

# Motstandskraft og beskyttelsesfaktorer i alderdommen og betydningen av disse med henblikk på sosial støtte (social support) og psykoterapi for eldre

Oversatt til norsk av Gudrun Nordmo  
Lotti Müller<sup>1</sup>, Zürich, Hilarion G. Petzold,<sup>2</sup> Düsseldorf

## Innledning

Helt siden 70-tallet har begrepet - og derved også konseptet 'resiliens' - som kan beskrives som 'psykologisk motstandskraft', stadig oftere dukket opp. Dette er på bakgrunn av at man i klinisk sammenheng ikke lenger utelukkende interesseres seg for hvilke faktorer det er som gjør mennesker syke, men også for hva som holder dem friske: 'protective factors', eller på norsk beskyttelsesfaktorer. (Rolf et al. 1990; Petzold et al 1993). Særlig interessant er spørsmålet hvorfor mennesker som lever under samme dårlige forhold, med sammen-lignbare negative livshendelser, 'critical life events' som de må takle, ikke viser samme reaksjoner. Hvorfor blir en syk, en annen ikke? Hvilke omstendigheter er det som gir kraft til sistnevnte slik at han mestrer **problemene**, som kan oppdeles i 'kriser' og 'utfordringer'? Han kan til og med komme styrket ut av dem, mens andre blir depressive, traumatiserte eller på annen måte psykisk overbelastet, slik at de får behov for psykoterapi eller psykologisk rådgivning.

Dette spørsmålet er et kjerneproblem innen longitudinell utviklingspsykologi og utviklingspsykobiologi. Gjennom langtidsstudier forskes det på oppveksten fra spedbarn-stadium til voksen alder (Rutter, 1998, 2001; Rutter, Rutter 1992) og på voksenlivet fram til alderdommen (Lehr, Thomae 1987; Schroots 1993) for å forstå menneskelig patologi og sunnhet, selvfølelse og identitet og hvordan det i 'kjeder av ugunstige og beskyttende hendelser' utvikles ressurser og mangeltilstander (deficits). Innenfor en slik kontekst har man undersøkt risiko og belastningsfaktorer og beskyttelsesfaktorene ble da oppdaget. I interaksjon mellom disse forskjellige påvirkningsstrømmene oppstår eller forsterkes kvaliteter som 'vulnerability', sårbarhet og resiliens, motstandskraft. Psykoanalysens patologi-orientering - et av de mange problemer med henblikk på metoden og med negative konsekvenser for moderne psykoterapi - har et så ensidig orientert 'psykoterapeutisk blikk' at det ennå fram til i dag i all hovedsak ikke finnes et *Salutogeneseperspektiv*. Det er mørklagt og beskyttelsesfaktorer er ikke tillagt noen betydning for terapipraksis, det er ingen praktisk utnyttning av intervensjoner i forhold til dette konseptet og det finnes ingen integrering av dem i behandlingsmetodikken.

'Integrativ Terapi' er i så måte et unntak. Helt siden midten av 60-tallet har man hatt en tilnærming basert på at utvikling skjer gjennom et helt livsløp 'life span development approach'. Med dette utgangspunktet har Integrativ Terapi bidratt med intervensjoner. Man så at beskyttelsesfaktorer, slik de er blitt omhandlet i klinisk utviklingspsykologi (Petzold 1994j; Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Oerter et al. 1999) er av grunnleggende betydning; for barnets utvikling, for utviklingen i voksen alder, (Faltermajer 1984) men også i alderdommen – altså en påvirkningsstørrelse med grunnleggende betydning for

---

<sup>1</sup> Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich; Stiftung, Europäische Akademie für integrative Therapie, St. Gallen

<sup>2</sup> Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (AEG), Hückeswagen, Zentrum für Psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Donau-Universität Krems

menneskelivet. (Petzold, Bubolz 1979, Müller; Petzold 2002a, b Petzold, Müller 2002). Da psykoterapi-forskere gikk i gang med å utarbeide generelle- og spesifikt virksomme- og helbredende faktorer i psykoterapi, (Frank 1971, 1981; Garfield 1973; Petzold 1993p) slo det dem at de beskyttelsesfaktorene de fant i utviklingspsykologien på viktige punkter var i overensstemmelse med virksomme faktorer i terapi, noe Petzold (1993p; Petzold, Goffin, Oudhof 1993) gjorde oppmerksom på. I tillegg brukte også Petzold og kollegaer disse funnene systematisk i Integrativ Terapi med barn, voksne og eldre (idem 1995a; Müller, Petzold 2002a,b). Denne sammenhengen ledet til det provoserende spørsmålet om ikke terapeutisk virksomme faktorer er lik salutogenetisk påvirkning gjennom en god hverdag, slik den kjennetegnes av vellykkede utviklingsprosesser i normale kontekster. (Märtens, Petzold 1998b)

For at utviklingsprosesser og psykoterapi skal lykkes, krever i begge tilfeller - det er vår tese – både sunnhet og velbefinnende, vitalitet og motstandskraft gjennom beskyttelsesfaktorer. På denne bakgrunn og med tanke på den betydning disse konseptene har for psykoterapi- og sosial støtte for eldre, vil resiliens og beskyttelsesfaktorer her bli omhandlet, etter at vi som de første har gjennomarbeidet tematikken og innført prinsippet i psykoterapi med barn og voksne. (Petzold, Goffin, Oudhof 1993, Petzold, Müller 2004).

Med resiliens menes den psykologiske, eventuelt psykofysiske motstandskraften som gjør mennesker i stand til å mestre og utholde psykologiske og psykofysiske belastninger uten å komme til skade.

Det er interessant hvilke betingelser og prosesser resiliens dannes under og hvilke faktorer som bidrar til at resiliens kommer til uttrykk. Siden det så avgjort ikke dreier seg om en en-dimensjonal kvalitet som er lett å avgrense, er det heller ikke overraskende at begrepet ennå i dag, både i litteratur og faglige diskusjoner, til dels har en uskarp avgrensning. Avhengig av hvilket perspektiv man har forsket ut fra, hvilke bakgrunnsantagelser man har hatt, hvilken målgruppe man rettet seg mot, har funnene blitt forskjellige. Av denne grunn blir det her forsøkt å gi en begrepsavklaring før man går nærmere inn på den aldersspesifikke utformingen av *resiliens*, det vil si *resiliens* og det tilhørende konseptet *beskyttelsesfaktorer*, ‘protective factors’ (PF).

Ut fra den aktuelle litteraturen som omhandler temaet, vil det bli gitt en heuristisk framstilling av de hittil framkomne resultater, i form av en oppstilling av beskyttelsesfaktorer som er relevante ved høy alder. Populasjonen av gamle mennesker blir på dette forskningsfeltet - som på mange andre - forsømt, noe som er grunnen til at det foreligger få forskningsresultater. Takket være en stadig mer livsløpsorientert tenkemåte innen psykologi (Baltes, P 1978; Rutter, Hay 1994) og psykoterapi (Petzold 1979k, 1981 f, 1999p) foreligger det imidlertid studier av flere livsavsnitt. Enkelte av dem har tatt for seg alderdommen (Wagnild & Young 1990, 1993) slik at det ut fra en samlet kunnskap kan trekkes forsiktige konklusjoner med hensyn til motstandskraft/beskyttelsesfaktorer/risikofaktorer i alderdommen. Som tredje del følger så et forsøk på å gjøre disse konseptene praktisk anvendelige, til anvendelsesmuligheter i det klinisk-(psyko)terapeutiske feltet, slik det vil bli vist. For en slik forbindelse mangler stort sett, til tross for at temaet har en ganske sterk aktualitet. Forbindelsen til praksisfeltet kom først via pleiefaget (særlig via psykiatrisk pleie) (Jacelon 1997), hvor disse konseptene likeledes er av stor betydning.

## 1. Definisjoner - begrepsavklaring

Som allerede nevnt, finnes det ingen nøyere begrepsdefinisjon av *motstandskraft* og heller ingen enhetlig oppfatning. I sin opprinnelige betydning var resiliens betegnelse for elastisiteten eller smidigheten av en substans (i fysikalsk betydning), eller av et organ (belastningsevne, spennkraft). I psykologien går konseptet tilbake til utviklingspsykologiske og/eller psykopatologiske lengde- og tverrsnitts- undersøkelser av barn som man oppdaget hadde en spesiell motstandskraft og fleksibilitet overfor ugunstige livshendelser- og omstendigheter (adverscity). Den ble først omtalt som 'invincibility' (uovervinnelighet, Anthony 1974; Werner, Smith 1982) og 'invulnerability' (usårbarhet, Cowan & Work 1988), noe som naturligvis ikke overensstemmer helt med virkeligheten, fordi 'hardgrowing children cannot walk between the raindrops', (Radke-Yarrow, Sherman 1990) men det gjenspeiler kanskje overraskelsen og respekten hos forskerne med tanke på hvor robuste de fant at disse barna var. På grunn av sin statiske kvalitet og mulige feilinterpretasjoner ble konseptet imidlertid ikke tillagt mye vekt i ettertid. ("De lar seg ikke knekke, uansett hvor tøft de har det; nei slik opparbeider de evnen til å klare seg, bli tøffe" osv). Gjennom denne utviklingen fikk resiliens en ny betydning (helt inn i ordbøkene) og blir definert som "evnen til raskt å hente seg inn igjen etter sykdom, forandring og ulykker". (American Heritage Dictionary 1994). Garmezy (1993), som allerede tidlig knyttet forskningen til positive utviklingsprosesser, ser det sentrale element ved *motstandskraft* "in the power of recovery and in the ability to return once again to those patterns of adaptasjon and competence that characterized the individual prior to the pre-stress period'... 'to spring back' does not suggest that one is incapable of being wounded or injured. Metaphorically, it is descriptively appropriate to consider that under adverscity, a (resilient) individual can bend...yet subsequently recover" (Garmezy, 1993, 129).

Rutter (1990), også en pioner på dette forskningsområdet, omformulerte *motstandskraft* til den *positive* polen blant de forskjelligartede reaksjoner et individ kan ha på stress, og hvor *sårbarhet* er den *negative* polen; individuell sårbarhet/mottagelighet. De individuelle reaksjonene på adverscity, 'ugunstige forhold' befinner seg i følge Rutter et sted mellom disse polene i kontinuumet sårbarhet/motstandskraft. Den er determinert gjennom det dynamiske vekselspillet av beskyttelsesfaktorer og interaktive prosesser (Rutter 1985, s 600). Disse interaktive prosessene må betraktes som additative interaksjoner i en konstellasjon av variabler, og som *prosesser over tid*, ikke som en slags 'kjemi' som er til stede ved et bestemt stress-tidspunkt (ibid.). Med andre ord: En person er ikke bare resilient - overfor bestemte (eller alle) belastende hendelser, men bare (hver gang/akkurat da) når han eller hun nettopp på dette tidspunkt, eventuelt i denne livsfasen, i nettopp disse omgivelsene og i denne konteksten, på bakgrunn av sin *mestringsbiografi*, er i besittelse av mange nok egnede *beskyttelsesfaktorer*, indre og ytre og samtidig er i stand til å mobilisere disse.

Selvsagt er det et spørsmål med hensyn til et konsept som sårbarhet hva som er genetisk disposisjon og hva som er ervervet gjennom livshistorien, det samme gjelder for konseptet *resiliens*. Her er det på sin plass med noen språklige avklaringer, for som bakteppe har vi våre forestillinger om konstitusjonell svakhet (faiblesse, dégénération, vulnérabilité) eller styrke (vitalité), forestillinger basert på historiske konsepter som til dels går helt tilbake til psykiatriens begynnelse (J.C. Reil, P.Janet). De synliggjør problematikken i forhold til om man skal ha et biologisk/biomedisinsk eller psykososialt perspektiv - en polarisering man ut fra en moderne *biopsykososial synsvinkel* ikke lenger bør lage. (Petzold 1974j, 304, 2003a, 2001a; Engel 1997, 1997; smlgn. Brown 2000). Ved begrepmessige uklarheter støter man ofte på ulike vitenskapelige diskurser og uavklarte begrepstradisjoner. Rutter vektlegger med sitt utgangspunkt de *prosessuelle perspektivene* ved resiliens, noe som står i motsetning til et

annet syn: 'Resiliens' som 'karaktertrekk'. (i flg. *Jacelon 1997*). *Wagnild og Young (1993)* ser for eksempel resiliens som 'a personality characteristic that moderates the negative effects of stress and promotes adaptation'. Å betrakte resiliens som karaktertrekk eller som kjennetegn ved personligheten, har den fordelen at den er lettere å forske på, lettere målbart, lettere avgrensbar. Så har da også noen studier av resiliens valgt dette utgangspunktet (for eks. *Beardslee & Podorefsky 1998* og *Garmezy 1993*, barn og ungdom; *Rabkin et al. 1993*, AIDS-syke voksne; *Wagnild og Young 1990, 1993*, eldre kvinner) for å finne fram til de fysiske og psykiske betingelsene for resiliens. Og selv når man har redusert letingen etter resiliens til å lete etter karaktertrekk eller eventuelt til faktorer som utgjør resiliens, er det ikke alltid det samme man undersøker: Dreier det seg først og fremst om en kompensasjons- eller tilpasningsmanøver som kommer til uttrykk ved belastning? Eller må det sentrale spørsmålet være hva det er som beskytter en person som utsettes for overbelastende stress - traumatisk stress, hyperstress, men også for daglige plager (daily hassles)? For når psykiske forstyrrelser oppstår er det som regel fortvilelse og smerte til stede. Eller dreier det seg om omstendigheter som gjør stress til en *utfordring* i stedet for en overbelastning? Slik har altså resiliens-konseptet blitt svært forskjellig operasjonalisert ut fra det fokuset det resp. forskerteam har valgt. Likevel har det i disse studiene også framkommet overensstemmende resultater og resultater som i det minste støtter opp om hverandre. Å finne fram til kjennetegn og kombinasjoner av kjennetegn som skal definere *resiliens* er sikkert nyttig, men likevel ikke tilstrekkelig for å forklare de fenomenene som blir forstått under begrepet. *Petzold (1995a)* omtaler disse fenomenene som *resiliensfaktorer*, slik de forskjelligartet kommer til uttrykk gjennom *resiliensprosesser* - de vil si alt etter belastningssituasjon og personlig livssituasjon. På den måten setter han *faktorene* konsekvent i et prosessuelt hendelsesforløp, i det de så og si kommer til uttrykk som *dimensjoner* i en *svært kompleks interaksjon med omverdenen* (som ved 'Protektive Faktoren und Prozesse', idem et al. 1993). Han nevner følgende dimensjoner:

1. En arvelig (hereditär) disposisjon for vitalitet som medfører en viss ikke-ømfintlighet mot belastningsfaktorer,
2. Evnen til effektiv takling av belastninger eller risiko,
3. Evnen til å innhente seg raskt og varig etter traumatiske erfaringer.
4. Evnen til å opprettholde kompetanse og kompetent handling (Kompetenz/Performance) under akutt stress og i konfliktsituasjoner,
5. Evnen til tilpasning i belastende situasjoner slik at det er mulig å komme gjennom dem uten at man kan fastslå psykiske eller psykosomatiske skader.
6. Mulighet til å kommunisere belastningserfaringer og til å mobilisere beskyttende hjelpere fordi man er orientert mot nettverket og har god interaktiv kompetanse og kompetent handling. (fra *Petzold 1995a, 194*).

Ved denne oppstillingen må man imidlertid ta det *intrapsykiske* konseptet for 'beskyttelsesfaktor/resilienssyklus' v/*Petzold* med i betraktning.(s.u.). Prosess-perspektivet ser ut til å ha større betydning enn 'karaktertrekk-perspektivet'. For selv om en person er i besittelse av karaktertrekk som forskerne har kommet fram til utgjør resiliens, betyr det jo ikke at han eller hun har samme mestringen ved en ny kritisk livshendelse, under nye sosio-økologiske og økonomiske omstendigheter eller livssituasjon eller familiær-, venne- og kollegial nettverkssituasjon (*Petzold 2000h*). Likevel har de karaktertrekk-lignende personlige særtrekk en viktig betydning, for de kan sees som potensiale for resiliens. Dessuten vil videre forskning innen nevrobiologi (*Schaundry 2003*) måtte forklare om og i hvilken grad typiske *karaktertrekk* må sees i sammenheng med *genuttrykk* og *genregulering*, som jo også henger

sammen med livshistoriske hendelser. (Bauer 2002; Petzold 2002j). Det vil si: det vil alltid være nyttig å fremme og støtte opp under de resiliensfenomener man måtte se, for på den måten å fremme den motstandskraft som til enhver tid er mulig for et individ i dets omgivelser. Med et konsept som tar utgangspunkt i resiliens som prosess - er det en overbevisning om at resiliens kan **læres**, noe som er særdeles viktig med tanke på en mulig utnyttning og overføring til det praktiske liv. "Resiliens er en kraft som de fleste av oss kan utvikle gjennom tenkning og trening" (1998). Når man ser på de arvelige aspektene ved resiliens - for de er naturligvis også til stede - skulle det være innlysende at det bare kan dreie seg om positiv moderering av dem.

Men heller ikke synet på resiliens som *prosess* er på noen måte enhetlig. *Fine* (1991) beskriver f.eks resiliens som en to-fase-prosess med fasene *stressreduksjon* og *reorganisasjon*, på lignende måte som *Flach* (1998) med fasene *desintegrasjon* og *reintegrasjon*. *Andre*, (*Rutter; Petzold*) postulerer en kompleks prosess (s.o.), noe som sannsynligvis stemmer bedre. *Foster* (1997) opererer med konstruktet CAR (coping, adaptation, resilience), hvor han definerer sistnevnte som "positive changes in maintaining active or latent coping and adaptation capacities through various mechanisms (such as healing, restitusjon, refinement and enhancement) that may not be immediately apparent but become evident over time". Sammen med coping og tilpasning danner resiliens her et konstrukt som i teoretiske rammer kan sees som et 'stressor-respons paradigme' (*Scheuch* 2002; *Scheuch, Schröder* 1990; *Schwarzer* 1993, 1997). Dette konseptets strukturmodell trekker fram fem områder, som hver har forskjellige foki og komponenter som er underlagt det enkelte område: 1. Demografiske funksjoner, 2. Sosioøkonomiske funksjoner, 3. Ressurser, 4. Tilpasningserfaringer og tilgang til slike erfaringer. 5. Tilpasningsbestrebelse. *Foster* fant en solid sammenheng (i form av risikofaktorer) mellom disse områdene og komponentene i psykopatologiske sykdomsbilder og viser til muligheten av å avlede intervensjoner ut fra dette.

Som en 'syntese' av foregående konsepter forsøkte *Polk* (1997) å utvikle en ny resiliens-modell, et firedimensjonalt konstrukt som fremstiller resiliens som en energistrøm (en blanding av energi fra person- og omgivelse) hvor mønstre fra fire områder, nemlig disposisjonell, relasjonell, situasjonell og filosofisk (holdning, personlig overbevisning) går sammen i tiltagende kompleksitet og til sammen danner et helhetlig, utviklet synergetisk resiliensmønster (ibid. s.8). Hvis man ser bort fra det førvitenskapelige eller metaforiske begrepet energi som ikke er til særlig hjelp her, er innflytelseskildene som *Polk* foreslår treffende, men uspesifikke. Mer overbevisende virker det, med *Heuft* et al. (2000, 46ff) å skille mellom *konstitusjonell resiliens* (og analogt: *konstitusjonell sårbarhet*) og *resiliens-utvikling* (*respektive sårbarhetsutvikling*). I disse konseptene tar man hensyn til dynamikken, uten at det blir sagt noe om 'konstitusjonalitet' som trenger en utviklingsgenetisk forklaring. Begge størrelsene er i denne modellen preget av indre og ytre faktorer og knyttet sammen med rammebetingelser som på den ene siden kan være beskyttende, men som også kan opptre som risikofaktorer. (*Heuft* et al. 2000, 46). Med tanke på risiko for å utvikle psykisk sykdom, følger derav at *høy sårbarhet* sammen med *ugunstige rammebetingelser* og *liten grad av resiliens* gir høy sykdomsrisiko, mens omvendt gir liten grad av sårbarhet i kombinasjon med gunstige rammebetingelser liten risiko for sykdom. Derimellom finnes det - bare ut fra hvordan man definerer - så mange variasjonsmuligheter at det er ytterst vanskelig å avlede noe derfra, å forutsi dynamikk osv. For hva betyr for eksempel 'liten grad av sårbarhet' i et enkelttilfelle? Men man styrer i alle fall bort fra en monokausal forståelse av patologi. Med tanke på befolkningen som her står i fokus - de eldre - må man gjøre en tilføyelse til

denne modellen, nemlig at sårbarheten er større ved høy alder, og det på en svært direkte måte hva angår kroppslig helse, og i vekselvirkning med denne, også den psykiske helsen. Naturligvis finnes det også 'sosial sårbarhet' hos gamle mennesker på grunn av 'innbruddene' i deres sosiale nettverk (Petzold 1994c). Denne må ikke undervurderes. Den belastende virkningen av tap kan virke inn på immunsystemet og få somatiske og psykosomatiske følger (Bauer 2002).

På samme måte som modellen til Heuft og medarbeidere i det vesentligste framstår som kompatibel, er også definisjonen av resiliens av Staudinger og Freund (1998): "1) Opprettholdelse av en normal utvikling til tross for foreliggende risikoer og skader 2) Gjenopprettelse av normal funksjonsevne etter å ha gjennomlevd et traume. Her skiller det mellom ressurser og beskyttelsesfaktorer som bidrar til opprettholdelse, respektive gjenopprettelse av normal funksjonsevne og risikofaktorer som er en trussel for denne." (S.77) Resiliens i denne betydning er altså ikke et særtrekk ved personen, men *en relasjonell konstellasjon av person-omgivelse-betingelser*. Forutsetningen for at den skal kunne manifestere seg er enten *endogen* (uten synlige intervensjoner fra utsiden) eller *exogen* (intervensjonsbetinget). I sitt arbeid om resiliens legger Staudingen stor vekt på denne relasjonelle karakteren ved konstruktet (Staudinger & Greve 1995). Hva 'normal fungering' konkret betyr, må spesifiseres og også hvilke sammenlignings-parametre som blir lagt til grunn (likeledes kunne status til den 'betydningsfulle' hendelsen relateres til utformingen av spesifikke genreguleringer, s.u.). Forfatterne postulerer 'en tredje form for resiliens' (ved siden av 1 og 2, smlg. over), nemlig håndtering av tap (Staudinger et al. 1995). *Det irreversible tapet* er spesielt - og i alderdommen et hyppig forekommende ugunstig fenomen - som krever en spesiell mestringssevne - det er begrunnelsen. Dette kan riktignok stemme, men denne ferdigheten kan like godt benevnes som en resiliensvariant (1) og (2). Det må undersøkes nøye om fenomenene som er observert og vurdert til å være resiliens virkelig er en positiv tilpasning, da det også kan dreie seg om nummenhetsreaksjoner i betydning avstumpning eller økende likegyldighet. Nevrobiologisk kan det øke depresjonsrisikoen eller risikoen for en psykosomatisk reaksjonsdannelse, nettopp fordi det ikke har funnet sted en positiv tilpasning, og heller ikke en funksjonell reorganisering av mønsteret for omstilling på nevron-nivå.. (Bauer 2002; Schriepek 2003; Rüegg 2003).

De to perspektivene på resiliens som trekk eller som prosess er ikke bare motsetnings- eller konfliktylte, de kan også utfylle hverandre. Til denne konklusjonen slutter også Jacelon seg til når han mener, at resiliens kan betraktes som prosess **eller** trekk, man må bare være bevisst på hva det er man snakker om: er det de gunstige betingelsene for resiliens eller er det hvordan resiliens utvikles og kommer til uttrykk? Det anbefales likevel ikke at disse to perspektivene blir omtalt med samme begrep, og kompleksiteten av hendelser taler jo heller for det prosessuelle perspektivet, hvis funn, nemlig et *stabilt resiliensmønster*, naturligvis også kan være et resultat av 'resultale nevronale baner'\* og psykobiologiske skjema. Betingelsene som fremmer, evt virker som buffer i denne retning, er etter vår oppfatning snarere å finne i konseptet 'beskyttelsesfaktorer'. Dyer & McGuiness (1996) ser resiliens som en prosess som er sterkt påvirket av beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorer blir av dem definert som spesifikke komponenter som er nødvendige for at resiliensprosessen kan finne sted. De nødvendige komponentene eksisterer ifølge dem på tre områder: som individuelle, interpersonlige og familiære.

### **Den integrative modell 'beskyttelsesfaktor > resilienssyklus'**

Ut fra et integrativt perspektiv vil risiko- og belastningsfaktorer i interaksjon med

beskyttelsesfaktorer og ressurser komme til uttrykk i spesielle livssituasjoner for oss mennesker (individuell og gruppevis) med de dertil hørende interpersonlige hendelser (særlig i prekære eller katastrofale livssituasjoner, smlg. *Petzold 2000h*).

Personen (med sine subjektive, mentale prosesser, meninger/personlige vurderinger) og konteksten (og *de kollektive mentale representasjonene* som derigjennom kommer til uttrykk jfr. *Moscovici 2001, Petzold 2003b*) er faktorer som er avgjørende for hva som i det enkelte tilfelle blir oppfattet og virker som *beskyttende* eller *belastende*. Det nødvendiggjør en differensiert og situasjonsspesifikk anvendelse av disse begrepene. Det *interaktive momentet* og derved den prosessuelle karakteren må derfor sees nærmere på ved hver konseptdannelse, for selv når man betrakter resiliens som 'trekk', kommer jo disse trekkene til uttrykk i konkrete livsprosesser gjennom 'mennesket-i-situasjonen', gjennom 'subjektet-i-kontekst/kontinuum'. I den teoretiske debatten om resiliensproblemet er det på den ene siden nødvendig å ha med tekstteoretiske overveielser. (idem 2000h; *Hass, Petzold 1999*). Det er også nødvendig å bringe inn utviklings- og personlighetsteoretiske konsepter (*Petzold 2003a*), Stress-Coping-modeller (*Schwarzer 1993*) og sosiale støtte- og ressursteorier (*Röhhrle 1994, Petzold 1997p*). På den andre siden er det også nødvendig å ha med biopsykologiske og nevrovitenskapelige perspektiver for å unngå konseptuell sneversynthet.

Utvikling i et 'livsløps-utviklingsperspektiv' blir innenfor en *biopsykososial* forståelsesramme (*Petzold 1974j, 304, 2001a; Engel 1977, 1997*) betraktet som "menneskets fremadskridende livsprosess med sin 'konvoi', under innflytelse av interagerende 'kjeder av uheldige hendelser' (chains of adverse events), 'kjeder av beskyttende hendelser' (chains of protective events) og 'kjeder av mangler' (chains of deficits)." Disse positive, negative, mangelpregede stimuleringskonstellasjonene påvirker hverandre gjensidig (for eksempel gode, dårlige, manglende relasjons- erfaringer med hensyn til sosialt nettverk og konvoi). De bestemmer et menneskes nevrobiologi, dets genregulering, dets oppbygging av nevron- nettverk og forbindelser, dets kognitive kart, det vil si dets læring; på nevronnivå, kognitivt, emosjonelt, viljemessig, sosialkommunikativ. Derved er de bestemmende for menneskets *vitalitet* og *sårbarhet*, sunnhet/velbefinnende og morbiditet/utilpasshet, ja det er bestemmende for hvorvidt mennesket kan leve livet *fullt ut*. (*Petzold 2000h*).

*Beskyttelsesfaktorer* må betraktes som ytre, utviklingsfremmende påvirkning som helt fra spedbarnsstadiet og gjennom hele barndommen og ungdommen virker fremmende på utviklingsprosessen av karakteristiske genuttrykk, for eksempel i 'sensitive faser' (f.eks i den prosodisk\*-interaktive eller språksensitive fasen) eller sørger for at 'reguleringen av gener' forløper uforstyrret når omgivelsene eller den genetiske utformingen skaper hindringer for utviklingsprosessen. I det videre livsløp virker de som buffere overfor overbelastende prosesser slik at ikke selve strukturen kommer til skade, f.eks ved hyperstress, traumatisk stress. Tvert imot dannes det motstandskraft, resiliens, som også virker fremmende på ikke-belastende situasjoner i det normale liv, slik at positiv utviklingsdynamikk kan utfolde seg. (ibid.)

\*kontekstavhengig

Hyperstress kan virke hemmende på gener som styrer nevronenes utvikling (sammenl. *Sapolskis* arbeide 1996; *Bauer 2002; Schiepek 2003; Rüegg 2003*) og kan også føre til sensibilisering (kindling) av det limbiske system og bidra til et forhøyet alarmberedskap av amygdala (f.eks ved en posttraumatisk belastningsforstyrrelse, PTSD; *Petzold, Wolf et al. 2000, 2002*). Smerteopplevelser (operasjoner, voldsopplevelser) kan feilkondisjonere genreguleringen av hukommelse for smerte, slik at resultatet blir overømfndtlighet for smerte. Den nevrobiologiske utviklingsforskningen har fremlagt et fyldig forskningsmateriale som viser slik sammenheng for utviklingen av smertetilstander, depresjoner,

borderline-personlighetsforstyrrelser. (Bauer 2002). På denne bakgrunn kan man gi følgende definisjon:

**"Beskyttelsesfaktorer/-prosesser er ytre påvirkning (f.eks sosial bistand, materielle ressurser) og indre påvirkning (f.eks kognitiv og emosjonell kompetanse, ressurser i form av kunnskap), som under utviklingen og gjennom livsløpet sørger for at genreguleringen fungerer optimalt og at nettverket av nevroner utnyttes (det betyr også det kognitive, emosjonelle, viljemessige mønster/skjema som er tilknyttet dette). Den er en buffer for nevrofysiologisk og immunologisk belastende/overbelastende påvirkning fra utsiden (f.eks hyperstress) og støtter opp under mestring (coping) og/eller det å finne/skape (create) nye løsninger slik at ingen dysfunksjonelle baner dannes, men tvert imot at regulering av gener og nettverksforbindelser av nevroner blir styrket (og dermed også kognitive-emosjonelle-viljemessige 'kart' og prosessmønstre/narrativer som oppstår). Gjennom disse erverver man en spesiell belastningsdyktighet (robustness) eller en utpreget mestringsevne (coping ability), eventuelt en spesiell skapende/utviklende evne (creating potential). Et slikt komplekst resultat av beskyttende påvirkningsfaktorer kan ut fra et nevrobiologisk synspunkt betegnes som 'resiliens'. Denne kan så anvendes som en indre 'beskyttelsesfaktor' som forsterker effekten av allerede eksisterende indre og tilkommende ytre beskyttelsesfaktorer og ressurser." (2000h).**

Prosessene, hvor ytre og indre beskyttelsesfaktorer og resiliens virker sammen, bør være gjenstand for særlig oppmerksomhet. På bakgrunn av våre kliniske observasjoner- og forskning ser vi **"beskyttelsesfaktor > resilienssyklus"**, som sirkulære eventuelt spiralformede progredierende prosesser med små kontekstbetingede variasjoner ved *krisepregede belastninger*, men også - sammen med dem eller uten slik konneks eller i sekvenser hvor tyngdepunktene veksler - ved utfordringer knyttet til *utviklingsoppgaver* (Havighurst 1948, 1963). I begge tilfeller kan det være at man reagerer med mestring- eller skapende/utviklende evner, eventuelt en kombinasjon av disse, slik det vises i den følgende oversikten over en mønstersekvens:

**"Belastning/overbelastning > ytre beskyttelsesfaktorer > vellykket coping/bufferprosess > resiliens/indre beskyttelsesfaktor > optimalisering av nytten av ytre ressurser og beskyttende prosesser > resiliens" > utviklingsoppgaver > ytre beskyttelsesfaktorer > vellykket skapende prosess osv.**

Ut fra dette synet på resiliens på det **nevrobiologiske nivå** oppfattes den som en funksjonell ekvivalent til konseptet 'indre beskyttelsesfaktor'. Det nevrobiologiske forløp påvirker naturligvis det **psykologiske og mentale nivå** og virker derved også inn på hvor *kompetent* en er, det vil si at de kognitive, emosjonelle og viljemessige prosesser påvirkes. (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003). Det nevrobiologiske forløp påvirker også hvordan en persons kompetanse bringes ut i handling (performance), for eksempel sosialt-kommunikativt. Optimal fungering av *Gyrus Cinguli* i interaksjon med prefrontal cortex og det limbiske system er sentralt for et menneskes selv- og identitetsprosess. Velregulert fungering av amygdala er sentral for 'emosjonell intelligens', respektive evne til refleksjon av sanseintrykk. (Heuring, Petzold 2003). Når de prefrontale sentra kan arbeide uforstyrret muliggjør dette et mangfold av beskyttende sjelelige prosesser: at en hendelse blir betraktet adekvat og positivt i kognitiv forstand (appraisal/frontalhjerne), at en hendelse blir betraktet følelsesmessig adekvat, respektive følelsesmessig positivt, (valuation/det limbiske system) adekvat og vedvarende egenvilje (volition/cingulær Gyrus). Selvsikkerhet, selvtilit, suverenitet, opplevd og integrert egenvirksomhet, positiv overbevisning om å ha kontroll (Flammer 1990) kan da forstås som 'indre beskyttelsesfaktorer' resp. resilienskvaliteter på det **psykologiske plan**. *Eksterne beskyttelsesfaktorer og ressurser* kan begrepsmessig ikke gis en skarp avgrensning fordi de i hovedsak er blitt utviklet uavhengig av hverandre på ulike



vitenskapelige områder - innen utviklingspsykologi og i sosialpsykologisk og psykoterapeutisk ressursteori, (smlg. *Petzold* 1997p). Mange begreper, respektive konsepter er altså ekvivalent funksjonelle, men kan også oppvise forskjeller. Det anbefales derfor å holde hver diskurs atskilt slik at man holder seg til den utviklingspsykologiske, respektive ressursteoretiske opprinnelse og får en spesifikk forståelse av begrepets funksjonalitet. I hvert tilfelle må *ytre* beskyttelsesfaktorer og ressurser alltid betraktes på to nivåer:

1. på nivået 'objektivt til disposisjon/rådighet'
2. på nivået 'subjektiv opplevelse og oppfatning'.

*Perceived resources* må - det framholder vi ut fra et integrativt perspektiv - vurderes kognitivt (appraisal) og bedømmes emosjonelt (valuation).

Denne nøye avgrensningen mellom 'objektive' og 'opplevde' faktorer er godt kjent fra social-support-forskning og empirien. Den bør komme til uttrykk i ressurs- og PF-diagnostisering og følgelig også i intervensjonene for tiltak innen geriatri; (*Lehr* 1979; *Petzold* 1965, 1979k) i psyko- og sosioterapi, pleie og pedagogiske opplegg. Ved 'ytre beskyttelses-faktorer' må det sees nærmere på virkning og virkningsbetingelser, for eksempel ut fra følgende problemstillinger:

1. Står det en 'significant caring other' til disposisjon med et tilbud om kontakt?
2. Blir tilbudet om kontakt oppfattet som sådant?
3. Blir det kognitivt vurdert som hjelp (appraisal)?
4. Blir det emosjonelt bedømt som støttende og velmenende (valuation)?
5. Blir det benyttet ved 'kritiske livshendelser'?
6. Hva står i veien for at det blir benyttet (skam, angst, skyldfølelser, manglende følelse av egenverd, ønske om ikke å være til bryderi for noen etc)?
7. Hvordan fungerer en beskyttelsesfaktor, under hvilke kontekstbetingelser, ved hvilke 'events'?

Ved hjelp av en 'significant caring other' kan følgende beskyttende momenter i forbindelse med død av et viktig medlem av nettverket tas i bruk:

1. **Å trøste og berolige** i møte med tap og sorgreaksjon. Fysisk berøring og nærhet gir en 'down regulation' av affektreaksjoner i amygdala og overstyringen av stressaksen (*Weiss et. al.* 1997; *Petzold, Wolf et al.* 2000; *Yehuda* 1997) og virker beroligende på 'hyperarousal'. Trøst-, smerte- og lidelsesreaksjoner som 'expressed emotions' trigger trøst og støtte-reaksjoner hos andre 'hominider' (artsfrender). ('Trøst' er i denne betydningen viktigere enn 'sorgarbeid', sammenlign *Petzold, Josic, Ehrhardt* 2003).

2. **Bistand og interesse** forhindrer på et psykologisk plan at man overveldes av angst for å bli forlatt (hominider 'vet' på et svært dypt nivå som må betraktes som evolusjons-psykologisk, at blir man alene og forlatt er man fortapt. Opplevd bistand tar vekk uro og angst, gir trygghet og fotfeste.

3. **Opplevd støtte** gjennom den man har en relasjon til, gir på det praktiske plan konkret hjelp til å hankses med praktiske problemer, noe som nettopp for eldre kan være et betydningsfullt anliggende.

4. **Opplevelse av mening**. Gjennom fellessamtaler (*Petzold* 2001b) med støttende eller berørte personer i det personlige og profesjonelle nettverk (*Hass, Petzold* 1999) kan det skje en menings-skapende bearbeidelse av belastende hendelser og de kan få en ny, bærende mening. (*Petzold* 2001k)

Gjennom disse fire kvaliteter som 'betydningsfulle andre' stiller til disposisjon kan eksisterende resiliens bli aktivert eller ny resiliens bygges opp.

På bakgrunn av slik konseptdannelse stilles det på intervensjonsnivå opp et nytt paradigme mot psykoterapiens og gerontopsykoterapiens rådende paradigme som er *det ekspressive, katarsisorienterte sorgarbeidet: Nemlig beroligende-integrerende trøst - som er karakteristisk hos Seneca, Epiktet eller i moderne, narrativ traumeterapi* (*Petzold* 2001m).

Til slutt burde hver beskyttelsesfaktor prøves ut mht de virksomme nivåene med spørsmålet: What happens on the brain level? Hvilken virkning har den på det praktiske-dagligdagse nivå? Og til slutt: Ved hvilke personlige situasjoner, livssituasjoner og belastninger kan det intervenseres med hvilke av de tilgjengelige beskyttelsesfaktorer?

Det integrative utgangspunktet er i sin konseptualisering, slik det her tydelig fremkommer, intervensjonsorientert. Med dette omrisset som bakteppe, definerer Petzold og medarbeidere "resiliens" slik ut fra et integrativt-terapeutisk perspektiv:

"Motstandskraft kan bygges opp på bakgrunn av submaximale, **overvinnbare** belastningssituasjoner, som evt avdempes av beskyttelsesfaktorer. Motstandskraften gir en slags 'psykisk immunitet' overfor nye, lignende belastnings-situasjoner eller mot påfølgende kritiske livshendelser og forbedrer derfor mestrings-kompetansen hos subjektet ved risiko- og 'stressful life events'." (Petzold et al. 1993a). Siden resiliens har forskjellig utforming ved forskjellige belastninger, snakker vi om resiliens i flertall, 'resilienser'.

Iflg Petzold er resiliens(er) resultatet av mestrings- og tilpasningsprosesser. De(n) arter seg forskjellig ut fra det aktuelle området og kan utvikles gjennom erfaring i å motta praktisk hjelp og gjennom en støttende ressursituasjon. Den regulerer ned (-) foreliggende sårbarhet som er genetisk betinget og sårbarhet som er tilkommet eller blitt forsterket gjennom livsløpet og bidrar til en stress-respons som ikke "sporer av" ved belastninger og ikke utløser dysfunksjonell 'hyperarousal'. Den styrker vitalitet (+) og kreativitet (+) og gir vellykkede mestringsopplevelser som i sin tur bekrefter det som er resilient. Slik oppstår en sirkulær modell: Beskyttelsesfaktorer fører til at det bygges opp resiliens(er) gjennom å fungere som buffere mot belastninger og sårbarhet. Ved nye belastninger er de tilgjengelige hos subjektet som 'indre beskyttelsesfaktorer' og blir bekreftet gjennom nye vellykkede mestringsopplevelser, noe som trolig gir en mer effektiv utnyttelse av ytre beskyttelsesfaktorer.

På bakgrunn av ovenstående kan **beskyttelsesprosesser** og de virksomme **beskyttelses-faktorene** i disse bestemmes på følgende måte:

"Beskyttelsesfaktorer er på den ene siden - indre - personlighetstrekk og 'inderliggjorte' positive erfaringer, mestringsopplevelser og opplevelser med egenvirksomhet som har ført til resiliens(er), på den andre siden - ytre- spesifikke og uspesifikke innflytelsesstørrelser i den sosioøkologiske mikrokonteksten (familie, venner, significant caring adults, bolig), i mesokonteksten (subkultur, sosialt sjikt, område, region) og i makrokonteksten (overgripende politisk og sosioøkonomisk situasjon, tidsånd, fattig- evt kriseregion), som i **interaksjonsprosess** med hverandre og med foreliggende risikofaktorer i utstrakt grad minsker utviklingsrisikoer og skader for individet og dets sosiale nettverk. De reduserer følelsen av makteløshet og verdiløshet og utligner (nøytraliserer) virkningen av uheldige opplevelser og kjeder av uheldige opplevelser, evt kompenserer for disse. Men som sunnhets-skapende (salutogene) påvirkningsstørrelser fremmer og forsterker de også følelse og tanke om egenverd, kompetanse og mestringssevne (performance) hos subjektet og dessuten ressursituasjon og 'støttende valenz' i den sosioøkologiske konteksten (familie, skole, nabolag, arbeidssituasjon) og blir en garanti for personlig sunnhet, velbefinnende og utviklingsmuligheter og ikke bare ren overlevelse (rev. etter *Petzold et al 1993, 185*).

Risiko- og belastningsfaktorer, beskyttelsesfaktorer og resiliens(er) kan ikke betraktes uten kontekst ('dekontekstualisert'), det burde være tydelig. De kommer til uttrykk i komplekse, sosiale prosesser og kontekster og må derfor settes inn i konteksten til de overordnede teoriene. Med et integrativt perspektiv kan teoriene og forskningen rundt "sosial støtte" anvendes her, (*Nestmann 1998, Röhrle 1994; Hass, Petzold 1999*), både som

forklaringsmodeller og som modeller for hjelpetiltak. I siste hånd er referanseteorier- og modeller som trekker inn utviklingspsykobiologiske perspektiver (clinical span development approach, Oerter et al. 1999), personlighetsteoretiske dimensjoner, kontekstteoretiske vurderinger (Vygotsky, Gibson), sunnhets- og sykdomsteoretiske konsepter påkrevd. (Petzold 2003a; Lorenz 2004). Her følger en kort fremstilling av den integrative modellen for "social support".

### **Sosial bistand som rammer for beskyttelsesfaktorer og resiliens(er), bilde nedenfor**

Legende: Man tar utgangspunkt i personens generelle livssituasjon, hvor graden av sosial integrasjon, dvs det sosiale nettverkets stabilitet i kvalitativ og kvantitativ betydning (Petzold 1979c; House et al. 1998) og beskaffenheten av hans/hennes "social world", verdier - og fellesskap (lokalmiljø) (Petzold, Petzold 1991b) har grunnleggende betydning for den generelle "støttende Valenz" i personens livsverden. Og, ikke minst i et biografisk og prospektivt perspektiv - også for stabiliteten i personligheten (fra *selvet, jeg og identitet*, se Petzold 2001p) og for hans/hennes sosiale evner (kompetanse) og ferdigheter (performance), mestrende/skapende væremåte.

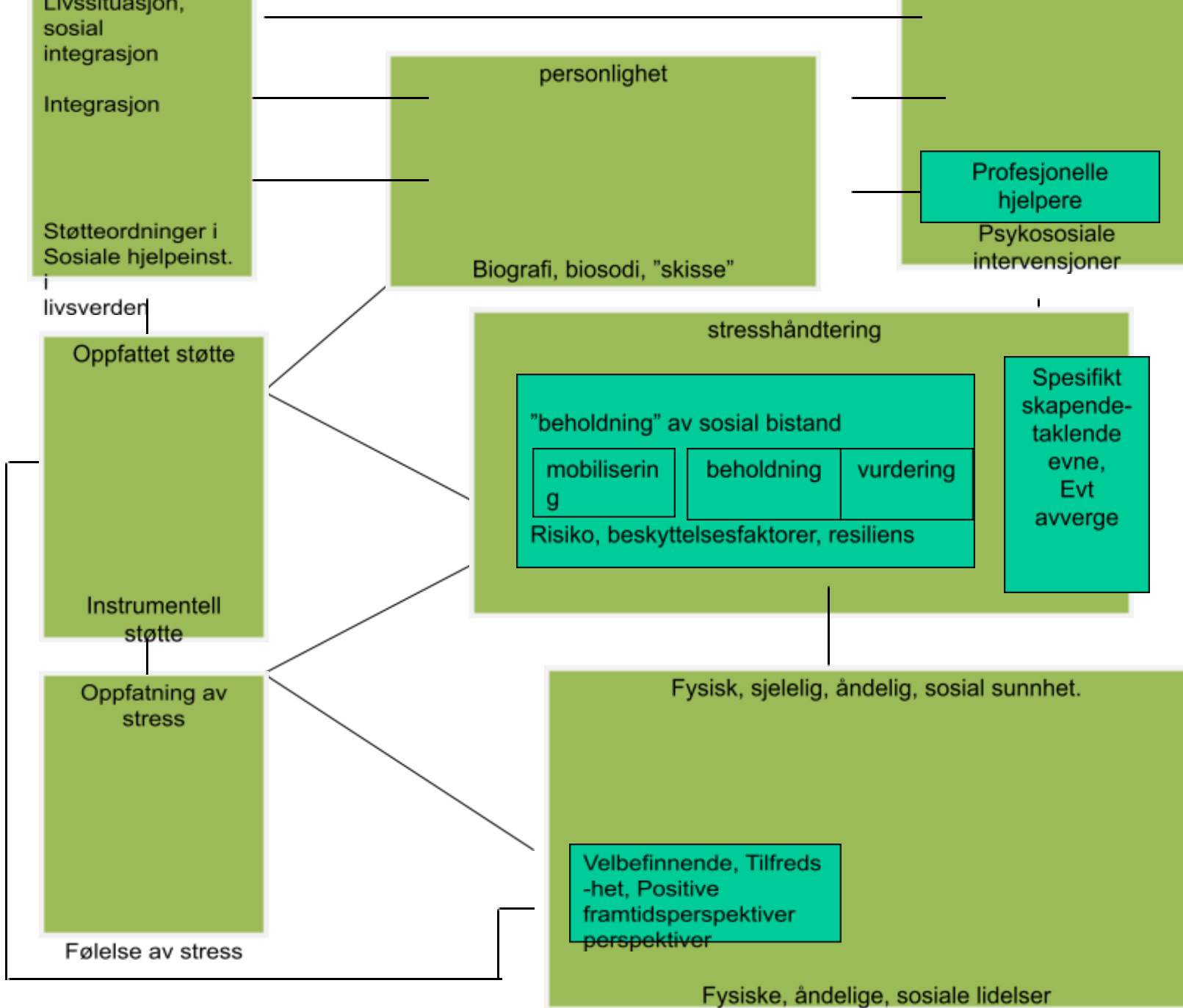
Intervensjoner må derfor alltid ta sikte på å fremme sosial integrasjon gjennom å stabilisere livssituasjonen og på å støtte personligheten med dens identitet, slik den historisk sett har vokst fram og de må siktes inn mot planer/ønsker for fremtiden. En videre faktor for støttende, psykososiale intervensjoner er det sosiale sikkerhetsnett, dvs det offentlige helsevesen med sosiale støtteordninger (rådgivningstjeneste, polikliniske tilbud mv.) og profesjonelle hjelpere, disse representerer ytre beskyttelsesfaktorer. Her ligger hovedbetingelsene i forhold til vellykket/mislykket hjelp i å mestre kriser, stress og krevende opplevelser. Eksistensen av et sosialt sikkerhetsnett og kjennskap til dette vil ha betydning for de rammede, med henblikk på troen på kontroll, forventninger og personlig stabilitet. Ved siden av hjelp i hverdagen fra familie og venner trer kunnskapen om muligheten for profesjonell hjelp fram som "informasjonsbistand", som en del av dimensjonen instrumentell/materiell og emosjonell hjelp (Schwarzer, Leppin 1989) og støtter sammen med beskyttelses-faktorene opp under bestrebelsene på håndtering, creating- eller avvergestrategier hos den rammede.

Støttetilbud og beskyttelsesfaktorer blir i krisesituasjoner lagt like mye merke til og tillagt like stor betydning som stressorer og sannsynligvis må man i sosioterapi i enda større grad (Petzold, Schley, Ebert 2003) være oppmerksom på dette i relasjon til stressopplevelser og bistands-form, eller også på omfanget av den i en kombinasjon av emosjonell, materiell og informativ støtte. Betydningen stresset tillegges eller diskrepansen mellom *krav* (f.eks. økonomiske og emosjonelle ressurser hos en eneforsørger, idem 2000h) og tilgjengelige *ressurser* og beskyttelsesfaktorer, fra forventningen om hjelp og faktisk hjelp eller hjelp som uteblir, blir igjen gitt akt på og bedømt (*appraisal, valuation*).

Det skjer en avveining på bakgrunn av tidligere kriseerfaringer og med de nåværende tilgjengelige creating- og mestringsmuligheter, noe som fører til gjenvinnelse av kontroll og beroligelse eller også avhengighet av tilgjengelige relasjoner og beskyttelsesfaktorer til stressemosjoner, følelse av makteløshet, noe som har innvirkning på hvordan man oppfatter støttetiltak og vektlegger dem emosjonelt. Dette iblant til en slik grad at instrumentell hjelp, for eksempel i form av penger eller verdier overhodet ikke tillegges verdi, ikke medfører emosjonell lettelse eller gir noen faktisk virkning - f.eks. sletting av gjeld gjennom gjeldssanering. Emosjonell og kognitiv bedømmelse får derfor en ganske massiv betydning når det gjelder støttetiltak i form av psykososiale intervensjoner, ja muliggjøringen av et positivt syn på hjelpetiltaket vil i stor grad bidra til at det aksepteres og lykkes. "Emotional management" av stressemosjoner ved hjelp av avlastende intervensjoner, fra Integrativ Terapi's repertoar vil ha en viktig funksjon her (Petzold 1991h, 2004a).

Hvis de støttende intervensjonene lykkes, kan beskyttelsesfaktorer og ressurser likestilles og brukes, hvis sunnhet og velbefinnende fremmes unngår og overvinner man sykdom, hvis det dannes resiliens, øker den positive selvfølelsen og negativ selvfølelse blir mindre (Petzold 1992b).





Ill.: "sosial støtte", personens sosiale situasjon (livssituasjon), psykososiale intervensjoner og sykdom, sunnhet og velbefinnende.

Sårbarhet blir forsterket eller svekket, resiliens bygges opp, mestrings- og creatingpotensiale fremmes eller innskrenkes, ressurser eller beskyttelsesfaktorer kommer til eller går tapt. Hvordan dette virker tilbake på den allmenne livssituasjonen og sosial integrasjon på den ene siden og på personens stabilitet på den annen side viser seg på samme måte alt etter som tiltakene og bestrebelsene på å hjelpe og støtte opp om mestring har lyktes eller mislyktes.

Innenfor rammen av en slik integrativ modell for sosial bistand, som trekker inn intervensjonsformer som (geronto) psykoterapi, (geronto)sosioterapi, geragogik (idem 1965), kan et konsept som beskyttelsesfaktorer og resiliens være svært fruktbart med tanke på teoribygging, forskning og praksis.

## 2. Beskyttelsesfaktorer/ resiliensfaktorer - generelle og områdespesifikke

## overveielser

Beskyttelsesprosesser og de såkalte "beskyttelsesfaktorene" som virker gjennom dem, kan altså på den ene siden fremme og føre til dannelse av "sunnhet, velbefinnende, yteevne" (health, wellness, fitness), men de kan også bidra til dannelse av resiliens (kjennetegnet spesifikke resiliensfaktorer) idet de kompenserer for, eller forhindrer skadelig påvirkning (risiko- og belastningsfaktorer). Her kan en iakttatte generelle, områdeovergripende og områdespesifikt materiale.

Indre (internal) beskyttelsesfaktorer er - som nevnt over - funksjonelle for kjennetegn som er blitt funnet hos- eller tillagt resiliente personer som såkalte *trekk*, (ikke alle publikasjoner bygger på empiri) iblant er de ikke til å skille til å skille fra hverandre. Siden de som sådan kan være viktige som impulser for intervensjoner, gis her forsøksvis en (ufullstendig) oversikt som sammenfatter de til dels forstyrrelses-spesifikke, (ved forstyrrelser, overs. komm.) empiriske og heuristiske funnene.

### 2.1 Beskyttelsesfaktorer - generelt perspektiv

Ved sammenligning av funn fra trait-undersøkelser har det vist seg at det kan finnes noen faktorer som åpenbart er aldersuavhengige og som gir resiliens, (sammenlign. hos barn *Garnezy* 1993; *Petzold, Müller* 2001, ungdom *Beardslee & Podorefsky* 1998 og voksne *Robkin et al.* 1993).

Slik ble følgende registrert som kjennetegn for resiliente personer i alle aldre:

- intelligens, noe over gjennomsnittet
- bredt interesse- og aktivitetsfelt
- en aktiv, engasjert livsstil
- self-reliance (tro på seg selv og på egne evner)
- uavhengighet
- en positiv livsanskuelse
- fleksibilitet overfor forandring, såvel som
- gode relasjoner til betroede.

Ofte fant man - og også gjeldende for forskjellige aldre - følgende faktorer:

- refleksjonsevne
- evne til eksentrisitet (hos ungdom, *Beardslee & Podorofsky* 1988) og
- sterk ytre støtte (hos barn f.eks i form av nære relasjoner til noen de har knyttet seg til, og/eller voksne forbilder eller i fellesskap (f.eks peer-groups).

Relasjonen til personer som tjener som forbilder tillegger også *Dyer, McGuinness* en stor verdi. Forutsetning for utviklingen av resiliens er nettopp tilstedeværelsen av minst en person i livet som ble opplevd å gi omsorg og som var emosjonelt tilgjengelig, med den modell og de indre verdiene denne personen representerte for individet. Når det gjelder ekstern støtte, må det imidlertid også tilføyes, at denne hjelpen (support) ikke alltid og i enhver situasjon oppleves som beskyttelse, men under visse omstendigheter sågar kan være til skade. (*Staudinger et al.* 1995; *Staudinger, Greve* 2001), avhengig av kvaliteten, kvantiteten på den *tilbudte* og *opplevde* støtte (*Petzold, Petzold* 1993, 470), hvor det igjen må differensieres med hensyn til egenskapene til det støttende nettverket eller også når med hensyn til personlighetstrekkene til personen som støttes. Det må altså ikke gjøres forhastede generaliseringer.

### 2.2 Beskyttelsesfaktorer - områdespesifikke perspektiver

Utenom hos *Wagnild & Young* (1990) kunne vi dessverre ikke finne noe arbeid som beskjeftiget seg spesielt med å sette sammen beskyttelsesfaktorer for alderdommen. Men mange studier omhandler ett spesifikt tema under aspektet alderdom, slik at vi likevel kan liste opp noen resultater med tanke på forskjellige psykiske forstyrrelser og generelle

temaer, på samme måte som det gjøres for somatiske lidelser.

- sinnsro
- standhaftighet
- selvtillit
- nysgjerrighet
- fleksibilitet, tilpasningsevne
- sosial kompetanse
- sosial aktivitet
- uavhengighet
- kontroll over eget område
- ressursmangfold
- Troen på at alt levende har betydning og er eksistensielt enestående
- holdning som tilskriver livet mening
- fysisk robusthet
- god tilgang til medisinsk hjelp

### a) Mortalitet og sykdom versus langt liv og sunnhet

Vi kan her ikke gå mer utførlig inn på hele området av beskyttelsesfaktorer med tanke på somatiske sykdommer, men vi vil peke på noen slike forbindelser, siden kroppslige sykdommer alltid virker inn på psyken – noe som i alderdommen kan innebære til dels alvorlige vekselvirkninger, idet somatiske begrensninger for eksempel vil medføre tap av sosiale kontakter.

- *Seeman og Chen (2002)* lette etter risiko- og beskyttelsesfaktorer for kronisk syke eldre mennesker sammenlignet med ikke-kronisk syke. Resultat: For *alle* var *rege-lmessig fysisk aktivitet* en beskyttelsesfaktor med tanke på forandringer av fysisk funksjonsdyktighet. I de diagnosespesifikke resultatene viste det seg at de cardio-vaskulære forstyrrelsene skåret høyere på 'mer emosjonell støtte' sammen med høyere 'baseline levels' (grunn-nivå) samtidig hadde de mindre tap av funksjons-nivå. Faktoren 'større sosiale konflikter' var spesiell hos pasienter med høyt blod-trykk og diabetes og var forbundet med større funksjonstap. Og for kreftsyke var særlig 'overbevisningen om egne ferdigheter' en beskyttelse. Sosiale og psykologiske faktorer hos forsøkspersoner uten kroniske sykdommer, hadde ingen innflytelse på funksjonstap.
- *Aldersoptimisme og positiv selvopplevelse* ble funnet av *Levy et al. (2002)* som faktorer som også er forbundet med høy levealder.
- *Positive følelser i yngre år* korrelerte med høy levealder i en undersøkelse av *Danner, Snowdon, Friesen (2001)*.

### b) Stress versus stressreduksjon/ -'støtdempere'

Konseptet stress krever nærmere spesifisering, idet det medvirker ved mange belastningssymptomer og psykiske forstyrrelser. 'Støtdempere' for stress kan derfor ha en indirekte virkning på forskjellige forstyrrelser.

- *Sosial interaksjon og fysisk aktivitet* har ifølge *Unger et. al. (1997)* og *Petzold, Berger (1986)* både en 'støtdempende' effekt mot stress samt en direkte beskyttende effekt mot funksjonstap.
- *Stevens (2000)* holder fram en rekke stressdempende faktorer: *intern locus of control, sosial støtte, sosial interesse, forsvarsdyktighet, fysisk fitness, humoristisk sans, alkoholkonsum, type A karakteristikk, optimisme.*
- *Husdyrhold (Sclappak 1990; Otterstedt 2001; Olbrich 1997, Greiffenhagen, Bruck 2000; Corson, Corson 1980)*

I et biologisk-evolusjonært perspektiv henviser *Parsons (1996)* til genes betydning for stressreducerende metabolisme. Å fremme stressdempende genregulering (*Bauer 2002; Petzold 2003*) gjennom sosial aktivitet og gode mellommenneskelige kontakter må betraktes som vesentlig.

### c) Depresjon versus velbefinnende

'Coping-stil' - hvordan man møter utfordringer - blir flere ganger satt i forbindelse med beskyttende påvirkning når det gjelder depresjon:

- Et vekselspill mellom de to coping-stilene 'assimilasjon og 'akkomodasjon' er ifølge (Rothermund, Schmitz 1997) en beskyttelsesfaktor. Kubat og Bahro (2001) fant at en *god akkomodasjonsevne* er en beskyttelsesfaktor (smlgn. også Brandstädter, Rothermund, Schmitz 1997). Dette bekrefter en tese om at den akkomodative mestringsstilen tiltar i alderdommen, evt. i mange tilfeller blir mer funksjonell enn den assimilative. (Staudinger, Greve 2001; Brandstädter & Renner 1990).
- Staudinger et al. (1999) ser dette mer komplekst. En bestemt stil er ikke mer beskyttende enn en annen, men det er den *selektive fleksibiliteten* som en person viser ved anvendelsen av forskjellige mestringsstiler, som er det avgjørende punktet.
- Det såkalte regressive mestringsmønsteret ('gi fra seg ansvar', 'tap av mening', 'la det gå sin gang') tiltar lett med alderen (Staudinger et al. 1999), men under endel omstendigheter kan det være funksjonelt (for eksempel ved irreversible innskrenkninger). 'Humor', 'ikke gi opp' og 'ønske om informasjon' viser en positiv sammenheng med tilfredshet i alderdommen (dette blir av Staudinger et al. sett på som indikator for resiliens), 'å avfinne seg med', 'tap av mening' og 'gi fra seg ansvar' viser derimot en negativ sammenheng. Men det synes lite hensiktsmessig å betegne bestemte mestringsstiler som regressive. For eksempel synes copingstilen 'la alt gå sin gang' å gi beskyttelse med tanke på kroppsligutsatthet, mens 'ikke gi opp' og 'ønske om informasjon' - som i seg selv ofte kan være beskyttende stiler, like gjerne kan bli dysfunksjonelle. Om en mestringsstil er beskyttende eller ikke, henger altså også sammen med hva slags belastning det er, med kontekstbetingelse og ressursituasjonen: irreversible tap/innskrenkninger må håndteres annerledes enn de som går over og/eller kan påvirkes.
- Mennesker med fysiske hindringer og aktuell sosial isolasjon lider oftere av depressive forstyrrelser (Schneider et al. 1999). Likeså - og sågar enda tydeligere - jo flere livsavsnitt disse menneskene hadde levd med sine subjektive belastninger som overskygget de støttende elementene, jo raskere ble de kategorisert med psykogen lidelse. Videre ga emosjonell labilitet en høyere risiko for psykogene lidelser, mens de som tilhørte lavrisikogruppen, var de som reagerer *kognitivt* på problemer ved å *omdefinere* dem (ibid. 229). Ved mestringsstrategier kom det fram tydelige forskjeller mellom depressive pasienter og psykisk sunne: Å møte problemer aktivt, å være optimistisk, å akseptere det som ikke kan forandres, å bruke tidligere erfaringer, å omdefinere situasjoner kognitivt og å beholde humoren, kjennetegner en sunn væremåte.
- Her kommer det altså tydelig fram at 'beskyttelsesfaktorer' ikke dreier seg om enkle korrelasjoner. Deres aktivitet er snarere avhengig av flere variabler/ ramme-betingelser: De kommer differensiert til uttrykk avhengig av 'livssituasjonen', ressursene, nettverks-situasjonen, boforholdene (privatbolig/sykehjem) (Bäcker, Naegel, 1992, Petzold 2000h).
- Staudinger, Freund (1998) fant for eksempel at for *personer med lav inntekt* utgjorde et større antall selvdefinerte områder en beskyttende funksjon i forhold til *helsemessige begrensninger*. Her var forskningen differensiert, og resultatene er tilsvarende komplekse og kan vanskelig generaliseres.
- Likeens hos Staudinger og Freund (1998): Selektiv investering, det vil si å konsentrere seg om noen få 'investeringsområder' i livet, hadde *en kompensere effekt både ved lav inntekt og sviktende helse*.
- Strawbridge et al. (1998) prøvde i en undersøkelse å finne ut om religiøsitet kan ha en dempende kvalitet overfor stressfaktorer som kan medvirke til å gi depresjon. Undersøkelsen virvler opp mange spørsmål: Har religiøse en mer 'konservativ' livsstil som inneholder mindre stress? Lever de under mer 'ordnede forhold' slik at de er mindre utsatt for nedbryting av 'personlig bæreevne' (Petzold 2000h)? At religiøsitet ikke uten videre kan tilskrives 'sunnhet', viser alle undersøkelser om religion og depresjon. Resultat: Religiøsitet gir beskyttelse mot depresjon ved ikke-familiære stressorer, men forsterker til tider tendensen til depresjon (evt kommer) når personen står



overfor familiære kriser. (Andrizky 1999)

- Coleman et al. (1993) omtaler et *godt selvbilde* og at '*significant others*' har stor betydning (det vil si betydningsfulle personer i eller utenfor familien) som beskyttelse mot depresjon. Omvendt fant de at "en negativ innstilling til alder-dommen", 'å være avhengig av hjelp i hjemmet' og 'opplevd inaktivitet' (dvs å være mye hjemme) var predikatorer for depresjon og lavt selvbilde.
- *Et fleksibelt selv* som i seg selv skal være en beskyttelse mot depresjon, oppnås gjennom: a) instrumentelle og kompensatoriske aktiviteter b) akkomodative forandringer og nyttilpasning av personlige mål og bestrebelse og c) gjennom immuniserende mekanismer (Brandtstädter & Greve 1994).
- Dyer, McGuinness (1996) angir følgende beskyttelsesfaktorer med tanke på depresjon: *beslutsomhet/måltrettethet, reflektert sinnsro* mht egen livsvei, *prosocial holdning* (som i nødsituasjoner kan innebære å ta i mot hjelp), *Hardiness* (hardførhet) (et konsept fra Kobasa, 1979, noe som kjennetegner en person som kan forholde seg konstruktivt til slit og møye - noe som selvsagt ikke er mer enn en videre, noe annerledes uttrykt definisjon av resiliens og som derfor ikke kan benevnes som resiliens-faktor.

#### d) kognitivt forfall, tap av kompetanse

- 'Utdannelse' (dannelse) kompenserer for kognitivt forfall, evt bidrar til at den utsettes, men virker ikke beskyttende. (Christensen et al. 1997).
- *Intelligens* og '*erfaringsskatter*' kan sees på som en 'endogen' resiliensfaktor og *kognitiv trening* som en 'eksogen' resiliensfaktor med henblikk på kognitivt forfall (smgn Staudinger, Greve 2001).

#### e) etnisitet

Med rette viser Jacelon (1997), at det ennå er forsket for lite spesifikt på forskjellige befolkningsgrupper (etter etnisitet, religion, alder, kjønn, spesifikke problemer/ sykdommer). Det skal her nevnes at Muecke (1992) i sine undersøkelser av resiliens hos flyktninger antok at det som medisinsk sett må betraktes som sykdom, kanskje representerte et stadium i en resiliensprosess.

Wallace og Bergman (2002) viste til at i en populasjon av 10 afrikanske amerikanere var religiøsitet og spiritualitet angitt å være en viktig reservekapasitet. Også dette resultatet kan være etno-spesifikt og burde repliseres i et etnisk sammenligningsdesign.

#### f) kjønnsspesifikke undersøkelser

- Wagnild & Young (1990) fant resiliens-egenskaper i sin undersøkelse av eldre kvinner som hadde lært seg å leve med tungtveiende tap på en god måte. (smlgn opplisting i begynnelsen av dette kapitlet).
- Som en beskyttelsesfaktor for kvinner anga Kline (1975) inkonstans i rolle-tilhørighet. Kvinner som i løpet av livsløpet har innehatt og utfyllt flere roller (yrkes-kvinne, husmor, mor osv), var mer tilfredse i alderdommen (mindre depressive). Det har altså vist seg at for eldre kvinner representerer rolle-inkonstans gjennom livet en mer betydningsfull beskyttelsesfaktor enn rolle-konsistens. Sosiale strømninger som tvinger kvinner til tilpasning til nye roller, kan altså bidra til at de oppnår fleksibilitet og tilpassningsdyktighet til alderdommen (Kline 1974; smlgn Höpflinger 1994).
- Med utgangspunkt i en 'fortsatt uavklart situasjon med tanke på funn som viser sammenheng mellom livshendelser og utviklingsmessig betydningsfulle forandringer i høy levealder', forsøkte Saup (1998) å se tilbake på forskjeller i *opplevelses-biografien* i kvinners liv som (etter egne utsagn) hadde forandret seg i retning av å bli eksplorative (utforskende, åpne - oversetterens kom.) eller resignerte. "Eksplorative eldre kvinner hadde gjennomsnittlig et større antall opplevelser knyttet til området 'utenomfamiliære sosiale kontakter, som 'livsstil og fritidsbeskjeftigelse'. Hos de resignerte kvinnene var derimot antallet sykdomsrelaterte erfaringer høyere". Resultatet fortøner seg trivielt, (kvinner som må tåle større belastninger forandrer seg i retning resignasjon), det viser

imidlertid at man ikke bare kan sette livserfaringer opp mot hverandre ut fra antallet. Andre resultat fra denne studien var: De eksplorative kvinnene bruker i gjennomsnitt signifikant lengre tid på livshendelser enn de resignerte, framfor alt på ikke-belastende-begivenheter. Resignerte kvinner brukte noe lenger tid - dog ikke signifikant (!) - på å 'bearbeide' belastende hendelser. Eksplorative eldre hadde gjennomsnittlig også større tetthet av hendelser -, framfor alt flere *ikke* belastende hendelser -, mens de resignerte eldre åpenbart hadde mer å 'bokføre'. Resignerte eldre hadde på tidspunktet for undersøkelsen større belastende hendelser enn eksplorative eldre, selv om disse i gjennomsnitt forholdt seg til flere hendelser. Hvert resultat måtte imidlertid analyseres med tanke på om hendelsen virkelig hadde vært belastende eller om den sågar hadde representert en ressurs.

- *Van der Heuvel* et al. (1996) fant framfor alt at hos kvinner med kognitiv svikt representerte en sterk *indre locus of control* beskyttelse mot depressive symptomer (de undersøkte generelt den modererende påvirkningen av locus of control og nevrotisme på sammenhengen mellom kognitiv svikt og depressive symptomer).

I nevnte undersøkelse har '**risikofaktorer**' delvis fått posisjon som 'motkraft' til beskyttelsesfaktorene. I mange undersøkelser står de i sentrum.

- Slik er det i en undersøkelse av *Antoni & Goodkin* (1998) fra psykosomatikken. I sammenheng med kreft hos voksne fant man følgende risikofaktorer: Premorbid pessimisme, håpløshet, somatiske angstsymptomer, en passiv og 'tilpasset' personlighetsstil.
- *Fuchs* (1999) sammenlignet depressive med parafrenilidende og kunne bekrefte diverse risikofaktorer for parafreni i et sent stadium: 'lavt utdanningsnivå', 'nedsatt hørsel', 'en familiehistorie med paranoid forstyrrelse'. Hos de depressive var 'graden av fysiske hindringer' signifikant høyere. Hos begge gruppene kan biografiske data ha bidratt til en særskilt sårbarhet: Hos de paranoide at de hadde blitt 'rykket opp med roten', hadde blitt 'fornedret', at de var 'sosialt stigmatiserte', hadde opplevd 'skuffelser' og hadde 'skjøre relasjoner'. Alt dette skal ha skapt en mistroisk holdning til omverdenen. Hos de depressive ser 'tidlige tapsopplevelser' ut til å være særlig hyppig forekommende - noe som tilsvarer forskningens generelle konklusjon med henblikk på depresjonsetiologi. En stadig latent trussel om 'antisipert atskillelse' kan representere en sårbarhetsfaktor hos disse.
- *Oswald* et al. så etter risikofaktorer når det gjaldt selvstendighet ved høy alder: Disse var 'apoplexi', 'depresjon', 'under gjennomsnittet subjektiv oppfatning av eget velbefinnende' og 'spesifikk hukommessvikt'. De viste til diverse mangler i kognitiv mestring og at det fantes tidlige symptomer som indikerte demens-risiko! (Det må diskuteres hvorvidt disse skal defineres som *risikofaktorer* eller symptomer). Risikofaktorer med tanke på mortalitet var røking, 'diabetes mellitus', 'under gjennomsnittet subjektiv oppfatning av helsen og 'en kroppslig mestringsevne under gjennomsnittet'. Men: verken multimorbiditet eller enkeltstående, typiske sykdommer viser utelukkende uselvstendighets-, demens- eller morbiditetsrisiko. Siden forskjellige faktorer på flere nivå virker inn på selvstendighet, demens og morbiditet, slutter *Oswald* et al. derav (2002) at et *multimodalt* treningsprogram kunne motvirke disse uønskede prosessene noe. Konkret foreslår de: Hukommelsestrening (kognisjon), kompetansetrening (sosiale og personlige faktorer), psykomotorikk (fysiske aspekt).

### 3. Perspektiver med tanke på en interventiv praksis

Det foregående presenterte materialet kan brukes med tanke på intervensjoner i geriatrien; i psyko- og sosioterapi, i rådgivning, nettverk- og støttearbeid såvel som i interdisiplinær diagnostikk hos eldre mennesker og det kan være til nytte i interdisiplinære behandlingsteam ved interdisiplinære intervensjoner. Det er nødvendig med en 'geriatriutvikling' hvor funnene av beskyttelsesfaktorer og resiliens fra langitudinell utviklingsforskning, i denne sammenheng: fra alderdommen, knyttes opp mot psykoterapeutisk teoridannelse og prakseologi. På denne måten kan man oppnå tilstrekkelig konsistens mellom utviklingsmål og terapimål, man unngår mål-mål og mål-middel- konflikter, terapivirksomme faktorer og beskyttelsesfaktorer veies mot hverandre og benyttes etter hvilke

intervensjoner som er relevant.

Generelt kan man si at de mangfoldige beskyttelsesfaktorene som fremmer resiliens og de forskjellige momentene som til sammen utgjør resiliens og er avgjørende for *om* og *hvordan* resiliens oppstår og bevares, ikke tillater at vi trekker endimensjonale slutninger og utleder enkle oppskrifter for støtte eller sågar opplæring i resiliens hos gamle mennesker. Omsetning av de foreliggende funn og konsepter til praksis vil kreve en viss reduksjon av kompleksitet, noe som alltid er forbundet med fare for forenklinger og generaliseringer. Ved gerontoterapi eller ved sosialgerontologiske intervensjoner, treffer man ofte på mennesker i 'prekære livssituasjoner', i noen tilfeller også i 'katastrofale livssituasjoner' (Petzold 2000h). Hjelperne blir konfrontert med problemer (i form av krisebetonte belastninger, forstyrrelser med sykdomsinnhold og/eller utviklingsoppgaver og utfordringer), med ressurser/ressursmangler og **potensiale/** mangel på potensiale (**PRP**) hos klienten. Ut fra **PRP**-statusen (Petzold 1997p) framkommer **målene** for behandlingen, omsorgen, støtten. Målene gjennomarbeides og samtales om med klienten gjennom 'informed consent'. Det krever igjen **metoder** og **teknikker**, og disse må også være gjenstand for tilslutning på basis av informasjon (hos svært demente og ved lignende tilstander: fra pårørende eller pleiepersonale).

I rammen av diagnostisering og intervensjons- evt behandlingsplaner, får ressurser, faktiske og potensielt belastende og beskyttende faktorer og resiliens en viktig rolle med tanke på å kunne gjennomføre en vellykket behandling. Initial diagnostikk må alltid suppleres med en 'prosessuell diagnostikk' i behandlingsprosessen. (Petzold 1993 p; Petzold, Steffan 2001; Petzold, Osten 1998; Osten 2000, 2003). I dette forløpet blir beskyttelsesfaktorer og resiliens for den aktuelle pasient synlig, og også muligheten til å ta hensyn til dem. En differensiell og fleksibel bruk av dette konseptet vil altså være nødvendig, slik det også er påkrevet med tanke på terapeutisk virksomme faktorer i moderne psykoterapi. (Smith, Grawe 1999; Petzold 1993p, 2002b). Den vitenskapelig sett ennå svært åpne statusen til konseptet beskyttelsesfaktorer og resiliens krever her en omsorgsfull og samtidig fleksibel framgangsmåte. Når det i fortsettelsen likevel blir forsøkt å vise veier i forhold til å integrere denne viten i det praktiske og metodiske terapeutiske arbeidet med gamle mennesker, må de foreslåtte tiltakene/ intervensjonene betraktes som *muligheter* for å fremme resiliens og til å oppdage og utnytte beskyttelsesfaktorer som tiltak i den terapeutiske prosessen hvor 'salutogenese' (Antonovsky 1979, Lorenz 2004) og beskyttende prosesser vektlegges. Slik kan man tilstrebe at " tilgjengelige ytre ressurser og beskyttelsesbetingelser blir mobilisert eller åpnet opp for igjen, at indre beskyttelsesmekanismer ('indre bistand', i den grad den måtte finnes) blir støttet opp om og gjort tilgjengelig gjennom terapi." (Petzold 1995a, 198). Inderliggjorte 'signifikante støttepersoner' representerer i kraft av 'indre bistand' (Petzold 1985) beskyttelsesfaktorer av enorm betydning, på samme måte som inderliggjorte truende eller belastende personer representerer betydelige internaliserte risikofaktorer i egenskap av 'indre fiender' (idem 1985a). (Slik påtrengende bilder av gjerningsmannen kommer fram i PTSD-flashbacks. Diagnostikk og terapi må ta hensyn til disse faktorene.

Bortsett fra arbeidet til Petzold og medarbeidere; arbeid med barn (Petzold, Ramin 1987; idem 1995a), ungdom (Petzold, Schay, Ebert 2003), voksne (idem 1993p, 2001a, 2003a) og eldre mennesker (Petzold, Bubolz 1979; Müller, Petzold 2003) støter man på relativt lite konseptualisert stoff om psykologisk motstandsdyktighet og beskyttelsesfaktorer i terapiberetninger og teoretisk arbeid i feltet 'Psykoterapi gjennom livsløpet', selv om det er et svært relevant tema i psykoterapi (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). I klinisk kontekst - framfor alt innenfor det systemiske paradigmet - har imidlertid en mer og mer ressursorientert tenkning fått fotfeste - om enn svært uspesifikk. Den går i lignende retning som det resiliensfremmende arbeidet og utnytter beskyttelsesfaktorer på lignende måte.

Forutsetningen for at hver av disse intervensjonene skal være til nytte i *enkeltilfellet* er ganske sikkert en omhyggelig, differensiell diagnostikk (Osten 2000; Petzold, Osten 1998) og en flerdimensjonell avklaring av tilgjengelige ressurser (Petzold 1997p) og rammebetingelser som nettverks-, konvoi- og livssituasjon. (idem 2000h; Hass, Petzold 1999). En slik kart-legging hører med i begynnelsen av hver behandling eller rådgivning, likegyldig om denne finner sted i en psykoterapeutisk praksis eller i en psykiatrisk eller psykosomatisk enhet.

Ved siden av individuelt 'skreddersydde' intervensjoner, kan imidlertid også mindre spesifikke behandlingsprogram bygges opp eller det kan tilføres elementer som kan gi et allment bidrag i det sunnhetsfremmende arbeidet idet de støtter opp under en eller flere beskyttelsesfaktorer, er 'alle til gagn' og ikke har noen bivirkninger (Müller, Petzold 2002a; Märtens; Petzold 2002). En slik tenkning kunne og burde også få betydning utenfor kliniske enheter, nemlig når man også betrakter forebygging som en helsemessig politisk oppgave. I alders- og sykehjem, hvor faren for uoppdagede og udiagnostiserte depresjoner er stor, kan forebyggende tiltak legges inn i hverdagen. Det samme gjelder for hjemmesykepleie og for ambulant omsorg og for somatiske sykehusavdelinger. Siden sammenhengen mellom fysiske lidelser og depresjon er svært stor, må det settes inn preventive tiltak nettopp for gruppen med fysiske plager. I somatiske sykehusavdelinger må det gripes fatt i om det foreligger andre risikofaktorer og hvilke beskyttelsesfaktorer som er tilgjengelige, er i ferd med å gå tapt, som kan støttes opp om og mobiliseres (smlgn. Fuchs 1999; Schneider et al. 1999). Hvis risikopasienter oppdages og behandles for psykisk dekompensasjon på et riktig tidspunkt, eller det gis opplæring i psykiske forstyrrelser på sykehuset, kan det bidra til å unngå innleggelse i psykiatrien eller forhindre en post-hospital depresjon.

Ut av den foregående sammenstillingen av beskyttelsesfaktorer, er det innlysende hvor mange skikt beskyttende faktorer virker på og på hvor mange nivåer beskyttelsesfaktorer kan lokaliseres: Genetiske og psykofysiologiske parametre, kroppslig aktivitet, positive kognisjoner og emosjoner, atferd, sosiale omgivelser osv. Herfra kan man utlede resiliensfremmende tiltak for sykehus og boenheter, og det blir tydelig at alle disipliner i et interdisiplinært behandlingsteam kan bidra til å utnytte beskyttelsesfaktorer: Stressreducerende avspenning, (Voutta-Voss 1997) eller regelmessig fysisk aktivitet, for eksempel gåtreening, ved bevegelsesterapeuten (van der Mei et al. 1997), sosial kontakt gjennom gruppeterapi, dyrehold som en miljøterapeutisk intervensjon, støtte ved tap av- eller støtte til å opprettholde et bærekraftig sosialt nettverk gjennom sosialtjenesten (Petzold 1994e). Menings- og trøstgivende samtaler, 'filosofisk terapi' (idem 2001m) eller narrativt biografiarbeid (idem 2003g; Olbrich 1997) har på samme måte som kreativt terapeutisk arbeid med poesi- billedskapende medier, teaterterapi, musikkterapi (Petzold 1985a; Müller, Petzold 1997) et stort beskyttelses- og identitetsskapende potensial (Nitsch-Berg, Kühn 2000). Det vil imidlertid være behov for et koordinert case-management-opplegg eller en målrettet behandlingsplan. Jo grundigere avklaringer som er foretatt mht **Ressurser**, **Potensiale**, **'Problemer'**, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer, desto mer målrettet kan de fremmende komponentene, evt forutsetninger for resiliens anvendes og desto mer presist kan også en metodisk fremgangsmåte velges. I en omhyggelig, målrettet terapiplan gjelder det da å få fram hovedpunkter og prioriteringer. Da kan man vanligvis gå fram fra forskjellige hold, i det intervensjonene kan virke gjensidig stimulerende. Naturligvis må man her ha et omhyggelig blikk på pasientens belastningsevne. Man kan for eksempel ha fokus på følgende intervensjoner:

- Felles analyse og gjennomtenkning av, evt tillemping av mestringsstrategier;
- Avklaring av mål;
- Gjennomgang og 'evaluerer' av fortiden, evt revurdering av den; biografiarbeid
- Meningsstiftende samtaler; narrative grupper
- Sjelesorg
- Kognitiv trening/hukommelsestrening
- Stimulering av vilje
- Identitetsfremmende tiltak
- Aktiviteter som støtter opp under egenverdi
- Egenvirksomhets-fremmende aktiviteter (intern locus of control)
- Autonomifremmende tiltak
- ressursaktivering gjennom kreativitetsfremmende tiltak
- stressreducerende intervensjoner (f.eks avspenning, informasjon)
- fysisk aktivitet
- nettverksarbeid

Hvilke intervensjoner som passer, hvilke beskyttelsesfaktorer de inneholder og hvilke som slår an hos pasienter i hvilken livssituasjon for å bekrefte resiliens og aktivere, evt. åpne opp for potensiale, krever en oppmerksom iakttagelse. For privatpraktiserende psykoterapeuter krever en omsetting av denne type intervensjoner et godt samarbeid med somatisk kvalifiserte fagpersoner og med kollegaer som behersker andre terapimetoder. I mange tilfeller vil en kombinert, bimodal eller trimodal tilnærming som knytter meningsskapende samtaler sammen med kreativitets-, avspennings-, bevegelses-, kommunikasjonsfremmende og opplevelsesaktiverende metoder være fordelaktig. Og sist, men ikke minst må man ha klart for seg: *Rotter* (1985), Resiliens fremmes ikke ved at stressende situasjoner og belastninger unngås, men ved å kunne møte en stressende situasjon slik at selvtillit og sosial kompetanse/evner og performance/ferdigheter utfordres og fremmes. Å tilby støtte gjennom samtaler, felles refleksjon, kognitiv revurdering (*Schneider* et al. 1999), konkrete hjelpetiltak, aktiviteter og treningsforslag må være en oppgave for en psykoterapi for eldre, gamle og tilårskomne. Den skal ikke være kurativt restituerende, ikke bare rettet inn mot å bevare ferdigheter, men gjennomgående også fokusert på utviklingen av nye muligheter (*Petzold* 1979k, 1985a, 2004a). Av særlig betydning i terapi med eldre er det å ikke bare ha oppmerksomheten rettet mot **kompetanse** (evner, kunnskap), men å ha fokus på **performance** (ferdigheter, å 'kunne'). En aktiv, praktisk rettet terapistil krever det. Alt man har tilegnet seg gjennom **performance** (*Petzold, Engemann, Zachert* 2003), viser seg å være svært varig hos alderspasienter, særlig når de har sensoriske, motoriske og mnestiske lidelser. Dette har man kunnet observere i gerontoterapeutisk virksomhetsforskning. (*Müller, Petzold* 2003).

Ikke bare i et psykoterapeutisk perspektiv, men også for pleiepersonale kan konseptet 'beskyttelsesfaktorer og resiliens' være nyttig. Pleiepersonale arbeider med klienter i situasjoner som tar tak i personens ressurser. Idet omgivelsene, hvor omsorgen gis, forflyttes fra sykehjem til hjemmemiljø blir de aktuelle personenes resiliens tiltagende viktig. Liggetiden i pleieavdelinger/sykehus kortes ned proporsjonalt med reduksjon i økonomiske ressurser. Pleie- og omsorgsarbeidere må i stadig større grad støtte sine klienter ved å reagere raskt på helseproblemer. Hvis det ble utviklet metoder for å måle klientenes resiliens og intervensjoner for å forbedre resiliens, kunne pleierne ta resultatene av målingene inn i sine pleieplaner. Pleierne kunne fremme resiliens hos den enkelte før han/hun ble syk og fokusere på de intervensjoner som støtter opp under resiliens hos klienten under en krise.' (*Jacelon* 1997, 128)

Vi har altså for øyeblikket ikke sikre instrumenter for å 'måle' resiliens eller 'avtegne' den i en profil eller fastslå sikre 'beskyttelsesfaktorer' for klienter til bruk i intervensjoner. Hos flere-tallet av klienter-situasjoner- og personligheter, med lidelser med forskjellig tyngdepunkt, vil man ikke kunne regne med objektive og standardiserte måleinstrumenter. Eksplorative intervjuer, kvalitative metoder må heller brukes for å få fram resultater. Vi har derfor lagt ved et spørreskjema som - brukt som intervju - kanskje kan være et bidrag til å få tak i beskyttelsesfaktorer og resiliens med tanke på hva som vil være relevante intervensjoner. Bruken og nytten av materialet som genereres på denne måten, krever 'dobbel ekspertise' (*Petzold* 1991i; *Orth, Petzold* 2003) av de deltagende i oppdagelsesprosessen: Terapeuten i kraft av sin kliniske og geriatriske kunnskap samt metodiske instrumenter og pasienten i kraft av sin ekspertise på sin livssituasjon, på sine belastninger og sin styrke, på det som støtter, beskytter ham/henne i livet - og her er pasienten den viktigste ekspert - og det som har gitt beskyttelse og kan gi beskyttelse videre. I dette diagnostisk-terapeutiske utforskende intervjuet kan det bli tydelig for pasienten hvilke ressurser han/hun rår over, hva han/hun har eller trenger med tanke på beskyttelsesfaktorer. Hun/han kan kanskje få forståelse av at terapeuten eller den pasientansvarlige er en viktig beskyttelsesfaktor. Terapeuter erkjenner gjennom denne prosessen ofte *nok en gang* at de er en viktig beskyttelsesfaktor for mange gamle mennesker - for ensomme og forlatte kanskje den viktigste.

#### 4. Vedlegg:

Spørreskjemaet gir et grunnlag for framstillingen av en ressurs-/mangelprofil med tanke på psykologisk motstandskraft og skal gi en pekepinn på hvordan den kan fremmes. Det kan dermed

bidra til at man drar veksler på/støtter opp under tilgjengelige beskyttelses-faktorer, evt bidra til terapeutiske intervensjoner som fremmer resiliens. Spørreskjemaet kan også være grunnlag og *rettesnor* for et dybdeintervju rundt temaene resiliens og beskyttelsesfaktorer. Med tanke på en slik funksjon følger spørsmålene, alt etter opp-fattelseskapasitet og konsentrasjonsevne hos klienten, i tilsvarende narrativ-forklarende form og skalerte spørsmål erstattes med narrative eller fjernes (f. eks sp. 28).

## PMFR - Petzold/Müller - Spørreskjema med tanke på resiliens og beskyttelsesfaktorer i alderdommen

Testversjon – Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen  
Lic. Phil. Lotti Müller, Univ. Prof. Dr. mult. H Petzold

### Demografiske opplysninger:

Fødselsår:

Kjønn: m ... k....

Sist besøkte skole/studium.....

Yrkesutdanning.....

Utøvd yrke.....

Sist yrkesaktiv som.....

Trossamfunn.....

Morsmål (evt flere).....

Barn (antall).....

Barnebarn (antall).....

Andre viktige pårørende i aktuell livssituasjon:.....

.....

viktige nåværende venner/langvarige vennskap

.....

1. Var du tidligere redd for å bli gammel? Ja....nei....

2. Var det verre enn forventet å bli gammel?..... ikke så ille som forventet....  
lettere enn forventet..... omtrent som forventet.....

3. Synes du at du fram til nå har taklet det å bli gammel bra?....ikke så bra....dårlig....  
overkommelig....

4. Føler du deg fysisk frisk? ja.....både/og.....nei.....

Kommentarer.....

5. Har du en egenskap som du vil si har hjulpet deg i forhold til å takle vanskelige livssituasjoner?

.....

6. opplever du alderdommen som  
en utfordring.....som et 'kors'.....som en mulighet.....som et nederlag.....gledefyllt.....  
som negativt.....som 'høst'.....som en ære.....som en krenkelse.....

7. Har du opplevd kriser i livet/svært vanskelige øyeblikk eller vanskelige livssituasjoner?

Få....mange....svært mange.....

8. Hvordan har du klart å mestre dem? Hva har hjulpet deg mest? (krysse av inntil 3alternativer)

...praktisk hjelp

...moralsk støtte

...økonomiske midler

...råd fra andre

...tid til ettertanke

- ...å kunne prate med noen
- ...venner
- ...familie
- ...profesjonell rådgivning eller hjelp
- ...religion/kirke
- ...tro/bønn
- ...fornuft
- ...livserfaring
- ...humor
- ...husdyr

9. Din måte å løse problemer

- .....har du lært den av dine foreldre
- .....ervert på egen hånd
- .....det har bare ordnet seg
- .....'blitt klok av skade'

10. Hvor henter du vanligvis kraft/trøst/håp i vanskelige livssituasjoner?.....

.....

11. Hva slags råd vil du gi til en som er redd for alderdommen?

.....

12. Er du tilfreds med å være så gammel som du er?

Ja....

greit nok.....

nei....

13. Hva ønsker du deg, dersom du kunne forandre på noe i livssituasjonen din?.....

.....

14. Tenkte du annerledes om å være gammel enn du gjør i dag da du var ung eller da du var barn?

Ja....

nei...

15. Hvis ja, hvordan?

.....

16. Har det vært/er det personer som har vært/er positive/negative forbilder for deg m.h.t å bli gammel?

Positiv: på hvilken måte?

.....

Negativ: på hvilken måte?

.....

17. Er det noe du savner (evner, muligheter) som du hadde tilgang til før, men som nå er blitt umulig?.....

.....

Hvis det er flere ting, hva savner du mest?.....

18. Har du hatt flere nære venner/venninner; personer som har stått deg nær gjennom livet?

Ingen....få.....mange.....svært mange.....

Kommentarer.....

19. Har du på nåværende tidspunkt i livet en eller flere nære fortrolige/venn(er)/venninne(r)?

Ja.....nei.....

Kommentarer.....

20. Er du gift/lever i partnerskap? Ja....nei.....

Hvis ja, i hvor mange år?.....

Hvis nei, har du tidligere vært gift/levd i partnerskap?

Hvis ja, i hvor mange år?.....

21. Har du et nettverk som er hjelpsomt mot deg? Ja.... nei.....

Hvis nei, hvorfor ikke?

.....

Hvis ja, hvorfor?

.....

22. Opplever du at menneskene i ditt nettverk er en følelsesmessig støtte? Ja....Nei.....

Hvis nei, hvorfor ikke?

.....

Hvis ja, hvorfor?

.....

23. Stiller du krav til vennene/venninnene dine hvis du har det vanskelig? Ja....Nei.....

Hvis ja, hvordan?.....

Hvis nei, hva er grunnen til det? .....

24. Er du redd for å dø? Ofte....noen ganger.....sjelden.....aldri.....

25. Frykter du døden? Ofte....noen ganger.....sjelden.....aldri.....

26. Er du medlem av et trossamfunn? Ja....Nei....

Hvis ja, er det til trøst? .....

Hva betyr dette fellesskapet ellers for deg? .....

.....

27. Hva er til trøst for deg med hensyn til å dø/døden?

.....

.....

28. Vurder deg selv: hvordan er du som type (kryss av på skalaen under)

optimistisk	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pessimistisk
fleksibel/tilpasningsdyktig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	lite fleksibel/liker faste vaner
selvstendig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	uselvstendig
selvsikker	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	usikker
glad i kontakt	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	glad i å være alene
blir lett stresset	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	lar meg ikke stresse
fysisk robust	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	svak, blir lett syk
psykisk robust/		
motstandskraftig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Psykisk ømfintlig
nysgjerrig/vitebegjærlig	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ikke nysgjerrig
har hatt et meningsfullt liv	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ikke så meningsfullt
bestemt, målbevisst	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ubestemt, søkende
godt humør	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	alvorlig, ikke så godt humør



29. Hvordan har du opplevd dette intervjuet/denne samtalen?

Fint .....ubehagelig.....belastende.....befriende.....oppmuntrende.....klargjørende

Kommentarer:.....

### Sammenfatning

Artikkelen omhandler konseptene 'resiliens' og 'beskyttelsesfaktorer' hos gerontopsykiatriske pasienter. Psykisk sunnhet i alderdommen blir forstått som en dynamisk prosess, som preges og påvirkes av beskyttelsesfaktorer på den ene siden, av risiko- og belastende faktorer på den andre siden, og av psykologisk motstandskraft. Mens disse begrepene i dag er forankret i livsløpets utviklingspsykologi, snakker man knapt om dem i psykoterapi i sin alminnelighet og når det gjelder psykoterapi med eldre er det slett ikke noe man beskjeftiger seg med. Relevante konsepter fra litteraturen blir presentert og det presenteres en egen modell som skiller mellom et psykologisk og - her er den innovativ - et nevrovitenskapelig nivå. Videre presenteres et hjelpemiddel i form av et halvt-åpent dybdeintervju for å utforske resiliens og beskyttelsesfaktorer hos eldre.

### Nøkkelord:

Beskyttelsesfaktorer, resiliens, geriatrike pasienter, psykoterapi for eldre, Integrativ terapi. Forfatterens adresse: Europäische Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung EAG, Achenbachstr. 40, D-40237 Düsseldorf

### Litteratur

- Andritzky, W. (1999): Religiöse Glaubensmuster und Verhaltensweisen. Ihre Relevanz für Psychotherapie und Gesundheitsverhalten. *Integrative Therapie* 25/1, 8-41.
- Anthony, E.J. (1974): The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: E.J., Anthony, C. Koupernik (eds.): *The child in his family: Children at psychiatric risk*. New York: Wiley, 201-230.
- Antoni, M.H., Goodkin, K. (1988): Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia - a personal facets. *Journal of Psychosomatic Research* 32/3, 327-338.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bäcker, G., Naegele, G. (1992): Zur Lebenslage älterer Arbeitnehmer in der BRD unter sich verändernden politischen Rahmenbedingungen und Umstrukturierungen in der Arbeitslandschaft. In: *Petzold, Petzold* (1992) 66-85.
- Baltes, P. (1978): *Life span development and behavior* (Vol I). New York: American Press.
- Bauer, J. (2002): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt: Eichborn.
- Beardslee, W.R., Podorefsky, D. (1988): Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry* 145(1): 63-69.
- Brandtstädter, J., Greve, W. (1992): Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 24, 269-297.
- Brandtstädter, J., Greve, W. (1994): The aging self: stabilizing and protective processes. *Developmental review* 14: 52-80.
- Brandtstädter, J., Renner, G. (1990): Copings with discrepancies between aspirations and achievements in adult development: A dual-process model. In: L. Montada, S.-H. Filipp & M. Lerner (eds.): *Life crises and experiences of loss in adulthood*. Hillsdale: Erlbaum, 301-319.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K. (1998): Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. In: *Kruse* (1998): 223-237.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K., Schmitz, U. (1997): Coping resources in later life. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 47(2): 107-113.
- Brown, T.M. (2000): The Growth of George Engel's Biopsychosocial Model Corner Society Presentation – May 24, 2000, <http://www.history.rochester.edu:80/history/fac/brown.htm>

- Christensen, H., Korten, A.E., Jorm, A.F., Henderson, A.S., Jacomb, P.A., Rodgers, B., Mackinnon, A.J. (1997): Education and decline in cognitive performance: compensatory but not protective. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 323-330.
- Coleman, P., Aubin, A., Robinson, M., Ivani-Chalian, Ch., Briggs, R. (1993): Predictors of depressive symptoms and low self-esteem in a follow-up study of elderly people over 10 years.
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1975): Pet-facilitated Psychotherapie in a Hospital Setting, in *Current Psychiatric Therapies*, Oxford/New York/Toronto/Sydney.
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1980): Pet Animals as Nonverbal Communication Mediators in Psychotherapy in Institutional Settings, in: *Ethology & Nonverbal Communication in Mental Health*, Oxford/New York/ Toronto/Sydney (demnächst in deutscher Übersetzung).
- Cowan, E.L., Work, W.C. (1988): Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology* 16(4): 591-607.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A., Friesen, W.V. (2001): Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology* 80(5): 804-813.
- Dyer, J.D., McGuinness, T.M. (1996): Archives of Psychiatric Nursing X(5): 276-282.
- Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1997): From biomedical to biopsychosocial. *Psychotherapy Psychosom.* 66, 57-62.
- Faltermajer, T. (1984): Entwicklung im Erwachsenenalter Lebensereignisse. Eine neue Perspektive für Entwicklungspsychologie und Sozialisationsforschung. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 4, 344-355.
- Filipp, S.-H. Ferring, D. (1998): Befindlichkeitsregulation durch temporale und soziale Vergleichsprozesse im Alter? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2): 93-97.
- Filipp H.S. (1990): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg (erw. Auflage).
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Fine, S.B. (1991): Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *The American Journal of Occupational Therapy* 45(6): 493-503.
- Flach, F.F. (1980): Psychological resilience, psychotherapy and the creative process. *Comprehensive Psychiatry* 21(6): 510-519.
- Flach, F.F. (1988): Resilience: Discovering a new strength at times of stress. New York: Fawcett Columbine.
- Foster, J.R. (1997): Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: an interpretation of epidemiologic data. *Psychiatric Quarterly* 68(3): 189-219.
- Frank, J.D. (1971): Therapeutic factors in psychotherapy, *Am. J. of Psychother.* 25 (1971) 350-361.
- Frank, J.D. (1974): Therapeutic components of psychotherapy, *Journal of nervous and mental disease* 159 (1974) 325-342.
- Frank, J.D. (1981): Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy, John Hopkins Univ.Press, Baltimore 1963; dtsh. Die Heiler. Stuttgart: Klett.
- Frank, J.D. (1982): Therapeutic components shared by all psychotherapies, in: Harvey, J.H., Parks, M.M. (eds.), The master lecture series I. Psychotherapy research and behavior change, APA, Washington.
- Frank, J.D. (1984): Therapeutic components of all psychotherapies, in: Myers, J.M. (ed.), Cures by psychotherapy. What effects change, Praeger, New York 1984, 15-27.
- Fuchs, Th. (1999): Life events in late paraphrenia and depression. *Psychopathology* 32: 60-69.
- Garfield, S.L. (1973): Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *J. Consult. & Clinical Psychol.* 41 (1973) 9-12.
- Garnezy, N. (1993): Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 56,127-136.
- Greiffenhagen, S., Bruck, O. (2001): Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung, Kynos Verlag, Mürlenbach/Eifel<sup>2</sup>.
- Hass, W., Petzold, H.G., (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, Märzens (1999a) 193-272.
- Havighurst, R.J.. (1948): Developmental tasks and education, New York: David McKay.

- Havighurst, R.J. (1963): Dominant concerns in the life, in: Schenk-Danzinger, L., Thomae, H., Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie, Hogrefe, Göttingen, S. 27-37.
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: Reinhardt.
- Heuring, M., Petzold, H. G. (2003): „Emotionale Intelligenz“ (Goleman), „reflexive Sinnlichkeit“ (Dreizel), „sinnliche Reflexivität“ (Petzold) als Konstrukte für die Supervision. - Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - SUPER ISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 14/2003
- Höpflinger, F. (1994): Frauen im Alter - Alter der Frauen. Ein Forschungsdossier. Zürich: Seismo.
- House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D. (1988): Social relationships and health. *Science* 241, 540-545.
- Jacelon, C.S. (1997): The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing* 25: 123-129.
- Kline, C. (1975): The socialization process of women. Implications for a theory of successful aging. *The Gerontologist* 486-492.
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1-11.
- Kruse, A. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Gerontologie. Bd. I: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Gerontologie. Bd. II: Interventionen. Göttingen: Hogrefe.
- Kubat, H., Bahro, M. (2001): Ressourcenaktivierung bei depressiven älteren Patienten. *Fortschr NeurolPsychiatr* 69: 10-18.
- Lehr, U. (1979): Interventionsgerontologie. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U., Thomae, H. (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., Kasl, S.V. (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology* 83 (2): 261-270.
- Lorenz, F. (2004): Salutogenese. München: Reinhardt.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2002): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002): Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. Lebensrückblicks und andere Interventionen. In: Maercker (2002) 245-282.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Miller, M.D., Frank, E., Reynolds, Ch.F. (1999): The art of clinical management in pharmacologic trials with depressed elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 7 (3) 228-234.
- Müller, L., Petzold, H.G. (Hrsg.) (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in "prekären Lebenslagen" – "Client dignity"? In: Märtens, Petzold (2002) 293-332.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002b): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 1), *Integrative Therapie* 1, 2002, 52-90.
- Nestmann, F. (1988): Die alltäglichen Helfer, de Gruyter, Berlin 1988.
- Nitsch-Berg, Kühn (2000): Kreative Medien und die Suche nach Identität: Methoden Integrativer Therapie und Gestaltpädagogik für psychosoziale Praxisfelder. Band II. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Oerter, R., von Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Olbrich, E. (1997): Bedeutung von Heimtieren für Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen, in: Ch. Mertens (Hrsg.): Aktivierungsprogramme für Senioren. Dortmund: Verlag Modernes Leben, 397-423.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2003): Theoriearbeit, Praxeologie und Therapeutische Grundregel. Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer Reflexion in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, Schay, Ebert (2003).

- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt (2., neu bearb. und erw. Auflage).
- Osten, P. (2003): Integrative Diagnostik der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen.. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2003).
- Oswald, W.D., Hagen, B., Rupperecht, R., Gunzelmann, Th., Steinwachs, K.C. (2002): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 15(2): 61-84.
- Otterstedt, C. (2001): Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung. Stuttgart: Kosmos Verlag.
- Padgett, D.K., Burns, B.J., Grau, L.A. (1998): Risk factors and resilience. Mental health needs and services use of older women. In: *Lubotsky Levin, B., Blanch, A.K., Jennings, A.*: Women`s mental health services. Thousand Oaks: Sage Publications, 391-413.
- Papousek, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Huber.
- Parsons, P.A. (1996): The limit to human longevity: an approach through a stress theory of aging. *Mechanisms of Ageing and Development* 87: 211-218.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse.
- Petzold, H.G. (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G., 1979k. Psychodrama-Therapie. "Beihefte zur Integrativen Therapie" 3, Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985l): Über innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach, G., Torbet, W.*, Ich liebe mich - ich hasse mich, Rowohlt, Reinbek, 11-15.
- Petzold, H.G. (1990i): Selbsthilfe und professionelle Hilfe - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: *Petzold, Schobert* (1991) 17-28.
- Petzold, H.G. (1991h): Die Behandlung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen, in: *Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G.*, Tanztherapie - Theorie und Praxis. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn, 413-446, auch in: *Suden-Weickmann, A. tum* (Hrsg.), Physiotherapie in der Geriatrie. Grundlagen und Praxis, Pflaum, München 1993, 229-253.
- Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Bd. II, 2 (1992a) S. 789-870; (2003a) S. 607 – 663.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie in: *Gestalt* (Schweiz) 20, 1994, 6-28 und *Hermer, M.* (Hrsg.), Die Gesellschaft der Patienten, dgvt. Tübingen 1995,143-174.
- Petzold, H.G. (1994e): "Psychotherapie mit alten Menschen - die "social network perspective" als Grundlage integrativer Intervention, Vortrag auf der Fachtagung "Behinderung im Alter" am 22.-23.11.1993 in Köln. In: *Berghaus, H.C., Sievert, U.* (Hrsg.). (1994): Behinderung im Alter. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 68-117.
- Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *B. Metzmacher, H. Zäpfel, H.G. Petzold* (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Bd.2. Paderborn: Junfermann, 169-280.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1997p; *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold* (1998a).

- Petzold, H.G. (Hrsg.). (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zu Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 01/2002.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (2001i): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn. integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2001.
- Petzold, H.G. (2001m): Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“, *Integrative Therapie*, 4, 344-412; auch in: Petzold, Wolf et al. (2002).
- Petzold, H.G. (2001p): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2002.
- Petzold, H.G. (2002h): "Klinische Philosophie" - Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur. Über die Quellen der Integrativen Therapie, Einflüsse und ReferenztheoretikerInnen: POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 06/2002; [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm).
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Berger, A. (1986): Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie. In: Petzold, Frühmann (1986) Bd. II, 95-126; repr. von: Petzold, Berger (1978a); revid. Bd. I, 2 (1996a) 419-453.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., Engemann, K., Zachert, D. (2003): Effektive Performanz. Komplexes Lernen in Supervision und Coaching Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 03/2003.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J., Oudhoff, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (1996): Integration und Kreation, Bd.1. Paderborn: Junfermann, 173-266.

- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J. (2003): INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE als „NETZWERKINTERVENTION“ bei TRAUMABELASTUNGEN und SUCHTPROBLEMEN. In: Petzold, Schay, Ebert (2003) Bd. II und bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2003
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hrsg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2001): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. (Chartacolloquium I, Kindertherapie). Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2001
- Petzold, H.G., Müller, L. (2002c): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 2), *Integrative Therapie* 2, 2002, 109-134.
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer und in: Petzold (1998h) 118-141.
- Petzold, Ch., Petzold, H.G. (1992): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1993): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in: Petzold, Sieper (1993a) 459-482.
- Petzold, H.G., Ramin, G. (1987): Schulen der Kindertherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2003): Integrative Suchttherapie. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2001a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ (Charta Colloquium I). In: *Psychologische Medizin*, 1, 2001. S. 34-46.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z. (2000): Integrative Traumatherapie - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit "posttraumatischer Belastungsstörung". In: *van der Kolk B., McFarlane, A., Weisaeth, L.*: Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Pinquart, M. (2002): Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Journal of Experimental Aging Research* 28(3): 317-336.
- Plomin, R. (1994): Genetics and experience. The interplay between nature and nurture. London: Sage.
- Plomin (2000): Behavioral genetics. New York: Worth Publishers.
- Polk, L.V. (1997): Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science* 19(3): 1-13.
- Rabkin, J.G., Remien, R., Katoff, L., Williams, J.B.W. (1993): Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hospital and Community Psychiatry* 44(2): 162-167.
- Radke-Yarrow, M., Sherman, T. (1990): Hard growing: children who survive, in: *Rolf et al.* (1990) 97-119.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (1990): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rüegg, J.C. (2003<sub>2</sub>): Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry* 147,598-611.
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge University Press.

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