##

##  „Resilienz gezielt stärken – Implementation eines innovativen Ansatzes in die

## Selbsthilfearbeit“

Zentrales Anliegen der Selbsthilfe ist es seit jeher, Menschen in der Bewältigung ihrer Krankheit und den damit einhergehenden Alltagsproblemen zu stärken. Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe ist dabei immer mehr zu einer wichtigen Säule im Gesundheitssystem geworden. Chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen oder die Angehörigen von Betroffenen finden in Selbsthilfegruppen Rat und Unterstützung, teilen ihre Probleme und helfen dabei sich und anderen unmittelbar wie mittelbar Betroffenen. Selbsthilfeorganisationen beraten zudem auch Menschen außerhalb ihres Mitgliederkreises zu Frage der Erkrankung, der Alltagsgestaltung und häufig auch zu sozialrechtlicher Fragen des über 10 Bücher ausdifferenziertes System der Sozialgesetzgebung.

In den letzten Jahren haben sich die Anforderungen an die aktiven Menschen in der Selbsthilfe kontinuierlich erhöht. Aus gesundheitspolitischer Perspektive stellen sich häufig die Fragen, was die Selbsthilfe leisten kann und ob sie gewinnbringend ist, weil sie das Gesundheitssystem entlastet.

In einer aktuellen Studie[[1]](#footnote-1) um Sonia Johnson zu Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen wurde diese Frage für den Bereich der gegenseitigen Unterstützung eindrucksvoll beantwortet:

„Werden Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen von ehemaligen Psychiatriepatienten unterstützt, kann dies den Drehtüreffekt deutlich vermindern. Im Vereinigten Königreich wird laut den Autoren mehr als die Hälfte der in die Akutversorgung aufgenommenen Psychiatriepatienten innerhalb eines Jahres wieder aufgenommen.

Die (…) Studie fand in sechs Krisenbewältigungsteams in England statt, und die Menschen wurden rekrutiert, nachdem sie von einem Krisenbewältigungsteam entlassen worden waren. Die Teilnehmer hatten eine Vielzahl von Diagnosen wie Schizophrenie, bipolare affektive Störung, Psychose, Depression Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörung. Alle Personen innerhalb der Studie setzten die Behandlung und die übliche Pflege während der gesamten Studie fort.

Die Teilnehmer erhielten entweder ein persönliches Genesungsheft (220 Personen) oder einen Peer Support und das Heft (221 Personen). Das Arbeitsbuch enthielt Abschnitte über persönliche Genesungsziele, die Wiederherstellung ihres Platzes in der Gemeinschaft, Frühwarnzeichen bei Rückfällen und anderem.

Teilnehmern, die Unterstützung von einer Person erhielten, die auch psychische Probleme hatte, wurden 10 einstündige Sitzungen angeboten, die jede Woche stattfanden. Die Betreuer hörten auf die Probleme der Patienten und versuchten, Hoffnung zu wecken, indem sie die Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien, die sie während ihrer eigenen Genesung gelernt hatten, weitergaben. Sie wurden vorher auf ihre Aufgabe vorbereitet.

Nach einem Jahr war die Rückübernahme in die Akutversorgung in der Interven­tionsgruppe geringer als in der Kontrollgruppe – mit 29 % (64/218) der Teilnehmer in der Interventionsgruppe gegenüber 38 % (83/216) der Teilnehmer in der Kontroll­gruppe.

„Menschen, die aus kommunalen Krisendiensten entlassen wurden, werden oft wieder in die Akutversorgung aufgenommen. Dies behindert nicht nur die Erholung, sondern verbraucht auch Ressourcen“, so Johnson. Peer-Support-Mitarbeiter könnten Unterstützung und Ermutigung bieten, die besonders warmherzig und einfühlsam sei, weil sie auf persönlichen Erfahrungen beruhe, betonte sie.“[[2]](#footnote-2)

Derartige Ergebnisse bestärken die positive Wahrnehmung der Selbsthilfe, die inzwischen bereits als vierte Säule des Gesundheitssystems bezeichnet wird.

Gleichzeitig bleibt jedoch offen, was genau das Wirkprinzip dieser Intervention ist und wo noch Verbesserungspotential durch spezielle Herangehensweisen besteht. Hier kann das Prinzip der Resilienz sowohl einen Erklärungsansatz bieten als auch eine Strategie für Fortentwicklungen der Selbsthilfearbeit:

Wissenschaftliche Erkenntnisse legen nahe, dass die Ausprägung von Schutzfaktoren wie Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung, angemessene Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung eine wichtige Funktion zur Bewältigung von Krankheiten haben.

So stellt derzeit sogar eine aktuelle Metaanalyse von Färber und Rosendahl, welche im Deutschen Ärzteblatt[[3]](#footnote-3) veröffentlicht wurde, folgendes fest: „Je stärker die Resilienz bei körperlichen Erkrankungen ausgeprägt ist, desto weniger psychische Belastungssymptome zeigen die Betroffenen. (..) Zwar war bereits vorher bekannt, dass Resilienz in vielen Belastungs­kontexten signifikant positiv mit einer guten psychischen Gesundheit zusammenhängt, doch in Anbetracht der vielfältigen Faktoren, die eine psychische Belastung bedingen können, fehlte bislang eine differenzierte Betrachtung der Kontexte in veröffentlichten Studien. Daher entschieden sich die Autorinnen zu einer systematischen und statistisch abgesicherten Differenzierung der Belastungs­situationen.

In ihre Metaanalyse bezogen die Autorinnen mehr als 50 internationale Studien ein, die Angaben zur Resilienz und zum psychischen Befinden von rund 15.000 Patienten mit körperlichen Erkrankungen beziehungsweise Einschränkungen umfassten. Die Patienten waren unter anderem betroffen von Krebserkrankungen, HIV, chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung, Schmerzen unterschiedlicher Ursachen oder operativen Eingriffen.

Eine positive Assoziation zwischen psychischer Gesundheit und Resilienz bestand konsistent und robust über die verschiedenen Studien hinweg und konnte somit bestätigt werden. (..) Anfällige Patienten mit körperlichen Erkrankungen und niedriger Widerstands­kraft könnten anhand von geeigneten psychologischen Instrumenten frühzeitig identifiziert werden. So könnte ihnen psychosoziale Unterstützung bei der Behandlung angeboten werden, um einer möglichen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit gezielt entgegenzuwirken.“

Seit jeher befasst sich die Selbsthilfe mit genau den genannten Faktoren der Resilienz (gegenseitigen Unterstützung, Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus etc.), so dass die Arbeitshilfe in einigen Punkten auch „offene Türen“ bei der Selbsthilfe einrennen wird.

Dennoch haben bisher nur einige wenige Selbsthilfeorganisationen tragfähige Konzepte, um die sog. Resilienz ihrer Mitglieder und die zu Beratenden zu stärken. Ziel der vorliegenden Arbeitshilfe ist es daher, ein Baukastensystem für Konzepte bereitzustellen, wie die Selbsthilfe über die Stärkung der „Resilienz“ der Betroffenen zu einer Förderung der individuellen Krankheitsbewältigung beitragen kann. Da die Belastungen durch verschiedenen Erkrankungen und auch die anzusprechenden Zielgruppen unterschiedlich sind, kann das Ergebnis dieser Arbeitshilfe notwendigerweise nicht das „eine“ Konzept zur Stärkung der Resilienz sein, sondern kann nur einzelne Bausteine für ein jeweils von den Verbänden individuell zu gestaltendes Resilienzkonzept für ihre Mitgliedschaft sein.

### Was ist Resilienz?

Doch was ist Resilienz überhaupt? Da dieser Begriff in unterschiedlichen Bereichen auf verschiedene Art und Weise verwendet wird, ist er nicht einfach zu fassen: „Ingenieure meinen damit im Allgemeinen die Fähigkeit eines Bauwerkes, etwa einer Brücke, nach Einwirkung äußerer Kräfte wieder in ihren Ausgangszustand zurückzukehren. Im Notfallschutz bezieht sich der Begriff auf die Geschwindigkeit, mit der unentbehrliche Systeme nach einem Erdbeben oder einer Überschwemmung wiederhergestellt werden können. Ökologen verwenden ihn, wenn es darum geht, die unwiederbringliche Zerstörung des Ökosystems zu verhindern. In der Psychologie steht er für die Fähigkeit eines Menschen, sich von einem Trauma zu erholen. In der Wirtschaft wird damit häufig die Installierung von Back-up Systemen bezeichnet, die das unterbrechungsfreie Funktionieren eines Systems im Falle von Naturkatastrophen oder von Menschen verursachten Krisen gewährleisten“[[4]](#footnote-4). Gemeinsam ist diesen Definitionen, dass der Begriff der Resilienz die Fähigkeit eines Systems oder eines Menschen beschreibt, „sich an dramatisch verändernde äußere Bedingungen anzupassen und dabei funktionsfähig zu bleiben“[[5]](#footnote-5).

Ein gutes bildhaftes Modell der Resilienz bietet die Grafik des Deutschen Resilienzzentrums der Johannes- Gutenberg Universität Frankfurt[[6]](#footnote-6):



Formularende

Um den Begriff in seiner Ausgestaltung näher zu bestimmen, lohnt sich zudem ein Blick auf seine Entstehungsgeschichte:

1. Entstehungsgeschichte des Konzeptes der Resilienz

Tatsächlich kamen erste Impulse für ein entsprechendes Konzept der Resilienz aus der Gesundheitswissenschaft. Antonovsky bildete mit seinem Konzept der Salutogenese eine erste theoretische Grundlage für die Entstehung eines Konzeptes der Resilienz.

aa. Konzept der Salutogenese

Die heutige Medizin ist nach wie vor stark von dem sog. biomedizinischen Modell geprägt. Danach werden Krankheitssymptome – sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht – primär durch organische Defekte erklärt;[[7]](#footnote-7) Krankheit wird dabei als eine lokalisierbare Störung der Körperfunktion betrachtet.[[8]](#footnote-8)

Die seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts zunehmenden Möglichkeiten, Krankheitsphänomene objektiv zu erfassen, beförderten zudem die Missachtung des Subjektiven in der Medizin entscheidend. Die sich auf Technik gründende Diagnostik veränderte die Rolle des Patienten. Einst war der Arzt für die Diagnose weitgehend auf die Informationen angewiesen, die er im Gespräch mit dem Patienten in Erfahrung brachte. Das zunehmende Wissen um den Körper und seine Funktionen in Verbindung mit der rasanten Technisierung der Diagnostik und der Entwicklung wirksamer somatischer Therapien ließ die subjektive Seite von Krankheit immer weiter aus dem Blickfeld der Medizin rücken. Die objektiven medizinischen Befunde und das auf Seiten der Mediziner monopolisierte Fachwissen über Krankheiten und deren Behandlung veränderten die Machtbalance zu Gunsten der Ärzte. Im biomedizinischen Modell kommt dem Arzt als Spezialisten für körperliche Störungen die Aufgabe zu, darüber zu entscheiden, wie diagnostiziert und therapiert wird.[[9]](#footnote-9)

Seit jeher hat sich die Selbsthilfe gegen dieses Krankheitsverständnis und diese Ausgestaltung des Arzt-Patientenverhältnisses gewandt; sie gründete ihr Verständnis auf den salutogenetischen Ansatz, der erstmals von Antonovsky aufgebracht wurde.

Das damals und heute noch herrschende biomedizinische Modell vergleicht Antonovsky[[10]](#footnote-10) in einer Metapher mit dem von ihm favorisierten salutogenetischen Ansatz: Die biomedizinsche Herangehensweise wolle einen Menschen mit hohem Aufwand aus einem reißenden Fluss retten, ohne sich darüber Gedanken zu machen, wie er dort hineingeraten sei und warum er nicht besser schwimmen könne. Hingegen war für ihn die Frage, wie man in einem Fluss, in den man aufgrund von historischen, soziokulturellen und physikalischen Bedingungen hineingeraten ist, ein guter Schwimmer wird.[[11]](#footnote-11) Gesundheit ist dabei kein stabiler Zustand, sondern ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes System. Der Verlust von Gesundheit ist ein natürlicher Prozess; der Mensch sei jedoch immer auch in der Lage wieder gesünder zu werden. Insoweit setzt der salutogenetische Ansatz auch nicht bei der Behebung von Defiziten an, sondern vielmehr bei der Stärkung von Ressourcen und einem ressourcenorientiertes Denken. In der Ursprungsvariante von Antonovsky bezog sich dieser Ansatz jedoch fast ausschließlich auf die körperlichen und nicht auf die psychische Gesundheit.[[12]](#footnote-12)

Dies hat sich im Folgenden – insbesondere auch in dem darauf fußenden - Konzeptes der Resilienz gewandelt.

bb. Entstehung des Konzeptes der Resilienz

Ein Klassiker der Resilienzforschung ist die Studie von Emmy Werner und Ruth Smith, welche eine gesamte Alterskohorte von Kindern, die 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai geboren wurde, für einen Zeitraum von 32 Jahre begleitete. Ihr lag die Annahme zugrunde, dass sich Kinder mit einer schwierigen Geburt, mit einem labilen Zuhause oder psychisch erkrankten bzw. alkoholkranken Eltern in jedem Falle schlecht entwickeln müssten. Die Studie kam jedoch zu dem damals unerwarteten Ergebnis, dass 72 der 200 Kinder in der Hochrisikogruppe zu selbständigen und erfolgreichen jungen Erwachsenen heranwuchsen, die sich durch eine optimistische und verantwortungsvolle Lebenseinstellung auszeichneten[[13]](#footnote-13). In den frühen Jahren der Forschung wurde dabei die gesunde Entwicklung trotz widriger Umstände noch häufig als Ausnahme angesehen. Später wurde jedoch durch die vielfältigen Studien deutlich, dass die menschliche Psyche eine erhebliche Anpassungsfähigkeit besitzt und daher Resilienz ein Stück weit ein „normales“ Phänomen ist. Insoweit untersuchten Norman Gamezy und Kollegen aufgrund des hohen Anteils von Kindern psychisch kranker Eltern, die man heute als widerstandsfähig oder resilient bezeichnen würden, erstmals auch die Faktoren, mit denen sich positive Entwicklungen der Kinder erklären ließen[[14]](#footnote-14).

1. Begriffseingrenzung

Angesichts der sehr unterschiedlichen Definitionen wird der Begriff der Resilienz teilweise sogar als Dachkonstrukt[[15]](#footnote-15) angesehen. Dennoch lassen sich bei den meisten Definitionen drei Grundlinien finden, welche am ehesten über die Metapher eines Baumes im Sturm zu erklären sind[[16]](#footnote-16):

* Resistenz: Der Stamm und die Äste des Baumes können so massiv sein, dass sie dem Sturm trotzen.
* Regeneration: Der Baum und seine Äste werden zwar durch den Sturm durchgeschüttelt und verbogen; nach Beendigung des Sturms, richtet er sich wieder in seiner ursprünglichen Form auf.
* Rekonfiguration: Die Wuchsrichtung des Baumes verändert sich so durch den Sturm, dass der Baum in Zukunft Stürmen weniger Angriffsfläche bietet.

Doch wie genau sind diese verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten auf Stressfaktoren gefasst bzw. wie werden sie verstanden?

Resilienz als Resistenz

Nach der Definition von Bonnano[[17]](#footnote-17) bleiben Personen angesichts von Stressereignissen psychisch stabil. Diese Stabilität wird etwa wie eine Art Immunität gegen bestimmte Viren verstanden. So zeigten die Daten einer Arbeitsgruppe um Bonanno, dass etwa die Hälfte der Betroffenen beim Tod eines nahen Angehörigen keine schwerwiegende Trauerreaktion zeigte[[18]](#footnote-18). Auch bei den Terroranschlägen in New York am 11. September zeigten rund zwei Drittel der New Yorker nach einer Studie keinerlei Anzeichen einer psychischen Belastung.[[19]](#footnote-19) Andere Autoren stellen hier die Frage, ob dieses Verständnis von Resilienz nicht eher pathologische Reaktionsmuster verdecke.[[20]](#footnote-20)

Resilienz als Regenerationsfähigkeit

Nach diesem Begriffsverständnis gelten Personen als resilient, die zwar durch belastende Ereignisse zunächst belastet sind, jedoch nach kurzer Zeit ohne Probleme in den Alltag zurückfinden.[[21]](#footnote-21)

Resilienz als Fähigkeit zur Rekonfiguration

Während Personen mit der Fähigkeit zur Regeneration im Sinne der Systemtheorie letztlich normativ auf belastendende Lebensereignisse reagieren (können), betrifft die Resilienz als Fähigkeit die Möglichkeit, kognitiv zu reagieren bzw. reagieren zu können. So kann es die Bewältigung einer traumatischen Erfahrung notwendig machen, Verhaltensweisen, zentrale Glaubenssätze und Einstellungen zu verändern.

|  |
| --- |
| Das Konzept der posttraumatischen Reifung beschreibt eine solche Anpassungsleistung. Damit werden positive psychische Prozesse bezeichnet, die von den Betroffenen als Folge der Bewältigungsprozesse von sehr belastenden Lebensereignissen beschrieben werden. Nach dem Konzept von Tedeschi und Calhoun[[22]](#footnote-22) treten positive Veränderungen in den Bereichen * Neue Möglichkeiten und Beziehung zu anderen: Intensivierung oder auch Beendigung von Beziehungen, da festgestellt wurde, wer die wahren Freunde sind; neue Hobbies, Arbeitswechsel, andere Lebensform
* Wertschätzung des Lebens: Wahrnehmung von wertvollen Momenten
* Persönliche Stärke: Das Überstehen des kritischen Ereignisses gibt eine neue Sicherheit, seine Belastbarkeit zu kennen
* religiöse Veränderungen: Größere Spiritualität

auf. |

Dabei ist zu beachten, dass Resilienz nicht ein fester Faktor bzw. eine zusammenzuführende Anzahl von spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen ist. Denn auch für die Resilienz gilt der Grundsatz, dass diese nicht unabhängig von ihren Kontextfaktoren betrachtet werden kann:

1. **Resilienz ist dynamisch**

Merkmale der Resilienz können sich im Laufe der Zeit verändern und verbessern bzw. verbessert werden. Daher gibt es für einige der Resilienzmerkmale auch spezielle Trainingsprogramme

1. **Resilienz ist variabel**

Auch für den Bereich der Resilienz gilt, dass bestimmte Altersgruppen besonderen Risikofaktoren unterliegen, etwa im Jugendalter. Insoweit kann sich die Resilienz auch in verschiedenen Altersgruppen erheblich unterscheiden.

1. **Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional**

Nicht jedes Ereignis wirkt bei jedem Menschen gleich. So können Menschen gegenüber Krankheit erhebliche Widerstandskräfte und Optimismus an den Tag legen, aber evtl. bei beruflichen Schwierigkeiten weitgehend hilflos agieren – oder umgekehrt.

Insoweit muss bei jeder Maßnahme zur Stärkung der Resilienz stets auch das Umfeld und die individuellen Umstände Berücksichtigung finden.

1. **Forschungsstand hinsichtlich verschiedener Merkmale der Resilienz**

In Anbetracht der sehr uneinheitlichen Definitionen zum Thema Resilienz ist es ausgesprochen schwierig, den Forschungsstand zu einem Thema aufzuarbeiten, dessen Begriffsgrenzen kaum einheitlich verwendet werden.

Dies zeigt sich bereits an den Risiko- und Schutzfaktoren des Konzeptes von Resilienz, das nach wohl herrschender Meinung multifaktoriell begriffen wird.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansatz** | **Risiko-/ Schutzfaktoren** |
| Biologische Faktoren | * Alter
* Geschlecht
* Intelligenz
* Cortisol-Spiegel
 |
| Psychologische Faktoren | * Hardiness
* Selbstwertgefühl
* Humor
* Religiösität
 |
| Demographische Faktoren | * Bildung
* Einkommen
* Beziehungsstatus
 |
| Soziale Faktoren | * Soziale Unterstützung
 |
| Kulturelle Faktoren | * Bspw. Wahrnehmung der Eigenschaft „Schüchternheit/ Zurückhaltend“ als positiv oder negativ
* Wertschätzung der eigenen Kultur als identitätsstiftend
 |
| Erfahrungswissen | * Vorherige Bewältigung von schwierigen Situationen
 |

1. **Operationalisierung**

Hinzu kommt, dass auch die Operationalisierung des Begriffs – selbst bei gleichem Begriffsverständnis – nicht einheitlich gehandhabt wird. So besteht etwa Einigkeit dahingehend, dass resiliente Personen eine psychische Widerstandskraft zeigen, die den erfolgreichen Umgang mit dem belastenden Ereignis zeigen. Es gibt jedoch bereits Unterschiede, wie der „Erfolg“ definiert wird[[23]](#footnote-23):

* Ist eine Person erfolgreich, wenn sie keine oder nur wenige Anzeichen psychischer Belastung zeigen? Oder ist eine solche fehlende „normale“ Reaktion eher psychisch bedenklich?
* Muss eine Person, um als „erfolgreich“ resilient zu gelten, eine hohe Lebensqualität, eine hohe Lebensqualität oder ein hohes Wohlbefinden aufweisen?

In der Mehrzahl der Studien werden zur Messung des „Erfolges Resilienz“ Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, Depressionen oder Angststörungen gemessen.

Diese Pathologisierung widerspricht jedoch dem dargestellten Konzept des salutogenetischen Ansatzes, wonach eben Gesundheit nicht dichotom im Sinne des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins von bestimmten Faktoren zu bestimmen ist, sondern jeder Mensch als mehr oder weniger gesund zu betrachten ist.

Trotzdem dieses nach dem salutogenetischen Ansatz wünschenswert wäre, werden in den Studien deutlich seltener Faktoren zur Lebensqualität und Zufriedenheit erhoben.

Eine weitere Herausforderung im Vergleich vorhandener empirischer Studien besteht darin, dass auch verschiedene Fragebögen zur Erhebung des Ausmaßes der Resilienz verwendet werden, denen wiederum ein unterschiedliches Begriffsverständnis zugrunde liegt:[[24]](#footnote-24)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Resilience Scale****(Schumacher et alt.** | **Ego resilience****Scale****(Block und Kremen)** | **Connor-Davidson-Resilience Scale** | **Resilience Scale for Adults (Fribourg et alt.)** |
| **Dimensionen** | Persönliche KompetenzAkzeptanz des Selbst und des Lebens | Eindimensional | Eindimensional ermittelte Fatoren:Persönliche Kompetenz und HartnäckigkeitVertrauen in die eigenen InstinkteToleranz von negativem EffektPositive Akzeptanz gegenüber VeränderungenZuverlässige BeziehungenKontrolleSpirituelle Einflüsse | Persönliche KompetenzSoziale KompetenzSoziale Unterstützung Persönlichkeits-Struktur |
| **Zugrundeliegende Definition** | Resilienz als personale Ressource, die die individuelle Anpassungs-Fähigkeit fordert | Resilienz als stabiles Persönlichkeits-merkmal- als Fähigkeit, sein Verhalten entsprechend der Kontextbedingungen zu modifizieren | Resilienz als Maß für die Coping-Fähigkeit bei Stress, welche sich aus einzelnen Resilienz-Charakteristika zusammensetzt | Resilienz als Resultat des Zusammenspiels verschiedener Schutzfaktoren |

1. Ergebnis

Jenseits der methodischen Schwierigkeiten sollen die vorhandenen Studien zunächst zu den einzelnen veränderbaren Persönlichkeitsmerkmalen aufgearbeitet werden, da hier am ehesten eine Fortentwicklungsmöglichkeit und Einflussmöglichkeit der Selbsthilfe zur Bewältigung der Krankheit gesehen wird. In einem zweiten Schritt werden – jeweils bei den einzelnen Merkmalen - die vorhandenen Studien zu verschiedenen Krankheitsbildern/ Altersgruppen dargestellt werden.

Insgesamt gibt es in folgenden Erkrankungsbereichen Studien[[25]](#footnote-25) zur Resilienz:

|  |  |
| --- | --- |
| **Erkrankungsbereich** | **Studien** |
| Chronische Schmerzen | Kaluza, Hanke, Keller und Basler 2002Johnson und Davis 2005 |
| Diabetes | Yi, Vitaliano, Smith, Yi und Weinger 2008, Yi-Frazier et alt. 2010 |
| HIV/ Aids | Farber, Schwartz, Schaper, Moonen und McDaniel 2000Frain, Berven, Chan und Tschopp 2008 |
| Schlaganfall | Glymour, Weuve, Fay, Glass und Berkman 2008 |
| Kiefergelenkserkrankungen | Callahan 2002 |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes | Armata und Baldwin 2008 |
| Hirnverletzungen  | Dumont, Gervais, Fougeyrollas und Bertrand 2004 |
| Nierenerkrankung/ Dialyse | White, Richter, Koeckeritz, Lee und Munch 2002 |
| Körperbehinderung | Russel, Turner und Joiner 2009 |
| Multiple Sklerose | Johnson, Lange, Tiersky, DeLuca und Natelson 2001Kögel, Hettl, Roupetz, 2013 |
| Krebserkrankung | Constanzo, Ryff und Singer 2009Hamma- Raz und Solomon 2006Kalley und MicLea 2007 |
| Depression | Malone et alt. 2000McLaren und Challis 2009Oquendo et alt. 2005 |
| Antisoziale Persönlichkeitsstörung | DeMatteo, Heilbrunn und Marczyk 2005 |
| Schizophrenie | Myin-Germeys, Nicolson und Delespaul 2001; Tait, Birchwood und Trower 2004 |

1. **Studienlage zu Risiko-/ Schutzfaktoren**

Im Folgenden wird die Studienlage zu den zu beeinflussenden Faktoren vorgestellt; auf die Darstellung des Merkmals der Religiosität/ Spiritualität wurde verzichtet, da davon ausgegangen wird, dass der Einfluss von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen auf dieses Merkmal nur gering sein kann und zudem die Studienlage uneinheitlich sowie wenig aussagekräftig ist.

Das Verständnis von Resilienz als zu beeinflussender Persönlichkeitsfaktor entspricht auch der neuesten Forschungslage[[26]](#footnote-26):

„Stressbedingte Erkrankungen wie Angsterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörung oder Depression sind heutzutage ausgesprochen häufig, berichtete der Resilienzforscher Professor Dr. Raffael Kalisch 2018 beim Deutschen Schmerzkongress in Mannheim. Etwa eine halbe Milliarde Menschen ist weltweit betroffen. Trotz immer besserer Therapien gingen die Erkrankungszahlen seit Jahrzehnten nicht runter, so der Neurowissenschaftler und Leiter des Neuroimaging Center der Universität Mainz. »Eigentlich sind wir gescheitert.« Mehr pathophysiologische Forschung sei nötig, um die Grundlagen besser zu verstehen und zielgerichtetere Therapien zu entwickeln.

Anstatt die Mechanismen der psychischen Erkrankung könne man aber auch die Mechanismen der Gesunderhaltung, die Resilienz, erforschen. »Was machen die Menschen richtig, die trotz enormer Belastungen und traumatischer Erlebnisse nicht psychisch krank werden?«, fragt sich Kalisch. Wie man bei Langzeitüberlebenden mit HIV ihre Besonderheiten im Immunsystem untersucht, so könne man die Fähigkeit erforschen, mit Schicksalsschlägen wie dem Verlust des Partners, einem Terroranschlag oder einer chronischen Erkrankung gut umzugehen. Die Erkenntnisse könnten dann bei anderen Menschen angewendet werden.

Bislang ging man davon aus, dass Resilienz ein intrinsischer stabiler Wesenszug sei, der häufig als »zähe Persönlichkeit« beschrieben wurde, berichtete Kalisch. Eine Reihe von Faktoren wurden mit Resilienz in Verbindung gebracht: etwa das Geschlecht, Optimismus beziehungsweise Pessimismus, soziale Unterstützung, Problemlösungskompetenz und Spiritualität. Für dieses merkmalbasierte Konzept gebe es aber wenig Evidenz. Das Fazit aller Untersuchungen sei, dass keiner dieser Faktoren einen prädiktiven Wert habe.

Es gebe aber Berichte zu Veränderungen durch Stressbelastungen, die zu einer zunehmenden Stressimmunisierung führten – nach dem Motto »Was uns nicht umbringt, macht uns hart«, berichtete Kalisch. So zeige beispielsweise eine Langzeitbeobachtungsstudie von Professor Dr. Mark Seery und Kollegen von der University of Buffalo im US-Bundesstaat New York, dass Personen, die in ihrem Leben einzelne belastende Erfahrungen gemacht hatten, eine bessere mentale Gesundheit in einer Befragung aufwiesen als Personen ohne Schicksalsschläge im Lebenslauf (»Journal of Personality and Social Psychology« 2010, DOI: 10.1037/a0021344). Sehr viele Schicksalsschläge standen aber wiederum mit einer schlechteren mentalen Gesundheit in Zusammenhang.

Laut Kalisch werde zunehmend deutlich, dass sich Menschen durch psychische Belastungen verändern. Hier spiele auch die Epigenetik eine Rolle. Durch Traumata würden bei verschiedenen Menschen verschiedene Gennetzwerke angeschaltet. Aus Tierversuchen sei zudem bekannt, dass solche Belastungen auch auf neuronaler Ebene Veränderungen bewirken, die für die Aufrechterhaltung des normalen Verhaltens trotz Stress essenziell sind. So existieren Mechanismen, die bei Dauerstress die Aktivität von Neuronen in bestimmten Gehirnregionen regulieren, die Zahl der Synapsen oder die Transmitterausschüttung anpassen. Zusammengenommen bedeute dies, dass Resilienz nicht mehr als Wesenszug, sondern seit einigen Jahren als dynamischer Prozess betrachtet wird. Sie werde mittlerweile ergebnisbasiert definiert.

Demnach ist Resilienz die Aufrechterhaltung oder rasche Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach Stressoren wie schwierigen Lebenssituationen, berichtete der Neurowissenschaftler. »Das ist eine völlige Umkehrung der bisherigen Definition.« Nach diesem Verständnis könne man nun fragen, welche Prozesse hier eine Rolle spielen – auf molekularer, neurobiologischer, hormoneller und Verhaltensebene. Dabei sei eine ganze Reihe von unterschiedlichen Faktoren beteiligt, die sich gegenseitig beeinflussen, wodurch ein sehr komplexes System entstehe. Ein Vorteil der ergebnisbasierten Definition von Resilienz sei, dass die Widerstandskraft nicht vorgegeben sei, sondern sich verändern lasse. »Hier kann man noch im Sinne der Prävention eingreifen.«

In der Psychiatrie habe man lange nach der einen Ursache von psychischen Erkrankungen gesucht, diese aber nicht finden können, berichtete Kalisch. »Nicht eine und nicht mehrere.« Der Grund hierfür sei, dass verschiedene psychische Symptome und die zugrunde liegenden molekularen Mechanismen miteinander in Wechselwirkung stehen. So könne zum Beispiel ein Trauma oder eine Belastungssituation Angst auslösen, die zu sozialem Rückzug führt, der wiederum negative Rückmeldung aus dem sozialen Umfeld bedingt, was schließlich in einer Depression münden kann, die ihrerseits die Angst verstärkt. Die unterschiedlichen Symptome beeinflussten und verstärkten sich unter Umständen gegenseitig, sodass solche Netzwerke auch dann noch aktiv seien, wenn der ursprüngliche Stressor nicht mehr vorhanden sei.

Solche Netzwerke könnten auch lange Zeit stabil bleiben, ohne dass sie in einen pathologischen Bereich kippten. Eine Aufgabe der Resilienzforschung sei es nun, diese Systeme zu analysieren, mögliche Kipp-Punkte (Tipping Points) zu identifizieren und Wege zu suchen, um ein Kippen zu verhindern. Dieser Ansatz sei auch für die Therapie von psychischen Erkrankungen relevant: Manchmal reiche schon »ein Antippen« des Systems in eine günstige Richtung – auf molekularer oder auf Verhaltensebene (zum Beispiel ein Stressmanagementtraining) – aus, um aus einem pathologischen Zustand wieder in den gesunden zu kommen.“

Als beeinflussbare Faktoren gelten:

1. **Positive Emotionen**

Zahlreiche Studien belegen, dass positive Emotionen wie Freude, Stolz, Neugier, Lust, Fröhlichkeit, Befriedigung, Zuversicht und Wohlbehagen Erfolge in verschiedensten Bereichen zur Folge haben. So hatten fröhliche Studenten 16 Jahre später ein höheres Einkommen als ihre weniger fröhlichen Mitstudenten[[27]](#footnote-27). Auch als Schutzfaktor im Sinne von Resilienz können positive Emotionen dienen: So hatte in einer großen Zwillingsstudien zwar nicht das Ausmaß der positiven Gefühle positive Auswirkungen auf die Verarbeitung eines schweren Verkehrsunfalles, wohl aber die Fähigkeit, sich über alltägliche Ereignisse zu freuen[[28]](#footnote-28).

Diese Ergebnisse werden häufig über die *Broaden-and-Built-Theory of Positive Emotions[[29]](#footnote-29)* erklärt. Positive Emotionen helfen Menschen dabei, ihre persönlichen Ressourcen aufgrund einer „psychologischen Auszeit“ nachhaltig zu stärken, sowohl hinsichtlich des intellektuellen Bereichs als auch hinsichtlich des physischen, sozialen und psychologischen Bereichs. Durch ein möglichst breites Interesse und eine starke Motivation erlangen Menschen – auch durch Lernprozesse aus vergangenen negativen Ereignissen - eine positive Grundeinstellung, welche eine gute und rasche Überwindung von Krisen ermöglicht[[30]](#footnote-30). Frederickson, Tugade, Waugh und Larkin (2003) bestätigen diese Prämissen unter anderem bei ihrer Untersuchung an Personen, die die Terroranschläge vom 11. September auf das World Trade Center in New York miterlebten. Positive Emotionen stärkten hier die Resilienz von Personen, die infolgedessen weniger zu depressiven Verstimmungen neigten und eher posttraumatisches Wachstum zeigten.

Selbst der Einfluss von positiven Gefühlen auf das Immunsystem lässt sich empirisch nachweisen: Die Autoren einer Studie[[31]](#footnote-31) setzten Personen einem Erkältungsvirus aus und überprüften, bei wem die Erkältungssymptome ausbrachen bzw. wer sich mit dem Virus infiziert hatte. Das selbstberichtete Erleben von positiven Emotionen hatte einen signifikanten Zusammenhang mit Abwehrkraft des Einzelnen gegen die Erkältungsviren. Interessanterweise war ein weiteres Ergebnis der Studie, dass dieser Zusammenhang unabhängig war von dem Auftreten negativer Emotionen; das heißt, negative Emotionen schadeten nicht. Daran zeigt sich, dass die Betonung der Wirkung positiver Emotionen nicht zur Folge haben soll, dass negative Emotionen unterdrückt oder geleugnet werden.

Dieser Zusammenhang bzw. Nicht-Zusammenhang wird heutzutage überwiegend durch das sog. dynamische Affektmodell[[32]](#footnote-32) erklärt. Menschen haben im normalen Alltag die Ressource, sowohl positive als auch negative Informationen in ihrer Umgebung wahrzunehmen und gegeneinander abzuwägen. Beide Emotionen, sowohl positive als auch negative, treten relativ unabhängig voneinander auf, man kann sich also sowohl über die Arbeitsanweisung eines Vorgesetzten ärgern als auch über den Anblick einer blühenden Pflanze freuen.

In stressreichen Zeiten ist zur Gefahrenabwehr sowohl die Wahrnehmung als auch das Erleben der Gefühle eingeschränkt. Negative und positive Gefühle werden als fortlaufendes Kontinuum erlebt, wobei das Vorhandensein von negativen Gefühlen positive Gefühle verhindert.[[33]](#footnote-33) Nach dem dynamischen Affektmodell sind Menschen dann besonders resilient, wenn sie auch bei belastenden Ereignissen in der Lage sind, auch positive Gefühle – neben den vorhandenen negativen Gefühlen – zu empfinden und zuzulassen.[[34]](#footnote-34)

Trotz vieler ungeklärter Fragen (z.B. wie gelingt die Abgrenzung zum Merkmal Optimismus, gibt es einen Unterschied zwischen aktivierenden positiven Gefühlen (Begeisterung) zu nichtaktivierenden Gefühlen (Zufriedenheit)), hat sich das Erleben positiver Gefühle in Studien als aussichtsreicher Faktor in einer Resilienzstrategie erwiesen. Vor diesem Hintergrund gibt es erste Maßnahmen[[35]](#footnote-35) zur Stärkung dieses Faktors. Hier stehen Trainingskonzepte zur Verfügung, wie Personen darin bestärkt werden können, sich in schwierigen Lebenslagen auch über alltägliches zu freuen.

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:Schmerzerkrankungen (Davis, Zautra und Smith 2004, Reich, Zautra und Davis 2003, Strand et alt. 2006; Zautra, Johnson und Davis 2005): In diesem Zusammenhang scheinen positive Emotionen hilfreich zu sein, um Schmerzfluktuationen als weniger stressreich zu erleben und soziale Beziehungen als unterstützend zu erleben.Schlaganfallpatienten (Seale, Berges, Ottenbacher und Ostir 2010): Hier hatten positive Emotionen sogar Anteil an der funktionalen Genesung von Personen. |

1. **Optimismus**

Eng verwandt mit den positiven Emotionen ist auch der Optimismus und wird von daher auch häufig in einer Kategorie zusammengefasst.[[36]](#footnote-36)

Bereits 1992 gaben Scheier und Carver[[37]](#footnote-37) in einem Review einen Überblick darüber, wie sich eine optimistische Lebenseinstellung auf die Psyche und auf

die Gesundheit eines Menschen auswirkt. Optimismus wird dabei als stabile Tendenz zur positiven Ergebniserwartung verstanden, wobei davon ausgegangen wird, dass sich Verhalten im Wesentlichen danach ausrichtet, welche Konsequenzen der Handelnde von seinem Verhalten erwartet. Optimistische Menschen zeichnen sich dadurch aus, dass sie dazu tendieren, positive Ergebnisse ihres Handelns zu erwarten, während pessimistische Menschen eher dazu neigen, einen negativen Ausgang ihres Handelns zu erwarten.

Aufgrund ihrer positiven Erwartungshaltung legen sie eine größere Handlungs- und Durchhaltebereitschaft an den Tag und neigen eher dazu, negative Erlebnisse als „Einzelfall“ einzuordnen.[[38]](#footnote-38)

Scheier und Carver stellten durch die bisherigen Forschungen fest, dass Optimismus auf verschiedenen Wegen einen Menschen resilienter für widrige Lebenssituationen macht. So versuchten Optimisten stets das Beste aus ihrer Situation zu machen, seien aktiver und suchten mit mehr Ehrgeiz nach Alternativen und Lösungswegen.[[39]](#footnote-39)

Zudem wiesen sie höhere Anpassungsfähigkeit auf, womit es ihnen leichter fällt,

Veränderungen oder neue Situationen zu akzeptieren. Pessimistische Personen empfänden ihr Leben hingegen als schwer und glauben, wenig Kontrolle darüber zu haben. Optimisten fühlten sich insoweit gut integriert im Leben, sind im Einsatz von Copingstrategien sehr flexibel und können daher einer Situation entsprechend reagieren. Optimismus befähige Menschen somit, adäquater mit Stress umzugehen und lässt sie ruhiger werden.[[40]](#footnote-40)

Da sie nicht durch zusätzliche Sorgen belastet werden, sind sie wesentlich leistungsfähiger und erfolgreicher im Beruf. Auch zeigen Optimisten die Fähigkeit, längere und bessere Beziehungen zu führen[[41]](#footnote-41).

Es gilt ferner als belegt, dass Optimismus ferner einen direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit eines Menschen hat.[[42]](#footnote-42) Optimistische Menschen sind im Vergleich zu pessimistischen Menschen gesünder und werden älter, da sie weniger an altersbedingten Krankheiten leiden[[43]](#footnote-43). Es wird vermutet, dass zum einen der Optimismus direkt auf das Immunsystem wirkt, andererseits aber auch, dass optimistische Menschen durch ihr aktiveres Handeln weniger negative Lebensumstände erleben und mehr soziale Unterstützung erhalten.[[44]](#footnote-44)

Insgesamt ist die Studienlage zur Schutzwirkung des Merkmals Optimismus im Bereich der Resilienz als gut einzuschätzen; dabei scheint vor allem die Tendenz der Optimisten zum aktiven und konstruktiven Bewältigungs- und Problemlösungsverhalten eine erhebliche Rolle zu spielen. Dadurch ist die Abgrenzung zu anderen Resilienzfaktoren wie Selbstwirksamkeit, Kontrollerwartung etc. nicht immer einfach zu treffen und wird auch nicht immer trennscharf in den Studien vorgenommen[[45]](#footnote-45). Dennoch dürfte die Förderung von Optimismus und aktiven Bewältigungsstrategien in Selbsthilfeorganisationen eine aussichtsreiche Strategie sein, deren Wirkung wissenschaftlich gut belegt ist.

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:Krebserkrankungen: Bessere psychosoziale Anpassung (Hoyer 2000 m.w.N.)HIV: Bessere psychosziale Anpassung (Hoyer 2000 m.w.N.)Deutlicher Zusammenhang zur Lebensqualität (Frain, Barven, Chan und Tschopp 2008)Psychische Erkrankungen:Reuben, Rebecca und Moon-Ho (2012) konnten den moderierenden Einfluss von positivem Denken auf den Zusammenhang zwischen adaptiven Coping mit Aggression und Depressivität entdecken. Es zeigte sich, dass eine optimistische Einstellung eine präventive Wirkung gegenüber diesen beiden psychischen Symptomen hat. |

1. **Hoffnung**

Gerade bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen spielt das Thema Hoffnung eine zentrale Rolle zur Krankheitsbewältigung und Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit. Insbesondere Snyder[[46]](#footnote-46)hat ein Modell entwickelt, welches unter dem Stichwort Hoffnung vor allem den Aspekt betont, Ziele zu definieren und aktiv zu verfolgen. Aufgrund der darauf aufbauenden Hoffnungsskala ließ sich zeigen, dass mit dieser Eigenschaft bessere Krankheitsbewältigung, adaptivere Lösungsstrategien, weniger psychopathologische Symptomatik und eine höhere Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen feststellen.

Hoffnung, in diesem Sinne verstanden, hatte in einer Studie sogar eine stärker schützende Wirkung vor Angst- und Depressionssymptomen bei Nierenerkrankten als die Unterstützung von nahen Angehörigen[[47]](#footnote-47) (siehe dazu unten). Auch chronisch kranke ältere Menschen und Schlaganfallpatienten berichteten signifikant seltener von depressiven Symptomen, wenn sie hohe Werte auf der Hoffnungsskale erhielten[[48]](#footnote-48). Schließlich waren adaptive Copingsstrategien in Studien nur dann erfolgreich, wenn die Personen hohe Hoffnungswerte aufwiesen.[[49]](#footnote-49)

Schwierig an dem Modell dürfte sein, dass der Begriff „Hoffnung“ wiederum auf den aktivierenden Aspekt der Persönlichkeitseigenschaft reduziert wird und damit dem Wortsinn nicht vollständig gerecht wird. Auch kann man durchaus die Frage stellen, ob sich das Konzept der „Hoffnung“ in seiner motivationalen Seite nicht sehr dem oben beschriebenen Konzept des Optimismus annähert.[[50]](#footnote-50)

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:Verbrennungen: Positive Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung (siehe Rand und Cheavens, 2009 unter Verweis auf die entsprechenden Studien)Fibromyalgie: Positive Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung (siehe Rand und Cheavens, 2009 unter Verweis auf die entsprechenden Studien)Rückenmarkserletzungen und Arthritis: Positive Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung (siehe Rand und Cheavens, 2009 unter Verweis auf die entsprechenden Studien)Chronisches Nierenversagen: Schützende Wirkung vor Angst- und Depressionssymptomen (Billington et alt. 2008)Lungenkrebs: Weniger Depressivität (Berendes und Kollegen, 2010)Schlaganfall: Weniger Depressivität (Gym, Snyder und Buncan 2006; Hirsch, Sirois und Lyndess 2011). |

1. **Selbstwirksamkeitserwartung**

Auch für den Bereich der Selbstwirksamkeitserwartung ließen sich Zusammenhänge zwischen einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung und positiven Auswirkungen auf die psychische und physische (v.a. Schmerzen) Gesundheit in verschiedenen Studien[[51]](#footnote-51) belegen. Dabei wird der Begriff der „Selbstwirksamkeitserwartung“ derart verstanden, dass sich hieraus eine optimistische Einschätzung der Lebensbewältigungskompetenz in allen Lebensbereichen herleiten lässt.[[52]](#footnote-52)

Im Bereich der Erkrankung Diabetes gibt es empirische Befunde, dass insbesondere das Resilienzmerkmal der Selbstwirksamkeitserwartung zur Folge hat, dass die Krankheit besser bewältigt werden kann. So ließ sich feststellen, dass Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung die diabetesspezifische Diät besser einhielten, sportliche Aktivität eher in den Tagesablauf einbauten und die Blutzuckerwerte regelmäßiger testeten.[[53]](#footnote-53) Zudem hatten die entsprechenden Patientinnen und Patienten bessere Werte beim Langzeitblutzucker und eine geringere Neigung zu Depressionen.[[54]](#footnote-54)

Diese Befunde lassen sich auf vier entscheidende Erklärungsansätze zurückzuführen:

1. **Geringeres subjektives Bedrohungspotential einer Situation**

Nur dann wird eine Situation als bedrohlich eingeschätzt, wenn die Person die Anforderungen an erforderliche Bewältigungsstrategien höher einschätzt als diejenigen Fähigkeiten, welche sie zur Bewältigung zur Verfügung hat. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung schätzen ihre Fähigkeiten meist höher ein und nehmen sich daher in Situationen eher selten als hilflos wahr (attentual and conceptual processes). [[55]](#footnote-55)

1. **Aktive, problemorientierte Bewältigungsstrategien**

Doch auch dann, wenn eine Person an die Grenzen ihrer Fähigkeiten zur Bewältigung einer Situation kommt, neigen Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung dazu, aktive, problemorientierte Bewältigungsstrategien einzuleiten (transformative actions). [[56]](#footnote-56)

1. **Größeres Vertrauen in die eigenen Selbstregulationsfähigkeiten**

Personen mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen sind auch in schwierigen Situationen in der Lage, beängstigende Gedanken unter Kontrolle zu bringen oder sich zumindest nicht in zu starkem Maße von ihnen beunruhigen zu lassen (thought control eficacy). [[57]](#footnote-57)

1. **Größere Attraktivität der Verhaltensänderungen**

Menschen, die die Erwartung haben, dass ihr Handeln das gewünschte Ergebnis bringen wird, sind eher bereit, dieses Verhalten an den Tag zu legen, auch wenn es zunächst einmal für sie aufwändig ist. So hängt etwa bei Diabetes Patienten eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung mit einer besseren Selbstfürsorge zusammen.[[58]](#footnote-58)

Generell gilt der Faktor Selbstwirksamkeit als einer der am besten durch Studien belegte positive Faktor des Resilienzkonzeptes. Das Merkmal hat zudem den Vorteil, dass es sich zwar an sich um einen stabilen Faktor handelt, der aber durch Lernerfahrungen verändert werden kann. Gerade dies ist auch für Selbsthilfeorganisationen von Interesse: Badura[[59]](#footnote-59) geht zwar davon aus, dass die Erfahrung, dass ein bestimmtes Handeln zu dem gewünschten Erfolg führt, den größten Einfluss auf das Merkmal „Selbstwirksamkeit“ hat; er geht aber auch davon aus, dass das Modelllernen und das Vertrauen anderer in die Selbstwirksamkeit zu einer Stärkung beitragen. Ferner gibt es für chronische Erkrankungen bereits erprobte Trainingsprogramme zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung.

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:Krebserkrankung: Geringere psychische Belastung (Benight, Flores und Tashiro 2001)Diabetes: Bessere Selbstfürsorge (Einhalten der diabetesspezifischen Diät, sportliche Aktivität, regelmäßiges Testen der Blutzuckerwerde- Nelson, McFarland und Reiber 2007) und besserer Langzeitblutzucker (Johnston-Brooks, Lewis, Garg 2002) |

1. **Selbstwertgefühl (Self-Esteem)**

Deutlich heterogener und inkonsistenter sind die empirischen Befunde zum Merkmal Selbstwertgefühl. Dieser Begriff wird im Folgenden so verwendet, dass es um die individuelle Bewertung der eigenen Person geht, also, ob sich jemand mag oder ob man viele Aspekte seiner Persönlichkeit ablehnt.[[60]](#footnote-60) Eine Metaanalyse von Baumeister et alt (2003) zeigt, dass sich ein Zusammenhang zwischen sozialem und beruflichem Erfolg und hohem Selbstwertgefühl nicht ziehen lässt; auch zeigten sie nicht seltener risikoreiche Verhaltensweisen wie ungeschützten Geschlechtsverkehr oder Substanzgebrauch. Diskutiert wird eher das Risikopotential von einem niedrigen Selbstwertgefühl, insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Jedoch ergeben sich auch insoweit keine eindeutigen Befunde.[[61]](#footnote-61)

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:Koronare Herzkrankheit: Besseres physisches und psychisches Funktionsniveau bei selbstbewussten Frauen, während sich bei Männern kein Zusammenhang zeigte (Forthofer, Janz, Dodge und Clark 2001) |

1. **Kontrollüberzeugungen**

Ähnlich heterogen ist die Studienlage zur Frage der Kontrollüberzeugungen. Der Begriff wird in dem Sinne verwendet, dass ein hohes Maß von internaler Kontrollüberzeugung vorliegt, wenn eine Person eintretende Ereignisse vorwiegend als Resultat eigener Handlungen wahrnimmt. Demgegenüber werden die Ereignisse bei fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen dem Handeln anderer, dem Zufall oder dem Schicksal zugeschrieben.[[62]](#footnote-62)

Im Bereich der chronischen Erkrankungen scheinen Kontrollüberzeugungen nur dann eine protektive Wirkung zu haben, wenn der Betroffene tatsächlich einen relevanten Einfluss auf das Krankheitsgeschehen hat, z.B. in der Phase der Rehabilitation.[[63]](#footnote-63) Erwartungsgemäß fand sich kein Zusammenhang bei Krebserkrankungen[[64]](#footnote-64) und chronischem Nierenversagen.[[65]](#footnote-65)

Insgesamt erscheinen die Befunde im Zusammenhang mit diesem Merkmal als noch zu unausgereift, als dass man daraus Handlungsempfehlungen ableiten kann. Insoweit erscheint es hier eher angeraten, sich bei einem Resilienzkonzept auf besser erforschte Merkmale wie etwa das der Selbstwirksamkeit zu konzentrieren, zumal dieses ohnehin inhaltliche Überschneidungen zu dem Merkmal Kontrollüberzeugungen aufweist.

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:Allgemein Gesundheit: Keine eindeutig interpretierbaren Zusammenhänge (Grotzke, Hapke, Lambert und Baumeister 2011)Knieprothesenoperation: Schnellere Fortschritte bei der Reha (Kendell, Saxby, Farrow und Naisby 2001)Berufliche Rehabilitation: Schnellere Fortschritte (Selander, Marnetoft, Asell, Selander 2008) Schizophrenie: Längere und häufigere Remissionsphasen (Harrow, Hansford, Astrachan- Fletcher 2009; Hoffmann und Kupper 2002)Diabetes: Kein Zusammenhang zwischen internaler Kontrollüberzeugung und Blutzuckerspiegel (Metaanalyse Hummer, Vannatta und Thompson 2011) |

1. **Kohärenzgefühl**

Das Kohärenzgefühl wird allgemein so verstanden, dass diejenigen Menschen, welche hierüber verfügen, die Welt als verstehbar, bewältigbar und sinnvoll empfinden.[[66]](#footnote-66) Ob dieses Kohärenzgefühl eine protektive Wirkung entfaltet, kann empirisch aufgrund der uneinheitlichen Studienlage nur in Tendenzen beantwortet werden. Es scheint so zu sein, dass das Kohärenzgefühl bei „mittleren“ Stressoren eine protektive Wirkung entfaltet, bei schweren Stressoren jedoch keinen Bestand mehr hat, insbesondere bei physischer Gewalt und Krieg.

Bei der Bewältigung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen ließ sich jedoch in Studien ein Zusammenhang zwischen einem hohen Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit feststellen.[[67]](#footnote-67)

Es bleibt jedoch unklar, ob das Konstrukt für eine Entwicklung eines Resilienzkonzeptes tragfähig ist, zumal entsprechende Lernkonzepte fehlen. Antonovsky selbst ging zudem davon aus, dass das Kohärenzgefühl etwa ab dem 30. Lebensjahr stabil bleibt, so dass auch die Frage ist, ob Menschen mit einem geringen Kohärenzgefühl überhaupt noch jenseits des 30. Lebensjahres für Veränderungen offen sind. Ferner bemängeln einige Autoren auch die hohe Übereinstimmung des Konzeptes mit Merkmalen psychischer Gesundheit bzw. bei Abwesenheit psychischer Krankheit.

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:Mütter geistig behinderter Kinder: Personen mit höherem Kohärenzgefühl erlebten mehr positive Gefühle (Al-Yagon, Margalit 2009Asthma: Weniger depressive Symptome bei Eltern von Kindern mit Asthma (Svavarsdottir und Rayens 2005) |

1. **Hardiness**

Eng verwandt mit dem Kohärenzgefühl, jedoch deutlich besser durch Studien abgesichert ist das Konzept der Hardiness[[68]](#footnote-68), welches auch in seinen Elementen starke Zusammenhänge zum Selbsthilfeprinzip aufweist. Das Konzept der Hardiness wurde Ende der 70er Jahre von Koshaba[[69]](#footnote-69) und Maddi[[70]](#footnote-70) für verschiedene Studien zur Arbeitsbelastung von Managern entwickelt.

Es besteht aus drei Elementen, welche laut Auffassung der Autoren in ihrer Kombination zu den bedeutsamsten Schutzfaktoren angesichts kritischer Lebensereignisse gehören könnten:

1. Engagement (*commitment*)

Unter Engagement wird die Grundhaltung verstanden, sowohl in privaten wie auch in gesellschaftlichen Lebensbereichen, Sinn und Bedeutung zu finden und deswegen aktiv an der Gestaltung dieser Bereiche mitzuarbeiten.

1. Kontrolle (*control*)

Der Begriff bezeichnet einerseits die Wahrnehmung, Situationen nicht hilflos ausgeliefert zu sein, andererseits aber auch die Bereitschaft zu aktivem und eigenverantwortlichen Handeln.

1. Herausforderung (*challenge*)

Damit wird die Grundhaltung umschrieben, Veränderungen und neue Anforderungen nicht als Bedrohung, sondern auch als Möglichkeit zum Wachstum und zur Weiterentwicklung einzustufen.

In einer Reihe von Studien wurde tatsächlich ein Zusammenhang zwischen diesen Persönlichkeitsmerkmalen und der psychischen Befindlichkeit gefunden. In erster Linie betrafen diese Studien die Arbeitsbelastung von besonders beanspruchten Berufsgruppen.[[71]](#footnote-71) Doch auch Studien zur Auswirkungen der Merkmale auf die Gesundheit von Menschen mit chronischen Erkrankungen bzw. deren Angehörigen wurden durchgeführt.

|  |
| --- |
| In diesen Studien konnte für mehrere Krankheitsbilder ein Zusammenhang zwischen Hardiness und einer besseren psychischen Gesundheit gefunden werden:* Arthritis
* Diabetes Mellitus
* Bluthochdruck
* Hepatitis C
* HIV
* Chronische Schmerzen
* COPD
* Lebertransplantation[[72]](#footnote-72)
 |

1. **Coping**

Deutlich heterogener ist die Studienlage hinsichtlich der Frage, ob Coping-Strategien eine protektive Wirkung auf Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen haben. Dies hängt auch damit zusammen, dass es nicht die „eine“ Coping-Strategie gibt, sondern eine Vielzahl von verschiedenen Strategien; so werden etwa in einzelnen Erhebungsinstrumenten bis zu 20 verschiedene Copingstrategien beschrieben. Gemeinsam ist den Strategien, dass mit dem Begriff „Coping“ die Bewältigung von Stress oder kritischen Lebensereignissen umschrieben wird.

Allgemein werden die Coping-Strategien in

* Problemorientierte Copingstrategien: Aktive Problemlösungsversuche sowie die Suche nach praktischer Unterstützung und Hilfe
* Emotionsbezogene Copingstrategien: Bewältigung sowohl durch Unterdrücken als auch durch Ausleben der Emotionen; Suche nach Trost, Umgang mit eigenen Ängsten und Entwicklung humorvoller Sichtweisen.
* Vermeidende Copingstrategien: Leugnen des Problems, Ablenkung durch Aktivitäten

eingeteilt.

In einer Reihe von Studien[[73]](#footnote-73) wurden vor allem protektive Effekte problemlösungsorientierter Copingstrategien festgestellt, teilweise auch im Zusammenhang mit emotionsbezogenen Copingstrategien[[74]](#footnote-74). Generell sind die Studien zu emotionsbezogenen Copingstrategien in ihrer Interpretation nicht ganz klar[[75]](#footnote-75); insgesamt wird davon ausgegangen, dass ein aktives emotionales Coping durch Ausdrücken von Gefühlen zumindest kurzfristig hilfreich sein kann, hingegen passive emotionale Strategien (Grübeln) eher kontraproduktiv sind.

In den meisten Studien war ein negativer psychischer Effekt der vermeidenden Copingstrategien zu beobachten.[[76]](#footnote-76)

Teilweise werden die verschiedenen Coping- Strategien auch durch die sog. „goodness of fit“- Hypothese verbunden: Es wird davon ausgegangen, dass aktive problemorientierte Copingstrategien dann protektiv wirken, wenn eine Situation als kontrollierbar wahrgenommen wird. Einer Situation, die als unkontrollierbar wahrgenommen wird, sollte mit einer emotionsbezogenen Copingstrategie begegnet werden.

|  |
| --- |
| Studien zu diesem Merkmal/ diesen Merkmalen wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:HIV: Bei HIV- Patientinnen hatten problemorientierte Coping-Strategien, wenn die Erkrankung als kontrollierbar wahrgenommen wurde. Bei wahrgenommener Unkontrollierbarkeit gab es keinen Zusammenhang mit emotionsbezogenen Copingstrategien (Park, Folkman, Bostrom 2001)Diabetes: Bei Diabetes PatientInnen zeigte sich der umgekehrte Effekt: Emotionsbezogene Copingstrategien wirkten protektiv bei wahrgenommener Unkontrollierbarkeit. Hingegen gab es keinen Zusammenhang mit problemorientierten Copingstrategien bei wahrgenommener Kontrollierbarkeit (Macrodimitris, Endler 2001) |

1. **Soziale Unterstützung**

Gut belegt ist hingegen die schützende Wirkung sozialer Unterstützung. Das Risiko fehlender sozialer Unterstützung scheint etwa ähnlich hoch zu sein wie das von klassischen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder fehlende körperliche Aktivität. Dabei ist sogar die Wirkung auf körperliche Prozesse dieses Merkmals belegt[[77]](#footnote-77).

Möglichkeiten der Unterstützung sind folgende:

1. Emotionale Unterstützung

Hierunter versteht man Zuwendung, Trost, Verständnis, Aussprache, aber auch die Vermittlung eines Gefühls von Zugehörigkeit und Rückhalt.

1. Praktische Unterstützung

Die praktische Unterstützung kann in alltäglichen Hilfeleistungen, aber auch in der Bereitstellung finanzieller Hilfen bestehen.

1. Informationelle Unterstützung

Dies kann in der Zurverfügungstellung von Informationen oder konkreten Hinweise zur Problemlösung bestehen.

Nach der Studienlage scheint zudem insbesondere die nichtwertende Interaktion einen protektiven Effekt zu haben. Auch geschlechtsspezifische Aspekten scheinen wichtig zu sein: So reagieren Frauen besser auf Berührungen ihres Partners als auf dessen Ansprache, bei Männern ist diese Unterscheidung offenbar nicht vorhanden[[78]](#footnote-78)

II. **Transfer der Befunde in die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen**

Um die Konzepte zur Stärkung der Resilienz in Selbsthilfeorganisationen zu transferieren, sind mehrere Wege gangbar:

So kann man

1. den Weg der Informationsvermittlung wählen, um bei den Mitgliedern und Dritten überhaupt erst einmal auf die Möglichkeiten der Stärkung der Resilienz aufmerksam zu machen.
2. Kann man aber auch entsprechende Programme entwickeln oder vorhandene Programme nutzen, um – etwa im Rahmen von Seminaren oder Trainingskursen – die Resilienz der Mitglieder zu stärken.
3. Schließlich gibt es auch noch die Möglichkeit, den eigenen Verband als „resiliente Organisation“ auszugestalten, um etwa durch geeignete Arbeitszeitregelungen und Schulungen der Führungskräfte die Resilienz der Mitarbeiter und ehrenamtlich Tätigen zu fördern.
4. **Informationsvermittlung**

Informationsbasierte Ansätze sollen vor allem das Bewusstsein für Resilienz stärken, aber auch Hilfen zur Selbsthilfe bieten. Es bieten sich in diesem Zusammenhang sowohl Broschüren als auch Informationen im Internet zu diesem Thema an.

Sehr bekannt ist die Kampagne der American Psychological Association, welche infolge der Anschläge vom 11. September entwickelt wurde. Kernbotschaft war, dass Resilienz keine angeborene Eigenschaft ist, sondern einen lebenslangen Lernprozess darstellt[[79]](#footnote-79).

Neben Broschüren, einer einstündigen Fernsehdokumentation wurde im Zuge dessen auch eine eigene Homepage entwickelt, welche praktische Hinweise zur Stärkung der Resilienz gibt[[80]](#footnote-80):

|  |
| --- |
| **10 Wege zur Entwicklung von Resilienz[[81]](#footnote-81)**1. **Bemühen Sie sich um soziale Beziehungen**: Gute Beziehungen zu Familienmitgliedern, Freunden oder anderen sind wichtig. Hilfe und Unterstützung von anderen zu akzeptieren, für die man wichtig ist und die einem zuhören, wird die eigene Resilienz stärken. Viele Menschen stellen fest, dass Ihnen bürgerschaftliches Engagement, Mitarbeit in Glaubensgemeinschaften oder anderen örtlichen Gruppen Unterstützung gibt und ihnen hilft, neue Hoffnung zu schöpfen. Andere zu unterstützen kann demjenigen der Hilfe gewährt, ebenfalls Kraft geben.
2. **Betrachten Sie Krisen als überwindbare Probleme**: Sie können nichts daran ändern, dass schwierige Ereignisse in ihrem Leben auftreten; Sie können aber die Art und Weise verändern, wie sie diese wahrnehmen und darauf reagieren. Versuchen Sie – jenseits der heutigen schwierigen Situation - Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln, wie die Umstände etwas besser werden könnten. Achten Sie auch auf kleine Veränderungen, durch die Sie sich in schwierigen Situationen irgendwie besser fühlen können.
3. **Akzeptieren Sie, dass Veränderung ein Teil des Lebens ist**: Als Ergebnis der widrigen Umstände sind manche Ziele sind möglicherweise nicht mehr erreichbar. Dies zu akzeptieren, kann Ihnen helfen, sich darauf zu konzentrieren, was Sie ändern können.
4. **Streben Sie danach, Ihre Ziele zu erreichen:** Entwickeln Sie realistische Ziele. Erledigen Sie etwas regelmäßig – auch wenn es jeweils ein kleiner Schritt ist -, welches ihnen hilft, dieses Ziel zu erreichen. Anstatt sich auf Ziele zu fokussieren, die unerreichbar zu sein scheinen, sollten Sie sich fragen, was die eine Sache ist, die Sie heute erreichen können, um mich ein Stück weit in die Richtung fortzubewegen, in die Sie gehen wollen.
5. **Entscheiden Sie sich für das Handeln:** Handeln Sie in widrigen Situationen lieber als sich in Vermeidungsverhalten zu stürzen oder zu hoffen, dass die Probleme sich von selbst lösen werden.
6. **Suchen Sie nach Möglichkeiten, um sich selbst zu finden:** Menschen lernen oft in widrigen Situationen etwas über sich selbst und haben das Gefühl, dass sie in gewisser Weise als Folge des Verlustes gewachsen sind. Viele Leute, die Tragödien erlitten haben, berichten, dass sich ihre Beziehungen verbessert haben und sie ein Gefühl für die eigene Stärke trotz einer erhöhten Verletzlichkeit haben sowie eine stärkeres Spiritualität und bessere Wertschätzung des Lebens entwickeln.
7. **Fördern Sie ein positives Selbstbild:** Entwickeln Sie das Selbstbewusstsein in Ihre Fähigkeiten, Probleme zu lösen und Ihren Instinkten zu folgen.
8. **Betrachten Sie Situationen nüchtern:** Selbst in sehr schmerzhaften Situationen sollten Sie die Situation in einem breiteren Kontext und in einer langfristigen Perspektive betrachten. Vermeiden Sie es, eine Situation in übertriebener Weise zu betrachten.
9. **Behalten Sie eine optimistische Erwartungshaltung bei:** Eine optimistische Einstellung hilft Ihnen, davon auszugehen, dass Ihnen noch gute Dinge im Leben bevorstehen. Versuchen Sie, diese zu visualisieren und nicht sich Sorgen darüber zu machen, was Ihnen noch geschehen könnte.
10. **Sorgen Sie für sich selbst:** Achten Sie auf Ihre Bedürfnisse und Gefühle. Engagieren Sie sich für Aktivitäten, die Sie genießen und die Sie entspannend finden. Machen Sie regelmäßig Sport. Dadurch, dass Sie auf sich achten, sind Ihr Körper und ihr Geist gerüstet für Situationen, in denen Sie es benötigen.

Zusätzlich können andere Wege hilfreich sein. Manche Menschen schreiben Ihre Gefühle nieder, anderen helfen Meditationen oder weitere spirituelle Praktiken. Entscheidend ist, dass Sie feststellen, was Ihnen in Ihrer eigenen persönlichen Resilienz-Strategie hilft. |

Informationsmaterialen der Selbsthilfe- Best Practice Beispiel

Jenseits derartiger allgemeiner Hinweise zur Stärkung der Resilienz kann die Selbsthilfe auch für Ihr jeweiliges Indikationsgebiet schriftliche Informationen bereitstellen, denn nicht in jeder Altersgruppe und nicht in jedem Indikationsgebiet stellen sich die gleichen Schwierigkeiten. Auch die jeweiligen Lösungswege können sehr unterschiedlich sein.

Ein gutes Best Practice Beispiel ist das folgende:

|  |
| --- |
| Einen umfangreichen und anschaulichen Leitfaden zur Förderung der Resilienz bei Kindern und Jugendlichen hat der Bundesverband LERNEN FÖRDERN – Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Lernbehinderungen e.V. entwickelt. Die wissenschaftlichen Darstellungen zum Thema werden durch Bilder und Beispiele von Kindern unterlegt, in welchen verschiedene Entwicklungsschwierigkeiten und resiliente Lösungsstrategien angesprochen werden.Der Verband bietet zudem ein Seminar an, in welchem die Thematik vertieft aufgearbeitet wird. |

1. **Trainingsprogramme**

Für Selbsthilfeorganisationen sind vor allem Trainingsprogramme interessant, welche für Menschen mit chronischen Erkrankungen entwickelt wurden.

So haben etwa von Bradshaw und Kollegen[[82]](#footnote-82) ein Resiliency Training für Diabetes Patientinnen und Patienten entwickelt. Dieses Training umfasst zehn Module a 1,5 Stunden und orientiert sich an der Idee von Richardson, dass Resilienz aus einer dem Menschen innewohnenden Kraft resultiert, nach Selbstaktualisierung, Weisheit und Harmonie zu streben. Entsprechend werden die Teilnehmer ermutigt, diese inneren Bestrebungen wahrzunehmen, anzuerkennen und in das tägliche Leben zu integrieren.[[83]](#footnote-83)

Ein weiteres Trainingsprogramm wurde von Judith Moskowitz für Menschen entwickelt, die sich gerade mit HIV infiziert hatten (IRISS)[[84]](#footnote-84). In fünf Einzelsitzungen mit einem Psychologen werden den Betroffenen verschiedenen Strategien vermittelt, mit denen das Auftreten und das bewusste Wahrnehmen von positiven Emotionen gestärkt werden soll. Hierzu gehören zum Beispiel regelmäßige Achtsamkeitsübungen oder das tägliche Notieren positiver Ereignisse, anderen Menschen bewusst freundlich zu begegnen.[[85]](#footnote-85)

Im Bereich der Erkrankungen Diabetes und Multiple Sklerose gibt es ohnehin seit langem eine Tradition zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung.[[86]](#footnote-86) Diese werden allerdings häufig nicht als Resilienzprogramme veröffentlicht, obwohl die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung als einer der empirisch bestbelegtesten Elemente des hier vertretenen Resilienzbegriffs anzusehen ist. Insoweit können auch diese Programme als Trainings zur Stärkung der Resilienz eingestuft werden.

1. **Resiliente Organisationen**

Grade auch auf der Organisationsebene wurde der Resilienzbegriff bereits von einigen Großunternehmen aufgegriffen. So soll über Arbeitsgestaltungsmaßnahmen wie Arbeitszeitenregelungen die Resilienz der Mitarbeiter verbessert werden, auch die Schulung von Führungskräften soll die Teamresilienz fördern und auf individueller Ebene werden Kurse zur Stärkung von Schutzfaktoren angeboten (z.B. GSK, Nachweis über BzgA, S.99). Ob diese Strategien tatsächlich bei Großunternehmen zielführend sind, dürfte fraglich sein. Denn natürlich werden viele Mitarbeiter auch befürchten müssen, dass die Offenlegung von persönlichen Problemen nicht unbedingt karrierefördernd sein kann.

Gleichzeitig können jedoch solche Ansatzpunkte für Selbsthilfeorganisationen hilfreich sein. Viele SHO beschäftigen Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen auch hauptamtlich. Insoweit dürfte die Beschäftigung mit resilienten Arbeitsstrukturen sowohl im Interesse der Arbeitnehmer, aber häufig auch im Interesse der Mitglieder sein, da man diese Ergebnisse auch nach außen tragen kann und so zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen beitragen kann.

1. Johnson in Lancet, 2018, zit nach https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96930/Ehemalige-Psychiatriepatienten-koennen-akut-Erkrankte-effektiv-unterstuetzen [↑](#footnote-ref-1)
2. Ärzteblatt a.a.O. [↑](#footnote-ref-2)
3. Färber/ Rosendahl, zit, nach [Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 621–7](https://www.aerzteblatt.de/archiv/200707/Zusammenhang-von-Resilienz-und-psychischer-Gesundheit-bei-koerperlichen-Erkrankungen) [↑](#footnote-ref-3)
4. Zolli, Andrew/ Healy, Ann- Marie: Die 5 Geheimnisse der Überlebenskünstler. Wie die Welt ungeahnte Kräfte mobilisiert und Krisen meistert; München 2013, S. 16. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zolli/ Healy, a.a.O. [↑](#footnote-ref-5)
6. Siehe <https://www.german-resilience-center.uni-mainz.de/prevention-services/>, abgerufen am 10. 8.2018 [↑](#footnote-ref-6)
7. BzGA, Resilienz, S. 10 m.w.N. [↑](#footnote-ref-7)
8. Klemperer, Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen, 2003, S. 7 f. [↑](#footnote-ref-8)
9. Klemperer a.a.O. [↑](#footnote-ref-9)
10. Antonovsky, 1997, S. 92. [↑](#footnote-ref-10)
11. Antonovsky, a.a.O. [↑](#footnote-ref-11)
12. Antonovsky, a.a.O. [↑](#footnote-ref-12)
13. Werner, 1993 [↑](#footnote-ref-13)
14. Garmezy, Masten, Tellegen 1984 [↑](#footnote-ref-14)
15. Masten, Obradovic, 2008 [↑](#footnote-ref-15)
16. Lepore, Stevens, 2006 [↑](#footnote-ref-16)
17. Bonanno, 2004 [↑](#footnote-ref-17)
18. Bonanno et alt. 2002 [↑](#footnote-ref-18)
19. Bonanno et alt 2006 [↑](#footnote-ref-19)
20. Vgl. BzgA, Resilienz, S. 25 m.w.N. [↑](#footnote-ref-20)
21. Agaibi, Wilson, 2005. [↑](#footnote-ref-21)
22. Tedeschi, Calhoun, 2004 [↑](#footnote-ref-22)
23. Fragen weitgehend nach BzgA, Resilienz, S. 35. [↑](#footnote-ref-23)
24. Vgl. BzgA, Resilienz, S. 38 m.w.N. [↑](#footnote-ref-24)
25. Nach BzgA, S. 33 mit Aktualisierungen. [↑](#footnote-ref-25)
26. Hohmann-Jeddi, Pharmazeutische Zeitung, zit. https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ein-dynamischer-prozess/ [↑](#footnote-ref-26)
27. Diener, Nickerson et alt. 2002 [↑](#footnote-ref-27)
28. Geschwind et alt. 2002 [↑](#footnote-ref-28)
29. Tugade & Frederickson, 2004 [↑](#footnote-ref-29)
30. Tugade & Frederickson, 2004 [↑](#footnote-ref-30)
31. Cohen et alt. 2006 [↑](#footnote-ref-31)
32. Davis, Sautra, Smith 2004. [↑](#footnote-ref-32)
33. BzgA, Resilienz, S. 46. [↑](#footnote-ref-33)
34. BzgA, a.a.O. mit weiteren Nachweisen zur Studienlage [↑](#footnote-ref-34)
35. Lyubomirsky et alt. 2011 [↑](#footnote-ref-35)
36. Siehe Kögel, Resilienz, S. 25f. [↑](#footnote-ref-36)
37. Scheier, Carver 1992. [↑](#footnote-ref-37)
38. Seligmann, 1990 [↑](#footnote-ref-38)
39. Kögel, S. 26. [↑](#footnote-ref-39)
40. Kögel, a.a.O. [↑](#footnote-ref-40)
41. Carver, Scheier, & Segerstorm, 2010 [↑](#footnote-ref-41)
42. Grote et alt. 2007; Hoyer 2000; Scheier/ Carver 1992 [↑](#footnote-ref-42)
43. Carver et al., 2010 [↑](#footnote-ref-43)
44. Z.B. Grote et alt.2007; BzgA, Resilienz, S. 49. [↑](#footnote-ref-44)
45. BzgA, Resilienz, S. 50 m.w.N. [↑](#footnote-ref-45)
46. Snyder, 2002. [↑](#footnote-ref-46)
47. Billington et alt., 2008 [↑](#footnote-ref-47)
48. Gum et alt.2006; Hirsch et alt. 2011. [↑](#footnote-ref-48)
49. Jackson et alt. 1998. [↑](#footnote-ref-49)
50. So auch BzgA, Resilienz, S. 53. [↑](#footnote-ref-50)
51. Dumont et alt. 2004 bei Schädel-Hirn-Patienten; Northouse et alt. 2002 bei Brustkrebspatientinnen; Orengo et alt. 2001 bei Patienten mit rheumatoider Arthritis [↑](#footnote-ref-51)
52. Schwarzer, Jerusalem, 2002. [↑](#footnote-ref-52)
53. Nelson, Mc. Farland und Reiber 2007 [↑](#footnote-ref-53)
54. Nelson et alt 2007. [↑](#footnote-ref-54)
55. Benight, Bandura 2004. [↑](#footnote-ref-55)
56. Benight, Bandura 2004. [↑](#footnote-ref-56)
57. Benight, Bandura 2004. [↑](#footnote-ref-57)
58. Nelson, McFarland, Reiber 2007. [↑](#footnote-ref-58)
59. Badura, 2001. [↑](#footnote-ref-59)
60. Baumeister et alt. 2003. [↑](#footnote-ref-60)
61. In manchen Studien wurden allerdings Zusammenhänge gefunden, wenn ein Korrelatfaktor mit anderen Resilienzfaktoren gebildet wird. Ferner wird auch eine schützende Wirkung eines stark überhöhtem Selbstwertgefühls diskutiert, das aber u.U. auch wiederum das Maß der sozialen Unterstützung verringern könnte; vgl. BzgA, Resilienz, S. 60 m.w.N. [↑](#footnote-ref-61)
62. Rotter, 1966. Erstaunlicherweise wurde jedoch kein Zusammenhang im Bereich Diabetes gefunden. [↑](#footnote-ref-62)
63. Lohaus, 1992. [↑](#footnote-ref-63)
64. Knappe und Pinquart 2009 [↑](#footnote-ref-64)
65. Billington et alt. 2008. [↑](#footnote-ref-65)
66. Antonovsky, 1982 [↑](#footnote-ref-66)
67. Al Yagon et alt. 2009: Mütter behinderter Kinder; Svavarsdottir et alt. 2005: Eltern asthmakranker Kinde; Tagay et alt. 2006: Bulimische Patientinnen [↑](#footnote-ref-67)
68. Vgl. dazu BzgA, welche die möglichen Kritikpunkte (Abgrenzung zum Neurotizismus, signifikante Ergebnisse in manchen Studien nur zu einzelnen Merkmalen der Hardiness). Insgesamt wird auch dort die Studienlage im Ergebnis wohl als überzeugend bewertet. [↑](#footnote-ref-68)
69. Koshaba, 1979 [↑](#footnote-ref-69)
70. Maddi 2002 [↑](#footnote-ref-70)
71. Alexander, Klein 2001: Rettungskräfte; Andrew et alt. 2008: Polizisten; Ghorbani et alt. Manager [↑](#footnote-ref-71)
72. Brooks 2003; Steward, Yuan 2011 [↑](#footnote-ref-72)
73. Aldwyn, Yancura 2004; Mikulincer, Florian 1996 [↑](#footnote-ref-73)
74. Marty, Segal und Coolidge, 2010 [↑](#footnote-ref-74)
75. Folkmann, Moskowitz 2004 [↑](#footnote-ref-75)
76. Etwa Al-Yagon, Margalit 2009, BzgA, S. 79 m.w. N.; differenziert zum unbewussten repressiven Coping [↑](#footnote-ref-76)
77. Uchino et alt, 2012. [↑](#footnote-ref-77)
78. Ditzen et alt. 2008. [↑](#footnote-ref-78)
79. Vgl. BzgA, S. 94. [↑](#footnote-ref-79)
80. American Psychological Assossiation, zit. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> [↑](#footnote-ref-80)
81. American Psychological Assossiation, zit. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>, Übersetzung durch die Verf. [↑](#footnote-ref-81)
82. Bradshaw et alt. 2007 [↑](#footnote-ref-82)
83. Richardson, 2002. [↑](#footnote-ref-83)
84. Moskowitz, 2010. [↑](#footnote-ref-84)
85. BzgA, S. 98. [↑](#footnote-ref-85)
86. Rigby et alt, 2008. [↑](#footnote-ref-86)