichbar und könnten auf solche Interaktionen mit anderen Mitbewohner*innen angewiesen sein, da die Häufigkeit der Besuche von Freunden und Verwandten üblicherweise mit der Zeit sinkt (Pitkala, 2016) und somit neue Vertrauenspersonen gefunden werden müssen. Diese Theorie wird vor allem dadurch gestützt, dass die sozialen Beziehungen, die im Altenheim lebende Personen mit ihren Mitbewohner*innen haben, ein stärkerer Prädiktor für die Einsamkeit sind als die sozialen Beziehungen mit Freunden und Familie außerhalb (Fessman & Lester, 2000). Im Gegensatz dazu könnte es bei Personen, die zuhause lebten, insbesondere bei denen, die allein lebten, schwieriger sein, Interaktionen zu erleben, welche durch ständige Erreichbarkeit und Unterstützung gekennzeichnet sind.

Es zeigten sich mittelstarke bis starke signifikant positive Zusammenhänge zwischen Depression und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen. Der schwächste, aber trotzdem mittelstarke Zusammenhang besteht zwischen der Depression und der Einsamkeitssubskala WEI, was darauf hindeutet, dass das Fehlen einer vertrauten und engen Bindung zu einer anderen Person in Bezug auf die Depression eine geringere Rolle spielt als das Vorhandensein

von Personen, mit denen man gemeinsame Interessen teilt und Aktivitäten unternimmt. Dies steht im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen, welche einen Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit bei Erwachsenen feststellten (Wang et al., 2018). Aufgrund des Querschnittsdesigns der vorliegenden Studie konnten keine Erkenntnisse zur Richtung des Zusammenhangs gefunden werden, über die es in der Forschung bisher noch keinen einheitlichen Konsens gibt (Erzen & Çikrikci, 2018; Holvast et al., 2015; Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Dahlberg et al., 2015; Prieto-Flores et al., 2011). Somit ist weiterhin unklar, ob erhöhte Depressionswerte zu erhöhten Einsamkeitswerten führen oder andersherum oder ob es Wechselwirkungen mit gegenseitiger Beeinflussung gibt.

Die gefundene stark negative Korrelation zwischen TEI und Depression steht im Einklang mit der bisherigen Forschung, welche hauptsächlich mit Erwachsenen durchgeführt wurde (Martins et al., 2010; Martinez-Monteaquedo et al., 2019; Smith et al., 2015; Weavin et al., 2014). Die Ergebnisse zeigen, dass je höher die Depressionswerte, desto niedriger waren die Werte der Emotionalen Intelligenz und je höher die Werte der Emotionalen Intelligenz, desto niedriger waren die Depressionswerte. Die protektive Wirkung der Emotionalen Intelligenz gegen Depression im Alter kann aufgrund des Studiendesigns zwar nicht belegt werden, die Ergebnisse liefern aber die empirische Evidenz, dass der bereits bei Erwachsenen gefundene Zusammenhang zwischen TEI und Depression auch bei Älteren zu finden ist.

Es konnten stark negative Zusammenhänge zwischen der Emotionalen Intelligenz und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen gefunden werden. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass je höher der Wert der Emotionalen Intelligenz war, desto niedriger waren die Werte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen und je höher die Werte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen, desto niedriger war der Wert der Emotionalen Intelligenz. Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen und den Ergebnissen der bisherigen Forschung (Zhao et al., 2019; Zhang et al., 2015; Shi & Wang, 2007; Saklofske et al., 2003). Bisher wurde dieser Zusammenhang lediglich bei jüngeren Erwachsenen untersucht. Diese Studie liefert den empirischen Beleg, dass der stark negative Zusammenhang zwischen Emotionaler Intelligenz und Einsamkeit auch bei Älteren vorhanden ist. Zusätzlich wurde in der vorliegenden Studie zwischen emotionaler und sozialer Isolation durch die Einsamkeitssubskalen unterschieden, welche beide stark negative Zusammenhänge mit der Emotionalen Intelligenz zeigten. Der Zusammenhang zwischen TEI und der wahrgenommenen sozialen Isolation, welche durch das Fehlen eines sozialen Netzwerkes entsteht, war größer als der Zusammenhang zwischen TEI und der wahrgenommenen emotionalen Isolation, welche durch das Fehlen einer vertrauten

und engen Bindung zu einer anderen Person verursacht wird. Diese Unterscheidung wurde bisher im Zusammenhang mit Emotionaler Intelligenz nicht untersucht, es wurde lediglich der Gesamtwert der Einsamkeit herangezogen (Zhao et al., 2019; Zhang et al., 2015; Shi & Wang, 2007; Saklofske et al., 2003). Es können jedoch auch hier aufgrund des Studiendesigns keine Rückschlüsse auf die Kausalität gezogen werden.

In Übereinstimmung mit Hypothese 2d konnte eine Mediation der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang von TEI und Depression festgestellt werden. Die Emotionale Intelligenz hing sowohl direkt als auch indirekt über die Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen EG, WEI und WSI mit der Depression zusammen. Hohe Werte der Emotionalen Intelligenz, die darauf hindeuten, dass die befragte Person seine/ ihre emotionalen Fähigkeiten als hoch einschätzte und somit der Meinung war, seine/ ihre eigenen und fremde Emotionen gut zu erkennen und damit umgehen zu können, führten zu niedrigeren Einsamkeitswerten, was mit niedrigeren Depressionswerten einhergeht und niedrige Werte der Emotionalen Intelligenz führten zu einer erhöhten Einsamkeit, was in weiterer Folge mit höheren Depressionswerten einhergeht. Die Wahrnehmung der eigenen emotionalen Fähigkeiten kann somit als protektiver Faktor oder als Risikofaktor für eine Depression fungieren und dies kann durch die Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen erklärt werden. Die Einsamkeitssubskala EG klärte dabei als Mediator die meiste Varianz auf. Dies deutet darauf hin, dass die Gefühle der Einsamkeit bei dem Zusammenhang von Emotionaler Intelligenz und Depression wichtiger sind als die wahrgenommene soziale und emotionale Isolation. Dieses Mediationsmodell ist bisher wenig erforscht, wodurch der Vergleich mit anderen Studien schwierig ist. Rey et al. (2019) fanden in ihrer Studie, dass TEI Indikatoren des Wohlbefindens bei Älteren vorhersagte und, dass dieser Zusammenhang durch die soziale Unterstützung mediiert wurde. Einsamkeit korreliert negativ mit sozialer Unterstützung und Wohlbefinden und Depression stehen im Gegensatz zueinander (Cohen-Mansfield et al., 2016; Fernández-Berrocal & Extremera, 2016). Somit könnte man interpretieren, dass die Ergebnisse der Studie von Rey et al. (2019) die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen und sich die beiden Studien gegenseitig ergänzen.

6.3 Praktische Implikationen

Depressive Störungen beeinträchtigen die betroffenen Personen in ihrem alltäglichen Leben und zeigen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen und physischen Krankheiten

(Paykel et al., 2005, Dilling & Freyberger, 2012). In der vorliegenden Studie wurde nicht erfasst, ob die Personen, welche einen Wert auf der Depressionsskala erreichten, der eine depressive Störung wahrscheinlich macht, die Diagnose Depression bereits erhalten haben. Aufgrund der Unterdiagnostizierung der Depression sowohl bei zuhause als auch im Altenheim lebenden Personen kann davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte der Befragten, bei denen eine depressive Störung wahrscheinlich ist, keine offizielle Diagnose erhalten haben (Sielk et al., 2009; Teresi et al., 2001). Deshalb sollte insbesondere bei Personen in Altenheimen, welche höhere Depressionswerte aufwiesen, regelmäßige Screenings durchgeführt werden, um die depressiven Bewohner*innen zu erkennen. Denn ohne eine Diagnose kann keine Behandlung und somit auch keine Verbesserung der depressiven Symptomatik stattfinden und die betroffenen Personen werden weiter leiden. Zum Behandlungsangebot könnte beispielsweise die kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie gehören, welche bei Älteren bereits gute Erfolge zeigte und aufgrund des Gruppensettings gleich mehrere Personen davon profitieren könnten (Hautzinger & Welz, 2004). Zudem sollte das Personal in den Altenheimen über das erhöhte Depressionsrisiko ihrer Bewohner*innen aufgeklärt und darin geschult werden, erste Anzeichen einer Depression zu erkennen und bei einer vermuteten Depression eine weitere Abklärung bei dem Hausarzt/ der Hausärztin oder Psychiater*in oder Psychotherapeut*in in die Wege zu leiten.

Im Altenheim lebende Personen zeigten höhere Einsamkeitswerte als zuhause lebende Personen und in bisherigen Forschungen zeigte sich bereits, dass einsame Menschen eine niedrigere Lebensqualität und -zufriedenheit, einen schlechteren Gesundheitsstatus und ein höheres Mortalitätsrisiko aufweisen (Zebhauser et al., 2014; Musich et al., 2015; Jansson et al., 2017). Gerade im Altenheim sollten die sozialen Beziehungen unter den Bewohner*innen gefördert werden, um somit qualitativ hochwertige soziale Netzwerke entstehen zu lassen. Damit kann der Entstehung von Einsamkeit vorgebeugt werden, da die Beziehungen der Bewohner*innen untereinander ein ausschlaggebender Faktor für die Einsamkeit ist (Fessmann & Lester, 2000). Dies könnte beispielsweise durch Spieleabende oder andere organisierte Gruppenaktivitäten geschehen. Zudem könnten Kurse zur Internet- und Smartphone-Nutzung angeboten werden, um den älteren Personen die Möglichkeit zu geben, beispielsweise per E-Mail oder Videotelefonaten, Kontakt mit ihren Familien und Freunden außerhalb des Heimes zu halten und somit weiterhin ihre alten sozialen Netzwerke nutzen zu können, um Einsamkeit vorzubeugen. Solche Kurse könnten auch für zuhause lebende ältere Personen angeboten werden, da auch diese von ihnen profitieren könnten, um Kontakt mit ihren Freunden und ihrer

Familie zu halten oder neue Personen im Internet, beispielsweise in Foren für Ältere, kennenzulernen. Interventionen, welche Älteren die Nutzung des Internets insbesondere die Nutzung von sozialen Foren für Ältere näherbrachten, haben sich bereits als nützlich erwiesen, um Einsamkeit zu reduzieren (Choi & Lee, 2021).

Der gefundene positive Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit zeigt, dass die Verbesserung des Einen zu einer Verbesserung des Anderen führt. Somit könnten Interventionen, die darauf abzielen, die Einsamkeit zu verringern, auch dazu beitragen, die Depressionssymptomatik zu verbessern. Studien deuten darauf hin, dass die Förderung sozialer Kontakte und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten (z. B. Mitgliedschaft in einem Verein, Karten- oder Brettspiele) bei einsamen und depressiven älteren Menschen die depressiven Symptome verbessern kann (Isaac et al., 2009). Ebenso verhält es sich mit der Prävention. Präventionsmaßnahmen, die auf die Einsamkeit ausgerichtet sind, könnten Depressionen bei Älteren verhindern. Diese Maßnahmen könnten beispielsweise Seniorentreffs sowohl in Präsenz als auch online beinhalten und sollten älteren Menschen leicht zugänglich gemacht werden.

TEI und Depression zeigten einen signifikant negativen Zusammenhang. Interventionen, welche die TEI erhöhen, könnten die Depressionssymptomatik verbessern oder als Präventionsmaßnahme sogar verhindern. Mehrere Interventionen zeigten sich bereits als effektiv und erhöhten die TEI (Kotsou et al., 2019). Die Interventionen beinhalteten entweder ein Achtsamkeitstraining oder sie bezogen sich auf Themen wie die emotionale Selbstwahrnehmung, die Verbesserung der kommunikativen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten, die Verbesserung der Fähigkeit mit Stress umzugehen und die Problemlösungsfähigkeiten (Nadler et al., 2020; Cejudo et al., 2019; Jahangard et al., 2012). Durch das Training konnten auch Verbesserungen der Depressionssymptomatik nachgewiesen werden (Jahangard et al., 2012). TEI-Trainings sollten für ältere Menschen sowohl zuhause als auch in Altenheimen angeboten werden, da sie sowohl zur Verbesserung als auch zur Prävention von Depressionen beitragen können.

Durch die Teilnahme an TEI-Trainings könnte auch die Einsamkeit verringert werden, was sich durch den negativen Zusammenhang zwischen TEI und Einsamkeit vermuten lässt. Ein weiterer positiver Nebeneffekt könnte das Kennenlernen von neuen Menschen bei den Trainings sein, aus denen sich Freundschaften und somit ein soziales Netzwerk entwickeln und somit die Einsamkeit verringern könnte (Victor & Yang, 2012).

Niedrige Werte der Emotionalen Intelligenz führten zu einer erhöhten Einsamkeit, was in weiterer Folge mit höheren Depressionswerten einherging. Ein TEI-Training, welches die TEI erhöht, könnte somit sowohl die Einsamkeit als auch die Depression verbessern oder die Entstehung von Einsamkeit und Depression im Rahmen eines Präventionsprogrammes verhindern.

6.4 Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Studie unterliegt verschiedenen Limitationen.

Es wurden einige Variablen nicht erfasst, welche neben der Wohnsituation zu erhöhten Depressions- und Einsamkeitswerten beitragen können, wie zum Beispiel die physische Gesundheit und psychiatrische Diagnosen. Eine schlechte physische Gesundheit und psychiatrische Diagnosen wie beispielsweise Ängstlichkeit sind bekannte Risikofaktoren einer Depression und höherer Einsamkeitswerte (Paykel et al., 2005; Pieper et al., 2008; Riedel et al., 2010; Cohen-Mansfield et al., 2016). Dies hat eine umso größere Bedeutung, da Personen im Altenheim generell über eine schlechtere psychische und physische Gesundheit berichten als zuhause lebende Personen (Pitkala, 2016). In weiteren Studien sollten diese Variablen miterhoben und gegebenenfalls für sie kontrolliert werden.

In der vorliegenden Studie wurde der Fokus auf die Einsamkeit und nicht auf die Erfassung von sozialen Netzwerken gelegt. Über die Zusammenhänge der Variablen mit sozialen Netzwerken und über die unterschiedliche Beschaffenheit der sozialen Netzwerke bei im Altenheim und zuhause lebenden Personen kann nur gemutmaßt und keine wissenschaftlich belegten Aussagen getroffen werden.

Es wurde in der Studie nicht erhoben, wie lange die Personen bereits im Altenheim lebten. Es könnte zu Verzerrungen gekommen sein, wenn viele Befragte erst vor kurzem ins Altenheim gezogen sind und die Unterschiede bezüglich der Depression und der Einsamkeit könnten noch gravierender sein. In zukünftigen Studien könnte eine Mindestdauer von beispielsweise sechs Monaten vorausgesetzt werden, die eine Person im Altenheim gelebt haben muss, um in der Studie berücksichtigt zu werden.

Zudem wurden Personen, die ambulant betreut werden oder in einem betreuten Wohnen lebten, ausgeschlossen. Betreutes Wohnen ist eine Zwischenform von einem selbstständigen Leben zuhause und einer Betreuung im Altenheim und soll die Vorteile beider Konzepte vereinen,

indem die Selbstständigkeit und Flexibilität der Bewohner*innen erhalten bleibt, es aber durch beispielsweise barrierefreie Wohnungen, Hausmeisterdienste und Essensservices zu Erleichterungen im Alltag kommt. Des Weiteren können durch die Anwesenheit weiterer Senior*innen soziale Kontakte geknüpft und durch organisierte Freizeitangebote vertieft werden. Weitere Forschung könnte untersuchen, ob und inwiefern sich Personen, die im betreuten Wohnen leben, bezüglich der Depressions- und Einsamkeitswerte von Personen, die im Altenheim oder zuhause leben, unterscheiden.

Die Befragung fand während der Covid-19-Pandemie statt, was zur Beeinflussung der Ergebnisse geführt haben könnte. Durch Pandemien erhöht sich generell die Depressions- und Einsamkeitsprävalenz der Allgemeinbevölkerung (Liu et al., 2020; Sayin Kasar & Karaman, 2021; Naeim et al., 2021). Die Regelungen und Einschränkungen der im Altenheim lebenden Personen waren aber zum Zeitpunkt der Befragung noch größer und somit könnten sich die Depressions- und Einsamkeitswerte dadurch noch weiter erhöht haben, im Gegensatz zu den zuhause lebenden Personen, bei denen die Werte durch die Lockerungen der Maßnahmen bereits wieder gesunken sein könnten.

Die Geriatric Depression Scale ist lediglich ein Screeninginstrument, welches bestimmen kann, ob eine depressive Symptomatik wahrscheinlich ist. Somit kann bei den Befragten mit einer hohen Punktzahl nicht davon ausgegangen werden, dass sie auch an einer klinisch relevanten Depression nach den ICD-10-Kriterien leiden. Dafür würde es weitere Abklärung benötigen.

Aufgrund der unterschiedlichen Befragungssettings könnte es zu Verzerrungen gekommen sein. Die zuhause lebenden Personen beantworteten ihre Fragebögen entweder online oder per Paper-Pencil selbstständig und allein. Dies war bei den im Altenheim lebenden Personen nicht möglich, da ein Großteil der Befragten entweder Sehbeeinträchtigungen hatte oder motorisch nicht mehr in der Lage war, einen Stift zu halten, um zu schreiben, und somit den Fragebogen nicht selbstständig beantworten konnte. Aus diesem Grund wurden die im Altenheim lebenden Personen in einem Eins-zu-eins-Setting befragt, bei dem ihnen die Fragen und die Antwortmöglichkeiten zunächst vorgelesen wurden und sie dann sagen konnten, welche Antwort sie als passend empfinden. Aufgrund der Anwesenheit einer weiteren Person ist es möglich, dass die Befragten eher sozial erwünscht antworteten. In künftigen Studien könnte man deshalb alle Personen in einem Eins-zu-eins-Setting befragen, um gleiche Bedingungen zwischen den Gruppen herzustellen. Ein Nachteil davon wäre aber ein erheblich höherer Zeit- und Ressourcenaufwand bei der Befragung.

Generell handelte es sich bei dem Fragebogen um eine reine Selbstauskunft, welche Verzerrungen beispielsweise in Richtung der sozialen Erwünschtheit unterliegen kann.

Durch das Eins-zu-eins-Setting konnte außerdem festgestellt werden, dass der Fragebogen für viele Befragte eine Überforderung darstellte. Die Aussagen an sich schienen für Unklarheiten zu sorgen. Wörter wie „Emotionen“ wurden nicht verstanden und die Länge und Komplexität der Aussagen bereiteten Schwierigkeiten und mussten des Öfteren vereinfacht werden. Auch die Beurteilung der Aussagen auf den Ratingskalen fiel den Befragten oft schwer und es mussten Hilfestellungen gegeben werden. Aus diesem Grund ist es fraglich, ob die Befragung mit Fragebögen für Ältere das richtige Mittel der Wahl darstellt oder ob nicht beispielsweise Interviews eine bessere Erhebungsmethode sind, da hierbei individueller auf die Befragten eingegangen werden kann und Probleme und Unklarheiten besser gelöst werden können. Sollten künftige Untersuchungen trotzdem Fragebögen nutzen wollen, könnten die Aussagen vereinfacht und die Anzahl der Auswahlmöglichkeiten bei den Ratingskalen reduziert werden, um sie leichter verständlicher zu machen, wobei berücksichtigt werden sollte, dass die Reliabilität und Validität der Fragebögen nicht abnehmen.

Aufgrund des Querschnittsdesigns der Studie können keine Kausalitäten festgestellt werden. Es konnten Zusammenhänge zwischen den Variablen festgestellt werden, jedoch gibt es keine Klarheit darüber, ob niedrige TEI hohe Einsamkeits- und Depressionswerte verursacht und wie die Wirkungsrichtung des Zusammenhangs zwischen Depression und Einsamkeit ist. Um dies zu herauszufinden, bräuchte es Längsschnittuntersuchungen. Diese könnten untersuchen, ob die TEI zum Zeitpunkt 1 die Einsamkeit und somit auch die Depression zum Zeitpunkt 2 vorhersagen kann.

Eine weitere Limitation der Studie ist die unterschiedliche Gruppengröße bei zuhause lebenden und bei im Altenheim lebenden Personen. Es lebten 203 Personen zuhause, während lediglich 65 Personen im Altenheim lebten. Zudem bestand die Stichprobe etwa zu zwei Drittel aus Frauen. Die Stichprobe ist somit nur eingeschränkt repräsentativ und in weiteren Studien sollte auf ein ausgeglicheneres Geschlechter- und Gruppenverhältnis geachtet werden.

Die gewonnenen Erkenntnisse können nicht einfach auf andere Kulturen übertragen werden. Die Zustände in den Altenheimen können überall auf der Welt unterschiedlich sein und in anderen Kulturen könnten die Älteren eine höhere Stellung in der Gesellschaft haben, weshalb sich besser um sie gekümmert wird. Die Untersuchung müsste daher in verschiedenen Kulturen wiederholt werden.

Weitere Forschung könnte untersuchen, aus welchen Gründen Personen in Altenheim einsamer sind, obwohl sie immer von einem potenziellen sozialen Netzwerk umgeben sind, dieses aber scheinbar nicht nutzen. Dies könnte qualitativ untersucht werden. Nachdem die Gründe dafür gefunden sind, könnte erforscht werden, durch welche Interventionen oder Angebote ein soziales Netzwerk unter den Bewohner*innen aufgebaut und somit die Einsamkeit verringert werden kann.

Ein weiterer Forschungsansatz könnte die Untersuchung der Auswirkungen von TEI Interventionen auf die Depression und die Einsamkeit bei sowohl zuhause als auch im Altenheim lebenden älteren Personen sein, um zu prüfen, ob eine Erhöhung der TEI tatsächlich die Einsamkeit und die Depression verringert. Um die Präventionsfähigkeit von TEI-Interventionen zu prüfen, könnte eine Studie mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe durchgeführt werden, bei denen die älteren Proband*innen weder einsam noch depressiv sind. Bei der Interventionsgruppe könnte eine TEI-Intervention durchgeführt werden, um die TEI zu erhöhen. Im Laufe der Jahre könnte dann untersucht werden, ob sich die Interventions- von der Kontrollgruppe bezüglich der Einsamkeit und der Depression unterscheiden.

7 Conclusio

In dieser Arbeit wurde untersucht, inwiefern sich die Depression und die Einsamkeit bei älteren Personen, die im Altenheim lebten, und älteren Personen, die zuhause lebten, unterschieden und welche Zusammenhänge Emotionale Intelligenz, Depression und Einsamkeit zeigen. Dazu wurden insgesamt 268 Personen über 60 Jahren befragt, von denen 65 im Altenheim lebten.

Personen, die im Altenheim lebten, zeigten höhere Depressionswerte als Personen, die zuhause lebten. Gründe dafür könnten unter anderem die gerade vorherrschende Covid-19-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen sein. Gerade in Altenheimen sollten deshalb regelmäßige Depressionsscreenings durchgeführt werden und das Gesundheitspersonal sollte für das Depressionsrisiko ihrer Bewohner*innen sensibilisiert und über Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden.

Personen, die im Altenheim lebten, zeigten zudem höherer Einsamkeitswerte und höhere Werte auf den Einsamkeitssubskalen Einsamkeitsgefühle und wahrgenommene soziale Isolation als Personen, die zuhause lebten. Diese Unterschiede könnten durch die Covid-19-Pandemie entstanden oder verstärkt worden sein. Lediglich bei der Einsamkeitssubskala wahrgenommene emotionale Isolation zeigten Personen, die zuhause lebten, höhere Werte. Dies könnte an der Kompensationswirkung des Pflegepersonals liegen, welche das Bedürfnis nach emotionaler Nähe bei im Altenheim lebenden Personen erfüllen könnte. Es sollte daher untersucht werden, weshalb Personen im Altenheim zu ihren Mitbewohner*innen keine erfüllenden Beziehungen aufbauen und wie dies aber gefördert werden könnte.

Es konnten positive signifikante Zusammenhänge zwischen der Depression und der Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen gefunden werden. Somit könnten Interventionen, die darauf abzielen, die Einsamkeit zu verringern auch dazu beitragen, die Depressionssymptomatik zu verbessern oder auch zu verhindern.

Ein signifikant negativer Zusammenhang wurde zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Depression festgestellt. Emotionale Intelligenz Trainings, welche die Emotionale Intelligenz erhöhen, könnten die Depressionssymptomatik verbessern oder als Präventionsmaßnahme sogar verhindern und sollten für ältere Menschen sowohl zuhause als auch in Altenheimen angeboten werden.

Die Einsamkeit und die Einsamkeitssubskalen wiesen einen signifikant negativen Zusammenhang mit der Emotionalen Intelligenz auf. Der Zusammenhang zwischen der

Emotionalen Intelligenz und der wahrgenommenen sozialen Isolation war hierbei größer als der Zusammenhang zwischen der Emotionalen Intelligenz und der wahrgenommenen emotionalen Isolation. Durch die Teilnahme an Emotionale Intelligenz Trainings könnte auch die Einsamkeit verringert werden.

Es konnte ein Mediationseffekt der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang zwischen Emotionaler Intelligenz und Depression festgestellt werden. Ein Emotionales Intelligenz Training, welches die Emotionale Intelligenz erhöht, könnte somit sowohl die Einsamkeit als auch die Depression verbessern oder die Entstehung von Einsamkeit und Depression im Rahmen eines Präventionsprogrammes verhindern. Die Effektivität solch eines Präventionsprogrammes könnte in weiterer Forschung untersucht werden.

Da Depression und Einsamkeit für viele ältere Personen eine Belastung darstellen, sollte diesen Bereichen in der Forschung und der Praxis höhere Aufmerksamkeit zuteilwerden. Gerade in Altenheimen ist der Bedarf nach Hilfsprogrammen und Therapiemöglichkeiten groß und die gefundenen Zusammenhänge mit der Emotionalen Intelligenz weisen auf Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten für ältere Menschen hin.

Literaturverzeichnis

- Aanes, M. M., Hetland, J., Pallesen, S. & Mittelmark, M. B. (2011). Does loneliness mediate the stress-sleep quality relation? The Hordaland Health Study. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 994–1002. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000111>
- Aartsen, M. & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31–38. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Abramson, A. & Silverstein, M. (2006). *Images of aging in America 2004*. AARP and the University of Southern California.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. & Tesdale, J. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74.
- Adams, K. B., Sanders, S. & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475–485. <https://doi.org/10.1080/13607860410001725054>
- Ahmed, D., El Shair, I. H., Taher, E. & Zyada, F. (2014). Prevalence and predictors of depression and anxiety among the elderly population living in geriatric homes in Cairo, Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 89(3), 127–135. <https://doi.org/10.1097/01.EPX.0000455729.66131.49>
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- Arnow, B. A. & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 893–905. <https://doi.org/10.1002/jclp.10181>
- Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R., Höfler, M. & Beesdo-Baum, K. (2015). Danger and loss events and the incidence of anxiety and depressive disorders: A prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 45(1), 153–163. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001160>
- Aung, K. T., Nurumal, M. S. & Bukhari, Wan Nur Syakirah Wan (2017). Loneliness among elderly in nursing homes. *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly and Disabeled*, 2, 72–78.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H. & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 547–558. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.009>
- Bach, M., Nikolaus, T., Oster, P. & Schlierf, G. (1995). Depressionsdiagnostik im Alter. Die "Geriatric Depression Scale". *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 28(1), 42–46.
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R. & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *Journal of Gerontology*, 61(6), 329–39. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.6.s329>
- Bar-On, R. (1997). *Emotional Quotient Inventory: Technical manual*. Multi-Health Systems.
- Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H.-U. (2020). Depressive Störungen: Major Depression und Persistierende Depressive Störung (Dysthymie). In J. Hoyer & S. Knappe (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 1027–1072). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_46

- Benecke, C. (2021). *Klinische Psychologie und Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (2., erweiterte und überarbeitete Auflage). Kohlhammer.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology*, *58A*(3), 249–265.
- Boss, L., Kang, D.-H. & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, *27*(4), 541–553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>
- Brannick, M. T., Wahi, M. M., Arce, M., Johnson, H.-A., Nazian, S. & Goldin, S. B. (2009). Comparison of trait and ability measures of emotional intelligence in medical students. *Medical Education*, *43*(11), 1062–1068. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03430.x>
- Brissette, I., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(1), 102–111. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.102>
- Brodaty, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M.-P. & Mitchell, P. (2001). Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of Affective Disorders*, *66*(2-3), 225–236. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00317-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00317-7)
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(5-6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Butters, M. A., Whyte, E. M., Nebes, R. D., Begley, A.E., Dew, M. A. & Mulsant, B. (2004). The Nature and Determinants of Neuropsychological Functioning in Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry*, *61*, 587–595.
- Cacioppo, J. T. & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, *13*(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C. & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, *25*(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Cacioppo, J. T. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. W. W. Norton & Company.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, *7*(3), 331–338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Cejudo, J., García-Castillo, F.-J., Luna, P., Rodrigo-Ruiz, D., Feltrero, R. & Moreno-Gómez, A. (2019). Using a Mindfulness-Based Intervention to Promote Subjective

- Well-Being, Trait Emotional Intelligence, Mental Health, and Resilience in Women With Fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2541. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02541>
- Chamorro-Premuzic, T., Bennett, E. & Furnham, A. (2007). The happy personality: Mediation role of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *42*(8), 1633–1639. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.029>
- Chao, S. F. (2011). Assessing social support and depressive symptoms in older Chinese adults: A longitudinal perspective. *Aging & Mental Health*, *15*(6), 765–774. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562182>
- Chen, Y., Peng, Y. & Fang, P. (2016). Emotional Intelligence Mediates the Relationship between Age and Subjective Well-Being. *International Journal of Aging & Human Development*, *83*(2), 91–107. <https://doi.org/10.1177/0091415016648705>
- Choi, H. K. & Lee, S. H. (2021). Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare9030293>
- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S. & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: A structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, *29*, 325–339. <https://doi.org/10.1017/s0033291798008150>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, *28*(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Cohen-Mansfield, J. & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, *19*(2), 279–294. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004200>
- Cole, M. G. & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1147–1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Cooper, A. & Petrides, K. V. (2010). A psychometric analysis of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF) using item response theory. *Journal of Personality Assessment*, *92*(5), 449–457. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.497426>
- Crystal, S., Sambamoorthi, U., Walkup, J. T. & Akincigil, A. (2003). Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: Predictors, disparities, and trends. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(12), 1718–1728. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51555.x>
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J. & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, *19*(5), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Davis, S. K., Nowland, R. & Qualter, P. (2019). The Role of Emotional Intelligence in the Maintenance of Depression Symptoms and Loneliness Among Children. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1672. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01672>
- Delhom, I., Gutierrez, M., Mayordomo, T. & Melendez, J. C. (2018). Does Emotional Intelligence Predict Depressed Mood? A Structural Equation Model with Elderly

- People. *Journal of Happiness Studies*, 19(6), 1713–1726.
<https://doi.org/10.1007/s10902-017-9891-9>
- Delhom, I., Satorres, E. & Meléndez, J. C. (2020). Emotional intelligence intervention in older adults to improve adaptation and reduce negative mood. *International Psychogeriatrics*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S1041610220003579>
- Derksen, J., Kramer, I. & Katzko, M. (2002). Does a self-report-measure for emotional intelligence assess something different than general intelligence? *Personality and Individual Differences*, 32, 37–48.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Eds.). (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR* (6., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM (German Modification) 2012). Huber.
- Dinç, L. & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501–516. <https://doi.org/10.1177/0969733012468463>
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M. & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 246, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>
- Döring, N. & Bortz, J. (1993). Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. *Diagnostica*, 39(3), 224–239.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: A survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 65–71. <https://doi.org/10.1111/j.0283-9318.2003.00251.x>
- Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment - a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 965–974. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03932.x>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91–100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>
- Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G. & Gierveld, J. d. J. (2005). Changes in Older Adult Loneliness. *Research on Aging*, 27(6), 725–747.
<https://doi.org/10.1177/0164027505279712>
- Erzen, E. & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *The International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 427–435.
<https://doi.org/10.1177/0020764018776349>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2016). Ability Emotional Intelligence, Depression, and Well-Being. *Emotion Review*, 8(4), 311–315.
<https://doi.org/10.1177/1754073916650494>
- Fessman, N. & Lester D. (2000). Loneliness and Depression among Elderly Nursing Home Patients. *Int J Aging and Human Development*, 51(2), 137–141.

- Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Furnham, A. & Petrides, K. V. (2003). Trait Emotional Intelligence and Happiness. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(8), 815–823.
<https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.8.815>
- Gallo, J. J., Anthony, J. C. & Muthen, B. O. (1994). Age Differences in the Symptoms of Depression: A Latent Trait Analysis. *Journal of Gerontology*, 49(6), 251–264.
- Gan, P., Xie, Y., Duan, W., Deng, Q. & Yu, X. (2015). Rumination and Loneliness Independently Predict Six-Month Later Depression Symptoms among Chinese Elderly in Nursing Homes. *PloS One*, 10(9), e0137176.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137176>
- Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L. & Luppá, M. (2011). Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: A population-based study. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1294–1300.
<https://doi.org/10.1017/S1041610211000780>
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academic Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2003-02631-000>
- Goud, A. A. & Nikhade, N. S. (2015). Prevalence of depression in older adults living in old age home. *IAIM*, 2(11), 1–5.
- Greenberg, S. A. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS). *Hartford Institute for Geriatric Nursing*(4), 1–2.
- Grenade, L. & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468–478. <https://doi.org/10.1071/AH080468>
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2016). Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*, 129(1), 445–464. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1111-6>
- Hautzinger, M. & Welz, S. (2004). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie unter ambulanten Bedingungen an Depressionen mittleren Schweregrads [Cognitive behavioral therapy for depressed older outpatients--a controlled, randomized trial]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(6), 427–435. <https://doi.org/10.1007/s00391-004-0262-x>
- Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D. & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21(1), 152–164. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.152>
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132–141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>

- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. & Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212.
- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H. U. (2010). Psychische Erkrankungen im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer, & B. P. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 209–244). Berlin: Akademie Verlag.
- Heun, R., Papassotiropoulos, A., Jessen, F., Maier, W. & Breitner, J. (2001). A Family Study of Alzheimer Disease and Early- and Late-Onset Depression in Elderly Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 190–196.
- Hickie, I., Scott, E., Naismith, S., Ward, P. B., Turner, K., Parker, G., Mitchell, P. & Wilhelm, K. (2001). Late-onset depression: Genetic, vascular and clinical contributions. *Psychological Medicine*, 31(8), 1403–1412.
<https://doi.org/10.1017/s0033291701004731>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holvast, F., Burger, H., Waal, M. M. W. de, van Marwijk, H. W. J., Comijs, H. C. & Verhaak, P. F. M. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*, 185, 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.036>
- Houtjes, W., van Meijel, B., van de Ven, P. M., Deeg, D., van Tilburg, T. & Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: A longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1010–1017. <https://doi.org/10.1002/gps.4091>
- Hüther, M. & Naegele, G. (2013). *Demografietpolitik*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-00779-9>
- Institut of Health Metrics and Evaluation. (2021, November 8). *Global Health Data Exchange (GHDX)*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
- Isaac, V., Stewart, R., Artero, S., Ancelin, M.-L. & Ritchie, K. (2009). Social activity and improvement in depressive symptoms in older people: A prospective community cohort study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(8), 688–696.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181a88441>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
<https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>

- Jahangard, L., Haghghi, M., Bajoghli, H., Ahmadpanah, M., Ghaleiha, A., Zarrabian, M. K. & Brand, S. (2012). Training emotional intelligence improves both emotional intelligence and depressive symptoms in inpatients with borderline personality disorder and depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(3), 197–204. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687454>
- Jansson, A. H., Muurinen, S., Soini, H., Suominen, S. S., Kautainen, H. & Pitkälä, K. H. (2017). Loneliness in Nursing Homes and Assisted Living Facilities: Prevalence, Associated Factors and Prognosis. *Journal of Nursing Home Research Sciences*, 3, 43–49.
- Jong-Gierveld, J. de (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119–128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- Jong-Gierveld, J. de, van Tilburg, T. G. & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In D. Perlman & A. L. Vangelisti (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485–500). Cambridge University Press.
- Keefer, K. V., Parker, J. D. & Saklofske, D. H. (2009). Emotional Intelligence and Physical Health. In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. Parker (Eds.), *The Springer Series on Human Exceptionality. Assessing Emotional Intelligence: Theory, Research, and Applications* (1st ed., pp. 191–218). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_11
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E. & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Kok, R. M. & Reynolds, C. F. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*, 317(20), 2114–2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>
- Kong, F., Zhao, J. & You, X. (2012a). Emotional intelligence and life satisfaction in Chinese university students: The mediating role of self-esteem and social support. *Personality and Individual Differences*, 53(8), 1039–1043. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.07.032>
- Kong, F., Zhao, J. & You, X. (2012b). Social support mediates the impact of emotional intelligence on mental distress and life satisfaction in Chinese young adults. *Personality and Individual Differences*, 53(4), 513–517. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.021>
- Kotsou, I., Mikolajczak, M., Heeren, A., Grégoire, J. & Leys, C. (2019). Improving Emotional Intelligence: A Systematic Review of Existing Work and Future Challenges. *Emotion Review*, 11(2), 151–165. <https://doi.org/10.1177/1754073917735902>
- Lazarus, Richard, S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. Springer.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Livingston Bruce, M., Conwell, Y., Katz, I. R., Meyers, B. S., Morrison, M. S., Mossey, J., Niederehe, G. & Parmelee, P. (1997). Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life: Consensus Statement Update. *JAMA*, 278, 1186–1190.
- Lee, E. E., Depp, C., Palmer, B. W., Glorioso, D., Daly, R., Liu, J., Tu, X. M., Kim, H.-C., Tarr, P., Yamada, Y. & Jeste, D. V. (2019). High prevalence and adverse health effects of loneliness in community-dwelling adults across the lifespan: Role of

- wisdom as a protective factor. *International Psychogeriatrics*, 31(10), 1447–1462.
<https://doi.org/10.1017/S1041610218002120>
- Lichstein, K. L., Stone, K. C., Nau, S. D., McCrae, C. S. & Payne, K. L. (2006). Insomnia in the Elderly. *Sleep Medicine Clinics*, 1(2), 221–229.
<https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2006.04.009>
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (2002). Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 365–374.
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., Hyun, S. & Hahm, H. C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. Young adult mental health. *Psychiatry Research*, 290, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Liu, L., Gou, Z. & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750–758.
<https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Liu, Y., Wang, Z. & Lü, W. (2013). Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 850–855. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.12.010>
- Lloyd, S. J., Malek-Ahmadi, M., Barclay, K., Fernandez, M. R. & Chartrand, M. S. (2012). Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 570–573.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.06.004>
- Lugtenburg, A., Zuidersma, M., Wardenaar, K. J., Aprahamian, I., Rhebergen, D., Schoevers, R. A. & Oude Voshaar, R. C. (2021). Subtypes of Late-Life Depression: A Data-Driven Approach on Cognitive Domains and Physical Frailty. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 76(1), 141–150.
<https://doi.org/10.1093/gerona/glaa110>
- Luppa, M., Luck, T., König, H.-H., Angermeyer, M. C. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 166–171.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.009>
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>
- Luppa, M., Heinrich, S., Matschinger, H., Sandholzer, H., Angermeyer, M. C., König, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2008). Direct costs associated with depression in old age in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 195–204.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.008>
- Manber, R., Edinger, J. D., Gress, J. L., San Pedro-Salcedo, M. G., Kuo, T. F. & Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31(4), 489–495. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.4.489>
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Granados, L., Aparisi, D. & García-Fernández, J. M. (2019). Trait emotional intelligence profiles, burnout, anxiety,

- depression, and stress in secondary education teachers. *Personality and Individual Differences*, 142, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.01.036>
- Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267–298. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (1st ed.). BasicBooks a member of the Perseus Books Group.
- Mikolajczak, M. & Luminet, O. (2008). Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1445–1453. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.012>
- Miller, K. J., Mesagno, C., McLaren, S., Grace, F., Yates, M. & Gomez, R. (2019). Exercise, Mood, Self-Efficacy, and Social Support as Predictors of Depressive Symptoms in Older Adults: Direct and Interaction Effects. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02145>
- Mitchell, A. J., Rao, S. & Vaze, A. (2010). Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 285–294. <https://doi.org/10.1159/000318295>
- Musich, S., Wang, S. S., Hawkins, K. & Yeh, C. S. (2015). The Impact of Loneliness on Quality of Life and Patient Satisfaction Among Older, Sicker Adults. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 1, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2333721415582119>
- Nadler, R., Carswell, J. J. & Minda, J. P. (2020). Online Mindfulness Training Increases Well-Being, Trait Emotional Intelligence, and Workplace Competency Ratings: A Randomized Waitlist-Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00255>
- Naeim, M., Rezaeisharif, A. & Kamran, A. (2021). Covid-19 Has Made the Elderly Lonelier. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11(1), 26–28. <https://doi.org/10.1159/000514181>
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U. & Ruthig, J. C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2-3), 273–290. <https://doi.org/10.1177/0265407509106718>
- Nightingale, S. M., Roberts, S., Tariq, V., Appleby, Y., Barnes, L., Harris, R. A., Dacre-Pool, L. & Qualter, P. (2013). Trajectories of university adjustment in the United Kingdom: Emotion management and emotional self-efficacy protect against initial poor adjustment. *Learning and Individual Differences*, 27, 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.08.004>
- Nolen-Hoeksema, S. & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17(1), 116–124. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.17.1.116>

- Ong, A. D., Uchino, B. N. & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Paykel, E. S., Brugha, T. & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411–423. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.008>
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). Perspectives on Loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1–18). Wiley.
- Pérez-Díaz, P. A., Perazzo, M. F., Chiesi, F., Marunic, G., Granville-Garcia, A. F., Paiva, S. M. & Petrides, K. V. (2021). Invariance of the trait emotional intelligence construct across populations and sociodemographic variables. *Personality and Individual Differences*, 169, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110038>
- Perlis, M. L., Smith, L. J., Lyness, J. M., Matteson, S. R., Pigeon, W. R., Jungquist, C. R. & Tu, X. (2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(2), 104–113. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0402_3
- Perlman, D. & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In R. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships in Disorder* (pp. 31–56). Academic Press.
- Petrides, K. V. (2009). Psychometric Properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In J. D. A. Parker, D. H. Saklofske, & C. Stough (Eds.), *The Springer Series on Human Exceptionality. Assessing Emotional Intelligence* (pp. 85–101). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5
- Petrides, K. V. (2011). Ability and Trait Emotional Intelligence. ?
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2000). Gender Differences in Measured and Self-Estimated Trait Emotional Intelligence. *Sex Roles*, 42(5).
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17(1), 39–57. <https://doi.org/10.1002/per.466>
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2006a). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 552–569.
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2006b). The Role of Trait Emotional Intelligence in a Gender-Specific Model of Organizational Variables1. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(2), 552–569. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00019.x>
- Petrides, K. V., Mikolajczak, M., Mavroveli, S., Sanchez-Ruiz, M.-J., Furnham, A. & Pérez-González, J.-C. (2016). Developments in Trait Emotional Intelligence Research. *Emotion Review*, 8(4), 335–341. <https://doi.org/10.1177/1754073916650493>
- Petrides, K. V., Pita, R. & Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British Journal of Psychology (London, England : 1953)*, 98(Pt 2), 273–289. <https://doi.org/10.1348/000712606X120618>
- Pieper, L., Schulz, H., Klotsche, J., Eichler, T. & Wittchen, H.-U. (2008). Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung [Depression as a comorbid

- disorder in primary care]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51(4), 411–421. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0509-6>
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Pitkala, K. H. (2016). Loneliness in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(8), 680–681. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.007>
- Port, C. L., Gruber-Baldini, A. L., Burton, L., Baumgarten, M., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I. & Magaziner, J. (2001). Resident contact with family and friends following nursing home admission. *The Gerontologist*, 41(5), 589–596. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.589>
- Prieto-Flores, M.-E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F. & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177–194. <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>
- Proffitt, C. & Byrne, M. (1993). Predicting loneliness in the hospitalized elderly: What are the risk factors? *Geriatric Nursing*, 14(6), 311–314. [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(06\)80057-1](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(06)80057-1)
- Raut, N., Shanker, S., Singh, S., Subramanyam, A., Kamath, R. & Pinto, C. (2014). Study of loneliness, depression and coping mechanisms in elderly. *Journal of Geriatric Mental Health*, 1(1), 20. <https://doi.org/10.4103/2348-9995.141920>
- Rey, L., Extremera, N. & Sánchez-Álvarez, N. (2019). Clarifying The Links Between Perceived Emotional Intelligence and Well-Being in Older People: Pathways Through Perceived Social Support from Family and Friends. *Applied Research in Quality of Life*, 14(1), 221–235. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9588-6>
- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adameczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J. M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L. & Miret, M. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLOS ONE*, 11(1), e0145264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Riedel, O., Klotsche, J., Spottke, A., Deuschl, G., Förstl, H., Henn, F., Heuser, I., Oertel, W., Reichmann, H., Riederer, P., Trenkwalder, C., Dodel, R. & Wittchen, H.-U. (2010). Frequency of dementia, depression, and other neuropsychiatric symptoms in 1,449 outpatients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 257(7), 1073–1082. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5465-z>
- Riley, H. & Schutte, N. S. (2003). Low Emotional Intelligence as a Predictor of Substance-use Problems. *J. Drug Education*, 33(4), 391–398.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J. & Minski, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 707–721. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00056-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00056-9)
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B. & Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 141–164). Oxford University Press.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M. & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C. & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223–233. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>
- Sayin Kasar, K. & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 42(5), 1222–1229. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.010>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E. & Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141(4), 523–536. <https://doi.org/10.1080/00224540109600569>
- Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J. & Ames, D. (2002). Is late onset depression a prodrome to dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 997–1005. <https://doi.org/10.1002/gps.525>
- Seddigh, M., Hazrati, M., Jokar, M., Mansouri, A., Bazrafshan, M.-R., Rasti, M. & Kavi, E. (2020). A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 160–165. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_109_18
- Seligman, M. (1974). Depression and learned helplessness. In Friedman, R. & Katz, M.M. (Ed.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Winston-Wiley.
- Shahzad, S. & Bagum, N. (2012). Gender differences in trait emotional intelligence: A comparative study. *Business Review*, 7(2), 106–112. <https://doi.org/10.54784/1990-6587.1207>
- Shi, J. & Wang, L. (2007). Validation of emotional intelligence scale in Chinese university students. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 377–387. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.012>
- Sielk, M., Altiner, A., Janssen, B., Becker, N., Pilar de Pilars, M. & Abholz, H.-H. (2009). Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis - Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. *Psychiatrische Praxis*, 36, 169–174.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H. & Yan, G. (2015). Perfectionism, trait emotional intelligence, and psychological outcomes. *Personality and Individual Differences*, 85, 155–158. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.010>
- Sridevi, G. & Swathi, P. (2014). Death Anxiety, Death Depression, Geriatric Depression and Suicidal Ideation among Institutionalized and Non-Institutionalized Elders. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4(10), 356–363.

- Suanet, B. & van Tilburg, T. G. (2019). Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy. *Psychology and Aging, 34*(8), 1134–1143. <https://doi.org/10.1037/pag0000357>
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M. & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 613–620.
- Tesch-Römer, C. & Engstler, H. (2020). *Wohnsituation der Menschen ab 65 Jahren: mit Angehörigen, allein oder im Pflegeheim*. Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://doi.org/10.5156/GEROSTAT>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International Journal of Social Psychiatry, 66*(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Tsaousis, I. & Kazi, S. (2013). Factorial invariance and latent mean differences of scores on trait emotional intelligence across gender and age. *Personality and Individual Differences, 54*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.016>
- Unterschied zwischen Pflegeheimen und Altersheimen | News. (n.d.). *Unterschied zwischen Pflegeheimen und Altersheimen | News*. <https://www.pflegeimmobilie-invest.de/wissen/aktuelles/aktuelles-detail/unterschied-pflegeheim-altersheim.html>
- van Beljouw, I. M. J., van Exel, E., Jong Gierveld, J. de, Comijs, H. C., Heerings, M., Stek, M. L. & van Marwijk, H. W. J. (2014). "Being all alone makes me sad": Loneliness in older adults with depressive symptoms. *International Psychogeriatrics, 1*–11. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000581>
- van Tilburg, T. G. (2005). *Loneliness from 1978 to 2003: a historical time analysis among Dutch adults: Paper prepared on the occasion of the farewell of Jenny Gierveld*. Vrije Universiteit.
- Vanhalst, J., Luyckx, K., Raes, F. & Goossens, L. (2012). Loneliness and depressive symptoms: The mediating and moderating role of uncontrollable ruminative thoughts. *The Journal of Psychology, 146*(1-2), 259–276. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.555433>
- Victor, C. R. & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology, 146*(1-2), 85–104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry, 18*(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Weaving, J., Orgeta, V., Orrell, M. & Petrides, K. V. (2014). Predicting anxiety in carers of people with dementia: The role of trait emotional intelligence. *International Psychogeriatrics, 26*(7), 1201–1209. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000404>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. The MIT Press. <https://doi.org/10.2307/2062224>
- Wild, B., Herzog, W., Schellberg, D., Lechner, S., Niehoff, D., Brenner, H., Rothenbacher, D., Stegmaier, C. & Raum, E. (2012). Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people

- aged 53 to 80 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 375–381. <https://doi.org/10.1002/gps.2728>
- Wilson, C. A. & Saklofske, D. H. (2018). The relationship between trait emotional intelligence, resiliency, and mental health in older adults: The mediating role of savouring. *Aging & Mental Health*, 22(5), 646–654. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1292207>
- Wilson, Robert S. Krueger, Kristin R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y. & Benett, D. A. (2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 234–240.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 51. Depressive Erkrankungen* (Vol. 32). Robert-Koch-Institut. <https://doi.org/10.1016/j.khinf.2010.03.002>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (2021, October 4). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C. J., Susser, E., Lu, J. & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(5), 302–311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>
- Yan, Z., Yang, X., Wang, L., Zhao, Y. & Yu, L. (2014). Social change and birth cohort increase in loneliness among Chinese older adults: A cross-temporal meta-analysis, 1995-2011. *International Psychogeriatrics*, 26(11), 1773–1781. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000921>
- Yang, K. & Victor, C. R. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31(8), 1368–1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>
- Ye, J., Yeung, D. Y., Liu, E. S. C. & Rochelle, T. L. (2019). Sequential mediating effects of provided and received social support on trait emotional intelligence and subjective happiness: A longitudinal examination in Hong Kong Chinese university students. *International Journal of Psychology : Journal International De Psychologie*, 54(4), 478–486. <https://doi.org/10.1002/ijop.12484>
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Döring, A., Grill, E., Huber, D., Peters, A. & Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 245–252. <https://doi.org/10.1002/gps.3998>
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R. D. (2012). The Emotional Intelligence, Health, and Well-Being Nexus: What Have We Learned and What Have We Missed? *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 4(1), 1–30. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2011.01062.x>

- Zeidner, M., Matthews, G. & Shemesh, D. O. (2016). Cognitive-Social Sources of Wellbeing: Differentiating the Roles of Coping Style, Social Support and Emotional Intelligence. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2481–2501. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9703-z>
- Zhang, W., Zou, H., Wang, M. & Finy, M. S. (2015). The role of the Dark Triad traits and two constructs of emotional intelligence on loneliness in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 75, 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.025>
- Zhao, J., Tan, M., Gao, L. & Wang, Y. (2019). Shyness and Loneliness: Contributions of Emotional Intelligence and Social Support. *Current Psychology*, 38(2), 556–562. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9640-6>
- Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., Jia, J. & Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011>
- Zou, J. (2014). Associations between trait emotional intelligence and loneliness in Chinese undergraduate students: Mediating effects of self-esteem and social support. *Psychological Reports*, 114(3), 880–890. <https://doi.org/10.2466/04.21.PR0.114k29w3>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell bei depressiven Störungen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2020).....	7
Abbildung 2: Anteil der Personen, welche angaben, sich oft einsam zu fühlen in verschiedenen Altersgruppen (in %) (Dykstra, 2009).....	15
Abbildung 3: Angenommene Mediationseffekte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang von TEI und Depression.....	33
Abbildung 4: Depressionswerte bei im Altenheim und zuhause lebenden Personen, ** p < .001.....	42
Abbildung 5: Einsamkeitswerte und die Werte der Einsamkeitssubskalen bei im Altenheim und zuhause lebenden Personen, ** p < .001, * p < .05, EG: Einsamkeitsgefühle, WEI: wahrgenommene emotionale Isolation, WSI: wahrgenommene soziale Isolation	44
Abbildung 6: Angenommene Mediationseffekte der Einsamkeit und der Einsamkeitssubskalen auf den Zusammenhang zwischen TEI und Depression.....	46
Abbildung 7: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeit, **p < .001.....	47
Abbildung 8: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala EG, **p < .001 ..	48
Abbildung 9: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WEI, **p < .001, *p < .05.....	50
Abbildung 10: Darstellung Mediation – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WSI, **p < .001	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptome des somatischen Syndroms (Dilling & Freyberger, 2012).....	5
Tabelle 2: Gemeinsame Facetten aller salienten Erklärungsmodelle der Emotionalen Intelligenz (Petrides et al., 2007)	23
Tabelle 3: Interpretation der Effektstärken (Bortz & Döring, 2016).....	37
Tabelle 4: Interkorrelationsmatrix: Mittelwerte, Standardabweichungen, Korrelationsanalyse nach Pearson und interne Konsistenzanalyse.....	39
Tabelle 5: Depressionswerte bei älteren Personen, die im Altenheim lebten, und älteren Personen, die zuhause lebten.....	42
Tabelle 6: Einsamkeitswerte und Werte der Einsamkeitssubskalen bei älteren Personen, die im Altenheim lebten, und älteren Personen, die zuhause lebten.....	43

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen Depression und Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen	44
Tabelle 8: Zusammenhänge zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Einsamkeit und den Einsamkeitssubskalen.....	45
Tabelle 9: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeit	46
Tabelle 10: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala EG.....	48
Tabelle 11: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WEI	49
Tabelle 12: Mediationsanalyse – Hypothese 2d Einsamkeitssubskala WSI.....	51

Abkürzungsverzeichnis

EI	Emotionale Intelligenz
TEI	Trait Emotionale Intelligenz
GDS	Geriatric Depression Scale
UCLA LS	UCLA Loneliness Scale
TEIQue-SF	Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form
EG	Einsamkeitsgefühle
WEI	Wahrgenommene emotionale Isolation
WSI	Wahrgenommene soziale Isolation

Anhang

Testbatterie



Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Masterarbeit am Institut für Psychologie an der Leopold-Franzens Universität Innsbruck, führe ich eine Studie zum Thema Alter, Depression, Einsamkeit und Emotionale Intelligenz durch. Für meine Studie ist es wichtig, dass die Befragten 60 Jahre oder älter sind. Nehmen Sie bitte nur an dieser Umfrage teil, falls dies auf Sie zutrifft.

Bitte beantworten Sie den Fragebogen selbstständig. Es ist wichtig, dass Sie keine Fragen auslassen und die Fragen so beantworten, dass sie dem Grad Ihrer Zustimmung/Ablehnung am besten entsprechen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Arbeiten Sie zügig und denken Sie nicht zu lange über die exakte Bedeutung der jeweiligen Aussagen nach. Die Bearbeitung der Fragen wird etwa 10-20 Minuten in Anspruch nehmen. Ein Zeitlimit für die Bearbeitung ist jedoch nicht vorgesehen.

Alle, im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Daten, werden streng vertraulich behandelt und es ist nicht möglich Rückschlüsse auf Ihre Person zu ziehen. Sie können die Teilnahme an der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden.

1. Alter

Ich bin Jahre alt

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich
- divers

3. Staatsbürgerschaft

- Deutschland
- Österreich
- andere

4. Welche ist Ihre höchste abgeschlossene schulische Ausbildung?

- Pflichtschule
- Berufsschule (Lehre)
- Weiterführende schulische Ausbildung ohne Abitur/ Matura (Handelsschule, Fachschule...)
- Abitur/ Matura
- Universität, Fachhochschule
- Anderes

5. Berufstätigkeit

- Ich arbeite Vollzeit
- Ich arbeite Teilzeit
- Ich arbeite nicht/ Ich bin in Rente

6. Derzeitiger Familienstand

- alleinstehend
- in fester Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

7. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- Ich lebe stationär in einem Alten-/ Pflegeheim
- Ich werde ambulant in einer Tagespflege betreut
- Ich lebe zuhause

8. Bitte beantworten Sie folgende Fragen

	Ja	Nein
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie viele Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie das Gefühl, ihr Leben sei unausgefüllt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihnen oft langweilig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommen Sie sich in ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich voller Energie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finden Sie, dass ihre Situation hoffnungslos ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen

	stimmt gar nicht	stimmt wenig	teils – teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Ich fühle mich wohl mit den Menschen um mich herum.	<input type="radio"/>				
Ich habe genug Gesellschaft.	<input type="radio"/>				
Ich habe niemanden, an den ich mich wenden kann.	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich allein.	<input type="radio"/>				
Ich habe einen Freundeskreis.	<input type="radio"/>				
Ich habe viel gemeinsam mit den Menschen um mich herum.	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich niemandem nah.	<input type="radio"/>				
Die Leute um mich herum haben ganz andere Interessen und Ideen als ich.	<input type="radio"/>				
Ich bin ein geselliger Mensch.	<input type="radio"/>				
Ich habe Menschen, die mir nahe stehen.	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich ausgeschlossen.	<input type="radio"/>				
Meine Freundschaften sind oberflächlich.	<input type="radio"/>				
Niemand kennt mich wirklich.	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich von den anderen isoliert.	<input type="radio"/>				
Ich kann mit anderen zusammen sein, wenn ich das will.	<input type="radio"/>				
Es gibt Menschen, die mich wirklich verstehen.	<input type="radio"/>				
Ich bin zu viel allein.	<input type="radio"/>				
Die anderen Menschen haben es schwer, an mich heran zu kommen.	<input type="radio"/>				
Ich habe Menschen, mit denen ich sprechen kann.	<input type="radio"/>				
Ich habe Menschen, an die ich mich wenden kann.	<input type="radio"/>				

- Ich würde mich selbst als guten Verhandlungspartner / gute Verhandlungspartnerin bezeichnen.
- Ich neige dazu, in Angelegenheiten verwickelt zu werden, mit denen ich später lieber nichts mehr zu tun hätte.
- Oft mache ich eine Pause und denke über meine Gefühle nach.
- Ich glaube, ich habe viele Stärken.
- Selbst wenn ich weiß, dass ich Recht habe, neige ich dazu, nachzugeben.
- Es scheint, als hätte ich überhaupt keinen Einfluss auf die Gefühle anderer.
- Grundsätzlich glaube ich, dass mein Leben recht gut verlaufen wird.
- Es fällt mir schwer, gute Beziehungen zu Menschen aufzubauen, sogar wenn diese mir nahe stehen.
- Im Allgemeinen kann ich mich neuen Umgebungen anpassen.
- Andere bewundern mich für meine Gelassenheit.
-

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Magister-/Master-/Diplomarbeit/Dissertation eingereicht.

18.05.2022

Datum

Unterschrift