

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht psychosoziale Korrelate der erfolgreichen Anpassung und der Resilienz bei visueller Beeinträchtigung und Multimorbidität im mittleren und hohen Erwachsenenalter. Dabei werden zum einen die Normativität der Belastungen und die individuelle funktionale Reservekapazität als Einflussgrößen der erfolgreichen Anpassung untersucht. Zum anderen werden in diesem Kontext *resiliente* Personen identifiziert als diejenigen, denen es gelingt, unter besonnter hohen gesundheitlichen Belastungen ihr generelles Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Diese werden verglichen mit Personen, die unter *geringeren* Belastungen hohes Wohlbefinden und ein geringes Ausmaß depressiver Symptome aufweisen, um die Annahme zu prüfen, dass die erfolgreiche Auseinandersetzung mit chronischen Belastungen mit Veränderungen dispositionaler und situativer selbst-regulativer Mechanismen assoziiert ist (z.B. Rutter, 1985).

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ältere Personen nicht weniger zufrieden mit ihrem Leben sind als jüngere. Eine Zunahme an depressiven Symptomen und negativem Affekt ist ebenfalls nicht belegt. Dieses sogenannte „Zufriedenheitsparadox“ (vgl. Brandtstädter, 1998; Diener, 1999; Pinguart, 1997; Staudinger, 2000) wirft die Frage auf, warum Belastungen wie Krankheit, sensorische und motorische Einschränkungen, Autonomieverlust, und Trauer über verstorbene Angehörige und Freunde, die in jüngeren Jahren das Risiko für erhebliche Anpassungsschwierigkeiten nachweislich erhöhen (z.B. Depression, Sinnverlust, sozialer Rückzug), im Alter offensichtlich weniger negative Konsequenzen haben. Verschiedene Ansätze wurden entwickelt, die vor allem die bis ins hohe Alter bewahrte Fähigkeit zur adaptiven Regulation von persönlichen Zielen und persönlicher Kontrolle als Erklärung für das Bewahren persönlichen Wohlbefindens hervorheben.

Aus transaktionaler Perspektive unterscheiden sich Individuen im Ausmaß der Exposition von Risikofaktoren (Rutter, Champion, Quinton, Maughan & Pickles, 1995), in deren Wahrnehmung und Bewertung, sowie in ihrem Anpassungsverhalten (Lazarus, 1991). Aus entwicklungspsychologischer Perspektive stellen Verlust- und Belastungssituationen notwendige Antezedentien individueller Wachstumsprozesse dar (Heckhausen, 1999; P.B. Baltes & M.M. Baltes, 1990). Die Fähigkeit zur Anpassung an sowohl Verlust- und Belastungssituationen ist somit ein zentraler Aspekt der Entwicklungsregulation über die Lebensspanne (Heckhausen, 1999). Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne fokussiert hier auf die Koexistenz von Stabilität und Wandel in verschiedenen Funktionsdomänen (P.B. Baltes, 1987, 1997). Somit stellen die Natur von Risiken und

Stressoren ebenso wie internale und externale Ressourcen zentrale Einflussgrößen auf Anpassungsprozesse dar. Obgleich beispielsweise schwere Erkrankungen an jedem Punkt der Lebensspanne auftreten können, beinhaltet doch jeder Lebensabschnitt spezifische Entwicklungsaufgaben, die aus einer einzigartigen Konstellation biologischer Veränderungen, Rollentransitionen, und Lebensereignissen resultieren (z.B., Havighurst, 1953; Neugarten, 1990; Heckhausen, 2001). Es konnte gezeigt werden, dass sich präferierte Selbstregulationsmechanismen mit dem Alter verändern (z.B., Brandtstädter & Renner, 1990; Freund & P.B. Baltes, 1998; Heckhausen & Schulz, 1999), und dass personale und soziale Ressourcen in verschiedenen Lebensabschnitten nicht gleichermaßen adaptiv sind (z.B., Lang & Heckhausen, 2001; Isaacowitz & Seligman, 2002).

In diesem Zusammenhang ist die *Normativität* kritischer Lebensereignisse innerhalb einer bestimmten Altersgruppe ein zentraler Aspekt. So stellen die oben beschriebenen alterskorrelierte Verluste per definitionem Ereignisse dar, im höheren Lebensalter gehäuft auftreten, und somit *normative* Entwicklungen repräsentieren (z. B. Neugarten, 1990). Diese sind zwar nur bedingt kontrollierbar, können aber antizipiert werden und werden von einem großen Teil der eigenen Altersgruppe geteilt. Das verfrühte Auftreten typischer „Alterserscheinungen“ in jüngeren Jahren hingegen, wie etwa sensorische Schwierigkeiten und krankheitsbedingte Einschränkungen, stellen *nicht-normative* Ereignisse und Veränderungen („off-time“ events) dar. Die Anpassung an nicht-normative negative Ereignisse ist aus vielen Gründen erschwert (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974). Sie sind zumeist weder von den Betroffenen noch ihrem Umfeld antizipiert, und ihre Integration in den Alltag ist aufgrund konfligierender gesellschaftlicher und individueller Erwartungen und Ziele erschwert. Ferner ist bei verfrühten gesundheitlichen Einschränkungen die Möglichkeit, selbstwertdienliche soziale Vergleiche innerhalb der eigenen Altersgruppe anzustellen, erheblich eingeschränkt.

In Gegensatz zur kognitiv-emotionalen Reservekapazität, die den Erhalt von generellem subjektiven Wohlbefinden und positiven Erfahrungen auch unter hohen gesundheitlichen Belastungen bis ins hohe Alter ermöglicht, weisen *funktionelle* Reservekapazitäten (im Bereich der Sensomotorik) deutliche Altersverluste auf (z.B. M.M. Baltes, 1998; P.B. Baltes, 1997; Smith & Baltes, 1996). Diese Einschränkungen sind hoch mit Verlusten in der Alltagskompetenz korreliert (z. B. M.M. Baltes et al., 1999).

Empirische Studien haben weiterhin gezeigt, dass *growth under crisis*, Wachstum im Angesicht von belastenden Situationen sowohl akuter als auch chronischer Natur, in

verschiedenen Lebensbereichen zu finden ist: so berichten z. B. viele chronisch Kranke von engeren sozialen Beziehungen, und einer höheren Wertschätzung des Lebens (vgl. Haan, 1982; Holahan, Moos, & Schäfer, 1996). Diese Fähigkeit mag im Alter ausgeprägter sein, wenn man davon ausgeht, dass das Alter als „proxy“ Variable für kumulative Verlusterfahrungen angesehen werden kann. Auf diesem Hintergrund liefert das Konzept der *Resilienz* einen operationalen Rahmen zur Untersuchung adaptiver Prozesse über die Lebensspanne. Resilienz umfaßt zwei Phänomene: die "*Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma*" und den "*Erhalt der Funktionsfähigkeit trotz vorliegender beeinträchtigender Umstände*" (Staudinger & Greve, 2001, S. 101). Somit handelt es sich um ein Konzept, das für die gesamte Lebensspanne Gültigkeit hat, da in jedem Alter ungünstige Lebensumstände (Armut, Unfälle, Krankheit, Jobverlust, Tod einer nahestehenden Person) auftreten können. Diese gehen - statistisch gesehen - mit einem erhöhten *Risiko* negativer Entwicklungen einher, wie etwa erhöhte Anfälligkeit gegenüber Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, und manifeste psychischen Störungen (z.B. Angst und Depression). Resilienz ist dann vorhanden, wenn trotz eines vorliegenden Risikos optimale Anpassung gelingt (z.B., Garmezy, 1974; Rutter, 1987; Staudinger, Marsiske, & P.B. Baltes, 1995; Werner & Smith, 1982). Bisherige Studien haben bislang den protektiven Wert verschiedener sozialer (Partnerstatus, Netzwerke) und personaler (dispositionaler Optimismus, Selbstwirksamkeit, Kontrollerleben) Ressourcen und selbst-regulativer Strategien bei gesundheitlichen und anderen Belastungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter untersucht. Dabei wird unterschieden zwischen Haupt- und sogenannten Puffereffekten dieser Ressourcen und Strategien (z.B. Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985). Letztere umschreiben die erhöhte protektive „Wirksamkeit“ von Ressourcen oder Strategien für ein bestimmtes Kriterium (z.B. geringe Depressivität) im Angesicht von erhöhten Belastungen. Eine andere, bislang vernachlässigte Frage betrifft die *Veränderung* von Ressourcen oder Strategien wenn chronische Belastungen persistieren. Hier wurde die Hypothese überprüft, dass Personen, die chronische Gesundheitsbelastungen erfolgreich bewältigen, ein höheres Ausmaß an dispositionalen und situativen *akkommodativen* Bewältigungsstrategien (positives Umdeuten, Neuorientierung bei Zielblockade, Abwertung von blockierten Zielen) berichten, als Personen, die weniger belastende Einschränkungen erfolgreich bewältigen.

Die vorliegende Studie verfolgte zwei zentrale Ziele. Zunächst wurde der Frage nachgegangen, inwieweit kognitiv-emotionale und funktionelle Anpassungsprozesse

angesichts akuter und chronischer Gesundheitsstressoren sich bei mittelalten (40 - 65 Jahre), „jungen Alten“ (66 – 75 Jahre) und alten (> 75 Jahre) Kataraktpatienten unterscheiden. Spezifisch wurden zwei entwicklungspsychologisch bedeutsame Einflussgrößen untersucht; zum einen der Grad der Normativität einer Belastungssituation in einer spezifischen Altersgruppe, und zum anderen das Ausmaß an funktioneller Reservekapazität. Im zweiten Teil der Studie wurde das Resilienzparadigma zum systematischen Vergleich von Anpassungsprozessen unter niedrigen und hohen Belastungssituationen angewandt. Spezifisch wurde die Annahme untersucht, dass chronische Gesundheitsstressoren mit Unterschieden in Anpassungsstrategien assoziiert sein sollten. Dabei wurde ein personenzentrierter Ansatz verfolgt, in dem “resiliente” Individuen (mit erfolgreicher Anpassung unter hoher Belastung) mit erfolgreich adaptierten Individuen mit geringerer Belastung verglichen wurden.

Als Studienhintergrund wurden Sehbeeinträchtigungen durch Katarakt (grauer Star), einer Erkrankung der Augenlinse, die zu verminderter Sehschärfe sowie verzerrten Sehnehmungen führt, ausgewählt. Obgleich Katarakt vornehmlich im höheren Lebensalter (über 65 Jahre, Prevent Blindness America, 1998) auftritt, kommt es auch im mittleren Erwachsenenalter zur Kataraktbildung. Darüber hinaus geht das Auftreten der Katarakt im mittleren Lebensalter mit einer erhöhten Multimorbidität im Vergleich zur gesunden Altersgruppe, und sogar einer erhöhten Mortalität einher (Knudsen, Baggesen, & Näser, 1999; McKibbin, Mohammed, James, & Atkinson, 2001). Die Katarakt kann somit im mittleren Alter als Marker vorzeitigen Alterns, der allgemeine Alternsprozesse auf biologischer Ebene reflektiert, angesehen werden. Um sowohl den Einfluss spezifischer akuter, als auch chronischer Stressoren, untersuchen zu können, wurden Kataraktpatienten ausgewählt, die sich einer Kataraktoperation unterzogen. Somit waren sowohl akute (die Kataraktoperation), als auch chronische Stressoren (Sehbeeinträchtigung und Multimorbidität), zwischen den Altersgruppen vergleichbar. 136 Kataraktpatienten (32 mittelalte, 51 junge alte, und 53 alte), wurden jeweils eine Woche vor, eine Woche nach und sechs Wochen nach ihrer ersten Kataraktoperation befragt.

Die Vergleichbarkeit der Gesundheitsbelastungen (visuelle Beeinträchtigung durch den grauen Star und Multimorbidität) in unterschiedlichen Altersgruppen erlaubte die Annahme, dass diese Belastungen im jungen und hohen Erwachsenenalter *normativ*, und im mittleren Erwachsenenalter *nicht-normativ* sind. Diese Annahme wurde aus den Inzidenzraten dieser Belastungen im mittleren und hohen Erwachsenenalter abgeleitet. Unter der Annahme eines generellen Verlustes an Reservekapazität im hohen Alter konnten im vorliegenden Setting

zudem Effekte allgemeiner Ressourcenverluste auf erfolgreiche Adaptation an chronische sowie akute Stressoren untersucht werden.

Weiterhin erlaubte das Studiensetting die Untersuchung von Korrelaten erfolgreicher Anpassung an spezifische Gesundheitsbelastungen. Von besonderem Interesse waren hier Korrelate der Resilienz, operationalisiert als hohes generelles Wohlbefinden vor und sechs Wochen nach der Operation unter besonders hohen Gesundheitsbelastungen (hohe Multimorbidität und visuelle Beeinträchtigung). In variablen-zentrierten Analysen wurde untersucht, ob Zusammenhänge zwischen personalen und sozialen Ressourcen und Selbstregulationsstrategien mit Kriterien erfolgreicher Anpassung mit steigenden Gesundheitsbelastungen enger werden („*buffering*“ Hypothese). Als Kriterien der Adaptation wurden hier kognitiv-emotionale Indikatoren (allgemeines Wohlbefinden und Depressivität) sowie funktionale Anpassung im Alltagsleben (operationalisiert durch die subjektiv erlebte Schwierigkeit in den Alltagsaktivitäten) untersucht. Diese psychosozialen Korrelate konnten somit zum einen bezüglich chronischer Stressoren (Sehbeeinträchtigung und Multimorbidität), zum anderen bezüglich eines kurzfristigen, definierten Stressors (der Kataraktoperation), und schließlich im Hinblick auf die Adaptation an verminderte Sehbeeinträchtigungen nach der Operation untersucht werden.

Drei zentrale Hypothesenblöcke wurden aufgestellt, die spezifische Vorhersagen bezüglich (1) des Einflusses der Normativität von Belastungssituationen, (2) des Einflusses funktioneller Reservekapazität auf Anpassungsprozesse im mittleren und hohen Lebensalter, sowie (3) Korrelate und Prozesse erfolgreicher Anpassung unter hoher Belastung (Resilienz) umfassen.

Nicht-normative Ereignisse stellen in der Lebensspannenpsychologie wichtige Entwicklungsfaktoren dar (P.B. Baltes, 1987). Es wurde postuliert dass solche kritischen Lebensereignisse durch eine Einschränkung der Gelegenheitsstrukturen individuelle Entwicklung beeinflussen (Brandtstädter & Greve, 1994). Darüber hinaus sind bei nicht-normativen Ereignissen erfolgreiche Rollenmodelle selten. Ferner fallen bei verfrühten gesundheitlichen Einschränkungen soziale Vergleiche ungünstig aus, so dass für erfolgreiche Anpassungsstrategien, wie etwa „*downward comparison*“, neue Referenzgruppen und Kategorien erstellt werden müssen (Filipp, 1990; Heckhausen & Brim, 1997). Es wurde somit die Hypothese generiert, dass nicht-normative Stressoren im mittleren Erwachsenenalter Anpassungsprozesse erschweren. Spezifisch wurde vorhergesagt, dass Kataraktpatienten mittleren Alters, vor einer signifikanten Visusverbesserung nach der Kataraktoperation, negativere kognitiv-emotionale Anpassung zeigen (spezifisch, niedrigeres allgemeines

Wohlbefinden und höhere Depressivität), und größere subjektive Beeinträchtigung durch Visuseinschränkungen berichten sollten als Personen höheren und hohen Alters. Darüber hinaus wurde erwartet, dass Personen mittleren Alters mehr Schwierigkeiten in ihren Aktivitäten bezüglich Arbeit, Freizeit, und sozialen Beziehungen berichten sollten, da sie höhere gesellschaftliche Erwartungen diesbezüglich zu erfüllen haben.

Bezüglich des Einflusses funktioneller Reservekapazität wurde ausgehend von Modellen biologisch bedingter Ressourcenverluste im Alter (z. B. M.M. Baltes, 1998; P.B. Baltes, 1997; Smith & Baltes, 1997) vorhergesagt, dass grundlegende Alltagsaktivitäten (wie kochen, einkaufen, Selbstpflege) insbesondere im hohen Alter als erschwert erlebt werden sollten. Dieser Hypothese lag die Annahme zugrunde, dass grundlegende Alltagsaktivitäten, etwa der persönlichen Hygiene, besonders von sensomotorischen Verlusten im hohen Alter betroffen sein dürften (Ketcham & Stelmach, 2001; M.M. Baltes, Maas, Wilms, Borchelt & Little, 1999; P. B. Baltes, 1997).

Für die Gruppe der jungen alten Patienten (65-75 Jahre) wurde erwartet, dass sie in allen gewählten Kriterien die beste Anpassung aufweisen, da diese Personen zum einen über eine ausreichende funktionelle Reservekapazität verfügen und zum anderen nicht den hohen gesellschaftlichen Erwartungen gegenüberstehen, die im mittleren Lebensalter salient sind.

Nach erfolgter Kataraktoperation war jedoch eine veränderte Situation zu erwarten, die durch den Zugewinn an Sehkraft gekennzeichnet sein sollte. Es wurde vorhergesagt, dass alle Altersgruppen zumindest temporär einen Zuwachs in ihrem Wohlbefinden berichten sollten, wobei bezüglich der Alltagsaktivitäten angesichts verminderter Adaptationspotentials bei Personen hohen Lebensalters eine Zunahme der selbstberichteten Schwierigkeiten erwartet wurde.

Ausgehend von vorliegenden theoretischen Konstrukten und empirischen Befunden aus verschiedenen Forschungstraditionen (spezifisch, der Lebensspannenpsychologie und der Copingforschung), wurde vorhergesagt, dass resiliente Individuen im Untersuchungskontext ein höheres Niveau personaler und sozialer Ressourcen aufweisen sollten. Weiterhin wurden Puffereffekte der Ressourcen auf die gewählten Kriterien der Anpassung erwartet (*buffering hypotheses*). Diese Annahme basiert auf dem Konzept einer kontextuellen Perspektive chronischer Belastung, die der Idee folgt, dass Effekte von Ressourcen wie etwa sozialer Unterstützung und dispositionellem Optimismus besonders dann salient werden, wenn sie *notwendig* sind, um Veränderungen in Verhalten, Selbstregulation und Zielauswahl zu induzieren.

Für den Vergleich zu gut adaptierten Personen mit niedriger Belastung wurde angenommen, dass resiliente Personen stärker *emotionsbezogene* Copingstrategien, stärker *akkommodative* Ziellanpassung, und höhere *Selektivität* in ihrem Investment zeigen sollten.

Die Ergebnisse der Studie waren weitgehend mit den beschriebenen Vorhersagen konsistent. Die durchschnittliche Anzahl chronischer Erkrankungen (Multimorbidität) der Personen im mittleren Lebensalter unterschied sich nicht von der Personen des höheren und hohen Lebensalters. Katarakt kann somit als Marker vorzeitigen biologischen Alterns angenommen werden (Meddings et al., 1999). Vor der Kataraktoperation berichteten Personen mittleren Alter höhere erlebte Beeinträchtigungen durch Sehprobleme und mehr Schwierigkeiten in der Verfolgung arbeits- und freizeitbezogener Aktivitäten als die beiden älteren Personengruppen. Dies deutet darauf hin, dass die Adaptation an nicht-normative Stressoren im mittleren Lebensalter mit höheren Schwierigkeiten verbunden ist. Personen mittleren Lebensalters zeigten darüber hinaus ein geringeres Ausmaß an positiver Umdeutung und eine höhere Tendenz zu Ablenkungsstrategien im Umgang mit der Kataraktoperation als Personen höheren Lebensalters. Depressivität war zu allen Messzeitpunkten bei Personen mittleren und hohen Alters stärker ausgeprägt als bei den jungen Alten, und es ergab sich ein positiver Alterstrend für allgemeines Wohlbefinden.

Die Grenzen funktioneller Reservekapazität bei Personen hohen Alters waren in den grundlegenden Alltagsaktivitäten am deutlichsten ausgeprägt. Nach der Kataraktoperation berichteten Personen hohen Alters eine Zunahme in der Schwierigkeit mit den Alltagsaktivitäten in allen Bereichen.

Resiliente Personen verfügten über ein höheres Maß an Ressourcen (wahrgenommene soziale Unterstützung, dispositionaler Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung) und akkommodativer Strategien (flexible Ziellanpassung durch Neuorientierung und positives Umdeuten) gegenüber nicht-resilienten Personen (solche mit gleich hohen Gesundheitsbelastungen und niedrigem prä- und post-operativem Wohlbefinden). Ferner waren sie eher bereit, ihren Ärzten Kontrolle über ihren Gesundheitszustand zuzugestehen („belief in powerful others“). Dieser Prädiktor war zudem der einzige, für den ein Puffereffekt gefunden wurde: Personen, mit einem starken Glauben an „powerful others“ erlebten weniger Schwierigkeiten in ihren Aktivitäten, wenn sie unter hohen Gesundheitsbelastungen litten, aber nicht, wenn diese Belastungen gering waren.

Resiliente Personen berichteten ein insgesamt höheres Niveau akkommodativer Tendenzen als gleichermaßen gut adaptierte Personen mit niedrigerer Belastung, sowohl auf dispositioneller Ebene als auch auf situativer Ebene (in der Bewältigung des Stressors

Kataraktoperation). Ferner berichteten sie zu allen Zeitpunkten eine höhere Variabilität im Lebensinvestment (das selbstberichtete Ausmaß an investierter Energie in verschiedene Lebensbereiche; vgl. Staudinger & Fleeson, 1997). Diese Ergebnisse verweisen auf Verschiebungen in selbst-regulativen Mechanismen in der erfolgreichen Auseinandersetzung mit negativen Situationen und Belastung (vergleiche z. B. Rutter, 1985). Ferner wurde deutlich, dass Resilienz *nicht* bedeutet, zu allen Zeitpunkten gut zu „funktionieren“: so berichteten resiliente Personen eine Woche nach der Operation temporär geringeres Wohlbefinden und mehr depressive Symptome als die Vergleichsgruppe der gut adaptierten Personen mit geringen gesundheitlichen Belastungen.

Darüber hinaus hatten Patienten mit hoher Multimorbidität die größten positiven Effekte durch die Zunahme an Sehfähigkeit nach der Operation. Dieses Ergebnis unterstreicht die Überlegung, dass ein Ressourcenzugewinn angesichts gleichzeitig vorhandener Verluste eine höhere Salienz mit sich führt (Wells, Hobfoll, & Lavin, 1999).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie wurden im Hinblick auf das Studiensetting, die Validität der Operationalisierungen, und mögliche Alternativerklärungen diskutiert. Es wurde argumentiert, dass die Ergebnisse insgesamt die Bedeutung des *timing* von Belastungen über die Lebensspanne unterstreichen (vgl. z.B. Neugarten, 1984), und darauf hinweisen, dass die erfolgreiche Adaptation unter hoher Belastung mit *Verschiebungen* in Selbstregulationsmechanismen einhergeht.

So wurden Unterschiede zwischen Personen mittleren Alters und älteren Personen als Folge der unterschiedlichen Normativität der (vergleichbaren) Gesundheitsstressoren interpretiert. Bezüglich des Einflusses funktioneller Reservekapazität im hohen Alter konnte gezeigt werden, dass insbesondere grundlegende Alltagsaktivitäten an den Grenzen funktioneller Kapazität für Anpassungs- und Bewältigungsstrategien salient werden.

Die Ergebnisse des personenzentrierten Ansatzes der Untersuchung von Resilienz sprechen dafür, dass Resilienz nicht als hohe Funktionalität zu allen Zeiten und unabhängig von zusätzlichen Stressoren gesehen werden kann. Es wird im Gegenteil deutlich, dass Anpassungsprozesse unter deutlicher Belastung eine zeitliche Latenz aufweisen, und dass temporäre Verluste im allgemeinen Wohlbefinden auftreten können. Die höhere Variabilität im Lebensinvestment der resilienten Personen wurde als Reflexion von Selbstregulationsprozessen interpretiert, die sich im „Ausbalancieren“ vorhandener Ressourcen und in ihrer selektiven Verteilung auf einzelne Lebensbereiche manifestieren, ohne dabei selektiv im Sinne von „entweder oder“ zu sein. Dass akkommodative Tendenzen



mit der erfolgreichen Auseinandersetzung von Belastungen steigen, ist bislang noch nicht gezeigt worden, und sollte in längsschnittlichen Studien weiter untersucht werden.

Dabei wurde argumentiert, dass stressreiche Bedingungen als Auslöser für Veränderungen in diesen Selbstregulationsmechanismen angesehen werden könnten. Dieser Aspekt der Resilienzforschung, der bislang wenig untersucht wurde, wird im Hinblick auf entwicklungspsychologische Modelle der Resilienzentwicklung (z.B. Rutter, 1985), sowie im Rahmen des "broaden-and-build models" positiver Emotionen diskutiert (Frederickson, 1998). Es wird mit Engfer betont (Engfer, Walper, & Rutter, 1994) dass Resilienz als Entwicklungsprozess nur dann besser verstanden werden kann, wenn sich der Forschungsfokus von Determinanten des „jetzt und hier“ in spezifischen Kontexten hin zu einem breiteren Entwicklungsmodell erweitert, das kontextspezifische und personenspezifische Faktoren als Funktion der individuellen Entwicklung über die Lebensspanne integriert.