

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

www.fpi-publikationen.de/polyloge

Herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. **Hilarion G. Petzold**, Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris

In Verbindung mit:

Dr.med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr.med. **Anton Leitner**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr.phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

lic. phil. **Hanspeter Müller**, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Ausgabe 08/2003

Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen

Lotti Müller*, Zürich, Hilarion G. Petzold**, Düsseldorf

* Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich; Stiftung Europäische Akademie für Integrative Therapie, St. Gallen

** Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Hückeswagen; Zentrum für Psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Donau-Universität Krems

Einleitung

Seit den 70er Jahren taucht der Begriff und damit das Konzept der Resilienz, der "psychologischen Widerstandsfähigkeit" mit zunehmender Häufigkeit auf, seit man sich in klinischen Zusammenhängen nicht mehr nur für die Faktoren interessiert, die Menschen krank machen, sondern auch dafür, was sie gesund hält: "protective factors" (Rolf et al. 1990; Petzold et al. 1993). Insbesondere interessiert die Frage, warum Menschen, die unter gleichen oder ähnlichen widrigen Umständen leben, die vergleichbare negative Lebensereignisse, "critical life events" (Filipp 1990), bewältigen mussten, nicht die gleichen Reaktionen zeigen. Warum werden die einen krank, die anderen nicht? Welche Umstände verleihen letzteren die Kraft, **Probleme**, die in "Krisen" und "Herausforderungen" differenziert werden können (Petzold 2002h), zu meistern oder sogar gestärkt aus ihnen hervorzugehen, während andere depressiv, traumatisiert oder anderweitig psychisch überfordert, psychotherapeutisch behandelt oder psychologisch beraten werden müssen?

Diese Frage ist ein Kernproblem der longitudinalen Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychobiologie. Längsschnittstudien, die das Aufwachsen von Säuglingstagen bis zum Erwachsenenalter (Rutter 1988, 2001; Rutter, Rutter 1992), von der Erwachsenenzeit bis zum hohen Senium (Lehr, Thomae 1987; Schroots 1993) untersuchen, um menschliche Pathologie und Gesundheit, Selbstwertung und Identität zu verstehen, wie sich in „Ketten widriger und schützender Ereignisse“ Ressourcen und Defizite entwickeln. In diesem Kontext wurden Risiko- und Belastungsfaktoren untersucht und die "protektiven Faktoren" entdeckt. Aus der Interaktion dieser Einflusstrome entstehen oder vertiefen sich die Qualitäten "Vulnerabilität", Verletzlichkeit, und "Resilienz", Widerstandsfähigkeit. Die Pathologieorientierung der Psychoanalyse - eines von den vielen Problemen dieses Verfahrens mit Negativkonsequenzen für eine moderne Psychotherapie - hat die Orientierung des „psychotherapeutischen Blicks“ so vereinseitigt, dass in ihren Mainstreams bis in die Gegenwart eine **Salutogeneseperspektive** immer noch weitgehend ausgeblendet ist und "protektiven Faktoren" keine therapeutische Bedeutung geschenkt wurde, von einer praktisch-interventiven Nutzung dieser Konzepte, ihre Integration in die Behandlungsmethodik ganz zu schweigen.

Die "Integrative Therapie" als ein seit seinen Anfängen Mitte sechziger Jahre an einer Lebenslaufperspektive, am "life span developmental approach" orientierten Verfahren, das zu diesem Ansatz selbst seit dieser Zeit Beiträge geleistet hat, nämlich die einer interventionsgerichteten Umsetzung, stellt hier eine Ausnahme dar. Sie sah in den "Schutzfaktoren", wie sie die "klinische Entwicklungspsychologie" (Petzold 1994j; Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Oerter et al. 1999) erarbeitet hat, für die kindliche Entwicklung, für die Entwicklung im Erwachsenenalter (Faltermajer 1984), ja im Alter, eine Einflussgröße von grundlegender Bedeutung für das menschliche Leben (Petzold, Bubolz 1979; Müller, Petzold 2002a, b; Petzold, Müller 2002). Als Psychotherapieforscher dann daran gingen, die unspezifischen und spezifischen Wirk- und Heilfaktoren in der Psychotherapie herauszuarbeiten (Frank 1971, 1981; Garfield 1973; Petzold 1993p), ist ihnen entgangen, dass in der Entwicklungspsychologie Schutzfaktoren gefunden worden waren, die in wichtigen Punkten mit therapiewirksamen Faktoren übereinstimmten, worauf Petzold (1993p; Petzold, Goffin, Oudhof 1993) nicht nur aufmerksam machte, er nutzte diese Erkenntnisse auch systematisch in der Integrativen Therapie von Kindern, Erwachsenen und alten Menschen (idem 1995a; Müller, Petzold 2002a,b). Diese Affinität führte zu der provokativen Frage, ob *therapeutische Wirkfaktoren nicht salutogene Einflüsse guter Alltäglichkeit* sind, protektive Faktoren, wie sie für *gelingende Entwicklungsprozesse in normalen Kontexten* kennzeichnend sind (Märtens, Petzold 1998b)?

Gelingende Entwicklungsprozesse und gelingende Psychotherapie fördern - so unsere These - gleichermaßen durch protektive Faktoren Gesundheit und Wohlbefinden, Vitalität und Resilienz. Vor diesem Hintergrund soll hier die Auseinandersetzung mit dem Konzept der "Resilienz" und "protektiver Faktoren" in ihrer Bedeutung für die Gerontopsychotherapie und die soziale Unterstützung von alten Menschen erfolgen, nachdem wir diese Thematik als erste in die Psychotherapie mit Kindern und Erwachsenen in Theorie und Praxis eingeführt und erarbeitet hatten (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold 1995a, Petzold, Müller 2004).

Mit "Resilienz" bezeichnet man die psychologische bzw. die psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (stress, hyperstress, strain) unbeschädigt auszuhalten und zu meistern.

Es interessieren dabei die Bedingungen, unter denen und die Prozesse in denen sich Resilienz ausbildet und die Faktoren, die dazu beitragen, dass Resilienz zum Tragen kommt. Da es sich dabei mit Sicherheit nicht um eine eindimensionale, leicht zu umgrenzende Qualität handeln kann, wundert es auch nicht, dass der Begriff in der Literatur und fachlichen Diskussion zum Teil noch heute unscharf abgegrenzt wird. Je nachdem,

aus welchem Blickwinkel man gerade forschte, welche Hintergrundannahmen wirkten, welche Zielgruppe man ins Auge fasste, kamen unterschiedliche Ergebnisse zu Tage. Aus diesem Grund sei hier, bevor auf die altersspezifische Ausprägung von *Resilienz* eingegangen wird, eine Begriffsklärung versucht, und zwar bezüglich der *Resilienz* und des sie begleitenden Konzeptes der *protektiven Faktoren* (PF).

Aus der gesichteten Literatur zum Thema soll eine heuristische Zusammenstellung bisher gewonnener Erkenntnisse erfolgen, in Form einer Auflistung von protektiven Faktoren, die für das Alter relevant sind. Die Population der alten Menschen wird in diesem Forschungsbereich - wie in vielen andern auch - vernachlässigt, weshalb noch wenige konkrete Resultate vorliegen. Dank einer zunehmend lebensspannenorientierten Denkweise in der Psychologie (Baltes, P. 1978; Rutter, Hay 1994) und Psychotherapie (Petzold 1979k, 1981f, 1999p) liegen aber doch Studien zu mehreren Lebensabschnitten vor. Vereinzelt beziehen sich auf das Alter (Wagnild & Young 1990, 1993), so dass aus dem Gesamtwissen doch auch vorsichtig Hinweise auf Resilienz / protektive Faktoren / Risikofaktoren im Alter extrahiert werden können. Als dritter Teil folgt dann der Versuch, diese Konzepte insofern fruchtbar zu machen, als Anwendungsmöglichkeiten im klinisch-(psycho-)therapeutischen Feld aufgezeigt werden sollen, denn diese Verbindung fehlt trotz relativer Brisanz des Themas weitgehend. Am ehesten wurde der Bezug zur Praxis noch im Pflegefach (insbesondere in der psychiatrischen Pflege) vorgenommen (vgl. Jacelon 1997), für das diese Konzepte in der Tat ebenfalls von hoher Bedeutung sind.

1. Definitionen - Begriffsklärung

Wie bereits erwähnt, bestehen bezüglich der genauen Begriffsdefinition von *Resilienz* noch keine einheitlichen Vorstellungen. In seiner ursprünglichen Bedeutung bezeichnete der Begriff der *Resilienz* die Elastizität oder Geschmeidigkeit einer Substanz (physikalisch Prallkraft) oder eines Organs (Belastungsfähigkeit, Spannkraft). In der Psychologie geht das Konzept auf entwicklungspsychologische bzw. -psychopathologische Längs- und Querschnittuntersuchungen mit Kindern zurück, bei denen man eine besondere Widerstandskraft und Elastizität gegenüber widrigen Lebensereignissen und -umständen (adversity) entdeckte. Es wurde zunächst mit "*invincibility*" (Unbezwingbarkeit, vgl. Anthony 1974; Werner, Smith 1982) und "*invulnerability*" (Unverwundbarkeit, vgl. Cowan & Work 1988) umschrieben, was der Realität natürlich nicht völlig entspricht, denn "*hardgrowing children cannot walk between the raindrops*" (Radke-Yarrow, Sherman 1990), vielleicht aber die Überraschung und den Respekt der Forscher spiegelt angesichts der angetroffenen "*Robustheit*" (*robustness, hardyness*) dieser Kinder. Die Konzepte erhielten später vor allem wegen ihrer statischen Qualität und der möglichen Mißinterpretationen („Das wird sie schon nicht umbringen, alles halb so wild, da gewinnen sie Stehvermögen und Härte“ usw.) ein geringeres Gewicht. In den 90er Jahren erhält durch diese Entwicklungen „Resilienz“ eine neue Bedeutung (bis in die Wörterbücher) und wird definiert als "die Fähigkeit, sich nach Krankheit, Veränderung und Unglück schnell zu erholen" (American Heritage Dictionary 1994).

Garmezy (1993), der seine Forschungen schon früh auf positive Entwicklungsprozesse lenkte, sieht das zentrale Element der *Resilienz* "in the power of recovery and in the ability to return once again to those patterns of adaptation and competence that characterized the individual prior to the pre-stress period... 'to spring back' does not suggest that one is incapable of being wounded or injured. Metaphorically, it is descriptively appropriate to consider that under adversity, a [resilient] individual can bend... yet subsequently recover" (Garmezy 1993, 129).

Rutter (1990), ebenfalls ein Pionier in diesem Forschungsgebiet, umschrieb *Resilienz* als den *positiven* Pol unter den verschiedenartigen Reaktionen von Individuen auf Stress, wobei der *negative* Pol die *Vulnerabilität* sei, die individuelle Verwundbarkeit / Anfälligkeit. Die individuelle Reaktion auf 'adversity' (Widrigkeiten) fällt nach Rutter irgendwo zwischen diesen Polen des Kontinuums Vulnerabilität/Resilienz aus. Sie ist determiniert durch das dynamische Wechselspiel von protektiven Faktoren und interaktiven *Prozessen* (Rutter 1985, S.600). Diese interaktiven Prozesse müssen als additive Interaktionen einer Konstellation von Variablen gesehen werden und zwar als *Prozesse über die Zeit*, nicht als eine Art "Chemie", die zu einem bestimmten Stress-Zeitpunkt vorhanden ist (ibid.). Mit andern Worten: Jemand ist nicht einfach „resilient“ gegenüber bestimmten (oder gar allen) belastenden Ereignissen, sondern auch nur (jedesmal) dann, wenn er zu gerade diesem Zeitpunkt bzw. in dieser Lebensphase, in gerade diesem Umfeld und Kontext auf dem

Hintergrund seiner *Bewältigungsbiographie* über genügend geeignete *protektive* interne und externe Faktoren und Abwehrkräfte verfügt und diese auch mobilisieren kann.

Natürlich stellt sich hier die Frage, was an Konzepten wie *Vulnerabilität* genetisch disponiert und was lebensgeschichtlich erworben ist, und Ähnliches gilt für das Konzept der *Resilienz*. Hier wären Sprachregelungen sinnvoll, denn im Hintergrund finden sich konzeptgeschichtlich Vorstellungen von konstitutioneller Schwäche (*faiblesse, dégénération, vulnérabilité*) oder Stärke (*vitalité*), die z.T. bis in die Anfänge der Psychiatrie (*J.C. Reil, P. Janet*) zurückgehen und mit dem Problem einer biologisch bzw. biomedizinischen oder psychologischen bzw. psychosozialen Betrachtungsweise verbunden sind, die in einer modernen *biopsychosozialen Sicht* (*Petzold 1974j, 304, 2003a, 2001a; Engel 1977, 1997; vgl. Brown 2000*) nicht mehr polarisiert werden müssen. Bei begrifflichen Unschärfen trifft man häufig auf unterschiedliche wissenschaftliche Diskurse und auf Begriffstraditionen, die ungeklärt sind.

Rutter betont mit seinem Ansatz die *prozesshafte Perspektive* der Resilienz, welcher eine andere Sichtweise gegenübersteht: Resilienz als "Trait" (vgl. *Jacelon 1997*). *Wagnild und Young* (1993) z.B. sehen Resilienz als "a personality characteristic that moderates the negative effects of stress and promotes adaptation". Resilienz als Trait, als Charakterzug oder Persönlichkeitsmerkmal zu sehen, hat den Vorteil, dass sie etwas leichter beforschbar ist, leichter messbar, leichter abgrenzbar. Tatsächlich haben denn auch einige Studien zu Resilienz diesen Ansatz gewählt (z.B. *Beardslee & Podorefsky 1988* und *Garmezy 1993* für Kinder und Jugendliche; *Rabkin et al. 1993* für AIDS-Kranke Erwachsene; *Wagnild & Young 1990, 1993* für ältere Frauen), um die physischen und psychischen Bedingungen von Resilienz aufzufinden. Doch selbst wenn man die Suche nach Resilienz auf die Suche nach „Traits“ reduziert bzw. auf Faktoren, die Resilienz ausmachen, untersucht man nicht immer dasselbe: Handelt es sich vorwiegend um eine Kompensations- und Anpassungsleistung, die im Falle von Belastung zum Zug kommt? Oder muss, weil bei der Entstehung von psychischen Störungen meist Stress bzw. Disstress beteiligt ist, die Frage ins Zentrum gestellt werden, wodurch jemand vor überlastendem Stress - traumatic stress, hyperstress, aber auch daily hassles - geschützt wird? Oder geht es um die Umstände, welche Stress zu einer *Herausforderung* machen statt zu einer *Überforderung*? Je nach dem, welchen Fokus ein Forscherteam wählte, wurde dann das Konzept der Resilienz auch sehr unterschiedlich operationalisiert. Dennoch sind aus diesen Studien auch übereinstimmende oder zumindest sich unterstützende Ergebnisse hervorgegangen.

Das Auffinden von Merkmalen oder auch Merkmalskombinationen, die *Resilienz* definieren sollen, ist sicher nützlich, wenn auch nicht ausreichend, um die Phänomene, die unter dem Begriff Resilienz verstanden werden, zu erklären. *Petzold* (1995a) spricht bei diesen Phänomenen von "*Resilienzfaktoren*", wie sie in "*Resilienzprozessen*" differentiell - d.h. je nach Belastungssituation und persönlicher Lebenslage - zur Wirkung kommen. Damit stellt er die „Faktoren“ (ähnlich wie schon bei den „Protektiven Faktoren und Prozessen, idem et al. 1993) konsequent in ein prozessuales Geschehen, in dem sie gleichsam als „Dimensionen“ in den *hochkomplexen Interaktionen mit der Umwelt* zum Tragen kommen.“ Er nennt folgende Dimensionen:

1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
 2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
 3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
 4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz/Performanz unter akutem Streß und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
 5. die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, daß die Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
 6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren" (aus *Petzold 1995a, 194*).
- Bei dieser Zusammenstellung muss allerdings das *intrapyschische* Konzept eines "protectiv factor/resilience cycle" von *Petzold* berücksichtigt werden (s.u.).

Die Prozess-Perspektiven scheinen weiter zu greifen als die Trait-Perspektive. Denn selbst wenn jemand über die von ForscherInnen gefundenen Traits, die Resilienz ausmachen sollen, verfügt, heisst das noch nicht, dass er einem neuen kritischen Lebensereignis unter neuen sozioökologischen und ökonomischen Umständen bzw. Lebenslagen (*Petzold 2000h*), familialen, amikalen und kollegialen Netzwerksituationen (*Hass, Petzold 1999*) gewachsen ist.

Dennoch haben die traitähnlichen Persönlichkeitsmerkmale eine wichtige Bedeutung, denn sie können als Potential für Resilienz angesehen werden. Außerdem wird weitere Forschung im Bereich der Neurobiologie (*Schandry 2003*) zu klären haben, ob und inwieweit als Resilienzphänomene gekennzeichnete *traits* nicht mit spezifischen *Genexpressionen* bzw. *Genregulationen* in Zusammenhang zu bringen sind, die ja auch mit le-

bensgeschichtlichen Ereignissen verbunden sind (Bauer 2002; Petzold 2002j). D.h.: es kann immer nützlich sein, wo Resilienzphänomene erkennbar werden, sie zu pflegen, zu unterstützen, um so Widerstandsfähigkeit zu fördern, wo immer das einem Individuum in seinem Umfeld möglich ist. Mit einer Konzeption von „Resilienz als Prozess“ geht - was für eine mögliche Auswertung und Übertragung in die Praxis besonders wichtig ist - auch die Überzeugung einher, dass Resilienz **erlernbar** sei (vgl. Flach (1988): "Resilienz ist eine Kraft, welche die meisten von uns mit Denken und Üben entwickeln können" (1988). Dass dies hereditäre Aspekte von Resilienz - und die gibt es natürlich auch - nur im Sinne einer *positiven Moderation* betreffen kann, liegt auf der Hand.

Doch auch die Sicht auf Resilienz als *Prozess* ist nicht etwa einheitlich. Fine (1991) z.B. beschreibt Resilienz als einen zwei-Phasen-Prozess mit den Phasen *Stressreduktion* und *Reorganisation*, ähnlich wie Flach (1988) mit den Phasen *Desintegration* und *Reintegration*. Andere (Rutter, Petzold) postulieren einen komplexeren Prozess (s.o.), was wahrscheinlich eher zutrifft. Foster (1997) operiert mit dem Konstrukt CAR (Coping, Adaptation, Resilienz), wobei er letztere definiert als "positive changes in maintaining active oder latent coping and adaptation capacities through various mechanisms (such as healing, restitution, refinement and enhancement) that may not be immediately apparent but become evident over time". Zusammen mit Coping und Adaptation bildet Resilienz hier ein Konstrukt, das im theoretischen Rahmen eines "Stressor-Response Paradigmas" (Scheuch 2002; Scheuch, Schröder 1990; Schwarzer 1993, 1997) zu sehen ist. Das Strukturmodell dieses Konzeptes sieht fünf Bereiche vor, von denen jedem unterschiedliche Foki und Komponenten zugeordnet sind: 1. demographische Funktionen, 2. sozioökonomische Funktionen, 3. Ressourcen, 4. adaptive Erfahrungen und Zugänge und 5. derzeitige adaptive Anstrengungen. Foster fand robuste Beziehungen (in Form von Risikofaktoren) zwischen diesen Bereichen und ihren Komponenten zu psychopathologischen Krankheitsbildern und weist auf die Möglichkeit hin, davon Interventionen abzuleiten.

Als "Synthese" bisheriger Konzepte versuchte Polk (1997) ein neues Modell der Resilienz zu entwickeln, ein vierdimensionales Konstrukt, das Resilienz als Energiefluss (ein Gemisch aus Mensch- und Umwelt-Energie) darstellt, in dem sich - in zunehmender Komplexität - Muster aus vier Bereichen, dem dispositionalen, relationalen, situationalen und philosophischen (Einstellungen, Überzeugungen) Bereich, synergetisch zu einem einheitlich (unitary) sich entfaltenden Muster von Resilienz verbinden (ibid. S. 8). Abgesehen davon, dass der vorwissenschaftliche bzw. metaphorische Energiebegriff hier wenig hilfreich ist, sind die Einflussgrößen, die Polk vorschlägt, wohl zutreffend benannt, aber auch unspezifisch. Überzeugender scheint es, mit Heuft et al. (2000, 46ff) zwischen einer *konstitutionellen Resilienz (und analog dazu konstitutionellen Vulnerabilität)* und der *Resilienz-Entwicklung (bzw. Vulnerabilitätsentwicklung)* zu unterscheiden, womit der Dynamik dieser Konzepte Rechnung getragen wird, aber noch nichts über die "Konstitutionalität" gesagt wird, die entwicklungs-genetisch (Plomin 1994, 2000) aufgeklärt werden müsste. Beide Größen sind in diesem Modell von *internalen* und *externalen* Faktoren geprägt und hängen von Rahmenbedingungen ab, die auf der einen Seite protektiv oder aber als Risikofaktoren wirken können (Heuft et al. 2000, 46). In Bezug auf das Risiko psychischer Erkrankung folgt daraus, dass eine *hohe Vulnerabilität* zusammen mit *ungünstigen Rahmenbedingungen* und einer *geringen Resilienz* ein hohes Krankheitsrisiko darstellt, während umgekehrt eine geringe Vulnerabilität in Kombination mit günstigen Rahmenbedingungen ein geringes Krankheitsrisiko bedeuten. Dazwischen gibt es - nur schon definitionsbedingt, denn was heisst z.B. „geringe Vulnerabilität“ genau im Einzelfall - so viele Variationsmöglichkeiten, dass es äusserst schwierig ist, davon Ableitungen zu machen, Dynamiken vorauszusagen usw.. Doch wird immerhin einem monokausalen Verständnis von Pathogenese gegengesteuert. In Bezug auf die hier im Fokus stehende Population der älteren Menschen ist zu diesem Modell noch hinzuzufügen, dass die Vulnerabilität im Alter erhöht ist, und zwar in einer sehr direkter Weise, was die körperliche Gesundheit betrifft und - in Wechselwirkung damit - auch die psychische Gesundheit betreffend. Natürlich findet sich auch durch die Einbrüche in den sozialen Netzwerken alter Menschen (Petzold 1994c) eine nicht zu unterschätzende "soziale Vulnerabilität", die bei dem belastenden Einfluss von Verlusten auf das Immunsystem auch somatische bzw. psychosomatische Auswirkungen haben kann (Bauer 2002).

Mit diesem Modell von Heuft und Mitarbeitern in wesentlichen Teilen kompatibel scheint auch die Definition von „Resilienz“ von Staudinger und Freund (1998) als „(1) die Aufrechterhaltung normaler Entwicklung trotz vorliegender Risiken und Beeinträchtigungen und (2) die Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma. Dabei wird zwischen Ressourcen oder protektiven Faktoren, die die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit unterstützen und Risikofaktoren, die diese gefährden, unterschieden" (S.77). Resilienz in diesem Sinne ist also nicht ein Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine *relationale Konstellation von Person-Umwelt-Bedingungen*. Konditionen für ihre Realisierung sind entweder *endogen* (ohne sichtbare Intervention von aussen) oder *exogen* (interventionsbedingt). In ih-

ren Arbeiten zur Resilienz legt *Staudinger* grossen Wert auf diesen relationalen Charakter des Konstruktes (*Staudinger & Greve* 2001). Was "normales Funktionieren" konkret bedeutet, müsste spezifiziert werden und auch, welche Vergleichsparameter zugrundegelegt werden (auch der Status vor dem „bedeutenden Ereignis“ könnte ja einen Bezug geben, gerade was die Ausprägungen spezifischer Genregulationen anbelangt, s.u.). Die Autoren postulieren für das Alter eine „dritte Art der Resilienz“ (neben 1 und 2 vgl. oben), nämlich die des Verlustmanagements (*Staudinger et al.* 1995). Als spezielle und im Alter gehäuft auftretende Form von Widrigkeiten erfordern *irreversible Verluste* eine besondere Fähigkeit zu deren Bewältigung - so die Begründung. Dies mag zwar richtig sein, doch lässt sich diese Fähigkeit durchaus unter die Resilienzvarianten (1) und (2) subsumieren. Sorgfältig müsste darauf geachtet werden, ob die als Resilienz beobachteten und gewerteten Phänomene wirklich als eine positive Adaptierung gesehen werden können, denn es könnte sich auch um Numbing-Reaktionen im Sinne einer Abstumpfung oder Vergleichgültigung handeln, womit neurobiologisch gesehen das Depressionsrisiko oder das der psychosomatischen Reaktionsbildung (*Bauer* 2002; *Schiepek* 2003; *Rüegg* 2003) steigen kann, eben weil keine Verarbeitung oder positive Adaptierung bzw. eine funktionale Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster (*Hüther, Rüter* 2003), die u. E. eine wichtige Grundlage für eine *funktionale Resilienz* bilden, stattgefunden hat.

Die beiden Betrachtungsweisen von Resilienz als Trait oder als Prozess sind nicht einfach nur gegenläufig oder widersprüchlich, sie können sich sogar ergänzen. Zu der Schlussfolgerung kommt auch *Jacelon* (1997), wenn sie meint, Resilienz könne als Prozess **oder** als Trait angesehen werden, man müsse sich nur bewusst sein, wovon man gerade spricht: von den günstigen Bedingungen für Resilienz oder von der Art, wie sie sich entwickelt und abspielt. Es empfiehlt sich aber dennoch, diese beiden Perspektiven nicht mit dem gleichen Begriff zu belegen, und die Komplexität des Geschehens spricht dann doch eher für die prozessuale Perspektive, deren Ergebnisse, nämlich *stabile Muster der Resilienz*, natürlich auch Resultate neuronaler Bahnungen und psychobiologischer Schemata sein können. Die Bedingungen, die dazu im fördernden bzw. puffernden Sinn beitragen, sind unserer Auffassung nach eher im Konzept der "protektiven Faktoren" unterzubringen. So kann man Resilienz mit *Dyer & McGuinness* (1996) sehen als einen Prozess, der stark von protektiven Faktoren beeinflusst ist. Protektive Faktoren werden von ihnen verstanden als spezifische Kompetenzen, die dafür notwendig sind, dass sich der Prozess der Resilienz ereignen kann. Die erforderlichen Kompetenzen existieren nach ihnen in drei Bereichen: als individuelle, interpersonale und familiäre Kompetenzen.

Das integrative Modell eines "protective factor → resilience cycle"

Aus einer integrativen Sicht kommen Risiko- und Belastungsfaktoren in *Interaktion* mit Schutzfaktoren und Ressourcen für Menschen (Individuen und Gruppen) in spezifischen Lebenslagen (zumeist prekären oder desaströsen, vgl. *Petzold* 2000h) und dem dort stattfindenden interpersonalen Geschehen zum Tragen. Die Person (mit ihren subjektiven mentalen Prozessen, appraisals/valuations) und der Kontext (mit den in ihnen zur Wirkung kommenden *kollektiven mentalen Repräsentationen*, vgl. *Moscovici* 2001, *Petzold* 2003b) sind dabei Grössen, die entscheidend dafür sind, was im Einzelfall als *protektiv* oder was als *belastend* angesehen wird und wirkt. Das macht eine differentielle und situationsspezifische Verwendung dieser Begriffe erforderlich. Das *interaktive Moment* und damit der prozessuale Charakter muss deshalb bei jeder Konzeptbildung im Blick behalten werden, denn selbst wenn man Resilienz als "trait" betrachtet, kommen Traits doch in konkreten Lebensprozessen von "Menschen-in-Situationen", von "Subjekt-in-Kontext/Kontinuum" zum Tragen. Bei der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Resilienzproblem ist einerseits das Beziehen kontexttheoretischer Überlegung (idem 2000h; *Hass, Petzold* 1999), entwicklungs- und persönlichkeits-theoretischer Konzepte (*Petzold* 2003a), von Stress-Coping-Modellen (*Schwarzer* 1993) und Social Support- und Ressourcentheorien (*Röhrle* 1994, *Petzold* 1997p) erforderlich und andererseits eine biopsychologische und neurowissenschaftliche Perspektive, um konzeptuellen Schmalführungen zu entgehen.

Entwicklung in einer "life span developmental perspective" wird in einem *biopsychosozialen* Verständnis (*Petzold* 1974j, 304, 2001a; *Engel* 1977, 1997) gesehen als der "fortschreitende Lebensprozess eines Menschen mit seinem 'Konvoy' unter den Einflüssen interagierender 'Ereignisketten', Ketten von widrigen Ereignissen (chains of adverse events), 'Ketten schützender Ereignisse' (chains of protective events) und 'prolongierter Mangelserfahrungen' (chains of deficits). Diese sich wechselseitig beeinflussenden positiven, negativen, defizitären Stimulierungskonstellationen (z.B. gute, schlechte, fehlende Beziehungserfahrungen im sozialen Netz und Konvoy) bestimmen die Neurobiologie dieses Menschen, seine Genregulationen, seine Ausbildung neuronaler Netzwerke und Netzwerkverbindungen, seine kognitiven Landkarten, d.h. neuronales, kognitives, emotionales, volitives, sozial-kommunikatives Lernen und damit seine *Vitalität* und *Vulne-*

rabilität, Gesundheit/Wohlbefinden und Morbidität/Unwohlsein, ja seinen gesamten Lebensvollzug nachhaltig (Petzold 2000h).

Protektive Faktoren sind als externale, entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen, die von Säuglingszeiten an über die gesamte Kindheit und Jugend für den Entwicklungsprozess charakteristische Genexpressionen fördern, z.B. in "sensiblen Phasen" (z.B. der prosodisch-interaktiven oder sprachsensiblen Phase) dafür sorgen, dass die "Genregulation" in dem Umwelt und Genetik verschränkenden Entwicklungsprozess ungestört verläuft. Im weiteren Lebensverlauf puffern sie Überlastungsprozesse so ab, dass keine strukturschädigenden Belastungen – etwa durch Hyperstress, traumatischen Stress - eintreten, sondern sich Widerstandskräfte (Resilienzen) bilden, bzw. sie wirken in unbelasteten Situationen des normalen Lebens fördernd, dass sich positive Entwicklungsdynamiken entfalten können. (ibid.)

Hyperstress kann nicht nur Gene, die neuronales Wachstum fördern, behindern (vgl. die Arbeiten von Sapolski 1996; Bauer 2002; Schiepek 2003; Rüegg 2003), er kann auch zu Sensibilisierungen (*kindling*) des limbischen Systems führen und zu einer erhöhten Alarmbereitschaft der Amygdala beitragen (z.B. bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, PTBS; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002). Schmerzerfahrungen (Operationen, Gewalterfahrungen) können die Genregulation des Schmerzgedächtnisses fehlkonditionieren, so dass eine übersteuerte Schmerzreagibilität die Folge ist. Die neurobiologische Entwicklungsforschung hat für die Ausbildung von Schmerzerkrankungen, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine Fülle von Forschungsergebnissen für diese Zusammenhänge erbracht (Bauer 2002). Vor diesem Hintergrund kann definiert werden:

„**Protektive Faktoren/-prozesse** sind externale Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) und internale Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im -*Entwicklungsgeschehen* und *Lebensverlauf* ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d.h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata) gewährleisten. Sie puffern neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse (z.B. Hyperstress) ab bzw. unterstützen Bewältigungsleistungen (*coping*) und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen (*creating*), so dass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d.h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionalen „Landkarten“ und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit (robustness)* oder effektive *Bewältigungsmuster (coping ability)* bzw. eine besondere Gestaltungskompetenz (*creating potential*) gewonnen wird. Ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als '*Resilienz*' bezeichnet werden, die dann als ein internaler 'protektiver Faktor' zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt.“ (2000h).

Den Prozessen, in denen externale und internale Schutzfaktoren und Resilienzen zusammenspielen, ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Wir sehen aufgrund unserer klinischen Beobachtungen und Forschungen einen „**protective factor → resilience cycle**“, zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen bei *krisenhaften Belastungen*, aber auch – zusammen mit ihnen oder ohne solchen Konnex oder in Sequenzen mit wechselnden Schwerpunkten - bei den Herausforderungen (challenges) von *Entwicklungsaufgaben* (Havighurst 1948, 1963). Auf beides kann mit Coping- oder Creating-Mustern bzw. in einer Kombination von beidem reagiert werden, wie in der folgenden Mustersequenz ersichtlich:

"Belastung/Überlastung → externale protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/internaler Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen" → Entwicklungsaufgaben → externale protektive Faktoren → erfolgreiches creating → usw.

In dieser Sicht von *Resilienzen* auf der **neurobiologischen Ebene** werden sie als funktionales Äquivalent des Konzeptes "internaler protektiver Faktor" aufgefasst. Neurobiologische Vorgänge führen natürlich zu Einflüssen auf der **psychologischen** bzw. **mental** Ebene und wirken damit auch auf *Kompetenzen*, d.h. in kognitiven, emotionalen und volitiven Prozessen (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003) und auf die behaviorale *Performanz*, z.B. im sozial-kommunikativen Geschehen. Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner

Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System, zentral für die Selbst- und Identitätsprozesse des Menschen, wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala*, wesentlich für die "emotionale Intelligenz" bzw. „sinnliche Reflexivität“ (Heuring, Petzold 2003), die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren, das alles ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im seelischen Geschehen: angemessene und positive kognitive Ereigniseinschätzung (*appraisal* / Frontalhirn), angemessene bzw. positive emotionale Ereignisbewertung (*valuation* / limbisches System), angemessene und nachhaltige Willensunterstützung (*volition* / cingulärer Gyrus).

Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Souveränität, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit, positive Kontrollüberzeugungen (Flammer 1990) können dann als "internale Schutzfaktoren" bzw. Resilienzqualitäten auf der **psychologischen Ebene** verstanden werden.

Externale protektive Faktoren und *Ressourcen* sind als Begrifflichkeiten nicht scharf abzugrenzen, weil sie weitgehend unabhängig voneinander in unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen - Entwicklungspsychologie und sozialpsychologische und psychotherapeutische Ressourcentheorie - entwickelt wurden (vgl. Petzold 1997p), so dass vielfach Begriffe bzw. Konzepte funktional äquivalent sind, sich aber auch immer wieder Unterschiede finden. Es empfiehlt sich deshalb, die Diskurse nicht zu vermengen, sondern jeweils auf das entwicklungspsychologische oder ressourcentheoretische Herkommen zu verweisen und die Funktionalität des Begriffes jeweils spezifisch zu fassen.

In jedem Fall müssen *externale* protektive Faktoren und Ressourcen immer auf zwei Ebenen betrachtet werden:

1. auf der Ebene "objektiver Verfügbarkeit" und
2. auf der Ebene der "subjektiven Wahrnehmung und Bewertung".

Perceived resources müssen - das heben wir aus integrativer Perspektive hervor - kognitiv eingeschätzt (*appraisal*) und emotional bewertet (*valuation*) werden.

Diese aus der Social-Support-Forschung bekannte und empirisch gut abgesicherte Unterscheidung zwischen "objektiven" und "wahrgenommenen" Gegebenheiten müssen sowohl in der Ressourcen- als auch in der PF-Diagnostik und folglich auch in interventionsgerontologischen Massnahmen (Lehr 1979; Petzold 1965, 1979k) wie Psycho- und Soziotherapie, Pflege und Geragogik zum Tragen kommen. Bei "externalen protektiven Faktoren" werden Wirkungen und Wirkungsbedingungen näher erforscht werden müssen, z.B. unter folgenden Fragestellungen:

1. Steht ein 'signifikant caring other' mit einem Beziehungsangebot zur Verfügung ?
2. Wird das Beziehungsangebot wahrgenommen ?
3. Wird es kognitiv als hilfreich eingeschätzt (*appraisal*) ?
4. Wird es emotional als stützend und wohltuend bewertet (*valuation*) ?
5. Wird es bei 'kritischen Lebensereignissen' in Anspruch genommen ?
6. Was verhindert eine Inanspruchnahme (Scham, Angst, Schuldgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl, Wunsch, niemandem zur Last zu fallen etc.) ?
7. Wie wirkt ein protektiver Faktor, unter welchen Kontextbedingungen bei welchen "events" ?

Beim 'significant caring other' unter den Bedingungen des Verlustes eines wichtigen Netzwerkmitgliedes durch Tod könnten folgende protektiven Momente angenommen werden:

1. Trost und Beruhigung beim Umgang mit Verlust und Trauerreaktion. Körperliche Berührung und Nähe bewirkt auf der *neurophysiologischen Ebene* eine "down regulation" von Übererregungsreaktionen der *Amygdala* und einer Übersteuerung der Stressachse (Weiss et al. 1997; Petzold, Wolf et al. 2000; Yehuda 1997), beruhigt ein 'hyperarrousal'. Trauer-, Schmerz-, Leideraktionen als "expressed emotions" triggern in anderen Hominiden Trost- und Unterstützungsreaktionen ("Trostarbeit" ist in diesem Sinne wichtiger als "Trauerarbeit", vgl. Petzold, Josic, Ehrhardt 2003)

2. Beistand und Zuwendung verhindern auf der *psychologischen Ebene* ein Überwältigtwerden von Verlassensängsten (Hominiden 'wissen' auf einer sehr tiefen, evolutionspsychologisch zu betrachtenden Ebenen, dass sie allein und verlassen verloren sind. Erlebter Beistand puffert Beunruhigung und Angst, bietet Sicherheit und Halt.

3. Erfahrene Unterstützung durch die Bezugsperson bietet auf der *lebenspraktischen Ebene* konkret Hilfen bei der Bewältigung praktischer Probleme, was gerade bei älteren Menschen eine bedeutsame Angelegenheit sein kann.

4. Sinnerleben. Im gemeinsamen bzw. gemeinschaftlichen Gespräch (Petzold 2001b) kann sinnstiftende Verarbeitung belastender Ereignisse durch unterstützende oder mit mitbeteiligte Personen des persönlichen und professionellen Netzwerkes (Hass, Petzold 1999) neuen, tragenden *Sinn* (Petzold 2001k) schaffen.

Durch diese vier, von 'significant caring others' bereitgestellten Qualitäten können vorhandene Resilienzen aktiviert oder neue Resilienzen gebildet werden.

Auf der Grundlage solcher Konzeptualisierung wird in interventiver Hinsicht gegenüber dem in der Psychotherapie bzw. Gerontopsychotherapie vorherrschenden Paradigma der *expressiv-kathartischen Trauerarbeit* ein Paradigma der *beruhigend-integrierenden Tröstung* gestellt, wie es etwa für die "philosophische Therapeutik" eines *Seneca, Epiktet oder moderner narrativer Traumatherapie* (Petzold 2001m) charakteristisch ist. Letztlich müsste jeder protektive Faktor in ähnlicher Weise auf die Wirkungsebenen durchgeprüft werden unter den Fragen:

What happens on the brain level? Was wird auf der psychologischen, was auf der alltagspraktischen Ebene bewirkt? Und schliesslich: Was kann bei welchen persönlichen Situationen, in welchen Lebenslagen und bei welchen Belastungen von den zugänglichen protektiven Faktoren interventiv eingesetzt werden?

Der Integrative Ansatz ist, das wird hier deutlich, in seiner Konzeptualisierung interventionsorientiert. Vor dem umrissenen Hintergrund definieren Petzold und Mitarbeiter aus integrativtherapeutischer Perspektive "Resilienz" als:

"Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, **bewältigbarer** Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art 'psychischer Immunität' gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die **Bewältigungskompetenz** des Subjekts bei Risiken und bei 'stressful life events'." (Petzold et al. 1993a). Da Resilienz für unterschiedliche Belastungen differentiell ausgebildet wird, sprechen wir im Plural von Resilienzen.

Für Petzold resultieren Resilienzen aus Bewältigungs- und Adaptionsprozessen, die differentiell auf den erwähnten Ebenen durch Erfahrungen von praktischen Hilfen und eine unterstützende Ressourcenlage herausgebildet werden konnten. Sie regulieren vorhandene, genetisch disponierte und lebensgeschichtlich erworbene oder verstärkte Vulnerabilitäten herab (-) und fördern eine Stressantwort, die bei Belastungen nicht entgleist und keine dysfunktionalen Hyperarousals auslöst. Sie bestärken Vitalität (+) und Kreativität (+), so dass es zu erfolgreichen Bewältigungsleistungen kommt, die wiederum Resilienzen bekräftigen. So entsteht ein zirkuläres Modell:

Protektive Faktoren bewirken, indem sie Belastungen und Vulnerabilität puffern, die Ausbildung von *Resilienzen*, die dann bei erneuten Belastungen dem Subjekt als "internale protektive Faktoren" zur Verfügung stehen und bei weiteren erfolgreichen Bewältigungsleistungen bekräftigt werden, was eine effektivere Nutzung externaler Schutzfaktoren wahrscheinlich macht.

Vor diesem Hintergrund können **Protektive Prozesse** und die in ihnen wirksamen **Schutzfaktoren** (*protective factors*) wie folgt bestimmt werden:

»**Protektive Faktoren** sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, Bewältigungsleistungen und Selbstwirksamkeitserlebnisse, die zu Resilienzen geführt haben, andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armut- bzw. Krisenregion), die im **Prozeß ihrer Interaktionen** miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken und Schädigungen für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als *salutogene* Einflußgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen und Bewältigungsperformanz des Subjekts sowie die Ressourcenlage und "supportive Valenz" sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so daß persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden.« (revid. nach Petzold et al. 1993,185)

Risiko- und Belastungsfaktoren, protektive Faktoren und Resilienzen können nicht "dekontextualisiert" betrachtet werden, das dürfte deutlich geworden sein. Sie kommen in komplexen sozialen Prozessen und Kontexten zum Tragen und müssen deshalb in den Kontext übergeordneter Theorien gestellt werden. Mit integrativer Perspektive können hier Theorien und Forschungen zur "sozialen Unterstützung" (*Nestmann 1988; Röhrle 1994; Hass, Petzold 1999*) herangezogen werden, sowohl als Erklärungsmodelle als auch für Modelle der Hilfeleistung. Letztlich sind Referenztheorien und -modelle erforderlich, die entwicklungspsychobiologische Perspektiven (clinical life span developmental approach, *Oerter et al. 1999*), persönlichkeits-theoretische Dimensionen, kontexttheoretische Überlegungen (*Vygotsky, Gibson*), gesundheits- und krankheitstheoretische Konzepte einbeziehen (*Petzold 2003a; Lorenz 2004*). Exemplarisch sei hier kurz das Integrative Modell des "Social Support" vorgestellt.

Soziale Unterstützung als Rahmen für Protektive Prozesse und Resilienzen

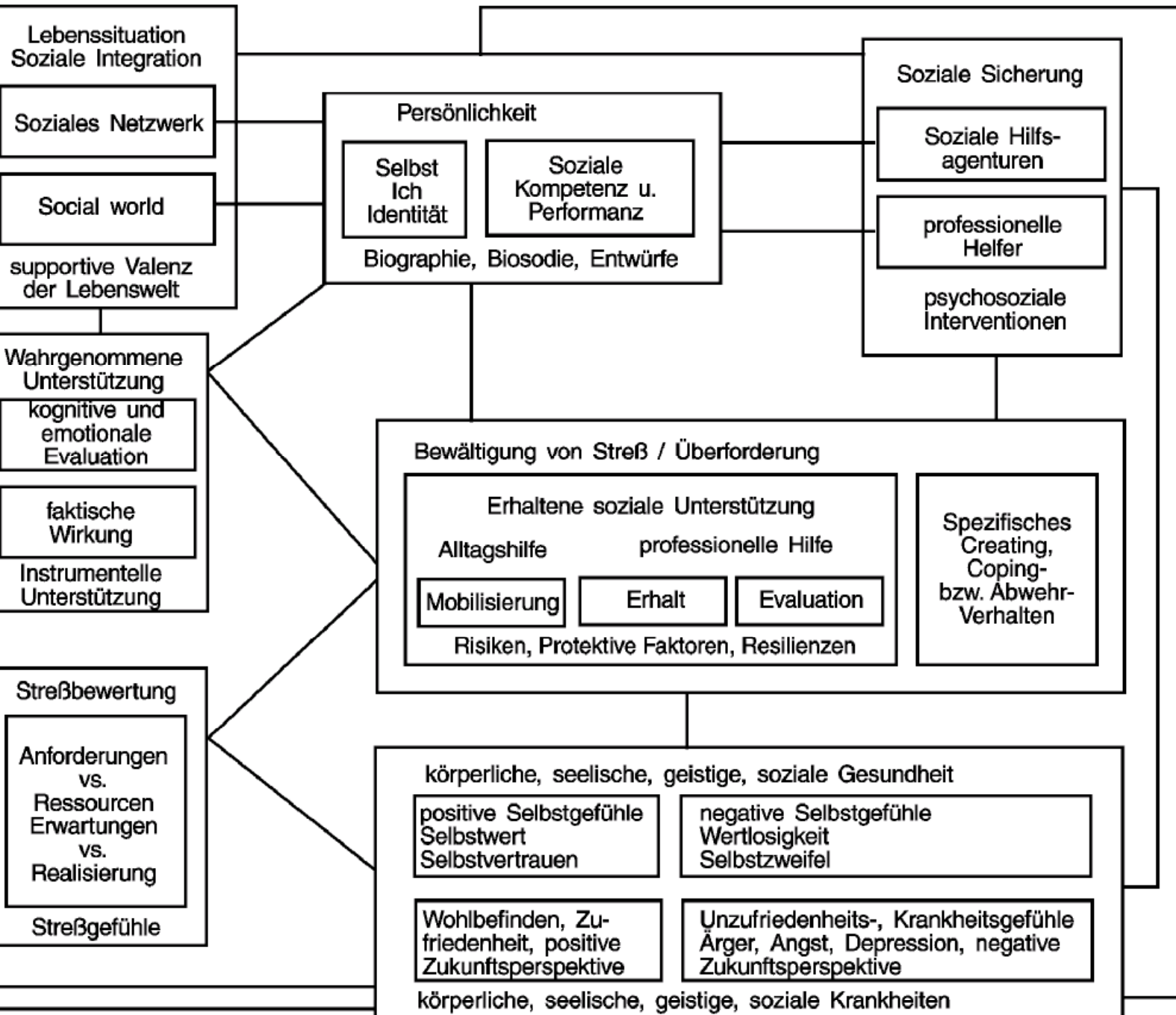


Abb.: "Soziale Unterstützung", "soziale Situation der Person" (Lebenslage), psychosoziale Intervention und Krankheit, Gesundheit, Wohlbefinden

Legende:

Ausgegangen wird von der allgemeinen Lebenssituation des Menschen, bei der das Mass seiner sozialen Integration, d.h. die Stabilität seines sozialen Netzwerks in qualitativer und quantitativer Hinsicht (Petzold 1979c; House et al. 1988) und die Konsistenz seiner "social world", seiner Wertewelt und -gemeinschaft (Petzold, Petzold 1991b) von ausschlaggebender Bedeutung für die allgemeine "supportive Valenz" seiner Lebenswelt ist, aber - nicht zuletzt unter biographischer und prospektiver Sicht - auch für die Stabilität seiner Persönlichkeit (von *Selbst, Ich, Identität* vgl. Petzold 2001p) und für ihre sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen), ihre Coping- und Creatingstile.

Interventionen werden deshalb immer auf eine Förderung der sozialen Integration durch Stabilisierung der Lebenssituation und auf eine Stützung der Persönlichkeit, ihrer historisch gewachsenen Identität und ihrer

Zukunftsentwürfe gerichtet sein. Ein weiterer Faktor für supportive psychosoziale Interventionen ist das Netz sozialer Sicherungen, das z.B. das öffentliche Gesundheitswesen mit seinen sozialen Hilfsagenturen (Beratungsstellen, Kliniken, Diensten usw.) und helfenden Berufen als externale Schutzfaktoren bereitstellt. Hier liegen die wesentlichen Bedingungen für interventive Erfolge und Misserfolge bei Hilfen zur Bewältigung von Krisen, Stress bzw. Überforderungserlebnissen. Das Vorhandensein sozialer Sicherungen und das Wissen um diese wird für die Betroffenen im Hinblick auf ihre Kontrollüberzeugungen, ihre Erwartungen und ihre persönliche Stabilität von Einfluss sein. Neben das Wissen um Alltagshilfe von Familie und Freunden tritt das Wissen um die Möglichkeiten professioneller Hilfe als "informationeller Support", der zu den Dimensionen instrumenteller/materieller und emotionaler Support hinzutritt (Schwarzer, Leppin 1989) und im Verein mit protektiven Faktoren (Petzold et al. 1993, 173ff) die Copingbemühungen, das Creating- oder das Abwehrverhalten der Betroffenen unterstützt. Supportive Angebote und Schutzfaktoren werden in Krisensituationen genauso wahrgenommen und bewertet wie die Stressoren, und wahrscheinlich wird man in der Soziotherapie (Petzold, Schay, Ebert 2003) vermehrt auf die Spezifität in der Relation von Stressereignis und Supportform zu achten haben bzw. auf die Angemessenheit in der Kombination emotionalen, materiellen und informativen Supports. Die Stressbewertung etwa einer Diskrepanz von Anforderungen (z.B. finanzieller und emotionaler Art bei einer Alleinerziehenden, idem 2000h) und zuhandenen Ressourcen und protektiven Faktoren, von Erwartungen auf Hilfe und realiter eintretender oder ausbleibender Hilfeleistungen, werden wiederum eingeschätzt und bewertet (*appraisal, valuation*) und mit vorhandenen Creating- und Copingmöglichkeiten aufgrund vorgängiger Krisenerfahrungen abgeglichen, was zum Wiedergewinn von Kontrolle und Beruhigung oder aber abhängig von vorhandenen Beziehungen und zuhandenen protektiven Faktoren zu Stresseemotionen, Überforderungsgefühlen führt und die Wahrnehmung und emotionale Evaluation von supportiven Massnahmen beeinflusst. Dies zuweilen derart, dass instrumentelle Unterstützung, etwa in Form von Geld oder Sachmitteln, gar nicht gewertet werden kann, keine emotionale Entlastung bringt oder faktische Wirkungen - z.B. Fortfall von Schuldendruck durch Schuldenregulierung - schmälert. Emotionalen und kognitiven Bewertungen kommt deshalb beim Bereitstellen von Support durch psychosoziale Interventionen ganz erhebliche Bedeutung zu, ja die Ermöglichung einer positiven Sicht der Hilfsmassnahmen wird zu ihrer Akzeptanz und ihrem Gelingen wesentlich beitragen. Das "emotional management" von Stresseemotionen durch entlastende Interventionen aus dem Repertoire der Integrativen Therapie (Petzold 1991h, 2004a) wird hier eine wichtige Funktion haben.

Gelingen die supportiven Interventionen, können protektive Faktoren und Ressourcen bereitgestellt und genutzt werden, werden Gesundheit und Wohlbefinden gefördert, wird Krankheit vermieden oder bewältigt, werden Resilienzen gebildet, treten positive Selbstgefühle vermehrt auf und werden negative Selbstgefühle vermindert (Petzold 1992b). Es werden Vulnerabilitäten verstärkt oder abgeschwächt, Resilienzen aufgebaut, Coping- und Creatingmöglichkeiten gefördert oder eingeschränkt, Ressourcen oder protektive Faktoren hinzugewonnen oder verloren. Die Rückwirkung auf die allgemeine Lebenssituation und soziale Integration einerseits und auf die Stabilität der Persönlichkeit andererseits erweist sich gleichfalls je nach Gelingen oder Misslingen der Massnahmen und Hilfeleistungen zur Unterstützung der Bewältigungsleistungen als positiv oder negativ.

Im Rahmen eines solchen integrativen Modells von sozialer Unterstützung, das Interventionsformen wie (Geronto)Psychotherapie, (Geronto)Soziotherapie, Geragogik einbezieht (idem 1965), können Konzepte wie protektive Faktoren und Resilienzen für Theorienbildung, Forschung und Praxis intensiver fruchtbar werden.

2. Protektive Faktoren /Resilienzfaktoren - generelle und bereichsspezifische Überlegungen

Protektive Prozesse und die in ihnen zur Wirkung kommenden sogenannten "protektiven Faktoren" können also einerseits zur Ausbildung und Förderung von "Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit" (health, wellness, fitness) führen, sie können aber auch zur Ausbildung von "Resilienz" (gekennzeichnet durch spezifische Resilienzfaktoren) beitragen, indem sie schädigende Einflüsse (Risiko- und Belastungsfaktoren) kompensieren oder abpuffern. Hierzu können generelle, bereichsübergreifende und bereichsspezifische Materialien gesichtet werden.

Internale protektive Faktoren sind - wie oben erwähnt - funktionell von den Merkmalen, die als sogenannte Traits bei resilienten Menschen gefunden oder ihnen zugewiesen (nicht alle Publikationen sind ja empiriegegründet) wurden, gelegentlich kaum zu unterscheiden. Weil sie damit als Impulse für Interventionen wichtig sein können, sei hier eine (unvollständige) Aufstellung versucht, die z.T. störungsspezifische, empirische und heuristische Ergebnisse zusammenträgt.

2.1 Protektive Faktoren - generelle Perspektiven

Beim Vergleich der Ergebnisse von Trait-Untersuchungen zeigt sich, dass einige Faktoren gefunden werden konnten, die offenbar unabhängig vom Alter Resilienz ausmachen (vgl. zum Kindesalter *Garmezy* [1993]; *Petzold, Müller* [2001]), zur Adoleszenz *Beardslee & Podorefsky* [1988] und Erwachsenenalter *Rabkin et al.* [1993]): so wurden

- eine eher überdurchschnittliche Intelligenz,
- breit gestreute Interessens- und Aktivitätsgebiete,
- ein aktiver, engagierter Lebensstil,
- self-reliance (Glaube an sich und seine eigenen Fähigkeiten),
- Unabhängigkeit,
- eine positive Lebensanschauung,
- Flexibilität im Umgang mit Veränderung, sowie
- gute Beziehungen zu engen Vertrauten

offenbar in jedem Lebensalter als Merkmale resilienter Menschen registriert.

Oft gefunden - und auch für verschiedene Lebensalter zutreffend - wurden auch die Faktoren

- 'Reflexionsfähigkeit',
- die 'Fähigkeit zur Exzentrizität' (bei Jugendlichen, *Beardslee & Podorofsky* 1988) und
- 'starke externe Unterstützung' (bei Kindern z.B. in Form von engen Beziehungen zu einzelnen zugewandten und/oder vorbildhaften Erwachsenen oder in Gemeinschaften (z.B. peer groups).

Der Beziehung zu vorbildhaften Personen messen auch *Dyer, McGuinness* (1996) höchste Bedeutung bei. Die Gegenwart mindestens einer Person im Leben, die fürsorglich und emotional zugänglich erlebt wurde, das Modell, das diese Person für das Individuum abgab und dessen inneren Werte prägte, sei geradezu Voraussetzung für die Ausbildung von Resilienz. Bei der externen Unterstützung ist allerdings zu sagen, dass ein solcher Support nicht immer und in jeder Situation als protektiv erlebt wird, sondern unter Umständen sogar beeinträchtigend wirkt (*Staudinger et al.* 1995; *Staudinger, Greve* 2001), abhängig etwa von der Qualität, der Quantität der erhaltenen und erlebten (*Petzold, Petzold* 1993, 470) Unterstützung, die zu differenzieren sind, weiterhin von den Eigenschaften des unterstützenden Netzwerks oder auch von Persönlichkeitsmerkmalen der zu unterstützenden Person. Es dürfen also keine vorschnellen Generalisierungen erfolgen.

2.2 Protektive Faktoren - bereichsspezifische Perspektiven

Ausser bei *Wagnild & Young* (1990) konnten wir leider keine Arbeit finden, die sich speziell damit befasste, protektive Faktoren im Alter zusammenzustellen. Viele Studien aber behandeln ein spezifisches Thema unter dem Aspekt Alter, so dass wir doch zu verschiedenen psychischen Störungen und allgemeinen Themen einige Resultate auflisten können, ähnlich wie bei es auch für somatische Leiden gemacht wird:

- Gleichmut

- Beharrlichkeit
- Selbstvertrauen
- Neugierde
- Flexibilität, Anpassungsfähigkeit
- soziale Kompetenz
- soziale Aktivität
- Unabhängigkeit
- Kontrolle über das Umfeld
- Ressourcenvielfalt
- Bedeutsamkeit und existentielle Einzigartigkeit jeden Lebens
- Einstellung, dass das Leben einen Sinn hat
- physische Robustheit
- guter Zugang zu medizinischer Versorgung

a) Mortalität und Krankheit bzw. Langlebigkeit und Gesundheit

Auf die ganzen Bereich der protektiven Faktoren bezüglich somatischer Krankheiten kann hier ausführlicher nicht eingegangen werden. Da jedoch körperliche Gesundheit immer auch auf die Psyche wirkt - und im Alter kann dies zum Teil noch gravierendere Wechselwirkungen haben, indem z.B. mit einer somatischen Einschränkung ein Verlust von sozialen Kontakten einhergehen kann - sollen hier doch auch solche Verbindungen erwähnt werden.

- *Seeman und Chen (2002)* suchten Risiko- und protektive Faktoren für chronisch kranke ältere Menschen im Vergleich mit nicht-chronisch Kranken. Ergebnisse: für *alle* war *regelmässige körperliche Aktivität* ein protektiver Faktor in Bezug auf Veränderungen der physischen Funktionstüchtigkeit! In den diagnosespezifischen Ergebnissen zeigte sich, dass für die kardiovaskulären Störungen der Faktor 'grösserer emotionaler Support' mit höheren baseline levels einherging und mit weniger Verlust von Funktionstüchtigkeit, der Faktor 'grössere soziale Konflikte' war speziell bei den Bluthochdruck- und Diabetes-PatientInnen mit einem grösserem funktionellen Abbau verbunden, und für die Krebskranken waren besonders 'instrumentale Selbstwirksamkeits-Überzeugungen' protektiv. Soziale und psychologische Faktoren waren bei den Versuchspersonen ohne chronische Krankheiten ohne Einfluss auf funktionelle Abbauprozesse.
- *Altersoptimismus* und *positive Selbstwahrnehmung* wurden von *Levy et al. (2002)* als Faktoren gefunden, die auch mit Langlebigkeit in Verbindung stehen.
- *Positive Emotionen in jungen Jahren* korrelierte mit Langlebigkeit in einer Untersuchung von *Danner, Snowdon, Friesen (2001)*.

b) Stress bzw. Stressreduktion / -pufferung

Als spezifizierungsbedürftiges Konzept wirkt Stress bei vielen Belastungssymptomen und psychischen Störungen mit. Stresspuffernde Faktoren können daher auf verschiedene Störungen einen indirekten Einfluss nehmen.

- *Soziale Interaktionen* und *physische Aktivität* haben laut *Unger et al. (1997)* und *Petzold, Berger (1986)* sowohl einen stress-puffernden Effekt als auch einen direkten schützenden Effekt gegenüber funktionellem Abbau.
- Eine Reihe von stresspuffernden Faktoren stellt *Stevens (2000)* zusammen: *internaler locus of control, soziale Unterstützung, soziales Interesse, Wehrhaftigkeit, physische Fitness, Sinn für Humor, Alkoholkonsum, Typ A Charakteristik, Optimismus*.
- Das *Halten von Haustieren (Schlappak 1990; Otterstedt 2001; Olbrich 1997; Greiffenhagen, Bruck 2000; Corson, Corson 1980)*
- In einer biologisch-evolutionären Sichtweise verweist *Parsons (1996)* auf die Rolle von *Genen* für einen stressreduzierenden Metabolismus. Die Förderung stresspuffernder Genregulation (*Bauer 2002; Petzold 2003*) durch soziale Aktivität und gute zwischenmenschlich Kontakte ist als wesentlich anzusehen.

c) Depression bzw. Wohlbefinden

Der Copingstil wird mehrfach mit protektiven Einflüssen bezüglich Depression in Verbindung gebracht:

- Ein *Wechselspiel* zwischen den beiden Coping-Arten 'Assimilation' und 'Akkommodation' ist nach (Rothermund, Schmitz 1997) ein protektiver Faktor.
- Von Kubat und Bahro (2001) wurde eine *gute Akkommodationsfähigkeit* als protektiver Faktor gefunden (vgl. auch Brandtstädter, Rothermund, Schmitz 1997). Dies bestätigt eine These, dass der akkommodative Bewältigungsstil im Alter zunimmt bzw. in vielen Fällen funktionaler wird als der assimilative (Staudinger, Greve 2001; Brandtstädter & Renner 1990).
- Etwas komplexer sehen dies Staudinger et al. (1999). Nicht ein bestimmter Stil sei protektiver als ein anderer, sondern die *selektive Flexibilität*, die jemand in der Anwendung von verschiedenen Bewältigungsstilen zeigt, sei der entscheidende Punkt.
- Die sogenannten regressiven Bewältigungsmuster ('Verantwortung abgeben', 'Sinnverlust', 'laufen lassen') nehmen nach Staudinger et al. (1999) mit zunehmendem Alter leicht zu, doch kann das unter Umständen (z.B. angesichts irreversibler Einschränkungen) funktional sein. 'Humor', 'nicht aufgeben' und 'Wunsch nach Information' zeigen einen positiven Zusammenhang mit Alterszufriedenheit (dies wird von Staudinger et al. als Indikator für Resilienz verstanden), 'sich abfinden', 'Sinnverlust' und 'Verantwortung abgeben' dagegen einen negativen. Es erscheint also wenig sinnvoll, bestimmte Bewältigungsstile als regressiv zu bezeichnen. Z.B. der Copingstil 'laufen lassen' scheint im Falle von körperlichen Risiken protektiv zu sein, während der - an sich oft protektive Stil - 'nicht aufgeben' und 'Wunsch nach Information' im gleichen Fall dysfunktional werden kann. Ob ein Bewältigungsstil protektiv ist oder nicht, hängt also auch von der Art der Belastung, den Kontextbedingungen und der Ressourcenlage ab: irreversible Verluste / Einschränkungen sind anders zu bewältigen als vorübergehende und/oder beeinflussbare.
- Menschen mit körperlicher Behinderung und aktueller sozialer Isolation leiden häufiger an depressiven Störungen (Schneider et al. 1999). Ebenso - und sogar deutlicher - wurden diese Menschen eher als psychogen erkrankt eingestuft, je mehr Lebensabschnitte sie erlebt hatten, in denen die subjektive Belastung gegenüber supportiven Elementen überwog. Im weiteren erhöhte emotionale Labilität das Risiko, psychogen zu erkranken, während diejenigen zu den weniger risikoreichen Personen gehörten, die mit *kognitiver Umbewertung* auf Probleme reagieren (ibid. 229). Bei den Bewältigungsstrategien zeigten sich ohnehin deutliche Unterschiede zwischen depressiven PatientInnen und psychisch Gesunden: Probleme aktiv anzugehen, optimistisch zu sein, Unabänderliches anzunehmen, sich auf frühere Erfahrung zu besinnen, Situationen kognitiv umzubewerten und den Humor zu behalten kennzeichnet gesundes Verhalten.

Es wird hier spätestens deutlich, dass es sich bei den "protektiven Faktoren" nicht um einfache Korrelationen handelt. Ihre Wirksamkeit ist stets von mehreren Variablen / Rahmenbedingungen abhängig: sie kommen abhängig von der "Lebenslage", den Ressourcen, der Netzwerksituation, der Wohnverhältnisse (Privatwohnung/ Heim) differentiell zum Tragen (Bäcker, Naegele 1992; Petzold 2000h).

- Staudinger, Freund (1998) fanden beispielsweise, dass eine grössere Anzahl an selbstdefinierenden Bereichen für Personen mit niedrigem Einkommen angesichts gesundheitlicher Beeinträchtigungen eine protektive Funktion hatte. Hier wurde differenziert geforscht und die Ergebnisse sind entsprechend komplex und kaum generalisierbar.
- Ebenfalls bei Staudinger und Freund (1998): Selektives Investment, d.h. die Konzentration des Lebensinvestments auf einige wenige Bereiche wirkte sowohl bei niedrigerem Einkommen als auch bei schlechterer Gesundheit kompensierend.
- Strawbridge et al. (1998) prüften in einer Untersuchung, ob Religiosität gegenüber Stressfaktoren, welche Depression mitbewirken können, eine puffernde Qualität habe. Die Untersuchung wirft viele Fragen auf. Haben religiöse Menschen "konservativere" Lebensstile, die stressärmer sind? Sind ihre "Verhältnisse" geordneter, so dass es weniger leicht zu Erosion von "persönlicher Tragfähigkeit" (Petzold 2000h) kommt? Dass Religiosität nicht schlicht als "gesund" attribuiert werden darf, zeigen alle Untersuchungen zu Religion und Depression. Das Ergebnis: Religiosität schützt bei nicht-familiären Stressoren gegen Depression, verstärkt jedoch u.U. die Anfälligkeit für Depression (bzw. geht eher damit einher), wenn familiäre Krisen zu bewältigen sind (Andritzky 1999).
- Coleman et al. (1993) erwähnen einen hohen Selbstwert, eine grössere Bedeutung von 'significant others' (also bedeutsame Personen innerhalb oder ausserhalb der Familie) als protektiv gegen Depression. Im Gegenzug fanden sie als Prädiktoren für Depression und niedrige Selbsteinschätzung eine 'negative Einstellung zum Alter', 'Hilfsbedürftigkeit im Haushalt' sowie 'wahrgenommene Inaktivität' (d.h. viel zu Hause sein).

- *Flexibilität des Selbst*, die ihrerseits protektiv gegen Depression wirken soll, wird erreicht durch: a) instrumentale und kompensatorische Aktivitäten b) akkommodative Veränderungen und Wiederanpassungen von persönlichen Zielen und Strebungen und c) durch immunisierende Mechanismen (*Brandtstädter & Greve 1994*).
- *Dyer, McGuinness (1996)* geben folgende protektive Faktoren bezüglich Depression an: *Entschlossenheit/Zielstrebigkeit, eine wertschätzenden Gleichmut* gegenüber dem eigenen Lebensweg, *prosoziale Haltung* (welche ggf. Support in Notfällen zur Folge haben kann), *hardiness* (ein Konzept von *Kobasa [1979]*, welches jene Menschen auszeichnet, die mit Mühsal und Härte konstruktiv umgehen können - was natürlich nichts anderes ist als eine weitere, etwas anders akzentuierte Definition von Resilienz und deshalb nicht als Faktor für Resilienz vorgebracht werden kann).

d) kognitiver Abbau, Kompetenzeinbussen

- *Bildung* wirkt einem kognitiven Abbau kompensatorisch entgegen, bzw. zögert ihn hinaus, wirkt aber nicht protektiv (*Christensen et al. 1997*).
- *Intelligenz* und *Erfahrungsschätze* können als "endogene", *kognitives Training* als "exogene" Resilienz-faktoren gegenüber kognitivem Abbau angesehen werden (vgl. *Staudinger, Greve 2001*).

e) Ethnie

Zu Recht weist *Jacelon (1997)* darauf hin, dass unterschiedliche Populationen (nach Ethnie, Religion, Alter, Geschlecht, problem-/krankheitsspezifisch) noch zuwenig differenziert beforscht worden sind.

- Es sei hier erwähnt, dass *Muecke (1992)* in ihrer Untersuchung von Resilienz bei Flüchtlingen vermutete, dass das, was bei dieser Gruppe medizinisch als Krankheit angesehen werden musste, vielleicht auch ein Stadium in einem Resilienzprozess repräsentierte.
- *Wallace und Bergeman (2002)* zeigten auf, dass in einer Population von 10 afrikanischen Amerikanern die Religiosität und Spiritualität als wichtige Reserve-Kapazität angegeben wurde. Auch dieses Ergebnis könnte ethniespezifisch sein und müsste in einem ethnischen Vergleichsdesign repliziert werden.

f) Genderspezifische Untersuchungen

- *Wagnild & Young (1990)* haben Resilienz-Eigenschaften in ihrer Untersuchung bei älteren Frauen gefunden, welche sich erfolgreich an schwerwiegende Verluste angepasst hatten (vgl. Auflistung am Anfang dieses Kapitels).
- Als einen protektiven Faktor für Frauen gab *Kline (1975)* Rollen-Inkonstanz an. Frauen, die über ihre Lebensspanne hinweg verschiedene Rollen angenommen und ausgefüllt hatten (Berufsfrau, Hausfrau, Mutter usw.), waren im Alter zufriedener (weniger depressiv). So hat sich gezeigt, daß für alte Frauen *Rolleninkonstanz* über das Leben hin einen bedeutenderen protektiven Faktor darstellt als *Rollenkonsistenz*, da Sozialisationseinflüsse die Frauen zu ständiger Rollen Anpassung zwingen, wodurch sie Flexibilität und Anpassungsfähigkeit für das Alter gewinnen können (*Kline 1974*; vgl. *Höpflinger 1994*).
- Ausgehend von einer "noch ungeklärten Befundlage zum Zusammenhang von Lebensereignissen und entwicklungsbedeutsamen Veränderungen im höheren Lebensalter" wurde von *Saup (1998)* versucht, rückblickend bei Frauen, die sich explorativ bzw. resignativ verändert hatten (nach eigenen Aussagen), Unterschiede in der *Lebensereignisbiographie* zu finden. "Explorativ alternde Frauen hatten durchschnittlich eine grössere Anzahl von Lebensereignissen in den Bereichen 'ausserfamiliäre Sozialkontakte' sowie 'Lebensstil und Freizeitgestaltung'. Bei den resignierenden Frauen war dagegen die Anzahl krankheitsbezogener Ereignisse höher." Das sieht nach einem trivialen Resultat aus (Frauen die mehr Belastungsereignisse zu verkraften haben, verändern sich in Richtung Resignation), doch zeigt es u.a., dass man Lebensereignisse nicht einfach numerisch gegeneinander aufrechnen kann. Andere Ergebnisse aus dieser Studie waren: die explorativen Frauen setzen sich im Durchschnitt signifikant länger mit Lebensereignissen auseinander als die resignativen, vor allen Dingen mit nicht-belastenden Lebensereignissen. Stark belastende Lebensereignisse wurden - allerdings nicht signifikant (!)- von den resignativen Frauen etwas länger "bearbeitet". Auch hatten explorativ Alternde eine durchschnittlich grössere Dichte von Lebensereignissen - allerdings v.a. mehr *nicht* belastenden Ereignisse -, während von den belastenden Lebensereignissen die resignativ Alternden deutlich mehr zu verbuchen hatten. Resignativ Alternde waren zum Zeitpunkt der Befragung von mehr belastenden Lebensereignissen begleitet als explorativ Alternde, obwohl diese sich im Schnitt aktuell mit mehr Lebensereignissen auseinandersetzten. Es müsste jedes Ergebnis aber daraufhin analysiert werden, ob die Lebensereignisse wirklich belastend waren, oder ob sie vielleicht gar Ressourcencharakter hatten.

- *Van den Heuvel et al. (1996)* fanden, dass vor allem bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein starker *internaler locus of control* einen protektiven Faktor gegen depressive Symptome darstellt (sie untersuchten generell den moderierenden Einfluss von locus of control und Neurotizismus auf den Zusammenhang zwischen kognitiven Einschränkungen und depressiven Symptomen).

Zum Teil sind **Risikofaktoren**, die "Gegenkraft" zu den protektiven Faktoren, in die obige Aufstellung eingeflossen. In manchen Studien stehen sie im Zentrum.

- So bei einer Untersuchung von *Antoni & Goodkin (1988)* aus der Psychosomatik. Im Zusammenhang mit Krebs bei Erwachsenen wurden folgende Risikofaktoren gefunden: präorbider Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, somatische Angstsymptome, passiver und angepasster Persönlichkeitsstil.
- *Fuchs (1999)* verglich Depressive mit an Paraphrenie Erkrankten und konnte diverse Risikofaktoren für späte Paraphrenie bestätigen: eine 'niedrigere Ausbildungsstufe', 'vorhandene Hörbehinderung', eine 'Familiengeschichte mit paranoider Störung'. Bei den Depressiven war der 'Grad physischer Behinderung' signifikant höher. Bei beiden Gruppen könnten biographische Daten zu einer besonderen Vulnerabilität beigetragen haben: bei den Paranoiden 'Entwurzlung', 'Erniedrigung', 'soziale Randständigkeit', 'Enttäuschungen' und 'fragile Beziehungen'. Dies alles soll eine misstrauische Haltung gegenüber der Umwelt gefördert haben. Bei den Depressiven scheinen 'frühe Verlusterlebnisse' - entsprechend damit zum allgemeinen Stand der Forschung zur Ätiologie der Depression - besonders häufig vorzukommen. Eine ständige latente Bedrohung durch 'antizipierte Trennung' könnte bei ihnen ein Vulnerabilitätsfaktor sein.
- *Oswald et al. (2002)* suchten Risikofaktoren zum einen betreffend Selbständigkeit im höheren Alter: Dies waren 'Apoplex', 'Depression', 'unterdurchschnittliche subjektive Bewertung der Befindlichkeit' und 'spezifische Gedächtnisdefizite'. Als Demenzrisiken deklarierten sie diverse kognitive Leistungsdefizite und das Vorliegen einer Frühsymptomatik! (Ob das als *Risikofaktor* definiert werden soll oder als Symptom, muss diskutiert werden). Risikofaktoren bezüglich Mortalität stellten 'Rauchen', 'diabetes mellitus', 'unterdurchschnittliche subjektive Bewertung der Gesundheit' und 'unterdurchschnittliche körperliche Leistungsfähigkeit' dar. Aber: weder Multimorbidität noch einzelne typische Erkrankungen stellen ausschliessliche Unselbständigkeits-, Demenz- oder Morbiditätsrisiken dar. Da verschiedene Faktoren auf mehreren Ebenen die Selbständigkeit, die Demenz und die Morbidität beeinflussten, schliessen *Oswald et al. (2002)* daraus, dass ein **multimodales** Trainingsprogramm diesen unerwünschten Prozessen etwas entgegenhalten könnte. Konkret schlagen sie vor: Gedächtnistraining (Kognition), Kompetenztraining (soziale und persönliche Faktoren), Psychomotorik (physischer Aspekt).

3. Ausblick für die interventive Praxis

Die voranstehend dargestellten Materialien können interventionsgerontologisch, in der Psycho- und Soziotherapie, in der Beratung, Netzwerk- und Supportarbeit sowie der interdisziplinären Diagnostik mit älteren Menschen zur Anwendung kommen und im interdisziplinären Behandlungsteam bei interdisziplinären Interventionen von Nutzen sein. Es besteht daher die Notwendigkeit, die Befunde von protektiven Faktoren und Resilienzen aus der longitudinalen Entwicklungsforschung, hier der des Alters, einer "developmental gerontology", mit der psychotherapeutischen Theorienbildung und Praxeologie zu verbinden, so dass eine hinlängliche Konsistenz zwischen Entwicklungszielen und Therapiezielen erreicht wird, Ziel-Ziel und Ziel-Mittel- Konflikte vermieden werden und therapiewirksame Faktoren und protektive Faktoren interventionsrelevant abgestimmt werden und zum Einsatz kommen können.

Generell ist zu sagen, dass die vielfältigen "protektiven Faktoren", die "Resilienz" fördern und die verschiedenen Momente, die Resilienz ausmachen und dafür verantwortlich sind, ob und wie Resilienz entstehen und aufrecht erhalten werden kann, es nicht erlauben, eindimensionale Schlussfolgerungen zu ziehen und einfache Rezepte zur Unterstützung oder gar der Ausbildung von Resilienz bei alten Menschen abzuleiten. Die Umsetzung der vorhandenen Erkenntnisse und Konzepte in die Praxis erfordert meist eine gewisse Reduktion von Komplexität, womit immer die Gefahr von Vereinfachungen und Generalisierungen gegeben ist. Gerontotherapie oder sozialgerontologische Interventionen treffen häufig auf Menschen in "prekären Lebenslagen", zuweilen sogar in desaströsen (*Petzold 2000h*), in denen die Helfer mit Problemen (als krisenhaften Belastungen, Störungen mit Krankheitswert und/oder Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen), mit Ressourcen/Ressourcenmangel und mit Potentialen/Potentialdefiziten (**PRP**) des Patienten/der Klientin konfrontiert werden. Aus dem **PRP**-Status (*Petzold 1997p*) ergeben sich **Ziele** der Behandlung,

Betreuung, Unterstützung. Die Ziele werden mit der Klientin erarbeitet und besprochen und in "informed consent" angegangen. Das wiederum verlangt nach **Methoden** und **Techniken**, und auch diese erfordern informierte Zustimmung (bei schweren Demenzen u.ä. der zuständigen Angehörigen oder Pflugschaft). Im Rahmen der Diagnosestellung und Interventions- bzw. Behandlungsplanung kommt dann dem Erfassen von Ressourcen, faktisch und potentiell belastenden und protektiven Faktoren, vorhandenen Resilienzen eine wichtige Rolle zu, um erfolgreiche Behandlungen durchführen zu können. Die initiale Diagnostik wird dabei beständig im Behandlungsprozess durch eine "prozessuale Diagnostik" (Petzold 1993p; Petzold, Stefan 2001a; Petzold, Osten 1998; Osten 2000, 2003) ergänzt werden müssen. In diesem Geschehen werden protektive Faktoren und Resilienzen für den jeweiligen Patienten deutlich und auch die Möglichkeiten, sie zu berücksichtigen. Eine differentielle und flexible Nutzung dieser Konzepte wird also notwendig sein, ganz wie dies auch für den Einsatz von therapeutischen Wirkfaktoren in der modernen Psychotherapie erforderlich ist (Smith, Grawe 1999; Petzold 1993p, 2002b). Der wissenschaftlich immer noch sehr offene Status der Konzepte protektiver Faktoren und Resilienz verlangt hier ein sorgfältiges und zugleich flexibles Vorgehen. Wenn im folgenden dennoch der Versuch unternommen wird, Wege aufzuzeigen, Wissensstände in die Praxis und Methodik gerontotherapeutischer Arbeit zu integrieren, sollen die vorgeschlagenen Massnahmen/Interventionen als *Möglichkeiten* verstanden werden, Resilienz zu fördern, protektive Faktoren aufzufinden und zu nutzen, als Massnahmen, die im therapeutischen Prozess Akzente auf "Salutogenese" (Antonovsky 1979; Lorenz 2004) und protektive Prozesse setzen. Es kann so angestrebt werden, dass "vorhandene externale Ressourcen und Schutzbedingungen mobilisiert oder neu erschlossen und bereitgestellt werden, dass internale protektive Mechanismen ('innere Beistände', soweit sie vorhanden sind), gestützt und bekräftigt werden oder durch die Therapie erarbeitet werden können." (Petzold 1995a, 198). Verinnerlichte "significant caring others" sind als "innere Beistände" (Petzold 1985) protektive Faktoren von immenser Bedeutung, genauso wie verinnerlichte bedrohliche und belastende Personen als "innere Feinde" (idem 1985a) gewichtige internale Risikofaktoren sind (wie Täter-Intrusionen in PTSD-Flashbacks zeigen). Diagnostik und Therapie hat diesen Faktoren Rechnung zu tragen.

Abgesehen von den Arbeiten von Petzold und seinen MitarbeiterInnen trifft man in Therapieberichten und theoretischen Arbeiten zur "Psychotherapie in der Lebensspanne", der Arbeit mit Kindern (Petzold, Ramin 1987; idem 1995a), Jugendlichen (Petzold, Schay, Ebert 2003) Erwachsenen (idem 1993p, 2001a, 2003a) und alten Menschen (Petzold, Bubolz 1979; Müller, Petzold 2003) verhältnismässig wenig auf das Konzept der psychologischen Widerstandsfähigkeit und der protektiven Faktoren, obwohl es ein für die Psychotherapie sehr relevantes Thema darstellt (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Im klinischen Kontext hat - vor allem im systemischen Paradigma - immerhin mehr und mehr auch ein - zumeist sehr unspezifischer - ressourcenorientierter Ansatz Fuss gefasst, der in eine ähnliche Richtung zielt wie resilienzfördernde Arbeit und das Nutzen von protektiven Faktoren.

Voraussetzung für die Nützlichkeit jeder dieser Interventionen im *Einzelfall* ist sicher eine sorgfältige, differentielle Diagnostik (Osten 2000; Petzold, Osten 1998) und eine mehrdimensionale Abklärung vorhandener Ressourcen (Petzold 1997p) und Rahmenbedingungen wie die Netzwerk-/ Konvoysituation und Lebenslage (idem 2000h; Hass, Petzold 1999). Eine solche Bestandsaufnahme gehört daher an den Anfang jeder Behandlung oder Beratung, ganz gleich ob diese nun in einer psychotherapeutischen Praxis oder in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung stattfindet.

Neben individuell 'massgeschneiderten' Interventionen können aber auch unspezifische Behandlungsprogramme aufgebaut oder -elemente eingesetzt werden, die dazu geeignet sind, einen allgemeinen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten, indem sie einen oder mehrere protektive Faktor unterstützen, die "jedem nützen" und zumindest keine Nebenwirkungen haben (Müller, Petzold 2002a; Märten, Petzold 2002). Dieses Vorgehen könnte und sollte auch ausserhalb von klinischen Einrichtungen an Bedeutung gewinnen, wenn man nämlich auch die Prävention als gesundheitspolitische Aufgabe in Betracht stellt. In Alters- und Pflegeheimen, in denen die Gefahr unentdeckter und undiagnostizierter Depressionen hoch ist, liessen sich vorbeugende Massnahmen in den Alltag einbauen. Das gleiche gilt für den Bereich der Heimpflege und der ambulanten Versorgung sowie für die somatischen Spitäler. Da der Zusammenhang zwischen physischer Beeinträchtigung und Depression sehr stark ist, müssen gerade für die Gruppe der körperlich Belasteten Präventivmassnahmen bereitgestellt werden. In somatischen Spitalern muss erfasst werden, ob noch weitere Risikofaktoren vorliegen und welche protektiven Faktoren vorhanden, verkümmert, zu stützen, mobilisierbar sind (vgl. Fuchs 1999; Schneider et al. 1999). Ein rechtzeitiges Erkennen und Behandeln von RisikopatientInnen für psychische Dekompensation oder die Ausbildung psychischer Störungen im Krankenhaus

könnte eine Verlegung in die psychiatrische Klinik vermeiden helfen oder eine Posthospital-Depression verhindern.

Aus der obigen Zusammenstellung protektiver Faktoren ist ersichtlich, wie vielschichtig beschützende Einflüsse wirken, auf wie vielen Ebenen sich protektive Faktoren lokalisieren lassen: Genetische und psychophysiologische Parameter, körperliche Aktivität, positive Kognitionen und Emotionen, Verhalten, soziales Umfeld usw. Davon lassen sich resilienzfördernde Massnahmen für Krankenhäuser und Wohneinrichtungen ableiten, und es wird klar, dass hier alle Disziplinen eines interdisziplinären Behandlungsteams ihren Teil dazu beitragen können, Schutzfaktoren zu nutzen: Stressreduzierende Entspannung (*Voutta-Voss* 1997) oder regelmässige körperliche Aktivität z.B. im Lauftraining durch die Bewegungstherapeutin (*van der Mei et al.* 1997), soziale Kontakte in der Gruppentherapie, Tierhaltung als milieutherapeutische Intervention der Pflege, Unterstützung beim Aufbau oder der Erhaltung eines tragfähigen sozialen Netzwerkes durch den Sozialdienst (*Petzold* 1994e). Sinn- und troststiftende Gespräche "Philosophische Therapeutik" (idem 2001m) oder narrative Biographiearbeit (idem 2003g; *Olbrich* 1997) haben genauso wie kreativtherapeutische Arbeit mit Poesie-, bildnerischen Medien, Theatertherapie, Musiktherapie (*Petzold* 1985a; *Müller, Petzold* 1997) eine hohes protektives und identitätsstiftendes Potential (*Nitsch-Berg, Kühn* 2000). Ein koordiniertes Case Management und eine zielorientierte Behandlungsplanung sind dabei allerdings notwendigerweise zu gewährleisten. Je genauer die Abklärung betreffend Ressourcen, Potentiale, "Probleme", protektiven Faktoren und Risikofaktoren vorgenommen wird, desto gezielter lassen sich die zu fördernden Komponenten bzw. Bedingungen von Resilienz ausmachen und desto präziser kann auch der methodische Ansatz gewählt werden. Dabei gilt es, in einer sorgfältigen Therapiezielplanung (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998; *Osten* 2003), Schwerpunkte und Prioritäten zu setzen. Indes kann durchaus auch an mehreren "Ecken" gleichzeitig angesetzt werden, da sich die Interventionen gegenseitig fördern können. Natürlich ist aber dabei die Belastbarkeit des Patienten sorgfältig im Auge zu behalten.

Der Fokus kann zum Beispiel auf folgenden Interventionen liegen:

- Gemeinsames Analysieren und Überdenken evt. Anpassen von Bewältigungsstrategien;
- Anpassung von Zielen;
- Bewerten bzw. Neubewerten von Vergangenheit; Biographiearbeit,
- sinnstiftende Gespräche; narrative Gruppen
- seelsorgerische Betreuung;
- kognitives Training/Gedächtnistraining
- Willensförderung
- identitätsfördernde Massnahmen;
- selbstwertunterstützende Aktivitäten;
- selbstwirksamkeitsfördernde Tätigkeiten (interner Lokus of control)
- autonomiefördernde Massnahmen;
- Ressourcenaktivierung durch kreativitätsfördernde Massnahmen
- stresspuffernde Interventionen (z.B. Entspannungstherapie; Information geben)
- körperliche Betätigung
- Netzwerkarbeit

Welche Interventionen angemessen sind, welche protektive Faktoren sie beinhalten und welche von ihnen bei welchen PatientInnen in welcher Lebenslage anschlagen, um Resilienzen zu bekräftigen und Potentiale zu aktivieren bzw. zu erschliessen bedarf der aufmerksamen Beobachtung. Für den freipraktizierenden Psychotherapeuten erfordert die Umsetzung derartiger Interventionen eine gute Vernetzung mit somatisch versierten Fachleuten und mit KollegInnen anderer Therapiemethoden. In vielen Fällen dürfte eine kombinierte, bimodale oder trimodale Vorgehensweise, welche das sinnstiftende Gespräch mit kreativitäts-, entspannungs-, bewegungs-, kommunikationsfördernden und erlebnisaktivierenden Methoden verbindet, vorteilhaft sein.

Zuguterletzt gilt es mit *Rotter* (1985) auch zu bedenken: die Förderung von Resilienz liegt nicht darin, stressreiche Situationen und Belastungen zu vermeiden, sondern darin, einer Stresssituation so begegnen zu können, dass Selbstvertrauen und soziale Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten gefordert und gefördert werden. Dabei jemandem Unterstützung zu bieten, durch Gespräche, gemeinsame Reflexion, kognitive Umbewertung (*Schneider et al.* 1999), konkrete Hilfestellungen, Aktivitäten und Übungsvorschlägen, müsste Aufgabe einer Psychotherapie mit älteren, alten und hochbetagten Menschen sein, die

nicht mehr restituierend-kurativ, nicht nur auf Erhalt von Fähigkeiten, sondern durchaus auch auf die Entwicklung neuer Möglichkeiten gerichtet sein soll (Petzold 1979k, 1985a, 2004a). Von besonderer Bedeutung ist in der Gerontotherapie nicht nur die Beachtung von **Kompetenzen** (Fähigkeiten, Wissen), sondern besonders die Zentrierung auf **Performanzen** (Fertigkeiten, Können), was einen aktiven, auf praktisches Tun gerichteten Therapiestil erfordert. Alles, was durch die *Performanz* geht (Petzold, Engemann, Zachert 2003) zeigt bei AlterspatientInnen, besonders wenn sie sensorische, motorische und mnestiche Einschränkungen haben, besondere Nachhaltigkeit, wie sich aus der gerontotherapeutischen Wirksamkeitsforschung ersehen lässt (Müller, Petzold 2003).

Nicht nur unter psychotherapeutischer Perspektive, auch für die Pflegefachpersonen lassen sich die Konzepte der protektive Faktoren und Resilienz nutzen: "Pflegefachpersonen arbeiten mit KlientInnen in Situationen, die die Ressourcen der Personen erfassen. Da sich die Umgebung, in welchem Pflege vorgesehen ist, von innerhalb des Spitals hin zur Gemeinde verschiebt, wird die Resilienz der Individuen mit denen wir es zu tun haben, an Wichtigkeit zunehmen. Die Aufenthaltsdauer in Spitälern/ Kliniken nimmt gleichzeitig mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen ab, wodurch Pflegende zunehmend aufgerufen sind, ihre PatientInnen/KlientInnen dabei zu unterstützen, auf Gesundheitsprobleme schnell zu reagieren. Wenn Methoden entwickelt würden, um Klientenresilienz zu messen und Interventionen um Resilienz zu verbessern, dann könnten Pflegende die Ergebnisse dieser Messungen in die Pflegeplanung miteinbeziehen. Pflegende könnten Resilienz fördern bei Menschen, bevor sie krank werden und auf Interventionen fokussieren, welche die Resilienz bei ihren KlientInnen während der Krise unterstützt" (Jacelon 1997, 128).

Es fehlt also im Moment sicher noch an Instrumenten, die Resilienz "messen" bzw. in einem Profil "abbilden" oder "protektive Faktoren" klientenspezifisch erfassen und für ihre interventive Brauchbarkeit nutzbar machen. Bei der Vielzahl der KlientInnen-Situationen und -persönlichkeiten, der Störungsbilder mit ihrem variierenden Schwerpunkten wird man nicht mit objektiven und standardisierten Erhebungsinstrumenten rechnen können. Explorative Interviews, qualitative Erkennungsmethoden sind hier eher angesagt. Wir haben hierfür einen Fragebogen angehängt, der - im Interviewmodus verwendet - vielleicht ein Beitrag sein kann, protektive Faktoren und Resilienzen in interventionsrelevanter Weise zu erfassen.

Die Auswertung und Nutzung des auf diese Weise generierten Materials erfordert die "doppelte Expertenschaft" (Petzold 1991i; Orth, Petzold 2003) der am Explorationsprozess Beteiligten: die der Therapeutin mit ihrem klinischen und gerontologischen Wissen sowie ihrem methodischen Instrumentarium und die Expertise der Patientin für ihre Lebenssituation, ihre Belastungen und Stärken, für das, was sie stützt, sie schützt in ihrem Leben - und für diese ist sie die wichtigste Expertin - und was sie geschützt hat und weiter schützen könnte. In diesem diagnostisch-therapeutischen explorativen Interview kann dem Patienten / der Patientin deutlich werden, über welche Ressourcen sie verfügt, was sie an protektiven Faktoren hat oder braucht. Sie kann vielleicht erfassen, dass die Therapeutin oder der Betreuer ein wichtiger Schutzfaktor ist. Therapeutinnen und Therapeuten wird dabei häufig *wieder einmal* klar, dass sie für viele alte Menschen ein wichtiger protektiver Faktor sind - für einige vereinsamte und verlassene vielleicht der wichtigste.

4. Anhang

Der Fragebogen liefert eine Grundlage für die Erstellung eines Ressourcen-/Defizitprofils psychologische Widerstandsfähigkeit betreffend und soll Hinweise zu deren Förderung geben Er kann dadurch zur Nutzung/Unterstützung vorhandener protektiver Faktoren beitragen bzw. zu therapeutischen Interventionen, die die Ausbildung von Resilienz stützen.

Der Fragebogen kann auch als Grundlage und *Leitfaden* für ein Tiefeninterview zum Thema Resilienz und protektive Faktoren dienen. In dieser Funktion erfolgen die Fragen, je nach Auffassungskapazität und Konzentrationsfähigkeit des Klienten/der Klientin, in entsprechender narrativ-erläuternder Form und werden skalierte Fragen narrativierend aufgelöst oder kommen zum Fortfall (z.B. Frage 28).

PMFR – Petzold/Müller - Fragebogen zur Erfassung von Resilienz und protektiven Faktoren im Alter

Testversion © Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen
lic. phil. Lotti Müller, Univ. Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold

Demographische Angaben

Jahrgang: _____

Geschlecht: m w

zuletzt besuchte Schule /Studium: _____

erlernter Beruf: _____

ausgeübte Berufe: _____

zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Glaubenszugehörigkeit: _____

Muttersprache(n): _____

Kinder (Zahl): _____

Enkel (Zahl): _____

andere wichtige Angehörige im gegenwärtigen Lebenszusammenhang:

wichtige gegenwärtige Freunde / Lebensfreundschaften:

1. Hatten Sie früher Angst vor dem Alt-werden? ja nein

2. War das Alt-werden /Alt-sein für Sie
 schwieriger als weniger schwierig als besser als etwa so wie erwartet?

3. Finden Sie, Sie haben das Altern bisher
 gut nicht so gut schlecht bewältigt?

4. Fühlen sie sich körperlich gesund? ja halbwegs nein

Bemerkungen: _____

5. Haben Sie eine (Charakter-)Eigenschaft, von der Sie sagen könnten, sie hätte Ihnen bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen geholfen?

6. Erleben Sie Alter mehrheitlich als

- eine Herausforderung als "ein Kreuz" als eine Chance eine Niederlage
 als eine Freude als Abwertung als Ernte als Ehre als Kränkung?

7. Gab es in Ihrem Leben Krisen / sehr schwierige Momente oder Lebenslagen?

- wenige viele sehr viele

8. Wie haben sie diese gemeistert? Was hat Ihnen dabei (am meisten) geholfen? (*Mehrfachnennungen bis drei möglich*)

- praktische Hilfe
 moralische Unterstützung
 finanzielle Mittel
- Rat von Anderen
 Zeit zum Nachdenken
 mit jemandem darüber reden können
- Freunde
 Familie
 professionelle Beratung oder Hilfe
- Religion / Kirche
 Glaube / Gebet
 Vernunft
 Lebenserfahrung
 Humor
 Haustier(e)

9. Haben Sie ihre Art, Probleme zu lösen

- von ihren Eltern gelernt selber erarbeitet in die Wiege gelegt bekommen
 "durch Schaden gelernt"

10. Woraus beziehen Sie im allgemeinen Kraft / Trost / Hoffnung in schwierigen Lebenssituationen?

11. Welchen Rat würden Sie jemandem geben, der/die das Alter fürchtet?

12. Sind Sie gerne so alt wie Sie sind?

- ja geht so nein

Bemerkungen: _____

13. Was wüschten Sie sich, wenn Sie etwas an Ihrer Lebenssituation verändern könnten? _____

14. Haben Sie als jungeR ErwachseneR oder als Kind anders über das Alter gedacht als heute?
 ja nein
15. Wenn ja, wie?:

16. Gab / gibt es Personen, die für Sie ein positives / negatives Altersvorbild waren?
 positiv: wodurch? _____
 negativ: wodurch? _____

17. Vermissen Sie etwas (eine Fähigkeit, eine Möglichkeit), das Ihnen früher offenstand und jetzt unmöglich geworden ist?

Bei Mehrfachnennungen: Was am meisten?

18. Haben sie viele engere Freunde/Freundinnen, nahe Personen gehabt über das Leben hin?
 keine wenige viele sehr viele
 Bemerkungen: _____

19. Gibt es zur Zeit eine oder mehrere enge Vertrauensperson / FreundIn in Ihrem Leben?
 ja nein
 Bemerkungen: _____
20. Leben Sie in einer Ehe / Lebenspartnerschaft? ja nein
 Wenn ja: seit wie vielen Jahren? _____
 Wenn nein, gab es eine Zeit, in der das zutraf? Wenn ja, über wie viele Jahre?

21. Ist Ihnen Ihr Beziehungsnetz hilfreich? ja nein
 Wenn nein, warum nicht? _____
 Wenn ja, warum? _____
22. Erleben Sie ihr Beziehungsnetz als emotional stützend? wohltuend? ja nein
 Wenn nein, warum nicht?

 Wenn ja, warum?

23. Nehmen Sie ihre FreundInnen in schwierigen Zeiten in Anspruch? ja nein
 Wenn ja, wie?

 Wenn nicht, woran liegt das?

24. Haben Sie Angst vor dem Sterben?
 oft manchmal selten nie

25. Haben Sie Angst vor dem Tod?
 oft manchmal selten nie

26. Sind Sie in einer Glaubensgemeinschaft? ja nein
Wenn ja, gibt Ihnen das Trost? _____
Was bedeutet Ihnen diese Gemeinschaft sonst?

27. Was tröstet Sie in Hinblick auf Sterben / Tod?

28. Schätzen Sie sich ein: sind sie als Typ (einstufen zwischen den Polen auf 10er Skala)

optimistisch	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pessimistisch
flexibel/anpassungsfähig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	unflexibel/gewohnheitsliebend
selbständig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	unselbständig
selbstbewusst	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	unsicher
kontaktfreudig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	einzelgängerisch
stressanfällig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	stressresistent
physisch robust	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	kränklich, anfällig
psychisch robust /widerstandsfähig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	psychisch wenig belastbar
neugierig/wissensdurstig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	nicht neugierig
sinnvolles Leben gehabt	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	nicht so sinnvolles Leben
entschlossen/zielstrebig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	unentschlossen, suchend
humorvoll	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ernst, weniger humorvoll

29. Wie haben Sie dieses Interview/Gespräch erlebt?
 angenehm nicht angenehm belastend befreiend anregend klärend
Bemerkungen: _____

Zusammenfassung

Der Beitrag befaßt sich mit den Konzepten „Resilienz“ und „protektive Faktoren“ bei gerontopsychiatrischen Patienten. Psychische Gesundheit im Alter wird verstanden als ein dynamisches Geschehen, das von protektiven Faktoren einerseits, von Risiko- und Belastungsfaktoren andererseits und von psychologischer Widerstandsfähigkeit geprägt und beeinflusst wird. Während in der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne diese Begriffe mittlerweile verankert sind, wird in der Psychotherapie im allgemeinen und in der Psychotherapie im Alter im besonderen kaum damit gearbeitet. Die in der Literatur vorfindlichen relevanten Konzepte werden vorgestellt und durch ein eigenes Modell mit einer psychologischen und – hier liegt die Innovation - einer neurowissenschaftlichen Ebene ergänzt. Es wird darüber hinaus ein Instrument in Form eines halboffenen Tiefeninterviews vorgestellt, um Resilienz und protektive Faktoren bei älteren Menschen zu erheben.

Summary

This article is dealing with the concepts of „resilience“ and „protective factors“ with patients from gerontopsychiatry. Physical Health in old age is understood as a dynamic interplay of protective, risk and adverse factors and of psychological resilience. These concepts are nowadays standard in life span developmental psychology, however they are rarely used in the practice of psychotherapy in general, particularly with older patients. Relevant concepts from a literature survey are presented to then present our own model, which differentiates a psychological and – here it is innovative - a neuroscientific level. Moreover an halfopen in-depth interview is presented, to explore resiliences and protective factors in the aged.

Keywords: Protective Factors, Resilience, Gerontological Patients, Psychotherapy of the Aged, Integrative Therapy

Adresse der AutorInnen:

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
Achenbachstr. 40
D - 40237 Düsseldorf

Literatur

- Andritzky, W. (1999): Religiöse Glaubensmuster und Verhaltensweisen. Ihre Relevanz für Psychotherapie und Gesundheitsverhalten. *Integrative Therapie* 25/1, 8-41.
- Anthony, E.J. (1974): The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: E.J., Anthony, C. Koupernik (eds.): The child in his family: Children at psychiatric risk. New York: Wiley, 201-230.
- Antoni, M.H., Goodkin, K. (1988): Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia - I. personal facets. *Journal of Psychosomatic Research* 32/3, 327-338.
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bäcker, G., Naegele, G. (1992): Zur lebenslage älterer Arbeitnehmer in der BRD unter sich verändernden politischen Rahmenbedingungen und Umstrukturierungen in der Arbeitslandschaft. In: *Petzold, Petzold* (1992) 66-85.
- Baltes, P. (1978): Life span development and behavior (Vol I). New York: American Press.
- Bauer, J. (2002): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt: Eichborn.
- Beardslee, W.R., Podorefsky, D. (1988): Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry* 145(1): 63-69.
- Brandtstädter, J., Greve, W. (1992): Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 24, 269-297.
- Brandtstädter, J., Greve, W. (1994): The aging self: stabilizing and protective processes. *Developmental review* 14: 52-80.
- Brandtstädter, J., Renner, G. (1990): Copings with discrepancies between aspirations and achievements in adult development: A dual-process model. In: L. Montada, S.-H. Filipp & M. Lerner (eds.): Life crises and experiences of loss in adulthood. Hillsdale: Erlbaum, 301-319.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K. (1998): Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. In: *Kruse* (1998): 223-237.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K., Schmitz, U. (1997): Coping resources in later life. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 47(2): 107-113.
- Brown, T.M. (2000): The Growth of George Engel's Biopsychosocial Model Corner Society Presentation – May 24, 2000, <http://www.history.rochester.edu:80/history/fac/brown.htm>
- Christensen, H., Korten, A.E., Jorm, A.F., Henderson, A.S., Jacomb, P.A., Rodgers, B., Mackinnon, A.J. (1997): Education and decline in cognitive performance: compensatory but not protective. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 323-330.
- Coleman, P., Aubin, A., Robinson, M., Ivani-Chalian, Ch., Briggs, R. (1993): Predictors of depressive symptoms and low self-esteem in a follow-up study of elderly people over 10 years.
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1975): Pet-facilitated Psychotherapie in a Hospital Setting, in *Current Psychiatric Therapies*, Oxford/New York/Toronto/Sydney (demnächst in deutscher Übersetzung).
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1980): Pet Animals as Nonverbal Communication Mediators in Psychotherapy in Institutional Settings, in: *Ethology & Nonverbal Communication in Mental Health*, Oxford/New York/Toronto/Sydney (demnächst in deutscher Übersetzung).
- Cowan, E.L., Work, W.C. (1988): Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology* 16(4): 591-607.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A., Friesen, W.V. (2001): Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology* 80(5): 804-813.
- Dyer, J.D., McGuinness, T.M. (1996): Archives of Psychiatric Nursing X(5): 276-282.
- Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1997): From biomedical to biopsychosocial. *Psychotherapy Psychosom.* 66, 57-62.
- Faltermaier, T. (1984): Entwicklung im Erwachsenenalter Lebensereignisse. Eine neue Perspektive für Entwicklungspsychologie und Sozialisationsforschung. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 4, 344-355.
- Filipp, S.-H. Ferring, D. (1998): Befindlichkeitsregulation durch temporale und soziale Vergleichsprozesse im Alter? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2): 93-97.
- Filipp H.S. (1990): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg (erw. Auflage).

- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Fine, S.B. (1991): Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *The American Journal of Occupational Therapy* 45(6): 493-503.
- Flach, F.F. (1980): Psychobiological resilience, psychotherapy and the creative process. *Comprehensive Psychiatry* 21(6): 510-519.
- Flach, F.F. (1988): Resilience: Discovering a new strength at times of stress. New York: Fawcett Columbine.
- Foster, J.R. (1997): Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: an interpretation of epidemiologic data. *Psychiatric Quarterly* 68(3): 189-219.
- Frank, J.D. (1971): Therapeutic factors in psychotherapy, *Am. J. of Psychother.* 25 (1971) 350-361.
- Frank, J.D. (1974): Therapeutic components of psychotherapy, *Journal of nervous and mental disease* 159 (1974) 325-342.
- Frank, J.D. (1981): Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy, John Hopkins Univ. Press, Baltimore 1963; dtsh. Die Heiler. Stuttgart: Klett.
- Frank, J.D. (1982): Therapeutic components shared by all psychotherapies, in: Harvey, J.H., Parks, M.M. (eds.), The master lecture series I. Psychotherapy research and behavior change, APA, Washington.
- Frank, J.D. (1984): Therapeutic components of all psychotherapies, in: Myers, J.M. (ed.), Cures by psychotherapy. What effects change, Praeger, New York 1984, 15-27.
- Fuchs, Th. (1999): Life events in late paraphrenia and depression. *Psychopathology* 32: 60-69.
- Garfield, S.L. (1973): Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *J. Consult. & Clinical. Psychol.* 41 (1973) 9-12.
- Garmezy, N. (1993): Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 56,127-136.
- Greiffenhagen, S., Bruck, O. (2001): Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung, Kynos-Verlag, Mürtenbach/Eifel².
- Hass, W., Petzold, H.G., (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, Märtens (1999a) 193-272.
- Havighurst, R.J.. (1948): Developmental tasks and education, (New York: David McKay.
- Havighurst, R.J. (1963): Dominant concerns in the life, in: Schenk-Danzinger, L., Thomae, H., Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie, Hogrefe, Göttingen, S. 27-37.
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: Reinhardt.
- Heuring, M., Petzold, H. G. (2003): „Emotionale Intelligenz“ (Goleman), „reflexive Sinnlichkeit“ (Dreizel), „sinnliche Reflexivität“ (Petzold) als Konstrukte für die Supervision. - Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 14/2003
- Höpflinger, F. (1994): Frauen im Alter - Alter der Frauen. Ein Forschungsdossier. Zürich: Seismo.
- House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D. (1988): Social relationships and health. *Science* 241, 540-545.
- Jacelon, C.S. (1997): The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing* 25: 123-129.
- Kline, C. (1975): The socialization process of women. Implications for a theory of successful aging. *The Gerontologist* 486-492.
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1-11.
- Kruse, A. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Gerontologie. Bd. I: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Gerontologie. Bd. II: Interventionen. Göttingen: Hogrefe.
- Kubat, H., Bahro, M. (2001): Ressourcenaktivierung bei depressiven älteren Patienten. *Fortschr Neurol Psychiat* 69: 10-18.
- Lehr, U. (1979): Interventionsgerontologie. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U., Thomae, H. (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., Kasl, S.V. (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology* 83 (2): 261-270.
- Lorenz, F. (2004): Salutogenese. München: Reinhardt.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2002): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002): Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In: Maercker (2002) 245-282.

- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Miller, M.D., Frank, E., Reynolds, Ch.F. (1999): The art of clinical management in pharmacologic trials with depressed elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 7 (3) 228-234.
- Müller, L., Petzold, H.G. (Hrsg.) (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in "prekären Lebenslagen" – "Client dignity"? In: Märtens, Petzold (2002) 293-332.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002b): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 1), *Integrative Therapie* 1, 2002, 52-90.
- Nestmann, F. (1988): Die alltäglichen Helfer, de Gruyter, Berlin 1988.
- Nitsch-Berg, Kühn (2000): Kreative Medien und die Suche nach Identität: Methoden Integrativer Therapie und Gestaltpädagogik für psychosoziale Praxisfelder. Band II. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Oerter, R., von Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Olbrich, E. (1997): Bedeutung von Heimtieren für Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen, in: Ch. Mertens (Hrsg.): Aktivierungsprogramme für Senioren. Dortmund: Verlag Modernes Leben, 397-423.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2003): Theoriearbeit, Praxeologie und Therapeutische Grundregel. Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer Reflexion in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, Schay, Ebert (2003).
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt (2., neu bearb. und erw. Auflage).
- Osten, P. (2003): Integrative Diagnostik der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen.. In: Petzold, Schay, Ebert (2003).
- Oswald, W.D., Hagen, B., Rupprecht, R., Gunzelmann, Th., Steinwachs, K.C. (2002): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 15(2): 61-84.
- Otterstedt, C. (2001): Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere - eine praktische Anleitung. Stuttgart: Kosmos Verlag.
- Padgett, D.K., Burns, B.J., Grau, L.A. (1998): Risk factors and resilience. Mental health needs and services use of older women. In: Lubotsky Levin, B., Blanch, A.K., Jennings, A.: Women's mental health services. Thousand Oaks: Sage Publications, 391-413.
- Papousek, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vor-sprachlichen Kommunikation. Bern: Huber.
- Parsons, P.A. (1996): The limit to human longevity: an approach through a stress theory of aging. *Mechanisms of Ageing and Development* 87: 211-218.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse.
- Petzold, H.G. (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G., 1979k. Psychodrama-Therapie. "Beihefte zur Integrativen Therapie" 3, Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985l): Über innere Feinde und innere Beistände. In: Bach, G., Torbet, W., Ich liebe mich - ich hasse mich, Rowohlt, Reinbek, 11-15.
- Petzold, H.G. (1990i): Selbsthilfe und professionelle Hilfe - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: Petzold, Schobert (1991) 17-28.
- Petzold, H.G. (1991h): Die Behandlung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen, in: Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G., Tanztherapie - Theorie und Praxis. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn, 413-446, auch in: Suden-Weickmann, A. tum (Hrsg.), Physiotherapie in der Geriatrie. Grundlagen und Praxis, Pflaum, München 1993, 229-253.
- Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Bd. II, 2 (1992a) S. 789-870; (2003a) S. 607 – 663.

- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie in: *Gestalt* (Schweiz) 20, 1994, 6-28 und *Hermer, M.* (Hrsg.), Die Gesellschaft der Patienten, dgvt. Tübingen 1995,143-174.
- Petzold, H.G. (1994e): "Psychotherapie mit alten Menschen - die "social network perspective" als Grundlage integrativer Intervention, Vortrag auf der Fachtagung "Behinderung im Alter" am 22.-23.11.1993 in Köln. In: *Berghaus, H.C., Sievert, U.* (Hrsg.). (1994): Behinderung im Alter. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 68-117.
- Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *B. Metzmacher, H. Zäpfel, H.G. Petzold* (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Bd.2. Paderborn: Junfermann, 169-280.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1997p; *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold* (1998a).
- Petzold, H.G. (Hrsg.). (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft -Reflexionen zu Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 01/2002.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das "biopsychosoziale" Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein "lifespan developmental approach". Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (2001i): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2001.
- Petzold, H.G. (2001m): Trauma und "Überwindung" – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“, *Integrative Therapie*, 4, 344-412; auch in: *Petzold, Wolf et al.* (2002).
- Petzold, H.G. (2001p): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2002.
- Petzold, H.G. (2002h): "Klinische Philosophie" - Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur. Über die Quellen der Integrativen Therapie, Einflüsse und ReferenztheoretikerInnen: POLYLOGE. *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 06/2002; www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm.
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

- Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Berger, A. (1986): Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie. In: *Petzold, Frühmann* (1986) Bd. II, 95-126; repr. von: *Petzold, Berger* (1978a); revid. Bd. I, 2 (1996a) 419-453.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., Engemann, K., Zachert, D. (2003): Effektive Performanz. Komplexes Lernen in Supervision und Coaching Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 03/2003.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J., Oudhoff, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (Hrsg.) (1996): Integration und Kreation, Bd.1. Paderborn: Junfermann, 173-266.
- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J. (2003): INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE als „NETZWERKINTERVENTION“ bei TRAUMABELASTUNGEN und SUCHTPROBLEMEN. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2003) Bd. II und bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2003
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: *Ambühl, H., Strauß, B.* (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: *Petzold* (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hrsg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2001): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven.(Chartacolloquium I, Kindertherapie). Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 05/2001
- Petzold, H.G., Müller, L. (2002c): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 2), *Integrative Therapie* 2, 2002, 109-134.
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer und in: *Petzold* (1998h) 118-141.
- Petzold, Ch., Petzold, H.G. (1992): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1993): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 459-482.
- Petzold, H.G., Ramin, G. (1987): Schulen der Kindertherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2003): Integrative Suchttherapie. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2001a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ (Charta Colloquium I). In: *Psychologische Medizin*, 1, 2001. S. 34-46.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z. (2000): Integrative Traumatherapie - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit "posttraumatischer Belastungsstörung". In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.*: Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Pinquart, M. (2002): Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Journal of Experimental Aging Research* 28(3): 317-336.
- Plomin, R. (1994): Genetics and experience. The interplay between nature and nurture. London: Sage.
- Plomin (2000): Behavioral genetics. New York: Worth Publishers.
- Polk, L.V. (1997): Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science* 19(3): 1-13.
- Rabkin, J.G., Remien, R., Katoff, L., Williams, J.B.W. (1993): Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hospital and Community Psychiatry* 44(2): 162-167.
- Radke-Yarrow, M., Sherman, T. (1990): Hard growing: children who survive, in: *Rolf et al.* (1990) 97-119.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.

- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (1990): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rüegg, J.C. (2003²): Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry* 147,598-611.
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J.Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, S. Weintraub (eds.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2001): A fresh look at "maternal deprivation". In P. Bateson (ed.). *The Development and Integration of behavior* 331-374. Cambridge: University Press.
- Rutter, M., Hay, D. (1994): Development through life. Oxford: Blackwell.
- Rutter, M., Rutter, M. (1992): Developing minds. Challenge and continuity across the life span. London: Penguin Books.
- Sapolsky, R.M. (1996a): Why stress is bad for your brain. *Science*, 273, 749-750.
- Sapolsky, R.M. (1996b): Stress, glucocorticoids, and damage to the nervous system: The current state of confusion, *Stress*, 1-19.
- Sapolsky, R.M., Packan, D.R., Vale, W.W. (1988): Glucocorticoid toxicity in the hippocampus, *Brain Research* 453, 367-371.
- Sapolsky, R.M., Romero, M., Munck, A. (2000): How do glucocorticoids influence the stress-response? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions, *Endocrine Reviews* 21, 55-89.
- Saup, W. (1998): Konstruktives Altern als Auseinandersetzung mit Anforderungen und Belastungen. In: Kruse (1998) 205-222.
- Schandry, R. (2003): Biologische Psychologie. Weinheim: Beltz Verlage.
- Scheuch, K. (2002): Neue Konzepte und Befunde der multidisziplinären Stressforschung. In: Schumacher, Reschke, Schröder (Hrsg.): Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften VAS.
- Scheuch, K., Schröder, H. (1990): Mensch unter Belastung: Stress als ein humanwissenschaftliches Integrationskonzept. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Schiepek, G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schlappack, O. (1998): G'sund mit Hund. Die gesundheitsfördernden Effekte der Beziehung zwischen Mensch und Tier, Loeben.
- Schneider, G., Heuft, G., Kruse, A., Nehen, H.G. (1999): Risikofaktoren psychogener Erkrankungen im Alter. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45/3, 218-232.
- Schroots, J.F. (1993): Aging, health and competence. Amsterdam: Elsevier.
- Schwarzer, R. (1993): Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer (3. erw. u. überarb. Aufl.)
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Seeman, T., Chen, X.G. (2002): *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(3): S135-S144.
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum* 6, 5-8.
- Staudinger, U.M. (2000): Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau* 51(4): 185-197.
- Staudinger, U.M. (2001): Unveröffentlichte Vorlesungsnotizen am Institut für Alter und Generationen (INAG), Sion.
- Staudinger, U.M., Fleeson, W. (1996): Self and personality in old and very old age: a sample case of resilience? *Development and Psychopathology* 8, 867-885.
- Staudinger, U.M., Freund, A.M. (1998): Krank und "arm" im hohen Alter und trotzdem guten Mutes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2): 78-85.
- Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M., Maas, I. (1999): Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer, H., Baltes, P.B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Akademie, Berlin.321-350.
- Staudinger, U.M., Greve, W. (2001): Resilienz im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Experten zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Opladen: Leske + Budrich. 95-144.

- Staudinger, U.M., Marsiske, M., Baltes, P.B.* (1993): Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology* 5: 541-566.
- Staudinger, U.M., Marsiske, M., Baltes, P.B.* (1995): Resilience and reserve capacity in later adulthood: potentials and limits of development across the life span. In: *D. Cicchetti, D.J. Cohen* (eds.): *Developmental psychopathology*. Vol.2: Risk, disorder, and adaptation. New York: Wiley, 801-846.
- Stevens, R.* (2000): Beschermende factoren in het verouderingsproces. Werkstuk IBT, Freie Universitat Amsterdam.
- Strawbridge, W.J., Shema, S.J., Cohen, R.D., Roberts, R.E., Kaplan, G.A.* (1998): Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 53B (3), 118-126.
- Unger, J.B., Johnson, C.A., Marks, G.* (1997): Functional decline in the elderly: evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine* 19(2): 152-160.
- Van den Heuvel, N., Smits, C.H.M., Deeg, D.J.H., Beekman, A.T.F.* (1996): Personality: A moderator of the relation between cognitive functioning and depression in adults aged 55-85? *Journal of Affective Disorders* 41, 229-240.
- Van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R.* (1997): Runningtherapie, Stre, Depression - ein bungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 (1997) 374-428.
- Voutta-Voss, M.* (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 27-41 und *Integrative Bewegungstherapie* 2, 27-38.
- Wagnild, G., Young, H.M.* (1990): Resilience among older women. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 22(4): 252-255.
- Wagnild, G., Young, H.M.* (1993): Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement* 1(2): 165-178.
- Wallace, K.A., Bergeman, C.S.* (2002): Spirituality and religiosity in a sample of African American elders: A life story approach. *Journal of Adult Development* 9(2): 141-154.
- Weiss, S.R.B., Li, X.-L., Noguera, E.C., Heynen, T., Li, H., Rosen, J.B., Post, R.M.* (1997): Quenching: Persistent alterations in seizure and afterdischarge threshold following low-frequency stimulation. In: *Corcoran, V.M., Moshe, S.* (eds.), *Kindling*. New York: Plenum Press.
- Werner, E.E., Smith, R.S.* (1982): Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill.
- Yehuda, R.* (1997): Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 57-75.