

GEMEINDE PSYCHOLOGIE

RUNDBRIEF NR. 2

WINTER 2000 BAND 6

---

# GRENZ- ÜBERSCHREITUNGEN





# IMPRESSUM

Der "Gemeindepsychologische Rundbrief" wird herausgegeben von der Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis e.V. Er erscheint zwei mal im Jahr.

Die Redaktion besteht derzeit aus Jarg Bergold (Berlin) und Bernd Röhrle (Marburg). Erscheinungsort ist Marburg.

Manuskripte, Diskussionsbeiträge, Leserbriefe können an einen der Herausgeber geschickt werden, möglichst als gedruckter Text plus Diskette in einem gängigen Format. Unverlangt eingeschickte Beiträge sind ausdrücklich erwünscht (Adressen am Ende des Heftes).

Wir wünschen uns aber in jedem Fall Originalarbeiten aus Forschung und Praxis, die durchaus auch einen vorläufigen Charakter haben können (Zusammenfassungen von Diplom- oder Magisterarbeiten oder Jahresberichten sind ebenfalls sehr willkommen). Darüber hinaus wollen wir immer über aktuelle Projekte, Termine etc. aus thematisch einschlägigen Bereichen informieren. Um insbesondere jenen entgegenzukommen, die nicht ohne weiteres Zugang zu den Artikeln von einschlägigen englischsprachigen Fachzeitschriften haben, fügen wir *Titel und Zusammenfassungen der Veröffentlichungen des letzten Jahrgangs* ein. Ansonsten sind auch Rezensionen zu wichtigen gemeindepsychologischen Büchern (Neuerscheinungen), Tagungsberichte, Nachrichten aus Vereinen, Gesellschaften, Universitäten, Leserbriefe, eine Pinnwand (Informationssuche und Angebote zu geplanten und laufenden Projekten, Stellenmarkt etc.) und das Führen eines Directory vorgesehen. Es ist denkbar, daß sich nach und nach auch Rubriken und Schwerpunkte ergeben, über die dann regelmäßig informiert werden soll (z.B. Netzwerkforschung; frauenspezifische Themen etc.).

Wir freuen uns auf die Rückmeldungen auf diesen Rundbrief und vor allem auch auf alle Beiträge und jede kleine Information, die wir im nächsten Rundbrief veröffentlichen können. Einsendeschluß für Originalarbeiten für den ersten *Gemeindepsychologie-Rundbrief* in 2001 ist der 30. März 2001.

Die Form sollte sich an den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie orientieren (sowohl in dreifacher schriftlicher Ausfertigung wie in einem üblichen Textformat auf einer Diskette eingereicht werden, z. B. WINWORD 6.0, WORD PERFECT, ASCII oder RTF; Grafiken, wenn möglich auch getrennt z. B. im bmp-Format. Siehe auch Hinweise für AutorInnen am Ende des Heftes). Über die Veröffentlichung entscheiden im Moment noch die Herausgeber. Ein Review-Verfahren ist geplant.

## BEZUGSADRESSE:

GGFP E.V., C/O ALBERT LENZ, KIELSTRASSE 3, 44145 DORTMUND

TEL/FAX: 0231 / 816566; E-MAIL: ALBERT.LENZ@T-ONLINE.DE

Für Mitglieder der Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis e.V. (GGFP) ist der Bezug kostenlos. Für private Nichtmitglieder beträgt der Preis pro Einzelheft 40 DM und das Abonnement (zwei Hefte pro Jahr) 60 DM. Die Preise für Organisationen betragen 50 DM für das Einzelheft und 80 DM für das Abonnement.



INHALTSVERZEICHNIS
--------------------

Impressum	1
Inhaltsverzeichnis	1
Editorial	2

SCHWERPUNKTTHEMA:

„ GRENZÜBERSCHREITUNGEN “

ORIGINALIA

Rethinking Comunity Psychology from an european perspective <i>Donata Francescato &amp; Manuela Tomai</i>	4
Wie sich eine systemisch-therapeutische Perspektive mit gemeindepsychologischen Grundhaltungen und sozialpsychiatrischen Arbeitsweisen verbinden läßt... <i>Sigrid Haselmann</i>	10
Der konzeptionelle Zugriff auf Alltag und Lebensführung junger Erwachsener am Berliner Szenetreffpunkt „ Bahnhof Zoo “ in einer ethnographischen Studie <i>Stefan Thomas</i>	24
Patienten-Religiosität, die Mitarbeitenden und der Pfarrer in der Psychiatrie <i>Dirk Klute</i>	38
Community Psychology intervention strategies as tools to enhance participation in projects promoting sustainable development and quality of life <i>Donata Francescato</i>	49

SERVICETEIL

Aus den Hochschulen	58
Tagungsberichte	65
Tagungsankündigungen	74
Empowering St. Isabel?	77
Erinnerung an das Directory	80
Neue Bücher	81
Abstracts aus gemeindepsychologisch orientierten Zeitschriften	82
Hinweise für AutorInnen	101

# EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit etwas Verspätung legen wir das zweite Heft für das Jahr 2000 vor.

Diese Verspätung spiegelt die Arbeitsbelastung wieder, unter der die beiden Herausgeber stehen. Trotz der immer wieder erfreulichen Bereitschaft unserer Mitglieder, Beiträge zur Verfügung zu stellen, beanspruchen die Konzeption und die Fertigstellung der Hefte doch viel Zeit. Wir möchten daher wieder einmal daran erinnern, dass es die Möglichkeit gibt, als Gastherausgeber ein Heft mit einem Thema zu gestalten, das einem besonders am Herzen liegt. Das kann ein Thema aus dem Bereich der wissenschaftlichen Forschung ebenso wie ein Thema aus der Praxis sein. Wir möchten an dieser Stelle alle Mitglieder bitten, sich in ihrer Arbeitsumgebung umzusehen und zu überlegen, ob da nicht Themen und Arbeiten "herumliegen", die es wert wären, in einem eigenen Heft zusammengefügt zu werden. Wie Sie merken, versuchen wir angesichts unserer Belastung als Gemeindepyschologen auf unsere Netzwerke und Ressourcen zurückzugreifen - und das sind Sie oder wir alle zusammen.

Dieses Heft ist dadurch gekennzeichnet, dass die verschiedenen Autorinnen und Autoren Grenzen untersuchen und Grenzüberschreitungen vorschlagen. Dies beginnt gleich beim ersten Artikel, den die Sprecherin des "European network of community psychology" als Eingangsvortrag auf dem dritten Kongreß der europäischen Gemeindepyschologen in Bergen gehalten hat. Donata Francescato hat ihre Ausbildung als Gemeindepyschologin in den Vereinigten Staaten erhalten und hat diese Ideen dann nach Italien zurückgebracht. Dort war sie bei der Implementation der Gemeindepyschologie sowohl im akademischen, als auch im politischen Bereich sehr erfolgreich. Es ist ihr und ihrer Gruppe gelun-

gen, die Gemeindepyschologie fest im Bewußtsein von Politikern und Wissenschaftlern in Italien zu verankern. Gerade auf diesem Hintergrund ist sie wahrscheinlich besonders geeignet, die Grenzen der "traditionellen" US-amerikanischen Gemeindepyschologie zu erkennen und die Chancen zu sehen, die sich ergeben, wenn diese Grenzen durch europäische Denk- und Handlungstraditionen überschritten werden. Wir hoffen, dass die Überlegungen von Frau Francescato die Diskussion über die europäischen Beiträge zur Gemeindepyschologie weiter anregen wird.

In einem ganz anderen Bereich versucht Sigrid Haselmann die Grenzen zu überschreiten, indem sie vorschlägt, eine systemisch-therapeutische Perspektive mit gemeindepyschologischen Grundhaltungen und sozialpsychiatrischen Arbeitsweisen zu verbinden. Auch sie hat sich als Person in unterschiedlichen Kontexten entwickelt. Am Anfang ihrer Arbeit stand eine intensive Auseinandersetzung mit theoretischen Problemen der Psychologie, dann ging sie in die Praxis, und nun ist sie als Hochschullehrerin an einer Fachhochschule für Sozialarbeit tätig. In ihrem Artikel zeigt sie, dass es für Gemeindepyschologen nützlich sein kann, Aspekte der systemischen Therapie einzubeziehen und, dass es zwischen diesen beiden Positionen Gemeinsamkeiten gibt, die eine fruchtbare Arbeit im Bereich der Sozialpsychiatrie zulassen. Vor allem verweist sie auf die "Fallen", die auch in der Sozialpsychiatrie aufgestellt sind und auf mögliche Lösungen, die ein erweitertes Konzept bietet.

Stefan Thomas gibt einen Einblick in seine Forschungsarbeit. Er untersucht schon seit einigen Jahren den Alltag von Menschen, die in unserem Land unter der sog. Armutsgrenze leben, obdachlos sind und doch in einem Alter sind, in dem sich

andere Gleichaltrige gerade ihre Lebensperspektive gestalten. Das Leben von jugendlichen Trebergängern am Bahnhof Zoo ist geprägt durch Armut, Obdachlosigkeit, Drogen und Prostitution. Wie dieser Alltag aussieht und wie er lebbar gemacht wird, tritt meistens nicht in das Bewußtsein, würde aber eine Voraussetzung für erfolgreiche sozialarbeiterische und psychologische Arbeit sein. Auch hier werden die Grenzen zwischen Psychologie und Sozialarbeit überschritten und selbstverständlich auch die zwischen Etablierten und Außenseitern, wenn der Autor sich bei seiner Untersuchung direkt mit den Menschen einläßt und sich nicht in einem psychologischen Labor und hinter Fragebögen versteckt.

Befremdlich vertraute Grenzüberschreitungen nimmt Dirk Klute vor. Gemeinsamkeiten zwischen Gemeindepsychologie und Kirche lassen sich ja immer wieder über Personen oder auch anhand des Namens "Gemeinde"- Psychologie feststellen. Dirk Klute, der als Psychologe und Pfarrer selbst in seiner Person die Grenzen überschritten hat und in einer psychiatrischen Klinik arbeitet, denkt über das Verhältnis zur Religiosität bei Patienten, Mitarbeitern und dem Pfarrer nach. Religion spielt im Bewußtsein von Menschen mit psychischen Störungen oft eine bedeutsame Rolle und Mitarbeiter müssen sich damit auseinandersetzen. Welche Rolle dabei dem Pfarrer in einer Anstalt zukommt, darüber wurde bisher noch wenig geschrieben.

Schließlich drucken wir noch einen Vortrag ab, den Donata Francescato auf der europäischen Konferenz für Lebensqualität und Umweltveränderungen (qua-

lity of life/enviromental chances) gehalten hat. Hier wird der Zusammenhang zwischen Gemeindepsychologie und Umweltveränderungen hergestellt und die Autorin zeigt, inwieweit gemeindepsychologische Konzepte zur Arbeit in diesen Bereich beitragen können. Vor allem stellt sie die Techniken der Gemeindediagnose und des Aufbaus von Netzwerken dar und verweist darauf, wie diese gerade bei der Arbeit in städtischen Problemgebieten eingesetzt werden können.

Wir hoffen, dass diese Grenzüberschreitungen Ihnen/Euch Anregungen für die alltägliche/praktische Arbeit und für die Forschung vermitteln können.

Der Serviceteil ist diesmal etwas dünner ausgefallen. Das hat nicht allein damit zu tun, dass wir etwas sparen müssen. Gleichwohl finden sich sicherlich wieder interessante Informationen. Dies gilt insbesondere auch für einige Tagungsberichte, aber auch andere Dinge. Besonders wichtig ist uns der Hinweis, dass die Überarbeitung des Directory sowohl als Broschüre der GGFP als auch als Teil ihrer Webseite ansteht. Bitte folgen Sie dem entsprechenden Auf ruf.

Zuletzt bleibt uns den Autorinnen und Autoren zu danken, die uns ihre Beiträge zur Verfügung gestellt haben und würden uns wünschen, dass daraus eine lebhaftige Diskussion entsteht, die auch an die Autoren zurückgemeldet wird.

Außerdem möchten wir allen danken, die an der Herstellung dieses Bandes mitgewirkt haben.

Jarg Bergold  Bernd Röhrle  
- Januar 2001, Marburg, Berlin -

## ORIGINALIA

### Rethinking Community Psychology from an European perspective

Donata Francescato and Manuela Tomai

The nagging feeling that US community psychology „s concepts and intervention tools were somewhat insufficient or not completely appropriate for European contexts had come to me as early as 1977 when I wrote the first community psychology book for an Italian audience. In the eighties in Italy, we embarked on building new intervention tools and theoretical reflections on what community psychology should be about ( Palmonari & Zani, 1980; Contessa & Sberna, 1981; Francescato, Contesini, & Dini 1983; Francescato & Ghirelli, 1988). In the early nineties, I met Wolfgang Stark from Munich and Jose Ornelas from Lisboa and compared our somewhat similar experiences as pioneer community psychologists in Italy, Germany and Portugal. We agreed that, while we all owned a debt of gratitude to US community psychology, we had tried in our own work to go beyond it. We felt it was “too American”, in certain matters “politically naive,” somewhat ahistorical, and more interested in action than theory, with intervention tools more geared to individual than group, organisational, or broader social change. We felt it would be good to promote further exchanges among European community psychologists, to explore what innovations the various countries had produced. In 1995 the European Network of Community Psychologists (1) was born in Rome, and since then every year has organised small study meetings or large conferences in Munich,(1996) Vienna, (1997) Lisboa,(1997) Stirling (1999) and Bergen (2000) Listening at papers presented in Rome, Vienna and Bergen and even more

talking informally with colleagues about their experiences in the various European contexts I became aware that the various innovations both in theory and practice, developed by different European community psychologists had some common trends.

Examining various books on community psychology published in Europe in the last few years (Amerio, 2000; Arcidiacono, Gelli, Putton, & Signani; 1996; Francescato, Ghirelli, & Tomai, in press; Francescato, Leone, & Traversi, 1993; Orford 1992; Sanchez, Vidal, & Musito, 1996; Zani & Palmonari, 1996) and the papers discussed at the three ECCP conferences (Arcidiacono, Gelli, & Putton, 1996; Ornelas, 2000), one becomes aware that Europeans have in fact tried to insert more theory, history and politics into community psychology and have to some extent succeeded in developing tools of intervention that promote organisational and network changes.

After the terrible experiences with fascism and communism Europeans know that what is “communal” or comes from a “community” is not necessarily good. Therefore, much theoretical effort has been spent in assessing the history of ideas on community and its links to individual emancipation or individual oppression, and showing the theoretical and political limits of the individualistic perspective in psychology. In part the emphasis on viewing psychology as a science of the relationship between individuals and their contexts comes from an historical European cultural Weltan-

schauung, which does not share the individualistic myths that dominate American culture as recently Rappaport (2000) and Putnam (2000) have documented.

Most Europeans do not share the American myths of the "self-made man", and do not believe "men are born free", on the contrary, European cultural and political traditions mainly underline how each person is born in a social environment embedded in an historically created hierarchical context. This context can facilitate or restrict the individual, who can also shape social settings. We share with US community psychologists the view that inequalities are historical and not immutable facts of nature, but we stress more the importance of becoming politically aware of the different historical interpretations that have been given by different power elites to legitimise social hierarchies, and of the historical process by which individuals have become empowered. In Europe we are convinced that a disempowered person rarely can empower herself solely by her own efforts, and that history shows that individual empowerment has occurred through collective struggles for civil, human and social rights. Authors from continental Europe (Bobbio 1990, 1995, Habermas 1991) have stressed how their countries have tried to pursue public policies that foster both the protection and widening of individuals rights and the increase of the „social capital“, the trust and bonds between people. Social capital refers to connections among individuals, it stresses the importance of social networks and the norms of reciprocity and trustworthiness, that arise from them. In a global culture dominated by American individualistic values, many Europeans think it is crucial to underline the historical link between the process of valorisation of individual freedoms and collective struggles which have given Euro-

peans more social rights, including wide access to health care, education and unemployment protection. Such rights are denied to many poor Americans, who are left to fight on their own in a society that blames failure and celebrate success as mainly individual endeavours. Putnam (2000) in his most recent work on the collapse and revival of American community, shows that an excessive emphasis of economic liberalism and the pursuit of individualism has lessened political, civic, religious participation as well more informal social connections among Americans and documents how social capital is related to children's welfare, safer neighbourhoods, health and happiness. Most European community psychologists have been able to rely on this strong European political tradition of valuing social capital, welfare policies and the distinctive history of its many ancient cities and towns.

Besides having a common Weltanschauung which stresses the links between individual freedoms and class struggles and an historical awareness of the good and as well as the dark side of the movements that pursue collective wellbeing, European community psychologists also share the traditional European passion for theory building. In fact several have tried to give community psychology more intriguing theoretical foundations. Some effort has been oriented toward integrating both a traditional and post-modern view of science (Amerio, 2000, Zani Palmonari 1996), building on the work of European social psychologists such as Moscovici (1989), and Jodelet (1989) on social representations, and on the ideas of theorists of poststructuralism and postmodernism such as Jacques Lacan, Michel Foucault, Gilles Deleuze and Felix Guattari.

We (Francescato, Ghirelli Tomai in press) have argued that we can use a traditional posi-

tivistic scientific paradigm when looking for regularities in the interaction between individuals and their social settings; and post-modern paradigms, which maintain that the social world is a human construct, not objective but made up of options and scripts, when trying to promote personal and social change. In a world also created by language and kept together by metaphors and shared meanings, new metaphors and new narratives help present social situations from a new angle, providing hope and legitimisation for change. Personal, community, political and cultural narratives link individual and social aspects, offering both traditional and new interpretations of social hierarchies that affect empowerment, and those core aspects identified by Orford (1998): identity, status, self-esteem, valued roles and future life chances.

In Europe we have also developed some new intervention strategies that encourage pluralistic interpretations uniting different kinds of knowledge and increasing the number of viewpoints from which a situation can be considered. These strategies focus on the unequal power distribution existing in any context being considered, and try to stimulate participants to critically reflect on the way the dominant narratives legitimise the status quo. The strategies also bring to awareness the historical roots of dominant narratives and give voice to minority narratives and hopes. The strategies aim to promote ties among people who share a problem and to empower them to formulate and realise projects that increase personal well-being and social capital. These interventions are aimed at small groups, organisations and networks more than at individuals.

For instance, community profiling and network-building developed in Italy (Francescato, 1993, 2000; Martini & Sequi, 1988) and further redefined in Austria (Ehmayer, Reinfeldt, & Gstotter, 2000),

have been used to promote participation in city-wide programs to promote better health, protect the environment, and to increase networking among existing services, institutions, volunteer and other civic associations. Community profiling has also been utilised to find out what particular problems and strengths characterise a local community in the view of its differently empowered social groups. Such profiles include territorial, demographic, economic, service, institutional, anthropological and psychological inputs. Techniques of data gathering vary from profile to profile, and include walks, drawings, movie scripts, narratives, jokes for the more subjective profiles and a series of hard indicators for the first five profiles.

This technique shows how one can use tools coming both from traditional science and post modern paradigms, to come up with a multidimensional picture of the relations between citizens and their community context. For instance several profiles such as the territorial, demographic, economic, services and institutional profiles are compiled by the core research group, which initiated the action research, with the help of key experts figures in each profile, to find out the „hard facts” about a community, ranging from demographic changes and measured levels of air pollution, unemployment or high school drop-outs. These data are then confronted with the social perceptions different groups in a community have of the strengths and problem areas in that specific profile. The two last profiles the anthropological and psychological ones deal with subjective feelings, with emotions people feel in their communities, the values they share, the fears and the hopes. To take emotional snapshots we use for instance storytelling, narrative of all types and especially a movie script techniques that taps group images of the community. We generally ask different target groups, which the first five profiles have shown to be important for that specific community to write a movie script about the future of their town or neighbourhood. They have to pick a genre of movie (historical, science fiction, comedy etc.) come up with a title, a plot, main characters and they can also dramatise if they wish particular relevant sce-

nes. Most groups choose to dramatise their "movie" in front of the other groups, which then are encouraged to say what emotions they felt watching the performance. We have used this technique to promote emotional exchange and understanding among Black, Afrikaner and Indians in a South-African college town,

among old and young people in some Austrian towns (Francescato 2000), among immigrants and locals in many Italian neighbourhoods. Probably emotional sharing in a protected environment promotes bonding and bridging, and the building of a climate of trust in which even conflicts can be openly expressed and accepted..

Providing divergent groups with a variety of modalities to look at their communities encourages pluralistic interpretations that reunite different kinds of knowledge and increase the number of viewpoints from which a problem situation can be considered. But to actually be able to use the new knowledge built in the confrontation and put it to use, people have to consider other groups or individuals trustworthy and see them as willing to take some responsibility for change at some level, recognising that social problems always have individual and collective components. Sharing emotionally significant experiences, such as doing something creative together like inventing a script about the future of their community seems to have a positive effect on trust levels, perhaps because most groups seem to have a great deal of fun performing this task and laughing together as well as a sense of marvel on how differently other groups view the same community.

Besides creating tools to analyse communities from different viewpoints, several European community psychologists have attempted to develop strategies to promote organisational change and empowerment (in Germany, see

Stark, 2000; in Italy, see Francescato, Leone, & Traversi, 1993; Francescato & Tancredi, 1989). One of these tools is called multidimensional organisational analysis and involves people on all hierarchical levels in an organisation. Together they analyse their organisational functioning across four dimensions (structural-strategic, functional, psycho-environmental and cultural). After weak and strong points have been underlined by the various organisational components, they formulate different narratives and preferred visions of the future, and then negotiate change priorities. Again also in this methodology both hard and soft data, both "objective" and "subjective" visions are encouraged, emotions and subjective preferences are shared together as well as business goals and performance targets. The highly participatory nature of this tool makes it unsuitable for highly hierarchical organisations unless top management agrees to have workers at all levels participate, but makes it a very "user friendly" strategy for unions, volunteer organisations, professional groups, and co-operatives (Morganti 1998).(2) Much remains to be done to improve both our theories and our tools but we hope European community psychology, building on the tradition of political concern for promoting social capital, is beginning to make some small original contributions to the field of community psychology.

1) For news on the European Network of European Psychologists see ENCP network website: <http://userpage.fu-berlin.de/~cpbergol>.

2) Some of these strategies will be explored at the first European Community Psychology Summer School Workshops to be held in Lecce, Italy in the second week of September 2001. For information check the ENCP network or contact Donata Francescato ENCP Coordinator [mc0938@mclink.it](mailto:mc0938@mclink.it)

## References

- Amerio P. (1998). La psicologia di comunità: un quadro scientifico e politico. In V. Alastra (Ed.) *Le comunità possibili, atti del convegno Biella, 20 novembre*, 18-23
- Amerio P. (2000). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Cudini S. (1993). Il profilo di comunità come strumento di analisi e di intervento. In D. Francescato & L. Traversi (Eds.), *Oltre la psicoterapia* (pp.51-70) Roma: la Nuova Italia Scientifica.
- Dahrendorf R. (1959). *Class and class conflict in industrial society*. Stanford, Cal.: Stanford University Press.
- Ehmayer C., Reinfeldt S. and Gstotter, S. (2000). *Agenda 21 as a concept for sustainable development*. Paper presented at III panel of experts Vienna, May, 1, 1-13.
- Francescato D., Leone L. & Traversi, M. (1993). *Oltre la psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Francescato, D., Ghirelli G. & Tomai, M. (in press). *Fondamenti di psicologia di comunità*. revised edition, Roma: Carocci (first edition 1988).
- Francescato, D. (1987). *Multidimensional perspectives: an European approach to organizational analysis*. Invited address to the European Network of Organizational Psychologists, Budapest.
- Francescato, D. (1989). *Methodologies of organizational change: the need for an integrated approach*. Invited opening paper to the European Conference of Work and Organizational Psychology. Cambridge, England.
- Francescato, D. (1989). *Organisation des services et formation des intervenants amenés a travailler en équipe pluridisciplinaire*. Lausanne Cahiers de l'Ecole d'études sociales et pédagogiques.
- Francescato, D. (1992). A multidimensional perspective of organizational change. *Systems Practice*, 5(2), 129-146.
- Francescato, D. & Tancredi, M. (1992). Methodologies of organizational change: The need for an integrated approach. In D. M. Hosking and N. Anderson (Eds.), *Organizational change and innovation Psychological perspectives and practices in Europe*. London: Routledge.
- Francescato D., Putton A. & Cudini; S. (1995). Prevention in Italy. An overview of the fields. *Prevention in Human Services*, 12(1), 115-131.
- Francescato D. & Burattini, M. (Eds.). (1997). *Empowerment e contesti psicoambientali di donne e uomini d'oggi*. Roma: Aracne.
- Francescato D., Giammarco I. & Morganti, M. (1998). Dispersione scolastica: un approccio multidimensionale. In P. Serreri (Ed.), *Programma Feronia: liberi di sapere Motivare individualizzare valutare orientare negli istituti professionali* (pp. 97-124). Milano: Franco Angeli.
- Francescato D., Tomai, M., Burattini, V. & Rosa, V. (1998). Crea il lavoro che desideri: un progetto per motivare al lavoro in proprio in P. Serreri op cit. pp. 251-288.
- Francescato, D. (1998). *Amore e Potere*. Milano: Mondadori.
- Francescato, D. (1998). *Community diagnosis as a participatory technique. Lectures given at Zululand University, Edwards Bay, South Africa*, 4-6 November.
- Guillen, M. F. (in press). Is Globalization civilizing, destructive or feeble? A critique of five key debates in the social science literature. *Annual Review of Sociology*.
- Kennedy, P. (1993). *Preparing for the Twenty-First Century*. New York: Random House.
- Heller, K. 1989 The return to community. *American Journal of community Psychology*, 17, 1-16.
- Hirst P. & Thompson, G. 1996. *Globalization in Question*. London: polity.
- Hyman, D. (1998). Sei modelli di intervento di comunità: una sintesi dialettica tra teoria socia-

- le ed azione sociale in L. Luison (Ed.), *Introduzione alla sociologia clinica* (pp. 117-135). Milano: Franco Angeli.
- Keck M. E. & Sikkins, K. (1998). *Activists beyond borders: Advocacy networks in international politics*. Ithaca, N. Y.: Cornell University Press.
- Levitt, T. (1983). The globalization of markets. *Harvard Business Review*, 61(3), 92-102.
- Martini, R. & Sequi, R. (1988). *Il lavoro nella comunità*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Mittelman, J. H. (2000). *The globalization syndrome: Transformation and Resistance*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Ohmae, K. (1990). *The borderless world*. New York: Harper Business.
- Orford, J. (1992). *Community Psychology Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
- Pasini W. & Francescato, D. (1999). *Il coraggio di cambiare*. Milano: Mondadori.
- Palmonari, A. & Zani. (1988). *Manuale di psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Rodrik, D. (1997). *Has globalization gone too far?* Washington D.C: Institute for International Economics.
- Rothman J. (1974). Three models of community organization practice. In F. Cox, J. L. Erlich, J. Rothman & J. Tropman (Eds.), *Strategies of community organization* (pp. 20-36). Ithaca, Illinois: F. E. Peacock Publishers, inc.
- Stockdale, J. D. (1976). *Community organization practice: An elaboration of Rothman's typology* *Sociology and social welfare* 541-551.
- Wade R. (1996). Globalization and its limits: reports on the death of the national economy are greatly exaggerated. In S. Berger & R. Dore (Eds.), *National diversity and global capitalism* (pp. 60-88). Ithaca, NY: Cornell University Press.

Autoren

✉ Donata Francescato and Manuela Tomai, University of Rome La Sapienza, Via Dei Marsi 78 Rome Italy, Email: mc0938@mcLink.it

# Wie sich eine systemisch-therapeutische Perspektive mit gemeindepsychologischen Grundhaltungen und sozialpsychiatrischen Arbeitsweisen verbinden läßt...

Sigrid Haselmann

## Zusammenfassung

Der typischerweise ablehnenden Einstellung der Gemeindepsychologie gegenüber der Psychotherapie entgegentretend, werden einige gemeinsame Grundhaltungen genannt, die für beide Positionen einschlägig sind, sofern man sich auf die *Systemische* Therapie bezieht. Auf Entwicklungen innerhalb der Klinischen Psychologie und der Systemischen Therapien verweisend, wird schließlich für das Feld der Gemeindepsychiatrie, - bei expliziter Würdigung bisheriger sozialpsychiatrischer Ansätze -, für eine Erweiterung um eine systemisch-therapeutische Perspektive plädiert, die sich - so die These - insbesondere dort als nützlich erweist, wo es dezidiert um Veränderungen hin zu Autonomieentwicklung und Auflösung von Chronizität geht.

*Schlüsselworte:* Gemeindepsychologie - Psychotherapie - Klinische Psychologie - Systemische Therapien - systemisch-therapeutische Perspektive - Gemeindepsychiatrie - Sozialpsychiatrie - Begegnungsansatz - Autonomie - Chronizität - Chronifizierung

## Summary

Opposing the typical negative attitude against psychotherapy, some joint principles are mentioned, which are - referring to the *Systemic* Therapy - relevant for both positions. Then pointing to developments within Clinical Psychology and the Systemic Therapies, it will be pleaded toward the field of Community Psychiatry, - side by side with explicit appreciation of the existing approaches of Social Psychiatry -, for a systemic-therapeutic perspective, which is maintained to be especially useful there, where changes are intended in order to effect the development of autonomy and the liquidation of chronicity.

*Keywords:* Community Psychology - Psychotherapy - Clinical Psychology - Systemic Therapies - systemic-therapeutic perspective - Community Mental Health - Social Psychiatry - autonomy - meeting approach - chronicity - chronificizing

Schon vor längerer Zeit eigentlich wollte ich für den Gemeindepsychologischen Rundbrief einen Artikel mit dem Titel: „Wider den unsäglich Antitherapeutismus in der Gemeindepsychologie“ schreiben, da ich die damals herrschende antitherapeutische Einstellung schlicht unproduktiv fand. Bei Gemeindepsychologischen Gesprächskreisen in Thurnau vermittelte sich mir der Eindruck, daß sich die Kollegen/innen, die *auch* psychotherapeutisch arbeiteten, über diese Tätigkeit quasi nur hinter vorgehaltener Hand zu berichten gestatten. Therapie war verpönt. Gleichzeitig wurde

ein durchaus einseitiges Bild dessen, was Psychotherapie sei, favorisiert: Psychosoziale Probleme würden den Klienten als individuelles Versagen angelastet, soziale Kontexte blieben grundsätzlich unberücksichtigt, über den Hilfewunsch der Klientinnen hinausgehend würden unnötigerweise Probleme aus dem Mikrosystem der Kindheit heraufbeschworen, etc.etc.. Solche „Vorurteile“ hinwiederum scheinen weder ganz unberechtigt, noch ganz zufällig. Immerhin wären darin genau jene Positionen markiert, die die Gemeindepsychologie von ihrem Ansatz her be-

kämpft. Auf der anderen Seite blieb eine enge Verbundenheit zur DGVT - weitgehend unkommentiert - bestehen, obwohl ja auch die ursprünglich behavioristisch begründete und symptomorientierte Verhaltenstherapie nur schwerlich zu den gemeindepsychologischen Grundhaltungen passen dürfte. Aber hier bestanden wohl andere Verbindungen, z.T. personeller Art, und die DGVT galt als „reformorientierter“ Therapieverband, unabhängig davon, was *therapeutisch* gemacht wurde.

Da sich die Vorurteilslage inzwischen geändert, die Einstellung gegenüber Psychotherapie gebessert haben soll, habe ich mich für einen anderen Titel für diesen Text entschieden. Es soll um die Frage gehen, wie sich eine systemisch-therapeutische Perspektive mit gemeindepsychologischen Grundhaltungen und sozialpsychiatrischen Arbeitsweisen verbinden läßt. Und zum Schluß geht es um ein Plädoyer für eine systemisch-therapeutische Perspektive in der Gemeindepsychiatrie. Hiermit möchte ich um Aufgeschlossenheit für eine solche Perspektive werben, die m.E. mit gemeindepsychologischen Grundhaltungen vereinbar wäre.

Vorab seien einige m.E. gemeinsame Haltungen von Gemeindepsychologie und systemischer Therapie aufgelistet, die aber aus systemischer Sicht erst im Verlaufe des weiteren Textes und nur teilweise genauer erläutert werden:

- Ressourcen- statt Defizitorientierung (ggf. in unterschiedlicher Akzentuierung)
- Vermeidung bzw. Auflösung von Krankheitszuschreibungen, Etikettierung und Stigmatisierung
- Infragestellung eines medizinischen Krankheitsverständnisses bei psychischen Störungen

Hilfe zur Selbsthilfe (bzw. provokant von Fritz Simon formuliert: „Helfen durch Nicht-Helfen“) statt „fürsorgliche Belagerung“

Respekt gegenüber den Betroffenen und auch gegenüber den von ihnen bereits erarbeiteten Bewältigungsstrategien bzw. Konfliktlösungen (und seien sie auch in psychopathologischer Terminologie als „krankhaft“ etikettiert) – Konzept der Anerkennung

Kontextualisierung statt Individualisierung psychischer „Störungen“ bzw. individualistischer Esoterik (Lokalisierung von Störungen *nicht im Individuum*)

Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung selbstverantwortlicher Subjekte und Subjektsysteme und ihrer Selbstorganisation (in unterschiedlicher Akzentuierung)

Einbeziehung relevanter Bezugspersonen („Netzwerke“) und Verhinderung der Ausgrenzung „identifizierter Patienten“

Empowerment (in unterschiedlicher Akzentuierung)

Hinterfragung besserwisserischer „Expertokratie“ seitens der Professionellen

Hilfestellung für Problemlösungen zur Verbesserung psychosozialen Wohlbefindens statt Heilungsdruck

Als nicht gemeinsame, sondern spezifisch gemeindepsychologische Positionen, wären zu nennen:

- die explizite Bezugnahme auf sozial-ökologische, soziokulturelle, sozialstrukturelle, sozioökonomische, gesellschaftliche Kontexte und Ressourcen und auf die „Gemeinde“ - und damit zusammenhängend -
- die explizite Förderung von Vernetzung,

Partizipation, Solidarität und Selbsthilfeinitiativen und

die Betonung primärer Prävention und von „Interventionen, die das Entstehen psychosozialer Belastungen und Leidenszustände verhindern sollen“ (Keupp 1995, 6)

Zum Verhältnis von Gemeindepsychologie und Psychotherapie

Dem interventionsbezogenen Anliegen der Gemeindepsychologie, „psychosoziales Wohlbefinden dadurch zu verbessern und psychosoziales Leid dadurch zu mindern, daß sie Subjekte, Gruppen und Netzwerke dabei unterstützt, den Zugang zu Ressourcen zu verbessern, die für eine adäquate Auseinandersetzung mit alltäglichen Widersprüchen und Belastungen und für Realisierung selbstbestimmter Lebenspläne erforderlich sind“ (Keupp 1995, 7) wurde in der praktischen Umsetzung - neben Ansätzen des Empowerments und der Sorge/Selbstsorge - vor allem unter Bezugnahme auf die von der Allgemeinen Psychologie entwickelten Coping- und Social-Support - Konzepte zu entsprechen versucht.

Indes wirken entsprechende Programme nicht selten etwas „mechanistisch“ oder pädagogisierend, als handle es sich etwa bei den - aus Sicht der Experten „inadäquaten“ - Copingfähigkeiten um Lerndefizite oder als seien den Betroffenen - ausgehend von der Annahme, es seien ihnen entsprechende Ressourcen *vorhanden* worden - der Weg zur Erlangung sozialer Unterstützung zu weisen.

Man vermißt die Thematisierung von Fragen der Beziehungsgestaltung zwischen „Helfern“ und „Klienten“, eine therapeutische Haltung des Nichtwissens und der Neugierde (z.B. wie es die Betroffenen geschafft haben, an ihren Problemen festzuhalten) und damit zusammenhängend eben oft auch einen „therapeutischen Blick“ auf die (Sinn-)Zusammenhänge

der Problemstellung, auf die je spezifischen Person-Umwelt-Transaktionen und auf die Eigenbeteiligung der Betroffenen an der Konstruktion ihrer Problemlagen, die kontextuell und persönlich durchaus „Sinn“ machen könnten, selbst wenn sie mit Leid einhergehen.

Gerade bei dem „interventionsbezogenen“ Anliegen der Gemeindepsychologie dürfte therapeutisches Wissen und Können eine fruchtbare Erweiterung, dürfte psychotherapeutische Kompetenz eine Bereicherung darstellen.

Heiner Keupp (1995) beschreibt, daß sich in den 80er Jahren die Verknüpfungen der Gemeindepsychologie zur Klinischen Psychologie zunehmend gelockert haben bis es zu einer „konzeptuellen Abnabelung“ kam (S. 11)

Damit zusammenhängend wurden m.E. aber nicht nur innovative Akzente für sozialökologische und sozialstrukturelle Betrachtungsweisen, Netzwerkansätze und den Empowermentgedanken gesetzt, sondern es wurde - unter fragwürdigen Prämissen, was „Psychotherapie“ sei - vor allem eine Abkapselung gegenüber therapeutischen Zugangsweisen vollzogen, obwohl die „Bezugspunkte psychisches Leid und die Suche nach wirksamen Hilfeformen erhalten geblieben“ seien (Keupp 1995, 11).

Leider hat man sich mit dieser Abstinenz auch den Weg verbaut, an der Entwicklung therapeutischer Ansätze, die womöglich einige Akzentsetzungen der Gemeindepsychologie aufzugreifen vermögen, teilzuhaben.

Von seiner Erziehungs- und Familienberatungsstelle im südöstlichen Bayern berichtet Albert Lenz (1995) von interessanten und wegweisenden gemeindepsychologischen Ini-

tativen und Projekten, die er von dieser Stelle aus gestartet hat, aber eine Erklärung, worin er denn die „Gefahr“ sah, der anfangs in seine Beratungsstelle gekommenen Familie (Eltern mit vier Kindern zwischen 8 und 14 Jahren) eine „Familientherapie“ anzubieten, bleibt er schuldig. Es fehlt mir eine Begründung, weshalb eine therapeutische Hilfe die „Familie ... völlig überfordert“ und die „psychische Belastbarkeit aller Beteiligten überschritten“ hätte (Lenz 1995, 112); oder anders gefragt: wessen Belastbarkeit „überschritten“ worden wäre? Immerhin ist die Familie vollzählig in der Beratungsstelle erschienen, -- ein enormer Schritt. Und überdies hätte eine Familientherapie (oder noch besser eine systemische Therapie, was nicht dasselbe ist, s.u.) andere, gezielter auf den sozialen Alltag der Hilfesuchenden ausgerichtete Hilfen ja keinesfalls ausgeschlossen.

Auf der anderen Seite wird mit Bezugnahme auf die Gemeindepsychologie und ihre Ansätze verschiedentlich von erfolgreichen Interventionen berichtet, die jedoch - was allerdings verschwiegen wird - genuin therapeutischer Art sind, so z.B. Christina Schachtner (2000, 33): „An das Anerkennungsmuster schließt die Empowerment-Perspektive an. Ich möchte diese Perspektive anhand eines Fallbeispiels in einem Armenviertel im Süden Brasiliens verdeutlichen...“ Geschildert wird, daß die „professionelle HelferIn auf einen in sich verschlungenen Problemkomplex stieß, bestehend aus Arbeitslosigkeit, Armut, Ehekonflikten, Alkoholismus, Gewalt, Depression, Prostitution.“ (ebd.) Im weiteren geht es darum, daß sich die Familienmitglieder angesichts ihrer Probleme als machtlos ansehen und die Geschichte ihrer Familie als eine Geschichte von Niederlagen erzählen und dies zum Anknüpfungspunkt für die Beraterin wird, die Aufmerksamkeit auf die Stärken,

den Zusammenhalt, die gegenseitige Hilfsbereitschaft zu lenken, so daß die Familie ihre Geschichte der Niederlagen durch eine Geschichte der Stärken zu relativieren vermag (ebd.).

Was verschwiegen wurde, ist, daß es sich hier um eine grundsätzliche Vorgehensweise einer Ressourcen evozierenden systemischen Therapie handelt oder ggf. um einen „narrativen“ systemisch-therapeutischen Ansatz (s. z.B. Anderson & Goolishian 1992).

Nun ist allerdings gerade das genannte Therapiebeispiel aus sozialkritischem Blickwinkel als durchaus fragwürdig zu erachten. Denn die hier favorisierte konstruktivistische Perspektive könnte auch eher zu einer Verschleierung der Hilfemöglichkeiten statt zu einer Problemlösung beitragen, ähnlich wie wenn - um hier ein Beispiel von Pfeifer-Schaupp (1995, 131) aufzugreifen - die Probleme von Menschen in einem benachteiligten Stadtteil als deren problematische Konstruktionen angesehen würden, die sich im Erzählen von Problemgeschichten zeigt und man ihnen dann schlichterding eine Neukonstruktion bzw. das Erzählen anderer, schönerer Geschichten nahelegen wollte.

Wo es um den Ausgleich von sozialer Ungerechtigkeit oder ungleicher materieller und sozialer Ressourcen-Zuteilung geht, um Hilfe bei materiellen Nöten oder auch um die gezielte Organisation sozialer Unterstützung, bleiben systemische Ansätze m.E. randständig.

An dieser Stelle kann ich dann auch schon eine Kritik an der systemisch-konstruktivistischen Perspektive vorwegnehmen: Es gelingt nicht nur den narrativen, sondern generell den systemischen Ansätzen nicht, einen „Anschluß“ an den oberen Kontext der „Praxis des Gemeinwesens“ (vgl.

Raeithel 1983) herzustellen. Und dies gelingt sowohl theoretisch, bezugnehmend auf „die“ Systemtheorie, wie auch praktisch, bezugnehmend auf die verschiedenen therapeutischen Ansätze nicht.

In theoretischer Hinsicht hat die für menschliche Gesellungsformen einschlägige Koevolution von Biologischem, Psychologischem und Sozialem m.E. noch keine adäquate Konzipierung gefunden; aber in praktischer Hinsicht gibt es immerhin von Vertreterinnen einer Gender-Perspektive einige Versuche, in („gender-sensitiver“) systemischer Therapie an den oberen Kontext der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse „anzukoppeln“ (z.B. Walters u.a. 1995; Rücker-Emden-Jonasch u.a. 2000; Haselmann, im Druck).

#### Klinische Psychologie und systemische Therapien

Inzwischen hat die von der Gemeindepsychologie abgekapselte Klinische Psychologie eine durchaus interessante Entwicklung genommen, wie man an dem Buch von Klaus Grawe über „Psychologische Therapie“ (1998) sieht.

Unter Einbeziehung der *dynamischen* Systemtheorie, soll heißen: der Chaostheorie, wird psychisches Geschehen, wie auch die Entwicklung psychischer Störungen, aus einer Selbstorganisationsperspektive vorgestellt, wobei m.E. insbesondere die motivationalen Schemata, die im Austausch mit der systemexternen Umwelt (und dabei m.E. vor allem in interpersonalen Beziehungen) gebildet werden und später als motivationale „Attraktoren“ fungieren, eine bedeutende Rolle spielen. Über diese Konzipierung könnte man zum Entwurf einer bislang noch allerorten in der akademischen Psychologie vermißten Theorie des Subjekts und von Subjektivität hingelangen (wennzwar auch die „soziale Natur des Psychischen“ - von der ich überzeugt bin - hiermit noch nicht

ganz „erfaßt“ wäre).

Ebenfalls beeindruckend ist die gelungene Verbindung von Fragestellungen aus der therapeutischen Praxis mit dem psychologischen Grundlagenwissen. Das daraus resultierende Therapiemodell indes ist natürlich kein systemisches. Es ist sehr „bemüht“ und hat psychoedukativen Charakter, was auch beinhaltet, daß die Therapeuten/innen wissen („müssen“), was mit ihren Klienten „los“ ist und wie sie sich zu verändern bzw. welche „neuronalen Erregungsmuster“ sie zu überschreiben haben.

Systemische Therapien, die in dem Buch unter die Rubrik „interpersonale Therapien“ einsortiert sind, finden nur wenig und eher abschlägige Erwähnung. Vor allem wird lediglich auf die früheren systemorientierten Modelle (Haley, Minuchin, Selvini-Palazzoli) eingegangen, in denen noch eher linear oder mechanistisch gedacht wurde, verbunden mit der Idee, man könne als Therapeut/in die Interaktionsmuster eines *definierten* „System“s, wie etwa einer Familie, qua Intervention oder Instruktion *gezielt* (im Sinne der therapeutischen Intentionen) beeinflussen.

Heute setzen sich systemische Therapeuten/innen, die bewußt nicht linear, sondern konsequent zirkulär - gemäß dem Autopoiesiskonzept (nach Maturana/Varela) - denken, von diesen „veralteten“ Systemmodellen ab, wiewohl Methoden aus den früheren Konzepten sinnigerweise auch heute noch in systemischen Therapien ihre Verwendung finden.

Die unterschiedlichen systemorientierten Denkmodelle werden von den Systemikern (die sich theoretisch - grob - an den Systemtheorien von Maturana/Varela und von Luhmann und ferner am Konstruktivismus orientieren) unter der unglücklichen Terminologie „Kybernetik erster Ordnung“ (das sind die früheren) und „Kybernetik zweiter Ordnung“

(das sind die heute vertretenen, „echt“ systemischen) gefaßt.

Die wesentliche Errungenschaft des neuen Denkmodells gipfelt in der Erkenntnis, daß „instruktive Interaktion“, also daß *gezielte* Einflußnahme durch therapeutische Interventionen oder Instruktionen nicht möglich sei, da jeder Beeinflussungsversuch vom (Problem-)System selbstorganisiert gemäß der je eigenen Eigenlogik und Eigendynamik aufgenommen wird und daß es folglich nur möglich wäre, ein System „anzustoßen“, d.h. anzuregen und vor allem zu „verstören“ (Perturbation von Problemsystemen), -- wofür es geeignete Gesprächstechniken gibt, allem voran das Fragen („zirkuläres Fragen“) und die positive Umdeutung („reframing“).

Diese Konzeption hat auch insbesondere für die Stellung der Therapeuten/innen erhebliche praktische Bedeutung: sie haben sich von Anfang an als Teil des (Problem-)Systems zu begreifen und überdies - was vielleicht noch wichtiger ist - wird die Macht des Therapeuten relativiert!

Die systemische Therapie ist explizit nicht pädagogisierend, nicht psychoedukativ; Klientinnen werden dazu provoziert, ihre eigenen Problemlösungen zu entwickeln, aber es wird ihnen nicht mehr oder weniger subtil „beigebacht“, wie sie das „richtig“ zu machen hätten. Eine weitere praktische Konsequenz dieses zweiten Denkmodells, - das nicht mehr, wie das erste, von der Prämisse ausgeht, daß etwa ein Familiensystem ein Problem erschafft, sondern von der Prämisse, daß „das Problem das System schafft“ (vgl. Lynn Hoffman 1996) -, ist die, daß nicht mehr immer alle Familienmitglieder zur Therapie kommen müssen, sondern nur die am Problem beteiligten (und das können auch Arbeitskollegen oder andere Leute sein) und daß auch systemische Therapie mit Einzelnen sehr gut möglich

ist.

Die Hinwendung zu dem neuen Denkmodell eröffnete dann auch das Feld für die Entwicklung zahlreicher Spielarten von systemisch-konstruktivistischer Therapie, die sich gar nicht mehr an Interaktions- und Beziehungsmustern orientieren, sondern z.B. an Familienspielen als Sprachspielen, an erzählten Geschichten und Bedeutungskonstruktionen. (zum Überblick s. von Schlippe & Schweitzer 1996).

### Sozial-/Gemeindepsychiatrie und Gemeindepsychologie

Die Verbundenheit von Gemeindepsychologie und Sozial-/Gemeindepsychiatrie besteht wohl zuallererst in der gemeinsamen historischen Wurzel: Gemeindepsychologie ist im Zusammenhang mit der Psychiatriereform, im Kontext der Reformbemühungen der Psychiatrie Ende der sechziger Jahre in der BRD entstanden. Im weiteren Verlauf jedoch haben die beiden Bereiche dann - „trotz“ vergleichbarer Grundpositionen - auch unterschiedliche Entwicklungen genommen

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Richtungen sind von Bernd Röhrle (1997) zwar prägnant, aber doch mit einseitiger „Schlagseite“ zugunsten der Gemeindepsychologie herausgearbeitet worden.

Ohne Zweifel handelt es sich um unterschiedliche Arbeitsbereiche mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen und Herausforderungen. Z.B. hat man es im Bereich der Sozial-/Gemeindepsychiatrie i.d.R. mit Menschen zu tun, die bereits „in den Brunnen gefallen“ sind, so daß hier die Bedeutung von „primärer Prävention“ nicht mehr den Stellenwert haben *kann*, den sie in der Gemeindepsychologie haben *muß*.

Im wesentlichen wird es hier deshalb - neben Fragen der Organisation, Koordination und Kooperation der verschiedenen Dienste - um die Frage gehen, wie man zu einer - zum medizinischen Modell alternativen - „Umgangsform“ mit den Psychiatriebetroffenen gelangen kann: Gespräch, Austausch, Begegnung, Begleitung, Zusammensein, gemeinsames Handeln, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfe, etc..

Hierfür scheinen mir insbesondere der Begegnungsansatz nach Dörner/Plog und die „Leitlinien klinischen Handelns“ nach Mosher/Burti (1992), -- *die beide in Überschreitung einer vertikalen Subjekt-Objekt-Beziehung (wie z.B. Arzt-Patient) die Realisierung von horizontalen Subjekt-Subjekt-Beziehungen zwischen Helfer/innen und Betroffenen akzentuieren* -- und die „Grundregeln jeder sozialpsychiatrischen Behandlung“ nach Luc Ciompi (1985) einschlägig.

Darüber hinaus gehören in diesen Reigen m.E. grundsätzlich eine Soteria für Betroffene, die sich gerade in einer akuten Phase befinden, und ferner Psychoseseminare als Gesprächskreise für alle (nicht akuten) Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Professionellen.

Während die drei Leitlinien nach Mosher/Burti, die da heißen:

„Herstellen von Lebensbezügen - Kontextualisierung“

„Bewahrung und Erweiterung von persönlicher Stärke und Einflußnahme - Empowerment“

„Normalisierung - Anpassung“

wohl etwas mehr gemeindepsychologischen als therapeutischen Touch haben mögen, verstehe ich den (von mir etwas modifizierten) „Begegnungsansatz“ nach Dörner/Plog mit den

drei Dimensionen:

„Selbstwahrnehmung und Suchhaltung“

„Vervollständigung der Wahrnehmung und Reflexion“

„Normalisierung der Beziehung“,

vornehmlich als therapeutische (!) Grundhaltung, als Ansatz der Beziehungsgestaltung, der den verschiedenen Formen des Zusammenseins mit den Betroffenen, gemeinsamen Aktivitäten und psychosozialen Hilfen zugrunde liegen sollte.

Wo es in der Begegnungsdimension „Vervollständigung der Wahrnehmung und Reflexion“ in sog. „klärenden“ Gesprächen<sup>1</sup> um Fragen des Sinns der Symptome oder der „Krankheit“ gehen soll, wäre m.E. Kontextualisierung angebracht anstelle etwa tiefenpsychologischen Herumdeutels. Und Kontextualisierung hätte dabei sowohl die lebensgeschichtlichen Kontexte der Entstehung bestimmter Symptome und ihrer Bedeutungsgehalte (wie etwa der Stimmen, der Größenideen) zu umgreifen, als auch die aktuellen sozialen und Beziehungskontexte der gegenwärtigen „Arrangements“ der Psychoseerfahrenen<sup>2</sup>.

Bemerkenswert nun ist, daß sowohl Mosher/Burti wie auch Ciompi *systemisch*-therapeutische Positionen in ihre sozialpsychiatrischen Ansätze integrieren: bei Ciompi vor allem als eine Möglichkeit der Arbeit mit Familienmitgliedern oder anderen relevanten Bezugspersonen; bei Mosher & Burti als Arbeitsansatz für die Sozialpsychiatrischen Dienste, insbesondere, wenn es um die Frage einer Zwangseinweisung geht. Auf deutsche Verhältnisse zugeschnitten wird von Helga

<sup>1</sup> Hier benannt nach der Terminologie von Klaus Grawe (1998)

<sup>2</sup> Zum Begriff des „Arrangements“ mit dem Krank-

Pries (1992) in dieser Hinsicht ein interessanter Fall dargestellt, der realistisch zeigt, wie systemisch gearbeitet werden kann, wenn an den SpD - meist ja nicht vom Etikettierten selbst, sondern von einer anderen betroffenen Person - der Wunsch nach einer Unterbringung des Etikettierten herangetragen wird.

Plädoyer für eine systemisch-therapeutische Perspektive in der Sozialpsychiatrie

Wie sehr auch immer ich für eine systemische Perspektive plädiere, so bleiben doch die genannten sozialpsychiatrischen Arbeitsansätze für mich die Grundlagen und Eckpfeiler der psychosozialen Arbeit in diesem Feld. Mein Plädoyer verstehe ich als Ergänzung, Bereicherung und ggf. notwendige Überschreitung des Üblichen.

Im weiteren möchte ich mein Plädoyer auch nicht dahingehend mißverstanden wissen, als ginge es mir insbesondere um die Durchführung von *Therapien*.

Vielmehr geht es mir um die systemische *Perspektive*, um Fragen zu Realisierbarkeit und Nutzen und Grenzen systemischer Konzepte für die Arbeit im Feld der Sozialpsychiatrie.

Die Nutzbarmachung einer systemischen Perspektive und systemisch-therapeutischer Vorgehensweisen für die psychosoziale Praxis kann prinzipiell in zwei Varianten erfolgen:

1. Systemische Gestaltung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen/Dienste und ihrer Vernetzung im Verbundsystem (Beispiele dazu bei Keller & Greve 1996) und
2. Systemische Arbeit mit Klienten und klientenbezogenen Problemsystemen.

---

heitsetikett siehe Zaumseil (1995).

Ich nehme hier nur bezug auf die Arbeit mit Klienten(systemen) und sehe von systemischen Organisierungsmöglichkeiten von Kooperation erst mal ab.

Allerdings ist es ein Prinzip systemischen Vorgehens auch in der Arbeit mit Klienten (Punkt 2.) , sowohl mich als HelferIn, als auch andere Helfer, als auch das Versorgungssystem mit in die Definition des Problemsystems einzubeziehen!

*Grenzen und Nutzen*

Da aus psychologischer Sicht relevante Konzipierungen von Subjektivität und persönlichem Sinn auf dem Hintergrund der *Person-Entwicklung* in sozialen, zwischenmenschlichen, kommunikativen Kontexten in der systemisch-konstruktivistischer Perspektive m.E. schwer auszumachen sind (jedenfalls nicht ohne logische Brüche), erscheinen mir systemisch-therapeutische Vorgehensweisen gerade dort begrenzt und wenig fruchtbar,

→ wo es explizit um Fragen des Selbstverstehens, um Selbstdefinitionen und Sinnfragen und um emotionale Verarbeitungsprozesse (z.B. „Trauerarbeit“) geht und auch dort, wo es um begleitende Entwicklungsförderung und fördernde Rahmenbedingungen für die psychosoziale Entwicklung geht.<sup>3</sup>

(Hierfür wäre z.B. der Begegnungsansatz angebracht, s. oben).

Auf der anderen Seite erweisen systemisch-therapeutische Vorgehensweisen dort ihre größte Nützlichkeit,

→ wo es aufgetretene bzw. konstruierte Probleme zu lösen gilt, wo es festgefahrene Prob-

---

<sup>3</sup> Die Vertreter/innen narrativer systemisch-konstruktivistischer Ansätze würden das vermutlich anders sehen. Aber da mir die neue Erfindung von Geschichten verschiedentlich zu wenig kontextualisiert erscheint, bleibe ich diesbezüglich skeptisch

lemkonstellationen aufzulösen gilt, wo (konkrete) Problemlösungen gefragt sind, also: wo es um Veränderungen geht!

Dabei werden systemische Therapeuten/innen in Richtung einer Initiierung von Veränderung allerdings nur dann aktiv werden, wenn sie hierfür einen Auftrag erhalten haben, d.h.: sie werden sich hüten, etwas verändern zu wollen, was sie selbst als veränderungswürdig halten, aber vom Klientensystem nicht erwünscht ist.

Die Veränderungspotenz systemisch-therapeutischer Interventionen über den Weg der „Verstörung“ eingefahrener Muster (mit den Hauptmethoden des „reframing“, also der Umdeutung, und des „Zirkulären Fragens“, teilweise auch des Paradoxierens) erweist im Feld der Sozialpsychiatrie m.E. speziell dort eine außerordentliche Relevanz und Nützlichkeit, wo es um die Themen

Autonomie - Autonomieentwicklung und  
Chronizität - Chronifizierung geht (s. unten).

Um zunächst einmal den Hintergrund für meine eigene Hinwendung zu systemischen Therapieansätzen zu veranschaulichen, möchte ich ein Fallbeispiel, - mit einem ersten „systemischen Fall“-, aus der Zeit meiner Arbeit im Psychosozialen Dienst (mit der Aufgabe der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben für „psychisch Kranke“) schildern.

Zunächst hatte ich mit dem Fall gar nichts zu tun: Ein Sozialarbeiter-Kollege hatte den Anruf einer aufgeregten Mutter erhalten, die sich große Sorgen machte um ihren 20jährigen Sohn, da er vor fast 3 Jahren seine Lehre abgebrochen, seither auch keine andere Arbeit angenommen habe und nur zuhause herum-

hänge. Im übrigen sei er seit seinem 14. Lebensjahr in psychiatrischer Behandlung, er habe eine Psychose, aber das dürfe keiner wissen.

Zum vereinbarten Erstgesprächs-Termin wurde der Sohn von seinen Eltern zu unserem Dienst gefahren, die dann eine Stunde draußen auf der Straße warteten, während der Kollege das Erstgespräch mit dem Sohn führte. Da dieser meinte, er wolle eigentlich schon arbeiten, - irgend etwas -, er könne nur nichts finden, wurde vereinbart, daß sich der Kollege um eine Arbeitsstelle bemühen und ihm beim Wiedereinstieg ins Arbeitsleben behilflich sein wolle.

Aber bald entstand folgendes - sich wiederholende - Muster: jedesmal wenn der Kollege eine Arbeitsstelle gefunden oder in Aussicht hatte und der Sohn scheinbar auch zustimmte, verhinderte der Vater, daß der Sohn die Arbeit dort aufnahm, da das „nichts rechtes“ für ihn sei, eine „Unterforderung“ o.ä.. Und während es auf diese Weise nie zum Versuch einer Arbeitsaufnahme durch den Sohn kam, rief ständig die Mutter an und beklagte sich, daß es ihrem Sohn und deshalb auch ihr selbst so schlecht ginge, da keine passende Arbeit zu finden sei.

Als sich der verärgerte Kollege schließlich mit der Begründung, daß die Regelung des Arbeitsproblems allein seine Aufgabe sei, das Hineinpfuschen der Eltern verbat und daraufhin der Abbruch des Kontakts auch zu dem Sohn drohte, hatte ich die Idee, es mal mit einer systemischen Therapie mit der ganzen Familie, bei der der Kollege dann als Co-Therapeut dabei war, zu versuchen.

Und nach nur wenigen Sitzungen ergab sich ein durchschlagender Erfolg: ohne, daß ihn jemand direkt dazu aufgefordert hätte, hatte sich der Sohn entschlossen aus der elterlichen Wohnung auszuziehen und bis auf weiteres bei

einem Freund zu wohnen.

Erst nachdem er diesen Schritt vollzogen hatte, war er in der Lage, die Hilfe des Sozialarbeiters in puncto Arbeitsaufnahme oder Wiederaufnahme einer Ausbildung, in Anspruch zu nehmen.

Da es mir auch wichtig erschienen war, die allzu offensichtliche Koalition von Mutter und Sohn gegen den Vater quasi durch „instruktive Interaktion“ aufzulösen zu versuchen, hatte ich die Therapie in einer Mischung dieser „älteren“ Verfahren („Kybernetik 1. Ordnung“) und dem neuen systemischen Ansatz („Kybernetik 2. Ordnung“) durchgeführt

Den „durchschlagenden Erfolg“ hatte ich aber vermutlich dadurch provoziert, daß ich mich – angesichts der Ablösungsprobleme und der Autonomiefalle, in die sich der Sohn hineinmanövriert hatte – getraut hatte, eine paradoxe Intervention zu wagen, indem ich den Eltern die „Verschreibung“ gab, ihren Sohn in den nächsten 4 Wochen konsequent wie ein 10-jähriges Kind zu behandeln.

Dadurch konnte der Ambivalenzkonflikt in der Familie zugespitzt und damit überhaupt erst lebbar gemacht werden, -- während es vorher seit Jahren mit der Ablösung weder vor noch zurück ging und der Ambivalenzkonflikt zwischen Kind- versus Erwachsenenstatus weder nach der einen noch nach der anderen Seite hin lösbar schien.

Es hätte auch sein können, daß sich der Sohn dafür entschieden hätte, die Vorteile des Kind-Status noch einige Zeit zu erhalten, aber er hat sich – von sich aus (!) – für den Erwachsenen-Status entschieden.

Das Ausgangsproblem in diesem Fall, daß der Sohn seine Ausbildung kurz vor dem Abschluß abbrechen „mußte“ und auch später keine

Arbeit aufnehmen „konnte“, kann man im nachhinein so deuten, daß dies ein deutlich markierter Schritt ins Erwachsenenleben gewesen wäre, den das System damals noch nicht hatte zulassen können.

Im Nachtrag zu diesem Therapiebeispiel sei noch erwähnt, daß „die Psychose“ des Sohnes im Verlauf der Sitzungen kein einziges Mal Thema war, da dies von der Familie auch nicht erwünscht war („man darf nicht darüber reden“), aber daß sie sich dennoch wundersam auflöste; -- jedenfalls hatten sich im kommunikativen Verhalten keinerlei Anzeichen mehr davon gezeigt.

Wenn dies andererseits erwünscht ist, wird in systemischen Therapien natürlich auch explizit „die Psychose“ zum Thema gemacht, aber immer in einer Weise, daß die globale Krankheitszuschreibung aufgelöst wird, entweder durch „Verflüssigung“ dessen, was als krank bezeichnet wird, in konkrete Verhaltensweisen oder so, daß durch Umdeutungen neue, handhabbare Konstruktionen angestoßen werden.<sup>4</sup>

Um weiter zu grundsätzlichen Überlegungen zu kommen, möchte ich zunächst zwei Punkte nennen, die für das Feld der Sozialpsychiatrie einschlägig sind (s.a. Fritz Simon 1991):

1. Da es in systemischer Denkart keine linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge gibt, kann man auch nicht annehmen, daß jemand mit seinem Handeln das Handeln

---

<sup>4</sup> Natürlich kann ich die Palette möglicher Vorgehensweisen in systemischen Therapien und auch die Haltungen und Grundannahmen einer systemischen Perspektive (wie z.B. Zirkularität und Hypothesisieren, Kundenorientierung und Respekt, Allparteilichkeit und Neutralität, Nichtwissen und Neugier, Ressourcen- und Lösungsorientierung, etc.) hier nicht alle aufzählen (s. dazu z.B. von Schlippe & Schweitzer 1996).

eines anderen Menschen (und auch nicht das eines Kindes) geradlinig verursachen könne. Dies gilt für Betreuer ebenso wie für die Eltern. „Identifizierte Klienten“ bzw. Psychoseerfahrene können demnach nicht als Opfer falscher oder schlechter Behandlung betrachtet werden und Schuldzuweisungen sind grundsätzlich unangebracht. Demgegenüber vermittelt sich einem bei den sozialpsychiatrischen Verstehensansätzen nicht selten der Eindruck, daß die Betreuer/innen sich abmühen, die „besseren Eltern“ zu sein, d.h. die „bösen“ (falsch sich verhaltenden) Eltern durch „gute“ Ersatzeltern ersetzen zu wollen. Aus systemischer Sicht wären solche Bemühungen meistens zum Scheitern verurteilt, -- zumindest dann, möchte ich hinzufügen, wenn es um Veränderung gehen soll.

2. Aus systemischem Blickwinkel findet man gerade in der sozialpsychiatrischen Praxis eine Menge von gut gemeinten „Fehlern“, so z.B. wenn seitens der Betreuer/innen, - also von außen her -, versucht wird - eine Ablösung des „psychisch kranken“ Kindes vom Elternhaus - klare Beziehungsdefinitionen des Psychoseerfahrenen - eine Nichteinmischung der Angehörigen in die Beratung (etc.) erzwingen zu wollen. Ganz besonders typisch ist, daß Sozialpädagogen, die mangelnde Selbständigkeit ihrer Klienten/innen erkennen, diese - mehr oder weniger drängend - dazu zu bewegen versuchen, in eine eigene Wohnung zu ziehen (bzw. von der elterlichen Wohnung weg in eine therapeutische Wohngemeinschaft), da dies als äußeres Zeichen von Selbständigkeit gewertet wird. Das Problem aber ist, daß Selbständigkeit immer selbst erarbeitet werden muß und nicht von außen induziert werden kann. Autonomie kann nicht erzwungen werden.

Insbesondere die Themen „Autonomie“ und „Chronizität“ aus systemischer Warte aufzugreifen, scheint mir für die Sozialpsychiatrie von besonderer Relevanz. Denn hier sind Problemlösungen und Veränderungen gefragt.

In puncto Autonomie ist in sozialpsychiatrischer Arbeitsweise der „Weg der kleinen Schritte“, aber auch des Ziehens und Zerrens, gang und gäbe: Förderung der Autonomieentwicklung heißt, die Leute - mehr oder weniger behutsam - in Richtung Autonomie zu schieben zu versuchen, ihnen Aufgaben zu geben, um Selbständigkeit zu erproben, ihnen Autonomie bzw. Selbständigkeit beibringen zu wollen.

Der Punkt aber ist, daß man keinen überreden oder zwingen kann, autonom zu werden. Autonomie oder Selbständigkeit muß man sich selber erarbeiten oder erkämpfen, sonst ist es keine!

Hierfür nun haben die systemischen Therapien m.E. wirksame Ansatzpunkte gefunden, um Autonomieentwicklung nicht „beizubringen“, sondern zu provozieren. (Anders als in meinem Therapiebeispiel wird heute übrigens nur noch selten paradoxierend gearbeitet; die gleichen Wirkungen lassen sich auch durch eine bestimmte Form des Fragens und der Umdeutung erzielen, -- und überdies ist systemische Therapie auch mit Einzelnen gut machbar; s. Boscolo & Bertrando, 1997).

Eng mit dem Autonomiethema zusammenhängend sehe ich die Frage der Chronizität. Vermutlich wird die Autonomieentwicklung nur bei den „Fällen“ im Vordergrund stehen können, bei denen eine Chronifizierung noch nicht allzu weit fortgeschritten ist.

Gemäß Ciompi (1982) hängt es in der nachakuten Phase nicht unwesentlich vom sozialen

Umfeld und damit auch vom Verhalten der Betreuer/innen ab, ob es zur Chronifizierung kommt oder nicht.

Chronizität ist im Grunde etwas, das konstruktiv hergestellt wird. Chronizität wird in der sozialpsychiatrischen Landschaft in der Kooperation und Ko-Konstruktion aller Beteiligten gemeinsam geschaffen und immer wieder neu konstruiert bzw. umgekehrt: es ist die Chronifizierung, die das System der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung schafft und erhält. Um diesen Prozeß der Chronifizierung nämlich gruppieren sich alle herum...

Ich finde durchaus (aus eigener Erfahrung), daß sich (dennoch) alle Beteiligten gemeinsam im gemeindepsychiatrischen „System“ ganz gut wohl fühlen können und m.E. auch dürfen. Die Helfer/innen können ihre Helferrolle ausüben und - auf fachlicher Ebene - langfristige intensive menschliche Kontakte pflegen; die Psychoseerfahrenen können ihre Besonderheit pflegen und ausleben, die darin besteht, daß sie Erlebensdimensionen erfahren haben und ggf. auch immer wieder erfahren können, die nicht jedem Normalbürger so ohne weiteres zugänglich sind. Für viele gewinnt die Versorgungslandschaft den Charakter einer Gemeinde, der sie zugehören und sie sehen außerhalb dieser beschützenden „Psychiatriegemeinde“ wenig Alternativen.

Um dies alles zu erhalten, muß aber auch - zumindest implizit - das Chronizitätskonzept aufrechterhalten bleiben: die Idee, daß man zwar lernen könne, mit der Psychose zu leben, aber daß sie im Grunde unheilbar sei. Solche Ideen, umgesetzt in - von Sorge getragenes - Betreuungs Handeln, leisten dann allerdings auch einen wesentlichen Beitrag zur Chronifizierung psychotischen Verhaltens.

Aus systemischer Sicht hingegen gibt es die

Psychose als solche nicht: psychotisches Verhalten wird verstanden als etwas, das erst in menschlicher Interaktion durch die gemeinsame Bedeutungsgebung, es handele sich um eine Psychose, zu einer solchen wird. Systemisch-therapeutisch wird sie aufgelöst in ein Bündel von Verhaltensweisen und Ideen, die grundsätzlich aufgegeben und durch andere ersetzt werden können. Und damit ist hier von vornherein die Veränderungsperspektive impliziert, zumindest als Möglichkeit, und verbunden mit der systemischen Prämisse, daß grundsätzlich jeder Mensch die Ressourcen für eine Veränderung (Problemlösung) hat, auch wenn er sie derzeit nicht nutzt.

Die Aufweichung des Krankheitskonzepts ist Bestandteil jeder systemischen Therapie und speziell zur Auflösung von Chronizität werden zusätzlich von Schweitzer & Schumacher (1995) noch einige Vorschläge gemacht.

#### *Veränderung*

Da die Sozialpsychiatrie den Anspruch, zu „heilen“ aufgegeben hat bzw. von sich weist, wäre zunächst zu fragen, inwieweit sie an der Erwirkung von Veränderungen überhaupt interessiert ist, -- noch dazu, da sie ja die Nicht-Veränderung und die „Chronischen“ zum Überleben ihres Systems benötigt.

Aber im Sinne einer „Wendung der Not“ und um Chronifizierung nicht andauernd fortzuschreiben, dürften auch Veränderungen immer wieder angezeigt sein und notwendig werden.

Jenseits des Systemischen vertrete ich die These, daß - in jeder Therapie oder einer anderen Interaktion - der entscheidende Wirkfaktor einer Veränderung auf seiten der betroffenen Personen (d.h. von deren Subjektivität her) darin besteht, daß sie anfangen, sich in irgendeiner Form als aktiv einflußnehmende Subjekte zu konstruieren, sei es in der Form

einer eigenen Aktivität oder einer selbst getroffenen Entscheidung (ggf. auch derjenigen, das Symptom lieber behalten zu wollen, weil es soviel Nutzen bringt) oder der Erfindung eines neuen Sinns oder sei es auch nur in der Form einer Umdeutung des bisherigen Problemverhaltens als unproblematisch (o.a.m.). Der Unterschied, der den Unterschied macht, besteht darin, daß sie sich dann nicht mehr als passiv ausgeliefert oder determiniert oder fremdbestimmt oder handlungsblockiert oder als Opfer wahrnehmen.<sup>5</sup>

Gewiß kann Veränderung auf vielfältige Weise erwirkt werden, auch psychoedukativ und über den „Weg der kleinen Schritte“. Aber gerade im Feld der Sozialpsychiatrie und bei psychotischem Verhalten erscheint mir der am wenigsten mühsame Weg auch als der geschickteste und wirkungsvollste: Indem durch eine „Verstörung“ eingefahrener Muster bzw. durch Anregung zu neuen Konstruktions- und Deutungsmustern oder zur „Konstruktion neuer Zukünfte und neuer Vergangenheit“ (Schweitzer/Schumacher 1995, 42), die Klientensysteme dazu angestoßen werden, ihre Veränderung selbstorganisiert herzustellen.

(Eine umfassende Katamnesestudie, die die Effektivität der systemischen Methode bei „Psychosen“ unterstreicht, liegt z.B. von Arnold Retzer (1996) vor.)

Abschließend seien noch ein paar „Essentials“ aufgelistet, die mich damals als eine (immer sehr viel Verantwortung übernehmende und bereits zum burn-out hin tendierende) Praktikerin im gemeindepsychiatrischen Arbeitsfeld besonders beeindruckt haben am systemischen Ansatz:

das Zurückgeben der Verantwortung an

das System

mich als HelferIn nicht verstricken oder „krallen“ zu lassen

die Lösungsorientierung und das Unterlaufen der „Schwere“-Konstruktion (Psychose sei eine *schwere* Störung)

das Aufweichen des Krankheitsmythos und die Konstruktion der Handhabbarkeit von Psychose

Ambivalenzkonflikte (etwa in puncto Selbständigkeit) paradox aufzugreifen und ansonsten Ambivalenzen zu akzeptieren

Autonomie nicht beizubringen, sondern bestenfalls zu provozieren zu versuchen

das Versorgungssystem, andere Helfer und mich selbst als HelferIn mit in die Definition des Problemsystems einzubeziehen.

#### Schlußbemerkung

Vieles wäre noch auszuführen, wie zum Beispiel:

die jeweiligen Vor- und Nachteile im Vergleich von Begegnungsansatz („warm / menschlich“) und systemischem Vorgehen („cool“) aus der Sicht der Subjekte,

Überlegungen, wie einige aus der systemischen Perspektive bekannte Grundprämissen und Wirkfaktoren in Psychoseminaren zur Geltung kommen

und schließlich auch einiges Kritisches zum Theoriebezug systemischer Therapien (Luhmann) und zum Theorie-Praxis-Bezug, in dem sich erhebliche logische Brüche aufweisen lassen...

Und was ich zum Schluß auch nicht unerwähnt lassen möchte: Obwohl ich hier ein Plädoyer für eine systemisch-therapeutische Perspektive in der Sozial-/Gemeindepsychiatrie

<sup>5</sup> zusammenhängend ggf. mit Kontrollüberzeugun-

gen und salutogenetischem Kohärenzerleben.

vorgetragen und die Gemeindepsychologie ob ihrer Mißachtung therapeutischer Kompetenz auch ein bißchen kritisiert habe, muß ich zugeben, daß ich mich - ideologisch wie men-

schlich - den Gemeindepsychologen/innen dennoch näher fühle als den Systemikern/innen.

## Literatur

- Anderson, H./ Goolishian, H. (1992): Der Klient ist Experte. Ein therapeutischer Ansatz des Nichtwissens. Zeitschrift für systemische Therapie 10(3), 176-209.
- Boscolo, L./ Betrand, P. (1997): Systemische Einzeltherapie. Heidelberg: Auer.
- Ciampi, L.(1982): Affektlogik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ciampi, L. (Hrsg.) (1985): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Haselmann, S. (2000): Identitätskonstruktionen im Geschlechtervergleich – Psychische Probleme und gender-sensitive Beratung. (im Druck)
- Hoffmann, L. (1996): Therapeutische Konversationen. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Keller, T./ Greve, N. (1996): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Keupp, H. (1995): Gemeindepsychologische Identitäten: Vergangenheiten und mögliche Zukünfte. In: B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), Gemeindepsychologie - Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lenz, A. (1995): Gemeindepsychologisches Handeln an einer Beratungsstelle. In: B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), Gemeindepsychologie - Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Mosher, L.R./ Burti, L. (1992): Psychiatrie in der Gemeinde. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Pfeifer-Schaupp, H.-U. (1995): Jenseits der Familientherapie: Systemische Konzepte in der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus.
- Pries, H. (1992): Konflikt zwischen Hilfe und sozialer Kontrolle – Erfahrungen aus einem Sozialpsychiatrischen Dienst. In: B. Andresen, F.-M. Stark & J. Gross (Hrsg.), Mensch - Psychiatrie - Umwelt. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Raeithel, A. (1983): Tätigkeit, Arbeit, Praxis. Frankfurt/Main: Campus.
- Retzer, A. (1996): Familie und Psychose. Stuttgart: G. Fischer.
- Röhrle, B. (1997): Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie und Gemeindepsychologie: Das Gleiche ist nicht Dasselbe. Gemeindepsychologie-Rundbrief Nr. 1, Band 3.
- Rücker-Emden-Jonasch, I./ Ebbecke-Nohlen, A. (2000): Balanceakte. Familientherapie und Geschlechterrollen. Heidelberg: Auer.
- Schachtner, C. (2000): Im Kontext von Globalisierung, Desintegration und neuen Suchbewegungen. Gemeindepsychologie-Rundbrief Nr. 1, Band 6.
- Schlippe von A./ Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J./ Schumacher, B. (1995): Die endliche und die unendliche Psychiatrie. Heidelberg: Auer.
- Simon, F. (1991): Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Heidelberg: Auer.
- Walters, M. et. al. (1995): Unsichtbare Schlingen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zaumseil, M. (1995): Möglichkeiten sozialkonstruktivistischer Forschung am Beispiel eines gemeindepsychologischen Forschungsprojekts. In: B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), Gemeindepsychologie - Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag.

# Der konzeptionelle Zugriff auf Alltag und Lebensführung junger Erwachsener am Berliner Szenetreffpunkt „Bahnhof Zoo“ in einer ethnographischen Studie

Stefan Thomas

## Zusammenfassung

Die konzeptionellen Überlegungen zur Durchführung einer ethnographischen Feldstudie am Berliner Szenetreffpunkt „Bahnhof Zoo“ stellen zunächst die Begriffe „Armut“ und „Obdachlosigkeit“ in den Mittelpunkt. Die Konzepte „Lebenslage“ und „Lebenslauf“ erhöhen zwar die analytische Spezifität des Begriffs Armut, bleiben aber gegenüber den lebensweltlichen Ausprägungsformen abstrakt. Eine psychologische Handlungsanalyse fragt dagegen vor dem Hintergrund der individuell antizipierten Lebenssituation nach der Begründungsstruktur von Handlungsentwürfen, als deren Resultat sich im umfassenderen Rahmen einer Lebensführung der gegenwärtige Alltag konstituiert. Unter dem Fokus der empirischen Lebenswelt erscheint eine an den Ort „Bahnhof Zoo“ geknüpfte Lebensführung als Versuch der selbständigen Aneignung einer eigenen Lebens- und Erlebniswelt, die speziell in der Funktion als sozialer Treffpunkt zur Konstituierung von Freundschaften genutzt wird. Die Biographie und eine maßgeblich von Armut geprägte Lebenssituation bilden den Hintergrund bei der Hervorbringung des eigenen Alltags. Die Angebote der Sozialarbeit werden als Hilfe zur Bewältigung und Überwindung der prekären Lebenssituation in Anspruch genommen.

*Schlüsselworte:* Armut – Obdachlosigkeit – Lebenswelt – Alltag – Lebensführung – Handlungsanalyse – Begründungsfiguren – Szenetreffpunkt – Freundschaft – Biographie – Aufsuchende Sozialarbeit

## Summary

The conceptual considerations referring to an ethnographic field study about the subcultural life at one of the main railway stations in Berlin, „Bahnhof Zoo“, initially focus on the notions „poverty“ and „homelessness“. The conception of „live situation“ and „life course“ are improving the analytical strength of the notion „poverty“, but remain abstract in respect of the everyday world. Instead of this, a psychological analysis of action is asking for the structure of reasons behind the action plans in the view of the individually anticipated living conditions. The everyday life appears as the result of the conduct of life in which the single action is embedded. Focussing on the empirical activity taking place on „Bahnhof Zoo“, the conduct of live has to be understood as a trail to acquire an individual *own world* for live and experience. The place is especially used to meet and to make friends. In their biographies and their living conditions determined by poverty, the background for the young people to create their everyday life is notoriously problematic. The programs of social work are used as support for managing and overcoming the miserable living conditions.

*key words:* poverty – homelessness – live world – everyday life – conduct of life – action analysis – patterns of reasons – subcultural groups in public places – friendship – biography – social work

## Erster Umriss

Weit über Berlin hinaus hat die Berliner Bahnhofsszene „Bahnhof Zoo“ einen hohen Bekanntheitsgrad und ausgewiesene Promi-

nenz. Die Nutzung solcher öffentlichen Räume, den Straßen und Plätzen in Städten, als Aufenthalts- und Lebensort ist vornehmlich gesellschaftlichen Randgruppen vorbehalten. Der mediale Diskurs inszeniert diesen Ort für

die breite Öffentlichkeit als Prototyp und als Projektionsfläche allgemein verbreiteter Vorstellungen über die Straßen- bzw. Bahnhofsszene obdachloser Menschen und junger Drogenkonsumenten. Der Blick der Medien wendet sich dem sozialen Leben dieses Treffpunktes fast ausschließlich unter dem Aspekt von Not und Elend zu, um am Schicksal dieser Menschen die Schattenseiten dieser Gesellschaft auszuleuchten, wie sich diese in den Themen Armut, Obdachlosigkeit, Drogen, Prostitution wiederfinden. Der Alltag der Menschen zeichnet sich aber durch eine größere Vielschichtigkeit und Komplexität aus, als wie dieser verdeckt unter den groben Linien und Strichen medial inszenierter Stereotypen und Klischees erscheint.

Dieser Beitrag stellt den konzeptionellen Zugriff auf die Beschreibung des Leben der jungen Erwachsenen am Szenetreffpunkt „Bahnhof Zoo“ zur Diskussion innerhalb des nun seit April 2000 durchgeführten Forschungsprojektes „Armut und Obdachlosigkeit im Leben junger Erwachsener in Berlin – Eine ethnographische Studie“. Die Studie wird durch ein Stipendium der FU-Berlin im Rahmen des Programms „Berlin-Forschung“ ermöglicht und durch Herrn Prof. Dr. Bergold innerhalb des Projektzusammenhangs „Psychosoziale Beratung“ wissenschaftlich betreut. Das Förderprogramm der FU-Berlin zielt darauf, daß Sachverhalte und Probleme, die sich innerhalb gesellschaftlicher Praxisfeldern im regionalen Bereich Berlin stellen, einer wissenschaftlichen Bearbeitung zugeführt werden. Durch die Kooperation und Unterstützung der Treberhilfe Berlin e.V. – und insbesondere das zu diesem Verein zugehörige Streetworkerteam – habe ich nicht nur den Zugang zum Feld gewonnen, sondern profitiere auch maßgeblich durch die von den Sozialarbeitern vertretenen Kompetenzen in der Aufsuchenden Sozialarbeit am „Bahnhof Zoo“.

Hinter dem Projekttitle verbirgt sich folgendes: Die teilnehmende Beobachtung zielt darauf, mehr über die NutzerInnen dieser Orte und die Ausgestaltung ihres Alltags zu erfahren, der trotz vieler erfahrener Nöte, der Gegenwärtigkeit von Leid bis hin zur körperlich und psychisch erlittenen Gewalt sich ihnen als zumeist fraglos gegebene Normalität ihres Lebens darstellt. Durch die methodische Umsetzung der Studie in Form „teilnehmender Beobachtung“ soll ein gegenstandsorientierter Zugang zur Lebenswelt dieser Menschen gewonnen werden als der in der eigenen Gesellschaft vorgefundenen vertrauten Fremde. Bei der Gruppe, die in der Untersuchung fokussiert wird, handelt sich um junge Erwachsene, die der Altersspanne 18 bis 27 Jahren angehören, und in der fachlichen Diskussion zum Teil unter dem Begriff Straßenkinder / - jugendliche subsumiert werden. Der Ansatz dieser Studie verfolgt einen verstehenden Zugang zur Lebenswelt, zur Organisation von Alltag und zur Lebensführung der jungen Menschen. Die Fragestellung ergibt sich aus dem Zusammenhang zum Konzept der „Lebensführung“. Dieses soll eine Balance schaffen zwischen der Beschreibung und Analyse der miserablen Lebenssituation und den aktiven Handlungsformen, die sich darin ausbilden und den Alltag konstituieren. Es geht darum, sowohl die Eigenständigkeit und die Geltung als auch die Not und das Elend dieser Welt darzustellen. Eine zweite Konkretisierung und Eingrenzung der Fragestellung erfährt das Projekt durch Verfolgung von fünf Beschreibungsdimensionen, die für die Welt und für das darin sich ereignende Leben dieser Menschen von besonderer Relevanz sind. Anmerkungen, Fragen, Einwände an den charakteristischerweise in Einsamkeit forschenden Ethnographen sind von diesem unter der angegebenen Kontaktadresse ausdrücklich erwünscht.

Situationsbeschreibung „Junge Erwachsene“

Die gegenwärtig zu beobachtende soziale Entgrenzung von Armut macht diese wieder zu einem Problem, welches hinsichtlich der unterschiedlichsten Konsequenzen die Gesellschaft in ihrer Breite betrifft, wobei in anwachsendem Maße auch junge Menschen von dieser Misere betroffen sind (vgl. DÖRING, HANESCH & HUSTER 1990). Eine der deutlichsten Formen von Armut offenbart sich in der Obdachlosigkeit und überschreitet die vielfach mit Armut gleichgesetzte Unterversorgung an Geld und materiellen Gütern. Und gerade in Berlin besitzt das Problem der Armut und Obdachlosigkeit bei jungen Menschen besondere Sichtbarkeit. Berlin übt als Großstadt eine starke Anziehungskraft auf all diejenigen jungen Menschen aus, die den Traum eines selbstbestimmten Lebens in den vielfältigen Möglichkeiten der Metropole suchen. Von Zuhause bzw. aus dem Heim abgehauen oder von dort verstoßen, finden sie sich an den Szenetreffpunkten dieser Stadt wieder, nutzen die Kriseneinrichtungen und Wohnprojekte, werden in Heime oder Psychiatrien eingewiesen, in Obdachlosenpensionen einquartiert oder wohnen in leerstehenden Häusern. Auf sich allein gestellt sind sie häufig überfordert, ihr Leben in vollständiger Eigenständigkeit zu führen, sich um zentrale Grundvoraussetzungen ihrer Existenz (Wohnung, Arbeit, Sozialleistungen) zu kümmern und für sich eine lebende Zukunftsperspektive zu entwickeln und zu realisieren. Andererseits ist die Entscheidung zum Leben auf der Straße eine unter mehreren Optionen eigenständig gewählte, die durch Gründe ausgezeichnet ist, die in dem Sinne als positive zu verstehen sind, da es sich um eine Entscheidung *zu einer* bestimmten

Lebensform handelt. Denn die Straße dient ihnen nicht nur als Fluchtort, sondern auch als Erlebniswelt, als Möglichkeit zum Gelderwerb und als sozialer Treffpunkt. Dabei konzentriert sich diese Studie auf eine in Literatur und Wissenschaft bisher vernachlässigte Gruppe: der jungen Erwachsenen.

Die „Kinder vom Bahnhof Zoo“, die Gruppen junger Menschen am Alexanderplatz und am Hauptbahnhof, die sich dort den Tag über versammeln, erlangen durch die Nutzung öffentlicher Plätze im Berliner Stadtbild prägnante Sichtbarkeit. So haben ALLEWELDT & LEUSCHNER (2000) komplementär zum Szenetreffpunkt „Bahnhof Zoo“ für den Stadtbezirk Berlin-Mitte und insbesondere dem Berliner Alexanderplatz eine umfassende Zustandsbeschreibung des Platz- und Straßenlebens der vorwiegend der Jugendszene der „Punks“ zugehörigen jungen Menschen vorgelegt. Berlin als die größte deutsche Metropole weist eine unüberschaubare Fülle an (sub-) kulturellen Lebensstilen auf, und übt wegen der Vielfalt möglicher und gelebter Lebensformen eine starke Anziehungskraft auf Jugendliche und junge Erwachsene aus (LANGHANKY 1996). Da sie zu Hause bzw. im Heim die Enge ihres Lebens nicht mehr hinnehmen wollten, für sie dort keine weitere Lebensperspektive bestand, sie mit massiven Konflikten und Schwierigkeiten konfrontiert waren (PERMIEN & ZINK 1998, 102 ff.), haben sie sich auf den Weg gemacht und sind am Szeneort „Bahnhof Zoo“ auf der Suche nach dem *anderen* Leben gestrandet (DEGEN 1995, 105). Aber auch aus einer Art Erlebnistourismus wird der Bahnhof aufgesucht und etabliert sich bei einzelnen Jugendlichen schrittweise als für sie zentraler Lebensort. Die Berührungssängste sind eher gering, da die meisten die den Alltag maßgeblich bestimmende Lebenssituation der Armut bis hin zur Wohnungslosigkeit miteinander teilen, und mit Rat und Tat sich gegenseitig

weiterhelfen. Aber auch die innerstädtischen Drogenumschlagplätze und der Straßenstrich sind beliebte Treff- und soziale Bezugspunkte. Dabei ist hinsichtlich der empirischen Konkretisierung eines Lebens unter Obdachlosigkeit der Einbezug der jeweiligen lokalen Gegebenheiten und kontextueller Möglichkeiten notwendig (LANGHANKY 1996; PERMIEN & ZINK 1998, 31). In solchen physikalisch-sozialen Räumen treffen sich die jungen Menschen untereinander, nutzen die spezifischen örtlichen Gegebenheiten, bilden innerhalb dieses Rahmens Bezugsgruppen und schließen Freundschaften (HANSBAUER 1998, 46 f.). Das Verhältnis zur eigenen Clique am „Bahnhof Zoo“ bestimmt man durch Analogisierungen zu sozial etablierten Identitäts- und Interaktionsformen: „Am Zoo sind wir alle eine Familie“. Man beschafft sich durch kleine Gaunereien und delinquente Bewältigungsstrategien die notwendigen Lebensmittel (im weiten Sinn) und organisiert von Tag zu Tag neu das eigene Überleben.

In der Literatur findet man eine Vielzahl an Studien, die den Versuch unternehmen, eine Auseinandersetzung mit dem Problem von Straßenkindern und -jugendlichen jenseits der Skandalisierung und sensationsförmigen Thematisierung der Medien in wissenschaftlich fundierter Weise zu initiieren und damit Lebenssituation als auch Prozesse der Verfestigung und Dynamisierung von Armutslagen zu erhellen. Dabei bleibt zumeist unklar, ob die Gruppe der „jungen Erwachsenen“ den Straßenkindern und -jugendlichen explizit mit zu zurechnen ist oder ob mit letzteren nur die bis Achtzehnjährigen gemeint sind. Gleichzeitig werden TreiberInnen, die das 18te Lebensjahr überschritten haben, oftmals mit in die Untersuchungen einbezogen, deren Alltagssituation und Probleme aber nur in seltenen Fällen eigenständig behandelt werden. Für eine Zuordnung junger Erwachsener zu der Gruppe der

Straßenkinder spricht einerseits ein partiell sich überschneidender Problemzusammenhang. So werden nach dem DEUTSCHEN JUGENDINSTITUT e.V. zur Definition von Straßenkindern folgende Merkmale angeführt:

- a) „weitgehende Abkehr von gesellschaftlich vorgesehenen Sozialisationsinstanzen, Familie oder ersatzweise Jugendhilfeeinrichtungen, sowie Schule und Ausbildung,
- b) Hinwendung zur Straße, die zur wesentlichen oder auch einzigen Sozialisationsinstanz und zum Lebensmittelpunkt wird,
- c) Hinwendung zu Gelderwerb auf der Straße durch Vorwegnahme abweichenden, teilweise delinquenten Erwachsenenverhaltens, wie Betteln, Raub, Prostitution, Drogenhandel,
- d) faktische Obdachlosigkeit“ (1995, 138).

Trotz der sich überschneidenden Problemzusammenhänge ergibt sich die Eingrenzung auf die Gruppe der jungen Erwachsenen aus zwei Gründen: Einerseits haben sich zwar eine Vielzahl an Studien mit dem Phänomen der Straßenkinder und -jugendlichen beschäftigt, worin aber zumeist nicht explizit die Problematik junger Erwachsener untersucht wird. So plädiert auch HANSBAUER (1996, 206), in der gegenwärtigen Debatte nicht die Gruppe der jungen Erwachsenen aus den Augen zu verlieren. Da sich nur wenige Studien und Arbeiten finden lassen, in denen dieser Gruppe ein eigenständiger Stellenwert eingeräumt wird, soll die thematische Vernachlässigung durch die geplante Untersuchung ein Stück weit behoben werden.

Der zweite Grund für die Begrenzung dieser Studie auf die Gruppe der jungen Erwachsenen findet sich darin, dass die Wege und Karrieren aus der Obdachlosigkeit, aber auch die Lebensabschnitte auf der Straße mit einem professionellen Hilfe- und Unterstützungssy-

stem verknüpft sind, welches für die Gruppe der über Achtzehnjährigen andere Entwicklungsperspektiven eröffnet als für Kinder und Jugendliche, so dass die institutionell gestützten Schritte aus der Obdachlosigkeit für die beiden Gruppen sehr verschieden sind. Die Notwendigkeit einer differenzierenden Betrachtung geht aus dem Umstand hervor, dass sich mit der Altersgrenze von 18 Jahren die Wege innerhalb des Hilfesystems gabeln, da sich insbesondere die rechtlichen Grundlagen und daran angelehnt die Inhalte der Hilfemaßnahme unterscheiden. Jenseits der Aufgabenstellung „Straßensozialarbeit“ zielt die Jugendhilfe eher auf eine pädagogische Betreuungsform zur Kompensation eines unzureichenden bis fehlenden familiären Bezugs- und Unterstützungsrahmens. Die unter Achtzehnjährigen werden entweder zurück zu ihrer Familie geführt oder in Heimen und Jugendwohngemeinschaften untergebracht. So gibt es für die Gruppe der über Achtzehnjährigen zumeist keinen Weg zurück zur Familie, in ein Heim oder in eine Jugendwohngemeinschaft. Die Anforderungen bezüglich der Überwindung einer Straßenkarriere verschieben sich, denn die Betreuung junger Erwachsener setzt in der Initiierung eines Verselbständigungsprozesses an, wobei die Fluchtperspektive auf eine eigenständige Lebensführung innerhalb einer eigener Wohnung zielt. Dabei geht es um die Aktivierung und Ermächtigung der TreiberInnen hin zur eigeninitiativen Gewinnung und Erhaltung zentraler Grunddimensionen wie einem materiellen Einkommen, Wohnung, Ausbildung/Arbeit und stabiler Haushaltsführung. Eine differenzierende Betrachtung der jungen Erwachsenen wird also auch aus dem Grund erforderlich, da speziell die Beendigung von Armutskarrieren eng mit dem institutionellen Hilfesystem und mit der differierenden rechtlichen Situation verknüpft ist (vgl. DJI 1995, 10).

## Armut und Obdachlosigkeit

Armut und Obdachlosigkeit bei jungen Menschen wird in den Sozialwissenschaften zunehmend als Resultat einer Verschachtelung gesellschaftlich sozialer Problemkonstellationen konzeptualisiert, die insbesondere in ihrem lebensgeschichtlichen Bezug mit den Sozialisationsinstanzen Familie und Heim verbunden sind: Armut (mittlerweile vielfach in Form eines generationsübergreifenden Sozialhilfebezuges), Vernachlässigung durch die Eltern, Scheidung und Wiederheirat der Eltern, problembehaftetes Verhältnis zum Stiefelternteil, Gewalterfahrungen, Misshandlungen und sexueller Missbrauch, Alkoholismus und Drogenmissbrauch der Eltern, fehlende Bezugspersonen und Integrationsschwierigkeiten im Heim, aber auch Probleme in der Schule, Ausbildung und Beruf (JORDAN & MÜNDELER 1987, 14). Zumeist handelt es sich um eine Konvergenz vielfältiger Problembündel, die die Entwicklung einer eigenständigen Lebensführung blockieren und im Ansatz befindliche Verselbständigungsprozesse zum Abbruch und Erliegen bringen. Die Zuspitzung in der Obdachlosigkeit kann als ein Versuch, aus dem bisherigen Lebenskontext auszubrechen, und damit auch als Bewältigungsstrategie angesehen werden, mit dem Ziel, bestehenden Konflikten und Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen, davor zu flüchten (DEGEN 1995, 6). Bei der Altersgruppe der jungen Erwachsenen tritt hinzu, dass sie häufig von der Familie oder aus dem Heim verwiesen worden sind und sich wegen ihrer Volljährigkeit niemand mehr so recht für sie verantwortlich fühlt. Unter widrigen, belastenden bis unmenschlichen Umständen aufgewachsen, setzt sich auch nach der Flucht die gesellschaftliche Marginalisierungs- und Ausgrenzungstendenz fort, wie dies sich in der mate-

riellen Armut, Gewalterfahrung, Prostitution, Erfahrung mit Polizei und Justiz sowie im Drogenkonsum manifestiert. Dennoch stabilisiert sich ihr zuvor in freiem Fall begriffenes Leben unter der Obdachlosigkeit in neuen Formen, indem die TreberInnen sich auf der Straße wieder neu einrichten - etwa durch die Integration in eine Straßenclique als sozialer Organisationsform von Alltag - (PERMIEN & ZINK 1998, Kap. 6) und z.T. über Jahre hinweg ihr Leben als Straßenexistenz bewältigen (BRITTEN 1995). Dabei ist das Leben auf der Straße nur die sichtbare Seite von Wohnungslosigkeit, denn ebenso trifft man die TreberInnen in den Kriseneinrichtungen, betreuten Wohnprojekten, in Obdachlosenpensionen und in leerstehenden Häusern an, d.h. ohne die prekäre Lebens- und Wohnsituation hin zu einer selbständigen Lebensführung überwunden zu haben. Aus diesen Gründen wird in der Untersuchung auch den weiteren Stationen innerhalb des psychosozialen Hilfesystems eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet, da diesem für die Ablösung von der Straße, für die Überwindung der Armutskarriere und für die Verselbständigung ein hohes Maß an Wichtigkeit zukommt (DJI 1995, 11).

#### Armutskonzepte der Soziologie

Armut wird in vielen Fällen mit der Knappheit oder dem Nichtvorhandensein von Geld gleichgesetzt. Damit ist aber nur ein Teilbereich der Objektivierungsformen von Armut angesprochen. Beschäftigt man sich mit Armut, dann ist man mit mannigfaltigen Differenzierungsformen hinsichtlich Vorkommen und die Gestaltung von Armut als elementarer Unterversorgung konfrontiert. Analog zur empirisch vorfindlichen Diversität der Armutsmifestationen wird auch in der Fachdiskussion, die auf einen umfassenden und zugleich operationalisierbaren Armutsbegriff zielt, „vermittelt über die Deprivationstheorie der

Armut“ (SONNTAG 1995) die Notwendigkeit des Einbezugs weiterer Dimensionen postuliert. Denn eine materielle und kulturelle Unterversorgung dokumentiert sich nicht lediglich anhand der unzureichenden Einkommensverhältnisse. Armut setzt sich vielmehr aus einem mehrdimensionalen Komplex an existentiellen Mangelsituationen zusammen, so dass sich die Einkommensarmut stets mit weiteren Unterversorgungen überlagert. Neben dieser Ausdifferenzierung des Armutskonzepts wird zunehmend auch die psychosoziale Situation und die Verquickung von subjektiven und objektiven Momenten der Genese von Armut in die Diskussion einbezogen, indem die subjektive Seite in integrierenden Gesamtkonzepten wie dem der „Lebenslage“ (DÖRING, HANESCH & HUSTER 1990) oder unter dem Fokus des „Lebenslaufs“ (LEIBFRIED, LEISERING ET AL. 1995) angesprochen werden. Unter Lebenslagen lassen sich „sozialpolitisch beeinflusste Lebensverhältnisse“ verstehen, die insbesondere bezüglich der Ausprägung von Armut Dimensionen wie Einkommen, Bildung, Gesundheit, Wohnen und Handlungsspielräume betreffen.

Dennoch bleibt auch eine solche dimensionale Ausweitung des Armutsbegriffs einer oberflächlichen Betrachtungsweise verhaftet, wenn man die Bedeutung, die eine solche mehrschichtige Unterversorgung für die Menschen hat, nicht mitberücksichtigt. Dieser Problemverkürzung begegnend soll Ziel der Studie sein, in ihrer lebensweltlichen Ausgestaltung die Ausprägungsformen und die Bedeutungen zu erfassen, in denen sich Armut im Alltag für die Menschen konkretisiert, in denen diese von den TrebegängerInnen wahrgenommen wird, um schließlich die Umgangs-, Bewältigungsweisen, funktionalen Strategien zu verfolgen, die als Antworten auf die spezifischen Anforderungen dieser Lebenssituation entwickelt wurden. Aus dieser Perspektive erschei-

nen Armut und Obdachlosigkeit lediglich als Spitze des Eisberges, während sich der Alltag in einer facettenreichen Problemkonstellation ausdifferenziert.

Das Konzept „Lebenslauf“ betont dagegen den Prozesscharakter und den dynamischen Verlauf von Armutskarrieren (LEIBFRIED, LEISERING ET AL. 1995, 7 ff.). Die Beschreibung von Armutskarrieren findet ihre Entsprechung in der Literatur über TreberInnen, in der zur Entmystifizierung des Begriffs „Straßenkinder“ das Konzept der Straßenkarrieren eingeführt wurde. Es handelt sich um einen Versuch, die vielschichtigen lebensgeschichtlichen und biographischen Voraussetzungen von Obdachlosigkeit in den Blick zu bekommen (DJI 1995, 10 f.; PERMIEN & ZINK 1998, 26 ff.). Diese Sichtweise gewinnt deshalb an Relevanz, da die biographische Vorgeschichte in den meisten Fällen als eine krisenhafte Vorwegnahme der späteren Obdachlosigkeit angesehen werden muss. Gleichzeitig ist das Konzept der Karrieren dazu geeignet, die Verlaufsformen und Veränderungsprozesse gegenüber einem statischen Bild von Obdachlosigkeit abzuheben, aus dem heraus Armut als manifester Endzustand erscheint, wodurch die Wege in die und Wege aus der Obdachlosigkeit konzeptionell gar nicht greifbar sind.

Ein Mangel dieser Konzepte besteht darin, dass sie nicht dazu anleiten, die konkrete Gestaltung von Armut im Alltag der Menschen zu verfolgen, so dass Armutslagen und -karrieren aus statistischen und demographischen Daten heraus abgeleitet werden (LEIBFRIED, LEISERING ET AL. 1995). Solche Studien bleiben insoweit abstrakt, da die systematische Beschreibung der konkreten Auswirkungen auf die Gestaltung des Alltages und der Bedeutungsformen, wie die Lebensumstände von den Menschen als alltägliche Realität erfahren werden, eine Vernachlässigung erfährt. Die reale Not, das erfahrene Leid und Elend als

auch die Sichtweisen der Betroffenen, einschließlich der Schlüsse, die aus diesen gezogen werden, bleiben ausgeblendet. Die Armutslage wird zum anonymen Schicksal. Trotzdem leisten die Begriffe „Armutslage“ und „Armutskarriere“ eine differenzierende Ausweitung und Konkretisierung dessen, was Armut in ihrer empirisch vorfindlichen Gestalt heißt, weshalb ich später auf ein solch mehrdimensionales Modell zurückkommen werde. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Problems soll die Beschreibung auf weiter unten zu beschreibenden Achsen entfaltet werden. Der Forschungsgegenstand lässt sich also soweit bestimmen, dass diese Studie die Auswirkungen von Obdachlosigkeit und Armut auf den Alltag von jungen Erwachsenen, die in Berlin leben, behandelt. Die lebensweltbezogene Thematisierung von Armut konzentriert sich deshalb auf die Auswirkungen von Unterversorgungsbereichen unter besonderer Berücksichtigung der Obdachlosigkeit auf Lebenssituation und Lebensführung von jungen Erwachsenen.

#### Annäherung über die Sozialarbeit

Eine Vielzahl an Beiträgen zu Armut und Obdachlosigkeit ist thematisch dem Bereich der Sozialarbeit zu zurechnen, die sich aus einer praxis- und interventionsbezogenen Perspektive dem Gegenstand nähert. Eine solche praktische Bezogenheit auf die Probleme der TreberInnen wirft aber spezifische Probleme auf. So erscheinen aus einer pädagogischen, kurativen, interventionsbezogenen Betrachtungsweise Armut und Obdachlosigkeit zunächst unter Gesichtspunkten wie Devianz, Defizität und Delinquenz. DEGEN (1996) listet mehrere Erklärungsmodelle für „abweichendes Verhalten“ von TreberInnen auf, wobei diese Form der Etikettierung des Straßenlebens letztlich eine Individualisierung der Problemlage impliziert. Indem man von

Entwicklungsdefiziten, Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen spricht, stellt man am ehesten eine Legitimation für das Arbeitsfeld der psychosozialen Profession her. Aber aus der Sicht der Betroffenen erscheint ihr Handeln nicht so sehr als abweichend, sondern als Teil ihrer tagtäglich erlebten Normalität und darin als funktionale Strategie zur Lebensbewältigung. Betteln, Diebstähle, Drogenkonsum, Prostitution (und auch der Wahnsinn) sollten vielmehr als (spontan sich durchsetzende) Antworten der jungen Erwachsenen auf ihre Lebenssituation verstanden werden, anstatt diese als abweichende, defizitäre und pathologische Verhaltensweisen zu klassifizieren - selbst wenn die eigenen Handlungsbeweggründe für die TreberInnen undeutlich und diffus bleiben. Weiterhin vernachlässigt eine solche defizitorientierte Betrachtung die eigenständigen Handlungskompetenzen, über die die TreberInnen sehr wohl verfügen. Tatsächlich entwickeln sie Bewältigungsstrategien, mit denen sie ihren Problemen aktiv begegnen und diese eigenständig lösen, sie nutzen die Straße als Raum und Möglichkeit zur Führung eines eigenständigen Lebens, knüpfen Freundschaften und soziale Netzwerke, die ihnen zur gegenseitigen materiellen, sozialen und emotionalen Unterstützung dienen. Das Leben auf der Straße beruht letztlich auf einem von den TreberInnen selbst getroffenen Entschluss (auch wenn dieser die subjektive Ausweglosigkeit der vorherigen Lebenssituation widerspiegelt), und auch eine Straßenexistenz erfordert eine aktive Herstellung und Bewältigung derselben. Die defizitäre Perspektive bleibt also auch aus diesem Grund unzureichend.

Die TreberInnen als eigenständige Akteure ihres Lebens zu denken, bildet die Voraussetzung, verstehen zu können, aus welchen Gründen diese das Leben auf der Straße einem Leben in der gesellschaftlichen Integration

vorziehen. Indem man die TreberInnen nicht selbst zur (alleinigen) Ursache ihres Problems erklärt, gewinnt man nicht nur einen Ansatzpunkt zur Gewinnung einer besseren Einsicht in die Problemstruktur, sondern von da aus würde man auch zu angemesseneren Formen der psychosozialen Unterstützung und Hilfestellung gelangen. Ganz ähnlich verhält sich die Forderung in der Sozialarbeit, sich dem Konzept der „Lebensweltorientierung“ zuzuwenden (BUNDES-MINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1990). Ein ernstgemeintes Aufgreifen der Probleme und Schwierigkeiten der TreberInnen würde verständlich machen, warum jene auf diese mit Resignation und Ohnmacht reagiert haben, so dass eine eigenständige Lebensführung jenseits der Straße nie initiiert, erreicht bzw. aufgegeben wurde. Professionelle Hilfe und Unterstützung sollte auf eine Aktivierung der TreberInnen zielen, was die Entwicklung personeller Fähigkeiten und Kompetenzen einschließt, so dass diese in die Lage versetzt sind, sich ihre eigenen Lebensumstände anzueignen. In dieselbe Richtung weist auch LANGHANKY (1993), wenn er sich dagegen wendet, „über Handlungen zu richten, sie zu bewerten und zu verändern, bevor wir sie auch nur annähernd verstanden haben“ (276). Für ein besseres Verständnis der alltäglichen Handlungsweisen der TreberInnen soll die empirische Entfaltung der Begründungsfiguren hinsichtlich der Aufnahme, Verfestigung und Überwindung der Straßenexistenz einen Beitrag leisten.

#### Das Handlungskonzept

Der bisher skizzierte Fokus soll jetzt in eine psychologische Sichtweise eingebettet werden, wodurch die Beschreibung des Alltages von obdachlosen jungen Erwachsenen eine besondere Ausrichtung erfährt. Im Gegensatz zu einer sozialromantischen (medial-inszenierten)

Verklärung des Straßenlebens soll sich über die Erfassung und Beschreibung der Alltäglichen und Eigenheiten die Bedeutung eines der Armut und Obdachlosigkeit unterworfenen Lebens erschließen. Das Ziel einer solchen Beschreibung besteht in einer Rekonstruktion des Zusammenhangs von Alltag und Lebensführung. Denn der Alltag von Menschen muss als spezifische Herstellungsleistung des einzelnen Individuums verstanden werden. Aus einer solchen Perspektive lässt sich Armut und Obdachlosigkeit als krisenförmige Zuspitzung einer Lebensführung verstehen, die sich in der Faktizität der eigenen Lebensumstände begründet, wie sie sich in der Wahrnehmung abbildet. Deshalb muss auch die Bedeutung in Form von Überzeugungen und Vorstellungen, die die Menschen sich von ihren Lebensumständen machen, Berücksichtigung finden. Der Forschungsgegenstand kann also in einem weiteren Schritt dahingehend konkretisiert werden, dass es um eine psychologisch-handlungstheoretische Beschreibung und Erklärung eines durch Armut und Obdachlosigkeit gekennzeichneten Alltages geht. Die Einnahme einer individualwissenschaftlichen Perspektive darf keineswegs dazu führen, dass man lediglich bei der zentrierten Betrachtung des Individuums stehen bleibt. Da sich Armut vor dem Hintergrund des Alltages gestaltet, müssen die Sicht- und Handlungsweisen in ihrem Verhältnis zur konkreten Lebenssituation begriffen werden, wodurch sich erst ein adäquates Verständnis der Lebensform ergibt. In die Untersuchung soll die Welt in ihrer alltäglichen Gegebenheit mit den Bewältigungs- und Herstellungsversuchen der Akteure zusammen gedacht werden. Es stellen sich Fragen der Art: Wie strukturiert sich Alltag als Handlungsfeld? Welche spezifischen Anforderungssituationen lassen sich im Leben der untersuchten Gruppe vorfinden? Wie reagieren die jungen Menschen auf diese Anforderun-

gen? Welche Strategien und Routinen wurden entwickelt, um das Alltagsleben zu bewerkstelligen? Welche Bedürfnisse, Interessen, Wünsche geben den Hintergrund für alltägliche Handlungsweisen ab? Welche spezifischen subkulturellen Verständnishorizonte, individuelle Sichtweisen entwickeln sich im Zusammenhang der spezifischen Lebenssituation? Aus welchen (Handlungs-) Gründen heraus lassen sich die Verhaltensweisen nachvollziehen und verstehen? Dieses ganze Bündel an Fragen ergibt sich aus dem Interesse an der lebensweltlichen Wirklichkeit der Akteure, wie sie sich von ihrem eigenen Standpunkt aus darstellt, und an den Handlungsweisen, die die Akteure im Vollzug ihres Alltags ausführen.

Der Fokus auf die Beschreibung von Alltag unter Einschluss der Auswirkungen auf die Sicht- und Handlungsweisen macht es notwendig in aller Kürze das zugrunde liegende analytische Rahmenkonzept zu explizieren (THOMAS 1999). Der Ausgangspunkt findet sich in der Frage, wie die Formen der Bewältigung, Herstellung und Veränderung von Alltag (Armut und Obdachlosigkeit) verstanden werden können, ohne die aktive Rolle, die die Betroffenen dabei spielen, aus dem Auge zu verlieren. Die Ausgangsprämisse besteht darin zu sagen: Wenn man die Handlung des Handelnden (wissenschaftlich) erschließen und verstehen will, dann muss man davon ausgehen, dass die Begründung der Handlung für den Außenstehenden prinzipiell rekonstruierbar, in bestimmter Weise rational ist (DRAY 1985; SCHWEMMER 1979; STEGMÜLLER 1974). Da aber die Annahme einer universell gültigen Rationalität ein fragliches Unternehmen ist, muss die Entscheidung zu einer bestimmten Handlung vor dem Hintergrund der empirischen Rekonstruktion einer spezifischen Alltagspraxis und Lebenssituation erfolgen.

Die daraus zu ziehenden Konsequenzen für

die psychologische Analyse von Alltag sollen exemplarisch veranschaulicht werden: Die monetäre Einkommenssituation bildet zwar einen Teilbereich bzw. den Rahmen der lebensweltlichen Ausprägung von Armut als objektiver Daseinshintergrund und muss etwa in Form des zur Verfügung stehenden Geldbetrages in der Darstellung integriert sein. Darüber hinaus muss die objektive Armutsbeschreibung anhand der Einkommensverhältnisse aber durch die Konkretisierung der Erscheinungsform dieser objektiven Tatbestände in der Lebenswelt ergänzt werden - zur Verfügung stehende Nahrungsmittel, alltägliche Gebrauchsgegenstände, vorhandene Möglichkeiten der Freizeitgestaltung -, womit man erst zum Wesentlichen der Lebenssituation vordringt. Es geht dabei darum, zu zeigen, in welchen Formen sich die Einkommenssituation in der realen Lebenswelt manifestiert, wobei diese Ebene als Ereignisraum bezeichnet werden soll. Denn nicht die abstrakte geldliche Größe ist von Interesse, die ja nur das Quantum der Verfügung über materielle Ressourcen angibt, aber das „Wie“ der qualitativen Gestaltung vernachlässigt, sondern die konkrete Verfügbarkeit über klar benennbare Lebensmittel, Gebrauchs- und Konsumartikel, kulturelle Erlebnismöglichkeiten, etc. Die Annäherung an einen objektiven Begriff der subjektiv erfahrbaren Armutssituation soll durch die Beschreibung der konkreten Gestaltung im und Auswirkungen auf das Leben der Akteure erfolgen. Dieser Ereignisraum als öffentlich beobachtbare Situation ist zwar in relativ transparenter Weise zu objektivieren, erfährt aber durch die synchrone Erfassung des subjektiven Erfahrungsgehalts, wie sich dieser aus der Perspektive der Akteure ergibt, seine erforderliche Ergänzung. An dieser Stelle stößt man auf das Relevanzsystem des Feldes als genuinem Bestandteil der zu explorierenden Lebenswelt. Dabei differenziert sich das

Relevanzsystem des Feldes in zwei Richtungen: Einerseits in Richtung der subjektiven Sichtweisen. Andererseits hinsichtlich der in der Handlungssituation verfolgten Intentionen, Ziele und Absichten. Dieses grob skizzierte analytische Rahmenkonzept stellt die konzeptionelle Betrachtungsweise dar, aus der heraus die Aufschlüsselung der Begründungsfiguren aus einer psychologischen Sicht durchgeführt werden sollen.

### Begründungsfiguren

Die Beschreibung von Alltag soll genau auf den Punkt hin zugespitzt werden, an dem man zur Rekonstruktion von Begründungsfiguren gelangt, aus denen heraus verständlich wird, warum sich die TreiberInnen ihrem Schicksal fügen, sich für die Straßenexistenz entscheiden und darin einrichten bzw. warum sie eine Veränderung ihrer Lebensführung herbeiführen wollen, initiieren und realisieren. Da die Lebenswelt und der Alltag durch die Akteure immer auch mit hervorgebracht sind, muss eine Beschreibung auch deren Praxis und Handlungsweisen nachvollziehen können. Dabei umfasst der Begriff Lebensführung all diejenigen Handlungsweisen, die im Zusammenhang mit der Bewältigung und Herstellung von Alltag stehen. Dies kann nur vor dem Hintergrund der intensiven Beschäftigung und Erforschung des Alltages gelingen, indem man die Handlungsweisen und -unterlassungen – aus denen sich die Lebensführung zusammensetzt – ins Verhältnis zu den Lebensumständen, wie sie vom Handelnden im Feld gesehen werden, rückt. Ein umfassendes Verständnis der Problemkonstellationen, mit denen obdachlose Menschen konfrontiert sind, gelingt nur dann, wenn die Beschreibung nicht an den objektiven, äußerlichen Problemen und Umständen stehen bleibt, sondern auch die Sichtweisen und letztlich die Schlüsse, die die Menschen für ihr Handeln daraus ziehen, in

ihrem genuinen Zusammenhang in Form von typischen Begründungsfiguren und Motivstrukturen dargestellt werden.

Trotz der eingenommenen individualwissenschaftlichen Perspektive wird nicht die Rekonstruktion der Begründungs- und Handlungsweisen einer bestimmten Person Ziel der Studie sein, sondern es geht um eine Typologisierung in Form von solchen Begründungsfiguren, die als charakteristische und symptomatische Antworten auf die spezifischen Lebensumstände der TreberInnen betrachtet werden können. In der empirisch fundierten Herausarbeitung von Begründungsfiguren vor dem Hintergrund des Alltages der TreberInnen besteht das eigentliche Ziel. Die Herausarbeitung von Begründungsfiguren soll also Antworten auf die Frage erbringen, mit welchen Belastungen, Schwierigkeiten und Hindernissen die TreberInnen aufgrund ihrer Lebenssituation und Lebensgeschichte konfrontiert sind, wie diese wahrgenommen werden, so daß sie in der Konsequenz in einer resignativen Haltung verharren und keine eigene Initiative zur Überwindung ihrer Situation entwickeln, sondern nur den aktuellen Notwendigkeiten ihrer Straßenexistenz begegnen.

Armut und Obdachlosigkeit sind nicht einfaches Resultat der Lebensumstände, denn diese sind in bestimmtem Rahmen zu verändern. Alltag konstituiert sich damit aus einer Verzahnung von bestehenden Lebensumständen und darauf bezogenen Formen der Lebensgestaltung. Denn erst, wenn die wahrgenommenen Ausweglosigkeiten, Chancen und Möglichkeiten der eigenen Lebenssituation einbezogen werden, wird verstehbar, warum die Menschen sich soweit aufgeben, resignieren und in einen Zustand des Demoralisiertseins verfallen, dass sie in die Obdachlosigkeit geraten, keine eigene Initiative ihrer Überwindung entfalten und trotz vielfältiger Hilfsangebote in diesem Zustand stagnieren. Anderer-

seits sollen auch die positiven Bezugspunkte zur Straßenszene nicht vergessen werden. Denn das Straßenleben offeriert Freiräume sich gesellschaftlichen Anforderungsstrukturen partiell zu entziehen, wobei die Armut und Marginalisierung z.T. in Kauf genommen werden. Darüber hinaus soll die Frage verfolgt werden, warum der Einzelne, trotz widriger Lebensumstände dennoch Engagement entwickelt, den manifesten Zustand von Obdachlosigkeit und Armut zu überwinden bzw. die Bedrohung abzuwenden. Damit soll geklärt werden, aufgrund welcher Veränderungen der Lebensumstände, Sichtweisen und Bewältigungsstrategien der Versuch einer aktiven Überwindung und Veränderung der problematischen Lebenssituation versucht wird. Denn letztlich muss trotz psychosozialer Hilfsangebote der Betroffene den Entschluss, Willen und Mut aufbringen, an einer Veränderung zumindest mitzuwirken, indem er den Versuch unternimmt, eine eigenständige Lebensführung zu entwickeln, innerhalb der er sich aktiv um so zentrale Lebensbedingungen wie Wohnung, Geld und Arbeit kümmert.

#### Beschreibungsdimensionen

Die Erfassung des Alltages erfolgt in Form einer dimensional Beschreibung der Lebenswelt, die der Vielschichtigkeit des Problems gerecht werden und dennoch der Untersuchung Orientierung geben soll. Die vorläufige Festlegung der Beschreibungsdimensionen hat für die Untersuchung heuristische Funktion, anhand derer die Lebenssituation in Richtung Alltag klargelegt werden soll und resultiert aus meinem momentanen Einsichtsvermögen. Andererseits leiten sich die Beschreibungsdimensionen teils von den weiter oben diskutierten soziologischen Konzepten der „Lebenslage“ und des „Lebenslaufs“ ab. Im folgenden sollen die zentralen Beschreibungsdimensionen, bei denen es sich um orientie-

rende Bezugspunkte der Studie handelt, die erst empirisch ausgearbeitet werden müssen, kurz skizziert werden:

Die *zeitliche* und *räumliche Struktur* des Alltages am „Bahnhof Zoo“ prägen Rhythmus, Möglichkeiten und Begrenzungen der tagtäglichen Aktivitäten. Einerseits zeichnet sich der soziale Raum des Bahnhofgeländes durch das Fehlen von *gesellschaftlichen Zugangsvoraussetzungen* und *Anforderungsstrukturen* aus. Das Betreten und die Nutzung des Territoriums setzt keine besondere Bevollmächtigung voraus, sondern der einzelne verschwindet in der offenen Anonymität des öffentlichen Raumes. Andererseits handelt es sich um einen hochgradig sozial regulierten Raum: Sowohl aufgrund externer Kontrolle und Regulation durch Präsenz und Maßnahmenvollzug der Ordnungskräfte (Bundesgrenzschutz, Polizei und Wachschutz) als auch aufgrund der Durchsetzung und Etablierung einer internen sozialen Ordnung, die sich aus der Beziehungsgestaltung der jungen Menschen untereinander konstituiert. Darüber hinaus muss der Bahnhof auch bezüglich des Funktionszusammenhangs als eigenständige Lebens- und Erlebniswelt betrachtet werden, die grundlegende Dimensionen an Lebensmöglichkeiten bereitstellt sowie Zeitvertreib, Spaß und Abenteuer verspricht.

Im Mittelpunkt des Begründungszusammenhangs der Nutzung des Bahnhofs als Lebensort steht dessen Ausgestaltung als *sozialer Szenetreffpunkt*. Freundschaften, Bekanntschaften, soziale Netzwerke sind die eigentlichen Bezugspunkte des Straßenlebens. Denn die erlittene Marginalisierung und Ausgrenzung durchziehen das Leben bis in den Bereich der privaten Be-

ziehungsgestaltung. Wer die Voraussetzung gesellschaftlicher Integrität verfehlt, sich den Anforderungsstrukturen entzieht, verfehlt auch die Teilnahmemöglichkeit an den darin eingeschlossenen sozialen Lebenszusammenhängen. Der Bahnhof wird zum Ort der Gewinnung und des Erhalts *sozialer Kontakte* und *Freundschaften*.

*Armut als finanzielle, materielle und soziokulturelle Unterversorgung* konkretisiert sich in Form alltäglicher Entbehren und wird zur wesentlichen Determinanten des gegenwärtigen Lebens. Die fehlende Wohnung wird zur bestimmenden Größe im Alltag, so dass ein Umgang mit den in der Obdachlosigkeit zusammenhängenden Problemen und Schwierigkeiten gefunden werden muss. Armut durchsetzt als einem Netz alltäglichen Mangels (Geld, Lebensmittel im umfassenden Sinne, Wohnung, Lebensmöglichkeit, Gesundheit, Bildung) den Lebensvollzug in umfassender und elementarer Weise. Strategien der Bewältigung und Kompensation des Mangels müssen gefunden werden. Gleichzeitig steht Armut zumeist im Zusammenhang mit einer partiellen Aufgabe einer auf Teilhabe angelegten Lebensführung etwa durch Vernachlässigung von *administrativen Anforderungen* an die Lebensführung, die als Voraussetzung für die Gewährung finanzieller Leistungen, einer Wohnung, Ausbildung und Arbeit erfüllt werden müssen.

*Lebensgeschichte* und *Biographie* als erlebter und erinnertes Daseinshintergrund trägt den einzelnen stets erneut an die dünnen Grenzen emotionaler Belastbarkeit und motivationaler Entschiedenheit. Die Leiderfahrungen als auch das Ausmaß erlittener körperlicher und psychischer Gewalt sind zumeist enorm. Die mangeln-

de Erfahrung des sozialen Aufgehobenseins, der Verankerung in der sozialen Lebenswelt, der Anerkennung der eigenen Persönlichkeit und fehlende alltagspraktische Unterstützung und Anleitung durchziehen bei den meisten TreberInnen das Gesamte ihrer Biographie und setzen sich fort in der Instabilität der gegenwärtigen Lebensführung. Der lebensgeschichtliche und biographische Kontext bildet den Rahmen, aus dem heraus die jungen Menschen ausbrechen und der dennoch bestimmender Daseinshintergrund für das gegenwärtige Leben bleibt.

Ein enges Netz psychosozialer Hilfsangebote, insbesondere in Form der *Aufsuchenden Sozialarbeit*, ist etablierter Teil des Szenetreffpunktes und erlangt für die jungen Menschen immanente Bedeutung bei der Bewältigung und Überwindung der prekären Lebenssituation. Die meisten jungen Menschen am „Bahnhof Zoo“ kennen und nutzen diese niedrigschwelligen Angebote.

### Kooperationspartnerschaft

Da das Leben am Bahnhof als auch die Schritte aus der Obdachlosigkeit vielfach durch das psychosoziale Hilfesystem vermittelt sind wurde die Kooperation mit einem in diesem Bereich tätigen Träger notwendig. Die Treberhilfe Berlin e.V. bietet mit ihrem abgestuften Hilfskonzept obdachlosen jungen Menschen das Angebot, in „angepassten, wohl dosierten“ Schritten ihre Lebenssituation zu stabilisieren und eine eigenverantwortliche Lebensführung aufzubauen (TREBERHILFE BERLIN e.V. 1997, 10). „Die gesamte Entwicklung der Treberhilfe Berlin e.V. und ihr Aufbau waren inhaltlich von dem Grundgedanken geprägt, das abgestufte Hilfesystem von aufsuchender Sozialarbeit an Brennpunkten über

krisenintervenierende Unterbringungseinrichtungen bis hin zum Betreuten Wohnen zu entwickeln“ (ebd., 7). Die Form und Gestaltung des Lebens als TreberInnen ist in Berlin nicht nur durch die ortsspezifischen Szenetreffpunkte geprägt. Auch die Möglichkeiten der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung zur Stabilisierung und Überwindung von Armut und Obdachlosigkeit erfahren ihre besondere Ausprägung durch das für Berlin spezifische psychosoziale Hilfesystem. Das Angebot der Straßensozialarbeit besteht in der Vermittlung von Hilfeangeboten, die auf eine Unterstützung und Stabilisierung der TreberInnen in ihrem momentanen Lebensumfeld gerichtet sind. Der Aufenthalt in der Kriseneinrichtung setzt den Stabilisierungsprozess fort, der darauf abzielt, diejenigen Voraussetzungen zu schaffen, die einen Übergang in eine geeignete Wohnform ermöglichen sollen. Im Wohnprojekt soll mit abnehmender Betreuungsdichte ein Lernprozess hin zur Verselbständigung in Form des eigenverantwortlichen Wohnens initiiert und begleitet werden.

Trotz der professionellen Unterstützung ist auf jeder Stufe des Weges aus der Obdachlosigkeit die aktive Mitwirkung der TreberInnen gefordert, wobei die Anforderungen auf jeder Stufe zunehmen (z.B. Einhaltung von Vereinbarungen, von Regeln, Entwicklung von Eigeninitiative bis hin zur Verantwortungsübernahme für eine Wohnung). Ein Teil der Probleme stellt sich für die TreberInnen bei jedem Schritt wieder neu (belastende lebensgeschichtliche Erfahrungen, unzureichende Kompetenzen und Fähigkeiten zur Eigenständigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, etc.). Neue Schwierigkeiten ergeben sich aus der jeweiligen Anforderungsstruktur im Zusammenhang der gegenwärtig unternommenen Verselbständigungsschritte. Somit bietet in forschungsmethodischer Hinsicht die Treberhilfe die Möglichkeit, einen Zugang zur Lebenswelt der

TreberInnen zu gewinnen, um das Alltagsleben und darin sich vollziehende Entwicklungsprozesse im Kontext psychosozialer Hilfeangebote untersuchen zu können. Dadurch wird es möglich, die Probleme, die sich an den einzelnen Stationen bei der Überwindung einer Obdachlosenkarriere ergeben als auch die

Schritte hin zu einer eigenständigen Lebensführung zu verfolgen und verständlich zu machen. Aus den gewonnen Einsichten sollen Rückschlüsse auf praktische Konsequenzen und notwendige (Weiter-) Entwicklungen psychosozialer und sozialpädagogischer Hilfekonzepte gewonnen werden.

## Literatur

- Alleweldt, E. & Leuschner, V. (2000). *Junge Menschen auf der Straße – eine exemplarische Studie aus Berlin-Mitte*. Berlin: ISIS Berlin.
- Britten, U. (1995). *Abgehauen - Wie Deutschlands Straßenkinder leben*. Bamberg: Palette.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1990). *Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe*. Bonn.
- Degen, M. (1995). *Straßenkinder. Szenebetrachtungen, Erklärungsversuche und sozialarbeiterische Ansätze*. Bielefeld: Böllert, KT-Verlag.
- DJI (Deutsches Jugendinstitut e.V.) (1995). „Straßenkinder“. *Annäherung an ein soziales Phänomen*. München: DJI-Materialien.
- Döring, D., Hanesch, W. & Huster, E.-U. (1990). Armut als Lebenslage. Ein Konzept der Armutsberichterstattung und Armutspolitik. In: Ebd. (Hrsg.), *Armut im Wohlstand*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Dray, W. (1985). Der Sinn von Handlungen. In A. Beckermann (Hrsg.), *Analytische Handlungstheorie, Bd. 2: Handlungserklärungen (275-303)*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1957: *Laws and Explanation in History*, Kap. V, Abschn. 1-5)
- Hansbauer, P. (1998). Eine Einführung zur „Straßenkinder-Problematik“. In P. Hansbauer (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche auf der Straße. Analysen, Strategien und Lösungsansätze*. Münster: Votum.
- Jordan, E. & Münder, J. (1987). *Pädagogische Arbeit in Jugendschutzstellen. Anlässe, Ur-sachen, Rechtsfragen, Perspektiven, praktische Beispiele*. Neuwied: Luchterhand.
- Langhanky, M. (1993). Annäherung an Lebenslagen und Sichtweisen der Hamburger Straßenkinder. *Neue Praxis*, 23, 271-77.
- Langhanky, M. (1996). In den Nischen der Megapolis - Stadt als öffentlicher Raum für deklassierte Kinder und Jugendliche. *Institut für soziale Arbeit. Materialien und Berichte, 6 (Materialsammlung der Fachtagungen zum Thema Straßenkinder)*.
- Leibfried, S., Leisering, L. et al. (1993). *Zeit der Armut - Lebensläufe im Sozialstaat*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Permien, H. & Zink, G. (1998). *Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen*. München: DJI.
- Schwemmer, O. (1979). Praktische Begründung, rationale Rekonstruktion und methodische Überprüfung. In H. Lenk (Hrsg.), *Handlungstheorien - interdisziplinär, Bd. II.2 (535-80)*. München: Fink.
- Sonntag, M. (1995). Armut in Deutschland. *Journal für Psychologie*, 3,1, 58-63.
- Stegmüller, W. (1974). *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie, Bd. 1: Wissenschaftliche Erklärung und Begründung (Verbesserter Nachdruck)*. Berlin: Springer.
- Thomas, S. (1999). *Armut im Leben von Trebern - Eine ethnographische Studie*. Unveröff. Dipl.-Arbeit, FU-Berlin.

Treberhilfe Berlin e.V. (1997). *Sprungbrett statt Trittbrett. Jahresbericht 1996/97*. Berlin: Treberhilfe Berlin e.V.

Autor

✉ Dipl. Psych. Stefan Thomas, Freie Universität Berlin, Institut für Klinische Psycho-

logie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie, Uferstraße 14. 13357 Berlin. e-mail: fanthom@zedat.fu-berlin.de.

## Patienten-Religiosität, die Mitarbeitenden und der Pfarrer in der Psychiatrie

Dirk Klute

### Zusammenfassung

Der Pfarrer in einer psychiatrischen Klinik hat keine von vorneherein festgelegte Rolle. Bei den Mitarbeitenden gehen die Vorstellungen darüber weit auseinander, wann und in welcher Form er für welche Patienten zuständig ist, und wann man ihn besser vom einzelnen Patienten oder von der ganzen Station fern hält.

Am Beispiel des Thema „Patienten-Religiosität“ wird benannt, welche biographischen Aspekte und beruflichen Merkmale der Mitarbeitenden, welche Ausrichtung der jeweiligen Station und welche „Krankheiten“ und „Symptome“ der Patienten die Meinungsbildung und die Vorgehensweise der Mitarbeitenden im Verhältnis zum Pfarrer bestimmen. Es werden Hinweise gegeben, wie der Pfarrer sich in diesem heterogenen Feld bewegen kann.

*Schlüsselbegriffe:* Psychiatrie – Pfarrer – Religiosität – Psychiatriemitarbeiter – Schuld - Psychose

### Summary

Priests in a psychiatric hospital do not have a clear defined role. Members of the staff have divergent ideas and expectations when and in what kind he is responsible to the patients and under what circumstances it is better to prevent contacts to certain patients or even to a whole department.

Looking at the religiosity of patients it becomes obvious which parts of biography, professional features of staff members, which politic of a department in psychiatric hospital, and which kind of illness and symptoms of the patients are determining the development of certain opinions, of different forms of helping in relation to the priest. Some notes are given, in which way a priest can move on in this heterogeneous field.

*Key Words:* Psychiatry – Priest – Religiosity – Staff – Guilt - Psychosis

Die Psychiatrie ist als medizinische Fachdisziplin wie als Institution mit Auffälligkeiten, Störungen, Anomalien im Erleben und Verhalten ihrer Patienten befaßt. Auch wenn eine - mindestens eine - bestimmte Diagnose nach dem ICD-Schlüssel immer die „Eintrittskarte“ in eine psychiatrische Klinik ist, ist die Psychiatrie mehr noch als andere medizinische Disziplinen gut beraten, den Fokus nicht allzu früh auf bestimmte geistig-seelisch-

körperliche Teilfunktionen zu verengen, sondern eben den ganzen Menschen in seinen Lebenszusammenhängen in den Blick zu nehmen. Dazu kann auch dessen Religiosität gehören, die dann unter Umständen interpretiert wird als Bestandteil, Ausdruck, Ursache einer Störung, oder aber als Möglichkeit von Hilfe/Halt bzw. Kontext des Erlebens von Normalität.

Ich möchte im Folgenden aufgrund meiner

Erfahrungen als evangelischer Pfarrer in einer psychiatrischen Klinik entfalten, in welchen Formen die Religiosität der Patienten für Ärzte und Pflegekräfte in den Blick kommt. Meine eigene Rolle als Vertreter einer christlichen Konfession ermöglicht diese Beschreibung besonders deshalb, weil die an mich herangetragenen Projektionen, Klischees, Erwartungen und Wünsche sowohl seitens der Patienten als auch seitens der ärztlich, „therapeutisch“ und pflegerisch Mitarbeitenden „am eigenen Leib“ die Vielfalt des Phänomens erfahrbar machen. Ich stütze mich dabei vornehmlich auf die ersten Monate meiner Tätigkeit in der Klinik, auf jene Zeit also, in der diese Erwartungen, Befürchtungen, Klischees und Projektionen zwar geprägt von Vorgängerinnen und Vorgängern, aber noch relativ „ungestört“ durch mitarbeiterseitige Eindrücke von meinem persönlichen Profil waren.

Mitarbeitenden-Sichtweisen als Ausdruck eigener Prägung

Wie differenziert Mitarbeitende die Religiosität ihrer Patienten wahrnehmen und wie sie sie bewerten, ist zum Gutteil von der eigenen religiösen (Nicht-) Sozialisation sowie ihren Bewertungen vom jeweiligen heutigen Standpunkt aus abhängig.

Wer etwa als Mitarbeiter selbst in einem von Gewissenspein, Angst und Forderungen geprägten religiösen Klima aufgewachsen ist und sich später davon emanzipiert hat, hegt gewöhnlich eine Antipathie gegen eine solche Religiosität und wird dazu neigen, sie ursächlich mit psychischen Störungen in Verbindung zu bringen. Zugleich ist ein solchermaßen geprägter Mitarbeiter meist aber auch in der Lage, befreiende, entängstigende, stützende Formen von Religiosität und Frömmigkeit zu identifizieren und zu fördern, gleichgültig, ob er sich selbst als Christ versteht oder sich weltanschaulich anders oder gar nicht verortet.

Wer als Mitarbeiter keine nennenswerte glaubensbezogene Prägung erfahren hat, ist auf meist wenig differenzierte Klischees angewiesen, die häufig das Odium von Weltfremdheit, Ritualismus und Hinterweltlertum ausstrahlen. Entsprechend eng ist der Themenkreis, den man für das Gespräch zwischen Patient und Seelsorger vermutet bzw. diesem zubilligt. Religiöse Nicht-Prägung ist ferner besonders empfänglich für fachlich bedingte Reduktionismen, wie sie z.B. aus der Psychoanalyse gespeist werden: Religion als kollektive Zwangsneurose, Religion als Regression, Religion als narzißtische Störung oder - günstigenfalls - Religion als Ausdruck von Urvertrauen und Reservoir stützender Rituale.

Wer Religion von vornherein als befreiend und entängstigend erlebt hat, sich damit identifiziert und in entsprechenden gemeindlichen Bezügen steht, ist erst relativ spät dazu geneigt, die Religiosität von Patienten überhaupt mit dem Grund ihres Psychiatrie-Aufenthalts in Verbindung zu bringen.

Mitarbeitenden-Sichtweisen als Ausdruck des eigenen Arbeitsfeldes

Die verschiedenen Stationen der psychiatrischen Klinik, in der ich arbeite, setzten unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich ihres Klientels. Je nach den dort vorhandenen Patienten-Subgruppen sind unterschiedliche Besonderheiten von Religiosität häufiger anzutreffen und prägen entsprechend die vorherrschenden Einordnungen seitens der Mitarbeitenden:

Auf einer *Depressionsstation* ist das Selbstbild der Patienten häufig von eigener Unfähigkeit, Schuld, von Bedeutungsverlust und überhaupt einer fehlenden Lebensberechtigung geprägt. Religiös gewendet heißt das: Man fühlt sich schuldig gegenüber Gott, bezweifelt seine Vergebung, glaubt, immerzu an ver-

meintlichen göttlichen Ansprüchen zu scheitern, hält sich der göttlichen Liebe und Gnade nicht für wert.

Auf einer *psychiatrischen Aufnahmestation* sind häufig Menschen anzutreffen, die vom Realitätsgehalt ihrer besonderen Erfahrungen geprägt sind und sich deshalb z.B. für Gottes Sohn halten oder von einem exklusiven göttlichen Auftrag wissen, der die Welt verändern, retten oder auch vernichten wird.

Auf einer *gerontopsychiatrischen Station* sind vielfach altersdemente Menschen, die in einer traditionell kirchlich geprägten Religiosität lebten und leben. Geprägte Formen von Frömmigkeit, z.B. in gottesdienstlichen Vollzügen, beim Singen und Beten können dann Normalität darstellen, wo sonst die vertrauten Lebensvollzüge, alltagspraktischen Fertigkeiten, sozialen Integrationen und die eigene Identität bröckeln.

Es wird deutlich: Je nach der Station, auf der ein Mitarbeitender beschäftigt ist, wird er oder sie dazu neigen, die dort schwerpunktmäßig anzutreffende religiöse Haltung eher als problematisches Symptom oder gar als Teilursache einer Störung aufzufassen, oder sie eher als Ressource einzustufen, die im Sinne von Normalität, psychischer Stärkung und Besserung kultiviert werden kann.

„Typen“ von Patienten-Religiosität

Glaubensformen und Glaubensinhalte sind unter den Patienten einer Psychiatrie ähnlich vielfältig wie „draußen“. Die nachfolgend skizzierten Typen wollen deshalb nicht den gesamten phänomenologischen Bestand abdecken, sondern sich auf Formen konzentrieren, die aus Mitarbeitenden-Sicht bzw. unter Behandlungsperspektive als bedeutsam gelten (können).

*„Psychiatrische Gottessöhne“ : Religiöse Wahnvorstellungen über die eigene Person*

Ich denke hier an psychotische Vorstellungen, bei denen der Patient sich für Gottes Sohn, eine auserwählte Person göttlicher Sendung, eine bestimmte Figur aus der Bibel, den Welt-herrscher oder auch den Teufel hält. Dieser Personenkreis ist aufgrund von Visionen, Auditionen oder anderen besonderen Erfahrungen fest von der eigenen besonderen Identität überzeugt und hat mitunter auch Jahre nach Abklingen einer akuten psychotischen Phase Mühe, sich innerlich davon zu distanzieren, eben aufgrund der besonderen, als völlig evident empfundenen Erlebnisse. Ich spreche im weiteren von „psychiatrischen Gottessöhnen“, denke dabei aber mit an Frauen sowie an Frauen und Männern mit anderem religiösen Wahninhalt.

Nun könnten Spötter einwenden, solche Leute habe es früher auch schon gegeben, aber aus ihnen seien Propheten und Religionsstifter geworden. Das mag hier und da auch zutreffen, und Ronald Laing hat darauf hingewiesen, daß manch indischer Weiser bei uns als Schizophrener abgestempelt würde. Allerdings zeichnen sich „psychiatrische Gottessöhne“ durch eine ausgeprägte Unfähigkeit aus, sich in die abweichende Perspektive anderer hineinzuversetzen und dies im Dialog zu berücksichtigen. Auch sind sie im Unterschied zu Religionsstiftern gewöhnlich zu „gestört“, um ihren Alltag, geschweige denn die Organisation einer „Gemeinde“ in den Griff zu bekommen.

Vermutlich würden manche alttestamentlichen Propheten mit ihren Visionen, Auditionen und Zeichenhandlungen heute psychiatrisch behandelt werden. Auch hier ist allerdings die Frage, ob dies etwas über einen „objektiven“ Krankheitsstatus aussagt, oder nicht doch mehr über die moderne Gesellschaft, deren Rationalität keine verstehenden Kategorien für be-

stimmte Symboliken und Auftretensformen hat und deshalb zur Pathologisierung solcher Propheten greifen müßte. Eines kann man den Propheten allerdings nicht unterstellen: einen messianischen Anspruch.

Und Jesus? Ein ganz wesentlicher Unterschied liegt, wenn die Neutestamentler Recht haben, darin, daß der „historische Jesus“ höchst sparsam mit auf sich selbst bezogenen Hoheitstiteln umgegangen ist, sie vielleicht gänzlich vermieden hat. Darin unterscheidet sich Jesus nicht nur von „psychiatrischen Gottessöhnen“, die ihr Selbstverständnis durchaus klar betonen, sondern auch von den gottähnlichen Führern und Gurus verschiedener Sekten oder ähnlicher exklusiver Gruppen.

„Psychiatrische Gottessöhne“ zeichnen sich gegenüber „gottähnlichen Sektenführern“ neben der psychiatrischen Behandlung dadurch aus, daß sie entweder keine Gemeindebildung betreiben, oder daß ihre Bemühungen durch ein desolates, „verrücktes“ Erscheinungsbild von vornherein zum Scheitern verurteilt sind. Ferner zeichnen sich „psychiatrische Gottessöhne“ durch eine Positionierung jenseits aller approbierten christlichen Traditionen aus: Selbst wenn sie festen religiösen Gruppierungen entstammen und noch zu ihnen gehören, und selbst wenn sie wie besessen von morgens bis abends die Bibel lesen, so stehen doch ihr Selbstverständnis und ihr psychotisches Erleben in klarem Widerspruch zu ihren Herkunftsgemeinschaften oder zur Bibel. An solchen Widersprüchen haben die Betroffenen jedoch kein Interesse, das eigene religiöse Erleben ist zu stark und zu evident. Es handelt sich um eine Indifferenz gegenüber diesen inhaltlichen Widersprüchen, die sie meist mit Leichtigkeit darüber hinwegsehen läßt.

Dies schlägt sich auch im Kontakt mit dem Pfarrer nieder. „Psychiatrische Gottessöhne“ suchen häufig den Kontakt zum Pfarrer. Sie scheinen sich von einem Geistlichen mehr

Verständnis zu erhoffen, wo Mitpatienten amüsiert oder erschreckt abwinken und Mitarbeitende wenig differenziert anhören, an die (eigene) Realität appellieren und - in den Augen der Patienten - mit der chemischen Neuroleptika-Keule kontern. Was ich trotz dieser wohlwollenden Haltung dem Pfarrer gegenüber aber noch nicht erlebt habe, sind insistierende Bekehrungsbemühungen seitens des „Gottessohnes“, obwohl der Pfarrer doch aus dessen Sicht eigentlich klar ein Irrlehrer sein müßte. Mag sein, daß sich solche Bekehrungsversuche einstellen würden, wenn der Pfarrer sich auf einen argumentativen Schlagabtausch einließe. Ich vermeide dies aber, weil ich mir nichts davon verspreche - außer das Erleben von (erneutem) Unverständnis sowie Kontaktabbruch durch den Patienten - vor allem, weil die Betroffenen zu sehr der eigenen Denkwelt verhaftet und darin auch zu verworren sind, um sich auf einen Diskurs einlassen zu können.

#### *Die Schuld-Thematik*

Zunächst sind die kleinen Differenzen in der Begrifflichkeit bedeutsam: Wer, z.B. als Mitarbeiter, von Schuld*gefühlen* des Patienten spricht, akzentuiert den subjektiven Charakter, und dabei schwingt meistens mit: Das Problem ist im Kopf des Patienten, aber „objektiv“ hat er entweder nichts Schlimmes getan, oder die Verfehlung steht in keiner angemessenen Relation zu den daraus erwachsenden psychischen Leiden. Anders die Patienten selbst: Wer Schuld*gefühle* hat, aus dessen Sicht geht es um eine tatsächliche Schuld.

Nun ist Schuld nie objektiv - außer in den Augen Gottes, aber wer könnte schon diese Perspektive für sich in Anspruch nehmen. Die Beurteilung hängt nicht nur an den je nach Lebensgeschichte, Erziehung, eigenem Nachdenken, subkultureller Verankerung usw. unterschiedlichen moralischen Standards, son-

dem auch an der Perspektive: Mitarbeitende sehen vor allem die mit dem Schuldgefühl verbundene seelische Not, deren Linderung oder Beseitigung ihre Aufgabe ist. Das heißt: Aus Mitarbeitenden-Perspektive geht es gewöhnlich um Schuldgefühle der Patienten, fast nie um Schuld - abgesehen vielleicht von eindeutiger Kriminalität oder von Verhalten, das in den Augen von Mitarbeitenden besonders verwerflich und abstoßend erscheint. Diese Sicht wird durch das medizinisch geprägte System begünstigt: Man hat es ja mit „kranken“ Menschen zu tun, die damit - in der Tendenz - exkulpiert sind. Wo es um angepaßtes / fehlangepaßtes Verhalten von Patienten im Stationsleben geht, oder wo förderliche oder unerwünschte Verhaltensweisen nach der Entlassung Thema sind, z.B. die Ordnung der Lebensverhältnisse, regelmäßige Medikamenteneinnahme, Rückfallvermeidung etc., ist denn auch eher von „Eigenverantwortung“ o.ä. die Rede. Schuld / Unschuld ist da erst recht keine Kategorie.

Die „Schuldigen“ selbst hingegen, also diejenigen, die sich schuldig fühlen, sehen ihr übergroßes Versagen - vom bösen Gedanken über das eingebildete Verbrechen bis hin zu „echten“ erheblichen Straftaten, sie sehen mitunter selbst verantwortete tragische Fehlentwicklungen im eigenen Leben oder im Leben ihrer Mitmenschen, und es kann sein, daß sie selbst überzeugt sind, ihr psychisches Leiden sei immer noch nicht groß genug im Verhältnis zur Schuld.

Psychiatrisch auffällig sind „Schuldige“ zum einen im Zusammenhang mit Depression. Es liegt dann nahe, ihre „Schuld“ in die Bandbreite auch sonstiger negativer und selbstentwertender Kognitionen einzuordnen. Speziell bei bipolaren Störungen erklärt sich manche „Schuld“ auch zwanglos als Peinlichkeit infolge von vorangegangenen Fehlverhalten in manischen Phasen.

Ähnliche „Schuld-“ und Peinlichkeitsprobleme können nach schizophrenen Schüben auftreten, wenn die Patienten an ihr Verhalten in dieser Phase zurückdenken. Auch Schuldgefühle aufgrund eingebildeten eigenen Fehlverhaltens können auftreten, und hier würden - aus gutem Grund - Psychoanalytiker sich dafür interessieren, welche intrapsychische Realität (z.B. Haßgefühle) da nach außen projiziert wird.

Ein spezielles Schuldproblem taucht oft bei „Gottessöhnen“ auf:

*Frau M. erhielt in einer Jahre zurückliegenden psychotischen Phase von „Gott“ den Auftrag, weltweit die Abschaffung des Geldes durchzusetzen. Ihre damaligen Bemühungen darum scheiterten schon im Ansatz. Damit ist sie dem göttlichen Auftrag nicht gerecht geworden und fühlt bzw. fürchtet seitdem immer wieder schwerste göttliche Qualen als Strafe.*

Diese Kehrseite des Größenwahns bleibt schwerlich aus, denn irgendwann prallt die eigene göttliche Sendung o.ä. dann doch auf die harte Realität.

Bei Patienten, wo „Schuld“ in bezug auf die behandelte Störung weniger bedeutsam ist oder zumindest eher als Epiphänomen betrachtet wird, scheint mir behandlerseitig am ehesten die Tendenz dahin zu gehen, dem Patienten dabei behilflich zu sein, gegenüber der „Schuld“ der Vergangenheit eher die Verantwortung für die Gegenwart und für die Zukunftsplanung zu sehen und auch „wahrzunehmen“.

#### *Religion als Ressource*

Religion gilt seitens der Mitarbeitenden nicht als Problem, wenn sie nicht als Teil, Manifestation oder als eine Ursache der behandelten Störung erscheint. Religion ist dann für die Behandlung entweder nicht von Bedeutung,

oder sie gilt als Ressource, als Bereich „gesunder“ Normalität, der ein Gegengewicht zur bzw. eine Relativierung der Störung darstellt. Dies ist, ich erwähnte es oben, z.B. in Verbindung mit Formen von Altersdemenz häufig der Fall: Zum einen macht niemand die Religion für die zugrunde liegenden hirnrorganischen Abbauprozesse verantwortlich, zum anderen werden gerade fortgeschritten demente ältere Patienten noch durch geprägte religiöse Handlungen und Texte erreicht. Eine spezielle religiöse Symptomatik bei Demenz gibt es i.d.R. ebenfalls nicht.

Religion gilt mitunter auch da als Ressource, wo sie einen hilfreichen Kontrast zur „kranken“ Religiosität des Patienten darstellt - wo sie Übersteigerungen entgegenwirkt, Angst und Schuldgefühle nimmt, den Patienten nicht herunterzieht, sondern aufbaut.

Die Patienten-Religiosität und der Pfarrer aus Mitarbeitenden-Sicht

Bisher hatte ich einige Aspekte benannt, die für die Mitarbeitenden-Perspektive bedeutsam sind: die eigene religiöse Sozialisation bzw. Nicht-Sozialisation; die auf der jeweiligen Stationen prägnanteren Formen von Religiosität unter den Patienten; die konkrete Ausprägung beim einzelnen Patienten in der mehr oder weniger differenzierten Wahrnehmung des Mitarbeitenden und deren Bewertung.

Ein weiterer Aspekt aus dem Bereich der Sozialisation der Mitarbeitenden kommt hinzu: die Vorstellungen, die man von einem *Klinik*-Pfarrer hat. Bedeutsam sind hier zunächst die Berührungspunkte oder auch gemeinsamen Wegstrecken in den unterschiedlichen Lebensphasen mit Pfarrer und „der Kirche“ allgemein. Wo es keine direkten Kontakte gab oder gibt, gewinnen andere Quellen an Gewicht, z.B. die Darstellung von Pfarrern und Kirche / Kirchen in den Medien. Von beson-

derer Bedeutung sind Vorgänger in derselben Einrichtung, aber auch der eventuell vorhandene derzeitige Kollege von der anderen Konfession, besonders wenn er zeitlich vorher den Dienst aufgenommen hat. Das Image, das ein Vorgänger oder gegenwärtiger Kollege erzeugt hat, wirkt lange nach und wird z.T. auch an Mitarbeitende tradiert, die erst später in die Institution eintreten. Dieses Image ist prägend für die Erwartungen oder Befürchtungen, die dem Pfarrer entgegengebracht werden, zumindest solange dieser noch wenig Gelegenheit hatte, ein eigenes Profil zu vermitteln (bzw. es erst einmal selbst zu entwickeln).

Patienten-Religiosität und Status der Mitarbeitenden

Schließlich sei noch eine letzte Mitarbeitenden-Variable genannt: die Berufserfahrung / der Status der Mitarbeitenden. Ich kann mich hier nicht auf viele Erlebnisse beziehen und formuliere entsprechend vorsichtig:

Es hat den Anschein, daß Berufsanfänger bzw. in der Hierarchie eher unten Angesiedelte unter den Ärzten (und Therapeuten) generell besorgter sind, daß der Pfarrer einen problematischen Einfluß auf die Behandlung nehmen könnte, sei es durch die Art seiner Interventionen, sei es in seiner Wirkung qua Rolle auf Patienten, deren „Krankheit“ eine erkennbare religiöse Komponente hat. Statushohe Ärzte scheinen da unbefangener zu sein. Sie dürften aufgrund ihrer Erfahrung sicherer in ihren Einschätzungen sein, was nutzt, was schadet, was unter Behandlungsperspektive eher „neutral“ ist. Im übrigen ist ihr potentieller Rechtfertigungsdruck „nach oben“ geringer.

Bei den *Pflegekräften* scheint der Faktor Berufserfahrung, wiederum in aller Vorsicht formuliert, eher entgegengesetzt zu wirken: Anfänger kommen hier i.d.R. erst gar nicht auf

den Gedanken, daß ein Kontakt Pfarrer-Patient irgendein Problem in sich bergen könnte (dazu ist vielleicht der Pfarrer in seinem Status als Geistlicher bzw. Klinikmitarbeiter aus deren Sicht zu unhinterfragt), während Erfahrene hier differenzierter hinschauen, abwägen und auch schon mal intervenieren.

Bestimmte „Religiositäts-Typen“, die Mitarbeitenden und der Pfarrer

Ich möchte im Folgenden Aspekte der dreistelligen Relation Patient - Pfarrer - Mitarbeitende anhand der „Religiositäts-Typen“ entfalten, wie ich sie gerade in den ersten Monaten meiner Tätigkeit erlebte, in einer Zeit also, die noch mehr von wechselseitigen Projektionen und Klischees geprägt war als durch Bilder voneinander, die sich in einer gemeinsamen Geschichte entwickelten.

*Mitarbeitende, „psychiatrische Gottessöhne“ und der Pfarrer*

Der Kontakt zwischen „Gottessöhnen“ in ihrer akuten Phase und dem Pfarrer entsteht i.d.R. dadurch, daß der „Gottessohn“ die Initiative ergreift und die Nummer des Pfarrers wählt oder den Kontakt sucht, wenn der Pfarrer aus einem anderen Anlaß auf der Station ist. Der Einzelkontakt ist es, dem das Hauptinteresse gilt. Ein besonderes Interesse an Andachten o.ä. ist nicht da, und wenn eine betreffende Person doch mal dabei ist, dann ohne besonders auffällig zu werden - die Wahnhalte bleiben überwiegend „draußen“.

Wichtig ist, daß Mitarbeitende das Vorhandensein eines solchen religiösen Wahns kaum einmal als Anlaß nehmen, den Pfarrer von sich aus ins Gespräch zu bringen. Eher im Gegenteil: Ein möglicher Kontakt zum Pfarrer wird mitunter als ungünstig beurteilt. Folge kann dann sein, daß entweder generell abgeraten wird, oder daß der Pfarrer, vorzugsweise von ärztlicher Seite, ausdrücklich über das Vorlie-

gen des Wahns informiert wird. Im Hintergrund steht offenbar die Sorge, der Pfarrer könnte durch seine religiösen Themen oder auch nur durch seine Rolle die Wahnentwicklung eher noch stützen. Daß der Pfarrer, vielleicht gerade auch in seiner Funktion als Geistlicher, in die entgegengesetzte Richtung wirken könnte, kommt „von allein“ kaum einmal in Betracht.

*Mitarbeitende, „Schuldige“ und der Pfarrer*

Hinsichtlich der „Schuldigen“ sind Mitarbeitende z.T. deutlich aktiver darin, Patient und Pfarrer miteinander in Kontakt zu bringen. Allerdings unterscheiden sich Mitarbeitende hier je nach ihren eigenen Vorerfahrungen: Die einen rechnen damit, daß der Pfarrer durch Vergebungszuspruch oder irgendeine andere besondere Kompetenz im Umgang mit Schuldgefühlen dem Patienten Erleichterung verschaffen kann, die anderen haben eher die Befürchtung, daß „die Kirche“ durch moralische Ansprüche oder die Erwartung der Erfüllung religiöser Pflichten eher noch das Gefühl von Schuld und eigenem Unwert zu vergrößern, statt es abzubauen.

Diejenige Position, die dem Pfarrer eine konstruktive Rolle zuspricht, kann hier nun auch bei „Gottessöhnen“ in irgendeiner Form von Residualzustand zum Tragen kommen, d.h. außerhalb einer besonders akuten Phase, während die dem Pfarrer gegenüber skeptische Position eher im Zusammenhang mit depressiven Patienten auftritt, bei jenen also, die aufgrund ihrer Störung den befürchteten frommen Ansprüchen seitens des Pfarrers nur wenig entgegenzusetzen haben.

Gerade depressive „Schuldige“ jedoch brauchen es nach meinem Eindruck eher als andere, von Dritten in ihren (potentiellen) Wünschen nach dem Seelsorger-Kontakt unterstützt zu werden, weil die eigene Kraft und der eigene Mut nicht ausreichen, um einfach

mal zum Hörer zu greifen und einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Konkret: Meine bisherigen Einzelkontakte zu depressiven Patienten (ob mit oder ohne „Schuldgefühle“) entstanden bisher mit Unterstützung von Mitarbeitenden oder Mitpatienten, fast nie einfach aufgrund meines Aushangs oder aufgrund von Handzetteln, die auf mich verweisen.

Andere „Schuldige“ sind in der Kontaktaufnahme i.d.R. offensiver und brauchen häufig keine langen Vorreden, um auf ihre Schuld zu sprechen zu kommen. Sind die Patienten katholisch geprägt, benennen sie oft schon bei der Kontaktaufnahme ihren Wunsch „zu beichten“. In diesem Fall ist es dann an mir zu klären, ob mein Gegenüber ausschließlich an dem geprägten Ablauf einer katholischen Einzelbeichte denkt, der in der Lossprechung durch einen geweihten Priester gipfelt. In dem Fall verweise ich ihn weiter.

Gleiches gilt für Mitarbeitende: Katholische Mitarbeitende sprechen offenbar eher als Protestanten oder jene, die nicht (mehr) kirchlich orientiert sind, dem Pfarrer eine spezielle Funktion bei der Bearbeitung des Schuld-Problematis eines Patienten zu.

#### *Mitarbeitende, Pfarrer und Religion als Ressource*

Wo *Religiosität* als Ressource seitens der Mitarbeitenden wahrgenommen wird, ist der Pfarrer i.d.R. gern gesehen. Zu dieser Sichtweise neigt man, ich erwähnte es, besonders in der Geronto-Psychiatrie. Gerade dort kommt stärker noch als in anderen Bereichen ein Aspekt hinzu: der *Pfarrer* als Ressource, und zwar (auch) unabhängig von der Religion. Gemeint ist damit: Wo das Mißverhältnis zwischen personeller Ausstattung und pflegerischem Bedarf besonders kraß ist, ist man froh über jeden, der mit den Leuten mal singt, mit ihnen spazieren geht usw. Dies ist in der Geronto-Psychiatrie der Fall: Zum einen ist der

Grundpflege-Aufwand hoch, zum anderen sind die Patienten dort weniger als in anderen Bereichen dazu in der Lage, ihre Freizeitgestaltung in die eigene Hand zu nehmen bzw. Angebote außerhalb der Station in Anspruch zu nehmen.

Man kann hier, so der Vorschlag eines Kollegen aus einer anderen psychiatrischen Klinik, statt vom Pfarrer als „Ressource“ auch vom Pfarrer als „Lückenbüßer“ oder auch „Libero“ sprechen. „Lückenbüßer“ ist der Sache nach richtig: Der Pfarrer versucht, die von Mitarbeitenden deutlich als Lücke empfundenen Defizite im Angebot bestimmter Stationen auszufüllen. Allerdings impliziert der Begriff eine Abwertung, die mir seitens der Mitarbeitenden in der Regel nicht entgegen gebracht wird. Der Begriff des „Libero“ spricht die pastoralen Freiheitsgrade in der Setzung eigener Schwerpunkte und Arbeitsweisen an. Er trägt für unseren Zusammenhang aber wenig aus, weil dieser Libero-Aspekt auch für jene Stationen gilt, wo seitens der Mitarbeitenden eine besondere Lücke im Angebot nicht verspürt wird.

Das Interesse der Mitarbeitenden am Pfarrer ist, im Unterschied etwa zur Geronto-Psychiatrie, in jenen Bereichen besonders gering, die personell gut ausgestattet sind und ein gut gefülltes Tagesprogramm für ihre Patienten vorhalten. Wenn hier die Mitarbeitenden um eine Einbeziehung des Pfarrers bemüht sind, dann betrifft das entweder einen spezifisch religiösen Beitrag, oder man traut ihm aufgrund seines persönlichen Eindrucks, guter Vorerfahrungen oder seiner geringeren Verwobenheit in die Institution einen zusätzlichen „therapeutischen“ Einfluß zu.

Psychotherapiehaltigkeit auf der Station und der Pfarrer als Religions-Spezialist  
Die verschiedenen Stationen einer psychiatri-

schen Klinik unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der dort gehäuft vertretenen Formen von Religiosität der Patienten, sondern auch hinsichtlich der psychotherapeutischen Ausrichtung der Arbeit. Ich stelle für die nachfolgenden Erläuterungen meinen eigenen weitgefaßten Psychotherapie-Begriff hintan und bezeichne Psychotherapie als ein Geschehen unter vier Augen und in Gruppen, das auf die Veränderung der Persönlichkeit des Patienten zielt. *Nicht* psychotherapeutisch sui generis sind demnach pharmakologische Therapie, die Entwicklung beruflicher Perspektiven, die Suche nach einer mehr oder weniger betreuten Wohnform nach dem Klinikaufenthalt oder das Miteinander-Wohnen auf Stationen / Wohngruppen in der Klinik, die auf einen langen Aufenthalt hin konzipiert sind.

Je nach Konzeption und Klientel unterscheiden sich die Stationen hinsichtlich der Psychotherapie-Haltigkeit z.T. deutlich voneinander. Aber auch innerhalb der einzelnen Station können die Mitarbeitenden einen unterschiedlichen psychotherapeutischen Impetus aufweisen - je nach Aufteilung der Funktionen oder nach persönlicher Haltung / eigenem Selbstverständnis und auch der absolvierten (Zusatz-) Ausbildung.

Grundsätzlich gilt: Je „psychotherapeutischer“ eine Station, desto problematischer wird eine ungeklärte Rolle des Pfarrers empfunden. Die Umgangsweisen in Richtung auf eine Klärung können sehr verschieden sein:

1. Man versucht, den Pfarrer „herauszuhalten“: Man geht auf seine Kontakt- und Kooperationswünsche nicht oder nur zögerlich ein, legt keinen Wert auf Angebote des Pfarrers im Bereich der eigenen Station.
2. Man bindet den Pfarrer in die Arbeit ein: Er übernimmt quasi-therapeutische Aufgaben durch Gruppenangebote oder in Ein-

zelkontakten. Therapeuten bringen ihn von sich aus ins Spiel, weil sie ihn als Person oder als Repräsentant bestimmter Themen förderlich für den Therapieprozeß halten.

3. Man versucht eine abgrenzende Rollenaufteilung: Dem Pfarrer werden nicht-therapeutische Aufgaben zugeordnet. Bei Überschneidungen zum therapeutischen Bereich wird ein Informationsaustausch angestrebt.

Die dritte Variante folgt häufig zeitlich der ersten Variante: Ist der Pfarrer erst einmal ein unabweisbares Faktum, muß man in irgendeiner Weise mit ihm umgehen - und zwar so, daß er der Therapie nicht abträglich ist. Die hier dem Pfarrer am ehesten zugeordnete Rolle ist die des Religionspezialisten: Er bietet Andachten/Gottesdienste an und steht den Patienten als Gesprächspartner für religiöse Fragen und Themen zur Verfügung. An dieser Stelle nun kommt die Patienten-Religiosität ins Spiel: Der Pfarrer darf/soll dort in Aktion treten, wo ein Patient sein Mittun bei religiösen Praktiken wünscht oder eine genuin religiöse Frage zu klären hat.

Diese Rollenverschreibung kann allerdings nur begrenzt funktionieren: „Religiöse Fragen“ lassen sich ja nicht klar von Lebensfragen unterscheiden, sondern sie sind Lebensfragen in einem bestimmten Horizont, der „irgendwie“ durch den Glauben oder eine wie auch immer zu fassende Vorerwartung der Patienten konstituiert wird. Daß deshalb die Tätigkeit des Pfarrers mitunter in die Therapie hineinwirken kann, ist denn auch den meisten klar, und daher dann der Wunsch, vom Pfarrer ggf. informiert zu werden und die Linie des weiteren Vorgehens abzustimmen.

Nur am Rande sei bemerkt, dass nach meinem Eindruck auch innerhalb von Stationsteams mit hoher Psychotherapie-Haltigkeit die Aus-

handlung und Abgrenzung der verschiedenen Berufsrollen ein „größeres Thema“ als auf anderen Stationen ist.

Konsequenzen für den Pfarrer: die Mitarbeitenden als eigenständige Größe

Am Beispiel der Patienten-Religiosität habe ich bis hierher die Erwartungen der Patienten nur am Rande diskutiert, die Vorstellungen des Pfarrers von dem, was seine Berufsrolle ausmacht, noch überhaupt nicht. Im Mittelpunkt stand vielmehr die Perspektive der Mitarbeitenden.

Einige bedeutsame Faktoren für die Mitarbeitenden-Perspektive wurden benannt: die eigenen Prägungen/Erfahrungen mit Glaube, Kirche, Pfarrern, Religion, ...; die im jeweiligen Arbeitsbereich prägnante Religiosität von Patienten; die Sicht auf den Religiositätstypus des jeweiligen einzelnen Patienten; beruflicher Status und Berufserfahrung der Mitarbeitenden; die Therapie-Haltigkeit der Arbeit auf der jeweiligen Station bzw. der einzelnen Mitarbeitenden. Ergänzend erwähnt sei ferner, daß einzelne Mitarbeitende auch als Ratsuchende in bezug auf eigene Lebensfragen, Probleme, Glaubenthemen etc. an den Pfarrer herantreten.

Mit all dem rücken die Mitarbeitenden als bedeutsame eigene Größe in den Blick. Dieses Erkenntnis ist keineswegs trivial: Die Arbeitsbedingungen des Pfarrers sind dadurch völlig andere als beim Gemeindepfarrer, der seine Zielpersonen für Einzelkontakte in deren Haushalt aufsucht oder der einmal in der Woche seine Runde im Allgemeinkrankenhaus macht. In Studium und Vikariat lernen die angehenden Theologinnen und Theologen manches über Gesprächsführung im seelsorgerlichen Einzelkontakt, aber nichts darüber, wie man sich in einem institutionellen Kontext solcher Einzelkontakte bewegt.

Demgegenüber sind die oben angestellten Überlegungen ein einziger Appell, das Feld besser: die unterschiedlichen Felder - der Mitarbeitenden in der Klinik sorgsam zu bestellen. Das geht über Öffentlichkeitsarbeit durch Aushänge, Faltblätter und Präsenz/Mitarbeit bei Höhepunkten im Klinikleben, gelegentliche Anwesenheit in Teams, Bereichskonferenzen usw., Absprachen über die Arbeit auf der Station, ggf. „fallbezogene“ Koordinationen bis hin zum wichtigsten Teil: der häufigen, auch für Mitarbeitende erkennbaren Präsenz auf den Stationen unter Einschluß von Smalltalk, freundlichen Begrüßungen und Verabschiedungen. Jenseits aller Absprachen über die Arbeit ist die Präsentation der eigenen Person, „des Menschen“, unerlässlich, wenn man nicht (nur) entsprechend der vorgefaßten Pfarrer-Klischees behandelt werden möchte, sondern gemäß der *eigenen* Kompetenzen und auch Defizite.

So breit das Spektrum ist, auf das man als Pfarrer bei den Mitarbeitenden treffen kann, so unterschiedlich können die pastoralen Selbstverständnisse sein: Wer als Pfarrer vor allem therapeutische Ambitionen hat, wird sein Heil darin suchen, möglichst vollwertiges Teammitglied zu werden und ein christliches Proprium eher hintanzustellen. Wer sich als „Glaubensspezialist“ oder „Priester“ versteht, wird dagegen die eigene Nische deutlich herausstellen und in der säkularen Institution wacker verteidigen. Beide genannten Profile erreichen allerdings kaum eine hinlängliche Passung mit den Erwartungen der Mitarbeitenden, eher (und zwar in beiden Fällen) eine Übereinstimmung mit deren Befürchtungen.

Wenn man nun noch bedenkt, wie unterschiedlich die Vorstellungen der Patienten an den Pfarrer sind, so erhalten wir eine dreistellige Relation aus

1. den Erwartungen/Befürchtungen des *Pfarrers* an seine eigene Rolle,

2. den Erwartungen/Befürchtungen der *Mitarbeitenden* gegenüber dem Pfarrer
3. den Erwartungen/Befürchtungen der *Patienten* gegenüber dem Pfarrer.

In dieser Gemengelage der Interessen tut der Pfarrer gut daran, keine allzu starren Vorstellungen von der eigenen Tätigkeit kompromißlos umsetzen zu wollen. Gegenüber den Mitarbeitenden wird er nicht umhin können, der Kompetenz anderer Professionen und ihren Ansichten Respekt zu zollen und sich den bestehenden Spielregeln nicht zu verweigern, sondern sich an ihrer Ausgestaltung mit zu

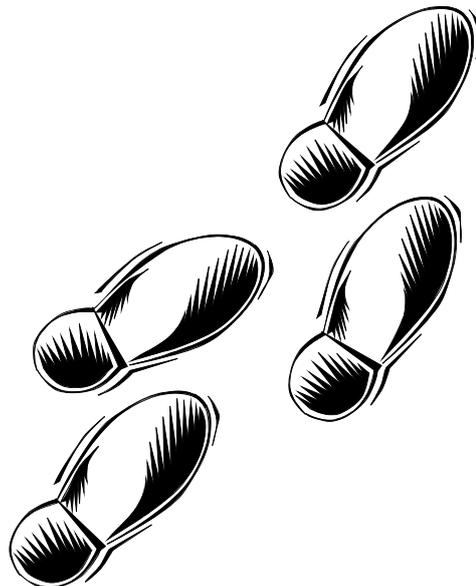
beteiligen, auch wenn dabei die eine oder andere Kröte geschluckt werden muß. Daß der Pfarrer ferner nicht grob an den Erwartungen der Patienten vorbei agieren kann, sollte sich ohnehin von selbst verstehen, auch wenn es in der Praxis gelegentlich daran gebricht (was nicht immer nur am Pfarrer liegt - er kann halt nicht für jeden Unsinn Zeit haben).

Trotz solcher hohen Vorsätze läßt sich das gelegentliche Betreten von Fettnäpfchen nicht immer vermeiden, und das ist auch nicht schlimm. Problematisch wird es erst, wenn man dort zu verweilen gedenkt.

#### Vita

Dr. theol. Dirk Klute, Dipl.-Psych., Jgg. 1965, erlebte seine sozialwissenschaftliche Sozialisation in der Qualitativen Psychologie in Münster (F. Breuer). Er arbeitet als ev. Klinikpfarrer in der Westfälischen Klinik Lengerich (Psychiatrie).

✉ Adresse: Dirk Klute, Westfälische Klinik Lengerich, Postfach 1620, 49516 Lengerich





# Community Psychology intervention strategies as tools to enhance participation in projects promoting sustainable development and quality of life<sup>1</sup>

Donata Francescato

## Introduction

The sociological, economic, political and anthropological literatures are devoting increasing attention to globalization, as a "process leading to greater interdependence and mutual awareness (reflexivity) among economic, political and social units in the world (Guillen, 2001, 3-5). Some argue that the rapid increase in cross-border technological, economic, social and cultural exchange is going to bring about a new civilisation that will enhance prosperity and quality of life for all (Levitt, 1983; Ohmae, 1990). Others (Kennedy, 1993; Rodrick, 1997; Mittelman, 2000) contest the civilising effects of globalization and view with extreme concern the consequences of the increasing free international economic and financial flows: the diminution of authority of the nation-state, the widening gap between rich and poor both among nations and within each country.

Some (Hirst & Thompson, 1996; Wade, 1996; Keck & Sikkink, 1998) see globalization not as uniform and inexorable trend but more as a feeble, fragmented contradictory process which has not yet challenged the nation state, they underline that while financial globalization has grown very rapidly, trade in goods and services has not grown much over the last two decades. Wade (1996) points out that the volume of trade is small relative to the size of

most economies, that domestic investment is greater than foreign investment, multinational corporations locate most of their assets in their home countries and vast areas of the world have not been affected by globalization. Internet exchanges, international advocacy groups concerned with human rights, the environment, world peace, women's rights, tourism and international phone calls have grown fast, but international migration through on the rise, has not yet reached important levels relative to world population. Bucking the globalization trend is also the growing number of nation states (from 1980 to 1998, United Nations Members grew from 157 to 184), and of ethnic groups that are reasserting their identities and want to create their own state (Kurds, Basques, Catalans, Tibetans and Quebecois)

If researchers have different opinions on the consequences of globalization, also ordinary citizens hold conflicting views. In four recent studies (Francescato & Burattini, 1997; Francescato, 1998; Pasini & Francescato, 1999) exploring the reactions of about 4500 women and men to political, cultural, economic and technological changes, two main trends emerged. On one side innovators, who support globalization processes, happy to communicate through Internet with people all over the world and to watch the same movies, listen to the same music, wear the same tattoos and follow

---

<sup>1</sup> KEYNOTE PAPER AT THE EUROCONFERENCE "QUALITY OF LIFE ENVIRONMENTAL CHANGES" SEIBERDORF AUSTRIA OCTOBER 1999 (JUNE 2000 ENLARGED VERSION FOR PUBLICATION IN THE PROCEEDINGS ED THOMAS ROEDIGER-SCHLUGA).

the same big sports events. For these people the word change produced only positive associations such as novelty, improvement, renovation. They were optimistic about the future, pointing out that globalization increases the freedom for each individual to make a personal project out of his life instead having a 'destiny' already prescribed at birth. They underline that today a person can change nationality, residence, religion, work, partner, sexual orientation, physical appearance, gender and even unwanted personality traits through drugs and psychotherapies. They support transferring more powers to international bodies to overcome the narrow borders of the nation states. These same changes and the increased options available that fascinate innovators, create unease, and fear among traditionalists. These view globalization as a dangerous process toward homogenization, loss of roots, and as a reaction tend to give much value to everything that is 'local', from dialects to food, from old crafts to historical traditions. Politically they tend to trust only local leaders and want more local autonomy. Apart from these main trends a vast group of people seem to be uncertain, supporting change in some areas but not in others, and being afraid above all to have no power or opportunities to influence the direction of change.

To overcome these fears environmental activists have justly mediated between supporters of globalism and localism with the slogan: "Think global, Act local " Support for this stance come also from a community psychologist like Piero Amerio (1998, 2000) who maintains that the modern world needs to recapture the sense of the distinction between society and community first proposed by Tonnies (1887). Amerio argues that political decentralization processes have enhanced the importance of local communities and that the

concept of community underlines the positive values of collaboration, solidarity and interpersonal relations in promoting individual and social wellbeing. Above all, using a community approach, one recognizes the limits of traditional individualism which considers human rights as residing automatically in each person, and considers the importance of social processes in building personal identities. In this view, social processes are not a given but the product of human action, human problems are not only personal but social problems.

Sharing some common goals community psychologists and environmental experts may benefit from a more profound knowledge of the concepts and tools developed in both fields. To support this fruitful exchange in this paper I will try to outline some of the main principles that guide interventions in a community psychology framework, and briefly describe three community psychology intervention strategies that have already been used to promote grassroots participation in projects promoting sustainable development and quality of life.

#### Principles underlying Community Psychology intervention strategies<sup>1</sup>

Community psychology aims to correct the individualistic bias of most psychology by considering people within the contexts of the social settings and systems in which they are part. Individuals live in a state of continuing transaction with the various settings in which

---

<sup>1</sup> For reason of space I will here only briefly outline some of what I consider the main theoretical guidelines to action that support the best community psychology intervention strategies, for more in depth discussions one can refer to the works of Amerio (2000), Orford (1992), Francescato & Ghirelli (1988), Francescato, Traversi and Leone (1993), Heller (1989), Palmonarie & Zani (1998).

they spend time. This state of transaction is characterized by reciprocal influence. Not only are the experiences and forms of behavior of individuals affected by the characteristics of the settings in which they find themselves, but so too are settings created and shaped by their occupants. In the words of Amerio (1999, p. 21): "if we maintain that the social contributes to construct the individual (his psyche, its aims and hopes, and also his problems, and pathologies) we have to hold clear that the social is not a given, ontologically placed before the subject, but it is a product of human action, something (such as culture, norms, rules, inequalities in power) that mankind has built in his philogenetic history, and that, in some aspect the individuals reconstructs in his ontogenetic history".

Translating this theoretical framework in to action implies first to redefine any personal problem in social terms and viceversa, that is to generate new knowledge about a phenomenon by encouraging a PLURALISTIC INTERPRETATION. Community psychology interventions seek to encourage the generation of multiple narratives on any given topic, to increase awareness of the variety of viewpoints from which a problem can be considered. When there is an "individual problem," it not only the individual that may have to change but also the social settings, when there is a 'social problem' changing laws and economic conditions may be important but non sufficient, individuals may need to change as well. RESPONSIBILITY FOR CHANGE IS PLURAL, IT RESTS BOTH ON INDIVIDUALS AND SOCIAL SYSTEMS. Community psychologists however -to counter the main psychological bias toward individual change-favor socially grounded interventions (shifting the level of analysis from individuals to small groups, networks, organisations, neighbourhoods and communities)

Individuals and social settings vary in their capacities to be responsible, that is to act and to change, given that power and resources are distributed unevenly in our society. Community psychologists aim at empowering individuals, groups and communities by activating their positive resources (both material and psychological) so that they better deal with their problems. Taking into account UNEQUAL DISTRIBUTION OF POWER AMONG INDIVIDUALS AND SOCIAL SETTINGS IN OUR SOCIETY means operationally that any intervention in community psychology has to PROMOTE INTERPRETATIONS of the phenomenon it works with, that TAKE IN CONSIDERATION POWER RELATIONSHIPS IN THE CONTEST BEING EXAMINED. This often may mean TO CRITICALLY REEXAMINE THE DOMINANT EXPLANATION. It follows from this guideline that any community psychology intervention TENDS TOWARD A CHANGE OF THE STATUS QUO. Operationally it means also that goals of intervention have to be defined non only top down, but a voice must be given to those who have less power and that community psychologists facilitate less empowered individuals and social settings to identify possible allies in their communities and promote networking with militant political groups, with pressure groups and various civic groups to influence institutional change in favor of the less empowered. IT IMPLIES THAT COMMUNITY PSYCHOLOGISTS RECOGNIZE THE STRENGTHS AND LIMITS OF PSYCHOLOGICAL TOOLS AND PROMOTE INTERDISCIPLINARY COLLABORATION.

Another important assumption that guide intervention processes in community psychology is that confrontation among different ideas is

positive and that conflict can promote change and evolution both at personal, group, organizational or community levels. Depending on the specific power situation in a given community one can choose tools based on what Dahrendorf (1959) has called the theory of consensus or the theory of conflict. In some community or organization when one assume most members share common values and goals one can adopt intervention strategies of locality development, or traditional planning; in very hierarchical or highly conflictual communities or organization one can use the social action model or advocacy planning, or a mix of strategies as described by Rothman (1974), Stockdale (1976) or Hyman (1998).

Empowering people is a goal and a process. Methodologically the process implies a VALORISATION OF PRACTICES; WORK AND LIFE EXPERIENCES AS PRODUCERS OF DIFFERENT AND USEFUL KINDS OF KNOWLEDGE and the adoption of a PLURALITY OF METHODOLOGES taken from different disciplines which explore both "soft subjective" and "hard objective" components of social and personal worlds. A preference for LOCALLY GROUNDED INTERVENTIONS THAT TAKE INTO ACCOUNT HISTORICAL, GEOGRAPHICAL AND ANTHROPOLOGICAL ISSUES . Theoretically the kind of empowerment community psychologists can aim at promoting directly, is the empowerment that comes from knowing and understanding more about oneself and the world around . Working with long term unemployed, women in prison, high school dropouts as well as with junior high and high school students and college graduates (projects that have involved more than 6000 people) we have documented both through

subjective and objective measures<sup>2</sup> that a person becomes empowered when for example she learns diagnostic tools, at the individual, small group, organizational and community level that allow her to see the weak and strong points in herself, her small groups, the organizations of which she is part, and the community in which she lives and the mutual interactions between her life and the opportunities and limits of the settings she is involved with

As a goal empowerment is a more elusive and complex, because empowered people can use their increased power in socially beneficial or oppressive way. As Amerio (1999) points out human beings can direct their action not only to build but to destroy, not only to help but to oppress other human beings. So can empowered social settings and social systems. Empowering individuals, groups organizations and communities does not guarantee ipso facto that they are going to use their new power for socially positive aims. One must remember that a community funded on participation and solidarity is one possible outcome among many, and one that must be constructed. As Amerio (1999) writes: "It has to be seen not as something that will arrive (as gift from history), but as a difficult and tiring construction. As it is difficult to look for a 'common good' that will inspire collective life without suppressing pluralism of ideas and of individual aspirations" In my book *Love and Power* (Francescato, 1998) I also try to show that the dice are still in motion: we can move toward a more benevolent society in which pluralism

<sup>2</sup> See D. Francescato An empowerment training model to favor transition from school to work for senior high school students The seventh Annual Conference on the Promotion of Mental Health, Maastricht, October 8'10, 1997, page 62, and D. Francescato Group, organisational and community empowerment strategies in a changing sociopolitical context.

and appreciation of diversity reign both within the individual psyche and among social systems, in which we integrate the best of feminine and masculine culture, or a society where mafia rules and goals are prevalent: and knowledge, power and money are used to dominate and oppress at both the individual and institutional level, or toward a society which is much more benevolent in some realms and more oppressive in others. The complexity of the concept of empowerment as a goal methodologically requires an abandonment of traditional dual thinking,(black and white) and a valorization of the zone of tension between opposites. With these assumptions in mind, we can now turn our attention to a brief description of one specific tool

#### Community diagnoses and network building

The technique of community diagnoses was originally proposed in Italy by Martini e Sequi (1988) and then adapted and modified by my collaborators and me (Francescato, Leone & Traversi, 1937; Francescato, Ghirelli & Tomai, in press). Martini e Sequi propose to "read" the community as a complex system to find weak and strong points of seven different interdependent community profiles.

- 1) The territorial profile includes data about borders and geographical characteristics, natural resources, communication routes, historical, artistic or green areas, parks, and protected areas, polluted and degraded areas
- 2) The demographic profile includes the number of inhabitants divided by sex, educational level, socioeconomic status, family size etc, and the immigration and emigration patterns including seasonal or daily immigrants

- 3) The economic profile includes employment figures in primary, secondary and tertiary sectors, old and new economy sectors, rates of unemployment by sex age ethnic groups, unprotected under cover work, illegal work, work safety tracks, number of work accidents or professional diseases
- 4) The services profiles includes news about what kind of public and private service are available in health and social sectors, in education cultural recreational areas, and what kinds of volunteer and civic associations are present in the community
- 5) The institutional profile includes local government (town council, mayor) bodies, police, courts, and religious institutions etc
- 6) The anthropological profile includes the history of the communities, its special events (periodic celebrations, fairs and festivities)the values, norms and the main problems perceived by most or by minority groups
- 7) The psychological profile deals with the sense of belonging, satisfaction with quality of life in the community, extent or perceived social support, problem coping mechanism, and empowerment levels of the various population groups.

There are three ways in which community diagnoses can be carried out

- a) by people belonging to the community itself
- b) by experts external to the community
- c) by a combination of a and b which allows to confront two diagnoses one formulated by outsiders and one by insiders

Techniques of data gathering to determine

strong and weak points of each profile naturally vary from profile to profile, but generally involve gathering hard data from sources already published and integrating them with interviews with key community figures. For the most soft subjective profiles a variety of techniques are used ranging from walks around the community main squares and streets, to drawings, movie scripts, questionnaires and interviews. When both outside experts and community insiders make up the team of promoters, it is interesting to see what key people and special target groups they choose to interview and then to confront the commonalities and divergencies that emerge in both the diagnoses. It is very fascinating also to see the different group narratives and movie scripts different sections of the populations produce about their community. The projective techniques used to gather data in the anthropological and psychological profiles, which have been adapted from the techniques we use to assess the psychodynamic and psychoenvironmental dimension of an organization<sup>3</sup> have proven to be very powerful in liberating strong

negative and positive emotions, especially when used in conjunction with more traditional action research techniques which focus on material conditions, allowing for different kinds of knowledge to emerge that can be utilized to find novel solutions, or new ways to look at old problems. Once the readings and profiles have been traced, the results are then presented and discussed not only with the representatives of the initial sponsoring agency but with all the individuals and groups who have taken part in the diagnosis. A special meeting is held during which participants are facilitated to determine priorities of changes for their community and formulate projects on how to reach the desired change. The use of creative group techniques to handle and focus problem solving in large groups (sometimes final meetings see 40 to 50 people discussing their different analyses together) have been particularly useful to allow for the integration of many different visions, and to permit those with less visibility and power to have their voice heard.

Making a community diagnoses can serve many diverse purposes for different stakeholders who can initially sponsor it. For instance it has been used in Italy by mayors and town councils to prepare "territorial development plans", or to involve young people in volunteer work to help solve some urgent community problems by coordinators of health services to help decide which programs should be implemented first, and to promote participation in planning a Health Cities agenda as part of an European Community Health promotion effort; by schools to find out what kind of resources existed in the community with whom to link to have better schools or to deal with high rates of school dropout (Cudini, 1993). It has been used in South Africa to promote understanding and constructive conflict among different eth-

---

<sup>3</sup> At the University of Rome we have developed a series of intervention techniques who are based on the principles of intervention outlined at the onset of this paper. Besides community diagnoses and networking, we have developed a multidimensional organizational analysis that is suited to diagnose strong and weak points of organization focusing on four dimensions: strategic, functional, psychodynamic and psycho-environmental. For each dimension using different methods we have members of an organization diagnose the strong and weak points. Then we proceed to have participants look for connections among the various levels of objective-subjective functioning, rational and irrational data and establish priorities for change. At the small group level we have developed a methodology that distinguishes among structural, task, group process and individual variables. For each variable we have developed indicators to be used by members in evaluating group functioning. For more details on these methodologies see in English Francescato (1989, a), Francescato (1992), Francescato (1995).

nic groups such Afrikaner, English, Indian and Blacks, who had lived in an apartheid societies and had many misgivings, doubts and fears about one another (Francescato, 1998). In Austria it has been used by Cornelia Eh-mayer, Sebastian Reinfeldt and Sabine Gstot-ter (2000), who after been trained by me in 1997-98, used a creative version of the profiles diagnoses to promote LOCAL AGENDA 21 projects toward sustainable development in five small municipalities and in a neighborhood of Vienna, adding to the original method an ecological dimension and an emphasis on planning for a better future. Moreover it can be used as a training technique to widen the knowledge students, unemployed or special groups of citizens have of their community and to promote their empowerment. We found that teaching community psychology techniques such as community diagnoses, multidimensional organizational diagnoses, small group diagnoses increases not only the ability to understand what are the opportunities and limits these settings offer to the people that live within them, but increases all three dimensions of empowerment, self-efficacy, the capacity to influence others and above all sociopolitical empowerment. (Francescato, Tomai, Burattini & Rosa, 1998).

No matter what the specific purpose with which community diagnoses is planned, it becomes a good tool to promote networking among existing services, institutions, volunteer and other civic associations and among all key institutional figures who are interviewed for data gathering in the different profiles. In fact networking is necessary in any case to produce the diagnoses, often one key person will ask that another people be interviewed, or one special interest group will mention another

special group that one should contact. Especially during the final meeting, when priorities for changes are elaborated, different representatives of the various communities settings understand emotionally what cognitively they may have known for a long time, that together they stand a better chance to see desired changes take place. When conflict is very strong among different community groups the presence of outside experts is often crucial. They can act as cultural mediators helping locals focus on issues that unite them to make something they want happen in the future rather than griping about past events. Moreover network building requires people to overcome the often deep-rooted difference between organizations with different mandates and often contrasting ideologies and to create a climate of trust in which new opportunities for mutual growth might emerge.

Another key to building networks is to show how a problem group (such as teenage drop outs) can become a resources to another group (older people) in the implementation of a town project. Indeed it is also through the experience of planning and implementing such projects in one's own community that people acquire the technical and emancipatory competencies which allow them to become empowered. These competencies render them capable of knowing where to find the resources, how to develop them, and how to influence the world in which they live. The outside expert or the community psychologist who coordinates initially the process of community diagnoses and network building has to work hard to make the local community group autonomous and powerful, gradually diminishing his or her involvement by delegating competence and responsibility to members of the network.

## References

- Amerio P. (1998). La psicologia di comunità: un quadro scientifico e politico. In V. Alastra (Ed.) *Le comunità possibili, atti del convegno Biella, 20 novembre, 18-23*
- Amerio P. (2000). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Cudini S. (1993). Il profilo di comunità come strumento di analisi e di intervento. In D. Francescato & L. Traversi (Eds.), *Oltre la psicoterapia* (pp.51-70) Roma: la Nuova Italia Scientifica.
- Dahrendorf R. (1959). *Class and class conflict in industrial society*. Stanford, Cal.: Stanford University Press.
- Ehmayer C., Reinfeldt S. and Gstotter, S. (2000). *Agenda 21 as a concept for sustainable development*. Paper presented at III panel of experts Vienna, May, 1, 1-13.
- Francescato D., Leone L. & Traversi, M. (1993). *Oltre la psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Francescato, D., Ghirelli G. & Tomai, M. (in press). *Fondamenti di psicologia di comunità*. revised edition, Roma: Carocci (first edition 1988).
- Francescato, D. (1987). *Multidimensional perspectives: an European approach to organizational analysis*. Invited address to the European Network of Organizational Psychologists, Budapest.
- Francescato, D. (1989). *Methodologies of organizational change: the need for an integrated approach*. Invited opening paper to the European Conference of Work and Organizational Psychology. Cambridge, England.
- Francescato, D. (1989). *Organisation des services et formation des intervenants amenés a travailler en équipe pluridisciplinaire*. Lausanne Cahiers de l'Ecole d'études sociales et pédagogiques.
- Francescato, D. (1992). A multidimensional perspective of organizational change. *Systems Practice, 5*(2), 129-146.
- Francescato, D. & Tancredi, M. (1992). Methodologies of organizational change: The need for an integrated approach. In D. M. Hosking and N. Anderson (Eds.), *Organizational change and innovation Psychological perspectives and practices in Europe*. London: Routledge.
- Francescato D., Putton A. & Cudini; S. (1995). Prevention in Italy. An overview of the fields. *Prevention in Human Services, 12*(1), 115-131.
- Francescato D. & Burattini, M. (Eds.). (1997). *Empowerment e contesti psicoambientali di donne e uomini d'oggi*. Roma: Aracne.
- Francescato D., Giammarco I. & Morganti, M. (1998). Dispersione scolastica: un approccio multidimensionale. In P. Serreri (Ed.), *Programma Feronia: liberi di sapere Motivare individualizzare valutare orientare negli istituti professionali* (pp. 97-124). Milano: Franco Angeli.
- Francescato D., Tomai, M., Burattini, V. & Rosa, V. (1998). Crea il lavoro che desideri: un progetto per motivare al lavoro in proprio in P. Serreri op cit. pp. 251-288.
- Francescato, D. (1998). *Amore e Potere*. Milano: Mondadori.
- Francescato, D. (1998). *Community diagnosis as a participatory technique*. Lectures given at Zululand University, Edwards Bay, South Africa, 4-6 November.
- Guillen, M. F. (in press). Is Globalization civilizing, destructive or feeble? A critique of five key debates in the social science literature. *Annual Review of Sociology*.
- Kennedy, P. (1993). *Preparing for the Twenty-First Century*. New York: Random House.
- Heller, K. 1989 The return to community. *American Journal of community Psychology, 17*, 1-16.
- Hirst P. & Thompson, G. 1996. *Globalization in Question*. London: polity.
- Hyman, D. (1998). Sei modelli di intervento di comunità: una sintesi dialettica tra teoria e pratica.

- le ed azione sociale in L. Luison (Ed.), *Introduzione alla sociologia clinica* (pp. 117-135). Milano: Franco Angeli.
- Keck M. E. & Sikkink, K. (1998). *Activists beyond borders: Advocacy networks in international politics*. Ithaca, N. Y.: Cornell University Press.
- Levitt, T. (1983). The globalization of markets. *Harvard Business Review*, 61(3), 92-102.
- Martini, R. & Sequi, R. (1988). *Il lavoro nella comunità*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Mittelman, J. H. (2000). *The globalization syndrome: Transformation and Resistance*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Ohmae, K. (1990). *The borderless world*. New York: Harper Business.
- Orford, J. (1992). *Community Psychology Theory and Practice*. Chichester: Wiley.
- Pasini W. & Francescato, D. (1999). *Il coraggio di cambiare*. Milano: Mondadori.
- Palmonari, A. & Zani. (1988). *Manuale di psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Rodrik, D. (1997). *Has globalization gone too far?* Washington D.C: Institute for International Economics.
- Rothman J. (1974). Three models of community organization practice. In F. Cox, J. L. Erlich, J. Rothman & J. Tropman (Eds.), *Strategies of community organization* (pp. 20-36). Ithaca, Illinois: F. E. Peacock Publishers, inc.
- Stockdale, J. D. (1976). *Community organization practice: An elaboration of Rothman's typology* *Sociology and social welfare* 541-551.
- Wade R. (1996). Globalization and its limits: reports on the death of the national economy are greatly exaggerated. In S. Berger & R. Dore (Eds.), *National diversity and global capitalism* (pp. 60-88). Ithaca, NY: Cornell University Press.

Autor

✉ DONATA FRANCESCATO,  
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY LA  
SAPIENZA, VIA DEI MARSI 78 ROME  
ITALY PHONE FAX 00390668806927

## AUS DEN HOCHSCHULEN

Ludwigs-Maximilians-Universität Freiburg

Prof. Dr. Heinrich Pompey

Am Institut für Caritaswissenschaft lernen die Studierenden Analogien zwischen Theologie, Psychologie, Management und Gesundheit kennen. Durch die theologische Kontextuierung koennen die verschiedenen Disziplinen in den Diskurs der Caritaswissenschaft eingebracht werden. Die Theologie der Caritas gründet sich auf Jesus Christus als Vorbild aller Helfenden für Hilfesuchende.

Die Studierenden lernen dabei theoretische Modelle und Methoden fuer eine helfende Beziehung kennen. Diese Teile werden durch Erfahrungslernen vertieft. Mit dem in Freiburg spezifischen Aufbaustudium verbindet sich die Absicht, die kirchliche Caritas und das caritative Engagement von Christinnen und Christen kritisch und konstruktiv zu begleiten.

Insbesondere geht es im Aufbasustudiengang um die Vermittlung einer:

1. Theologischen und psychosozialen Grundkompetenz zur Begleitung von einzelnen leidenden bzw. suchenden Menschen und von Klientengruppen sowie zur Aktivierung sozialer Felder;

2. Kompetenz zur fachlichen und spirituellen Unterstützung von (haupt- und ehrenamtlichen) Mitwirkenden des caritativen Dienstes;
3. Fachkompetenz zur caritaswissenschaftlichen Begleitung des Sozialengagements der Kirche bzw. einzelner Christen;
4. Kompetenz in der Umsetzung von Managementaufgaben orientiert am Leitbild der "caritas dei".

Von Dieter Fuchs läuft zur Zeit das Forschungsprojekt: Zugang zum Fremden. Es geht dabei um die Untersuchung zur Bewältigung von Migration, Übergängen und Entwicklung von Kontakten von Aussiedlerfamilien, ausländischen Familien und deutschen Familien im neuen Stadtteil Rieselfeld der Stadt Freiburg. Dabei werden mit biographischen Methoden alle Familienmitglieder zu ihrer Lebensgeschichte (siehe Dieter Fuchs: Beziehungsmuster in Lebensgeschichten, echter 1999) und zu ihren sozialen Netzwerken befragt.

Universität Flensburg

Prof. Dr. Toni Faltermeier

Studiengänge zur Gesundheitsbildung an der Universität Flensburg

In unserer Gesellschaft besteht heute ein großer Bedarf an Maßnahmen zur Prävention der vorherrschenden Erkrankungen, der bislang nur unzulänglich gedeckt ist. Der aktuelle Aufschwung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland und die vielfältigen nationalen

und internationalen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung haben inzwischen eine dynamische Entwicklung in der Forschung, Praxis und Lehre hervorgebracht; sie bieten neue Chancen, die Defizite der Gesundheitsversorgung im Bereich der Prävention zu beseitigen. Gesundheitsbildung versteht sich als pädagogischer und psychosozialer Teil einer breiten

Bewegung zur Gesundheitsförderung und als Teil der interdisziplinär orientierten Gesundheitswissenschaften (Public Health). Auf der Grundlage der Konzepte und Initiativen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung und der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften wurden an der Universität Flensburg vier Studiengänge aufgebaut, die für die berufliche Praxis in verschiedenen Feldern der Gesundheitsförderung qualifizieren sollen.

Das Studium der Gesundheitsbildung in Flensburg setzt die Schwerpunkte im pädagogischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Bereich. Es orientiert sich konzeptionell an einem positiven, bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis und an der Salutogenese, d.h. der Genese und Erhaltung von Gesundheit. Gesundheitsbildung zielt auf die Förderung von Gesundheit und von salutogenen Ressourcen, von subjektiven Kompetenzen, von gesunden Lebensweisen und Lebenswelten. Sie umfaßt aber auch den Umgang mit gesundheitlichen Risiken und (chronischen) Krankheiten. In der Praxis stehen Ansätze im Vordergrund, die subjektive und soziale Kompetenzen und Ressourcen stärken und eine Partizipation der Zielgruppen vorsehen.

Das Studium ist interdisziplinär und gesundheitswissenschaftlich orientiert; dabei arbeitet die Gesundheitsbildung eng zusammen mit Disziplinen wie Ernährungs- und Sportwissenschaft, Biologie, Textillehre, Psychologie und Pädagogik. Die Ausbildung ist sehr praxisnah aufgebaut und schließt in erfahrungsbezogenen Veranstaltungen auch den eigenen Bezug der Studierenden zur Gesundheit mit ein.

Die Ausbildung vermittelt Qualifikationen in vier Bereichen:

1. *Grundlagen und Erkenntnisse* in den Gesundheitswissenschaften (wie z.B. Gesundheitspsychologie, Gesundheitssoziologie, Epidemiologie, Sozialmedizin, Sport- und Ernährungswissenschaften),
2. *Praxiskompetenzen* zur Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (wie z.B. in den Bereichen Streßbewältigung, Entspannung, Bewegung, Ernäh-

rung, Gesundheitsberatung oder Organisationsentwicklung),

3. *Forschungskompetenzen* zur Beurteilung und eigenständigen Durchführung von wissenschaftlichen Studien (z.B. zur Evaluation von Maßnahmen) und
4. *Orientierungen, Kenntnisse und Kompetenzen* in *Berufsfeldern* der Gesundheitsförderung (z.B. in Schule und Erwachsenenbildung, in Krankenkassen, Betrieben und Rehabilitationseinrichtungen).

Die folgenden *Studiengänge der Gesundheitsbildung* können an der Universität Flensburg studiert werden:

1. Ergänzungsstudiengang „Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung“ mit Magisterabschluss,
2. Gesundheitsbildung als Wahlpflichtfach im Rahmen des Diplomstudiums Erziehungswissenschaft,
3. Gesundheitsbildung als Schwerpunkt im Lehramtsstudium,
4. Gesundheitsbildung als Kontaktstudium für Berufstätige (mit Hochschulreife) in gesundheitsnahen Berufen.

Ergänzungsstudiengang „Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung“

*Ziele des Studiengangs:*

Das Magisterstudium der Gesundheitsbildung ergänzt und erweitert die Qualifikationen, die aus einem gesundheitsnahen Fachstudium vorliegen. Es steht den Public-Health-Studiengängen nahe, die Schwerpunkte liegen in Flensburg jedoch mehr im pädagogischen und psychologischen Bereich. Das Studium vermittelt ein breites gesundheitswissenschaftliches Profil und Praxiskompetenzen, die für eine berufliche (Leistungs-)Tätigkeit in verschiedenen Feldern der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation qualifizieren.

*Zulassungsvoraussetzungen:*

Hochschulabschluß in einem gesundheitsnahen Studium, z.B. Staatsexamen in Medizin, Diplom in Psychologie, Soziologie, Pädagogik

oder Biologie, Staatsexamen für Lehrämter.

*Umfang, Dauer und Abschluß:*

Das Studium umfaßt 60 Semesterwochenstunden, die in mindestens 4 Semestern studiert werden, und ermöglicht einen Abschluß mit dem akademischen Grad „Magister/Magistra scientiae“.

*Studieninhalte:*

Im Studium werden breite Grundlagen, Theorien und Erkenntnisse in den Gesundheitswissenschaften vermittelt; dabei können vielfältige Lehrangebote aus angrenzenden Disziplinen und aus den Erziehungswissenschaften einbezogen werden. Auf dieser Basis werden in erfahrungsnahen Veranstaltungen Praxiskompetenzen in der Gesundheitsbildung erworben und die Studierenden auf die präventive Arbeit und Gesundheitsförderung in verschiedenen Berufsfeldern vorbereitet. Methoden wie Gesundheitsberatung, Gruppenarbeit und Organisationsentwicklung werden ergänzt durch biographische und selbstreflexive Verfahren. Schließlich werden Forschungskompetenzen in verschiedenen methodischen Ansätzen vermittelt, um empirischen Studien eigenständig durchführen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung evaluieren zu können.

*Berufliche Tätigkeitsfelder:*

Konzeptionelle, wissenschaftliche, beratende und leitende Tätigkeiten in der Gesundheitsbildung im Rahmen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation, insbesondere in Institutionen wie Krankenkassen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung/Weiterbildung oder der kommunalen Gesundheitsförderung sowie in Betrieben.

Gesundheitsbildung als Wahlpflichtfach im Rahmen des Diplomstudiums Erziehungswissenschaft

*Ziele des Studiengangs:*

Im Hauptstudium des Diplomstudiengangs Erziehungswissenschaft ist eine Schwerpunktbildung im Bereich Gesundheit möglich. Das

Studium der Gesundheitsbildung kann dabei als ein Wahlpflichtfach in der Studienrichtung Erwachsenenbildung/Weiterbildung gewählt werden. Es bereitet damit auf eine pädagogisch orientierte berufliche Tätigkeit in einem gesundheitsnahen Bereich vor.

*Zulassungsvoraussetzungen:*

Erfolgreich abgeschlossenes Vordiplom in Erziehungswissenschaft.

*Umfang, Dauer und Abschluß:*

Das Studium der Gesundheitsbildung umfaßt 22 Semesterwochenstunden, die in der Regel in 3 Semestern studiert werden. Das Wahlpflichtfach Gesundheitsbildung wird als Teil der Diplomprüfung mündlich geprüft. Als Studienabschluß wird ein Diplom in Erziehungswissenschaft erworben.

*Studieninhalte:*

Grundlagen, Theorien und Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften; Berufsfelder, Konzepte und Methoden der Gesundheitsförderung; Praxiskompetenzen in der Gesundheitsförderung (z.B. Gesundheitsberatung und Organisationsentwicklung, Streßbewältigung, biographische Reflexion).

*Berufliche Tätigkeitsfelder:*

Gesundheitsbildung im Rahmen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation, insbesondere in pädagogischen Institutionen wie Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder der betrieblichen Weiterbildung.

Gesundheitsbildung als Schwerpunkt im Lehramtsstudium

*Ziele des Studiengangs:*

Gesundheitsbildung als Teil Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern soll dazu beitragen, die Erhaltung und Förderung von Gesundheit als Teil des Bildungs- und Erziehungsauftrags in die Schulen zu tragen. Angehende Lehrer/innen lernen, die Bedeutung von Gesundheit und einer gesunden Lebensweise für sich selbst zu klären und erwerben Schlüsselquali-

fikationen, um die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern, aber auch von Lehrkräften in Schulen fördern zu können.

*Zulassungsvoraussetzungen:*

Abschluß des erziehungswissenschaftlichen Grundstudiums im Rahmen eines Lehramtstudiums.

*Umfang, Dauer und Abschluß:*

Gesundheitsbildung wird als Schwerpunkt im erziehungswissenschaftlichen Hauptstudium gewählt. Das Studium umfaßt 18 Semesterwochenstunden, die in der Regel auf 2 bis 3 Semester verteilt werden. Das Lehramtstudium wird mit der 1. Staatsprüfung abgeschlossen, der Schwerpunkt Gesundheitsbildung wird dabei schriftlich oder mündlich geprüft.

*Studieninhalte:*

Das Studium ermöglicht den Erwerb von Wissen und Fachkompetenzen in den Gesundheits- und Erziehungswissenschaften, von Praxiskompetenzen insbesondere in der schulischen Gesundheitsförderung (etwa in den Bereichen Bewegungsförderung, Entspannung, Ernährung oder Naturerleben), von persönlichen Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit (Persönlichkeitsbildung) und von Kompetenzen zur Entwicklung von Schulen als „gesunde“ Einrichtungen (gesundheitsbezogene Schulprogramme und Schulprofile).

*Berufliche Tätigkeitsfelder:*

Schulen oder vergleichbare pädagogische Institutionen.

Gesundheitsbildung als Kontaktstudium für Berufstätige in gesundheitsnahen Berufen.

*Ziele des Studiengangs:*

Das Studium ermöglicht die Weiterqualifizierung in der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung nach einer abgeschlossenen Ausbildung und Tätigkeit in einem gesundheitsnahen Beruf. Es kann damit auch zur Neuorientierung im erlernten Beruf verhelfen.

Das Studium ermöglicht das Kennenlernen gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse und Handlungsstrategien, den Erwerb von Praxiskompetenzen in der Gesundheitsförderung, insbesondere in den Bereichen Bewegung, Entspannung, Ernährung, Kleidung und Naturerleben, sowie den Erwerb persönlicher Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit, es dient damit auch der Persönlichkeitsbildung.

*Zulassungsvoraussetzungen:*

Abgeschlossene Berufsausbildung in einem gesundheitsnahen Beruf und allgemeine Hochschulreife (Ausnahmen regelt § 73, Absatz 5, des Hochschulgesetzes)

*Umfang, Dauer und Abschluß:*

Das Studium umfaßt 40 Semesterwochenstunden, die in mindestens 4 Semestern studiert werden. Nach einer mündlichen Abschlußprüfung kann ein Zertifikat über ein bereichsspezifisches Hochschulstudium erworben werden.

*Studieninhalte:*

Das Studium vermittelt Grundlagen, Theorien und Erkenntnisse in den Gesundheits- und Erziehungswissenschaften. Es ermöglicht den Erwerb und die Weiterentwicklung von Praxiskompetenzen in der Gesundheitsbildung und -förderung (z.B. in der Gesundheitsberatung) durch biographische und erfahrungsbezogene Seminare. Neue Konzepte, Methoden und Berufsfelder der Gesundheitsförderung werden kennengelernt, die eigenen Handlungs- und Vermittlungskompetenzen in gesundheitlichen Fragen (v.a. in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung, Umwelt, gesunde Lebensweise) werden reflektiert und gestärkt.

*Berufliche Tätigkeitsfelder:*

Berufsfelder im pädagogisch und psychosozialen Bereich sowie im Gesundheitssystem, in denen Arbeitsschwerpunkte in der Gesundheitsbildung oder Gesundheitsförderung liegen, z.B. in der Jugend- und Sozialpädagogik, Freizeitpädagogik, Krankenpflege und Reha-

bilitation sowie in anderen Freizeit- und Bildungseinrichtungen.

Rutger's University

Cary Cherniss, Ph.D.

There are many community psychology faculty at Rutgers, representing many different theoretical viewpoints and intervention approaches. They include Brenna Bry and Nancy Boyd-Franklin, who are engaged in the fourth year of a school/ community intervention in a predominantly African-American community. Also there is Maurice Elias, whose Social Problem Solving Program is one of the oldest and most respected schoolbased prevention programs in the country. Paul Speer and Andy Peterson are involved in grass-roots organizing on the neighborhood and community level.

John Kalafat is studying the nstitutionalization of innovations; more specifically, he is doing research on organizational variables that characterize high schools that have sustained peer programs over a period of years. Finally, I am co-chairing a research consortium that focuses on emotional intelligence in the workplace. I expect that any of the faculty here would welcome having a student join their team. Also, I think that an exchange student would be able to have contact with all the faculty Ive identified.

University of Hawaii

Prof. Clifford R. O'Donnell

We would be happy to host an exchange student. Our program offers an integrated curriculum in community and cultural psychology with faculty strengths in delinquency prevention, disaster management, disabilities, organ-

izational consultation, and cultural training. For information on our Community and Culture program, please visit our Page: <http://www2.soc.hawaii.edu/psy/candc.html>.

University of Utah

Barbara Brown

Our program is willing to host a visiting student for any length of time. See our description under Interdisciplinary Community Programs at the CPDCRA website: <http://www.msu.edu/user/lounsbu1/cpdcr.html> or see our department website: <http://www.fcs.utah.edu/> We are an interdisciplinary program, not a psychology department, although we have several community, environmental, social, and developmental psychologists in the department & work closely

with faculty in the psych dept. Our strengths are research, teaching, & community/ government contacts in 3 broad areas:

- (1) environment and behavior, community development, urban planning, housing, and crime issues,
- (2) lifespan development, family policy, and early childhood education,
- (3) consumer studies and family economics.

## University of Waikato

Neville Robertson, PhD

At the University of Waikato, community psychology is offered within the Masters of Social Science degree (M.Soc.Sci.), as a specialist three-year Diploma (PG Dip. Psych (Com)), or as a specialised area of doctoral study (PhD). Graduates of the post-graduate Diploma (for which Masters is a co-requisite) are eligible for registration as a psychologist under the statutory licensing system. At the undergraduate level, a year three paper is offered. Training in community psychology at Waikato has a number of distinctive features.

- (1) A strong commitment to cultural justice. In the context of Aotearoa, this means developing models of culturally safe practice which support Maori development.
- (2) A high priority on developing the skills needed for professional practice, including

a process of supported professional development.

- (3) A gradual transition from primarily university-based training to primarily community-based training over the three years of the programmes.
- (4) Collaboration with community organisations leading to job opportunities. Particular strengths of the programme are bicultural approaches to the practice of psychology, the use of psychology to promote Maori development, feminist approaches, programme evaluation and qualitative research methods. For further information visit the programme web page at <http://130.217.157.6/people/nev/ahome.html>.

## Wayne State University

Paul A. Toro, PhD

The program in community psychology at Wayne State draws students from our APA-approved doctoral clinical program as well as our doctoral social and developmental programs. Ongoing applied research involves a variety of topics, most focused on Detroit's urban population (which includes many African Americans and other ethnic groups). There are studies on homelessness and poverty, including evaluations of community-based interventions, longitudinal research and cross-

cultural studies (involving homeless adults, families, and/or adolescents). There are also a number of ongoing developmental studies focused on various other populations of urban children, families, couples, youth, and elders. Some of these are investigating the impact of family characteristics, social support, and/or substance abuse. One of the key courses in community psychology (Program Evaluation, taught by Dr. Toro) will be offered in the Fall of 2000.

Wichita State University

Greg Meissen, PhD

We would be glad to consider an exchange student at Wichita State University. The Self-Help Network would provide a setting with ongoing self-help group research and activities as well as research projects involving community based initiatives, leadership, consumer run mental health programs and others, are

other possibilities within our Community Program including underage, and college student drinking issues, end of life issues, student evaluation of teaching, prevention of health risks in minority populations, health interventions in religious settings and others.



## TAGUNGSBERICHTE

### „Öffentlich erzogen – familiär betreut.“ Familienähnliche Betreuungsangebote in der Jugendhilfe“

14. bis 16. März 2000 in Erfurt

Kristin Teuber

Familienähnliche Betreuungsangebote stellen innerhalb der Erziehungshilfen einen erheblichen Anteil an stationären Plätzen für Kinder und Jugendliche zur Verfügung, die nicht in ihrer Herkunftsfamilie leben können. Schätzungsweise ... Kinder wachsen längerfristig oder vorübergehend in Pflegefamilien, Kinderdorffamilien, Familien-, Außen-, bzw. Lebensgemeinschaftswohngruppen, Kleinstheimen oder Erziehungsstellen auf. Dennoch existierte bislang in diesem Bereich kaum ein Fachdiskurs. Der Arbeitskreis Deutscher Kinderdörfer und die Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) nahmen diese Situation zum Anlass und führten einen Kongress durch mit dem Ziel, eine intensive Fachdiskussion über familienähnliche Betreuungsangebote in der Jugendhilfe in Gang zu bringen. Eine breite Themenpalette bot Mitarbeitern/innen aus familienähnlichen Settings und anderen Heimeinrichtungen ausführlich Gelegenheit, miteinander ins Gespräch zu kommen. Das Interesse an dem Kongress war ausgesprochen groß. Mit 380 Teilnehmern/innen war die Veranstaltung vollkommen ausgebucht, weiteren Interessenten/innen musste aus Kapazitätsgründen abgesagt werden.

Ein inhaltlicher Aspekt zog sich wie ein roter Faden durch die Vorträge, Arbeitsgruppen und Diskussionen: Die vielfältigen Formen familienähnlicher Betreuung bewegen sich mit ihrem Angebot grundsätzlich in dem Spannungsfeld zwischen Öffentlichkeit und Privatheit. Als Teil der Kinder- und Jugendhilfe erhalten sie einen öffentlichen Erziehungsauftrag und sind verpflichtet, den Erziehungsprozess zu planen und den Jugendbehörden und Eltern gegenüber offen zu legen und überprüfbar zu machen und sich an den aktuellen Ent-

wicklungen der Jugendhilfelandchaft auszurichten. Gleichzeitig liegen aber ihre Stärke und ihr unverwechselbares Qualitätsmerkmal darin, Kindern und Jugendlichen einen familialen Ort zum Aufwachsen anzubieten.

Zu Beginn nannte Dr. Volker Then (SOS-Kinderdorf e.V., München, Sprecher des Arbeitskreises Deutscher Kinderdörfer) unverzichtbare Qualitätsmerkmale von Kinderdorffamilien, wie zielorientiertes Arbeiten im Rahmen der Hilfe- und Erziehungsplanung, Beteiligung der Kinder und Jugendlichen, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Eltern, Teamarbeit, Beteiligung an Prozessen der Qualitätsentwicklung und -sicherung und zugleich Elemente wie Intimität und Privatheit, weitgehende Autonomie bei der Gestaltung des alltäglichen Zusammenlebens, die alters- und geschlechtsgemischte Zusammensetzung der Familiengruppen, verlässliche und tragfähige Beziehungs- und Bindungsangebote für Kinder und die konzeptionell gewollte Aufhebung der sonst üblichen Trennung von Dienst und Freizeit. Zentral sei die Frage, wieviel Einblick und Kontrolle ein professionelles Setting verträgt, das einen familienähnlichen Betreuungsanspruch verfolgt.

Hans-Ullrich Krause (Kinderhaus Berlin-Mark Brandenburg, Vorsitzender der IGfH, Frankfurt am Main) stellte für den Kongress die Frage, wie es in Zeiten der Individualisierung und Enttraditionalisierung um das Familienmodell in der stationären Erziehung von Kindern stehe, die nicht zu Hause leben können. Es sei heute ausgesprochen schwierig, Erzieher/innen dafür zu gewinnen, mit Kindern in einer familienähnlichen Gemeinschaft zu leben, also die Privatsphäre mit zunächst fremden Kindern zu teilen. In einer in hohem Maß

individualisierten Gesellschaft würde die Familie als Institution grundsätzlich in Frage gestellt, was sich auch bei der Personalsuche zeige. Deshalb seien die Umsetzungschancen familienähnlicher Modelle in der Jugendhilfe kritisch zu hinterfragen.

#### *Erziehung in Lebensgemeinschaften*

Im Eröffnungsvortrag setzte sich Dr. Klaus Wolf (Fachhochschule Neubrandenburg) kritisch mit den Implikationen des Begriffs Familienähnlichkeit innerhalb der Erziehungshilfen auseinander. Familienähnlichkeit sei in diesem Zusammenhang eine Selbstetikettierung, die für alle Beteiligten bestimmte Funktionen erfülle: So hätten Kinder und Jugendliche beispielsweise für sich den Wunsch, in möglichst normalen Verhältnissen aufzuwachsen. Familiäre Formen innerhalb der Heimerziehung kämen diesem Wunsch zwar am nächsten und wirkten so Stigmatisierungen entgegen, sie seien aber in Gefahr, Kinder zu (ent)täuschen, weil sie in Wirklichkeit institutionelle Settings seien. Klaus Wolf schlug vor, an Stelle von Familie von Lebensgemeinschaft zu sprechen. Lebensgemeinschaften würden plurale, unterschiedlich intensive Formen des Zusammenlebens von Kindern und Erwachsenen im Bereich der Erziehungshilfen ermöglichen – von der Wohngemeinschaft bis hin zu einem familialen Arrangement. So würden keine überzogenen oder unrealistischen Erwartungen hervorgerufen. Eine Lebensgemeinschaft dieser Ausrichtung sei als pädagogischer Ort zu verstehen, an dem für das Kind bewusst ein Lebens- und Lernfeld gestaltet wird, das Orientierung und Verbindlichkeit für die kindliche Entwicklung bietet.

#### *Perspektive von Kindern und Jugendlichen*

Prof. Dr. Jürgen Blandow (Universität Bremen) ging in seinem Vortrag darauf ein, wie ausgeprägt Kindheit und Jugend insgesamt (und auch in der Hilfe zur Erziehung) heutzutage von Erwachsenen verplant würde. Kinder würden quasi zu „Projekten“, zu 0 p f e m post-moderner Entwicklungen, die mit den Schlagworten Entstrukturalisierung und Individualisierung beschrieben werden können, was bei den Kindern in der Heimerziehung zu

spüren sei. In der öffentlichen Erziehung stünden u.a. administrative und finanzielle Bedingungen und das Lohnerziehersystem für seine Durchregelung und damit in Widerspruch zu einer Erziehung zu Selbstständigkeit und Autonomie und ihrem Modus der Selbstregulierung, was Kinder teilweise verwirren würde. Er plädierte dafür, Kinder und Jugendliche konsequent in die Erziehungsprozesse einzu beziehen. Partizipation wollte er als kontinuierlichen, wechselseitigen Einigungsprozess verstanden wissen, die nicht als methodisches Instrument eingesetzt wird, sondern am Prinzip der demokratischen Erziehung anschließt. Und nach wie vor seien Liebe und Geduld zentrale Schlüsselbegriffe für alle Sozialisationsinstanzen, denen eine Ideologie des Plan- und Herstellbaren häufig entgegen stehe.

#### *Pädagogisches Handeln*

Prof. Dr. Wilfried Hosemann (Universität Bamberg) führte aus, wie professionelles Handeln im Rahmen von Alltagspädagogik im familienähnlichen Kontext aussehen könnte. Familie bestünde vor allem aus Kommunikation, in die sich alle Beteiligten mehr oder weniger einbringen und familiäre Prozesse könnten als das Hervorbringen einer gemeinsamen Familiengeschichte begriffen werden. Dieses Verständnis nehme zuständigen Erziehungspersonen den Druck, immer richtig handeln zu müssen. In der Alltagspädagogik würden Alltagssituationen für zielgerichtetes pädagogisches Handeln genutzt. Sie knüpfte entsprechend an Routinen, Gesten, Zeitrhythmen und sozialen Erfahrungen an, müsse eine erhebliche Fehlertoleranz zum Zwecke von Lernchancen anbieten und bewusst und reflektiert mit Ohnmachtssituationen umgehen.

In Arbeitsgruppen, die diesem und den anderen Fachvorträgen folgten, wurde deutlich, dass der Ort des Aufwachsens so wenig künstlich wie möglich gestaltet sein sollte, damit Kinder darin für ein späteres Leben in Selbstständigkeit und Selbstverantwortung außerhalb dieses öffentlichen Erziehungsraumes befähigt werden. Gerade hierin liege die Stärke familialer Betreuung, weil sie ein überschaubares, kontinuierliches und an der „N or-

malität“ von Alltagsabläufen orientiertes Lebensfeld schaffen.

#### *Familienähnlichkeit im Kontext*

Prof. Dr. Joachim Merchel (Fachhochschule Münster) ordnete familienähnliche Betreuung in das Gesamtsystem Jugendhilfe ein. Dafür mangle es allerdings an empirischen Ergebnissen zum Stellenwert familienanalog strukturierter Wohn- und Betreuungsformen innerhalb der Jugendhilfe. Neben rechtlichen Aspekten des KJHG und jugendhilfestatistischen Daten hob er besonders zwei Punkte hervor: Ein Merkmal von Prozessqualität in familialen Betreuungsangeboten sei der reflektierte Umgang mit Familienähnlichkeit. Dazu gehöre, dass die Mitarbeiter/innen sich als Fachkräfte und nicht als Eltern verstünden, dass sie die Kinder darin förderten und unterstützten, sich mit ihren leiblichen Eltern auseinander zu setzen und das Aufrechterhalten einer Privatheit für die erwachsenen Pädagogen/innen, die nicht im Gruppenalltag aufgehe. Dieses Qualitätskriterium ist laut Merchel notwendige Bedingung für den mittel- und langfristigen Fortbestand familienähnlicher Betreuung. Sie würde immer mit dem Widerspruch zwischen persönlichen Beziehungen und dem institutionellen Charakter und der formalen Organisation von öffentlicher Erziehung umzugehen, also eine Balance zwischen Nichtformalität und Formalität herzustellen haben. Angesichts dieses Widerspruches löste die Frage nach einem zeitlich befristeten, aber dennoch familienähnlichen Zusammenleben intensive Diskussionen aus. Nachdem das Gros der stationären Unterbringungen immer kürzer ausfällt, wird sich familienanaloge Betreuung deutlich dazu stellen müssen, ob und wie sie Kindern auch für kurze Zeit einen sinnvollen Lebensort bieten kann.

#### *Perspektive der Mitarbeiter/innen*

Mitarbeiter/innen in der familienanalogen Betreuung sehen sich komplexen Rollenanforderungen gegenüber, sollen Fachkraft sein, soziale Elternschaft übernehmen, im Team arbeiten, das Alltagsleben autonom gestalten

und sich in institutionelle Gegebenheiten einfügen. Prof. Dr. Gerhard Veith (Katholische Fachhochschule Freiburg) wies auf den Widerspruch zwischen der persönlichen Autonomie der Mitarbeiter/innen und den Strukturvorgaben und der Weisungsbefugnis in Organisationen hin, der sich zum Beispiel in der Entscheidungskompetenz bei der Aufnahme eines Kindes zeige. Der Ort des Lebens und Arbeitens sei zugleich privat und öffentlich, was zu einer erheblichen Arbeitsbelastung führe, und Zeiten für persönliche Hobbies und den eigenen Freundeskreis kämen regelmäßig zu kurz. Ein weiteres Spannungsfeld liege zwischen der Familiengruppe und der eigenen Kernfamilie, also den Paaren mit eigenen Kindern. Mitarbeiter/innen müssten über hohe personale Kompetenzen und Belastbarkeit verfügen, um in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein. Als Unterstützung benötigten sie einen klar strukturierten organisatorischen Rahmen, ausreichend Möglichkeiten zur fachlichen Reflektion, eine überdurchschnittliche Vergütung und Regelungen für einen vorgezogenen Ruhezustand.

#### *Aufgaben für die familienähnliche Betreuung*

In einer Podiumsdiskussion wurde festgestellt, dass Entwicklungsaufgaben für familienähnliche Betreuungsformen in Zukunft u.a. darin lägen, geeignete Lebensorte auch für sogenannte schwierige, verstörte Kinder, für Jugendliche und bei kurzfristiger Unterbringungsperspektive zur Verfügung zu stellen. Außerdem solle familienähnliche Betreuung Kindern und Jugendlichen zwar ein verlässliches Beziehungsangebot machen, ihnen zugleich aber auch die Möglichkeit geben, das Verhältnis von Nähe und Distanz selbst zu bestimmen. Für das Pflegekinderwesen wurde ein erheblicher Professionalisierungsbedarf reklamiert, damit die Pflegepersonen in die Lage versetzt würden, ihre Aufgabe kompetent wahrzunehmen.

Zum Kongressabschluss führte Hans-Joachim Gelberg (Kinderbuchverleger, Weinheim) in seinem „fachfremden“ Beitrag aus, wie Kindheit in Geschichten der Kinderliteratur gezeichnet wird. In Kinderbüchern sei deutlich wie kaum an anderer Stelle, wie stark sich

Kinder von Erwachsenen unterscheiden und dass Erwachsene immer wieder von Kindern lernen könnten.

Die große Resonanz auf den Kongress zeigte, dass bei den Fachkräften ein enormer Bedarf an Austausch über die Praxis familienähnlicher Betreuung besteht, der bisher nicht gedeckt wurde. Insofern ist die Veranstaltung als gelungener Auftakt für eine fortzuführende Debatte in diesem Bereich der Fremdplatzierung zu sehen. In diesen Dialog sollten künftig

verstärkt öffentliche Träger einbezogen werden.

Das Sozialpädagogische Institut im SOS-Kinderdorf e.V. wird ein Diskussionsbuch mit ausgewählten Beiträgen des Kongresses herausgeben, das die Debatte zum Thema befruchten und voranbringen soll. Das Buch soll 2002 erscheinen. Der genaue Erscheinungstermin wird im Internet auf der Seite [www.spi.sos-kinderdorf.de](http://www.spi.sos-kinderdorf.de) zu erfahren sein.

Die Inaugural World Conference  
The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral  
Disorders

The Carter Center, Atlanta, Georgia  
December 5-8, 2000

Ein Bericht und wertender Kommentar

**Bernd Röhrle**

Themen der ersten Weltkonferenz waren geprägt durch ultimative visionäre Ziele wie die Umsetzung der Menschenrechte, Gerechtigkeit und Freiheit. Diesen wurde ein Konferenzziel zugeordnet, das sowohl aus einer noch zu veröffentlichenden Deklaration bestehen soll, als auch konkrete strategische bzw. taktische Schritte mit zeitlichen Vorgaben vorsah. Innerhalb dieses Rahmens gruppieren sich verschiedene Themen und Arbeitsformen der Konferenz. Die Panelsitzungen und Symposien und Arbeitsgruppen behandelten folgende Themen:

- (1) Strategien zur Implementation erfolgreiche Programme zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention.
- (2) Public Health und Mental Health Promotion.
- (3) Effiziente Programme der Prävention und Förderung psychischer Gesundheit.
- (4) Gruppenspezifische Programme (z.B. Kinder, Risikogruppen).
- (5) Entwicklung einer Politik zur Förderung psychischer Gesundheit (Strategien, inter-

nationale Perspektiven).

- (6) Training, Ausbildung, Beratung, Organisationsentwicklung.

Die Konferenz war hochrangig besetzt. Die Tagung fand statt unter der Obhut und Beteiligung der früheren Präsidentengattin Carter (selbst der ehemalige US-Präsident sich blicken). Außerdem haben sich ehemalige und amtierende Minister aus verschiedenen Ländern und auch die ehemalige Präsidentin Norwegens und derzeitige Vorsitzende der WHO, Frau Brundtland, beteiligt. Ebenso waren weitere hochrangige Vertreter der WHO, der UN und der Weltbank anwesend. Vorgetragen und diskutiert haben sich auch zahlreiche Führungspersonlichkeiten aus verschiedenen Ministerien, ein US-General, vor allem aber auch LeiterInnen aus Präventionszentren weltweit. Die führenden Forscherpersönlichkeiten auf dem Gebiet der Prävention und Förderung psychischer Gesundheit sorgten für den wissenschaftlichen Input. Nicht zuletzt waren auch Nutzer anwesend. Es war insgesamt eine Begegnung von Forschung, Politik

und Praxis. Beteiligt haben sich fast 300 Personen aus 25 verschiedenen Ländern.

Im Mittelpunkt standen zunächst Erfolgsberichte aus Forschung und Praxis. Die Forschungsberichte konzentrierten sich auf breit angelegte Programme im schulischen Bereich, im Kontext von langjährig angelegten Entwicklungsinterventionen, Vorbeugung von Depression, Panik, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Delinquenz, Vermeidung von Scheidung, Verarbeitung von Scheidungsfolgen und dem Verlust von Eltern, Suizidvorbeugung und Umgang mit Arbeitslosigkeit. Im wesentlichen wurden die in den letzten Jahren in der Forschung behandelten Themen angesprochen. Auffallend aber war, dass zunehmend Fragen der Implementation mit behandelt und dass mit zum Teil großen Zahlen gearbeitet wurde. Auffallend ist auch, dass in z.T. weltweiten Netzen bestimmte Themen bearbeitet werden (z.B. Prävention von Alkoholismus). Dennoch sind noch erhebliche Koordinationsbemühungen erforderlich, um zwischen Forschung, Politik und Praxis bislang disparate Vorgehensweisen zu harmonisieren (dies haben z.B. Umfragen in Holland erbacht).

Von Seiten der Praxis wurde über sehr groß angelegte Programme berichtet, die zum Teil Hunderttausende von Personen erreicht haben. Finnland wurde mit einem Programm zur Bewältigung von Arbeitslosigkeit überzogen, Norwegen hat ein flächendeckende Programm zur Vermeidung schwerer Störungen durch ein Familientrainingsprogramm gestartet, in den USA laufen breite Programme zum Abbau von Gewalt an Schulen. In Südafrika und Uganda werden Programme zur physischen und psychischen Gesundheitssicherung im großen Umfang gefahren. Suizidpräventionsprogramme in den USA decken 22 Städte ab, usw..

Vielfach sind all diese Initiativen von politischen Entscheidungsträgern unterstützt und Bestandteil von landesweiten Präventionsplänen (z.B. in Australien, Schottland, USA,

Malaysia). Die Ausgaben, die hierfür getätigt werden sind enorm: In den USA werden allein für schulische Programme 800 Millionen Dollar ausgegeben. Es zeigten sich auch Bemühungen, Programme ethnisch und kulturell abzustimmen (z.B. in Norwegen). Betroffenheit wurde immer wieder durch Berichte aus der dritten Welt ausgelöst. Es ergaben sich Schwierigkeiten, und dies vor allem aus einer amerikanischen Perspektive, die jeweiligen kulturellen Erfordernisse zu verstehen. Trotz der Armutbedingungen in den Entwicklungsländern, verfahren diese nicht nach dem Modell: "Erst die das Notwendigste, also zunächst die Förderung der physischen und dann erst die der psychische Gesundheit" (z.B. Uganda).

Gegen die weltweiten Erfolgsberichte musste sich meine Darstellung zur Situation in der BRD wie ein Bericht aus einem Entwicklungsland gewirkt haben. Die konservative Situation in Deutschland wurde noch durch einen Vertreter des Zentralinstituts für seelische Gesundheit unterstrichen, welcher der biologischen Psychiatrie größere Bedeutung zuwies, als psychosozialen Versuchen der Risikoeindämmung. Meine Darstellungen waren dem Symposium "Developing Mental Health Promotion Policy" zugeordnet, bei dem auch die Länder Neuseeland, Australien und England mitwirkten. Mein Part bestand im wesentlichen darin, die Grundzüge des im Auftrag des deutschen Bundestages verfassten Gutachtens "Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen" und den Versuch einer Adaptation an das Thema "Psychische Gesundheit" darzustellen. Im Mittelpunkt stand dabei weniger der Versuch einen Überblick zu vorhandenen Forschungsaktivitäten zu geben, wie dies im letzten Band "Prävention und Gesundheitsförderung" (Röhrle & Sommer, 1999) geschah und durch den folgenden zweiten Band erfolgen wird (Röhrle, in Vorbereitung). Vielmehr habe ich den Versuch unternommen, zunächst anhand der epidemiologischen und politischen Ausgangsdaten die Notwendigkeit von Prävention und Förderung psychischer Gesundheit zu unterstreichen. Dann kam es mir darauf an, herauszuarbeiten, dass die Ver-

sorgungssituation durch zwei Momente geprägt ist: eine relative Unklarheit in Hinsicht auf den Umfang und die Qualität präventiver Angebote im Beratungsbereich und eine wenig produktive Trennung von physischer und psychischer Gesundheitsförderung. Die von mir gemachten Vorschläge einer politischen Initiative zur Vernetzung von Wissenschaft und Praxis in unterschiedlichen Feldern der Gesundheitsförderung mit entsprechenden Zugängen auch zu bedeutsamen Trägern und politischen Entscheidungsinstanzen auf der Grundlage auch einer intersektoralen Zugangswiese, wurde als Strategie von anderen Ländern geteilt (z.B. Australien). Der entscheidende Unterschied war nur, dass ich allenfalls über Pläne und erste Schritte berichten konnte, während andere Länder schon über ein gerüttelt Maß an Erfahrung in diesem Bereich verfügen.<sup>1</sup>

Auffallend sind die internationalen Bemühungen. Public Health und Mental Health Promotion in einen engeren Zusammenhang zu bekommen. Dabei zeigte sich eine engere Verbindung der europäischen Länder mit den Strategien der WHO, die sich im Jahr 2001 schwerpunktmäßig dem Thema Mental Health zuwenden wird. Die Europäische Politik hat sich schon darauf eingerichtet;; ein entsprechendes Netzwerk der Minister besteht schon. Dennoch finden sich auch in den USA deutliche Ansätze einer vergleichbaren Verbindung, etwa auch zum Konzept der intersektoralen Gesundheitsförderung (Schule und Gesundheitsdienste). Ausgangspunkt ist u.a. die zunehmende Erkenntnis, dass auch psychische Erkrankungen nicht nur einen ernsthaften Kostenfaktor darstellen, sondern auch über physische Belastungen zu Buche schlagen. Auch gemeinsame Ursachen von psychischen Störungen und riskantem Gesundheitsverhalten sind in großen epidemiologischen Studien ausgemacht worden. Gleichzeitig wurde auch auf die Grenzen weiterer Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen und ab-

weichenden Verhaltens hingewiesen. Wegen ihrer epidemiologischen Bedeutung wurden bei der Darstellung störungsspezifischer Prävention Suizid, Depression, Alkoholismus und Gewalt herausgestellt.. WHO-Vertreter verwiesen auf die Abnahme infektiöser Erkrankungen, bei einem gleichzeitigen Anstieg der psychischen Störungen und dies weltweit. Die Weltbank sah die Bedeutung psychischer Gesundheit im Zusammenhang mit einer zunehmenden Bedeutung des sozialen Kapitals (World Development Report 2000-2001). Es ist wohl fast allen Anwesenden klar gewesen, dass eine vernünftige Gesundheitsförderung mit der Umsetzung der Menschenrechte und einer sozialen Gerechtigkeit innerhalb und zwischen den Ländern zusammenhängt.

Die vorgetragenen Überlegungen und Erfahrungsberichte zu verschiedenen Implementationsstrategien waren nicht völlig neu. Da solche aber in Deutschland fast gänzlich fehlen, sind die Berichte aus den verschiedenen Ländern und vor allem aus deren Ministerien zweifelsohne vorbildlich. Sie warnen deutlich vor der Annahme, dass erfolgreiche Forschung von selbst zu einer Breitenwirkung führt. Vielmehr wird auf dynamische Prozesse verwiesen und auf Regeln, wie man sie aus der Social Impact Forschung, aus der Gemeinwesenarbeit und auch aus der Politikberatung kennt.

Ein wesentlicher Weg der Implementation wurde in Ausbildungsprogrammen für Professionelle und Laien gesehen. Dieser ist deutlich multidisziplinär angelegt, wobei der Gemeindepsychologie eine sehr bedeutsame Rolle zugewiesen wurde. Nicht überraschend war, dass in fortgeschrittenen Ländern schon entsprechende Curricula und Zertifikate (insbesondere in den USA) existieren.

Insgesamt dürfte die Tagung ihr Ziel, ein weltweit bedeutsames Ereignis werden zu wollen, erreicht haben. Die Begegnung zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik war sicher einzigartig. Sie hat zugleich die gründliche Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Problemen etwas in den Hintergrund

<sup>1</sup> Mein Vortrag "A possible policy for mental health promotion in Germany" kann angefordert werden (roehle@mail.uni-marburg.de)

geraten lassen. Die ausgesprochen mutmachende Atmosphäre dürfte aber stimulierend gewirkt haben für sowohl weitere wissenschaftliche als auch politische Anstrengungen, der Förderung psychischer Gesundheit mehr Bedeutung zu zumessen. Auf diesem Hintergrund kann man auch die Bemühungen, unbedingt zu einem Konferenzergebnis kommen zu wollen, und die damit einhergehende Überstrukturierung und Überfüllung des Programms, verstehen. Dennoch fügte sich dieses Überengagement zu einem westlichen (vor allem amerikanischen) Übergewicht zusam-

men, das die restliche Welt höflich hinnahm. Dies war sicher die Ursache auch dafür, dass die kulturelle Diversifikation der Themen eher rudimentär war (selbst die us-amerikanische Vielfalt kam trotz vieler Ankündigungen nicht recht zur Sprache). Eine gemeinsame europäische, ozeanische, asiatische und afrikanische Stimme wäre nicht schlecht gewesen.

Die nächste Weltkonferenz findet 2002 in London statt. Bleibt zu hoffen, dass die Berichte aus Deutschland zu diesem Zeitpunkt positiver ausfallen als auf der Inauguralkonferenz in Atlanta.

## Bericht über den 3. Europäischen Kongress für Gemeindepsychologie

Jarg Bergold

Am 11. bis 13. September 2000 fand der 3. Europäische Kongress für Gemeindepsychologie in Bergen in Norwegen statt. Teilnehmer aus 17 europäischen und einigen außereuropäischen Ländern kamen zusammen, um über das Thema „Community action, empowerment and health promotion“ zu diskutieren. Trotz der Themenvielfalt wurde deutlich, dass in den einzelnen Ländern unterschiedliche Schwerpunkte der Forschung und der Diskussion zu finden sind. Allerdings gab es interessanterweise ein Thema, das den Kongress in vielen Beiträgen durchzog und das gleich zu Anfang durch den Eröffnungsvortrag der Sprecherin des "Europäischen Netzwerkes für Gemeindepsychologie", Donata Franciscato, vorgestellt wurde. Es war die Frage, was denn gegenüber der US-amerikanischen Gemeindepsychologie, die als mächtig und bestimmend empfunden wurde, der eigentlich europäischen Beitrag zu diesem Forschungsbereich sei. In ihrem Vortrag mit dem programmatischen Titel: „Re-thinking community psychology from an European perspective in an area of globalisation“ betonte Frau Franciscato, dass ihr gerade auf dem Hintergrund

einer Ausbildung in Gemeindepsychologie in den USA die europäischen Anteile besonders deutlich seien. Ihrer Meinung nach sei die europäische Perspektive dadurch gekennzeichnet, dass sie stärker theoriezentriert sei, stärker die Geschichte einbeziehe und stärker durch politisches Bewusstsein geprägt sei. Mit den folgenden sechs Thesen arbeitete sie den für sie typischen europäischen Ansatz heraus:

1. Integration von traditionellen und post-modernen Ansätzen
2. Eine Sicht der sozialen Welt als veränderbares Produkt menschlicher Tätigkeit
3. Formulieren der aktiven Kompetenzen des Individuums auch in Zusammenhang mit sozialen Positionen
4. Ein politisches Bewusstsein davon, dass historische Interpretationen häufig soziale Hierarchien rechtfertigen
5. Die Überzeugung, daß individuelles Empowerment durch den kollektiven Kampf für bürgerliche, menschliche und soziale Rechte durchgesetzt werden muss
6. Die Ansicht, dass Erzählungen der de-

terminanten Kultur und von Minderheiten die Empowermentprozesse beeinflussen

Im weiteren Verlauf des Vortrags entwickelte Frau Francescato diese Thesen. Sie sieht die Stärke des europäischen Ansatzes darin, dass er sich der historischen Gewordenheiten bewusst ist, diese theoretisch und praktisch einbezieht und so nicht der naiven Illusion verfällt, es ließen sich von jedem Standort aus beliebige Veränderungen induzieren. Über ein Geschichtsbewußtsein werde auch die Kontinuität der Auseinandersetzung zwischen Interessensgruppen, Gemeinschaften und Klassen bewußt, in denen nur im gemeinsamer Kampf Verbesserungen der Lebensbedingungen erreicht würden. Der ausgearbeitete Vortrag hat uns in letzter Minute erreicht und ist in diesem Heft abgedruckt.

Die weiteren Schwerpunkte des Kongresses waren dann Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien; Empowerment; Sense of Community; Bürgerbeteiligung; Geschlechterfragen in der Community; Prävention und Behandlung; geistige Gesundheit; soziale Belastungen und soziale Unterstützung; Krisenintervention; soziale Umwelt und Wohlbefinden in der Gemeinde; Rehabilitation; Kriminalität und Unsicherheit usw..

Interessant scheinen mir die regionalen bzw. nationalen Unterschiede in den Forschungsgegenständen. Aus Großbritannien kamen eine ganze Reihe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlicher, die sich mit Problemen in sozialen Brennpunkten beschäftigt hatten. Es ging um Armut, um Solidarität in Slumgebieten, um die Aktivierung von persönlichen Ressourcen, um kommunale Machtspiele und Ähnliches. Die Kolleginnen und Kollegen aus Norwegen dagegen beschäftigten sich sehr viel stärker mit groß angelegten Präventionsprogrammen in Schulen und in Gemeinden. Dabei ging es um die Betreuung von Kindern, um Suizidprävention in norwegischen Provinzen, um Programme für Drogen- und Alkoholabhängige, norwe-

genweite Dokumentationssysteme, Förderung von sozialen Netzwerken usw.. Hier spiegelt sich wider, dass in Norwegen die Gemeindepsychologie auf allen Ebenen einen akzeptierten Status erreicht hat. Dies gilt sowohl im Bereich der universitären Ausbildung - darauf werde ich später noch eingehen - als auch auf der politischen Ebene. Gemeindepsychologen werden bei der Beratung, Konzeption und Implementation von landesweiten Programmen einbezogen. In den Beiträgen der italienischen Kolleginnen und Kollegen wiederum spiegeln sich die Probleme dieses Landes wider, vor allem die Gefahr der Verslumung der großen Städte. Schwerpunkte waren u.a. Gemeindediagnose und multidimensionale Organisationsanalyse von ganzen Städten, wie Neapel, Rom, Mailand usw., Umgang mit Verbrechen und Unsicherheit und ähnliche Fragestellungen.

Für die Untersuchungen wurden eine Vielzahl von methodischen Ansätzen herangezogen. Es zeigte sich deutlich, dass bei den europäischen Gemeindepsychologen keinerlei Vorurteile oder Präferenzen hinsichtlich einer bestimmten Methodologie bestehen. Allerdings wurde auch deutlich, dass für viele Fragestellungen qualitative Methoden als angemessen angesehen wurden, da komplexe Probleme nur so deskriptiv erfasst werden und Konsequenzen für die Praxis gezogen werden können.

Im Überblick über die verschiedenen Beiträge und in den Gesprächen wurde auch der unterschiedliche Status deutlich, den Gemeindepsychologie in der akademischen und politischen Welt der unterschiedlichen europäischen Länder hat. Davon war bereits oben die Rede. Die beiden Länder, in denen sich Gemeindepsychologie am stärksten im akademischen Bereich durchgesetzt hat, sind - aus deutscher Perspektive erstaunlich - Norwegen und Italien. In der norwegischen Prüfungsordnung für Psychologen gibt es drei große Fächer, die von allen Absolventen belegt werden müssen. Diese sind Klinische Psychologie, Pädagogische Psychologie und Gemeindepsychologie. Das bedeutet, dass jede/r norwegische fertige Psycho-

login und Psychologe eine ausführliche Ausbildung in Gemeindepsychologie erhalten hat und dass für diese Ausrichtung auch Arbeitsplätze zur Verfügung stehen.

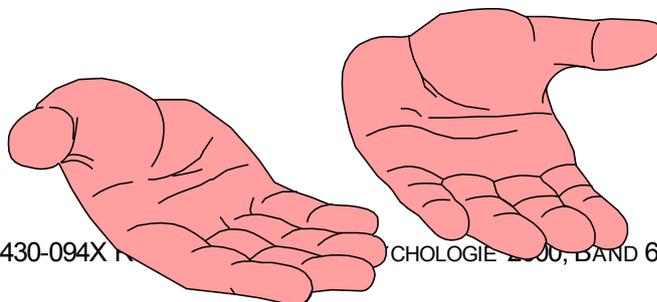
In Italien sind in der Zwischenzeit etwa zwölf Lehrstühle für Gemeindepsychologie an unterschiedlichen Universitäten errichtet worden. Auch hier nimmt die Gemeindepsychologie eine vergleichsweise wichtige Rolle ein. Ganz anders sieht die Situation in England aus, wo zwar relativ viel gemeindepsychologische Praxis betrieben wird, wo aber die Gemeindepsychologie an den Universitäten wieder stark zurückgedrängt worden ist, so dass es im Prinzip in Großbritannien keinen Lehrstuhl für Gemeindepsychologie gibt. Bekannte Wissenschaftler - wie z.B. Jim Orford - haben einen Lehrstuhl für Klinische Psychologie und fördern und forschen in der Gemeindepsychologie quasi als Hobby. Wir haben es dort also mit einer ähnlichen Situation wie in Deutschland zu tun.

Ein weiterer wichtiger Eindruck, den man auf dem Kongress gewinnen konnte, war die enge Verbindung zwischen Gemeindepsychologie und Gesundheitspsychologie. Viele der Forscherinnen und Forscher arbeiteten in beiden Gebieten, ohne diese Gebiete in irgendeiner Weise säuberlich von einander zu trennen. Dies galt auch für den Bereich von Public Health. Solche Verbindungen finden sich vor

allem in Norwegen, in den Niederlanden, in Belgien, in Schweden oder Finnland.

Insgesamt war der Kongress anregend und er war die Reise wert. Es scheint mir sehr wichtig, sich durch die Entwicklungen in anderen Ländern mit anderen kulturellen Hintergründen anregen zu lassen. Diese Vielstimmigkeit ist wohl auch eine der Potenzen eines europäischen gemeindepsychologischen Ansatzes. Nicht zuletzt aus diesem Grund haben sich die beiden Vertreter der deutschen Gemeindepsychologie im europäischen Netz in Übereinstimmung mit dem Vorstand der GGFP bereit erklärt, den nächsten europäischen Kongress für Gemeindepsychologie im Jahr 2004 in Berlin zu organisieren. Diejenigen Leserinnen und Leser, die an einer Mitarbeit bei der Kongresskonzeption und vielleicht auch/oder Organisation interessiert sind, mögen sich melden bei:

Jarg Bergold, c/o Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie, Projekt „Psychosoziale Beratung“, Uferstraße 14, 13257 Berlin, Tel.: 030-465 60 63, e-mail-adresse: [bergold@zedat.fu-berlin.de](mailto:bergold@zedat.fu-berlin.de), Fax: 030-462 65 71.





## TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN

8./9.2.2001

Mädchen und junge Frauen in der Migration, München. Veranstaltet wird die Fachtagung von: AMYNA e.V., IMMA e.V., INKOMM – Projektzentrum Interkulturelle Kommunikation (AWO), Stelle für Interkulturelle Kommunikation und der Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen. Weitere Informationen: IMMA – Kontakt- und Informationsstelle, Jahnstr. 38, 80469 München, Tel. 089 – 23 88 91 21, e-Mail: info.imma.guentner@gmx.net.

16./17.2.2001

Zweite Münchner Tagung für Familienpsychologie, München. Nähere Informationen unter [www.uni-muenchen.de/~ppd/mtfp2.html](http://www.uni-muenchen.de/~ppd/mtfp2.html).

1.-2.3.2001

Symposium „Gesundheit in Gesellschaft“, Hannover: Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Präventionskonzepten. Nähere Informationen: [www.epi.mh-hannover.de](http://www.epi.mh-hannover.de).

29.3.2001

Jahrestagung 2001 der Landesvereinigung für Gesundheit. Der neue § 20 SGB V und die Folgen. Info: 0511/350 00 52; [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de).

4.-7.4. 2001

5. Kongress für Gesundheitspsychologie, Universität Oldenburg. Info: +49-(=)441-798-5189; wilfried.Belschner@uni-oldenburg.de, [www.uni-oldenburg.de/dgps](http://www.uni-oldenburg.de/dgps).

22. + 23.5.2001

Symposium 'Gesundheit, Stadtentwicklung und Umwelt', Berlin. Anlässlich der Jahrestagung des Gesunde-Städte-Netzwerkes Deutschlands. Organisation: Gesundheit Berlin e.V.

24.-27.5.2001

Treffen des Gemeindepsychologisches Gesprächskreises und Mitgliederversammlung der GGFP, Magdeburg. Schwerpunktthema: Psychologische Beiträge zur Sozialen Arbeit diskutiert anhand von Beispielen aus den Neuen Bundesländern. Nähere Informationen: Prof. Dr. Irmtraud Beerlage, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Breitscheidstr. 2, Haus 1, 39114 Magdeburg, Telefon +49 - (0)391 - 8864-320, Fax +49 - (0)391 - 8864-293, e-mail: Irmtraud.Beerlage@sozialwesen.fh-magdeburg.de, <http://www.sozialwesen.fh-magdeburg.de>.

7.-10.6.2001

8th Biennial Conference of the Society for Community Research and Action, Georgia State Univeristy, Atlanta, Georgia. The conference theme is: Achiving Human Rights: Social Change in the 21th Century. conference information at: [www.gsu.edu/scrabiennial](http://www.gsu.edu/scrabiennial) or from Jim Emshoff ([jemshoff@gsu.edu](mailto:jemshoff@gsu.edu)).

14.06.-17.06.2001

13<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Society, Toronto, Ontario, Canada. Auskünfte: Melanie Weiner, American Psychological Society, 1010 Vermont Ave. NW, Suite 1100, Washington, DC 20005-4907, USA Tel. +1 202 7832077, Fax +1 202 7832083, E-mail: [mweiner@aps.washington.dc.us](mailto:mweiner@aps.washington.dc.us).

20.-22.08.2001

15th Symposium on Epidemiology in Occupational Health, Dänemark. theme: Work and Health, the Role of Epidemiology. Information: ICOH, WORK and HFEALTH@OSH-Council.dk, Tel.. +45 36 14 31 42, Fax: +45 36 14 31 80

13.-16.11.2001

Kongress zur Psychologie in Lateinamerika und der Karibik, **Santiago de Cuba**. **Thema: Psychologie und Globalisierung**. Nähere Informationen bei Dipl.-Psych. R. Kurschildgen, Tel.: 0761-406111, email: kurschild@gmx.de  
Internet:  
<http://members.aol.com/cubapsychologie>

11.-13.09.2002

Second World Conference: The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorder, **London**. **The Commonwealth Conference and Events Centre Royal Kensington and Chelsea**. **Kontakt: Michael Murray, Chief Executive**. Mariazell 5 Castle Way, Stafford ST 16 1 BS, UK. E-Mail: michael\_murray@charity.demon.co.uk.

## VORANKÜNDIGUNG

Treffen des Gemeindepsychologisches Gesprächskreises und Mitgliederversammlung der GGFP mit Vorstandswahl

Termin: 24.5. 2001, 18.00 bis 27.5.2001, 13.00 in Magdeburg, Roncallihaus

Schwerpunktthema: Psychologische Beiträge zur Sozialen Arbeit diskutiert anhand von Beispielen aus den Neuen Bundesländern (Donnerstag bis Samstag)

Gemeindepsychologie und Soziale Arbeit befinden sich seit der Herausbildung gemeindepsychologischer Identitäten, Handlungsfelder und Handlungsstrategien in einem - zumindest von der Gemeindepsychologie immer wieder wahrgenommenen Austausch und Anregungsverhältnis. Doch wie befruchtend wird Psychologie, insbesondere Gemeindepsychologie von der Praxis der Sozialen Arbeit wahrgenommen? In Studiengängen zur Sozialen Arbeit ist Psychologie ein integraler Bestandteil der Ausbildung. Welche Chancen hat hier Gemeindepsychologie mit "Psycho-Logik" in der Sozialen Arbeit zur Versorgungsplanung und zur Qualitätssicherung der Interventionsstrategien beizutragen?

Innerhalb der Diskussionen um die Etablierung einer Sozialarbeitswissenschaft ist der Stellenwert und die Funktion psychologischer Beiträge umstritten: mal wird sie als theoretische Fundierung, mal als bezugswissenschaftliche Bereicherung der Logik des Sozialen Handelns und mal als Kolonisierung einer eigenständigen Logik der Sozialen Arbeit diskutiert.

Die Tagung verfolgt folgenden Fragestellungen im Dialog von Wissenschaftlern und Praktikern, von (Gemeinde-)PsychologInnen und SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen, von Lehrenden des Faches Psychologie in Studiengängen und in der multidisziplinären Praxis Tätigen:

Welchen Beitrag leistet Psychologie zur Planungs-, Handlungs- und Reflexionsfähigkeit in der Sozialen Arbeit?

Welcher Beitrag kommt der Gemeindepsychologie dabei zu, die doch wesentliche Anregungen aus der Sozialen Arbeit in ihre Logik zur Erklärung und Erhaltung psychischer Gesundheit eingebaut hat?

Wie lassen sich diese Inhalte lehren? Wie sollten sie in der Ausbildung erfahren werden?

Was sind Spezifika der Sozialen Arbeit in den Neuen Bundesländern, die vielleicht die Grenzen der in Westeuropa und Westdeutschland entwickelten Modelle psychosozialer Praxis stoßen?

Nach einer allgemeinen Einführung in den aktuellen Diskussionsstand zum Verhältnis von Psycholo-

gie und Sozialer Arbeit und der Darstellung einiger Spezifika der Sozialen Aufgaben in den Neuen Bundesländern (die ja auch nicht mehr so neu sind!) wird ausreichende Gelegenheit gegeben, einige herausragende Praxisprojekte in enger Kooperation mit der Hochschule kennenzulernen und die theoretischen und ausbildungsbezogenen Fragen am konkreten Planen und Tun zu reflektieren. Die Projekte stammen aus

- a) dem Bereich der Gemeinwesenarbeit in einem problembehafteten Stadtteil, der durch rechtsradikale Gewalttaten zweifelhaften Ruhm erfahren hat;
- b) aus dem Bereich der Kinderpolitik und des Bürgerschaftlichen Engagements von Kindern;
- c) aus der Bereich der Resozialisierung von weiblichen Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Gewaltbereitschaft.

Neben der Frage, was kann Psychologie zur Bearbeitung dieser Aufgaben beitragen und wie können Studierende den Aufgaben reflektiert begegnen, soll aber auch das Kennenlernen der Stadt Magdeburg an der Elbe nicht zu kurz kommen. Hier 1200-jährige Europäische Geschichte – da zweifelhaft Berühmtheit für rechtsradikale Aggressionen, hier Stadt an der Elbe mit romanischem Architekturerbe und großem Bestand an Gründerzeithäusern, zweimal in Trümmer gebrannt und gebombt und immer wieder zu wirtschaftlich einflußreicher Größe gewachsen – da die Schwerindustriestadt mit den geschlossenen, brachliegenden Betrieben und hoher Arbeitslosigkeit. Die Stadt, die einen "Broadway" hat, einen Dom und einen der technisch modernsten Bahnhöfe der Bundesrepublik – die Stadt, die (fast) jeder (nur vom Durchfahren) kennt, aber in die wenige den Weg suchen, diese Stadt heißt alle herzlich willkommen als Beispiel für eine Stadt in den Neuen Bundesländern - mehr als 10 Jahre nach der Wende!

Wer sollte kommen:

Natürlich alle gemeindepsychologisch denkenden und aufgeschlossene WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen,

HochschullehrerInnen für Psychologie in Studiengängen zur Sozialen Arbeit

SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeitswissenschaftlerInnen

Interessenten an der Sozialen Arbeit in Magdeburg

Anmeldungunterlagen können ab sofort angefordert werden bei

Prof. Dr. Irmtraud Beerlage

Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Breitscheidstr. 2, Haus 1

39114 Magdeburg

Telefon +49 - (0)391 - 8864-320

Fax +49 - (0)391 - 8864-293

e-mail: [Irmtraud.Beerlage@sozialwesen.fh-magdeburg.de](mailto:Irmtraud.Beerlage@sozialwesen.fh-magdeburg.de)

<http://www.sozialwesen.fh-magdeburg.de>

## Empowering St. Isabel?

### Hilfen für ein Krankenhaus in außerordentlicher Notsituation

Das Krankenhaus St. Isabel, Jucás, Cearà, im Nordosten Brasiliens (in einem ehemaligen IndianerInnengebiet) befindet sich in einer außerordentlichen Notsituation. Obwohl das Krankenhaus ein Armutsgebiet mit 21.000 Menschen versorgt, droht akut die Schließung.

#### Zur Geschichte von St. Isabel

Dieses Krankenhaus wurde 1963 von dem deutschen Pater Johann Sticker gegründet. Dazu gab die Regierung der Bundesrepublik eine Hilfe. Nach Aufbau eines Ambulatoriums mit Hilfen der lokalen Pfarrei, konnten durch öffentliche Mittel von der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für kleine soziale Projekte von Missionaren etwas Ausstattung und eine VW-Ambulanz gekauft werden. 1971 kamen zwei Krankenschwestern vom Deutschen Entwicklungsdienst D.E.D. - sie bildeten 12 lokale Mädchen in der Theorie und Praxis von Krankenpflege aus.

1974 spendete MISEREOR Ausstattungsmaterial einschließlich eines Operationstisches; auch in den folgenden Jahren erfolgten Spenden von der Hilfsorganisation der deutschen Katholiken. Inzwischen hat MISEREOR ihre Politik gegenüber Brasilien geändert und gibt kaum mehr direkte Hilfen, so auch nicht für St. Isabel. MEDEOR spendete wiederholt Medikation (Angaben aus einem Text von Pater J. Sticker). 1990 starb Pater Johannes.

#### Aktuell droht die Schließung

Das Krankenhaus St. Isabel leistet lebensnotwendige Hilfe auf den Gebieten der Inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Geburtshilfe und Nothilfe. Es ist die einzige Klinik in einem Armutsgebiet von 50 km<sup>2</sup>. Seit dem Tod von Pater Johannes erhält es keine öffentlichen Mittel mehr aus Deutschland, was die Arbeit sehr erschwert.

Die Finanzierung des Krankenhauses ist derzeit absolut unzulänglich. Nach dem Krankenhaus-Jahresbericht vom Januar 2000 wurden bspw. 1468 Notaufnahmen getätigt; davon zahlte die Regierung nur 485. Von den 1132 Laboruntersuchungen zahlte die Regierung nur 1102. Die Ausgaben für stationäre Behandlung betragen 20.175 Real; von der Regierung erhielt St. Isabel lediglich 6.527,83 Real (1 Real entspricht 80 Pfennig). Die Kirche gibt (ausschließlich) Bohnen und Reis, allerdings während des ganzen Jahres.

In München engagiert sich nun Maria Ximenes, die aus dem Ort Jucás stammt, mit FreundInnen und KollegInnen in Deutschland und Brasilien für das Weiterbestehen von St. Isabel.

Die HNO-Klinik Gaertner Bogenhausen, München, hat die Patenschaft für St. Isabel übernommen.

#### Was bereits erreicht worden ist

Kostenlose Medikamente sind von HUMEDICA (angeschlossen an Ärzte ohne Grenzen und Mercy Ships) zugesichert worden. Jedesmal, wenn Maria Ximenes nach Brasilien fährt (derzeit 2x im Jahr) nimmt sie als Privatperson so viele dringend benötigte Medikamente mit, wie sie kann.

Allerdings erlaubt die brasilianische Regierung bislang nicht die geregelte zollfreie Medikamenteneinfuhr als internationale Hilfe. Dies sollte dringend auf internationalem Wege

erreicht werden, ebenso wie die Einfuhr von medizinischen Geräten als Hilfsgüter (s.u.).

Über private Spenden konnten bislang 1 Mikroskop, 1 Herd, 1 chirurgischer Sauger, 4 Stetoskope, 1 Beatmungsgerät, 1 Inhalierer, 1 Mikrowellengerät für Physiotherapie, sowie Klappbetten für Mütter in der Pädiatrie gekauft werden. Für die noch von Pater Johannes eingerichteten 4 Kindertagesstätten konnten Mixer für Fruchtsäfte gekauft werden (Früchte sind reichlich vorhanden).

Über eine Trinkwasserkampagne konnte erreicht werden, daß 65% der Bevölkerung nicht mehr unter Darmerkrankungen leiden. Ein Lehrer aus dem benachbarten Dorf Arere engagiert sich weiterhin um Aufklärung. Ein Nierenspezialist aus der nächsten Großstadt Fortaleza, ca. 440 km entfernt, hat seine Kooperation angeboten.

Ein Herzspezialist fährt 2x wöchentlich auf freiwilliger Basis und unentgeltlich für Herzoperationen 440km nach St. Isabel. Er behandelt auch Chagas, einer durch Mosquitos übertragene Herzkrankheit.

Nächste Ziele

"Der" Krankenwagen des Krankenhauses ist nach 25 Jahren endgültig nicht mehr reparabel. Man versucht derzeit, Kranke für Operationen sowie Hochschwangere zur Entbindung per Pferdewagen in die Klinik zu bringen. Eine voll ausgestattete Ambulanz, die auch medizinische Versorgung in der Region leisten könnte, wird voraussichtlich 40 000,-- Real (umgerechnet DM 50 000,--) kosten. Die Dörfer, die im Einzugsgebiet von St. Isabel liegen, sind bis zu 50 km entfernt.

Nötige medizinische Geräte für St. Isabel sind: 1 Reanimationswagen, 1 Verbandswagen, 1 Sauerstoffmanometer, 1 Nebulator, 1 Defibrillator, 1 Gynäkologenstuhl, chirurgische Instrumente, Beatmungsbeutel für Erwachsene und Kinder, Endotrachealekanüle in verschiedenen Größen, 1 Erwachsenen-Laryngoskop, 1 Kinderwaage, 1 Babywaage, 1 Stellwand, 1 Überwachungsmonitor, 1 Inkubator für Neugeborene, 1 Blutdruckgerät mit runder Quecksilberscala.

Im Krankenhaus sollte dringend eine Tuberkulose-Station eingerichtet werden.

Ein weiteres Ziel ist, zwischen den Dörfern der Region die Gemeinschaft so aufzubauen, daß die Bevölkerung zumindest partiell unabhängig wird von den Großgrundbesitzern.

St. Isabel ist dankbar für jede Hilfe

Ob Sie/Du Geld spenden/spendest, ein Paket schicken/schickst oder Ideen zu möglichen weiteren Spender/innen bzw. zum Empowerment von St. Isabel haben/hast - St. Isabel ist dankbar für jede Hilfe und Unterstützung ihrer Arbeit. Bitte erzählen Sie/erzähle auch über die Notlage von St. Isabel weiter, an Menschen, die vielleicht Spenden möchten oder weitere Ideen haben.

Das Spenden-Konto für St. Isabel lautet:

Postbank München, Gaertner, C., HNO-Klinik,  
Kt.: 515 438-806; BLZ: 700 100 80

Eine Spendenquittung zur Vorlage beim Finanzamt wird selbstverständlich im darauffolgenden Monat ausgestellt.

Da, wie bereits erwähnt, die jetzige brasilianische Regierung nicht erlaubt, medizinische Geräte als Hilfsgüter nach Brasilien einzuführen, wird versucht, in Deutschland Geld zu sammeln, um die Geräte dort zu kaufen. Alles, was dort gekauft wird, wird ausführlich belegt und quittiert.

Globalisierungsprojekt zollfreie Medikamenteneinfuhr und Einfuhr von medizinischen Geräten

Auf internationaler Ebene sollte erreicht werden, dass das den Menschenrechten nahestehende Recht auf Versorgung mit lebensnotwendigen Medikamenten bzw. ebensolchen medizinischen Geräten in Brasilien (und anderswo) gesichert wird. Die brasilianische Regierung fürchtet um ihr internationales Ansehen und verhindert daher bislang diese Hilfsleistungen.

Erste Ideen hierzu sind:

- durch geeignete Fachleute die internationale Rechtslage klären
- die zuständige internationale Instanz (UNO, WHO, ?) und geeignete Kontaktpersonen dort ausfindig machen
- geeignete Vorgehensweise klären (internationaler Rechtsweg, (internationale) Unterschriftensammlung, ?)

Wer diesbezüglich Kenntnisse, Hilfsangebote und/oder Ideen hat, melde sich bitte bei eine der beiden unten genannten Ansprechpartnerinnen.

Ansprechpartnerinnen in München:

Maria Ximenes  
Neuchinger Str. 2  
80805 München

Tel. 361 56 49 (abends)  
Handy: 0172-782 40 29

e-mail: mariaximenes hotmail.com

Dr. Dorottya Rerrich  
Heiterwanger Str. 22

81373 München

Tel. 76 96 481

(vormittags und abends)

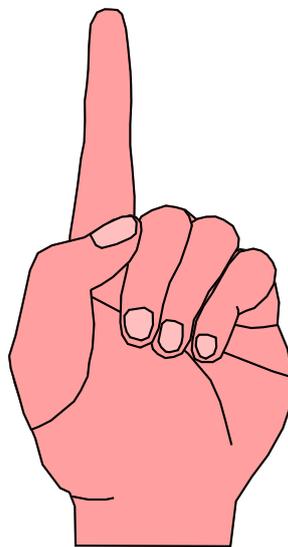
(Website [www.santa-isabel.de](http://www.santa-isabel.de), im Entstehen)

## ERINNERUNG AN DAS DIRECTORY

### Neugestaltung des Directory

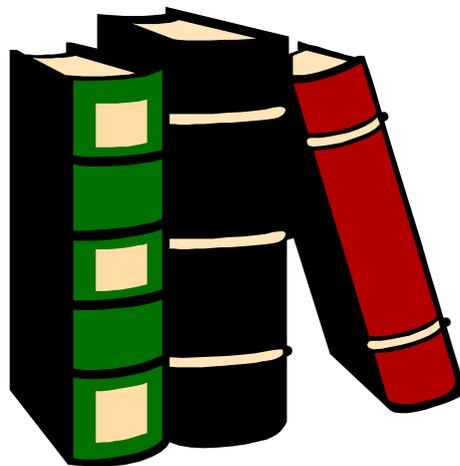
Nach geraumer Zeit sollte das Verzeichnis der gemeindepsychologisch Interessierten PraktikerInnen und ForscherInnen wieder erneuert werden. Wer sich noch nicht eingetragen hat, ist auf das Herzlichste dazu aufgefordert.

Sie finden in diesem Heft einen entsprechenden Fragebogen beigelegt. Vorbilder lassen sich auch auf der Webseite der GGFP ([www.ggfp.de](http://www.ggfp.de)) finden. Auch diese Seite muss entsprechend erneuert werden. Bitte schicken Sie die Angaben bis zum 30. April 2001 an Prof. Dr. B. Röhrle (Adresse auf der letzten Seite).



## NEUE BÜCHER

- 📖 Rifkin, Jeremy (2000). *Access – Das verschwinden des Eigentums*. Frankfurt: Campus.
- 📖 Castel, Robert (2000). *Die Metamorphosen der sozialen Frage*. Konstanz: UVK.
- 📖 Wydler, H., Kolip, P. & Abel, Th. (Hrsg.) (2000). *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. Weinheim: Juventa.



# ABSTRACTS AUS GEMEINDEPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTEN ZEITSCHRIFTEN

## Journal of primary prevention

Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. *Journal of Primary Prevention, 20(4)*, 337-352.

Reviews research literature concerning educational approaches to family-based substance abuse prevention. The author summarizes key elements of promising family-based drug abuse prevention strategies, which includes: (1) program content based on proven prevention theory and research; (2) comprehensive approaches that begin early, extend across the life span, address multiple risk and protective factors, and generalize across settings; (3) developmentally appropriate material; (4) sensitivity to the culture and community; (5) sufficient dosage and follow-up; (6) use of interactive teaching techniques; (7) training for prevention program providers; and (8) evaluation to know that the intervention had the desired effect on behavior. In addition, an issue with major implications for prevention is how to reach the broadest possible audience or those who may most benefit from prevention services.

Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P.; Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20(4)*, 275-336.

This paper reports on a meta-analysis of 207 universal school-based drug prevention programs that compared the self-reported drug use of treatment to control or comparison youth. Programs are classi-

fied into Interactive and Non-Interactive groups based on a combination of content and delivery method. Weighted categorical and weighted regression methods have been used to determine the attributes that most effectively reduce, delay, or prevent drug use, including program size, type of control group and leader attrition, target drug, intensity, grade, special population and level of drug use. Program type and size are found to be significant predictors of effectiveness. Non-interactive lecture-oriented prevention programs that stress drug knowledge or affective development show small effects. Interactive programs that foster development of interpersonal skills show significantly greater effects that decrease with large-scale implementations.

Tobler, N. S. (2000). Lessons learned. *Journal of Primary Prevention, 20(4)*, 261-274.

Ingredients of adolescent school-based drug prevention programs needed to reduce, prevent or delay adolescent substance abuse are presented in the historical context of three meta-analyses. Non-interactive programs showed only a 4% reduction in prevalence rate, while Interactive programs showed a 21% reduction in prevalence rate. Small Interactive programs were found to be most successful; most probably due to program protocol being more closely followed. Essential program content and necessary features of the successful Interactive programs are identified.

## American Journal of Community Psychology

Organista, K. C., Organista, P. B., Bola, J. R., de-Alba-G., J. E. G., Moran, M. A. C. (2000). Predictors of condom use in Mexican migrant laborers. *American Journal of Community Psychology, 28*(2), 245-265.

The purpose of this study was to explore predictors of condom use with occasional sex partners and regular sex partners, as well as carrying condoms in a new high-risk group for HIV infection, Mexican migrant laborers. This study extends previous findings by (1) exploring additional predictors not previously examined, (2) utilizing a large sample of male and female Mexican migrant laborers, (3) carefully controlling for the effects of various demographic and lifestyle variables related to condom use, and (4) assessing the interactive effects of gender on predictors of condom use. 501 adult Mexican migrant laborers, mean age 31.6 yrs, were surveyed. Results revealed that condom use with occasional sex partners was predicted by carrying condoms and condom self-efficacy and that women were more likely to use condoms with occasional partners when both men and women knew someone with HIV/AIDS. Condom use with regular sex partners was predicted by procondom social norms, less negative attitudes toward condoms, not knowing someone with HIV/AIDS, and condom self-efficacy. Carrying condoms was predicted by procondom social norms. Understanding these findings, future research directions, and implications for condom promotion strategies with Mexican migrant laborers are discussed.

Prelow, H. M., Tein, J. Y., Roosa, M. W., Wood, J. (2000). Do coping styles differ across sociocultural groups? The role of measurement equivalence in making this judgement. *American Journal of Community Psychology, 28*(2), 225-244.

Cross-sociocultural group measurement equivalency is an important issue that generally has not been studied in the coping literature. Measurement equivalency of the COPE (C. S. Carver et al., 1989), an instrument measuring coping behaviors, was assessed. Two sociocultural groups, a sample of 100 Anglo middle-class divorced mothers (mean age 37 yrs) and a sample of 122 low-income Mexican American/Mexican immigrant mothers (mean age 32 and 35 yrs), were assessed. A series of restrictive confirmatory factor analyses revealed that seven of the

COPE's subscales may be measuring the same underlying construct across populations. However, scores derived from the subscales may not represent the same magnitude of the construct in these two groups. This study makes an important first step in furthering the understanding of coping strategies in low-income Mexican American/Mexican immigrant mothers. This study also illustrates the importance of testing for measurement equivalency before conducting comparative research in disparate populations

Hanish, L. D., Guerra, N. G. (2000). The roles of ethnicity and school context in predicting children's victimization by peers. *American Journal of Community Psychology, 28*(2), 201-223.

This study examines the prevalence, stability, and contextual correlates of peer victimization in a sample of African-American, Hispanic, and non-Hispanic White urban elementary school-age children. 1,956 children attending any 1 of 14 public elementary schools located in one large and one mid-sized Midwestern city participated in this study. Peer ratings of victimization were obtained at 2 points in time, separated by a 2-year period. Findings revealed that risk for being victimized by peers varied by ethnicity and by school context. Hispanic children had lower victimization scores than did either African-American or White children. These findings, were moderated by school context, such that attending ethnically integrated schools was associated with a significantly higher risk of victimization for White children and a slightly lower risk of victimization for African-American children and did not affect the risk of victimization for Hispanic children. In addition, African-American children were less likely than Hispanic and White children to be repeatedly victimized by peers over time. The importance of considering ethnicity and context in explaining peer victimization is discussed and suggestions for preventive interventions and future research are provided.

Formoso, D., Gonzales, N. A., Aiken, L. S. (2000). Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American Journal of Community Psychology, 28*(2), 175-199.

The current investigation examined whether the

positive association of family conflict to adolescent depression and conduct problems is attenuated by maternal, paternal, and peer attachment, and maternal and paternal monitoring, within a low-income, multiethnic sample of 284 10-16 yr olds. Parental attachment and monitoring moderated the link from family conflict to conduct problems but not depression; the relationships among family conflict, the hypothesized protective factors, and conduct problems were further modified by adolescent gender but not ethnicity. In general, higher levels of the hypothesized protective factors attenuated the relationship between family conflict and conduct problems for girls but exacerbated this relationship for boys. These findings suggest that, in general, parental attachment and monitoring served as protective factors for girls while serving as additional risk factors for boys in conflictual families.

Ennis, N. E., Hobfoll, S. E., Schroeder, K. E. E. (2000). Money doesn't talk, it swears: How economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood. *American Journal of Community Psychology, 28*(2), 149-173.

Examined the differential impact of chronic versus acute economic stress on depressive mood among a sample of 1,241 16-29 yr old, low-income, single, European and African American women. Based on S. E. Hobfoll's (1988,1989) conservation of resources theory, the authors predicted that acute resource loss would be more distressing than chronic economic lack. That is, although chronically impoverished conditions are stressful, the attendant resource losses created will be more distressing. The authors further predicted that mastery and social support would be more beneficial in offsetting the negative consequences of acute resource loss than the negative consequences of chronic economic lack, because acute loss creates identifiable demands that resources may address. Hence, it was hypothesized that mastery and social support would show stress buffering effects only for material loss, not chronic lack. The findings generally supported the hypotheses, but mastery buffered only European American women's resource loss and social support buffered only African American women's resource loss. The findings are discussed in light of implications for prevention within theoretical and cultural contexts.

Kaniasty, K., Norris, F. H. (2000). Help-seeking comfort and receiving social support: The role of ethnicity and context of need. *American Journal*

*of Community Psychology, 28*(4), 545-581.

Examined help-seeking comfort and receiving social support among 134 Latinos, 135 African Americans, and 135 European Americans across two contexts: in a communitywide emergency (Hurricane Andrew) and 2 years later in a nonemergency situation. In general, help-seeking comfort was a strong predictor of received support. Notwithstanding many similarities between the groups, the effects of ethnicity differed according to the context. In emergency, all groups reported similarly high levels of help-seeking comfort and received support. In nonemergency, help-seeking comfort declined for Blacks and Whites, but not for Latinos. Although all ethnic groups reported receiving less social support in nonemergency, the decline in received support across contexts was most dramatic for Latinos. Situational, cultural, and differential resource loss explanations are offered to account for the findings.

Reyes, O., Gillock, K. L., Kobus, K., Sanchez, B. (2000). A longitudinal examination of the transition into senior high school for adolescents from urban, low-income status, and predominantly minority backgrounds. *American Journal of Community Psychology, 28*(4), 519-544.

The current 6-year study investigates the impact of the elementary (K-8)-to high school (9-12) transition on the school completion outcomes of 107 adolescents from urban, minority, low-income status backgrounds. Descriptive findings provide a longitudinal profile of students' enrollment status throughout high school. Students who had graduated or were Active in the school system at the end of the study evidenced more marked change in perceptions of social support following the transition to the ninth grade compared to Inactive students, dropouts, who evidenced little change. With respect to academic performance, while both groups evidenced declines following the transition and failed to recover sustained losses, Inactive students declined more sharply in grades and attendance. Findings are discussed in terms of the mixed support for the transitional life events perspective

Ginexi, E. M., Weihs, K., Simmens, S. J., Hoyt, D. R. (2000). Natural disaster and depression: A prospective investigation of reactions to the 1993 Midwest floods. *American Journal of Community Psychology, 28*(4), 495-518.

Examined whether the 1993 Midwest floods increased depression symptoms and diagnoses in a state-

wide sample of 1,735 Iowa residents (aged 18-90 yrs), approximately half of whom were victims of the 1993 floods. The residents participated in interviews 1 year prior to, and 30 to 90 days after, the disaster. Employing a rigorous methodology including both control-group comparisons and predisaster assessments, the authors performed a systematic evaluation of the disaster's impact. Overall, the disaster led to true but small rises in depressive symptoms and diagnoses 60-90 days postflood. The disaster-psychopathology effect was not moderated by predisaster depressive symptoms or diagnostically defined depression; rather, predisaster symptoms and diagnoses uniquely contributed to increases in postdisaster distress. However, increases in symptoms as a function of impact were slightly greater among respondents with the lowest incomes and among residents living in small rural communities, as opposed to on farms or in cities.

Cunningham, K., Wolbert, R., Brockmeier, M., B. (2000). Moving beyond the illness: Factors contributing to gaining and maintaining employment. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 481-494.

The work presented here, exploratory in nature, uses a comparative and qualitative approach to understand the factors associated with the ability of individuals with severe and persistent mental illness to successfully gain and maintain employment. Based on open-ended interviews with 17 individuals (aged 22-40 yrs) in an Assertive Community Treatment (ACT) program, the authors compare the experiences of those who have been successful gaining and maintaining employment, with those who have been successful gaining but not maintaining work, and those who have been unsuccessful gaining employment. The three groups seemed to differ in three significant ways: (1) in the ways the individuals talked about their illness, (2) in the ways the individuals talked about work, and (3) in the strategies they described for coping with bad days. In each of these areas individuals' awareness of and attitude toward their illness was significant. The findings have clear implications for agencies working to help people with severe and persistent mental illness obtain and maintain employment.

Groessler, E. J., Cronan, T. A. (2000). A cost analysis of self-management programs for people with chronic illness. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 455-480.

The present study investigated the effects of social support and education interventions on psychosocial variables, health status, and health care costs in older people with osteoarthritis. Participants were 363 members of a health maintenance organization (HMO), 60 years of age and older, with osteoarthritis. Participants were randomly assigned to one of three intervention groups (social support, education, or a combination of both) or to a control group. The results indicated that feelings of helplessness decreased in the intervention groups but not in the control group. All groups showed increases in self-efficacy and overall health status. In addition, health care costs increased less in the intervention groups than in the control group. Cost analysis was used to demonstrate that the monetary savings of the intervention greatly outweighed the cost of conducting the intervention. It appears that interventions can limit health care costs while improving health and increasing feelings of control for older people with osteoarthritis. Further, this paper demonstrates how a cost-benefit focus can benefit community studies.

Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., Crystal, S., Collins, R. L., Marshall, G. N., Kelly, M., Bozette, S. A., Shapiro, M. F., Hays, R. D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 421-453.

This study considers the interrelationships among coping, conflictual social interactions, and social support on positive and negative mood among people with HIV infection. 140 HIV-infected persons (aged 23-61 yrs) completed a questionnaire containing measures of coping, social support, conflictual social interactions, and positive and negative mood. Factor analyses showed that perceived social support and conflictual social interactions formed separate factors and were not strongly related. Compared to perceived social support, social conflict was more strongly related to coping behaviors, especially to social isolation, anger, and wishful thinking. Conflictual social interactions were more strongly related to negative mood than was perceived social support. Coping by withdrawing socially was significantly related to less positive and greater negative mood. The findings point to the importance of simultaneously considering coping, supportive relationships, and conflictual relationships in studies of adjustment to chronic illness. In particular, a dynamic may occur in which conflictual social interactions and social isolation aggravate each other and

result in escalating psychological distress.

Ross, C. E., Jang, S. J. (2000). Neighborhood disorder, fear, and mistrust: The buffering role of social ties with neighbors. *American Journal of Community Psychology, 28*(4), 401-420.

This paper proposes that individuals who report that they live in neighborhoods characterized by disorder, by crime, vandalism, graffiti, danger, noise, dirt, and drugs, have high levels of fear and mistrust. It further proposes that an individual's alliances and connections with neighbors can buffer the negative effects of living in a neighborhood characterized by disorder on fear and mistrust. Results from a representative sample of 2,482 Illinois residents (aged 18-92 yrs) collected by telephone in 1995 support the propositions. Living in a neighborhood with a lot of perceived disorder significantly affects mistrust and the fear of victimization, adjusting for sociodemographic characteristics. Perceived neighborhood disorder and social ties significantly interact: informal social ties with neighbors reduce the fear- and mistrust-producing effects of disorder. However, formal participation in neighborhood organizations shows little buffering effect.

Canty-Mitchell, J., Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology, 28*(3), 391-400.

The psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were investigated in 222 urban, largely African American adolescents (mean age 15 yrs). High internal consistency was demonstrated, and factor analysis confirmed the 3 subscale structures of the MSPSS: family, friends, and significant other. Correlations with a family caring scale supported the discriminant validity of the Family subscale. These results confirm the reliability, validity, and utility of the MSPSS with an urban, largely African-American adolescent sample. Implications of the findings are discussed.

Wenzel, S. L., Koegel, P., Gelberg, L. (2000). Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: A comparison to homeless men. *American Journal of Community Psychology, 28*(3), 367-390.

**Homeless women experience extensive health risks including physical and sexual victimization. Few**

studies that have gathered information on homeless persons have reported results separately for women or have compared them directly with men. The authors investigated potential antecedents of recent (past 30 days) physical and sexual victimization in a probability sample of 394 homeless women and compared findings to those for 1159 homeless men (all Ss aged 18-77 yrs). As hypothesized, mental disorder, substance dependence, and engaging in economic survival strategies significantly predicted victimization among homeless women. With few dissimilarities, these characteristics also predicted victimization among homeless men. Although differences in the needs and experiences of homeless women and men must be recognized, both women and men require assistance to establish and maintain safe residences, treatment of any substance use and mental disorder, and alternatives to economic survival strategies that place them at risk for victimization.

Acosta, O., Toro, P. A. (2000). Let's ask the homeless people themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults. *American Journal of Community Psychology, 28*(3), 343-366.

A probability sample of 301 homeless adults (aged 18-62 yrs) from Buffalo, New York, was followed over 6 mo to document the utilization of a variety of community services, examine services desired, and identify factors associated with service utilization, preference, and satisfaction. The following needs were all rated as at least equally important as the need for affordable housing: safety, education, transportation, medical/dental treatment, and job training/placement (most of these needs were also rated as difficult to obtain). Needs for formal mental health and substance abuse services were rated as relatively unimportant and easy to obtain, and for those who actually used them, respondents were often dissatisfied with them. Of 16 predictor variables examined in multivariate analyses, several showed consistent relationships with subsequent service use, preference, and satisfaction. Younger adults, persons of color, those with dependent children, and persons having fewer social supports reported less service utilization, less satisfaction with services received, different perceived needs for particular services, and/or greater difficulty obtaining services.

Kingree, J.-B., Thompson, M. (2000). Mutual help groups, perceived status benefits, and well-being: A test with adult children of alcoholics

with personal substance abuse problems. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 325-342.

A field experiment was conducted to examine the potential effects of mutual help group participation on perceived status benefits, depression, and substance use among 82 adult children of alcoholics (ACOA; aged 22-60 yrs) with personal substance abuse problems. Participants were randomly assigned to attend either ACOA-specific mutual help group meetings or substance abuse education classes during the initial month that they were enrolled in a residential treatment program for low-income substance abusers. Analyses were based on assessments made at baseline, a 1-mo posttest, and a 6-mo follow-up. Results indicate that participation in the mutual help group promoted perceived status benefits, which in turn led to reductions in depression and substance use. These findings have clear implications for consumers of ACOA groups and can inform research on the social psychological underpinnings of different types of mutual help groups.

Salem, D. A., Reischl, T. M., Gallacher, F., Randall, K. W. (2000). The role of referent and expert power in mutual help. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 303-324.

Explored the roles of referent power (i.e., influence based on sense of identification) and expert power (i.e., influence based on knowledge and expertise) in Schizophrenics Anonymous (SA), a mutual-help group for persons experiencing a schizophrenia-related illness. The study described SA participants' experience of referent and expert power with SA members, SA leaders, and mental health professionals. It also examined whether or not referent and expert power ascribed to fellow SA participants predicts the perceived helpfulness of the group. 156 SA participants (120 SA members and 36 SA leaders) were surveyed. Participants reported experiencing higher levels of referent power with fellow SA members and leaders than with mental health professionals. They reported higher levels of expert power for mental health professionals and SA leaders than for SA members. The respondents' ratings of their SA group's helpfulness was significantly correlated with ratings of referent and expert power. Although expert power was the best independent predictor of helpfulness, a significant interaction between referent and expert power indicated that when members reported high referent power, expert power was not related to helpfulness.

Biglan, A., Taylor, T. K. (2000). Why have we been more successful in reducing tobacco use than violent crime? *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 269-302.

Tobacco control efforts have been associated with a significant reduction in the prevalence of tobacco use in the US. Efforts to reduce the incidence of violent crime have been much less successful. The authors argue that progress on tobacco control stems from the existence of a clear, empirically based, and widely understood analysis of the tobacco problem that articulates (a) the harms associated with its use, (b) the causes of tobacco use, and (c) the programs and policies that could reduce tobacco use. This analysis has guided the development of a network of social organizations that have been advocating for policies and programs that are reducing tobacco use. In contrast, there is not a widely shared, cogent, and empirically based analysis of the problem of violent crime. As a result, efforts to combat violent crime are fragmented and it has proven difficult to generate support for preventive programs and policies. Substantial empirical progress has been made, however, on how violent crime could be prevented. It is argued that the articulation of this evidence is a critical first step for achieving widespread reduction in the incidence of violent crime.

Burt, M. R., Duke, A. E., Hargreaves, W. A. (1999). The Program Environment Scale: Assessing client perceptions of community-based programs for the severely mentally ill. *American Journal of Community Psychology*, 27(6), 933.

Reports an error in the original article by M. R. Burt (*American Journal of Community Psychology*, 1998 [Dec], 26[6], 853-879). On page 864, Table II shows only 3 items for the "Community Activities" subscale, while Table III indicates there should be 4 items (which is true, there should be 4). The missing item is: "Staff help .....s plan things they can do on their own during times when [this program] is closed." (The following abstract of this article originally appeared in record 1999-10459-003.) The Program Environment Scale (PES) was developed for use with clients of community-based programs for the severely mentally ill. It is intended to fill the gap in available tools for assessing clients' perceptions of program functioning as it affects their "quality of life" in a program. The final field test used a revised form (29 domains, 129 items) with 221 clients in 22 programs selected randomly throughout the US, including clubhouse, day treatment,

psychosocial rehabilitation, and social club programs. 23 subscales met at least 5 of 8 psychometric criteria for internal consistency and discriminant validity. Successful subscales cover program atmosphere and interactions, client empowerment/staff-client equality, and service components. . . .

DuBois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., George, G. R. (1999). Profiles of self-esteem in early adolescence: Identification and investigation of adaptive correlates. *American Journal of Community Psychology, 27(6)*, 899-932.

Investigated profiles of self-esteem during early adolescence and their adaptive correlates in 2 separate longitudinal studies. The sample for Study 1 consisted of 465 6th graders and the sample for Study 2 consisted of 225 7th-9th graders. Using multidimensional ratings of self-esteem within a developmental-ecological framework, cluster analysis revealed 5 distinct profiles for each sample. The profiles found were characterized by differing patterns of self-evaluation across major contexts of development, including consistently positive or negative ratings for all domains as well as more variable patterns in which ratings for one or more domains were elevated or diminished relative to those for other areas. Profiles were found to be related to measures of youth adjustment both concurrently and longitudinally, independent of their associations with ratings of global self-esteem. Prospective analyses in each study further revealed that profile type predicted differential change in measures of youth adjustment over time, whereas this type of relationship was not found for global ratings of self-esteem. Implications for esteem-enhancement interventions with youth are discussed.

Sagrestano, L. M., Feldman, P., Killingsworth-Rini, C., Woo, G., Dunkel-Schetter, C. (1999). Ethnicity and social support during pregnancy. *American Journal of Community Psychology, 27(6)*, 869-898.

Data from 2 multi-ethnic prospective studies of African American, Latina, and non-Hispanic White pregnant women (aged 17-40 yrs) were used to examine the influence of contextual factors on social support processes during pregnancy. Multiple types of support (perceived support, received support, support satisfaction, network support) and sources of support (baby's father, family, friends) were assessed. The role of ethnicity in social support was examined after controlling for the contri-

bution of related contextual factors (SES, marital status, age, parity, employment) to these processes. The impact of ethnicity, and related contextual factors differed across sources of social support. Ethnic differences in support from family and friends, but not from the baby's father, emerged. However, marital status was a consistent predictor of support from the baby's father, and SES was a consistent predictor of support from friends. Overall, the findings of 2 studies suggest that although ethnicity is associated with support from friends and family, other contextual factors, such as marital status and SES, influence support processes during pregnancy.

Roberts, L. J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P. A., Luke, D. A., Seidman, E. (1999). Giving and receiving help: Interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members. *American Journal of Community Psychology, 27(6)*, 841-868.

The helping transactions that occur in group meetings have been theorized to be important therapeutic mechanisms within mutual-help (or self-help) groups. Links between giving and receiving help and psychosocial adjustment were examined in a mutual-help group for individuals with serious mental illness. 124 Ss' (mean age 39.34 yrs) adjustment was assessed at 2 time points and helping behaviors were measured with observational coding of weekly group interactions during the period between assessments. Frequencies of helping behaviors were used to predict Time 2 adjustment after controlling for initial adjustment. Consistent with the helper therapy principle, giving help to others predicted improvements in psychosocial adjustment; giving advice was a unique predictor. Total amount of help received was not associated with adjustment, but receiving help that provided cognitive reframing was associated with better social adjustment. A predicted interaction suggested that receiving help was related to better functioning when members experienced high levels of group integration.

Izzo, C. V., Weissberg, R. P., Kaspro, W. J., Fendrich, M. (1999). A longitudinal assessment of teacher perceptions of parent involvement in children's education and school performance. *American Journal of Community Psychology, 27(6)*, 817-839.

Examined the ways in which parental involvement in children's education changes over time and how it relates to children's social and academic functioning

in school. Teachers provided information on parent involvement and school performance for 1,205 urban, kindergarten to third-grade children for 3 consecutive yrs. They rated the following 4 dimensions of parent involvement: frequency of parent-teacher contact, quality of the parent-teacher interactions, participation in educational activities at home, and participation in school activities. As predicted, the frequency of parent-teacher contacts, quality of parent-teacher interactions, and parent participation at school declined from Years 1-3. Every parent involvement variable correlated moderately with school performance and parent involvement in Years 1 and 2, and accounted for a small, but significant amount of variance in Year 3 performance after controlling for initial performance level. Participation in educational activities at home predicted the widest range of performance variables. Results suggest that enhancing parental involvement in children's schooling relates to improvements in school functioning.

Foster-Fishman, P. G., Salem, D. A., Allen, N. E., Fahrbach, K. (1999). Ecological factors impacting provider attitudes towards human service delivery reform. *American Journal of Community Psychology, 27(6), 785-816.*

Examined providers' attitudes regarding 2 reform elements in the human service delivery system that are being widely implemented: an increased emphasis on interagency collaboration and a shift from a medical model service delivery philosophy, that focuses on client deficits, to one that emphasizes consumer strengths. Through survey data collected from 186 providers from 32 human service agencies in 1 county, the relationship between providers' perceptions of contextual support for human service delivery reform and providers' attitudes towards these initiatives is explored. The findings from this study support the importance of attending to the ecology in the initiate system reform efforts. For both reform elements, working within contexts that are perceived as providing ideological and functional support for change was associated with positive provider attitudes towards those changes. Staffs' perceptions of the external environment played the most critical role in shaping staff attitudes. Unique aspects of providers' work environments were related to positive attitudes towards the 2 different reforms. The implications of these findings for the success of human service delivery reform are discussed.

Orrell-Valente, J. K., Pinderhughes, E. E., Va-

lente, E. Jr., Laird, R. D. (1999). If it's offered, will they come? Influences on parents' participation in a community-based conduct problems prevention program. *American Journal of Community Psychology, 27(6), 753-783.*

Examined influences on the rate and quality of parent participation in the Fast Track Program, a multi-system community-based, longitudinal preventive intervention for children who are at risk for conduct problems. Data on family coordinator (FC) and parent characteristics, therapeutic engagement between FC and parent, and rate and quality of parent participation were gathered using questionnaires, ratings, and records. FCs are the Fast Track program personnel who conduct group based parent-training sessions and home visits. Ss in this study included 12 FCs (aged 24-40 yrs; 42% African American, 58% European American) and 87 parents (aged 23-67 yrs; 55% African American, 45% European American). The level of therapeutic engagement between the parent and the FC was positively associated with the rate of parent attendance at group training sessions. The extent of family coordinator-parent racial and socioeconomic similarity and the extent of the FC's relevant life experiences were highly associated with the level of therapeutic engagement. The quality, but not the rate, of participation was lower for African American parents. Implications of these findings for preventive intervention with this population are discussed.

Zimmerman, M. A., Ramirez-Valles, J., Maton, K. I. (1999). Resilience among urban African American male adolescents: A study of the protective effects of sociopolitical control on their mental health. *American Journal of Community Psychology, 27(6), 733-751.*

Resilience refers to the notion that some people succeed in the face of adversity. In a risk-protective model of resilience, a protective factor interacts with a risk factor to mitigate the occurrence of a negative outcome. This study tested longitudinally the protective effects of sociopolitical control on the link between helplessness and mental health. 172 urban, male, African American adolescents (mean age 16.8 yrs at first interview), were interviewed twice, 6 months apart. Sociopolitical control was defined as the beliefs about one's capabilities and efficacy in social and political systems. Two mental health outcomes were examined--psychological symptoms and self-esteem. Regression analyses to predict psychological symptoms and self-esteem

over time were conducted. High levels of sociopolitical control were found to limit the negative consequences of helplessness on mental health. The results suggest that sociopolitical control may help to protect youths from the negative consequences of feelings of helplessness. Implications for prevention strategies are discussed.

Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D., Matthews, A. (2000). Partner violence, social support, and distress among inner-city African American women. *American Journal of Community Psychology, 28(1)*, 127-143.

This study examined the role of social support in the partner violence-psychological distress relation in a sample of 138 African American women (mean age 31.28) seeking medical care at a large, urban hospital. Results from bivariate correlational analyses revealed that partner violence was related to lower perceived social support and greater psychological distress, and lower social support was related to more distress. Furthermore, findings based on path analysis indicated that low levels of social support helped account for battered women's increased distress. Findings point to the need for service providers to screen for partner violence in nontraditional sites, such as hospital emergency rooms, and to address the role of social support resources in preventive interventions with African American battered women.

Mitchell, C. M., Plunkett, M. (2000). The latent structure of substance use among American Indian adolescents: An example using categorical variables. *American Journal of Community Psychology, 28(1)*, 105-125.

Researchers frequently have only categorical data to analyze and cannot, for theoretical or methodological reasons, assume that the observed variables are discrete representations of an underlying continuous variable. The authors present latent class analysis as an alternative method of measuring latent variables in these circumstances. Latent class analysis does not require the assumptions of factor analyses about the nature of manifest and latent variables, but does allow the use of more precise model selection than techniques such as cluster analysis. The authors modeled the lifetime substance use of 2012 American Indian youth. The latent class model of American Indian teenagers' substance use had 4 classes: Abstaining, Predominantly Alcohol, Predominantly Alcohol and Marijuana, and Plural Substance. The

authors then demonstrated the usefulness of this latent variable by using it to differentiate levels of several variables in a manner consistent with Social Cognitive Theory.

Colder, C. R., Mott, J., Levy, S., Flay, B. (2000). The relation of perceived neighborhood danger to childhood aggression: A test of mediating mechanisms. *American Journal of Community Psychology, 28(1)*, 83-103.

In the current study, 2 mediational mechanisms, parenting practices and children's beliefs about aggression, were hypothesized to account for the relationship between perceived neighborhood danger and childhood aggression. Using structural equation modeling, data were analyzed from an inner city school-based sample of 732 predominantly African American 5th graders. Results suggested that perceived neighborhood danger was associated with strong positive beliefs about aggression, which in turn was associated with high levels of aggression. The hypothesized mediating role of parenting practices (restrictive discipline, parental monitoring, and parental involvement) on the relation between perceived neighborhood danger and child aggression was not supported. However, the current findings suggest that children's positive beliefs about aggression mediated the relationship between restrictive discipline and aggression. Directions for future research are discussed.

Henry, D., Guerra, N., Huesmann, R., Tolan, P., VanAcker, R., Eron, L. (2000). Normative influences on aggression in urban elementary school classrooms. *American Journal of Community Psychology, 28(1)*, 59-81.

We report a study aimed at understanding the effects of classroom normative influences on individual aggressive behavior, using samples of 614 and 427 urban elementary school children. Participants were assessed with measures of aggressive behavior and normative beliefs about aggression. We tested hypotheses related to the effects of personal normative beliefs, descriptive classroom norms (the central tendency of classmates' aggressive behavior), injunctive classroom normative beliefs (classmates' beliefs about the acceptability of aggression), and norm salience (student and teacher sanctions against aggression) on longitudinal changes in aggressive behavior and beliefs. Injunctive norms affected individual normative beliefs and aggression, but descriptive norms had no effect on either. In classrooms where students and teachers made norms

against aggression salient, aggressive behavior diminished over time. Implications for classroom behavior management and further research are discussed.

Maton, K. I. (2000). Making a difference: The social ecology of social transformation. *American Journal of Community Psychology, 28*(1), 25-57.

A multidisciplinary and multilevel framework for social transformation is proposed, encompassing 4 foundational goals: capacity-building, group empowerment, relational community-building, and culture-challenge. Intervention approaches related to each goal are presented at the setting, geographic community, and societal levels. 4 exemplars of social transformation work are then discussed: the Accelerated Schools Project, Meyerhoff Program, ManKind Project, and women's movement. These examples illustrate the synergistic relationship among the 4 transformational goals, within and across levels of analysis, which is at the heart of the social transformation process. The paper concludes with 3 challenges to guide our efforts as we enter the new century: (1) to move social transformation to the center of our consciousness as a field, (2) to articulate jointly with allied disciplines, organizations, and citizen groups an encompassing, multidisciplinary, and multilevel framework for social transformation; and (3) to do the above with heart, soul,

and humility.

Rappaport, J. (2000). Community narratives: Tales of terror and joy. *American Journal of Community Psychology, 28*(1), 1-24.

Inspired by a literary-feminist reading of biblical texts, it is suggested that the mission of community psychology/social science can be understood as a calling to use our tools (research methods, critical analysis and observation, scholarship, social influence) to assist others in the job of turning tales of terror into tales of joy. Such work is the essence of personal and social change. These are not things we can do alone; they require collaboration between us and the people of concern. Applying concepts from narrative theory, including description and critical analysis of community and setting narratives, dominant cultural narratives, and personal stories, we can learn from our own communities and we can use our resources to help make known (perhaps even help to imagine new) tales of joy. Some of these themes are illustrated in 3 very different contexts: a religious community that has made itself inclusive of gay and lesbian people, a mutual help organization that offers a sense of community and hope for the future to people with a history of serious mental illness, and a public elementary school.

## Journal of Community Psychology

Backer, T. E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 363-373.

This article asserts that although the substance abuse prevention field has created some community-based prevention programs that work, it has failed amidst that success to bridge the gap between useful knowledge and wide community practice--mostly because it has made the same mistakes over and over again. It is suggested that those in the field need to re-examine the language by which they define dissemination as an activity, mostly to stop wasting energy on distinctions that don't matter. Second, they need to identify several of the repetitive mistakes the field makes when undertaking dissemination activities. The point here is not to admit defeat, but to set the course for problem-solving. Third, to help with that problem-solving, they need to look "outside the box" for new directions for dissemination--for instance, identifying approaches from the corporate sector and from philanthropy that may have potential for application in substance abuse prevention. Recommendations for the Center for Substance Abuse Prevention and their partners to consider are provided.

Gabriel, R. M. (2000). Methodological challenges in evaluating community partnerships & coalitions: Still crazy after all these years. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 339-352.

The federal Center for Substance Abuse Prevention has made a huge investment in community-based substance abuse prevention. Over the past decade it has provided funding for nearly 400 community partnerships and coalitions. This article describes a series of methodological challenges in evaluating such programs and in assessing their key processes and outcomes. Evaluation designs face the challenge of an ever-changing array of interventions and the unavailability of traditional no-treatment control groups for testing the effectiveness of these community-wide interventions. Assessment approaches must contend with the often poor, or at least underspecified, connections between the immediate outcomes of the community interventions and the ultimately desired impact of reduced substance abuse. Reporting strategies must forego researchers' penchants for over-analyzing data in favor of getting the

information into the hands of practitioners who can use it. A common theme in the resolution of these issues is the need for evaluation professionals to move away from the traditional objective detachment often ascribed to the evaluation enterprise. In the spirit of this prevention approach itself, evaluators must become partners to prevention professionals.

Yin, R. K., Ware, A. J. (2000). Using outcome data to evaluate community drug prevention initiatives: Pushing the state-of-the-art. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 323-338.

Asserts that existing evaluations of community-based drug abuse prevention initiatives have been heavily dominated by process studies, but that outcome studies are beginning to be evident. The article shows how current data collection activities in communities across the country open the possibility for increased outcome evaluations, which should be strongly encouraged. Finally, the article describes how pushing the state-of-the-art even further--to a routinized and systematic collection of outcome data across most if not all communities--could produce highly beneficial results in preventing substance abuse.

Goodman, R. M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: From concept to application. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 309-321.

Addresses how funding and implementing organizations can bridge the gap that currently exists between the desire to use community strategies for improving health and the strategic implementation of programs to better assure outcomes. The 1st section of the article provides a brief overview of the evolution of health promotion programming from implementation strategies that focus primarily within organizations, to program strategies that are community based. Then, the implications for shifting program implementation models and related strategies from organizations to communities is discussed. Finally, the article provides recommendations for bridging the gap between strategies for modeling community programs and strategies for maximizing the effective implementation of such program models.

Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 291-307.

Communities are at many different stages of readiness for implementing drug abuse prevention programs, and this readiness is a major factor in determining whether a local program can be effectively implemented and supported by the community. The community readiness model was developed to meet research needs (e.g., matching treatment and control communities for an experimental intervention) as well as to provide a practical tool to help communities mobilize for change. The model defines 9 stages of community readiness ranging from "no awareness" of the problem to "professionalization" in the response to the problem within the community. Assessment of the stage of readiness is accomplished using key informant interviews, with questions on 6 different dimensions related to a community's readiness to mobilize to address a specific issue. This article presents the history of the development of the model, the stages of readiness, dimensions used to assess readiness, how readiness is assessed, and strategies for change at each level of readiness.

Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 271-290.

The rationale for targeted and tailored substance use prevention programs derives from essentially 3 observations: (1) differences in substance use prevalence rates across racial/ethnic groups; (2) differences in the prevalence of the risk factors for substance use across racial/ethnic groups; and (3) differences in the predictors of substance use across groups. This article provides a model for understanding cultural sensitivity as it pertains to substance use prevention. Cultural sensitivity is defined by 2 dimensions, surface and deep structure. Surface structure involves matching intervention materials and messages to observable, "superficial" characteristics of a target population. This may involve using people, places, language, product brands, music, food, locations, and clothing familiar to, and preferred by, the target audience. Surface structure refers to how well interventions fit within a specific culture. Deep structure involves incorporating the cultural, social, historical, environmental, and psychologic forces that influence the target health behavior in the proposed target population. Techniques for developing culturally sensitive interventions, borrowed from

social marketing and health communication theory, are described.

Pentz, M.-A. (2000). Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 257-270.

Summarizes the types of community policies that have shown effects on decreasing youth drug use, the contribution of community organization to policy change, and finally, the role of policy change on maintaining--or institutionalizing--community-based prevention efforts. Two types of policy change are considered: those involving implementation and those related to applicable regulations. Implementation policies are those aimed at institutionalizing prevention programs, usually through raising funds, requiring standard implementation, and creating a formal non-profit organization to implement programs. Regulatory policies include all formal laws, regulations, and ordinances aimed directly at decreasing drug use (e.g., regulations which enforce the monitoring of drug-free zones). Results of studies suggest that regulatory policies may show the most immediate effect on youth tobacco and alcohol use. Programmatic policies have the most potential for long-term effects on use. Community organization appears to stimulate change in both types of policy. As yet unresolved is whether policy change can subsequently contribute to long-term community prevention efforts. It is noted that recent research has identified several barriers to institutionalization of community prevention

Arthur, M. W., Blitz, C. (2000). Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 241-255.

The US government spent \$2.45 billion in 1999 on drug abuse prevention services (PSs) and research, yet there is little evidence these expenditures are achieving meaningful reductions in the prevalence of drug abuse. It is estimated that drug abuse costs American society more than \$250 billion per year, and these cost are increasing. Translating the expanding scientific knowledge base for effective preventive interventions into widespread practice that can achieve reductions in the prevalence of drug abuse in the US is a pressing policy issue. This article examines recent advances in prevention science and discusses how this knowledge base can

be applied to the development of strategic, science-based community PS. Methods for assessing the need for drug abuse PS among populations of children and adolescents are reviewed, and the utility of these methods for guiding strategic community prevention planning is examined. It is argued that strategic community PS focusing science-based interventions on predictors of drug use and abuse that are prevalent among youth in the community hold promise for reducing the prevalence of drug abuse and related problems. Strategies for supporting strategic community prevention planning utilizing science-based preventive interventions are discussed.

Walsh-Bowers, R. (2000). A personal sojourn to spiritualize community psychology. *Journal of Community Psychology, 28*(2), 221-236.

Offers a personal account of how the author struggled to reconcile his professional life as an academic community psychologist with his personal practice of religion and spirituality. The author discusses how he arrived at his current understanding of the place of religion and spirituality in community psychology, and identifies sources of frustration with scientific psychology. The author advocates spiritualizing community psychology, drawing heavily from his teaching and research of the history of the discipline, as well as from teaching introductory psychology of Native students. Using the critical concept of scientism to examine the historical dialectic between objectivity and subjectivity, he shows how a quasi-religion of psychology has prevailed, while excluding soul, spirit, and spirituality. Radical developments in Christianity further challenge community psychologists seeking rapprochement with religion and spirituality. The author concludes by discussing the implications of a conversion to spirituality for community psychology.

Brodsky, A. E. (2000). The role of religion in the lives of resilient, urban, African American, single mothers. *Journal of Community Psychology, 28*(2), 199-219.

Explores the role, impact, and mechanisms of religious beliefs for 10 26-46-yr-old resilient, African-American, single mothers who are raising families in risky, urban neighborhoods. Half of the participants are church-affiliated, while the other half are not. Participants' discussions of the role of religion and religious thought in their lives is explored in terms of 4 mechanisms through which religion im-

pacts their lives--religious settings and people; internal and individual values; behavior, and protection and blessing. Implications of the findings, for community psychology and for the design of prevention and ameliorative interventions, are discussed.

Kress, J. S., Elias, M. J. (2000). Infusing community psychology and religion: Themes from an action-research project in Jewish identity development. *Journal of Community Psychology, 28*(2), 187-198.

Discusses areas of infusion between community psychology and religion. These areas are organized around 4 themes which have played a major role in the authors' work with an emerging line of action-research in the area of Jewish identity development. First, there is the potential for issues of religion and spirituality to play a major role in how we define ourselves, and to have an impact on broader issues of identity. Second, a contextual/ecological framework is useful in the discussion of the development of a religious identity. Third, there is a relationship of variables representing constructs having to do with religion and a number of positive psychosocial outcomes. This suggests that factors related to religious beliefs and/or observances are relevant to problem behaviors and the promotion of healthy outcomes. Finally, community psychologists must work to develop an understanding of the subtle differences in the nature of religious belief systems, and in the ecological make-up of religious settings.

Smith, B. W., Pargament, K. I., Brant, C., Oliver, J. M. (2000). Noah revisited: Religious coping by church members and the impact of the 1993 Midwest flood. *Journal of Community Psychology, 28*(2), 169-186.

Examined the relationship between religious coping by church members and psychological and religious outcomes following the 1993 Midwest flood. Questionnaires were distributed through churches in flood affected communities in Missouri and Illinois. The 1st questionnaire was completed by 209 adults 6 weeks after the flood and a follow-up was completed by 131 respondents 6 months after the flood. Correlational analyses revealed that religious dispositions, attributions, and coping activities were related to psychological and religious outcomes. Hierarchical multiple regressions showed that religious attribution and coping activities predicted psychological and religious outcomes at both 6

weeks and 6 months after controlling for flood exposure and demographics. The results also suggest that positive religious coping may mediate the relationship between religious dispositions and psychological and religious outcomes

Hill, J. (2000). A rationale for the integration of spirituality into community psychology. *Journal of Community Psychology, 28(2)*, 139-149.

Proposes a theoretical justification for the integration of spirituality into community psychology. The author believes that this integration is essential if psychologists are to arrive at a fuller understanding of what constitutes a community. The author also believes and argues that psychologists already have the basis for this integration in current theories regarding sense of community. The article discusses the importance of religion and spirituality to the lives of Americans, and notes that psychologists have been reluctant to acknowledge the importance of religious beliefs to human existence. Psychologists have been actively hostile to religious beliefs and tend to think of them as coping mechanisms. The concept of a psychological sense of community is discussed, noting the influence that spirituality and religion have on people's sense of community. Spirituality is central to sense of community, and therefore there is a need to integrate religion and spirituality into community psychology.

Kloos, B., Moore, T. (2000). The prospect and purpose of locating community research and action in religious settings. *Journal of Community Psychology, 28(2)*, 119-137.

Argues that there is sufficient evidence to conclude that locating community psychology research and intervention projects in religious contexts can enrich the study and practice in the field. The authors first consider the history of the relationship between religion and psychology in research and practice, and review community psychology's discussion of religious settings over the past 25 yrs. Next, the authors discuss the relevance of these settings for community psychology by reviewing empirical findings within a conceptual framework of key constructs of community psychology. They argue that work in many religious settings is consistent with the priorities associated with these constructs. Furthermore, collaboration with religious organizations which share priorities with community psychology can help both community psychologists and participants of these religious settings achieve their goals.

Gamst, G., Dana, R. H., Der-Karaberian, A., Kramer, T. (2000). Ethnic match and client ethnicity effects on global assessment and visitation. *Journal of Community Psychology, 28(5)*, 547-564.

The effects of client-therapist ethnic match and client ethnicity on therapist-evaluated Global Assessment of Function (GAF) and visitation were investigated. The sample consisted of several thousand outpatient clients (18 yrs and older) of a Southern California community mental health center. Findings indicated that unadjusted GAF-intake and GAF-termination scores were higher for ethnically matched Latino and Asian Americans but not for African and White Americans. Unadjusted GAF-difference scores for ethnically matched Latino and White Americans were higher than for African American clients. Unadjusted visitation or total visits was lower for ethnically matched Asian and Latino American clients, while African and White American clients had relatively high visitation levels regardless of the ethnic match status. After adjusting for 12 other variables, ethnically matched Asian American therapists consistently evaluated clients higher than did ethnically matched African American therapists. Adjusted visitation revealed fewer total visits for ethnically matched Latino and African American clients, while White Americans garnered higher visit levels when ethnically matched, and Asian American evidenced relatively high levels of visitation regardless of ethnic match status.

Klaw, E., Dearmin-Huebsch, P. Humphreys, K. (2000). Community patterns in an on-line mutual help group for problem drinkers. *Journal of Community Psychology, 28(5)*, 535-546.

This study analyzed 376 randomly selected messages (known as "posts") to investigate the features, patterns, and functions of communication in an on-line mutual help group (OMHG) for problem drinkers. Consistent with previous OMHG research, the most prevalent form of communication was providing self-disclosure, followed by providing information/advise. As in face-to-face groups, conflict was infrequent and communication was generally warm and supportive. Consistent with previous findings of gender atypicality in OMHG participation, although most problem drinkers are male, 72% of posts for which the author's gender could be identified were written by women. No gender differences were found in communication patterns. The findings suggest that OMHGs may be particularly appealing

to individuals with minority status in a problem-focused community.

Mankowski, E. S., Thomas, E. (2000). The relationship between personal and collective identity: A narrative analysis of a campus ministry community. *Journal of Community Psychology, 28(5), 517-528.*

Analyzed the community narrative of a student religious community using participant observation, structured interviews, and document analysis. Themes of the narrative included the value of accepting others' differences as diversity, the value of creating and building places where people feel "at home," the importance of personal growth through asking open and honest questions, and healing past hurt. Social organization and processes in the campus ministry reflected these narrative themes, indicating the translation of the narrative into practice. Personal stories told by individual members also reflected these themes, suggesting that community narratives are a powerful psychological resource used by members to develop and maintain personal identity.

Humphreys, K. (2000). Community narratives and personal stories in Alcoholics Anonymous. *Journal of Community Psychology, 28(5), 495-506.*

Storytelling is an extremely common activity in the spiritually-based mutual help organization Alcoholics Anonymous (A.A.). This paper describes the typical content, function(s), and structure of the 5 types of A.A. stories, devoting particular attention to the interplay between the A.A. community narrative and the life stories of individual members. The information presented here suggests that a narrative point of view can fruitfully guide future investigation of mutual help organizations at multiple levels of analysis.

Mankowski, E. S., Rappaport, J. (2000). Narrative concepts and analysis in spiritually-based communities. *Journal of Community Psychology, 28(5), 479-493.*

Researchers from a wide variety of disciplines have found narratives to be useful explaining cross-level psychological phenomena. Narratives with different sources and functions occur at group (dominant cultural and community narratives) and individual levels of analysis (stories). A variety of methods can be used to identify, record, and analyze narratives and stories. Research on narratives may be particu-

larly useful for understanding the relationship between social process and individual experience, especially in spiritually based communities (e.g., religious organizations). Narratives in spiritual settings appear to serve a variety of functions in community life including fostering development of members' identity, defining community membership (i.e., gatekeeping), building a sense of community, and facilitating personal change. As such, local community narratives are vital psychological resources, particularly where dominant cultural narratives fail to adequately represent the lived experience of individuals. The documentation and analysis of narratives is, therefore, a worthy project for community psychologists.

Knipscheer, J. W., de-Jong, E. E. M., Kleber, R. J., Lamptey, E. (2000). Ghanaian migrants in the Netherlands: General health, acculturative stress and utilization of mental health care. *Journal of Community Psychology, 28(4), 459-476.*

Ghanaians are a relatively unknown migrant group in the Netherlands. Due to a plane crash in a densely populated suburb of Amsterdam, the Ghanaian population was assumed to be a group at risk: many Ghanaians were either directly or indirectly victims of this disaster. Moreover, Ghanaians were assumed to be unfamiliar with the Dutch society and the health care system. A study was conducted using self-report questionnaires to investigate mental health and help-seeking orientation. 81 Ghanians (13-48 yrs old) completed self-report questionnaires. Findings show that migration factors, acculturative stress, and legal status have an impact on health status. However, Ghanaians do not report more health problems than the Dutch norm group. The help-seeking orientation of the Ghanaians differs less from the Dutch than was supposed: the Ghanaian Ss consult clergy and traditional healers for their problems as well as the regional ambulatory mental health care center. Satisfaction with the services provided was seen to be quite high. More practical help with regard to financial problems and housing facilities is wanted. Implications for improving the mental health care system for migrants and ethnic minorities are discussed.

Gil, A. G., Wagner, E. F., Vega, W. A. (2000). Acculturation, familism and alcohol use among Latino adolescent males: Longitudinal relations. *Journal of Community Psychology, 28(4), 443-458.*

This article advances our understanding of factors associated with patterns and consequences of early alcohol involvement among Latino teens, with an emphasis on how nativity may influence longitudinal relations among variables including acculturation, familism, and alcohol involvement. Following a comparative presentation of alcohol use prevalence rates, the current study offers a culturally founded theoretical model of early adolescent drinking. This article extends existing models such as gateway theory and esteem enhancement theory and explores the effects of acculturation and acculturative stress on the intensity of alcohol use among 1,051 immigrant and 968 US-born Latino males attending middle school in South Florida. Results from structural equation modeling suggest acculturation and acculturative stress influence alcohol use primarily through the deterioration of Latino family values, attitudes, and familistic behaviors. However, the relationship between acculturative stress and alcohol use differs in important ways depending on the adolescent's birthplace. The article concludes with a discussion of the implications of our findings for education, prevention, treatment, and research with Latino adolescents.

Ying, Y. W., Lee, P. A., Tsai, J. L. (2000). Cultural orientation and racial discrimination: Predictors of coherence in Chinese American young adults. *Journal of Community Psychology*, 28(4), 427-442.

The study examined the contribution of domain-specific cultural orientation and racial discrimination to subjective competence (as measured by sense of coherence) in 122 American-born (mean age 19.71) and 231 immigrant Chinese American (mean age 20.51) young adult college students living in a multicultural setting. It was hypothesized that sense of coherence would be more strongly predicted by domain-specific cultural orientation for immigrants, but by racial discrimination for American-borns. As hypothesized, domain-specific cultural orientation more strongly predicted sense of coherence for immigrants (coherence varied by cultural orientation on all three life domains studied) than for American-borns (coherence varied by cultural orientation on only one domain). Also, racial discrimination more strongly predicted sense of coherence for American-borns than immigrants did. Implications of the findings are discussed.

Scarpa, A., Fikretoglu, D., Luscher, K. (2000). Community violence exposure in a young adult

sample: II. Psychophysiology and aggressive behavior. *Journal of Community Psychology*, 28(4), 417-425.

Research has shown a relationship between community violence exposure and heightened aggression in young adults. This study tests the role of psychophysiological functioning in mediating this relationship. 54 university students (aged 17-46 yrs) were selected from a screening sample based upon high- and low-violence exposure. Salivary cortisol, heart rate (HR), and heart rate variability (HRV) were obtained before and after two stressor tasks. Aggression was reported before the tasks. Aggression was significantly correlated with reduced baseline HR, increased baseline HRV, and increased poststressor cortisol. However, exposed groups did not differ psychophysiologically, suggesting that psychophysiological functioning does not serve as a mediator. Instead, violence exposure and psychophysiological functioning have independent effects on aggressive behavior.

Itzhaky, H., York, A. S. (2000). Sociopolitical control and empowerment: An extended replication. *Journal of Community Psychology*, 28(4), 407-415.

Although much of the empowerment research and literature deals with the individual in his immediate environment, there is clearly a branch that focuses more on the wider community and sociopolitical empowerment. M. A. Zimmerman and J. H. Zahniser (1991) developed an integrative measure of sociopolitical control containing two indices--Leadership Competence and Political Control, and they reported three tests of their measure. This study reports the use of the measure, as well as the Bradburn Affect Balance Scale (N. Bradburn, 1969) and a measure developed for measuring a sense of Community Belonging, with residents of a town in the Tel-Aviv, Israel area. The Pearson correlations for these measures were compared with Pearson correlations for measures of participation and decision-making for two similar groups of activists in the same community; one group had been active for two years longer than the second group. The comparison shows statistically significant differences between the two groups. Not only are the sociopolitical control indices of Zimmerman and Zahniser found to be effective, but they and other community empowerment measures are shown to be sensitive to the passing of time and accumulation of experience.

Mattis, J. S., Jagers, R. J., Hatcher, C. A., Lawhon, G. D., Murphy, E. J., Murray, Y. F. (2000). Religiosity, volunteerism, and community involvement among African American men: An exploratory analysis. *Journal of Community Psychology, 28*(4), 391-406.

Social activists have argued that African American men must play a prominent role as volunteers in social programs that affect the African American community. Using a sample of 171 African American men aged 17-79 yrs, the present study examines the relative utility of social capital, communalism, and religiosity variables as predictors of volunteerism, membership in community-based as well as political and social justice organizations, and the number of hours that men dedicate to volunteer work each year. Church involvement was associated with a greater likelihood to volunteer and a greater likelihood to be a member of a community-based organization. Men who scored higher on communalism, and men who were more involved in church life dedicated more time to volunteer work each year. A complex pattern of relationship emerged between age, education, and the various participation outcomes. Implications of the findings are discussed.

Stoil, M. J., Hill, G. A., Jansen, M. A., Sambrao, S., Winn, F.-J. Jr. (2000). Benefits of com-

munity-based demonstration efforts: Knowledge gained in substance abuse prevention. *Journal of Community Psychology, 28*(4), 375-389.

The justification for community-based demonstrations in substance abuse prevention and mental health promotion assumes that communities have decided to invest in prevention and now wish to learn from the experience of others on how the value of this investment can be maximized. The expectation has been that demonstration grants can be applied to improve substance abuse prevention efforts operated under State and community auspices. A review of selected knowledge gains from community-based demonstration programs for substance abuse prevention provides evidence for the position that communities have both benefited from and contributed to this type of knowledge development process on questions of the cost and effectiveness of specific categories of prevention activities, the timing and duration of interventions, and factors affecting implementation. Of these, the most rigorously confirmed findings are : (1) that the transmission of generic life skills is associated with short-term reductions in substance abuse among adolescents; (2) that activities that improve self-esteem do not consistently affect adolescent substance abuse; and (3) that preventive interventions conducted among pregnant women motivated to participate produced net financial savings in hospital costs.

## Journal of Prevention and Intervention in the Community

Kalafat, J. (2000). The application of community psychology principles in diverse settings. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 19*(2), 53-59.

This paper describes the application of such community psychology principles as empowerment and systemic interventions in a variety of applied settings, including school systems, a university campus, and a community hospital. The consistent application of such principles illustrates one way in which a viable career as community psychologist can be maintained in settings that do not have community psychology positions per se.

Campbell, R., Angelique, H., BootsMiller, B. J., Davidson, W. S. II. (2000). Practicing what we preach: Integrating community psychology into the job search process. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 19*(2), 33-43.

Describes the creation of a "Job Club" at Michigan State University to facilitate employment searches in Community Psychology. The goal of the Job Club was to provide a setting where graduating Ph.D. Candidates could gain the skills necessary to be successful in both academic and non-academic job searches. The Job Club was student-driven, and emphasized principles of community psychology such as collaboration, network development, social and instrumental support, and empowerment. The importance of small group size and the ongoing commitment of a senior faculty mentor are highlighted. A curriculum for Job Club was created that included: resource allocation; network develop-

ment; document development (vitae, resumes); practicing job talks, teaching demonstrations and interviews; and accepting the offer. Successes, lessons learned, and suggestions for creating Job Clubs in other settings are offered.

Keys, C. B., Horner-Johnson, A., Weslock, K., Hernandez, B., Vasiliauskas, L. (1999). Learning science for social good: Dynamic tensions in developing undergraduate community researchers. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 18*(1-2), 141-156.

Explores two dynamic tensions, substantive and pedagogical, fundamental to teaching research in community psychology from a service learning perspective. The substantive dynamic tension is seen in traditional versus adventuresome approaches to community research; the pedagogical dynamic tension occurs in classroom instruction versus field work. A conceptual case study is illustrated to demonstrate how these tensions were addressed in an introductory undergraduate community research course. To address the substantive tension, students were introduced to the epistemology and methods of adventuresome community research and then used both adventuresome and traditional elements in conducting a community research project. To address the pedagogical tension, class and field sessions were used to complement one another for student preparation, action, and reflection. Four guidelines for designing community research courses from a service learning perspective are articulated.

Journal of Community and Applied Social Psychology

Prilleltensky, I., Nelson, G. (2000). Promoting child and family wellness: Priorities for psychological and social interventions. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(2), 85-105.

In order to foster the well-being of children and families the authors propose a shift in the priorities of psychological and social interventions. Following a brief discussion of the concept of wellness, a framework for interventions to promote child and family wellness is presented. Psychological and social intervention strategies to promote child and family wellness are then reviewed and interpreted in terms of the framework. Recommendations for changing priorities for programmes and policies are based on the framework and a review of the effectiveness of existing interventions.

Goodwin, R., Cramer, D. (2000). Marriage and social support in a British-Asian *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(1), 49-62.

This study focused on one large religious group originating from one region (Hindus from Gujarat) resident in a large British town, providing analyses drawn from theories of cultural values, acculturation and social identity. 70 married couples (aged 23-74 yrs) participated in detailed interviews about the arrangement of their marriage, their attitude towards marriage, gender roles, and the formal and informal support available in times of marital crisis. Analysis of these interviews suggests that while Ss maintained largely collectivist values in the family, they also saw marriage very much as an expression of individual fulfillment. Marital choice and gender roles in marriage reflected an integrationist strategy combining the traditional cultural practices and identity priorities with the social preferences and economic realities of their new culture. Finally, social support was largely forthcoming from members of the Asian community, reflecting a degree of separation from the majority community particularly when emotional assistance was desired.

## *Aktuelle Hinweise für AutorInnen*

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr. Der Redaktionsschluß für Originalarbeiten wird jeweils angegeben (für Heft 1 in 2001 den 31. Mai, für Heft 2 in 2001 den 31. Oktober). Publiziert werden Beiträge aus dem Bereich der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung.

Ansonsten ist es das Ziel der Herausgeber möglichst Hefte mit Schwerpunktthemen zu gestalten. Dabei freuen wir uns auch über Gastherausgeberschaften. Die Schwerpunktthemen werden sich um zentrale gemeindepsychologische Begrifflichkeiten bewegen:

1. Grundlegende Begriffe: (weitere): ökologisches Modell, systemische Ansätze u. ä. (z.B. Klimata, Heimat etc.), Kontrolle, Partizipation, /Kompetenz, Ressourcenansatz, Gemeinschaften, soziale Netzwerke und Unterstützung, Risikoforschung, Institutions- bzw. Organisationsanalyse, gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen und ihre Folgen, Folgen gesellschaftlicher Mißstände (Armut, Diskriminierung etc.)
2. Methodisches: Analysemethoden, Designs für Interventionen, wissenschaftstheoretische Erwägungen, Kompetenzepidemiologie, soziale Indikatoren, partizipative und qualitative Forschung und Evaluation, etc..
3. Intervention: hier und vor allem hier sollten die klassischen Themen abgehandelt werden: allgemeine Streßbewältigung, Bewältigung spezifischer Stressoren (Scheidung, Arbeitslosigkeit, etc.), Kompetenzaufbau (Problemlösen, soziale Fertigkeiten), Prävention spezifischer Störungen (z.B. Depression), netzwerkorientierte Interventionen, Gesundheitsförderung i. e. S. (z.B. Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen), Entwicklungsinterventionen (Kindheit und Alter, Lebensübergänge), organisationsbezogene Interventionen (z.B. Gesundheitsförderung im Betrieb, Schule, etc.), Organisationsentwicklung; Gemeinwesenarbeit unter gemeindepsychologischer Perspektive, etc., Umgang mit Gewalt und Diskriminierung, Aufbau von Toleranz; Supervision in der Gemeindepsychologie, etc.

Erwünscht sind empirisch orientierte Arbeiten aber auch systematisierende Übersichten und theoretisch fundierende Analysen und Berichte aus der Praxis. Die Herausgeber bekennen sich zu einer pluralistisch orientierten theoretischen und methodischen Position.

Bitte reichen Sie Ihren Beitrag in dreifacher Ausfertigung und abgespeichert auf einer Diskette (DOS- oder RTF-Version; am besten in WINWORD 97; ohne Trennungen; Grafiken extra im BMP- oder TIF-Format) bei einer der folgenden Kontaktadressen ein:

Prof. Dr. Jarg Bergold

Freie Universität Berlin FB Erziehungswissenschaft, Psychologie und Sportwissenschaft (FB 12)  
Institut für Klinische Psychologie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie

**Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin. Tel. 030-8 38-4988 u. 465 60 63**

E-Mail: bergold@zedat.fu-berlin.de

Prof. Dr. Bernd Röhrle

Fachbereich Psychologie Philipps-Universität Marburg

**Gutenbergstr. 18 D- 35032 MARBURG**

Tel. (06421) 282-3620; Fax (06421) 282-8929

E-Mail: roehrle@mail.uni-marburg.de

Die Beiträge sollten möglichst noch nicht publiziert, oder wenigstens mit einem entsprechenden Copyright versehen sein. Sie können einen vorläufigen Charakter besitzen und als diskussionsanregende Materialien begriffen werden. Es gibt deswegen zukünftig die Rubrik „Zur Diskussion gestellt“.

Überblicksarbeiten sollten 35 Seiten, Originalbeiträge 20 Seiten und Kurzberichte 6 Seiten nicht überschreiten (immer inklusive Tabellen, Abbildungen und Literatur; 26 Zeilen à 60 Zeichen pro Seite). Die Manuskripte sind formal nach den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung anzufertigen, welche die Deutsche Gesellschaft für Psychologie 1987 im Hogrefe Verlag, Göttingen, veröffentlicht hat. Diese enthalten auch ethische Verpflichtungen und Originalitätserklärungen. Explizit erwünscht sind kurze Zusammenfassungen in deutsch und englisch mit Angabe von einigen wenigen zentralen Schlüsselwörtern.