

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

RESILIENZ

Kurz gefasste Übersicht aus wissenschaftlicher Sicht

Resilienz – ein alter Begriff, aber plötzlich in aller Munde. Und dies noch auf verschiedenen wissenschaftlichen, wirtschaftlichen, politischen, technischen und vor allem psychosozialen Ebenen. Was heißt das für den seelischen Bereich? Wer ist hier besonders betroffen und wenn ja, was kann man tun?

Dazu eine kurz gefasste Übersicht zu einem Thema, konkreter: einer Aufgabe, der sich vor allem Psychiater, Psychotherapeuten, Gesundheitspsychologen, Soziologen, ja Biologen u. a. verpflichtet fühlen, zumal psychische Störungen besorgniserregend zunehmen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Resilienz – psychische Resilienz – Gesundheits-Stabilisierung – Resilienz als Anpassungs-Prozess bei belastenden Ereignissen – neuro-biologische, psychologische und soziale Resilienz-Faktoren – Resilienz und Erbanlage – Resilienz und Persönlichkeits-Eigenschaften – Resilienz-Forschung – Resilienz-Training – Resilienz und Krankheits-Ursache bzw. Krankheits-Folge – Resilienz und Geschlecht – Resilienz und Alter – Resilienz und Sozialschicht – Resilienz und organische Krankheits-Belastungen – Vorhersage von Resilienz – neurobiologische Faktoren und Resilienz – therapeutische Möglichkeiten und Grenzen zur Resilienz-Vorbeugung und -Behandlung – u. a. m.

Seelische Störungen und ihre psychosozialen Folgen haben sich seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einem ernstem gesellschaftlichen Thema entwickelt, das zu Beginn des 21. Jahrhunderts noch an Brisanz gewonnen hat. Darüber kann man zwar kontrovers diskutieren, allerdings nur bis zu jenem Punkt, der inzwischen alles dominiert, gemeint ist die Statistik. Und da

spricht die so genannte Epidemiologie (die sich mit dem Auftreten und der Verteilung von Krankheiten befasst) eine deutliche, fast schon schockierende Sprache: Etwa 29 % der Erwachsenen weltweit erkranken im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung. Für Europa werden sogar an die 40 % diskutiert. Mit anderen Worten: Etwa jeder Dritte, der uns begegnet, hat – zumindest statistisch gesehen – ein Problem, und zwar ein seelisches mit allen psychosozialen Konsequenzen.

Psychische Erkrankungen gehören damit zu den häufigsten und kostenintensivsten Leiden unserer Zeit und werden im Gesundheitsbereich als größte Herausforderung des 21. Jahrhunderts angesehen.

Häufig entstehen sie durch das Zusammenwirken vorhandener Vulnerabilität (also übertragener Verwundbarkeit, zum Beispiel bei genetischer (Erb-)Prädisposition) und zusätzlicher Stressoren (z. B. kritischer Lebensereignisse, berufliche Gratifikations-Krisen u. a.)

Weltweit erkranken also jährlich ca. eine halbe Milliarde Menschen an einer seelischen Störung. Ursache dafür sind z. T. entsprechende Stressoren, wie man das heute nennt, aber auch Traumata, körperliche Erkrankungen, kritische Lebensereignisse oder wichtige Übergangsphasen im Leben. Trotz der täglichen Belastungen, die auf nicht wenige in unserer Zeit und Gesellschaft einwirken, führen selbst starke Stressoren bei nur vergleichsweise wenigen Menschen zu dauerhaften(!) seelischen Beeinträchtigungen mit entsprechenden psychosozialen Konsequenzen. Hier muss also ein hoffnungsvoller Faktor wirken, den man Resilienz nennt (s. u.).

Dabei drängt sich ein zeit-typischer Aspekt in den Vordergrund, der eigentlich nichts mit Erkrankungen zu tun haben sollte, gleichwohl das Problem noch intensiviert. Gemeint sind die direkten, vor allem aber indirekten Kosten durch psychische Erkrankungen, die sich weltweit auf ca. 2,5 Billionen US-Dollar pro Jahr belaufen sollen. Damit stellen seelische Störungen eine der größten Herausforderungen für unsere Gesundheits-Systeme dar. Stichworte aus Expertenkreisen sind beispielsweise steigende Arbeitsverdichtung und Flexibilisierung, gesellschaftliche Unsicherheit, zunehmende Digitalisierung, immer kürzere Regenerationsphasen u. a. - und damit stress-bedingte Folge-Erkrankungen.

Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie. Nachfolgend deshalb eine Übersicht zur Frage: Wie kann man damit umgehen und was empfiehlt sich, wenn man in eine solche missliche Situation geraten ist? Denn darüber forschen die entsprechenden Fachbereiche seit Längerem, wobei immer wieder ein Begriff auftaucht, mit dem man in der Allgemeinheit bisher wenig anzufangen wusste. Gemeint ist die *Resilienz*.

Grundlage dieser Kurzfassung sind mehrerer Publikationen in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 7/2018 durch eine Reihe von Experten aus entsprechenden

Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Abteilungen für Gesundheitspsychologie, Angewandte Biologische Psychologie, ferner aus Hochschul-Fachbereichen für Soziale Arbeit und Gesundheit, einem Resilienz-Zentrum etc.

Denn die Frage, was Menschen trotz widriger Lebens-Umstände gesund erhält, stellt sich immer dringlicher. Natürlich verfügt die westliche Welt im Allgemeinen und Deutschland im Speziellen über ein erstaunlich reiches und differenziertes (wenn auch kosten-intensives) psychiatrisch-psychotherapeutisches Therapie-Angebot. Es gerät aber immer öfter an seine Kapazitätsgrenzen, wie beunruhigende Statistiken nahe legen. Deshalb geraten Prävention (Vorbeugung) und Gesundheitsförderung zunehmend in den Blickpunkt weltweiter Gesundheitssysteme. Denn schon 2001 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Vorbeugung psychischer Erkrankungen zu einer ihrer wichtigsten Prioritäten (Stichwort: Mental Health Global Actions Program). In Deutschland wurde mit dem Präventions-Gesetz (PrävG) 2015 ein wichtiger Grundstein gelegt, um vor allem die Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen für verschiedene Altersgruppen und Lebensbereiche zu stärken (Stichwort: Lebenserwartung und damit Altersverteilung der Bevölkerung). Schon zuvor hatten die zuständigen wissenschaftlichen Gesellschaften ihre Konzepte zur Gesundheitsförderung in Angriff genommen, vor allem was die Aufrechterhaltung bzw. Rückgewinnung der seelischen Gesundheit anbelangt, und zwar während oder nach widrigen Lebensumständen und am besten gleich vorbeugend.

Und damit trat dann auch erstmals der Begriff *Resilienz* in das allgemeine Blickfeld.

Definition

Der *Begriff* Resilienz leitet sich aus dem Lateinischen *resilire* ab, zu Deutsch: abprallen, zurückspringen.

Er hat aber eine ganz erstaunliche Geschichte, ja aktuelle „Karriere“ hinter sich. Einzelheiten siehe der nachfolgende Kasten.

Resilienz einst und heute

Resilienz ist kein neuer Begriff. Geprägt wurde er offenbar schon im 17. Jahrhundert von dem englischen Wissenschaftler Francis Bacon, der damit physikalische Rückkoppelungen unterschiedlichster Art bezeichnete.

Dabei blieb es aber nicht, denn das Wort „Resilience“ dehnte bald seine Bedeutung auf emotionale Zustände aus und wurde schließlich Teil des engli-

schen Bildungswortschatzes. Nach dem I. Weltkrieg mit seinen zahlreichen traumatisierten Opfern verdichtete sich seine Bedeutung zu einem Schlüsselwort der Psychologie. Die eingedeutschte „Resilienz“ blieb jedoch bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts ein spezieller Begriff der Naturwissenschaften und Medizin, wenngleich auch andere Fachbereiche gelegentlich darauf zurückgriffen. So Ende der 1960er Jahre die Sozialwissenschaften („Resilienz der Kapitalismus“) etc.

Gleichwohl fand man den Ausdruck zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch nicht (sehr) häufig in deutschen Wörterbüchern, was sich aber inzwischen in fast irritierender Geschwindigkeit geändert hat. Ja, Resilienz ist zum Schlagwort in Politik, Pädagogik, Psychologie u. a. geworden. Und zwar mit der Kern-Bedeutung „Elastizität“ im wörtlichen wie übertragenen Sinne, also vor allem die Fähigkeit, mit Druck von außen fertig zu werden ohne Schaden zu nehmen.

Inzwischen hat die Zahl der Fachgebiete weiter zugenommen, die sich des Begriffes mit eigenem, d. h. fach-typischem Bedeutungsgehalt bemächtigen. Beispiele: Ingenieure (Baustoffe, die sich unter Belastung vorübergehend verformen, statt zu brechen), Psychologen (die Fähigkeit, Stress zu bewältigen), Mediziner (schnelles Regenerationsvermögen von Organen), ja Ökologen, Politiker, Finanzmärkte etc. Überall geht es letztlich um „resiliente Verhütung oder Heilung drohender Schäden“. Oder konkret: Widerstands-, Anpassungs-, Rückbildungs- oder Regenerationsfähigkeit u.a.m. Sogar die Deutsche Forschungsgemeinschaft führte inzwischen Resilienz in so manche Projekt-Vorhaben ein, z. B. soziale Umbrüche im Mittelalter, die Erregbarkeit neuronaler Schaltkreise, gesellschaftliche Strukturen, die tröstende Wirkung der Religion usf. Selbst die Juristen sprechen schon von einer „Resilienz des Rechts“.

Und inzwischen – es war zu erwarten – gibt es auch einen Gegenbegriff zur „Resilienz“, der gerade Fahrt aufnimmt. Gemeint ist die „Disruption“, die den radikalen gesellschaftlichen Umbruch und seine wirtschaftlichen Folgen umschreiben soll. Hier nimmt die Resilienz den positiven Gegenpart ein, sprich Beständigkeit, statt alles was mit Lat.: dis = zer-, un-, ab-, miss- etc. und ruptus = unterbrechen, abbrechen, zerreißen usf. zu tun hat.

Unter *psychischer Resilienz* versteht man also die Aufrechterhaltung bzw. rasche Wiederherstellung der seelischen Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensumständen.

Das Phänomen wurde in den vergangenen Jahrzehnten von verschiedenen Fachbereichen im Rahmen der Gesundheitswissenschaften aufgegriffen und natürlich auch definitorisch abgewandelt. Deshalb ist die so genannte Operationalisierung (wissenschaftliche Untersuchung zur Erfassung eines Gegenstandes und seiner Messbarkeit durch entsprechende Regeln, Vorschriften,

Prozeduren u. a.) sehr unterschiedlich. Dies hat sich auch in dem stetigen Wandel der letzten Jahrzehnte nicht geändert.

Zu Beginn der entsprechenden Forschungsbemühungen wurde Resilienz überwiegend als natürliche Veranlagung bzw. stabile Persönlichkeitseigenschaft definiert. Das hat sich allerdings als nicht gesicherte Erkenntnis erwiesen.

Inzwischen interpretiert man Resilienz meist als einen dynamischen und damit adaptiven (entsprechend angepassten) Prozess bei belastenden Ereignissen und Schwierigkeiten. Positive Adaption bedeutet dabei einer entsprechenden Belastung ausgesetzt gewesen zu sein und wenig oder weniger krankhafte Symptome zu zeigen als andere nach einer ähnlichen Beeinträchtigung. Oder kurz: Ergebnis eines gelungenen Anpassungs-Prozesses an stress-intensive Situationen.

Beteiligt sind dabei eine Vielzahl (neuro-)biologischer, psychologischer und sozialer Ressourcen (Hilfsmittel), so genannte Resilienz-Faktoren. Dabei sind natürlich auch entsprechende Prädispositionen (Anlagen) bzw. Persönlichkeitseigenschaften beteiligt. Auch wird der prozesshafte Charakter von Resilienz immer deutlicher. Damit meint man den Umstand, dass sich die Menschen während der Stress-Bewältigung verändern, z. B. durch neue Einstellungen und Ansichten. Und vor allem durch (wieder-)gewonnene Stärken und Kompetenzen, eine Art seelische Immunisierung (Unempfindlichkeit) gegenüber den Auswirkungen auch zukünftiger Stressoren. Dabei werden immer häufiger sogar epigenetische Aspekte diskutiert, die sich also über mehrere Generationen erstrecken.

Aktuell wird Resilienz derzeit beispielsweise als „dynamischer und lebenslanger Prozess verstanden, der sich im Wechselspiel zwischen Person und Umwelt entwickelt und über verschiedene Lebensbereiche und -phasen variiert“, so die Experten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln.

Resilienz – was stört, was hilft?

Resilienz ist also ein dynamischer und lebenslanger Lern-Prozess, der sich durch entsprechende Interventionen verändern lässt, z. B. durch ein Resilienz-Training. Das hat vor allem die Resilienz-Forschung beflügelt und sogar in der Allgemeinheit zu einem breiteren Zugang verholfen. Anstelle der Vorbeugung konkreter Erkrankungen (z. B. Depression) und der Krankheitsforschung liegt der Schwerpunkt jetzt auf der diagnose-unspezifischen Gesundheitsforschung und -förderung angesichts einer Vielzahl von Stressoren, wie es heißt.

Das bezieht sich vor allem auf Maßnahmen, die bei bevorstehenden Stressoren (also Stress-auslösenden und unterhaltenden Belastungen) hilfreich sein sollen. Beispiele: vom Berufseinstieg (und später berufsbedingten Gratifikations-

Krisen) bis hin zu Vergewaltigung, Naturkatastrophen, Krieg, Flucht, Vertreibung, Folter etc., aber natürlich auch individuell belastenden Unglücksfällen, Erkrankungen u. a. Stichwörter dazu sind beispielsweise Problemlöse-Kompetenz, Selbstwirksamkeit, Optimismus oder Akzeptanz negativer Situationen und Emotionen (Gefühlszustände).

Fachlich spielen beim Resilienz-Training ganz unterschiedliche klassische und auch neuere Methoden eine Rolle. Beispiele: Kognitive Verhaltenstherapie (z. B. Problemlöse-Training, Stress-Impfung), Achtsamkeits-basierte Verfahren, Akzeptanz- und Commitment-fördernde Interventionen sowie Kombinationen daraus.

Resilienz-fördernde Interventionen

Was empfehlen die Gesundheitswissenschaften, um die Resilienz zu stärken?

Resilienz bezeichnet die Aufrechterhaltung bzw. rasche Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stress-vollen Lebensumständen. Sie wird als Ergebnis der Anpassung an Stressoren definiert und gilt zumindest teilweise auf so genannte Resilienz-Faktoren zurück. Beispiele: Selbstwertgefühl, realistischer Optimismus, kognitive (geistige) Flexibilität etc. Was wird empfohlen, um Resilienz-Faktoren zu trainieren, beispielsweise im Rahmen ambulanter oder stationärer Behandlung durch entsprechende Fachpersonen oder Institutionen?

- *Kognitive (geistige) Flexibilität*: Hier geht es um eine konstruktive Umbewertung durch entsprechend positive Gedanken. Dabei sollen dysfunktionale (störende, beeinträchtigende, negative) Gedanken identifiziert und hinterfragt sowie ersetzt werden durch funktionalere/positivere Gedanken.
- *Selbstwirksamkeits-Erwartung*: Dabei geht es um die Verbesserung der Fähigkeit, mit zukunftsbezogenen Erwartungen und Ängsten umzugehen (z. B. bei Erkrankungen, Behandlungen, sozialen und finanziellen Problemen). Dazu empfiehlt sich u. a. die rational-emotive Verhaltenstherapie.
- *Soziale Unterstützung* durch Kommunikations-Übungen, die den Ausdruck von Emotionen (Gefühlen) und Erfahrungen im Zusammenhang mit den entsprechenden Belastungen verbessern sollen.
- *Aktives Coping (Bewältigungsverhalten)*: Dabei geht es bei psychosozialen Beschwerden oder zur Symptom-Bekämpfung im Rahmen schmerzhafter oder sonst wie behindernder Erkrankungen um die Unterstützung durch Edukation (Erziehung) und Training wie Atemübungen, Meditation etc.

- *Positive Emotionen (Gefühle)*, d. h. Übungen zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für die positiven Momente im Leben.
- *Optimismus*, der durch Einzelbehandlung, aber auch Gruppendiskussion, Rollenspiele und sonstige Förderungen eines positiven Lebens-Stils gestärkt werden kann.
- *Hardiness (Widerstandsfähigkeit)*: Dabei werden künftige Stress-Situationen in Zusammenhang mit den entsprechenden Belastungen, Erkrankungen u. ä. imaginiert (sich bildhaft vorgestellt), und zwar nicht in resignativer, sondern bewältigender und damit gesundheits-stabilisierend positiver Form.
- *Kohärenzgefühl (zusammenhängende Orientierung zur Lebensbewältigung)* um die Lebens- oder Krankheits-Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte einzubauen, z. B. mittels Schreib-Therapie u. ä.
- *Sinn im Leben sehen* durch Diskussionen über veränderte Werte oder Grundhaltungen seit Belastungs- oder Krankheitsbeginn.
- *Selbstwertgefühl stabilisieren*, z. B. durch die Identifikation persönlicher Stärken.
- *Religiosität / Spiritualität* stärken bzw. nutzen, z. B. durch Meditationsübungen usw.

Nach P. Ludolph u. Mitarb.: Resilienzfördernde Interventionen bei Patienten mit Krebs. Deutsches Ärzteblatt 51/51 (2019) 865

Bislang wurden schon zahlreiche potentielle Resilienz-Faktoren untersucht, die in den verschiedenen Populationen eine erfolgreiche Anpassung an entsprechende Stressoren garantieren sollen. Das sind sowohl interne, z. B. Bewältigungsstile, kognitive (geistige) Fähigkeiten, epigenetische Aspekte, die über die Generationen hinausreichen, als auch äußere Ressourcen (Hilfsmittel), wie z. B. sozio-ökonomischer Status, soziale Unterstützung u. a. Natürlich sollte man auch die individuellen, also persönlichkeits-spezifischen Stressor-Expositionen berücksichtigen, von den verschiedenen sonstigen gesellschaftlichen Aspekten ganz zu schweigen, da ja vieles miteinander verbunden ist oder aufeinander einwirkt.

Das macht die Situation natürlich noch komplizierter, auch wenn es wahrscheinlich nur eine geringere Anzahl übergeordneter kognitiver (geistiger) und neuronaler (nervlicher) Mechanismen sein dürfte, die hier dann auch (selbst-)

therapeutisch weiterhilft. Beispiele: Ein positiver Bewertungs-Stil im Falle potentiell bedrohlicher oder negativer Situationen, eine hohe soziale Unterstützung (ein nebenbei häufig genannter Resilienz-Faktor) etc.

In der aktuellen Forschung geht es vor allem um die Frage, warum manche Menschen eine spezifische Erkrankung (z. B. Depression) trotz gleicher Belastung nicht, andere hingegen schon bei geringerer Beeinträchtigung folgeschwer entwickeln. Eine Erklärung ist beispielsweise, dass verschiedene Störungsbilder sich überlappen und damit besonders seelische Erkrankungen häufig „komorbid“ auftreten, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Mit anderen Worten: Rein „gesunde“ und „kranke“ Personen sind meist nicht klar voneinander abgrenzbar.

Deshalb versucht man die Erforschung von Resilienz und ihren psychosozialen Mechanismen nicht auf Erkrankungen, sondern auf so genannte Dysfunktionen zu konzentrieren, also beispielsweise nicht die Depression in den Mittelpunkt zu stellen, sondern die stress-induzierten Beeinträchtigungen, die zur Schwächung oder Stärkung der so genannten Emotions-Regulation, der Impuls-Kontrolle etc. beitragen. Da herrscht allerdings noch erheblicher Forschungsbedarf und irritieren durchaus unterschiedliche wissenschaftliche Meinungen.

Was auf jeden Fall notwendig ist, sind längsschnittliche Untersuchungs-Designs, wie man das heute bezeichnet. Denn hier handelt es sich um Anpassungs-Prozesse und Veränderungen neuraler (Nerven-) und/oder kognitiver (geistiger) Funktionen, und dies unter sich ebenfalls dauernd ändernden Stressor-Belastungen. Kurz: alles in Bewegung, was natürlich den konkreten Erkenntnis-Gewinn erschwert. Im Übrigen ganz zu schweigen von der so genannten Validierung (wissenschaftlichen Überprüfung) entsprechender Untersuchungs-Instrumente für die notwendigen Längsschnitt-Studien, denn vor allem sie ermöglichen konkrete Erkenntnisse im Alltag. Einmalige Messungen von Fähigkeiten oder Eigenschaften bringen hingegen keine befriedigenden Hinweise zur Frage, wie man nach jeweiliger Stress-Exposition möglichst dauerhaft gesund bleibt. Es sind also so genannte längsschnittliche Studien nötig.

Das betrifft beispielsweise auch Familienangehörige und sogar Kinder und Jugendliche mit ihren individuellen Risiken im Alltag. Hier liegen bereits erste Ergebnisse vor, ergänzt durch spezifische Bevölkerungsgruppen, z. B. Soldaten, Polizisten u. a. Und natürlich das Geschlecht und Alter. Letzteres stößt auf zunehmendes wissenschaftliches Interesse, beispielsweise mit der Erkenntnis, dass Frauen im höheren Lebensalter deutlich bessere Resilienz-Ergebnisse zeigen als ältere Männer. Ein wichtiger Forschungs-Auftrag sind auch die Risiko- und Schutzfaktoren bei bestimmten Erkrankungen, vor allem Alzheimer-Demenz, Parkinson, Depressionen etc. Dies besonders bei zusätzlichen organischen Leiden (die erwähnte Ko-Morbidität) wie Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall u. a. Auch hier herrscht also noch erheblicher Forschungsbedarf.

Dabei stellt sich die Frage, ob die wachsenden e-mental-health-Angebote auch in der Resilienz-Förderung nutzbar gemacht werden können. Das scheint tatsächlich der Fall zu sein, die Vorteile überwiegen. Dabei geht es nicht nur um den zunehmend digitalen Lebensstil und schnellen Zugang zu Gesundheits-Angeboten ohne Wartezeiten(!), sondern auch um Trainings-Möglichkeiten, die zeitlich und örtlich flexibel genutzt werden können. Und um den so genannten niedrigschwelligen Zugang ohne Stigmatisierungs-Gefahr.

Damit lassen sich auch neue Zielgruppen ansprechen, die durch traditionelle Gesundheits-Informationen bisher nur schwer erreicht werden können. Das alles spricht für einen breiten „Kundenkreis“ und ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis, und zwar zeitnah und sogar „auf Knopfdruck“. Hier finden sich offenbar schon erste hoffnungsvolle Resultate durch Internet- und Smartphone-basiertes Training, vor allem für jene Gruppierungen, die zwar keine nachhaltigen psychischen Beeinträchtigungen zu haben scheinen, ihre Gesundheit aber vorbeugend trotzdem aufrecht erhalten wollen, wobei sogar schon recht spezielle Therapie-Schemata verfügbar sind.

Resilienz-Vorhersage

Schließlich bleibt ein Thema, das schon immer interessierte, gerade hier und heute. Gemeint ist die Möglichkeit einer *Vorhersage von Resilienz*. Das schlägt sich schon in der deutlichen Zunahme von populären Sachbüchern und Schriften nieder, Vorhersage hat Konjunktur. Dabei wird der Versuch unternommen, spezifische Persönlichkeits-Eigenschaften herauszuarbeiten, die resiliente Menschen auszeichnen und die es bei eher vulnerablen (verwundbaren) Persönlichkeiten vorbeugend zu stärken gilt. Allerdings machen es sich hier so manche Experten zu einfach, handelt es sich doch nicht – wie mehrfach erwähnt – um feststehende Persönlichkeits-Eigenschaften, sondern um einen Prozess, eine Entwicklung im Laufe der Auseinandersetzungen mit den jeweiligen Stressoren oder belastenden Lebensumständen. Oder kurz: *Lebenserfahrung*, also letztlich nicht allgemein zutreffend kalkulierbar.

Ein resilienter Mensch hat also nach den gängigen Ausführungen der Experten die Fähigkeit, Krisen durch Rückgriff auf persönliche, biologische und/oder sozial vermittelte Ressourcen (Hilfsquellen) erfolgreich zu bewältigen. Die Belastungen gehen dabei von scheinbar weniger eingreifenden Überforderungen über Verluste einer nahe stehenden Person sowie Erkrankungen und Traumata im beruflichen Zusammenhang (z. B. Militär oder Polizei) bis hin zu diversen persönlichen Traumatisierungen durch Krankheit, Unfälle oder gar Naturkatastrophen bzw. Terroranschläge. Kein Wunder, dass das Belastungsspektrum so breit und dabei individuell ist, dass sich letztlich keine übergeordneten Erkenntnisse bzw. Empfehlungen ermitteln lassen, jedenfalls was bisher die individuelle(!) Resilienz-Vorhersage und sogar -Therapie anbelangt.

Natürlich gibt es hier – wie mehrfach erwähnt – bestimmte signifikante Prädiktoren (Vorhersage-Kriterien), die mehr oder weniger günstig einzugreifen vermögen. Beispiele: soziale Unterstützung von näheren oder weiteren Umfeld. Niedrige Neurotizismus-Werte (überbesorgt, ängstlich, gehemmt, unsicher, anfällig für Angst und psychosomatisch interpretierbare körperliche Störungen u. a.). Ferner Optimismus und Humor-Bereitschaft (auch selbstkritisch). Oder höhere Bildung und damit höheres Intelligenz-Niveau. Oder die Fähigkeit, jederzeit Bindungen mit anderen Menschen aufzubauen und (damit) Hilfe in Anspruch zu nehmen, ja, sie auch aktiv zu erbitten.

Und nicht zuletzt Aspekte, die auch in den entsprechenden Resilienz-Skalen der Wissenschaftlicher immer wieder vorkommen, nämlich Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Beweglichkeit, (Selbst-)Beherrschung, Ausdauer, Anpassungsfähigkeit, Toleranz, Flexibilität mit sich selber und dem eigenen Lebensweg, Gelassenheit, Entschlossenheit, Übersicht, Energie usw.

Und schließlich die Fähigkeit mehrere Dinge gleichzeitig zu bewältigen, sich nicht so schnell aus der Bahn werfen zu lassen, seine Pläne konsequent durchzuziehen, Aufgaben zu erledigen, die man eigentlich nicht mag, zu akzeptieren, dass einen aber auch andere Leute nicht unbedingt mögen u. a. m.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse sind allerdings nicht einheitlich, auch das wurde schon mehrfach erwähnt. So bestehen durchaus unterschiedliche Befunde je nach Studie, vor allem was Alter, sozio-ökonomischer Status oder spezifische Charakteristika (z. B. von Militäreinsätzen) betrifft. Und die Frage, was war vorher und was ist jetzt danach. Tatsächlich sind hier bisher kaum Untersuchungen verfügbar, die die Resilienz *vor* der Belastung und schließlich *nach* dem beispielsweise traumatischen Ereignis untersuchen konnten. Hier gibt es jedoch erste Studien zu so genannten Risiko-Populationen (z. B. Erst Helfern, die mit schockierenden Situationen konfrontiert wurden), was den Erkenntnisstand wertvoll erweitern dürfte.

Und schließlich arbeitet man an so genannten neurobiologischen Prädiktoren (Vorhersage-Kriterien) von Resilienz auf hohem technischem Niveau. Beispiele: Funktionelle Magnetresonanztomographie, die vor allem auf bestimmte Hirnregionen zielt, die nach bisherigem Kenntnisstand besonders an der Emotions-(Gefühls-) und Stress-Regulation beteiligt sind. Kurz: nicht nur die psychiatrische und psychologische, auch die neurobiologische Forschung nimmt die Resilienz in groß angelegten und zunehmend multizentrischen, ja prospektiven (über einen längeren Zeitraum vorausschauenden) Untersuchungen von Risiko-Populationen ins Visier. Damit können eines Tages dann doch sicherere Prädiktoren herausgearbeitet werden, die individuell angepasst auch dem Einzelnen mit seinem persönlichen Schicksalsschlag zugutekommen.

Resilienz – auch im Alter?

Das dürfte – zum Abschluss, weil es bevölkerungspolitisch nicht ohne Bedeutung ist – auch für die *Resilienz im Alter* gelten. Obwohl sich mit steigendem Lebensalter die körperlichen und geistigen Funktionen verschlechtern und oft auch die psychosoziale Situation eher mutlos machen kann, gibt es Überlegungen, ja erste wissenschaftliche Erkenntnisse, die andeuten, dass Ältere gegenüber stress-assoziierten Störungen durchaus resilienter sind als jüngere Erwachsene.

Oder schlicht gesprochen, aber wissenschaftlich beweisbar: Das allgemeine Wohlbefinden jenseits des 50. Lebensjahres zeigt überraschend häufig eine erstaunlich positive Entwicklung bis ins hohe Alter. Ältere neigen offenbar eher dazu, ihre gezielte Aufmerksamkeit positiven Stimuli (Anregungen) zuzuwenden als Kinder und jüngere Erwachsene. Ja, ihr Gedächtnis für positive Stimuli oder positiv bewertete Ereignisse ist besser als für negative. Dieser so genannte Positivitäts-Effekt dient natürlich auch der aktiven Emotions-(Gefühls-) Regulation, wie es die Experten nennen.

Deshalb die Frage: Sind ältere Menschen trotz chronischen Erkrankungen und grundlegenden Veränderungen ihrer psychosozialen Lebenssituation, trotz Verlust zahlreicher Verstärker des Selbstwertgefühls (Ende der Erwerbstätigkeit, Auszug der Kinder, körperliches Altern in einer „Anti-Aging“ Gesellschaft), trotz Reduktion kognitiver Fähigkeiten, die die Flexibilität und Offenheit für Neues und Problemlösungen eher einschränken, sind sie trotzdem positiver eingestellt? Und dies noch in einer Welt digitaler Neuerungen mit rapider Veränderung der Kommunikationswege; und das bei eingeschränkten geistigen Fähigkeiten? Und dies trotz organisch nachweisbarer Beeinträchtigung von Gehirnfunktion bzw. gar Gehirnssubstanz (usw.)?

Natürlich ist das alles eine Frage der Relativität, gleichsam der Dosierung alterstypischer Einbußen des Arbeitsgedächtnisses sowie exekutiver Funktionen wie schlussfolgerndes Denken, Entscheidungsfindung, vorausschauende und zielgerichtete Handlungsplanung, abstraktes Denkvermögen u. a. Gleichwohl gab es schon früher interessante Kenntnisse, die aufhorchen ließen:

Bekannt sind beispielsweise die erstaunlichen Resultate der so genannten „Nonnen-Studie“, in der der Gesundheitszustand und vor allem die geistigen Fähigkeiten von Mitgliedern verschiedener Ordensgemeinschaften in den USA schon zu Lebzeiten regelmäßig und nach dem Tod neuropathologisch untersucht wurden. Dabei fanden sich Hinweise auf Alzheimer-Veränderungen des Gehirns, obwohl zu Lebzeiten keine ausgeprägten geistigen Störungen, geschweige denn eine Demenz nachweisbar war. Das bestätigte die schon ältere Erkenntnis, dass ein gutes soziales Netzwerk (hilfreiches Umfeld) trotz ausgeprägter Neuropathologie (d. h. entsprechender Gehirnveränderungen) eine

Demenz in ihren krankhaften Konsequenzen zu verhindern weiß. D. h. trotz hirnorganischer Defizite psychosozial integriert und damit aktiv.

Ähnliches gilt für den positiven Zusammenhang zwischen gehobener Bildung und offenkundiger Demenz-Wahrscheinlichkeit. Und natürlich was regelmäßige körperliche und geistige Aktivität betrifft, die selbst hirnpathologisch nachweisbare Beeinträchtigungen funktionell länger kompensieren lässt (Stichwort: kognitive Reserve).

Natürlich gibt es auch wissenschaftliche Erkenntnisse, die diese erfreuliche Tatsache etwas trüben. Denn das ernüchternde Problem bei gezieltem kognitiven Training bei Älteren ist, dass sich die Trainingsleistungen in den trainierten Gehirn-Bereichen zwar gut steigern lassen, der Lernzuwachs aber – anders als bei Jüngeren – nur sehr gering auf andere Bereiche übertragbar ist, nicht zuletzt solche, die für den Alltag wichtig wären.

Was aber sollte im Rahmen entsprechender Resilienz-Empfehlungen zusätzlich beachtet werden? Chronischen Stress vermeiden. Denn er reduziert die geistigen Fähigkeiten und führt zu einem verstärkten kognitiven Abbau bei Älteren. Und natürlich die so genannten vaskulären (Gefäß-)Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen (Gewicht) und das krebbsgefährliche Rauchen nicht unterschätzen. Sie erhöhen bekanntermaßen auch die Demenz-Gefahr und relativieren die erwähnten strategischen Vorteile einer Resilienz im Alter.

Schlussfolgerung

Insgesamt also ein durchaus erfreuliches Gesamtbild, wenngleich noch erheblicher Forschungsbedarf zum besseren Verständnis von Resilienz-Mechanismen und entsprechenden präventiven Programmen besteht, was die Reduktion seelischer Störungen und ihrer psychosozialen Folgen in der Bevölkerung betrifft.

Literatur

Grundlage dieser Ausführungen sind die Publikationen der entsprechenden Experten in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 7 (218) 745-778. Dort auch weitere wichtige Informationen und ausführliche Literaturhinweise, meist englisch-sprachig.