

GEMEINDE PSYCHOLOGIE

RUNDBRIEF NR. 1

SOMMER 2001 BAND 7

Beiträge
zu einer klinischen
Gemeindepsychologie

KGPS

IMPRESSUM

Der „Gemeindepsychologische Rundbrief“ wird herausgegeben von der Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis e.V. Er erscheint zweimal 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 zweiten *Gemeindepsychologie-Rundbrief* in 2001 ist der 15. November 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	
Inhaltsverzeichnis	1
Editorial	2

SCHWERPUNKTTHEMA:

„BEITRÄGE ZU EINER KLINISCHEN GEMEINDEPSYCHOLOGIE“

ORIGINALIA

Gemeindepsychologische Perspektiven der Beratung Bernd Röhrle	4
Evaluation des Einsamkeits-Bewältigungs-Programms (EBP) in einer psychiatrischen Stichprobe Günter Förtsch & Cornelia Penzek	24
Story Dealer - ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeut/inn/en Peter Kaimer	42
Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus – ein Beispiel für die Umsetzung des „settings-Ansatzes“ der WHO Christel Haberland	59
Theater- spielen und Wissenschaft betreiben – zwei verschiedene, sich widersprechende Welten? Renate Haack-Wegner	67

SERVICETEIL

Aus den Hochschulen	72
Tagungsberichte	75
Tagungsankündigungen	85
Aus Vereinen und Verbänden	86
Aus der Politik	103
Neues aus dem Internet	104
Neue Bücher	106
Neue Zeitschriften	107
Abstracts aus gemeindepsychologisch orientierten Zeitschriften	108
Directory der Gemeindepsychologen und Gemeindepsychologinnen	144
Hinweise für AutorInnen	165

EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Spätsommer wie schon fast gewohnt der neue und erste Rundbrief Gemeindepsychologie im Jahre 2001; immerhin schon als siebter Jahrgang. Vereinzelt hört man über indirekten Wegen, dass man Gefallen an diesem Heft habe. Nur unser letzter Aufruf an die LeserInnen, sich bei der Gestaltung des Rundbriefes stärker zu beteiligen, ist weitgehend reaktionslos verhallt. Es ist nicht so, dass wir die Hefte nicht gerne machen würden; es ist uns eine Freude, aber auch eine Pflicht. Nun letzter bereitet dann eben Qualen, wenn wir krampfhaft nach Beiträgen suchen und dies auch noch auf dem Hintergrund des Wunsches, möglichst Themenhefte zu gestalten. Dabei ist die Community klein (und auch fein und fleißig), doch ohne besondere Anstrengungen durch alle und vor allem durch die jeweiligen sozialen Netze ist die themenzentrierte Herausgabe von zwei Heften im Jahr nur schwer zu bewerkstelligen. teilweise herrscht richtige Not. Dies drückt sich auch so aus, dass die Herausgeber bzw. wir, die Redaktion, mit eigenen Beiträgen aufwarten müssen. Wir hoffen das hinterlässt keinen allzu faden Geschmack nach Narzissmus.

Diesmal haben wir bei alledem die Messlatte wieder sehr hoch gehängt. Aus verschiedenen Gründen war uns daran gelegen, die Verbindung¹ zwischen Klinischer Psychologie und Gemeindepsychologie zu stärken. Dies ist zwar durch eine Vielzahl von Themen immer ange-

deutet worden (z.B. auch durch Themen wie Prävention), doch man hat diese enge Verbindung nicht hinreichend wahrgenommen. Klinische Psychologie erlebt Gemeindepsychologie entweder gar nicht und oftmals als abtrennbares Etwas. Dieser Eindruck ist allenfalls auf dem Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung etwas zuruckgedrängt worden.

Gemeindepsychologie war von ihren Anfängen an immer auch in sozialpsychiatrischen und klinischen-psychologischen Kontexten groß geworden. das hat ihr sogar Kritik eingebracht, sodass zeitweise ein explizit nicht-klinischer Weg beschritten wurde. Dennoch blieb immer wieder deutlich, dass eine gemeindepsychologische Perspektive klinisch-psychologische Praxis erheblich befruchten und erweitern kann. Schon im letzten Heft hat Sigrid Haselmann versucht, eine systemisch-therapeutische Perspektive mit gemeindepsychologischen Grundhaltungen und sozialpsychiatrischen Arbeitsweisen zu verbinden. Wir wollen solche Bemühungen nicht nur in diesem Heft fortsetzen, sondern wir wollen auch zukünftig stärker verdeutlichen, welcher gegenseitige Nutzen entstehen kann.

Den Bogen, den man dabei spannen kann, ist enorm. Dabei geht es nicht nur um die Erweiterung der therapeutisch- diagnostischen Arbeit, aber auch darum. Diagnostische Systeme sind stark pathologisiert und können durch ressourcenorientierte Konzepte in ein Gleichgewicht gebracht werden. Die Analyse von Umwelt spielt zwar in verschiedenen therapeutischen und diagnostischen Systemen eine mehr oder weniger große Rolle, doch sind die Bereiche überwiegend auf Mikrosoziales und entspre-

¹ Bostock, J. (1998). Developing Coherence in Community and Clinical Psychology: The Integration of Idealism and Pragmatism. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8, 363-371.

chende Begrifflichkeiten beschränkt. Ähnliches kann auch für die systematische therapeutische Nutzung von gemeindepsychologisch geprägten Konzepten, wie z.B. soziale Netzwerke gelten. Auch die methodische Enge insbesondere der Therapieprozessforschung kann durch Vorgehensweisen und wissenschaftstheoretische Haltungen überwunden werden, wie sie in der Gemeindepsychologie seit geraumer Zeit zu Hause sind.

Die vorliegenden Beiträge dieses Heftes verdeutlichen ansatzweise, was damit gemeint ist. Zunächst wird von *Bernd Röhrle* vorgeführt, wie klinisch-psychologische, aber auch real existierende gemeindepsychologische Beratungspraxis erweitert werden könnte. Hier werden vielerlei Möglichkeiten der Kontextualisierung der Beratungspraxis vorgeführt und teilweise auch deren gesellschaftliche Reflexion konkretisiert. Im Beitrag von *Günter Förtsch* und *Cornelia Penzek* zeigt sich, dass Interventionen, wie solche zur Bewältigung von Einsamkeit, nicht nur im primär oder sekundär präventiven Bereich nutzbar gemacht werden können, sondern auch psychiatrischen Patienten zu helfen vermögen. *Peter Kaimer* wiederum knüpft unmittelbar an Methoden und Konzepten der Gemeindepsychologie an, um das therapeutische Geschehen versteh- und rekonstruierbar zu machen.

Es schließen sich zwei Artikel an, die nicht unmittelbar zum Schwerpunktthema zu zählen sind, zumindest solange, als man Bereiche wie die Gesundheitsförderung (*Cristel Haberland*) und Vermeidung von Gewalt und Vorurteil (*Renate Haack-Wegener*) nicht zu den zentralen Themen der Klinischen Psychologie zählt.

Aber selbst im Kontext einer solchen diskussionswürdigen Perspektive wird wieder deutlich, wie fruchtbar Konzepte und Methoden sein können, wie sie auch in der Gemeindepsychologie bekannt sind, und wie sie zu einem tiefen Verständnis bestehender und zugleich menschlicher Praxis führen.

Allen Autorinnen und Autoren sei an dieser Stelle wie immer gedankt dafür, dass sie ihre Arbeiten dem Rundbrief Gemeindepsychologie zur Verfügung gestellt haben; das ist absolut nicht selbstverständlich. Sie haben – wie schon oft erbeten - Rückmeldungen durch die LeserInnen verdient (Adressen sind immer am Ende beigefügt).

Der Serviceteil ist hoffentlich wieder gewürzt mit zahlreichen interessanten Informationen (auch hier sind wir über jede Anregung dankbar). In besonderer Weise ist dieser Teil durch die Neuauflage des Directory geprägt. Es ist zu fürchten, dass viele sich nicht wieder erkennen, weil sie versäumt haben, trotz mehrfachen Aufforderungen, ihre Angaben auf den neuesten Stand zu bringen. Wir sind offen dafür (bitte die entsprechende Adresse unter <http://www.ggfp.de> benutzen).

Außerdem möchten wir wieder allen danken, die an der Herstellung dieses Bandes mitgewirkt haben. An dieser Stelle sei wieder einmal unser technischer und intellektueller Helfer, Markus Günther erwähnt, der mit Engagement und völlig unkompliziert zur Fertigstellung des Rundbriefes Gemeindepsychologie beiträgt.

Jarg Bergold  Bernd Röhrle

- Juli 2001, Marburg, Berlin -



ORIGINALIA

Gemeindepsychologische Perspektiven der Beratung

Bernd Röhrle

Zusammenfassung

Konzepte der Beratungspraxis reagieren auf gesellschaftliche Veränderungen mit relativ unnscharfen Handlungskonzepten. Demgegenüber werden mit einer gemeindepsychologischen Perspektive insbesondere im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung vorgeführt, dass sich die bestehende kurative und gemeinde-nahe Beratungspraxis mit konkreten Handlungskonzepten zumindest ansatzweise bereichern lässt.

Schlagworte: Gemeindepsychologie - Beratung - Ressourcen

Abstract

Concepts of counseling are reaction to social change with rather fuzzy practical instruments. In contrary, community psychological perspectives especially in the field of prevention and health promotion are showing that existing therapeutic and community oriented practice of counseling can be enriched by concrete practical instruments.

Keywords: Community Psychology - Counseling - Ressources

„Leben sinnvoll meistern. Profile kirchlicher Beratung“¹ – unter diesem Motto steht diese Tagung. Beiträge zur Standortbestimmung und Neuordnung der Beratungssegmente werden erwartet. Dies hat wohl auch damit zu tun, dass Themen wie Werteverlust bzw. Wertewandel, postmoderne Beliebigkeiten auch die Beratungspraxis erreicht haben.² Die klaren Leitlinien der beraterischen Praxis seien unscharf geworden, sagen Analytiker dieser Praxis. Der Umgang mit Klienten und ihren postmodernen Kontexten führe zu einem „pragmatischen Chaos“.

Als Ursachen dieses pragmatischen Chaos werden viele postmoderne Phänomene ausgemacht. Sie erhalten klangvolle Namen wie: *Freisetzung*

des Individuums, Individualisierung, Pluralisierung der Lebensformen, Strukturen, Symbole und Werte; Mehrdeutigkeiten, Zerfall oder Umbau des Gemeinschaftlichen, Zwang zur Selbstsozialisation, Medialisierung des Kommunikativen, Verlust der Arbeitsgesellschaft, soziale und ökologische Mobilität u.v.a.m. Dabei werden nicht nur in kulturpessimistischer Manier Krisen und Gefahren wahrgenommen, sondern auch die Chancen der Postmoderne. Individuen hätten mehr Möglichkeiten, ihre Geschicke selbst zu bestimmen. Neue, verloren geglaubte Solidaritäten tauchen wieder aus dem sozialen Unterleben auf. Der Aufbruch zu einer fairen Zivilgesellschaft wird angekündigt. All dies ist zum Diskurs bei der Reflektion und Entwicklung moderner Beratungstheorien gemacht worden.

Dieser Diskurs wollte dadurch mehr Hand-

¹ Vortrag gehalten auf dem V. Kongress der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung, 24.-26.10.2000, Trier.

² Klann, Hahlweg, Janke & Kröger (2000)

lungssicherheit schaffen, indem er angesichts der postmodernen Entwicklungen auf das Unvermeidliche hinwies. Fast formelhaft wurden dabei Zustände wie die „*selbstbewusste Unordnung*“³ oder der „*reflexive Zweifel*“⁴ als Grundlage moderner Beratung heraufbeschworen. Sie beschreiben teilweise ein Hin und Her zwischen der Anpassung an Vielfältigkeit, der Differenzierung und Flexibilisierung der Beratungsangebote einerseits und der kompensativen Homogenisierung der Beliebigkeiten durch integrierte oder sogenannte ganzheitliche Formen des psychosozialen Handelns.

Grundhaltungen dieser Art mögen bis zu einem gewissen Grad hilfreich sein, mit Unbestimmtheiten und Mehrfachanforderungen in der Beratungspraxis zurechtzukommen. Sie geben aber keine hinreichende Grundlage zur Lösung konkreter sich im Beratungsalltag stellender Aufgaben ab. Dies gilt auch für andere unscharfe Konzepte wie z.B. das der Lebenswelten als Gestaltungsraum beraterischer Praxis.⁵

Die Dominanz so geprägter Diskurse um die postmoderne Beratungspraxis mag zunächst mit bestimmten Wissenschaftsauffassungen zu tun haben. Diese können sich offensichtlich nicht mit eher sozial-technologischen Zugängen identifizieren. Diese Dominanz rührt aber auch daher, dass sich auch eher sozial-technologisch orientierte Fachgebiete, wie z.B. die Klinische Psychologie, bei diesen Diskursen nicht beteiligt haben.

Nun also gemeindepsychologische Perspektiven der Beratungspraxis als neues Licht am Hori-

zont? Oder gar nur die Hoffnung, dass auch dieser Blickwinkel keine neue Ordnung zu schaffen imstande ist? Richtig, oder fast richtig. Gemeindepsychologische Perspektiven der Beratung bieten allenfalls Teilantworten auf die Fragen, die an eine postmoderne Beratungspraxis gestellt werden. Auch die Gemeindepsychologie steht im Strudel der Ereignisse; durch ihre Offenheit gegenüber auch postmodernen Phänomenen vielleicht mehr als andere Psychologien.

Auf den ersten Blick können gemeindepsychologische Perspektiven wohl kaum neues Licht in das Dunkel der beraterischen Verunsicherung werfen. Denn zunächst bleibt festzustellen, dass Gemeindepsychologie in der Beratungspraxis nichts Neues darstellt. Sie gehört offensichtlich zum Kanon der Fertigkeiten der Beratung. So heißt es etwa auf einer Web-Seite der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung: „*In der Erziehungsberatung sind aber neben der Psychotherapie weitere Kompetenzen erforderlich. Es entspricht ihrem multidisziplinären Ansatz, weitere Schwerpunkte und andere Fähigkeiten in die Arbeit einzubeziehen. Dies betrifft insbesondere Methoden des Casework und gemeinwesenbezogene Ansätze der Sozialarbeit sowie die Gemeindepsychologie*“.⁶ Man muss aber auf Grund einiger Tatsachen in Zweifel ziehen, dass dieser Anspruch der Wirklichkeit entspricht. So wird nur an ganz wenigen Hochschulen Gemeindepsychologie gelehrt. Praktisch orientierte gemeindepsychologische Fortbildungsveranstaltungen werden äußerst selten angeboten. Selbst Fachkollegen in der Psychologie wissen oft nicht, was unter Gemeindepsychologie zu verstehen ist. Viele vermuten gar, dass es sich um eine neue Art von pastoraler Psychologie handelt. Diese An-

³ Kurz-Adam (1999); Winkler (1996)

⁴ Engel (1997)

⁵ Kurz-Adam (1995a,b); Schubert (1999); Thiersch

(1997)

⁶ <http://www.bke.de/berater.htm>; 21.07.2000

nahme ist zwar nicht ganz falsch, aber doch ziemlich entfernt von den Bedeutungskernen dieses Fachgebietes. Nicht nur wegen solcher möglicher Missverständnisse werde ich nicht ganz umhin können, zunächst in groben Zügen die wichtigsten Kennzeichen der Gemeindepsychologie darzustellen.⁷

Merkmale der Gemeindepsychologie

Der im englischen Sprachraum ursprünglich geprägte und in seiner Bedeutung etwas anders anmutende Begriff der „Community Psychology“ entstand in den USA in den sehr bewegten sechziger Jahren. Die Unruhe dieser Jahre ging mit umfassenden psychosozialen Reformen einher. Mancherlei entfesselte soziale Kräfte, wie ökonomische Umbrüche und Bürgerbewegungen, haben sie ausgelöst. Erhebliche Aufgaben waren mit diesen Reformen verknüpft: die Deinstitutionalisierung psychisch Kranker, die gleichzeitige Neuordnung des extramuralen Versorgungsbereichs, die Betonung des Präventiven und, damit einhergehend, die Bekämpfung der Armut u.v.a.m. Auf der Suche nach entsprechenden fachlichen Kompetenzen erinnerte man sich auch an die Leistungen der Psychologie. Sie hatte sich schon in früheren Zeiten bei der Lösung gesellschaftlicher Probleme beteiligt (z.B. beim Abbau von Vorurteilen). Vertreter der Psychologie wollten sich dementsprechend wieder nützlich machen. Dies taten sie auf der Grundlage einer neuen Identifikationsfigur, eben die der Gemeindepsychologie.

Mit der üblichen Verzögerung fasste die Gemeindepsychologie auch in der Bundesrepublik Fuß. Sie wurde zu einem orientierenden Handlungsfeld insbesondere für jene, die sich

der sozialpsychiatrischen Reformbewegung angeschlossen hatten und die sich mit gesellschaftlichen Verhältnissen auseinandersetzen wollten⁸. Man kann annehmen, dass gerade deswegen die Präsenz der Gemeindepsychologie an den deutschsprachigen Hochschulen, und dies im Gegensatz zu vielen anderen Ländern, so marginal ist.

Die Unterschiedlichkeit der Gemeindepsychologie zu anderen Teilgebieten der Psychologie ist in einigen ihrer Grundmerkmale leicht erkennbar:

Gemeindepsychologie findet ihren Erkenntnisgegenstand und ihr Handlungsfeld selten im Labor, sondern in der *realen Welt*.

1. Gemeindepsychologie beschäftigt sich also auch mit komplexen Phänomenen, insbesondere mit *sozialen Systemen*, Organisationen etc. Dabei bleibt der Blick auf diese Welten höchst vielfältig. So interessieren *subjektive Wahrnehmungen* wie z.B. der „Sense of Community“, aber auch kulturelle Eigenarten und vor allem umwelt- und sozialpsychologisch fassbare Umweltmerkmale. Dazu gehören z.B. soziale Klimata in Organisationen, die Stabilität von Nachbarschaften, Unterstützungspotentiale in sozialen Netzwerken u.a.m..

2. Sie relativiert die Bedeutung des kurativen Systems und gibt den pathologisierenden Blick der klinischen Praxis weitgehend auf. Sie möchte allenfalls pathogene individuelle Zustände vermeiden helfen. Ihr Interesse gilt hauptsächlich der Herstellung und Pflege *salutogener Verhältnisse*. Gewissermaßen im Sinne einer sozio-kulturellen Nachhaltigkeit will Gemeindepsychologie dabei verschiedenartige *materielle, soziale und kulturelle Ressourcen* kultivieren und zugänglich machen.

3. Dabei vergisst die Gemeindepsychologie

⁷ Duffy & Wong, (1999); Rappaport & Seidman (2000); Scileppi, Torres & Teed (1999)

keinesfalls den Blick auf das Individuelle; im Gegenteil, letztlich überwiegt diese Perspektive. Aber dabei steht das Interesse an *inneren Ressourcen* im Vordergrund. Die inneren Schätze sind ihr deshalb wichtig, weil nicht alle Hindernisse des Lebens beseitigbar sind. Sie bewältigen zu können, bedeutet aber, solche inneren Ressourcen zu besitzen. Sie sind Garantie und Bestandteil von psychischer Gesundheit. Zu solchen personalen Ressourcen gehören Kompetenzen wie z.B. verschiedene Bewältigungsfertigkeiten, aber auch solche Dinge wie Zugehörigkeitsgefühle, Kohärenzsinn u.a.m.

4. Damit einhergehend spielen für die Gemeindepsychologie die Kategorien „*Einfluss, Kontrolle und Partizipation*“ von Bürgerinnen und Bürgern eine zentrale Rolle. Wir finden diese Neigung in dem allgegenwärtigen Begriff des *Empowerment*.⁹ Wahrgenommene und tatsächliche kollektive bzw. individuelle Kontroll-, Einfluss- und Partizipationsmöglichkeiten sind nicht nur ein Korrelat des Wohlbefindens, sondern auch ein entscheidendes Vehikel zur Veränderung der Verhältnisse im Verteilungssystem der Ressourcen.

5. Gemeindepsychologie ist bei alledem in der Regel explizit *wertorientiert*. Sie nimmt Partei für die Schwachen und Benachteiligten. Ihre Wertorientierungen wie soziale Gerechtigkeit oder Recht auf Unterschiedlichkeit teilt sie mit dem Wertekanon auch von Interessenverbänden im Beratungsbereich.

Diese sehr grobe Skizze der Eckpfeiler von Gemeindepsychologie werde ich im Folgenden etwas ausmalen, wenn ich versuche, folgende Fragen zu beantworten:

- Kann sie bestehende kurative und gemein-

denahe Beratungspraxis bereichern?

- Trägt sie zu einer Vertiefung und Neugestaltung der präventiven Praxis bei?
- Kann Gemeindepsychologie die durch die Postmoderne produzierte Verunsicherung der Beratungspraxis reduzieren helfen?

Die Erweiterung der therapeutisch-beraterischen Praxis

Vor Jahren kamen Kolleginnen und Kollegen auf einer Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung auf mich zugerannt und beschwerten sich ganz aufgeregt, dass die Träger ihrer Beratungsstellen von ihnen verlangt hätten, ihre therapeutische Praxis zu Gunsten gemeindenaher Formen der Tätigkeit einzuschränken. Dieses kleine Erlebnis machte mir klar, dass man jemandem Gemeindepsychologie nur schmackhaft machen kann, wenn man zunächst an herkömmliche Vorgehensweisen anknüpft. Dementsprechend gilt es in einem ersten Schritt zu verdeutlichen, dass eine gemeindepsychologische Neuorientierung keine völlige Abkehr von einer kurativ orientierten Beratungspraxis bedeutet. Andererseits werden bei einer solchen Neuorientierung, wie zu zeigen sein wird, doch auch Lücken in der Beratungspraxis offensichtlich, die man dann vielleicht durch gemeindepsychologische Handlungsformen schließen kann.

Ein Beispiel: In einer von der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung in Nordrhein-Westfalen durchgeführten und vom Bundesfamilienministerium finanzierten Studie zur Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie findet sich das Ergebnis, dass ein Großteil der Kinder mit ihren Möglichkeiten, den Beratungsprozess zu beeinflussen, nicht zufrieden war. In der Zusammenfassung der Studie heißt es: „65% der befragten Kinder sind

⁸ Keupp (1994)

⁹ Stark (1996); Teuber, Stiemert-Strecker & Seckinger (2000); Zimmerman (2000)

in die Aushandlungs- und Definitionsprozesse im Rahmen der Kontraktbildung offensichtlich nicht ausreichend einbezogen worden. Nicht zuletzt wohl aus diesem Grund weichen ihre Problemdefinitionen und -beschreibungen von denjenigen der BeraterInnen deutlich ab.“¹⁰

Ein solches Ergebnis ist erstaunlich, ist doch die salutogene Bedeutung der *Partizipation* sowohl außerhalb als auch innerhalb von psychosozialen Diensten schon sehr häufig vorgeführt worden. Sie zu ermöglichen, bedeutet bekanntermaßen nicht die Entmachtung des Expertentums. Vielmehr werden unterschiedlicher Fähigkeiten und Erfahrungswelten miteinander synergetisch verknüpft. Diese Verbindung ist dabei auf unterschiedlichen Ebenen möglich. Auf der Ebene von guten Helfer-Klienten-Beziehungen werden die Synergien durch das Merkmal der Allianz freigesetzt. Dieses Merkmal meint Zusammenarbeit und geteilte Verantwortung und steht so in innigster Verbindung zum gemeindepsychologischen Selbstverständnis von Partizipation. Solche Formen der Allianz finden sich nicht nur in dyadischen Helfer-Klient-Beziehungen, sondern auch in Helferkonferenzen und bei der Arbeit mit Angehörigen, Laienhelfern und Beiräten von sozialen Diensten.¹¹

Es gilt anzumerken, dass das Partizipative in der Gemeindepsychologie ein Teil dessen ist, was man als *soziales Klima* bezeichnet. Soziale Klimata von Einrichtungen nehmen Einfluss auf Behandlungserfolge. Sie lassen sich nicht nur erspüren, sondern sie können auch mit gut überprüften Messinstrumenten erfasst werden. Entsprechende Einschätzungen können zudem zur Grundlage von zum Teil wenig aufwendige

Formen der Organisationsentwicklung gemacht werden. Allein schon entsprechende Rückmeldungen zu unterschiedlichen Einschätzungen des sozialen Klimas können sich günstig auf Beratungsprozesse und –ergebnisse auswirken¹².

Eine partizipatorisch orientierte Beratungspraxis trägt nicht nur zu einem guten sozialen Klima bei. Eine solche Praxis stellt im Kleinen den beklagten Entsolidarisierungsprozessen etwas entgegen. Sie ist auch ein Beitrag zur Stärkung einer zivilen Gesellschaft, die letztlich ohne bürgerschaftliches Engagement nicht auskommen wird. Sie dämpft auch die Fortentwicklung einer einseitigen Expertokratie und ist somit insgesamt ein Mittel zum Umgang mit postmodernen Phänomenen.

Soziale Netzwerke sind ein weiteres zentrales Konzept der Gemeindepsychologie, das für die kurative Beratungspraxis von großer Bedeutung ist. Hier ist angesichts des sehr geringen Einbezugs von außerfamiliären Teilen des sozialen Netzwerks in der Größenordnung von 1,9 % der Beratungstätigkeiten dringender Handlungsbedarf angesagt.¹³ Auch in der schon zuvor angeführten Nutzerstudie wird deutlich, dass nur 32% der befragten Kinder familiäre Veränderungen erlebten und sogar nur 8% im außerfamiliären sozialen Netzwerk einen Wandel bemerkten. Der Zugang zur Therapie, Abbruchsraten, Therapiemotivation, die Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung und die Stabilität der therapeutischen Effekte aber stehen nachweislich im Zusammenhang mit Merkmalen von sozialen Netzwerken. In einigen Fällen konnte sogar die Stabilität der Therapieeffekte über mehrere Jahre durch die Qualität enger sozialer

¹⁰ Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (1999) (<http://www.bke.de/berater.htm>); Lenz (im Druck)

¹¹ Bachelor & Horvath (1999); Wandersman & Florin (2000); Widmaier (1981), Zimmerman & Rappaport

(1988).

¹² Henrich, de Jong, Mai & Revenstorf (1979); Orford (1992)

¹³ Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend

Beziehungen vorhergesagt werden, und dies in Konkurrenz zu anderen Prädiktoren wie die Problemschwere und die Intensität der Behandlung. Von daher sollten netzwerkorientierte Formen der Diagnostik und Beratung zum festen Bestandteil der Beratungspraxis werden.

Dabei führen auch nicht alle Formen *netzwerkorientierter Interventionen* zu einem radikalen Bruch mit der herkömmlichen Praxis der Einzelfallhilfe. Vielmehr besteht der überwiegende Teil der empirisch überprüften netzwerkorientierten Interventionen aus gewohnten Vorgehensweisen. Sie unterscheiden sich nur deshalb von den herkömmlichen Interventionen, weil sie sich einen zusätzlichen Baustein leisten. Im einfachsten Fall besteht diese zusätzliche Intervention schlicht darin, dass über die Bedeutung sozialer Netzwerke und Unterstützung informiert wird. Aufwendiger sind zweifelsohne Einladungen zu Beratungsgesprächen, die nicht auf die Familie beschränkt sind. Die für solche Netzwerktherapien und -beratungen notwendigen Fertigkeiten aber stammen letztlich auch aus dem traditionellen Fundus der Familientherapie, Gruppendynamik und der Helferkonferenzen.¹⁴

Mit der Erweiterung der herkömmlich kurativ orientierten Beratungspraxis durch netzwerkorientierte Interventionen wird nicht einfach nur ein zentrales gemeindepsychologisches Konzept genutzt und so erheblich zur *Kontextualisierung* beigetragen.¹⁵ Vielmehr taucht damit die Chance auf, die Veränderungsprozesse von sozialen Welten genauer fassen zu können. In weit stärkerem Maße können dadurch auch die Zerfallsprozesse, aber auch die sozialen Umbau- und Kompensationsmöglichkeiten sozialer

Welten berücksichtigt werden. Die Bedeutung von Familien wird zwar noch als sehr hoch eingestuft, sie ist letztlich dabei, eine unter vielen sozialen Lebensformen zu werden. Die Beratungspraxis nur familiengerecht zu gestalten, wird den postmodernen Anforderungen nicht gerecht. Netzwerkorientierte Vorgehensweisen können demgegenüber sehr viel flexibler mit unterschiedlichen sozialen Lebensformen und Beziehungen umgehen. Von daher stellen sie eine echte Hilfe dar im Umgang mit postmodernen Lebensformen wie Single-Dasein, Einelternfamilien, Zwei-Wohnungs-Beziehungen, ökologisch mobilen Beziehungen u.a.m.

Mit dem Blick auf soziale Netzwerke wird gleichzeitig auch noch eine weitere wichtige Position gemeindepsychologischen Denkens berührt: ihr Interesse an der Pflege und Entwicklung von *Ressourcen*. Dieses Interesse hat sie zumindest in Teilen mit der sog. *ressourcenorientierten Therapie* gemein. Diese will vor allem innere Ressourcen wie z.B. Bewältigungsfertigkeiten stärken. Doch auch materielle Sicherheit, Zugehörigkeiten, Zugang zu Informationen und Bildung gehören zu den Voraussetzungen, die den Weg zur Beratungspraxis, aber auch deren Erfolg mit beeinflussen. Von daher tut eine ressourcenorientierte Beratung gut daran, auch solche Potentiale zu pflegen. Antworten auf die Frage, welche besonders bedeutsam sind und wie manche bereitgestellt werden können, haben gemeindepsychologische Forschungen schon vielfach angeboten. Sie passen sich mühelos ein in die bestehenden Beratungsangebote wie Sachanwaltschaft, Schuldnerberatung, Familienhilfe oder Gemeinwesenarbeit.¹⁶

(1994)

¹⁴ Röhrle, Sommer & Nestmann (1998)

¹⁵ Hermer (1995); Strauß & Geyer (2000)

¹⁶ Lenz (2000); Nestmann (1997a); Willutzki (2000)

An dieser Stelle sei angemerkt, dass Gemeindepsychologie auch Schützenhilfe für jene leistet, die – wie es auch das Motto dieser Tagung will – in der Beratungspraxis ein *sinnstiftendes*, vielleicht sogar spirituell oder religiös angelegtes Unternehmen sehen wollen. Die Orientierungsprobleme im Umgang mit säkularisierten Formen der Sinnsuche gerade in Zeiten postmoderner Pluralismen werden in der Gemeindepsychologie schon seit geraumer Zeit erkannt. Der Wert bestimmter religiöser Orientierungen, Bewältigungsformen und von Gemeinschaften für den Erhalt von Gesundheit ist schon seit langem einigermaßen gut untersucht. Von daher ist man in der Gemeindepsychologie auch nicht überrascht, dass neuere Studien ergaben, dass religiös überformte Psychotherapie zu zusätzlichen Wirkungen gelangen kann.¹⁷

Durch die Stärkung spiritueller oder religiöser Ressourcen kann die bestehende Beratungspraxis nicht nur ihre Effizienz steigern, sondern sie trägt auch dazu bei, im Gewirr individueller und subkultureller Unternehmungen der Sinnsuche zurechtzukommen. Dies kann man auch als eine sehr spezielle Hilfe im Umgang mit postmodernen Beliebigkeiten und Ambiguitäten ansehen. Darüber hinaus öffnet der Blick auf äußere und innere Ressourcen, gerade wegen der Frage der Zugänglichkeit, den Sinn für Perspektiven auf eine faire Zivilgesellschaft¹⁸. Ressourcenorientierte Beratung ist damit nicht nur eng mit gemeindepsychologischen Positionen verknüpft, sondern auch in diesem Sinne ein Beitrag zur Gestaltung einer humanen Zukunft.

Im Sinne einer *Zwischenbilanz* halten wir fest,

¹⁷ Keupp (1992); Harris, Thoresen, McCullough & Larson (1999); Pargament (1997); Pargament, Maton & Hess (1992); Richards & Bergin (1997)

¹⁸ Keupp (1998)

dass gemeindepsychologische Gegenstandsbe-
reiche und Konzepte sowohl zur Erweiterung
des Handlungsfeldes als auch zu einer zusätzli-
chen fachlichen Rechtfertigung auch kurativer
Beratungsformen führt. Zugleich war erkenn-
bar, dass diese gemeindepsychologischen Ex-
tensivierungen auch helfen, zumindest in An-
sätzen mit postmodernen Erscheinungen umzu-
gehen. Einen noch deutlicheren Gewinn durch
eine gemeindepsychologische Perspektive er-
warten wir aber, wenn wir uns gemeindenahen
Beratungsformen zuwenden.

Die Erweiterung gemeindenaher Bera- tung

Zunächst bleibt festzuhalten, dass es diese
Form der Beratung in einem beachtlichen Aus-
maß gibt. Befragungen der Bundeskonferenz
für Erziehungsberatung ergaben, dass immerhin
25,7% der Erziehungsberatungsstellen offene
Sprechstunden abhielten. Über zugehende Ar-
beit wie Haus- und Institutionsbesuche berich-
teten 83,4%. Zugleich beteiligten sich 20,2%
regelmäßig an Gemeinwesenarbeit. Die Zu-
sammenarbeit mit anderen Einrichtungen, also
mit Beratungsdiensten, Schulen, Heimen, Kin-
dergärten, Ämtern usw., wurde im Schnitt von
54,7% dieser Dienste mit getragen. Zu diesem
Tätigkeitsbereich werden allerdings in einer
Studie der Katholischen Bundesarbeitsgemein-
schaft für Beratung etwas bescheidenere Zahlen
berichtet.¹⁹ Nicht auf den Einzelfall bezogene
Aktivitäten der Beratungsstellen wie besondere
Gruppenangebote für Erzieher, Eltern, Lehrer
und Öffentlichkeitsarbeit unterhielten 38,6%.
Aktivitäten zur sozialen Vernetzung wie die
Gestaltung von Stadtteilstunden, die Mitarbeit in
Sanierungskommissionen von Stadtteilen wur-
den von 29,6% der Beratungsstellen angegeben.

¹⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend
(1994)

Wenngleich der tatsächliche zeitliche Umfang dieser gemeindenahen Aktivitäten in den Ergebnissen dieser Befragungen undeutlich bleibt, so machen sie doch hinreichend klar, dass von einem Therapeutismus und einer nur auf Einzelfallhilfe beruhenden Beratungspraxis nicht die Rede sein kann.²⁰ Eine andere Frage ist jedoch, ob mit dem in den Befragungen enthaltenen Selbstverständnis von Gemeindenähe schon alles ausgelotet ist und ob gegebenenfalls gemeindepsychologische Zugänge etwas Zusätzliches bieten können.

Diese Frage sei zunächst am Thema der *niederschwelligen Angebote* erörtert. Wenn es um die Minimierung der Schwellenangst geht, sind offene Sprechstunden sicherlich ein probates Mittel. Sie sind es deshalb, weil Hilfesuchprozesse von vielen Kosten-Nutzen-Analysen getragen werden. Die ökologische Zugänglichkeit zu Beratungsdiensten reduziert die Kosten sicherlich um einiges. Es gibt jedoch noch weitere Faktoren, welche den Hilfesuchprozess mit prägen. Dazu gehört der Einfluss von Meinungsführern, von normativen Vorgaben, Wissensbeständen und Selbsthilfepotentialen in den sozialen Netzwerken der Klienten. Will man diese Einflussfaktoren berücksichtigen, so genügen offene Sprechstunden nicht. Vielmehr müssen lebensweltnahe Formen der Beratung hinzukommen, welche die angedeuteten weiteren Determinanten des Hilfesuchprozesses hinreichend berücksichtigen.

Beispiele guter Praxis folgten einem so verstandenen Konzept einer lebensweltnahen Gestaltung ökologischer Rahmenbedingungen dadurch, dass zunächst an den unmittelbaren Bedürfnissen der Bewohner von Stadtteilen ange-

knüpft wurde. So wurde z.B. in Neu-Perlach ein Kontaktzentrum eingerichtet und kleine Gemeinwesenprojekte wie kollektive Begrünungen durchgeführt. Im Gefolge davon wurde die Schwellenangst zum Betreten einer an dieses Kontaktzentrum angegliederte Beratungsstelle auch durch den Einfluss von Meinungsführern erheblich erniedrigt. In Oldenburg wurde regelmäßig ein Straßenstand unterhalten, bei dem Mietprobleme angesprochen werden konnten und zugleich auch die Möglichkeiten einer weitergehenden Beratung eröffnet wurden. In Wien wurden gar Würstchenbuden durch psychosoziale Helfer besetzt, mit der Intention, sehr nahe an bestimmte Subkulturen zu gelangen. In San Francisco wurden Friseure auch als Überweisungsinstanzen trainiert, mit mittelschweren und schweren Problemen umzugehen. Zahlreiche Beispiele gemeindepsychologischer Praxis ließen sich noch anführen, um deutlich zu machen, was alles unter niederschwelliger, gemeindenaher Beratung zu verstehen ist. Insgesamt würde deutlich werden, dass es sich um eine Art von Gemeindenähe der Beratung handelt, die an Bedürfnissen anknüpft, die subkulturelle Eigenarten des Helfens respektiert, ja sogar in professionelles Handeln einbaut. Es würde darüber hinaus offensichtlich werden, dass diese Gemeindenähe die Eigendynamik sozialer Netzwerke und ihrer normativen Vorgaben hinreichend berücksichtigt.

Ein anderes gemeindepsychologisch überformbares Feld von gemeindenahen Vorgehensweisen ist die Zusammenarbeit oder auch die *Vernetzung der Dienste*. Sie kann auf recht unterschiedliche Weise erfolgen. Wenn sie nicht durch formale Vorgaben geprägt ist, so beruht sie stark auf Freiwilligkeit und bestimmten Vorlieben. Einer der üblichen Orte der Begegnung von Helfern ist die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft. Sie bietet vielfache Möglichkei-

²⁰ Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (1998); Roth (1994)

ten zur Absprache, zur regionalen Planung der Versorgung und auch zur gemeinsamen Fortbildung. Die Grundlage aber für diese Tätigkeiten sind meist selektive Formen der Mitgliedschaft in solchen Arbeitsgemeinschaften. Selten sind die Versuche, solche Beliebigkeiten auf der Grundlage von systematischen Netzwerkanalysen einzuschränken. Erst sie verdeutlichen aus einer Vogelperspektive die Schwachstellen und ungenutzten Möglichkeiten in den Netzen der sozialen Dienste. Bei solchen Analysen geht es um zwei wesentliche Erweiterungen, die in herkömmlichen Vernetzungsversuchen sehr implizit bleiben. Zunächst werden fehlende, ideosynkratische und konfligierende Beziehungen zwischen den sozialen Diensten offensichtlich. Noch wichtiger aber ist, dass die indirekten Beziehungen auftauchen, wie sie auch über verschiedene kulturelle Sektoren existieren. Ich spreche z.B. von der Verknüpfung von Freizeitorganisationen und der Beratungspraxis, etwa wenn Jugendrichter und Leiterin der Beratungsstelle miteinander Tennis spielen. Noch fehlt es an Interventionskonzepten und Erfahrungen, ungünstige Netze sozialer Dienste zu ändern. Aber die Vorteile dieses auch empirisch überprüften Zugangs sind offensichtlich.²¹

Gemeindepsychologische Perspektiven, die über die genannten gemeindenahen Arbeitsformen und Selbstverständnisse hinausgehen, sind vor allem in einer bestimmten Art der *ökologischen Orientierung* zu sehen. Hierfür wird in der Gemeindepsychologie eine Metapher genutzt, die in Anlehnung an biologische Ökologiekonzepte entwickelt wurden. Diese Metapher zeichnet sich durch einige Teilkonzepte aus, von denen ich nur eines herausgreifen möchte: Das Prinzip der Passung meint, dass jedes Element in einem sozialen System eine besondere

Nische hat. So waren bestimmte Klimata an Schulen je nach Disposition der Schüler ganz unterschiedlich günstig. Große Wohnheime waren für Personen mit wenig sozialen Fertigkeiten vorteilhaft. Sozial geschickte Menschen kamen mit den Anforderungen kleiner Wohnheime besser zurecht. Strukturierte Programme sind für Personen mit einer externalen Kontrollerwartung zu empfehlen, offene Programme eignen sich eher für internal kontrollierte Personen.

Gemeindenaher Beratung bedeutet auf dem Hintergrund solcher Konzepte, dass nicht nur soziale, sondern auch sozio-physikalische Kontexte mitgestaltet werden. Die schon berichtete Mitarbeit in Sanierungskommissionen ist ein sogar sehr aufwendiges Beispiel einer solchen gestalterischen Aufgabe von gemeindenaher Beratung. Andere finden sich in Versuchen von Organisationsberatungen. Diese haben auf dem Hintergrund des von der WHO geförderten Ansatzes einer setting-orientierten Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung. Nicht immer müssen diese Umweltgestaltungen großer Art sein. In Untersuchungen wurde beispielsweise deutlich, wie die veränderte Nähe konfligierender Klassen Gewaltpotentiale zu verändern mochte.

Nicht zuletzt spielt auch die *Politikberatung* eine gewisse Rolle beim Versuch, Versorgungsstrukturen und sozialpolitische Leitlinien zu verändern. Dies gilt vor allem für die USA, die ohne den Einfluss von Gemeindepsychologen in entsprechenden Planungskommissionen der Regierung wohl kaum so stark präventiv orientiert wäre. Aber wir sehen solche Einflussnahmen zunehmend auch hier, wenn sich gemeindepsychologisch orientierte Kollegen etwa bei der Erstellung des Gutachtens für die Zukunfts-

²¹ Röhrle, Sommer & Nestmann (1998)

kommission Bayerns und Sachsens beteiligen. Ein anderes und rezentes Beispiel ist das Gutachten im Auftrag des Bundestages mit dem Titel „Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen“, das ebenfalls von gemeindepsychologisch orientierten Kollegen erarbeitet wurde. Dieses Gutachten wurde im Auftrag des Bundestages erstellt und enthält die ersten konkreten Vorschläge zur politischen Umsetzbarkeit einer umfassenden Form der Gesundheitsförderung. Beide Gutachten stützen im übrigen die gesellschaftlichen Neuorientierungen einer durch bürgerschaftliches Engagement getragenen Zivilgesellschaft in erheblichem Ausmaß.²²

Wir sehen also insgesamt, dass auch die gemeindenahe Beratungspraxis durch eine gemeindepsychologische Perspektive zu bereichern ist. Dies kann vor allem durch eine Erweiterung der Bedeutungsgehalte von Gemeindennähe bewerkstelligt werden, aber auch durch ein verändertes Selbstverständnis einer Beratungspraxis, die weit über die Einzelfallhilfe hinausreicht.

Die Erweiterung der präventiven Perspektive

Der eigentliche Zugewinn, im Sinne sehr konkreter Handlungsvorschläge, ist von der Gemeindepsychologie auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung zu erwarten. Dieses Herzstück der Gemeindepsychologie ist die Reaktion auf die Krise des kurativen Systems. Diesem System ist es trotz eines erheblichen quantitativen und qualitativen Wachstums nicht gelungen, Inzidenzraten von psychischen Störungen zu reduzieren. Das Debakel des kurativen Systems muss in den Versuch münden, psychischen Störungen vorzubeugen und psychische Gesundheit zu stabilisieren. Dass man

dabei wegen der sozialen Ungleichverteilung vieler psychischer Störungen insbesondere die sozio-ökonomischen Verhältnisse und die mit ihnen verknüpften Lebensbedingungen im Sinne einer Verhältnisprävention bekämpfen möchte, dies versteht sich fast von selbst. Doch die Widerständigkeit der gesellschaftlichen Realität und die Lethargie der gewachsenen Sozialpolitik haben auch die Gemeindepsychologie genötigt, sich auf Analysen, Warnrufe, Programmatik und auf Forderungen zu beschränken. Selten werden Massenmedien oder Netzwerke von Einrichtungen oder gar die Infrastruktur von Städten genutzt, um bestimmte Formen der Gesundheitsförderung zu betreiben. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bewegen sich immer noch überwiegend auf individueller Ebene oder allenfalls auf der Ebene von sozialen Netzwerken. Auf diesen Ebenen wurde im Kontext der Gemeindepsychologie aber eine Vielzahl von präventiven Programmen entwickelt und evaluiert. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass diese Programme den Vergleich zu anderen psychologischen Interventionsprogrammen nicht zu scheuen brauchen.²³

Kann nun aber das überaus reiche Erfahrungswissen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für die bestehende Beratungspraxis überhaupt fruchtbar sein? Auch in diesem Bereich stellen wir nämlich fest, dass die im Rahmen der Reformpläne vorgesehene Funktion von Beratungsstellen, im Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste tätig zu werden, schon lange Realität ist. Fachliche Orientierungen der Beratung, Leitlinien der Beratungsverbände, Qualitätssiegel guter Beratungspraxis, gesetzliche Vorgaben wie das Kinder- und Jugendhilfegesetz u.a.m. propagieren eine deutlich präventiv aus-

²² Heinze & Keupp (1997); Trojan & Legewie (1999)

²³ Mrazek & Haggerty (1994); Röhrle & Sommer (1999)

gerichtete Beratungspraxis.²⁴

Über das genaue Ausmaß und die Qualität entsprechender Tätigkeitsspektren von Beratungsstellen kann ich allerdings nur wenig berichten. In den schon zuvor dargestellten Arbeitsformen von Beratungsstellen verbirgt sich sicherlich eine Vielzahl von primär präventiven, gesundheitsförderlichen Bemühungen, ja sogar Maßnahmen der Verhältnisprävention, wenn man sich an die Beteiligung von BeraterInnen an Sanierungskommissionen erinnert. Aus den Daten zu den Anlässen von Beratung ist erschließbar, dass Hilfen zum Umgang mit subklinischen Problemen wie depressiven Verstimmungen, Einsamkeit, Beeinträchtigungen der Partnerschaft und sozialen Verlusten dominieren.²⁵

Es bleibt zu vermuten, dass die im gemeindepsychologischen Kontext entwickelten Präventionsprogramme diese Tätigkeitsspektren der Beratungspraxis in wertvoller Weise ergänzen. Eine etwas ungenaue Systematik der über viele Jahre entwickelten und vielfach empirisch überprüften präventiven Programme unterscheidet:

1. Stärkung von belastungsunspezifischen Kompetenzen
2. Aufbau von belastungsspezifischen Fertigkeiten
3. Störungsspezifische Interventionen

Auf Grund der vielfach nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen sehr unterschiedlichen Störungen einerseits und Kompetenzdefiziten andererseits wurden vor allem drei Arten von belastungsunspezifischen personalen Ressourcen

gestärkt: Problemlösekompetenzen, soziale Fertigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung ganz unterschiedlicher Stressoren.

Problemlösetrainings wollen die Fähigkeit stärken, Probleme zu erkennen, zu analysieren und sie durch Mittel-Ziel-Analysen optimal zu lösen. Diese Trainings wurden für fast alle Altersklassen entwickelt. Sie können auch durch Laien, und dies in unterschiedlichen pädagogischen Settings, durchgeführt werden. Mit ihrer Hilfe wurden kindliche Verhaltensstörungen gemindert, die Wirkung schulischer Belastungen reduziert, Schulleistungen verbessert und riskanten gesundheitlichen Verhaltensweisen vorgebeugt. Insbesondere jüngere Kinder haben von diesem Training profitiert.²⁶ Was diese Trainings in unserem Zusammenhang aber besonders interessant macht, sind ihre Möglichkeiten, auch bei der Bewältigung von postmodernen Erscheinungen wie zunehmende Komplexität, Ambiguität und von Mehrfachanforderungen hilfreich zu sein. So wird u.a. gelernt, Problemzustände detailliert zu differenzieren, aber auch mögliche Nebeneffekte von Lösungen für bestimmte Probleme in anderen Handlungsbereichen zu berücksichtigen.

Soziale Kompetenztrainings gehen von Befunden aus, wonach ein Mangel an sozialen Fertigkeiten einhergeht mit Einsamkeit, Schulabbrüchen, frühen Schwangerschaften und späterer Delinquenz bzw. psychopathologischen Erscheinungen.²⁷ Die Vorgehensweisen zum Aufbau sozialer Kompetenzen sind Beratern nicht nur aus dem Umgang mit selbstunsicheren und aggressiven Kindern bekannt. Es werden Entspannungsfertigkeiten eingeübt und die Fähigkeiten emotionaler Bewältigung trainiert. Klienten

²⁴ Bergmann (1999); Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (2000); Müller (1996); Post, (1995); Schrödter (1997); Dorenberg, Moeser-Jantke, Schall & Dorenberg (1998), S. 10ff.

²⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend (1994)

²⁶ Durlak und Wells (1997)

²⁷ Parker & Asher (1987)

ten lernen zwischen Selbstsicherheit und Aggressivität zu unterscheiden, sich selbst zu belohnen und Freunde zu gewinnen. Damit werden sicherlich Kompetenzen erworben, die auch in den sich verändernden sozialen Welten notwendig sind. Es gibt jedoch nur in Ansätzen Programme, die sich mehr auf die Bedeutung unterschiedlicher und sich verändernder Beziehungsformen und das Management des gesamten sozialen Netzwerks beziehen.²⁸

Programme zur Stressbewältigung wollen auf alle möglichen Arten der Belastung vorbereiten. Allen Programmen dieser Art ist gemeinsam, dass sie die Wahrnehmung für Belastungen, für vorhandene Bewältigungsfertigkeiten und für soziale Unterstützungen schärfen wollen. Darüber hinaus üben sie Entspannung, stärken gesundes Verhalten, fördern die Nutzung sozialer Unterstützung; helfen beim Zeitmanagement, gestalten die Lebensstilführung, modifizieren den gedanklichen Umgang mit Belastungen und stärken problemorientierte Vorgehensweisen. Solche Interventionen sind vor allem genutzt worden, um diverse Belastungen am Arbeitsplatz oder auch in Beziehungen zu bewältigen und um ungünstiges Krankheitsverhalten zu beeinflussen. Auch im deutschsprachigen Raum wurden solche Programme entwickelt und evaluiert.²⁹

In Hinsicht auf die Frage, ob sich diese Programme auch hinreichend auf Probleme eingestellt haben, die mit den Umbrüchen in der jetzigen Gesellschaft zu tun haben, so kann man nur eines der Programme erwähnen, das sich um die Sinn- und Identitätskrisen, aber auch Zukunftsängste kümmert. So kommen in die-

sem Programm neben den üblichen Techniken auch Rückbesinnungen und Reisen durch verschiedene Lebensräume und in die Zukunft zum Tragen. Anhand von Fotomaterial wird die Reflexion der eigenen Identität gestärkt u.a.m.³⁰

Gewissermaßen am Puls der Zeit bewegen sich Präventionsprogramme, die sich dem Schutz vor und der *Bewältigung von spezifischen Belastungen* widmen. Sie zeichnen sich alle dadurch aus, dass sie auf die Inhalte der Stressoren und die jeweiligen Belastungsreaktionen eingehen. Zu entsprechenden Interventionen gehören Hilfen zur Verarbeitung des Todes eines Angehörigen, zur Bewältigung von Einsamkeit und zum Verlust des Arbeitsplatzes. Auch die Begleitung von Übergängen auf einen anderen Schultypus oder die Unterstützung bei Belastungen durch neue Elternschaften gehören zu diesen stressorspezifischen Programmen³¹. Im Mittelpunkt des Interesses aber stehen, zumindest quantitativ betrachtet, Programme, die mit den Belastungen in ehelichen Beziehungen und durch Scheidung zu tun haben. Diese Probleme machen bekanntermaßen den Hauptanteil der Beratungsanlässe aus.

Dabei gehören Belastungen in ehelichen Beziehungen und Scheidungen zu den wichtigsten Risikofaktoren, psychisch zu erkranken. Programme zu Vorbereitung ehelicher Beziehungen wollen dem etwas entgegensetzen. In diesen Programmen wird u.a. positives kommunikatives Verhalten und das Lösen von Problemen bzw. Konflikten eingeübt. Erwartungen an die Ehe werden geklärt und manchmal auch dabei der eher religiöse Sinn ehelicher Beziehungen

²⁸ Röhrle, Möhrlein & Roth (1999)

²⁹ Bodenmann (1999); Hampel & Petermann (1998); Kaluza (1996); Klein-Heßling & Lohaus (1998); Reschke & Schröder (2000)

³⁰ Reschke & Schröder (2000); Schröder (1999)

³¹ Caplan, Vinokur, Price & van Ryn (1989); Duncan & Markman (1996); McGuire & Gottlieb (1979); Röhrle, Möhrlein & Roth (1999); Sandler et al. (1992); Schneewind (1990)

erörtert. Aber auch gegenseitige soziale Unterstützung und das Management von Systemgrenzen sind Bestandteile solcher Programme.

Explizit mit den Ursachen der gesellschaftlichen Hintergründe instabiler Beziehungen gehen diese Programme aber auch nicht um. Im angelsächsischen Bereich hat man sich sogar explizit davon verabschiedet, diese Hintergründe in einschlägigen Programmen zu thematisieren. Gut zu wissen, dass wenigstens der religiöse Sinn von Ehe im deutschsprachigen Ehevorbereitungsprogramm in der Praxis nach wie vor Bestand hat.³²

Eine mindestens ebenso große Bedeutung wie Ehevorbereitungsseminare besitzen in der Beratungspraxis Programme, die Risiken von Scheidungen zu mindern suchen. Nach Angaben der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung stehen immerhin 40% der Beratungen im Zusammenhang mit Scheidungsfolgen für Kinder. Auch für diesen Beratungsanlass sind im deutschsprachigen Raum Programme erschienen. Diese sind allerdings in diesem Sprachraum noch nicht besonders gut evaluiert. Programme zur Scheidungsbewältigung helfen beim Zugang und der Bewältigung negativer Gefühlswelten. Über die juristischen, beruflichen und ökonomischen Folgen von Scheidungen wird informiert oder auch verhandelt. Lebensfertigkeiten werden eingeübt, zu Neuorientierungen und der Pflege neuer sozialer Beziehungen wird ermutigt, auch zum geschiedenen Partner und den Kindern. Vergangenes wird verabschiedet und Zukünftiges in den Mittelpunkt gerückt. Mit Maßnahmen dieser Art wurden im englischen Sprachraum Fortschritte in der Ich-Entwicklung erzielt, der Selbstwert gestärkt und das Verständnis gegenüber den eigenen Gefühlen gemehrt. Ängste konnten

minimiert und internale Kontrollüberzeugungen aufgebaut werden. Es kam zu positiven Verhaltensänderungen, zu angemessenen Einstellungen gegenüber der Scheidung, zur Abnahme an Schuldgefühlen und zu einer Erhöhung der Veröffentlichungsbereitschaft.³³

Obgleich Scheidungen gewissermaßen zu einem normativen Ereignis in unserer Zeit avancieren, fehlt auch diesen Programmen der Versuch, gesellschaftspolitische Hintergründe mit zu reflektieren. Damit meine ich nicht, dass abstrakte Diskussionen zu diesem Thema geführt werden sollten. Vielmehr könnte auch hier die Auseinandersetzung mit der Bedeutung stabiler Beziehungen ebenso hilfreich sein wie die Beschäftigung mit den Aufgaben intimer Beziehungen in unterschiedlichen Lebensphasen.

Als dritte Gruppe von Präventionsprogrammen, welche die Beratungspraxis bereichern können, seien noch die *störungsspezifischen* erwähnt. Insbesondere für folgende Störungsarten wurden präventive Interventionsprogramme entwickelt: Angst und Depression, suizidale Tendenzen, Gewalt an Schulen, Delinquenz, sexueller Missbrauch und riskante Verhaltensweisen wie Drogenmissbrauch und unsicheres Sexualverhalten.³⁴

Wegen der besonders hohen Verbreitung depressiver Tendenzen, auch bei den Beratungs-

³³ Bastine (1995); Fthenakis, Walbiner & Wolf (1995); Jaede, Wolf & Zeller-König (1996); Siewert (1983)

³⁴ Braecker & Wirtz-Weinrich (1991); Clarke et al. (1995); Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens (1997); Hanewinkel (1999); Hanson & Gidycz (1993); Hesse (1993); Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman (1994); Johns & Marquardt-Mau (1995); Kelly & Murphy (1992); Kleiber, Beckmann & Pforr (1991); Klingman & Hochdorf (1993); Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny (1992); LaFromboise & Howard-Pitney (1995); May Albee & Schneider (1990); Munoz & Ying (1993); Seligman (1995); Tremblay et al. (1992); Olweus (1995)

³² Mündliche Mitteilung von Herrn Thurmaier

anlässen, kommt Programmen zur Vermeidung von Depressionen eine besondere Bedeutung zu. Maßnahmen zur Vermeidung von Depressionen spielen deshalb auch in gesundheitspolitischen Leitlinien eine besondere Rolle. Ich werde mich auch deshalb exemplarisch auf die Darstellung entsprechender Programme beschränken. Programme dieser Art wurden vor allem in den USA entwickelt. Allerdings gibt es auch eine noch nicht ganz abgeschlossene Studie zu einem Anti-Depressions- und Angstprogramm, das in Dresden in Zusammenarbeit mit dem Public Health Verbund durchgeführt wird. Im Mittelpunkt dieser Programme stehen Maßnahmen, die man aus verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen kennt: Aufbau angenehmer Aktivitäten, Vermehrung positiver Gedanken, Stärkung sozialer Fertigkeiten, Ausweitung interpersoneller Kontakte, Übermittlung von Kenntnissen zum Störungsbild u.a.m. Im Ergebnis sind diese Programme erfolgreich gewesen und dabei insbesondere bei Risikogruppen von leicht depressiven Personen.

Auch depressive Verstimmungen und Demoralisierungen gelten als eine Art von epochaler Erscheinung. Dennoch mangelt auch all diesen Programmen der Bezug zu dem auch gesellschaftlich bedingten Nährboden dieser Gefühlswelt. Postmoderne Beliebigkeiten, unsichere soziale Sicherheit und unklare Zukunftsperspektiven könnten immerhin schon vorhandene Orientierungs- und Hoffnungslosigkeiten vieler Menschen verstärken. Sie zu thematisieren, wäre von daher sinnvoll. Dabei sind Rückgriffe auch auf gängige Depressionsbehandlungsprogramme möglich, die u.a. auch Lebenspläne und Perspektiven thematisieren.³⁵

Beenden wir den kurzen Einblick in den Fundus

der gemeindepsychologischen Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung, aber nicht ohne den Hinweis, dass noch wesentliche weitere Bereiche zu thematisieren wären. Hierzu gehören vor allem *Entwicklungsinterventionen*, die Risikofamilien helfen, optimale Sozialisationsbedingungen zu schaffen. Diese präventiven Maßnahmen sind aus zwei Gründen erwähnenswert: Zum ersten konnten Langzeitwirkungen dieser Programme beschrieben werden wie sonst nirgendwo. Durch kognitive und emotionale Anreicherungsmaßnahmen, Aufklärungsgespräche und wenig intensive sozialarbeiterische Hilfen konnten noch 25 Jahre nach Abschluss der Interventionen Effekte im Bereich Einkommen, beruflicher Status und Delinquenzraten nachgewiesen werden. Zum zweiten wurden diese Programme im Kontext des Kampfes gegen die Armut entwickelt; ein auch in der Postmoderne leider sehr aktuelles Anliegen.³⁶

Zusammenfassung und Ausblick

Welches Ergebnis hat nun die weite Reise durch das Land der gemeindepsychologischen Möglichkeiten gebracht? Am Ende könnten folgende Erkenntnisse für die Beratungspraxis und Theorie stehen:

1. Gemeindepsychologische Zugänge sind ein probates Mittel, um bestehende, ganz unterschiedliche Arten von Beratungspraxis in bestimmter Weise zu kontextualisieren, zu rechtfertigen und durch konkrete Handlungsformen zu unterstützen.
2. Diese Kontextualisierungsbemühungen beschränken sich allerdings stark auf die Analyse und Pflege sozialer Welten wie soziale Netzwerke und Klimata in Organisationen. Immerhin werden dadurch auch Spezifizierungen dessen möglich, was gemeindenaher Bera-

³⁵ Herrle & Kühner (1994)

³⁶ Bryant & Graham (1994); Offord (1996)

tung ausmachen kann.

3. Zu den wichtigen Beiträgen der Gemeindepsychologie gehört die Unterstützung einer ressourcenorientierten Beratung, die nicht nur vielfältige interne Besitztümer fasst und dabei auch sinnstiftend sein kann, sondern auch externale Güter als Voraussetzung für ein menschenwürdigen Lebens ansieht.

4. Der eigentliche Fundus der Gemeindepsychologie für die Beratungspraxis ist im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zu suchen. Hier sind zahlreiche konkrete Vorgehensweisen schon übernommen worden, weitere harren auf ihre Rezeption.

5. Die dritte Frage, also jene nach den möglichen Hilfen durch gemeindepsychologische Perspektiven bei der Lösung der eingangs ange deuteten postmodernen Probleme, konnte nur in einer eher unbefriedigenden Weise beantwortet werden. Das pragmatische Chaos der postmodernen Beratungspraxis wird wohl noch eine Weile bestehen bleiben. Daran werden auch die erbrachten Hinweise auf Themen wie die Reduktion von Komplexität durch Problemlösen, Reflexion des Biographischen bei Stressbewältigungen u.a.m. wohl kaum etwas ändern.

Dies mag aber insgesamt dennoch dazu ermutigen, die Reise in gemeindepsychologische Gefilde häufiger zu unternehmen und dies vielleicht auch in jeweils anderer Begleitung. So könnte die gemeindepsychologische Perspektive nicht nur programmatisch etwas mehr Raum in der Beratungspraxis gewinnen. Will man sie zu einem selbstverständlichen Bestandteil nicht nur der Beratungspraxis machen, so müssen sicherlich einige dafür notwendige Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu gehört zunächst, dass die Aus- und Fortbildung in diesem Bereich intensiviert wird. Solange an den Hochschulen

dieses Fach so selten gelehrt wird, solange werden auch gemeindepsychologische Fortbildungsangebote kaum als attraktiv empfunden werden. Es wird auch darum gehen, alle Kräfte und Organisationen zu bündeln, die in gemeindepsychologischen Reflexionen und Handlungsformen eine Bereicherung der psychosozialen Praxis sehen.³⁷

Um die Gemeindepsychologie aus ihrer Marginalität zu befreien, bedarf es darüber hinausgehender Schritte. Diese können gerade jetzt getan werden. Ganz offensichtlich zeichnen sich national und auch international Tendenzen ab, in der Gesundheitsversorgung eine präventive Wende einzuführen. In der Bundesrepublik zeugt die Novellierung des § 20 des Sozialgesetzbuches V ebenso davon wie die schon erwähnte, vom Parlament in Auftrag gegebene Expertise zur Gesundheitsförderung. Ähnlich wie in England schon geschehen, wird es bei diesen Bemühungen darum gehen, auch der Förderung der psychischen Gesundheit zu einer herausragenden Position zu verhelfen. Getragen auch von Leitsätzen der Weltgesundheitsorganisation, werden im Dezember dieses Jahres die World Mental Health Organization und die Clifford Beer's Foundation darüber beraten, welche auch transnationalen Strategien hierfür notwendig sind. Man kann davon ausgehen, dass es zu einer engen Verzahnung allgemeiner und spezifischer Formen der Gesundheitsförderung kommen wird.³⁸ Auf diese Weise kann auch die Prävention psychischer Störungen und die Förderung der psychischen Gesundheit in ein umfassendes politisches Programm eingebunden werden. Man kann darauf hoffen, dass Beratungsdienste, ihre Träger und

³⁷ Dazu gehört im Übrigen auch eine enge Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis (GGFP; <http://www.ggfp.de>).

Interessenverbände bei diesen Reformbemühungen eine sehr wichtige Rolle spielen werden.

³⁸ Nestmann (1997b)

Literatur

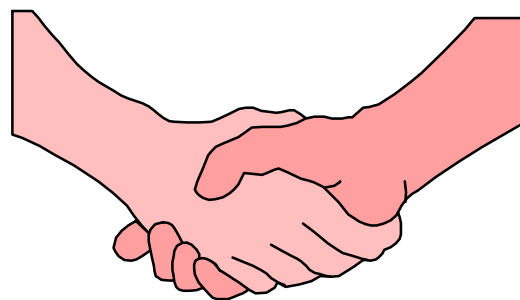
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bastine, R. (1995). Scheidungsmediation - Ein Verfahren psychologischer Hilfe. In Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (Hrsg.), *Scheidungs-Mediation. Möglichkeiten und Grenzen*. Münster: Votum.
- Bergmann, C. (1999). Kinder- und Jugendhilfe in Zeiten leerer Kassen. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Heft 3*, 9-13.
- Bodenmann, G. (1999). Prävention und Gesundheitsförderung in der Partnerschaft: Das Freiburger Stresspräventionstraining. In B. Röhrlé & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 345-368). Tübingen: DGVT.
- Braecker, S. & Wirtz-Weinrich, W. (1991). *Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. Handbuch für Interventions- und Präventionsmöglichkeiten*. Weinheim: Beltz.
- Bryant, D. M. & Graham, M. A. (Eds.) (1994). *Implementing early intervention*. New York: The Guilford Press.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (1998). *Erziehungs- und Familienberatung in Zahlen. Einrichtungen in den alten und in den neuen Bundesländern*. Fürth: bke.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (1999). Kinder- und jugendpolitische Herausforderungen. bke-Stellungnahme aus Anlaß des Zehnten Kinder- und Jugendberichts. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Heft 1*. Fürth: bke.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (2000). *Grundlagen der Beratung. Fachliche Empfehlungen, Stellungnahmen und Hinweise für die Praxis*. Fürth: bke.
- Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend (1994). *Bestandsaufnahme in der Institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Schriftenreihe Band 48.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D., Price, R. H. & van Ryn, M. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology, 74*, 759-769.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high-school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 312-321.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D.E., Barrett, P. M. & Laurens, K. R. (1997). Prevention and Early Intervention for Anxiety Disorders: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 627 - 635.
- Dorenberg, B., Moeser-Jantke, F., Schall T. U. & Dorenberg, B. (1998). *Der Beratungsführer*.
- Duffy, K. G. & Wong, F. Y. (1999). *Community Psychology*. New York: Prentice Hall.
- Duncan, S. W. & Markman, H. J. (1996). Intervention programs for the transition to parenthood: Current status from a prevention perspective. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *Transition to parenthood: Current theory and research*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*, 115-152.
- Engel, F. (1997). Dacapo – oder moderne Beratung im Themenpark der Moderne. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 179-216). Tübingen: DGVT.

- Fthenakis, W. E., Walbiner, W. & Wolf, J. (1995). Gruppeninterventionsprogramme für Kinder. Weinheim: Beltz.
- Hahlweg, K. (1999). Förderung von Beziehungskompetenz und Prävention von Beziehungsstörungen. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 369-398). Tübingen: DGVT.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998). *Anti-Streß-Training für Kinder (AST)*. Weinheim: PVU.
- Hanewinkel, R. (1999). Prävention von Gewalt an Schulen. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 135-160). Tübingen: DGVT.
- Hanson, A. H. & Gidycz, C. A. (1993). Evaluation of a Sexual Assault Prevention Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1046-1052.
- Harris A. H., Thoresen, C.E., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (1999). Spirituality and religiously oriented health interventions. *Journal of Health Psychology*, 4, 413-433.
- Heinze, R. G. & Keupp, H. (1997). *Gesellschaftliche Bedeutung von Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit*. Gutachten für die „Kommission für Zukunftsfragen“ der Freistaaten Bayern und Sachsen.
- Henrich, G., de Jong, R., Mai, R. & Revenstorf, D. (1979). Aspekte des therapeutischen Klimas - Entwicklung eines Fragebogens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 41-55.
- Herrle, J. & Kühner, C. (1994). *Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P. M. Lewinsohn*. Weinheim: PVU.
- Hermer, M. (Hrsg.) (1995). *Die Gesellschaft der Patienten*. Tübingen: DGVT.
- Hesse, S. (1993). *Suchtprävention in der Schule*. Opladen: Leske + Budrich.
- Jaede, W., Wolf, J. & Zeller-König, B. (1996). *Gruppentraining mit Kindern aus Trennungs- und Scheidungsfamilien*. Weinheim: Beltz.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. & Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Johns, I. & Marquardt-Mau, B. (1995). Sensibel sein für Kinder. Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern zum Thema sexuelle Kindesmißhandlung. In B. Marquardt-Mau (Hrsg.), *Schulische Prävention gegen sexuelle Kindesmißhandlung* (S. 262-282). Weinheim: Juventa.
- Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Streß*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kelly, J. A., & Murphy, D. A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. Special Issue: Behavioral medicine: An update for the 1990s. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 576-585.
- Keupp, H. (1992). Von einer „Gemeinde“ in die nächste? - Kontinuitäten und Differenzen religiöser Herkunft und gemeindepsychologische Identität. In I. Böhm, T. Faltermaier & U. Flick (Hrsg.), *Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Werkstattbuch* (S.45-61). Freiburg: Lambertus.
- Keupp, H. (1994). *Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. Gemeindepsychologische Perspektiven*. München: Quintessenz.
- Keupp, H. (1998). *Zivilgesellschaft und soziale Dienste*. Vortrag am 26.11.1998 beim 23. Tübinger Sozialpädagogiktag in Tübingen.
- Klann, N., Hahlweg, K., Janke, M. & Kröger, C. (2000). *Beratungsstellen als Seismografen für Veränderungen in der Gesellschaft – Pilotprojekt*. Bonn: Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung e.V. (Hrsg.). Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Kleiber, D., Beckmann, H. & Pforr, P. (1991). *AIDS-Prävention bei Jugendlichen*. Heidelberg: Asanger.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus A. (1998). *Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter*. Göttingen: Hogrefe.

- Klingman, A., & Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*, 16, 121-140.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, T. (1992). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs (Kurzfassung)*. Köln: BZGA.
- Kurz-Adam M. (1995a). Zwischen Dogmatik, Normalität und Vielfalt. Konzeptdiskussionen in der Erziehungsberatung in Westdeutschland. In M. Kurz-Adam & I. Post (Hrsg.), *Erziehungsberatung und Wandel der Familie* (S. 32-39). Opladen: Leske+Budrich.
- Kurz-Adam, M. (1995b). Modernisierung von innen? Wie der gesellschaftliche Wandel die Beratungsarbeit erreicht. In M. Kurz-Adam & I. Post (Hrsg.), *Erziehungsberatung und Wandel der Familie* (S. 175-195). Opladen: Leske+Budrich.
- Kurz-Adam, M. (1999). Selbstbewusste Unordnung. Vom Umgang mit der Vielfalt in der Beratungsarbeit. In L. Marschner (Hrsg.), *Beratung im Wandel* (S. 77-89). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- LaFromboise, T. & Howard-Pitney, B. (1995). The zuni life skills development curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 479-486.
- Lenz, A. (2000). Förderung sozialer Ressourcen – eine gemeindepsychologische Perspektive. *Gruppendynamik*, 31, 277-302.
- Lenz, A. (im Druck). *Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie - Entwicklungen, empirische Befunde und Handlungsperspektiven*. Weinheim: Juventa.
- May, V. M., Albee, G. W. & Schneider, S. F. (Eds.) (1990). *Primary prevention of AIDS. Psychological approaches*. London: Sage.
- McGuire, J. C. & Gottlieb, B. H. (1979). Social support groups among new parents: An experimental study in primary prevention. *Journal of Clinical Child Psychology*, 8, 111-116.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Müller, B. (1996). Postmoderne Beratung oder: Anything goes? Über die Notwendigkeit und die Konsequenzen einer Integration von Erziehungsberatung in die Jugendhilfe. In P. Dillig & H. Schilling (Hrsg.), *Erziehungsberatung in der Postmoderne* (S. 247-262). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Munoz, R. F. & Ying, Y. (1993). *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Nestmann, F. (1997a). Beratung als Ressourcenförderung. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 15-38). Tübingen: DGVT.
- Nestmann, F. (1997b). Big sister is inviting you – counseling and counseling psychology. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 161-38). Tübingen: DGVT.
- Offord, D. R. (1996). The state of prevention and early intervention. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 329-344). Thousand Oaks: Sage.
- Olweus, D. (1995). *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten - und tun können*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Orford, J. (1992). *Community psychology*. New York: Wiley.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: Guilford.
- Pargament, K. I., Maton, K. I. & Hess, R. E. (Eds.) (1992). *Religion and prevention in mental health. Research, vision, and action*. Binghamton: Haworth.
- Parker, J. G. & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-

- accepted children at risk ? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Post, I. (1995). Ganzheitlich lebensweltorientiert. Entwicklungslinien, Anforderungen und Perspektiven zeitgerechter Erziehungsarbeit. In M. Kurz-Adam & I. Post (Hrsg.), *Erziehungsberatung und Wandel der Familie* (S. 163-172). Opladen: Leske+Budrich.
- Rappaport, J. & Seidman, E. (Eds.) (2000). *Handbook of community psychology*. New York: Plenum.
- Reschke, K. & Schröder, H. (2000). *Optimistisch den Streß meistern*. Tübingen: DGVT.
- Richards, P. S. & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington: APA.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.) (1999). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1998). *Netzwerkinterventionen*. Tübingen: DGVT.
- Roth, A., Möhrlein, H. & Röhrle, B. (1999). *Einsamkeit bewältigen. Manual zur Anleitung von Einsamkeits-Bewältigungs-Gruppen*. Tübingen: DGVT.
- Roth, M. (1994) Gemeindefähige Arbeitsweisen an Erziehungsberatungsstellen. In H. Cremer, A. Hundsalz & K. Menne (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Band 1 (S. 239-252). Weinheim: Juventa.
- Sandler, I. N., West, S., Baca, L., Pillow, D. R., Gersten, J. C., Rogosch, F., Virdin, L., Beals, J., Reynolds, K. D., Kallgren, C., Tein, J.-Y., Cole, E. & Ramirez, R. (1992). Linking empirically based theory and evaluation: The family bereavement program. *American Journal of Community Psychology*, 20, 491-521.
- Schneewind, K. A. (1990). *Kinder Ja oder Nein? Eine Gesprächsgruppe zur Klärung einer wichtigen Lebensfrage. Manual*. München: Institut für Psychologie der Universität.
- Schröder, H. (1999). Chancen und Risiken der Persönlichkeitsentwicklung im gesellschaftlichen Wandel. In L. Marschner (Hrsg.), *Beratung im Wandel* (S. 13-28). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Schrödter, W. (1997). Zum Konzept der Beratung als integrierter Bestandteil der psychosozialen Versorgung. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S. 715-90). Tübingen: DGVT.
- Schubert, F.-C. (1999). Lebensweltorientierte Beratung. Ein sozial-ökologisches Denk- und Handlungsmodell. In L. Marschner (Hrsg.), *Beratung im Wandel* (S. 104-129). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Scileppi, J. A., Torres, D. R., & Teed, E. L. (1999). *Community Psychology: Common Sense Approach to Mental Health*. New York: Prentice Hall.
- Seligman, M. E. P. (1995). *The optimistic Child*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Siewert, H. H. (1983). *Scheidung - Wege zur Bewältigung*. Materialien für die psychosoziale Praxis. München: Urban & Schwarzenberg.
- Spirito, A., Overholser, J., Ashworth, S., Morgan, J., Benedict-True, C. (1988). Evaluation of a suicide awareness. Curriculum for highschool students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 705-711.
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Strauß, B. & Geyer, M. (Hrsg.) (2000). *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Teuber, K., Stiemert-Strecker, S. & Seckinger, M. (Hrsg.) (2000). *Qualität durch Partizipation und Empowerment. Einmischungen in die Qualitätsdebatte*. Fortschritte der Gemeindepsychologie, Band 6. Tübingen: DGVT.
- Thiersch, H. (1997). Soziale Beratung. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S.99-110). Tübingen: DGVT. 1997.

- Tremblay et al. (1992) Parent and child training to prevent early onset of delinquency: The Montreal Longitudinal-Experimental Study. In J. McCord & R. E. Tremblay, (Eds.), *Preventing antisocial behavior. Interventions from birth through adolescence* (pp. 117-138). New York: Guilford.
- Trojan, A. & Legewie, H. (1999). *Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen. Die salutogenetische Perspektive im Politikfeld Gesundheit und Umwelt*. TAB-Gutachten im Auftrag des Deutschen Bundestages. Universität Hamburg, Technische Universität Berlin.
- Wandersman, A. & Florin, P. (2000). Citizen Participation and Community Organizations. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. New York: Plenum.
- Widmaier, C. (1981). *Partizipation und kommunale Psychiatrie. Bürgerbeteiligung an gemeindepsychiatrischen Programmen in den USA*. Frankfurt, a.M.: Campus.
- Willutzki, U. (2000). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie - eine „neue“ Perspektive?. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 193-212). Tübingen: DGVT.
- Winkler, M. (1996). Postmoderne: Risiken und Chancen. In P. Dillig & H. Schilling (Hrsg.), *Erziehungsberatung in der Postmoderne* (S. 13-34). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Zimmerman, M. A. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 725-750.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. New York: Plenum.



Evaluation des Einsamkeits-Bewältigungs-Programms (EBP) in einer psychiatrischen Stichprobe

Günter Förtsch & Cornelia Penzek

Zusammenfassung

Die Bedeutung von Einsamkeit für die psychologische Forschung und Therapie wird bis heute unterschätzt. Dies trotz vieler Befunde, die zwar gegensätzlich sind, aber doch für eine weite Verbreitung der Problematik und auch dafür sprechen, dass es sich hierbei um beachtlichen Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen handelt.

Die vorliegende Studie ist der erste Versuch, den zusätzlichen Beitrag einer einsamkeitsspezifischen Intervention über die kognitiv-behavioralen therapeutischen Maßnahmen einer Psychotherapiestation hinaus einzuschätzen. Zwanzig Klienten mit vorwiegend affektiven Diagnosestellungen wurden zufällig in eine Versuchs- und Kontrollgruppe aufgeteilt, wobei die Versuchsgruppe an den zehn Einheiten des Einsamkeits-Bewältigungs-Programms (Roth, Möhrlein & Röhrle, 1999) teilnahm. Die Evaluation im Versuchs-Kontrollgruppenvergleich erfolgte mithilfe einer umfangreichen Fragebogenbatterie (Multidimensionaler Einsamkeitsfragebogen [MEF], Rasch-Einsamkeitsskala, Fragebogen zur Sozialen Unterstützung [F-Sozu], Beck Depressions Inventar [BDI], Inventar zur Selbstkommunikation bei Erwachsenen einschließlich des Zusatzinventars [ISE & ISE-Z], Netzwerkorientierungsfragebogen [NOF], Affect-Balance-Scale [AB-S]) über drei Messzeitpunkte (Prä, Post und Follow-Up nach zwei Monaten). Die Ergebnisse zeigen, dass die Intervention sowohl kurz als auch mittelfristig Verbesserungen in beinahe allen Variablen zusätzlich zum stationären Behandlungsprogramm erbrachte. Besonders effektiv erwies sich das EBP hinsichtlich der globalen Einsamkeit, der sozialen Unterstützung, der Wertschätzung anderer und der Kontaktorientierung. Ferner konnte auch die depressive Symptomatik positiv beeinflusst werden.

Schlüsselwörter: Einsamkeit, Intervention, Evaluation, Depression, soziale Unterstützung, soziales Netzwerk, Einsamkeits-Bewältigungs-Programm (EBP)

Abstract

The meaning of solitude for the psychological research and therapy is up to now a days underestimated. Results are contrary but are pointing all in all at the fact that loneliness is a far distributed problem and has to be seen as a relevant risk factor for the development of mental disorders.

The study on hand is the first trial to evaluate the additional contribution of loneliness specific intervention in the context of cognitive-behavioral strategies on a psychotherapeutic inpatient unit. Twenty patients with dominantly affective disorders were divided by random in a control group and an intervention group. The intervention group attended to a ten session program to cope with loneliness (Roth, Möhrlein, & Röhrle, 1999). The evaluation of the comparison of control- and intervention group was done by using a vast battery of questionnaires (Multidimensional Loneliness Questionnaire [MEF], Rasch-Loneliness-Scale, Social Support Questionnaire [F-Sozu], Beck Depression Inventory [BDI], Inventory for the assessment of self-related communication with adjunct [ISE & ISE-Z], Network Orientation Questionnaire [NOF], Affect-Balance-Scale [AB-S]) over three measurement points (Pre, Post und Follow-Up after two month). Results are showing that the inpatient intervention program produced short term effects as well as medium-term improvements in nearly all variables. The program was especially effective in reducing global loneliness, strengthening social support, the appreciation of other persons and orientation towards social contacts. The depressive symptomatology also could further be influenced positively.

Keywords: Loneliness, Intervention, Evaluation, Depression, Social Support, Social Network, Program to Cope with Loneliness

1 Einleitung

Bis heute ist das Potential der Einsamkeitsthematik für die therapeutische Arbeit weitgehend unausgeschöpft. So fand „Einsamkeit“ als psychische Problematik an sich im Verhältnis zu den nach DSM-IV und ICD-10 diagnostizierbaren, „harten“ Störungen bisher kaum Berücksichtigung im Bereich der Therapieforschung. Und dies obwohl nach dem bisherigen Forschungsstand auch stärker ausgeprägte Formen der Einsamkeit ein weit verbreitetes Phänomen darstellen, welches die Prävalenzen anderer diagnostizierbarer Störungen teilweise weit übersteigt: Emnid (1992, zitiert nach Schwab, 1997) berichtet aus einer Umfrage im Jahr 1991 von 5% Bundesbürgern, die sich „oft“ oder „sehr oft“ einsam fühlten. Zusätzlich ist der Zusammenhang von Einsamkeit mit zahlreichen anderen psychischen Störungen belegt, so dass sich auch von daher die Frage aufdrängt: Kann eine psychologische Bearbeitung von Einsamkeit überhaupt - und wenn ja wie - nutzbringend in die Psychotherapie eingebunden werden? Und, bei welchen psychischen Problemen ist eine solche Einbindung sinnvoll? Auf diesem Hintergrund stellt die vorliegende Diplomarbeit ein Novum dar. Denn erstmals wurde hier der Versuch unternommen den therapeutischen Nutzen einer einsamkeits- und zielgruppenspezifischen Intervention vor allem quantitativ einzuschätzen. Dabei wurde das Einsamkeitsbewältigungsprogramm von Roth, Möhrlein und Röhrle (1999) mit vorwiegend depressiven Klienten einer psychotherapeutischen Station des psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen sowie mit Insassen der Jugendanstalt Hameln durchgeführt. Im folgenden Artikel soll nur auf die Untersuchung der psychiatrischen Zielgruppe eingegangen werden.

2 Theorie

Die psychologische Forschung hat gerade auch aufgrund ihrer zahlreichen theoretischen Zugänge eine Fülle an verschiedenen Definitionen des Einsamkeitskonstrukts hervorgebracht. In der Beschreibung des Phänomens selbst findet sich jedoch über die meisten Autoren hinweg immer wieder ein gemeinsames Element: Das subjektiv als leidvoll empfundene Nicht-Eingebundensein der betroffenen Person.

Daneben hat sich mit Weiss (1973, zitiert nach Schwab, 1997) in den letzten beiden Jahrzehnten die Unterscheidung von zwei Dimensionen der Einsamkeit durchgesetzt: Während emotionale Einsamkeit das empfundene Fehlen tiefer emotionaler Bindungen wie z.B. enger Freundschaften oder fester Partnerbeziehungen meint, bezieht sich soziale Einsamkeit auf weniger intime Beziehungen wie beispielsweise Bekanntschaften aufgrund gemeinsamer Hobbies. Gerade im deutschsprachigen Raum gibt es eine Tendenz neben diesen beiden Facetten zusätzlich den Aspekt der „solitude“ (Roth & Röhrle, 1996) bzw. der „Unfähigkeit zum Alleinsein“ (Schwab, 1997) zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang stellt vor allem der Begriff der „solitude“ einen Versuch dar, nicht nur leidvolle, defizitäre sondern auch erfüllende und damit salutogenetisch bedeutsame Einsamkeitselemente stärker in den Vordergrund zu rücken. Ein Aspekt, der gerade auch im Einsamkeitsbewältigungsprogramm (EBP) von Roth, Möhrlein und Röhrle (1999) einen zentralen Platz einnimmt.

2.1 Implikationen einzelner Einsamkeitskonzeptionen für die vorliegende Intervention

Die Grundauffassung *humanistisch-psychologischer Ansätze* sowohl Einsamkeit als auch zwischenmenschliche Beziehungen als notwendige Bedingungen menschlicher Existenz anzusehen (Roth & Röhrle, 1996), bildet die Basis der hier durchgeführten Intervention. Dies

schlägt sich in einer therapeutischen Haltung nieder, die einerseits die wertschätzende Wahrnehmung drängender Wünsche und Bedürfnisse zur bzw. in der Einsamkeit fördert, andererseits aber auch zur Herausbildung einer eigenverantwortlichen „Selbstöffnungskultur“ anregen will. In diesem Zusammenhang spielt auch die Unterstützung der Klienten bei der konstruktiven Veränderung ihres beziehungsverhindernden Konzepts vom nicht liebenswerten Selbst (Rogers, 1990) eine wichtige Rolle. Für den Umgang mit negativem Einsamkeitserleben wurde bei der Interventionsdurchführung weiterhin eine klientenzentrierte, therapeutische Haltung integriert, die das individuelle Leiden des Klienten als gezieltes, bisher unverstandenes Drängen auf eine spezifische Problemlösung hin versteht (Hartmann, 1996).

Der Fokus *psychodynamischer Ansätze* bei der Therapie von Einsamkeit auf der Aufarbeitung frühkindlicher Trennungserfahrungen (Roth & Röhrle, 1996) konnte in die vorliegende Studie nur insoweit integriert werden, als negative Einsamkeit fördernde Verhaltensweisen im Hinblick auf ihre positiven – insbesondere protektiven – Auswirkungen im Zusammenhang früherer Erfahrungen gewürdigt wurden. Dagegen eröffnet Wieland-Burston (1995) mit der Betonung, dass einsame Menschen nicht nur an mangelnder Zuwendung anderer sondern auch an den fehlenden Möglichkeiten leiden, anderen Zuneigung und Verständnis zu schenken, neben der „solitude“ einen weiteren, für die Intervention nutzbaren Ressourcenraum der Klienten. So stellt das Ansprechen der Bedürfnisse nach produktiver Mitgestaltung von Beziehung neben der Berücksichtigung des rezeptiven Bedürfnisses nach erfüllenden Beziehungen ein zentrales Element der vorliegenden Intervention dar.

Für die Einsamkeitsforschung über die letzten Jahrzehnte bestimmend waren allerdings die in

ihrer Vielfalt hier nicht darstellbaren *kognitiv-behavioralen* Konzeptionen und damit einhergehende empirische Befunde. Letztere sollen – soweit für die vorliegende Intervention relevant – im folgenden Abschnitt abgehandelt werden. Hinsichtlich der Konzeptionen sei an dieser Stelle nur kurz auf Folgerungen aus zwei in diesem Bereich anzusiedelnde, einflussreiche Einsamkeitstheorien eingegangen. Die Diskrepanztheorie der Einsamkeit (Perlman & Peplau, 1981, zitiert nach Schwab, 1997) benennt zwei Ansatzpunkte für spezifische Interventionen. Zum einen kann der Versuch unternommen werden zu Einsamkeit führende, dysfunktionale Kognitionen zu verändern, zum anderen können die vorhandenen sozialen Beziehungen selbst im Fokus der Bemühungen stehen. So setzt auch jede der im EBP geplanten Interventionsmaßnahmen direkt oder indirekt an einem dieser beiden Punkte an. Hilfreich für ein Verständnis der Bandbreite verschiedener Gefühlsqualitäten im Einsamkeitserleben ist weiterhin das Prototypenkonzept von Horowitz, French & Anderson (1982): Als zentral für einsame Menschen werden hier Gefühle des Isoliert-, Getrennt- und Ausgeschlossenenseins aber daneben auch der Wertlosigkeit, Unterlegenheit sowie depressive Gefühle genannt. Damit ist bereits die besondere Bedeutung von einsamkeitsspezifischen Interventionen wie der hier durchgeführten für Klienten mit depressiven Störungen angedeutet.

Neben diesen drei Perspektiven haben sich im Einsamkeitsbereich außerdem *Soziale-Kompetenz-Theorien* bewährt. Ihr gemeinsamer Nenner ist, dass Einsamkeit zumindest zum Teil durch mangelnde soziale Kompetenzen verursacht wird (Schwab, 1997). Dabei werden aktuell unter diesen Begriff nicht mehr nur Fertigungsdefizite sondern auch mangelndes Wissen um die situationale Angemessenheit sozialer Interaktionen sowie Einstellungskomponenten –

beispielsweise die Motivation zur Ausführung sozialer Handlungen – gefasst (Möhrlein & Röhrle, 1996). Dieser Ansatz schlägt sich innerhalb des EBP in verschiedenen Methoden zur Entwicklung und Übung alternativer Verhaltensweisen wie z.B. in Rollenspielen zum Thema „Konflikte in intimen Beziehungen“ nieder.

Neben diesen prinzipiellen Einsamkeitskonzeptionen verschiedener psychologischer Schulen fokussierte die Einsamkeitsforschung vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten auf einzelne Korrelate und mit Einsamkeit in Zusammenhang stehende psychologische Konstrukte. In den folgenden beiden Unterpunkten sollen diese soweit für die vorliegende Untersuchung relevant näher erläutert werden.

2.2 Relevante Korrelate der Einsamkeit

Für die *geschlechterspezifische Hypothese*, Einsamkeit sei bei Frauen eher mit emotionaler und bei Männern eher mit sozialer Isolation verbunden (Shaver & Buhrmester, 1983, zitiert nach Schwab, 1997), liegen bisher kaum Belege vor, so dass im Hinblick auf die im Umfeld psychiatrischer Störungen zu erwartende größere Anzahl an betroffenen Frauen keine entsprechenden Schlussfolgerungen z.B. im Sinn einer Betonung der emotionalen Einsamkeit gezogen werden können.

Typischerweise erreicht die Intensität erlebter Einsamkeitsgefühle ihren Höhepunkte in der späten Adoleszenz (Rubenstein & Shaver, 1982, zitiert nach Schwab, 1997) und geht damit dem durchschnittlichen *Altersbeginn* insbesondere depressiver und zahlreicher Angststörungen vorher. Bei den Klienten der vorliegenden Untersuchung ist deshalb eine Chronifizierung der Einsamkeitsproblematik zu erwarten, welche zudem durch andere psychische Störungen überlagert wird.

Sowohl Einsamkeit (Rubenstein et al., 1980)

als auch psychische Störungen (Stansfield, Held & Marmot, 1998) treten in unteren *sozialen Schichten* verstärkt auf. Zur Bewältigung der in einem solchen Zusammenhang zu erwartenden Vielzahl an Stressoren ist eine Erweiterung qualitativer und quantitativer Aspekte des sozialen Netzwerks im Hinblick auf individuell angemessenere soziale Unterstützung als förderlich zu betrachten. Netzwerkpflege und -erweiterung sind auch aus diesem Grund ein Hauptanliegen der hier unternommenen Intervention.

2.3 Relevante psychologische Konstrukte im Zusammenhang zu Einsamkeit

Sowohl Einsamkeit (Elbing, 1991) als auch psychische Erkrankungen (Faust, 1981) sind mit *Vorurteilen* wie gesellschaftlicher Skepsis und der Tabuisierung eines offenen Austausches konfrontiert. Ziel verschiedener Methoden der Intervention ist es, dass sich die Klienten in ihrer Einsamkeit annehmen, den Orientierungswert ihrer Einsamkeitsempfindungen erkennen und sich aus diesem Selbstbewusstsein heraus auch gegenüber vorurteilsbesetzten Haltungen vertreten können.

Neben diesen von außen an einsame und psychisch kranke Personen herangetragenen negativen *Einstellungen* ergaben sich auch Belege dafür, dass einsame Menschen in Beziehungen weniger wertschätzend oder sogar feindseliger interagieren (Schwab, 1997), was mit Lindenauer (1970) als Selbstschutzverhalten auf dem Hintergrund vergangener Ablehnungserfahrungen verstehbar ist. Zum Teil ähnlich interpretiert werden die Tendenzen depressiver Klienten insbesondere in nahen Beziehungen vermehrt verdeckte Hostilität an den Tag zu legen (Wolfersdorf & Kiefer, 1998; Bloeschl, 1994). Innerhalb der Intervention wird der Versuch unternommen anhand von auftretenden oder eingebrachten Konflikten die Klienten darin zu

üben derartiges Verhalten bzw. die damit einhergehenden Verletzungen wahrzunehmen, um sowohl einen offenen, wertschätzenden Austausch darüber zu ermöglichen als auch daraus hervorgehend weitere Beziehungswünsche zu klären.

Im Bereich der *Bindungsstile* werden von verschiedenen Forschern oft Trennungserfahrungen (Schwab, 1997) in der frühen Kindheit mit Einsamkeit in Verbindung gebracht, während ein sicherer Bindungsstil als „Puffer“ gegen die Entwicklung psychischer Störungen gilt (Spangler & Zimmermann, 1995). Eine umfassende Bearbeitung dieser Thematik kann, wie bereits oben erwähnt, aufgrund zeitlicher Limitierungen nicht Ziel der vorliegenden Studie sein. Vielmehr sollen den Klienten verständnisfördernde Anstöße im Hinblick auf mögliche Schutzfunktionen einsamkeitsfördernden Verhaltens und Anregungen für eine weitere Bearbeitung der Thematik im stationärtherapeutischen Kontext gegeben werden.

Attributionsstile bilden sowohl im Einsamkeits- als auch Depressionsbereich einen Forschungsschwerpunkt. Während depressive Menschen bei Misserfolg generell internal, stabil und global attribuieren (Sweeney, Anderson & Bailey, 1986), gilt dies für einsame Menschen nur bei sozialem Misserfolg (Schwab, 1997). Neben der Bearbeitung konkreter dysfunktionaler Attributionen im kognitiv-therapeutischen Rahmen lässt sich für die Intervention folgendes ableiten: Die erwähnten Attributionsstile stehen einer verantwortlichen Haltung gegenüber selbstinitiierten therapeutischen Veränderungen entgegen; eine therapeutische Aufgabe ist es deswegen, die Klienten dazu anzuregen, ihre vorhandene Verantwortlichkeit für Veränderungen wahrzunehmen und zu erweitern.

Im Bereich *sozialer Kompetenz* zeigen einsame Menschen weniger Selbstöffnung (Derlega, 1987), eine geringere Kompetenz der Bezie-

hungsinitiierung und -vertiefung (Wittenberg & Reis, 1986) sowie ein geringeres soziales Interesse (Joubert, 1987). Für die Entwicklung depressiver Störungen gelten geringere soziale Kompetenzen als Vulnerabilitätsfaktor (Vanger, 1987), wobei die eigene negative Einschätzung dieser Kompetenzen eine bedeutendere Rolle spielt als das diesbezügliche Fremdurteil (Segrin, 1990) – s. kognitive Triade. Eine weitere hier relevante psychische Störung, die sich durch soziales Kompetenzdefizit auszeichnet, ist die soziale Phobie, bei der aus diesem Grund soziale Kompetenztrainings im Vordergrund therapeutischer Ansätze stehen. Bei der hier vorgestellten Intervention liegt der Fokus mehr auf motivationalen sozialen Kompetenz- denn auf Fertigungsdefiziten, was therapeutisch die Anregung zur Bewusstmachung und Erweiterung eigener Beziehungswünsche sowie das Ansprechen vorhandener Kontaktpotentiale impliziert. Daneben ist die Erarbeitung funktionalerer Konfliktlösungsstrategien Teil verschiedener therapeutischer Maßnahmen.

Analysen der *sozialen Netzwerke* einsamer Menschen ergaben sowohl eine geringere Größe und Dichte, wobei allerdings qualitative Defizite einen stärkeren Zusammenhang zu Einsamkeit aufwiesen (Roth & Röhrle, 1996). Auch bei depressiven Klienten wird von einer Verarmung des sozialen Netzwerks ausgegangen (Röhrle, 1994), die nicht nur durch einen negativistischen Bias beim Eigenurteil rückführbar ist (Lakey, Drew & Sirl, 1999). Unter der allgemeinen EBP-Zielsetzung (Roth, Möhrlein & Röhrle, 1999) von Pflege und Ausbau des bestehenden sozialen Netzwerks beziehen sich die jeweiligen Intervention auf die von jedem Teilnehmer individuell durchgeführte Netzwerkanalyse.

Ein zentraler negativer Zusammenhang (ca. -.50) zu Einsamkeit wurde für Variablen wie *Selbstwert*, Selbstkommunikation, etc. mehr-

fach repliziert (Kamath & Kanekar, 1993; Haines, Scalise & Ginter, 1993). Im Bereich der Depressivität stellen Defizite bei derartigen Konstrukte eine mindestens ebenso wichtige Komponente dar (Roberts & Monroe, 1994; Butler, Hokanson & Flynn, 1994); ähnliches gilt auch im Bereich der Angststörungen (Ehnholt, Salkovskis & Rimes, 1999). Aufgrund der Wichtigkeit der Selbstwertthematik sowohl für einsame als auch psychisch kranke Personen wurde dieser Problematik innerhalb des EBP ein eigenständiger Sitzungsblock „Beziehung zu sich selbst“ vorbehalten.

Bereits in den vorhergehenden Erläuterungen dürfte bereits deutlich geworden sein, dass Einsamkeit sich in weiten Teilen mit psychischen Störungen wie Depression überschneidet. Im folgenden Abschnitt sollen diesbezügliche direkte Zusammenhänge erläutert werden.

2.3 Einsamkeit & psychische Störungen

Die Überschneidungen von Einsamkeit und *Angststörungen* bestehen nach bisherigen Forschungsbefunden vor allem hinsichtlich der Angst abgelehnt zu werden (Mikulincer & Segal, zitiert nach Schwab, 1997). Daneben korreliert Einsamkeit mit sozialer Ängstlichkeit und Schüchternheit zu ca. .50 (Anderson & Harvey, 1988). Zentral für eine Einsamkeitsintervention innerhalb einer psychiatrischen Stichprobe ist deshalb ein vertrauensvolles Gruppenklima, in dem Ablehnungsprozesse minimiert bzw. nachbearbeitet werden und eine adäquate Feedbackkultur vorherrscht.

Ein gemeinsamer Varianzanteil von Einsamkeit und *Depression* von bis zu 40% wurde mehrfach repliziert (Schwab, 1997; Jackson & Cochran, 1991). Des Weiteren wird zum Teil von Einsamkeit als Vulnerabilitätsfaktor der Depression ausgegangen (Dill & Anderson, 1999). Bereits an anderer Stelle wurde über weitere Überschneidungen z.B. im Attributions-

und Netzwerkbereich und den sich daraus ergebenden Implikationen für die Intervention berichtet, auf die an dieser Stelle zurückverwiesen werden soll.

2.4 Bisherige einsamkeitsspezifische Interventionsansätze und ihre Evaluation

Die Anzahl bisheriger einsamkeitsspezifischer Evaluationsstudien kann zum jetzigen Zeitpunkt nur als ernüchternd bezeichnet werden.

Eine kognitiv-behaviorale Intervention, die hinsichtlich Umfang und Stichprobengröße mit dieser Studie vergleichbar ist, zeitigte signifikante Verringerung der Einsamkeitsmittelwerte in der Versuchsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe (Link, 1991). Ebenso vielversprechend für die vorliegende Untersuchung ist ein Befund von McWhirter und Horan (1996), dass netzwerkorientierte kognitiv-behaviorale Interventionsmaßnahmen sowohl auf soziale als auch auf emotionale Einsamkeit eine reduzierende Wirkung hatten.

Die bisher größte Evaluationsstudie (Schwab, 1997) bezog 69 Personen in eine klientenzentriert fundierte, im Umfang mit dieser Untersuchung vergleichbare Interventionsmaßnahme mit kognitiv-behavioralen Elementen ein. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen nicht nur in zentralen Einsamkeitsvariablen sondern auch relevante Veränderungen z. B. in den Bereichen Depressivität, Geringschätzung anderer und Kontaktangst.

In einer Pilotstudie zur Evaluation des EBP (Möhrlein, Roth & Röhrle, 1998), die mit einem Eigen-Wartegruppen-Design arbeitete wurden direkt im Anschluss an die Intervention bedeutsame Veränderungen im Bereich der sozialen Unterstützung festgestellt; zur Katamnese, 29 Wochen später fanden sich dann zudem signifikante Verbesserungen im Einsamkeitsbereich.

2.5 Das EBP

Das ursprüngliche EBP (Möhrlein, Roth und Röhrle, 1999) wurde in der vorliegenden Studie bis auf sprachliche Umformulierung sowie zum Zweck einer erhöhten Zielgruppenspezifität durch den Einbau des Themenblocks „Vorurteilen begegnen“ unverändert übernommen.

2.6 Hypothesen

Die obigen Erläuterungen zeigen deutlich, dass Einsamkeit insbesondere bei Klienten mit affektiven Störungen eine relevante und interventionswürdige Problematik darstellt. Bisherige einsamkeitsspezifische Interventionen erbrachten zwar signifikante Verbesserungen, jedoch ließen sie die Fragen der zielgruppenspezifischen Effektivität sowie möglicher Zusatzeffekte solcher Maßnahmen über allgemeine therapeutische Ergebnisse hinaus außer acht. Ersteres soll in der vorliegenden Untersuchung in Bezug auf psychiatrische Klienten mit vorwiegend affektiven Störungen untersucht werden. Zweiteres wird durch ein Setting beantwortet, in dem sowohl die Versuchs- als auch die Kontrollgruppe neben der Interventionsmaßnahme grundsätzlich in ein kognitiv-behaviorales und stationäres Therapieprogramm eingebunden sind.

Die zentrale Hypothese dieser Studie lautet, dass sich durch die Intervention die Einsamkeit der teilnehmenden Klienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe kurz- und mittelfristig stärker verringert. Darüber hinaus sollen aufgrund obiger Überlegungen in folgenden einsamkeitsrelevanten Konstrukten ebenfalls kurz- und mittelfristige positivere Veränderungen als in einer Kontrollgruppe erzielt werden: Soziale Unterstützung, Depressivität, Selbstkommunikation, Kontaktorientierung, Selbstöffnung, Wertschätzung und Geringschätzung anderer, quantitative und qualitative Aspekte des sozialen Netzwerks sowie allgemeines Wohlbefin-

den.

Daneben wurde prognostiziert, dass mit einer positiven Einschätzung der Intervention stärkere Verbesserung in den erhobenen Variablen einhergehen.

Als weitere Nebenhypothesen wurde prognostiziert, dass mit zunehmender Erfahrung der Interventionsleitung – also in der zweiten Interventionsgruppe – eine erhöhte Zufriedenheit der Klienten einhergeht.

3 Methoden

Stichprobe

Die Gesamtstichprobe besteht aus 33 Personen einer psychotherapeutischen Station eines psychiatrischen Krankenhauses, von denen 21 Personen der Kontrollgruppe und 12 der Versuchsgruppe angehören. Da von den 21 Personen der Kontrollgruppe 12 Personen und von den 12 Personen der Versuchsgruppe eine Klientin die Fragebogenbatterie nicht vollständig bearbeitete/n, gehen 20 der 33 Personen (61%) in die statistische Auswertung ein. Die Stichprobe setzt sich aus sieben männlichen und 13 weiblichen Teilnehmer/innen zusammen; der Altersmittelwert der Stichprobe liegt bei 34.8 ($SD = 9.3$) Jahren. Die Stichprobe weist im Vergleich zur Normalbevölkerung auffällige Mittelwerte in den Bereich der sozialen Einsamkeit ($p=.000$), der emotionalen Einsamkeit ($p=.000$), der Unfähigkeit zum Alleinsein ($p=.000$), der sozialen Unterstützung ($p=.004$), der Depressivität ($p=.000$) sowie hinsichtlich der positiven und negativen Selbstkommunikation auf.

Seitens der psychotherapeutischen Station lagen folgende Diagnosestellungen gemäß ICD-10 für die 20 in die Auswertung einbezogenen Klienten vor: Vier Mal eine depressive Episode, bei zwölf Personen eine affektive und komorbid eine Angststörung, bei zwei Personen eine af-

fektive und komorbid eine Persönlichkeitsstörung, bei einer Person eine affektive Störung, eine Angststörung und eine Persönlichkeitsstörung sowie bei einer Person eine Angststörung und eine schizoaffective Psychose. Insgesamt wurde 13 Mal die Erstdiagnose affektive Störung gestellt.

Design

Die Stichprobe wurde durch die Vorstellung des EBPs im Rahmen mehrerer stationärer Großgruppensitzungen geworben. Die Zuteilung der Klienten auf die Kontrollgruppe erfolgte anhand nachstehender organisatorischer Ausschlusskriterien: ein Verlassen der Station vor Ablauf der nächsten sechs Wochen bzw. mangelnde Mobilität sowie terminlich unkoordinierbare Überschneidungen mit dem stationären Therapieprogramm.

Die Interventionsmaßnahme erstreckte sich über fünf Wochen mit jeweils zwei ca. zweistündigen Sitzungen. Es wurden zwei Interventionsgruppen im Rahmen des stationären Settings mit sieben und fünf Klienten durchgeführt. Die Inhalte der einzelnen Einheiten sind in Tabelle 1 aufgeführt. Für eine ausführliche Erläuterung des EBPs sei auf Möhrlein, Roth und Röhrle (1999) verwiesen.

Tabelle 1 - EBP-Inhalte

Sitzung	Thema
1	Einführung, Wünsche & Erwartungen
2	Hinwendung zur Einsamkeit
3	Beziehung zu sich selbst, Alleinsein
4	Soziales Netzwerk – Netzwerkanalyse
5	Netzwerkorientierte Kognitionen
6	Problemlösen in Beziehungen
7	Gestaltung und Pflege sozialer Netzwerke
8	Aufnahme neuer Kontakte
9	Vorurteilen begegnen
10	Feedback & Abschluss

Die Interventionssitzungen wurden durch zwei Studierende der Psychologie mit abgeschlosse-

ner Grundausbildung in klientenzentrierter Psychotherapie geleitet; eine supervisorische Begleitung fand statt. Für die Untersuchung der Hypothesen wurde ein Kontrollgruppendesign mit drei Messzeitpunkten gewählt (s. Abb.1).

Abbildung 1 - Versuchsdesign

Zeit	t1	5 Wochen	t2	2 Monate	t3
VG	Stationäre Therapie + Intervention		Stationäre Therapie & evtl. ambulante Therapie infolge der Entlassung		
KG	Stationäre Therapie		Stationäre Therapie & evtl. ambulante Therapie infolge der Entlassung		

Zum Zeitpunkt t3 werden noch acht Personen der Interventionsgruppe und sechs der Kontrollgruppe in die statistische Auswertung einbezogen.

Fragebögen

Die zu untersuchenden Konstrukte wurden mit folgenden Messverfahren operationalisiert:

- ♦ Die *Rasch-Einsamkeitsskala* (RS-ES) nach De Jong-Gierveld (1985) in der deutschen Übersetzung von Elbing (1991) zur Erfassung der globalen Einsamkeit. Die Raschskalierung wurde im deutschsprachigen Raum bisher noch nicht repliziert.
- ♦ Der *Mehrdimensionale Einsamkeitsfragebogen* (MEF) nach Schwab (1997) mit den Unterskalen Soziale Einsamkeit, Emotionale Einsamkeit und Unfähigkeit zum Alleinsein weist mit .8 bis .9 als gut zu bezeichnende interne Konsistenzen auf. Schätzungen zur Retestreliaibilität liegen noch nicht vor.
- ♦ Die *Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung* (F-SOZU/K-22) nach Sommer & Fydrich (1988; 1989; 1991) ermittelt einen Gesamtwert zur sozialen Unterstützung und Unterscores zur emotionalen Unterstützung, sozialen Integration und praktischen Unterstützung. Das Verfahren zeichnet sich durch eine

gute interne Konsistenz und zufriedenstellende Retestrelabilität aus.

Der Teil B des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (SOZU-B) erfasst sowohl quantitative (Anzahl verschiedener belastender/unterstützender Personen) als auch qualitative (Nennungen belastender/unterstützender Personen) belastende und unterstützende Aspekte des sozialen Netzwerks.

- ◆ Das *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* nach Hautzinger et al. (1994) ist ein bewährtes Instrument zur Depressionseinschätzung.
- ◆ Das *Inventar zur Selbstkommunikation bei Erwachsenen einschließlich des Zusatzinventars (ISE & ISE-Z)* nach Tönnies (1982; 1986) erfasst Summenwerte zur positiven & negativen Selbstkommunikation, zur Selbstkritik & Selbstkontrolle sowie zur Geringschätzung & Wertschätzung anderer. Die internen Konsistenzen der Unterskalen liegen zwischen .7 und .9, die Retestrelabilitäten des ISE zwischen .74 und .89.
- ◆ Der *Netzwerkorientierungsfragebogen (NOF)* nach Röhrle (1994) wurde für die vorliegende Untersuchung so umgeformt, dass die Unterbereiche Kontaktbereitschaft, Familienbindung und Selbstöffnung erfasst wurden. Für diese Fassung liegen noch keine Konsistenz- und Reliabilitätsschätzungen vor.
- ◆ Die *Affect-Balance-Scale (AB-S)* nach Bradburn in der deutschen Fassung von Badura, B.; Kaufhold, G.; Lehmann, H.; Pfaff, H.; Schott, T. & Waltz, M. (1987) erfasst positives und negatives Wohlbefinden bezüglich der vergangenen vier Wochen mit zufriedenstellender interner Konsistenz und ausreichender Retestrelabilität.
- ◆ der selbstkonstruierter *Bewertungsfragebogen zur Einsamkeitsintervention* umfasst vier Items zu Gruppenatmosphäre, Didaktik, Leitung und Gesamturteil.

Die Gesamtbearbeitungszeit der aufgeführten Fragebogenbatterie beträgt 40-45 Minuten.

4 Ergebnisse

4.1 Repräsentativität

Ein Überblick über die korrelativen Zusammenhänge der verschiedenen Variablen mit Einsamkeit ergab keinerlei Anhaltspunkte für eine mangelnde Repräsentativität der Stichprobe. So wiesen beispielsweise soziale Unterstützung ($r > .5$), Depressivität ($r > .5$), Selbstkommunikation ($r > |.35|$) und Kontaktorientierung ($r > .5$) erhebliche Korrelationen mit den verschiedenen Einsamkeitsvariablen in der nach bisherigen Befunden zu erwartenden Richtung auf.

Auch die internen Konsistenzen der einzelnen Verfahren sind mit Werten zwischen .71 bis .94 als zufriedenstellend bis sehr gut zu bezeichnen. Allein für die RS-ES konnte eine Rasch-Skalierung nicht nachgewiesen werden, weswegen die diesbezüglichen Ergebnisse im Sinn der klassischen Testtheorie ausgewertet wurden. Dieses Vorgehen scheint auch auf dem Hintergrund ihrer einfaktoriellen Struktur – aufgeklärte Varianz des ersten Faktors 56% – und ihrer hohen internen Konsistenz (.91) in der vorliegenden Stichprobe rechtfertigbar.

Auch einer Summenscorebildung im selbstkonstruierten Bewertungsfragebogens steht im Hinblick auf die einfaktorielle Struktur – durch ersten Faktor aufgeklärte Varianz 86% – und im Hinblick auf die hohen interne Konsistenz (.91) des Verfahrens nichts entgegen.

4.2 Vergleich von Versuchs-, Kontrollgruppe und Abbrechern zu t1

Versuchs- und Kontrollgruppe unterschieden sich zu t1 nicht signifikant hinsichtlich der Variablen Alter ($p_{.975} = .45$), Geschlechter- und

Partnerschaftsverteilung ($p_{.975}=.64$ bzw. $p_{.975}=.96$) und der Verteilung der Erstdiagnose affektive Störung ($p_{.975}=.714$).

In den erhobenen Variablen unterscheiden sich Versuchs- und Kontrollgruppe zu t1 nicht signifikant; weiterhin ergeben sich nur bei der Wertschätzung anderer sowie der Familienbindung in der Versuchsgruppe erwähnenswert niedrigere Mittelwerte.

Die Gruppe der Abbrecher – nur Abbruch der Fragebogenbatterie innerhalb der Kontrollgruppe – weist nur hinsichtlich der Variablen Anzahl der Nennung unterstützender Personen ($d_e=1.04$; $p_{(\alpha=.025)}=.003$) einen signifikant erniedrigten Mittelwert auf. Die auch insgesamt tendenziell auffälligeren Mittelwerte in der Gruppe der Abbrecher sind jedoch vor allem durch die extremen Werte eines Klienten erklärbar.

4.3 Vergleich der Veränderungen in Versuchs- & Kontrollgruppe (t1 bis t2)

In der folgenden Tabelle werden die Veränderungen in Versuchs- und Kontrollgruppe miteinander verglichen, wobei aufgrund des geringen Stichprobenumfangs ($n=20$) neben dem Signifikanzniveau auch die Höhe der jeweiligen Effektgröße angegeben wird. Das Vorzeichen der Effektgröße entspricht jeweils der Richtung, die in den Hypothesen prognostiziert wurden.

Tabelle 2 – Vergleich der Veränderungen in Versuchs- und Kontrollgruppe

Variable		$M_{t1}(SD)$	$M_{t2}(SD)$	d_e
RS-ES	VG	26.9(6.8)	23.6(6.6)	.93**
	KG	24.2(8.7)	25.3(9.8)	
MEF-S	VG	45.9(8.9)	42.1(10.0)	-.06
	KG	44.6(13.3)	40.0(11.0)	
MEF-E	VG	36.2(10.9)	32.3(13.1)	.07
	KG	37.4(11.8)	34.0(10.0)	
MEF-U	VG	32.6(8.6)	29.6(11.6)	.38°
	KG	28.9(7.6)	30.2(7.2)	
F-Sozu-Σ	VG	76.9(16.1)	82.3(15.5)	1.32**
	KG	82.7(14.9)	78.1(15.0)	
F-Sozu-	VG	29.6(6.2)	31.5(6.8)	1.21**

E	KG	30.8(4.5)	29.0(4.6)	
F-Sozu-S	VG	19.4(4.4)	21.2(3.6)	.84*
	KG	22.0(5.9)	20.9(4.6)	
Sozu-B-1	VG	6.1(2.4)	5.9(3.1)	-.02
	KG	6.6(2.6)	6.3(3.1)	
Sozu-B-2	VG	3.3(3.0)	2.1(1.8)	.25
	KG	1.9(2.5)	1.2(2.2)	
Sozu-B-3	VG	14.4(6.7)	16.4(8.2)	.67°
	KG	16.2(5.8)	14.7(8.3)	
Sozu-B-4	VG	4.8(4.1)	3.4(2.8)	-.02
	KG	3.7(5.0)	2.2(3.6)	
BDI	VG	23.7(13.2)	19.1(12.3)	.31
	KG	22.0(13.0)	20.3(13.5)	
ISE-P	VG	39.5(8.9)	43.4(17.4)	.34
	KG	41.7(8.0)	41.7(6.6)	
ISE-N	VG	49.8(11.1)	47.6(9.4)	.01
	KG	51.6(12.2)	49.4(10.7)	
ISE-Z-1	VG	30.2(5.2)	29.0(4.1)	.19
	KG	30.1(4.9)	29.7(3.4)	
ISE-Z-2	VG	19.5(4.2)	18.4(3.1)	.46
	KG	19.1(2.5)	19.1(1.5)	
ISE-Z-3	VG	22.5(4.5)	23.4(4.4)	.31
	KG	25.8(4.0)	25.4(3.1)	
ISE-Z-4	VG	27.4(7.2)	26.3(7.2)	.66°
	KG	27.1(6.6)	28.8(6.7)	
NOF-K	VG	29.3(8.0)	31.7(6.7)	.57°
	KG	31.4(7.2)	31.3(6.1)	
NOF-F	VG	13.7(3.4)	14.1(2.6)	-.02
	KG	16.2(5.8)	16.7(5.6)	
NOF-S	VG	4.2(1.7)	5.3(1.3)	.82*
	KG	5.6(2.8)	5.1(2.3)	
AB-S-P	VG	7.4(2.4)	8.1(2.3)	.60°
	KG	8.3(3.0)	7.6(2.1)	
AB-S-N	VG	13.4(3.3)	11.9(2.8)	.66°
	KG	13.8(3.2)	14.2(2.8)	

Effektberechnung: $d_e = (\Delta_{VG} - \Delta_{KG}) / \hat{\sigma}$;

Signifikanzangaben (U-Tests): **einseitig signifikant mit $\alpha=.01$ / *einseitig signifikant mit $\alpha=.05$ / ° Tendenz (einseitig) mit $\alpha=.10$

Konstrukte: RS-ES Globale Einsamkeit; MEF-S Soziale Einsamkeit; MEF-E Emotionale Einsamkeit; MEF-U Unfähigkeit zum Alleinsein; F-Sozu-Σ Gesamtwert für soziale Unterstützung; F-Sozu-E Emotionale Unterstützung; F-Sozu-S Soziale Integration; Sozu-B-1 Anzahl unterstützender Personen; Sozu-B-2 Anzahl belastender Personen; Sozu-B-3 Nennungen unterstützender Personen; Sozu-B-4 Nennungen belastender Personen; BDI Depressivität; ISE-P positive Selbstkommunikation; ISE-N negative Selbstkommunikation; ISE-Z-1 Selbstkritik; ISE-Z-2 Selbstkontrolle; ISE-Z-3 Wertschätzung anderer; ISE-Z-4 Geringschätzung anderer; NOF-K Kontaktororientierung; NOF-F Familienbindung; NOF-S Selbstöffnung; AB-S-P positives Wohlbefinden; AB-S-N negatives Wohlbefinden

Weiterhin ist hervorzuheben, dass sich innerhalb der Versuchsgruppe bis zu t2 alle bis auf eine Variable (Anzahl der unterstützenden Personen) in Richtung Verbesserung veränderten, während in der Kontrollgruppe mehr als die Hälfte der Veränderungen ein negatives Vorzeichen aufweisen. Dies soll in der folgenden Tabelle in Form von Effektgrößen nur noch anhand der wichtigsten Variablen verdeutlicht werden.

Tabelle 3 – Veränderungen innerhalb von Versuchs- & Kontrollgruppe (t1 bis t2)

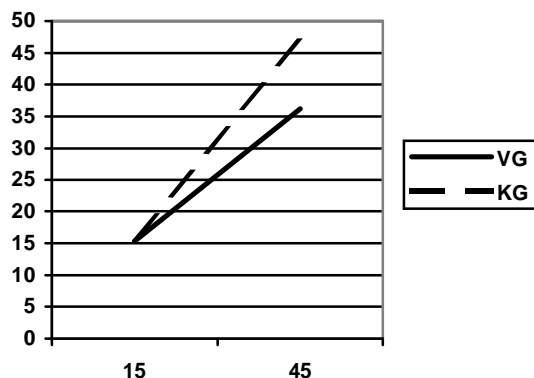
Variable	d_e -VG	d_e -KG
Globale Einsamkeit (RS-ES)	.87*	-.43
Soziale Einsamkeit (MEF)	.68*	.38
Emotionale Einsamkeit	.82*	.75°
Unfähigkeit zum Alleinsein	.76°	-.19
Soz. Unterstützung (F-Sozu)	1.03**	-.84
Depressivität (BDI)	.90*	.20
Kontaktororientierung (NOF)	1.34**	-.03

Effektberechnung: $d_e = (\bar{x}_2 - \bar{x}_1) / (\hat{\sigma} \sqrt{1-r})$

Signifikanzangaben (Wilcoxon-Test): **einseitig signifikant mit $\alpha=.01$ / *einseitig signifikant mit $\alpha=.05$ / °Tendenz (einseitig) mit $\alpha=.10$

Bei einer regressionsanalytischen Auswertung der Variable globale Einsamkeit ergeben sich für Versuchs- und Kontrollgruppe folgende Geraden.

Abbildung 2 – Lineare Regression der Messung der globalen Einsamkeit zu t2 auf die Messung zu t1



Legende: VG – $b_0 = 4.92$; $b_1 = .69$ ($p = .014$)
 KG – $b_0 = .24$; $b_1 = 1.04$ ($p = .000$)

Dies impliziert, dass die Klienten, die an der

Intervention teilnahmen nach der Behandlung einen niedrigeren globalen Einsamkeitswert aufweisen; zudem lässt sich erkennen, dass von der Intervention diejenigen stärker profitierten, die vorher ein höheres Einsamkeitsniveau aufwiesen.

4.4 Vergleich der Veränderungen in Versuchs- & Kontrollgruppe (t1 bis t3)

Aufgrund der geringen Stichprobenumfänge in Versuchs- ($n=8$) und Kontrollgruppe ($n=6$) zum Messzeitpunkt t3 sind die folgenden statistischen Auswertungen nur unter Vorbehalt interpretierbar. Auch bei diesen verbleibenden Personen unterscheiden sich zu t1 Versuchs- und Kontrollgruppe in keiner der erhobenen Variablen signifikant.

Beim Vergleich der Veränderungen von t1 nach t3 ergeben sich die in der folgenden Tabelle abgebildeten Effektgrößen.

Tabelle 4 – Vergleich der Veränderungen in Versuchs- und Kontrollgruppe (t1 bis t3)

Variable	$M_{t1}(SD)$	$M_{t2}(SD)$	d_e
RS-ES	VG 25.0(6.7)	21.0(7.6)	.38
	KG 26.9(9.3)	25.5(8.7)	
MEF-S	VG 45.6(10.5)	37.2(12.8)	.49
	KG 44.2(9.7)	40.8(11.6)	
MEF-E	VG 35.7(12.8)	31.7(13.9)	-.15
	KG 39.2(11.0)	33.9(9.2)	
MEF-U	VG 33.6(9.3)	28.7(11.6)	.16
	KG 30.7(7.6)	27.7(8.0)	
F-Sozu-Σ	VG 77.9(18.5)	90.3(10.2)	.84*
	KG 78.3(15.2)	78.6(13.3)	
BDI	VG 22.7(13.6)	11.6(12.9)	.52
	KG 22.8(14.3)	17.3(9.6)	
NOF-K	VG 31.3(7.8)	35.8(7.9)	.67°
	KG 30.7(7.2)	31.0(6.3)	

Effektberechnung: $d_e = (\Delta_{VG} - \Delta_{KG}) / \hat{\sigma}$;

Signifikanzangaben (U-Tests): **einseitig signifikant mit $\alpha=.01$ / *einseitig signifikant mit $\alpha=.05$ / ° Tendenz (einseitig) mit $\alpha=.10$

Konstrukte: RS-ES Globale Einsamkeit; MEF-S Soziale Einsamkeit; MEF-E Emotionale Einsamkeit; MEF-U Unfähigkeit zum Alleinsein; F-Sozu-Σ Gesamtwert für soziale Unterstützung; BDI Depressivität; NOF-K Kontaktororientierung

Wie die folgende Darstellung zeigt sind auch bis zu t3 alle Veränderungen innerhalb der Versuchsgruppe positiv. Dieser Befund gilt nun zum großen Teil auch für die Kontrollgruppe.

Tabelle 5 – Veränderungen innerhalb von Versuchs- & Kontrollgruppe (t1 bis t3)

Variable	d_e -VG	d_e -KG
Globale Einsamkeit (RS-ES)	.76°	.36
Soziale Einsamkeit (MEF)	1.27*	.44
Emotionale Einsamkeit	.70°	.83
Unfähigkeit zum Alleinsein	.87°	.43
Soz. Unterstützung (F-Sozu)	.98*	.05
Depressivität (BDI)	1.47**	.78°
Kontaktorientierung (NOF)	1.07**	.06

Effektberechnung: $d_e = (\bar{x}_2 - \bar{x}_1) / (\hat{\sigma} \sqrt{1-r})$

Signifikanzangaben (Wilcoxon-Test): **einseitig signifikant mit $\alpha=.01$ / *einseitig signifikant mit $\alpha=.05$ / °Tendenz (einseitig) mit $\alpha=.10$

4.5 Ergebnisse zu den Nebenhypothesen

Wie in den Hypothesen angenommen hängen zahlreiche Variablenverbesserungen mit der Beurteilung der Intervention durch die Teilnehmer positiv zusammen.

Tabelle 6 – Korrelationen des Summenscores der Interventionsbewertung mit den Verbesserungen der Variablen

Verbesserung der Variable	Summenscore Interventionsbewertung
Globale Einsamkeit (RS-ES)	$r=.14$
Soziale Einsamkeit (MEF)	$r=.59^*$
Emotionale Einsamkeit	$r=.00$
Unfähigkeit zum Alleinsein	$r=.56^*$
Soz. Unterstützung (F-Sozu)	$r=.43^\circ$
Depressivität (BDI)	$r=.58^*$
Kontaktorientierung (NOF)	$r=.39$

Signifikanzangaben (Spearman-Rangkorrelation): ***einseitig signifikant mit $\alpha=.01$ / *einseitig signifikant mit $\alpha=.05$ / °Tendenz (einseitig) mit $\alpha=.10$

Ebenso wie prognostiziert bewertet die zweite Interventionsgruppe die Einsamkeitsmaßnahme positiver.

Tabelle 7 – Vergleich der Interventionsbewertung

der beiden Gruppen

1. Interventionsgruppe $M(SD)$	2. Interventionsgruppe $M(SD)$	p
10.7 (1.6)	16.0 (3.2)	.008

4.6 Qualitative Ergebnisse

Im folgenden Unterpunkt werden auf Grund von unsystematischen Verhaltensbeobachtungen, Eindrücken und Einzelaussagen der Teilnehmer qualitative Ergebnisse dargestellt.

Von Beginn an zeichneten sich die Gruppenteilnehmer durch eine hohe Selbstexplorationsbereitschaft im Einsamkeitsbereich aus. Die Anforderung an die Gruppenleitung bestand deswegen weniger im motivationalen Bereich als in der Strukturierung dieser Explorationsprozesse. Die ebenfalls in den ersten Sitzungen vorhandene wertschätzende und vertrauensvolle Atmosphäre innerhalb der Gruppe erübrigte ein ausführliches Besprechen der Gruppenregeln. Lediglich die Tendenz Ausführungen anderer mit gutgemeinten Ratschlägen bevormundend zu begegnen, erforderte ein beständiges Anregen zu einer eher verstehenden und nachvollziehenden Haltung. Dies führte über die Sitzungen hinweg zu einem Interaktionsverhalten, das von einem interessierten Nachfragen geprägt war und sich beobachtbar als verständnis- und beziehungsförderlicher erwies.

Die Tendenz sich „als an Einsamkeit Leidender“ abzuwerten und einer konstruktiven und liebevollen Selbstexploration zu entsagen, zeigte sich direkt in selbstabwertenden Äußerungen. Dem begegnete die Interventionsleitung, indem sie verantwortungsvollere Wege aufzeigte, das spezifische Drängen der Einsamkeitsgefühle auf vorhandene Mängel und Wünsche zu beachten. Eine spezifische Problematik innerhalb vorhandener Beziehungen bestand darin eigene, jedoch einsame Positionen zugunsten einer – im Grun-

de ebenso einsamen – Scheinharmonie nicht einzunehmen, da nach eigenen Angaben die Angst dominierte, sich nicht ausreichend vertreten zu können. Die Stärkung der Kompetenz kongruenter mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in den Kontakt mit andern zu treten, war Hauptanliegen im beziehungs- und netzwerkbezogenen Einsamkeitsblock der Intervention. Geling dies, so erlebten sich die Teilnehmer in dem besprochenen Bereich trotz der erlebten Differenzen in Beziehungen zu anderen bzw. sogar trotz direkter Zurückweisungen nach eigener Aussage als wertvoll und entwickelten neue Ideen mit der problematischen Situation umzugehen.

Wurden als Probleme Konfliktsituationen mit anderen Menschen eingebracht, stellte sich im therapeutischen Gespräch heraus, dass die Betroffenen in diesen Beziehungen oft selbst verschiedene destruktive und ausstoßende Verhaltensweisen praktizierten. Für die Interventionsgruppen war dabei von besonderer Bedeutung zu erkennen, dass in einem Rückzug ebenfalls ein ausstoßender Akt enthalten ist. Diese Erkenntnis eröffnete einen beobachtbar verantwortlicheren und konstruktiveren Umgang mit solchen Konfliktsituationen. Dementsprechend erlebten sich die Teilnehmer erst nach dieser Einsicht als kompetenter und motivierter im Umgang mit der betreffenden Beziehungssituation.

5 Diskussion

Die folgende Abbildung stellt mit den Differen-

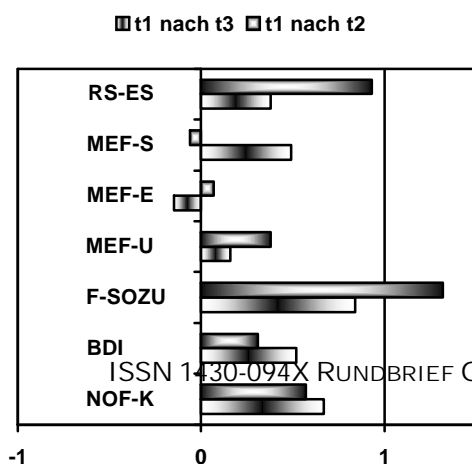
zen der Verbesserungen innerhalb von Versuchs- und Kontrollgruppe ($\Delta_{VG} - \Delta_{KG}$) noch einmal die wichtigsten Ergebnisse in Form von Effektgrößen zusammenfassend dar.

Abbildung 3 – Differenzen der Verbesserungen ($\Delta_{VG} - \Delta_{KG}$) in Effektgrößen

Konstrukte: **RS-ES** globale Einsamkeit; **MEF-S** soziale Einsamkeit; **MEF-E** emotionale Einsamkeit; **MEF-U** Unfähigkeit zum Alleinsein; **F-Sozu** soziale Unterstützung; **BDI** Depressivität; **NOF-K** Kontaktororientierung

Wie hypothetisiert bewirkt die Intervention unmittelbar eine zu den stationären kognitiv-behavioralen Therapiemaßnahmen zusätzliche Verbesserung hinsichtlich der *globalen Einsamkeit*, der *sozialen Unterstützung*, der *Unfähigkeit zum Alleinsein*, der *Depressivität* und der *Kontaktororientierung*. Dagegen lassen sich keine direkten Effekte dieser Art bei der *sozialen* und *emotionalen Einsamkeit* beobachten. Bei einer Betrachtung der Ergebnisse innerhalb der Versuchsgruppe ist dabei die positive und bis auf den Bereich der Unfähigkeit zum Alleinsein signifikante Entwicklung hervorzuheben in allen Variablen – also auch emotionaler und sozialer Einsamkeit – hervorzuheben. In der Kontrollgruppe lassen sich hingegen bis zu t2 bei der globalen Einsamkeit und der sozialen Unterstützung mittlere bis starke negative Veränderungen feststellen. Bis zu t3 weisen dann auch hier alle Variablen positive Entwicklungen auf.

Zur Katamnese bestätigen die deutlicheren Verbesserungen der Versuchsgruppe in den Variablen *globale Einsamkeit*, *soziale Einsamkeit*, *soziale Unterstützung*, *Depressivität* und *Kontaktororientierung* die Hypothesen. Die Variablen *emotionale Einsamkeit* und *Unfähigkeit zum Alleinsein* weisen dagegen keine nennenswert unterschiedliche Veränderung in den beiden Gruppen auf.



Auch zahlreiche andere Ergebnisse sind im Sinne der Hypothesen. So zeigen die Variablen *Wertschätzung anderer, Selbstöffnung, positive Selbstkommunikation, Selbstkritik, Anzahl verschiedener belastender Personen, Nennungen belastender Personen* sowie *negatives* und *positives Wohlbefinden* eine bessere Entwicklung in der Versuchs- als in der Kontrollgruppe. Allein zwei Aspekte, die *Familienbindung* und die *Anzahl verschiedener unterstützender Personen* weisen eine erwähnenswert schlechtere Veränderung in der Versuchsgruppe auf.

Beachtenswert ist weiterhin der Befund, dass sich bis zu t2 innerhalb der Versuchsgruppe alle Variablen bis auf die Anzahl verschiedener unterstützender Personen in die prognostizierte Richtung entwickeln. Ein Ergebnis, das auf die Kontrollgruppe mit mehr als 50% negativen Veränderungen bis zu t2 nicht zutrifft.

Zusätzlich zur Bestätigung eines großen Teils der Haupthypothesen können auch beide *Nebenypothesen* als belegt angesehen werden. So validieren die positiven Korrelationen zwischen der Bewertung der Einsamkeitsintervention und der Verbesserung in einzelnen Variablen zusätzlich die erläuterten Effektivitätsbefunde. Dass mit zunehmender einsamkeitsspezifischer therapeutischer Erfahrung der Interventionsleitung eine positivere Bewertung der Intervention durch die Teilnehmer selbst einherging, ist ebenso im Sinne der Prognosen und betont die Wichtigkeit eines fundierten Umgangs mit der Einsamkeitsproblematik.

Der Intervention ist damit *insgesamt* eine kurz- und mittelfristige Wirksamkeit in den meisten der prognostizierten Bereiche zusätzlich zu den stationären kognitiv-behavioralen Therapiemaßnahmen zuzusprechen. Vor allem die mittelfristige Wirksamkeit der Intervention deutet darauf hin, dass es sich bei den erzielten Ergebnissen nicht nur um kurzfristige Zuwendungseffekte handelt, sondern vielmehr bleibende Ver-

änderungen angenommen werden dürfen. Als Kerneinflussgebiete der Intervention sind aufgrund der Höhe der einzelnen Effekt die soziale Unterstützung, die globale Einsamkeit, die Kontaktorientierung und ferner auch die Wertschätzung anderer und Depressivität zu bezeichnen. Integriert man weiterhin die sozialen Netzwerkergebnisse und die Ergebnisse im Bereich der Familienbindung, kann man zu folgender Schlussfolgerung gelangen. Da sich nur der qualitativ, nicht aber der quantitativ unterstützende Aspekt des sozialen Netzwerks innerhalb der Versuchsgruppe positiver als innerhalb der Kontrollgruppe veränderte und bei ersterer Gruppe zugleich keine Intensivierung der Familienbindung stattfand, kann davon ausgegangen werden, dass es zu einer Kontaktintensivierung im außerfamiliären Bekanntenkreis kam. Dieser Befund ist im Zusammenhang mit der Zunahme der Kontaktbereitschaft als hoffnungsvoll für die zukünftige Entwicklung hinsichtlich einer qualitativen und quantitativen Erweiterung des sozialen Netzwerks der Klienten zu bewerten.

Aufgrund der Tatsache, dass die Untersuchung einzelner Repräsentativitätsaspekte der Stichprobe keine zu bisherigen Befunden im Widerspruch stehenden Ergebnisse erbrachte, scheint einer Generalisierbarkeit möglicher positiver Veränderungen durch eine EBP-Intervention auf ähnliche Stichproben im psychiatrischen Bereich nichts entgegenzustehen. Diese Interpretation wird noch untermauert durch die Tatsache, dass im Vergleich mit den unter 2.4 angeführten bisherigen Evaluationsstudien die hier gefundenen Effekte zum Teil signifikante Ergebnisse dieser Studien übertreffen (Schwab, 1997); und dies obwohl bisherige Evaluationsstudien ihre Ergebnisse „nur“ im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen validierten. Aus den bisherigen Erläuterungen kann eine Integration des EBPs in kognitiv-behaviorale stationäre Settings, die vor allem mit Klienten im affek-

tiven Störungsbereich arbeiten, unter Berücksichtigung der untenstehenden Modifikationsvorschläge als empfehlenswert betrachtet werden.

Allerdings dürfen die gefundenen positiven Effekte nicht über einige *kritikwürdige Punkte* der Untersuchung hinwegtäuschen. So konnte die emotionale Einsamkeit der Klienten in keinem nennenswert stärkeren Ausmaß positiv beeinflusst werden als durch die vorhandenen stationären kognitiv-behavioralen Maßnahmen. Dieses Ergebnis stützt frühere Befunde, dass eine einsamkeitsunspezifische Therapie genau in diesem Einsamkeitsbereich ihre stärksten Auswirkungen zeitigt. (Elbing, 1991).

Problematischer sind hingegen verschiedene methodische Mängel: So verhindert der geringe Stichprobenumfang eine Auswertung der Daten mit multivariaten Verfahren und damit eine adäquate Berücksichtigung der α -Inflation sowie eventueller Effektinteraktionen. Auch fehlt im Untersuchungsdesign ein „Zusatzplacebo“ für die Kontrollgruppe, welches eine weitere Spezifizierung der interventionsbedingten Effekt ermöglichen würde. Unbeantwortet bleibt auch aufgrund fehlender Zwischenmesszeitpunkte die Frage, wie sich die einzelnen Variablen im Verlauf der Intervention verändern. Daneben muss in zukünftigen Studien vor allem die hier verwendete Auswertungsmethode der Rasch-Einsamkeitsskala (RS-ES) einer weiteren Validierung unterzogen werden. Auch die mangelnde Einbeziehung eines Screeningverfahrens für psychische Störungen muss im Nachhinein kritisch bewertet werden, da auf diese Weise keinerlei Ergebnisse zu Interventionseinflüssen vor allem im Angstbereich vorliegen.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt ist in der Tatsache zu sehen, dass auch die an der Intervention teilnehmenden Klienten auf einem relativ hohen Einsamkeitsniveau verbleiben. So

wird durch die Intervention der therapeutischen Maßnahmen der Abstand zum Gesamtmittelwert nur um ca. $\frac{1}{4}$ verringert. Dieser Befund stellt in Frage, ob sich durch eine Kurzintervention wie das EBP eine ausreichende Bearbeitung der Einsamkeitsproblematik erzielen lässt.

Bei einer *Modifikation des EBPs* ist zu beachten, dass die Themenblöcke „Beziehung zu sich selbst“, „Einsamkeit im Alleinsein“ und „Einsamkeit und Pflege bzw. Ausbau des bestehenden sozialen Netzwerks“ sich als Grundstruktur für die Einordnung der individuellen Einsamkeitsprobleme bewährt haben. Nach den quantitativen Ergebnissen zu urteilen sollte jedoch in Zukunft eine noch stärkere Fokussierung auf die Bearbeitung enger Beziehungen und die darüber gepflegten Vorstellungen stattfinden, um einen größeren Abbau emotionaler Einsamkeit zu erreichen. Weiterhin scheint weniger das Sammeln von Aktivitäten im Alleinsein im psychiatrischen Kontext von Bedeutung als die Bearbeitung der einsetzenden selbstbezogenen Abwertungsspiralen, die zumeist lähmend wirken und so das Umsetzen von bekannten Handlungsideen während der Alleinseinsphase verhindern. Bei der Gruppenzusammensetzung ist eine Einbeziehung insbesondere von den Klienten, bei denen eine Entlassung unmittelbar nach der Intervention abzusehen ist, zu empfehlen, da die Intervention eine Etablierung psychotherapeutischer Fortschritte im Alltag stützt. Ebenso bietet sich eine Erweiterung des Programms um zusätzlich einen längeren Termin – Wochenendtermin – während der Eingewöhnungsphase in den Alltag an, da während des Stationsaufenthalts beispielsweise die Pflege des sozialen Netzwerks außerhalb der Institution nur begrenzt vollzogen werden kann. Im Rahmen einer solchen Einheit sollte unter anderem das Thema „Vorurteilen begegnen in neuen Kontakten“ behandelt werden, da diese Thematik innerhalb der Institution für die Teilnehmer

nicht im Vordergrund steht. Daneben könnte hier auch die therapeutische Bearbeitung konkreter Beziehungserfahrungen im Kontaktin-tiierungs- und Vorurteilsbereich Platz finden. Die durch diese Verlagerung frei gewordene Zeit innerhalb der zehn Interventionssitzungen kann dann für die oben genannten Erweiterungen genutzt werden.

Um bessere Ergebnisse als die hier erzielten zu erreichen, ist in *Zukunft* unbedingt eine Weiterentwicklung und fortwährende Evaluation ein-samkeitsspezifischer Interventionen im Kontext psychischer Störungen notwendig. Ein erster Schritt auf diesem Weg wäre, dass im Rahmen der sich immer weiter ausdifferenzierenden psychotherapeutischen Behandlungskonzepte

endlich auch leidvoll erlebte Einsamkeit als ein psychotherapeutisch behandlungswürdiges Phänomen allgemein anerkannt wird. Denn neben seiner weiten Verbreitung weist es auch wichtige Überschneidungen zu zahlreichen anderen psychischen Störungen wie Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen auf und bietet somit einen zusätzlichen vielversprechen-den Ansatzpunkt, um auf bestimmte Aspekte dieser Störungen in Zukunft eventuell effektiver einzuwirken. Durch eine solche integrative Weiterentwicklung hätten nicht nur die psychologi-sche Einsamkeitsforschung, sondern vor allem auch der betroffene Klient und die betroffene Klientin viel gewonnen.

Literatur

- Anderson, C.A. & Harvey, R.J. (1988). Discriminating between problems in living: An examination of measures of depression, loneliness, shyness, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 6*(3-4), 482-491.
- Badura, B.; Kaufhold, G.; Lehmann, H.; Pfaff, H.; Schott, T. & Waltz, M. (1987). *ABS - Affect Balance Scale nach Bradburn - Deutsche Fassung*. Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin: Springer.
- Bloeschl, L. (1994). Zur Rolle hostiler Tendenzen in der Depression: Verhaltensdiagnostische Aspekte. In Bartussek, D. & Amelang, M.: *Fortschritte der Differentiellen Psychologie und Psychologischen Diagnostik. Festschrift zum 60. Geburtstag von Professor Dr. Kurt Pawlik*. (S. 259-267) Göttingen: Hogrefe.
- Butler, A.C.; Hokanson, J.E. & Flynn, H.A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(1), 166-177.
- Derlega, V.J. & Berg, J.H. (Eds.) (1987). *Self-disclosure: Theory, research and therapy*. New York, NY: Plenum.
- Dill, J.C. & Anderson, C.A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living. In Joiner, T.; Coyne, J. C. et al. (Eds): *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. (S.93-125) Washington, DC: American Psychological Association.
- Ehnholt, K.A.; Salkovskis, P.M. & Rimes, K.A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy, 37*(8), 771-781.
- Elbing, E. (1991). *Einsamkeit*. Göttingen, Hogrefe.
- Faust, V. (1981). *Der psychisch Kranke in unserer Gesellschaft*. Stuttgart: Hippokrates.
- Haines, D.A.; Scalise, J.J. & Ginter, E.J. (1993). Relationship of loneliness and its affective elements to self-esteem. *Psychological Reports, 73*(2), 479-482.
- Hartmann, J. (1996). Klientenzentrierte Psychopathologie und Ätiologie. Eine programmatische Untersuchung. *Zeitschrift für Klientenzentrierung, 1*, 141-181.
- Hautzinger, M.; Bailer, M.; Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern, Huber.

- Horowitz, L. M.; French, R. & Anderson, C.A. (1982). The prototype of a lonely person. In Peplau, L. A. & Perlman, D. (Eds.): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. (183-205) New York: Wiley.
- Jackson, J.; Chochran, S.D. (1991). Loneliness and psychological distress. *Journal of Psychology*, 125(3), 257-262.
- Joubert, C.E. (1987). Need for uniqueness correlates of loneliness and social interest. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2(2, Pt 2), 187-190.
- Kamath, M. & Kanekar, S. (1993). Loneliness, shyness, self-esteem, and extraversion. *Journal of Social Psychology*, 133(6), 855-857.
- Lahey, B.; Drew, J.-B. & Sirl, K. (1999). Clinical depression and perceptions of supportive others: A generalizability analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 511-533.
- Lindenauer, G.G. (1970). Loneliness. *Journal of Emotional Education*, 10(3), 87-100.
- Link, W.J. (1991). The effects of cognitive-behavioral group interventions on loneliness. *Dissertation Abstracts Interantional*, 51(7-A), 2321.
- McWhirter, B.T. & Horan, J.J. (1996). Construct validity of cognitive-behavioral treatments for intimate and social loneliness. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 15(1), 45-52.
- Möhrlein, H.; Roth, A. & Röhrle, B. (1998). Netzwerkorientierte Intervention bei Einsamkeit. In Röhrle, B.; Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsgs.): *Netzwerkinterventionen*. Tübingen: dgvt.
- Roberts, J.E. & Monroe, S.M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14(3), 161-181.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rogers, C.R. (1990). Ellen West and loneliness. In Hoeller, K. (Hrsg.): *Readings in existential psychology and psychiatry*. (pp. 209-218) Seattle: Washington.
- Roth, A.; Möhrlein, H. & Röhrle, B. (1999). *Einsamkeit bewältigen - Manual zur Anleitung von Gruppen*. Tübingen, dgvt.
- Roth, A. & Röhrle, B. (1996). *Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines präventiven Gruppenprogramms zur Bewältigung von Einsamkeit. Umweltperspektive und netzwerkorientierte Interventionen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Philipps-Universität Marburg.
- Rubenstein, C.M.; Shaver, P. (1980). Loneliness in two Northeastern cities. In Hartog, J.; Audy, J.R.; Cohen, Y.A. (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 319-337). New York: International Univ. Press.
- Schwab, R. (1997). *Einsamkeit*. Bern: Hans Huber.
- Segrin, C. (1990). A meta-analytic review of social skill deficits in depression. *Communication Monographs*, 57(4), 292-308.
- Sommer, G.; Fydrich, T. (1988). *Soziale Unterstützung - Überblick ueber diagnostische Verfahren und Entwicklung eines Fragebogens*. Berichte aus dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg, Nr. 92.
- Sommer, G.; Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU* (DGVT Materialie Nr. 22). Tübingen: dgvt.
- Sommer, G.; Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37, 160-178.
- Spangler, G; Zimmermann, P. (Eds.) (1995). *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stansfeld, S.; Held, J; Marmot, M.G. (1998). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 1-9.
- Sweeney, P.D.; Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 974-991.
- Toennies (1982). *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*. Weinheim: Beltz.
- Toennies (1986). *Zusatzinventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*. Weinheim: Beltz.

Vanger, P. (1987). An assessment of social skills deficiencies in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 508-512.

Wieland-Burston, J. (1995). *Einsamkeit. Zeiten des Rückzugs - Zeiten der Entwicklung*. Zürich: Kreuz.

Wittenberg, M.T. & Reis, H.T. (1986). Loneliness, social skills, and social perception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12(1), 121-130.

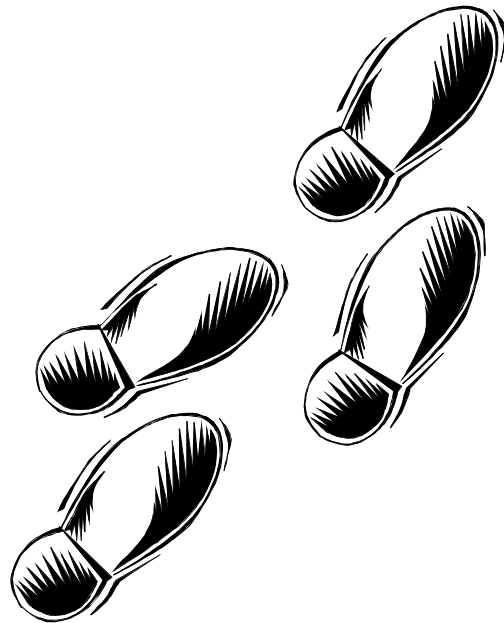
Wolfersdorf, M & Kiefer, A. (1998). Depression und Aggression - Eine Kontrollgruppenuntersuchung zur Aggressionshypothese bei depressiven Erkrankungen anhand des Buss-

Durkee-Fragebogens. *Psychiatrische Praxis*, 25 (5), 240-245.

Autoren

✉ Cand. Psych. Günter Förtsch, Frankfurter Straße 19, 35037 Marburg. E-mail: foertsch@stud-mailer.uni-marburg.de

✉ Cand. Psych. Cornelia Penzek, Deutschhausstraße 25, 35037 Marburg



Story Dealer - ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeut/inn/en

Peter Kaimer

Zusammenfassung

Psychotherapie wird als mikrosoziales, konstruktives Geschehen vorgeführt, das als Re- und emanzipative Re- und Neukonstruktion von Geschichten nutz- und verstehbar gemacht wird. Dabei wird nicht nur die seit langem in der Gemeindepsychologie genutzte narrative Methode und Konzepte wie das des „Empowerment“ für die therapeutische Arbeit fruchtbar gemacht, sondern auch für die Ausbildung von Psychotherapeuten.

Schlüsselwörter: Psychotherapie – Therapeut-Klient-Beziehung – Narration – Sozialer Konstruktivismus

Abstract

Psychotherapy will be introduced as a micro social and socially constructed event, to be understood and usable as an emancipatory reconstruction and renewal of stories. Narrative Methods and concepts like „empowerment“ used since a long time in community psychology are made utilizable for the psychotherapeutic process and the education of psychotherapists.

Key Words: Psychotherapy – Client-Therapist-Relationship – Narration – Social Constructivism.

In dem Verhältnis, wie jemand durch das Erleben einer Geschichte in sie „eintritt“, d.h. sich in sie verstrickt, verändert sich auch seine Sichtweise des Realen.

Die Konstituierung einer Geschichtenwirklichkeit vollzieht sich nicht auf einer Tabula rasa, sondern auf der Folie einer immer schon vor dem Beginn einer Geschichte vorhandenen sozialen Realität.

Geißlinger, 1992, S. 89

Ich habe mich beim Titel für diesen Aufsatz von Hans Geißlingers ‘Story Dealer AG’ (Geißlinger, 1992) anregen lassen. Diese Gruppe konnte im Rahmen ihrer Kinder- und Jugendlichenfreizeiten aber auch im Rahmen von Aktionen mit Erwachsenen anschaulich zeigen, dass Wirklichkeit in hohem Maße ein sozial erzeugtes - oder erfundenes - Produkt ist,

an dem wir alle schöpfend oder erzählend - und damit auch wieder individuell konstruierend - teilhaben. Bei einer organisierten Freizeit sind wir üblicherweise gewohnt, diese als eine Veranstaltung zu sehen, welche von Leuten geplant und Schritt für Schritt „durchgeführt“ wird. Aktive Planer auf der einen Seite - mehr oder minder passive Konsumenten auf der anderen. Die Beschreibungen der ‘Story Dealer’ verhindern schon durch die Art der Darstellung eine solche Perspektive. Nicht nur stellen sie den Charakter der sich entfaltenden Wirklichkeit des Abenteuerurlaubs als einen kooperativen (wenngleich oft recht unbewussten) Prozess zwischen Anbietern und Konsumenten heraus. Sie arbeiten zusätzlich typische Muster dieser Entfaltung sorgfältig heraus und lassen so ein griffiges Bild davon entstehen, was planbar und was nicht planbar ist: Dieser Prozess wird von ihnen als Wechselspiel zwischen Deutungsangeboten und gezielten Irritationen einerseits, Reaktionen auf Zufälligkeiten und Verstärkung

einmal eingetretener Eigendynamiken andererseits gesehen und beschrieben (siehe weiter unten Punkt 5.).

Ich sehe Therapie als einen ähnlichen Prozess: als eine Entwicklung des gemeinsamen Findens, Erfindens, Irritierens und Bedeutung-Zuweisens; als ein Phänomen, für welches eine Beschreibung, die das Moment der Kontrolle der Therapeut/inn/en betont, eher unangemessen ist¹, sondern welches in hohem Maße als kollaborativ anzusehen ist, auch wenn die Lesegewohnheiten vermittelt über unsere Lehrbücher ein anderes Bild suggerieren. Welche Faktoren und Wendepunkte dabei bedeutsam sind, will ich im Folgenden darstellen. Allerdings erhebe ich nicht den Anspruch einer hinreichenden Systematik. Mein Anspruch geht eher - wie übrigens u.a. auch in meinen Therapien - in Richtung einer in sich stimmigen, im besten Falle gut erzählten Geschichte. Mit all den Folgen, welche solche Geschichten wiederum haben können

Im folgenden Aufsatz will ich Therapie vorwiegend von der sprachlichen Seite betrachten, wohl wissend, dass dies nur eine Facette des Kristalls ist. Ich will sie als einen Prozess beschreiben, in dem Geschichten präsentiert, teilweise aufgegriffen, modifiziert, verfremdet, bestätigt u.s.w. werde, Ich werde dazu erst einmal auf einige Traditionen zu dieser Perspektive verweisen (Punkt 2). In einem nächsten Punkt will ich mich mit der Frage beschäftigen, was denn eine für Klient/inn/en nützliche Geschichte sei und welche Konzepte dazu bereits existieren, die man unter dieser Perspektive nutzen könnte. Ein weiterer Punkt (4.) wird sich dann damit beschäftigen, unter welchen Bedin-

gungen nützliche Geschichten gemeinsam von Klient/in und Therapeut/in entwickelt werden können und dies an einem konkreten Beispiel illustrieren. Den Abschluss will ich mit verschiedenen Ideen finden, welche Kontexte für Ausbildung förderlich sind - so dass Menschen lernen können, u.a. gute Geschichtenhändler zu werden.

1 Ich beginne ...

Je länger ich selbst Therapien gemacht und natürlich immer wieder das eine oder andere Lehrbuch zu Rate gezogen habe, desto klarer wurde mir, was in diesen Büchern steht bzw. nicht steht. Meist kann man eine Menge an Ideen über Techniken, Konzepte, Theorien zum Verständnis, der Modellbildung und auch des Angebots an Klient/inn/en erfahren oder besser verstehend lesen. Andererseits sucht man aber meist vergeblich nach dem, was ich die Basis der Therapie nennen möchte: das Entwickeln einer günstigen Haltung, das Aufbauen von Motivation, das Aushandeln eines Auftrags, die strikte Orientierung an der Motivation - und damit auch an den konkreten Zielen - der Klient/inn/en, das Ausloten von Aufnahmebereitschaft und die Überprüfung der Viabilität erarbeiteter oder angebotener gangbarer Lösungsschritte im Alltagsleben der Klient/inn/en. Nicht dass diese Begriffe in den besseren Lehrbüchern oder Artikeln nicht auftauchen würden, die Ausführungen bleiben blass, es fehlt ihnen an Leben und erfahrbarer Unmittelbarkeit.

Wahrscheinlich ist es so, dass vieles von dem gerade Aufgeführten in Lehrbüchern auch gar nicht vermittelbar ist. Am ehesten gewinnt man noch in Fallberichten oder fast romanhaft geschriebenen Fallgeschichten, die nicht nach der Sherlock Holmes Methode geschrieben wurden

¹ Im Sinne einer zielsicheren Steuerung der Klienten durch die Therapeut/inn/en

(siehe de Shazer, 1996)², eine Idee, worum es gehen könnte/sollte/müsste (für das Romanhafte siehe z.B. Yalom, 1998, 1999 oder Bugenthal, 1992).

Unglücklicherweise fällt dieser Umstand Therapieanfängern, die sich in ihrer Praxisnot ohne ausreichende Supervision Rat in der Flut der einschlägigen Veröffentlichungen holen, meist gar nicht auf³. Dies könnte auch mit ein Grund dafür sein, wieso es zu einer solch überzogenen Fixierung auf Techniken und therapieschulenspezifische Modelle gekommen ist (siehe auch Hubble et al., 1999).

Am überzeugendsten erfährt man etwas über diese Themen wohl, wenn man jemandem bei der Arbeit über die Schulter schauen, fragen, reflektieren, sich selbst ausprobieren kann und differenziert Feedback kriegt (am Besten anhand der sorgfältigen gemeinsamen Analyse eines Ton- oder Videobandes).

Da ich nun aber hier sitze und schreibe und in offensichtlichem Widerspruch zu dem eben Argumentierten über diese Basis von Therapie etwas zu Papier bringen will, knüpfe ich an dem an, was all den aufgezählten Themen - neben anderen wie z.B. symbolischer Interaktion - zugrunde liegt: der sprachliche Austausch. Ja - und akzeptiere widerwillig die zu erwartende Blässe.

² d.h. solchen, in denen die Genialität des oder der Therapeuten/in zugunsten der Bemühungen und Stärken der Klient/inn/en in den Hintergrund tritt

³ Man erlaube mir den Vergleich mit einer/m angehenden Koch/in, die/der ohne ausreichende Basiserfahrung lediglich mit Hilfe eines Kochbuchs ihre/seine Gerichte zuzubereiten trachtet. Manche Naturbegabungen - genau wie im Bereich des psychosozialen Helfens - kriegen das ja tatsächlich hin. Die Mehrheit produziert wenig Erquickliches und gibt dem Rezept die Schuld. Leider erfahren wir im Rahmen psychosozialen Helfens oft nicht in derselben Deutlichkeit, dass etwas "ungenießbar" ist.

2 Therapie als das Konstruieren von Geschichten

Man kann Therapie ganz konsequent als das Konstruieren von Geschichten konzipieren. Und speziell die so genannten Narrativen bzw. die konstruktivistischen Therapieansätze, zu denen sich ein Teil der auch Systemisch genannten zählen, haben dies in vielen Publikationen getan (für Lösungsfokussierte Therapie z.B. de Shazer, 1999, Miller & de Shazer, 1999, für Narrative Therapie z. B. White & Epston 1990, für Konstruktivistische Therapie z.B. McNamee, 1992 u.v.a.m.). Diese Sichtweise - in einigen therapeutischen Kreisen stürmisch und enthusiastisch als „die“ Entdeckung gefeiert⁴ - wurde schon seit längerer Zeit im Rahmen der Gemeindepsychologie diskutiert und auch praktisch genutzt (z.B. im Rahmen der Erzählwerkstätten, siehe Stark, 1992). Und sie hat auch Vorläufer (und manchmal nicht genannte Wurzeln) in soziologischen und philosophischen Traditionen, wie z.B. dem Symbolischen Interaktionismus und der Ethnomethodologie eines Berger & Luckmann, eines Garfinkel, eines Goffman, eines Cicourel (siehe z.B. Steiner, 1973, Weingarten, 1976), sowie den sprachphilosophischen Ansätzen und konstruktivistischen Denktraditionen eines Mauthner, Wittgenstein, Vygotsky, Bahktin (um relativ willkürlich nur ein paar zu nennen; Mauthner-Gesellschaft, 2000⁵). Man kann dies als rein sprachliche Aktivität betrachten und nur den verbalen Aspekt in den Fokus der Aufmerksamkeit stellen (meist aus denk- und for-

⁴ de Shazer präsentierte diese Sicht im Rahmen eines Seminars einmal etwas simpler: "Wir schauten in den Therapieraum und merkten erstaunt, dass dort nur gesprochen wurde."

⁵ Die Internetseiten der Mauthner-Gesellschaft (siehe Literaturverzeichnis) sind eine reich sprudelnde Quelle an Informationen für Sprachinteressierte, das gleiche gilt für die Seiten der Virtual Faculty, die allerdings gute Englischkenntnisse voraussetzen:
<http://www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/welcome.htm>

schungsökonomischen Gründen). Angemessener ist es natürlich den Kontext mimischer, gestischer aber auch kultureller und politischer Phänomene z.B. in Rechnung zu stellen. Speziell die aus der Soziologie stammenden Ansätze des Symbolischen Interaktionismus und der Ethnomethodologie gehen den Weg, soziales Geschehen als „Theater“ aufzufassen und damit all die über rein gesprochene Sprache hinausgehenden Aspekte (Gestik, Mimik, Tonfall, Dramaturgie, Choreografie) mit einzubeziehen.

Im Rahmen der oben genannten stürmisch gefeierten Strömungen kam es oft zu einer Überbetonung des Verbalen in der Therapie und einer manchmal vorschnellen Analogiebildung zu sprachwissenschaftlichen Problemstellungen (Wie versteht ein Leser einen Text?). In Kombination mit einer geradezu leidenschaftlichen Proklamation eines (wie wir nun wissen unnötig) radikalen Konstruktivismus schimmerte dann durch so manche Publikationen - ob gewollt oder ungewollt - ein Idealismus und manchmal Solipsismus eines Bischof Berkeley. Therapie wurde zu einem Geschäft (inneren) verbalen Verhaltens mit einem ungeklärten / vagen Bezug zum umgebenden Milieu und die Verhältnisse (ob ökonomisch, politisch oder sozial) gerieten gänzlich aus dem Blick. Damit landete man dann bei einer Sichtweise von Therapie, die wieder einmal Veränderung allein dem Individuum aufbürdete und kaum eine kritische Position gegenüber den Verhältnissen einzunehmen imstande war⁶. Aber auch eine angemessen kritische Position gegenüber dem *Machbarkeitskitsch* moderner Therapie- und Technologieansätze, wie es Irmtraud Beerlage vor einigen Jahren treffend nannte (Beerlage, 1988), geriet aus dem Blick, so dass die Ver-

geblichkeit mancher psychotherapeutischer Bemühungen geradezu falsch attribuiert werden musste. Nämlich als technisches Versagen unter Ausblendung gesellschaftlicher Bedingungen oder als individuelle Widerständigkeit statt schlichter Folge gegebener Fakten.

Philosophisch belehrte uns Putnam (1995), dass es durchaus legitim sein konnte mal erkenntnistheoretischer Konstruktivist und Relativist, mal erkenntnistheoretisch kritischer Realist zu sein. Therapeutisch lehrten uns O’Hanlon und Wilk (1987) Fakten von Bedeutungen zu trennen und letztere zu verhandeln. Und die sozialen Konstruktionisten/ Konstruktivisten eröffneten uns eine Perspektive, wie individuelle und soziale ‘Sprache ‘ aufeinander bezogen werden könnte und wie ein solches Modell therapeutisch eventuell nutzbringend wäre (Baecker et al., 1992, Lannamann & Shotter, 2000).

3 Was ist eine nützliche Geschichte?

Abgeleitet von von Försters ethischem Imperativ „Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst“ (von Förster, 1993) könnte man eine nützliche Geschichte ganz allgemein als solch eine festschreiben, welche die Möglichkeiten der erzählenden Person und der daran Beteiligten erweitert. Gemeint ist damit, die Vielfältigkeit an Möglichkeiten sein Leben zu gestalten, Beziehungen einzugehen, sich abzugrenzen, mit sich selbst umzugehen, zu planen und diese Pläne zu verfolgen. Möglichkeiten betreffen so materielle Phänomene genauso wie soziale, psychische und somatische. Letztlich ist damit der Zugang oder die Entwicklung von Ressourcen (Kraftquellen) gemeint, aus denen man schöpfen kann, was man zur Gestaltung eines zufriedenstellenden guten Lebens braucht, um Probleme zu lösen oder mit Schwierigkeiten zurecht zu kommen.

⁶ Dies gilt in besonderem Maße für Therapieansätze, die sich auf den Radikalen Konstruktivismus als zu Grunde legender Erkenntnistheorie berufen.

Dies macht es leicht, eine Verbindung zu diversen Konzepten herzustellen, die traditionell genau dies im Sinn haben.

Da wäre zum einen das Konzept des *Empowerment* aus gemeindepsychologischer Tradition, welches die Selbstbemächtigung der jeweiligen Lebenswelt des oder der Betroffenen zu fördern trachtet. In kritischer Differenz zu den wohlmeinenden expertenbasierten Präventionsprojekten versucht dieser Ansatz dies jedoch über eine sorgfältige Balance zwischen Anerkennung und Wertschätzung vorhandener – wenn auch vielleicht ungewöhnlicher – Ressourcen und der kundenorientierten Bereitstellung von Unterstützung (siehe Stark, 1996, Rappaport, 1985).

Da wäre aber auch Albert Banduras Konzept der *Self Efficacy* (Bandura, 1995), welche die wahrgenommene und sich selbst erzählte Selbstwirksamkeit in den Vordergrund der Einschätzung legt. Dieses Konzept passt wiederum recht gut zu Richard Lazarus Coping-Konzept (Filipp, 1990) oder Martin Seligmans Optimismuskonzept (Seligman, 1990), welche die situationsspezifische Ausblendung von Fakten als Bestandteil nützlicher Geschichten suggerieren.

Und man wird natürlich auch an Antonovskys *Salutogenese-Konzept* denken (Bengel et al., 1999), an Sarasons „*Sense of Community*“ (Sarason, 1974) oder an Heiner Keupps Bedingungen für das Gelingen „*Riskanter Chancen*“ (Keupp, 1988).

Schwierig bei einer solchen Wertung und dementsprechend unterschiedlich argumentativ vertreten bleibt die Frage: Wer entscheidet eigentlich, was eine nützliche Geschichte ist? Was muss der Fall sein, dass ich mir einer solchen

nützlichen Geschichte gewiss sein kann?

Zwei radikal entgegengesetzte Positionen, die allerdings *in Reinform* sicher selten tatsächlich vertreten werden, sind auszumachen. Die Vertreter/innen der einen Position können als expertenorientiert beschrieben werden und nehmen aus einem wissenschaftlich begründeten Wissensvorsprung und wohl auch aus der postulierten unvoreingenommenen Distanz des Beobachters die Bewertung der Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit von Geschichten via Expert/inn/enurteil für sich in Anspruch⁷. Hier einzelne Namen nennen zu wollen entbehrt der Notwendigkeit, da es sich um die Position der großen Majorität handelt.

Die Vertreter/innen der entgegengesetzten Position sehen sich selbst als radikal kundenorientiert und möchten die Entscheidung über die Nützlichkeit, Zweckmäßigkeit einer Geschichte und logischerweise auch den Fortschritt einer Therapie im Akt des gemeinsamen Konstruierens völlig dem Kunden, der Kundin überlassen. Diese Position ist im Gefolge der Umsetzung von Forschungsergebnissen zu den „Common Factors“ im psychotherapeutischen Alltag wohl am überzeugendsten und konsequentesten von Duncan und Miller (2000; siehe auch Hubble et al., 1999, Miller et al., 1997) in ihrer Konzeption einer Client-directed and Outcome-informed Therapy umgesetzt und dargestellt worden.

Ähnlich wie bereits im Empowerment-Konzept formuliert wird seit einigen Jahren von einigen Vertretern der narrativ-konstruktivistischen

⁷ Diese Haltung entspringt einem medizinischen Modell, welches oft sicher wohlmeinend die Befindlichkeiten des jeweiligen Gegenübers zu objektivieren trachtet und dabei durchaus selbstkritisch Urteilsfehler einräumt, diese aber meist ausschließlich mittels technischer Verfahren (noch ausgefeiltere Diagnoseschemata, Fragebögen und Tests) auszuräumen versucht.

Position ein „kollaboratives“ Modell (z.B. Andersen, 1996) vorgeschlagen, bei dem die Sichtweisen, Stärken und Fähigkeiten aller am Gespräch Beteiligten kooperativ zum Zuge kommen sollen - ein Vorschlag zur Güte gewissermaßen. Die Expertenschaft oder Kundigkeit der Klienten wird ebenso wert geschätzt wie die Expertenschaft und Kundigkeit der Professionellen. Allerdings bleibt in den Texten Andersens kein Zweifel daran, dass im Zweifelsfall der/die Klient/in das letzte Wort hat.

Klar ist, dass genau dieser Punkt - wie übrigens auch die Diskussion um die Bewertung von Zielen in der Therapie - notwendigerweise mit erheblichen Unschärfen und Unsicherheiten verknüpft bleibt. Wie sehr anschaulich im Rahmen der Problemlöseforschung (Handeln in komplexen Problemfeldern z.B. von der Arbeitsgruppe um Dörner, 1983, 1989) gezeigt, konkurrieren mehrere gleichberechtigte Ziele oft miteinander, bringen im Laufe ihrer Verfolgung oft unbeabsichtigte und unvorhersehbare Nebenwirkungen mit sich und erweisen sich so als ungemein dynamische Phänomene, die keine starre Steuerung sondern ein flexibles, anpassungsfähiges „Navigieren beim Driften“ (Simon & Weber, 1990) erfordern. Das gleiche gilt m.E. für Geschichten. So stehen mehrere mögliche Entwürfe - oft unerkannt - neben einander, erzeugen bestimmten Geschichten, die man beginnt sich selbst über sich selbst und seine Welt zu erzählen, produzieren unerwartete und unvorhersehbare Effekte, die wiederum als Input in die Geschichten eingehen, diese verändern, neue Möglichkeiten eröffnen, alternative Optionen schließen, die Vergangenheit in neuem Licht erstehen lassen und auf unterschiedlichste und verschiedenste Zukunftswege verweisen (siehe z.B. Kotre, 1996).

Ich persönlich hege größte Sympathien für eine kundenorientierte Position sensu Tom Andersen solange ich mein Gegenüber als selbstverantwortlich ansehen kann. Im Falle von Fremd- oder Selbstgefährdung wird in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext diese Position selbstverständlich sorgfältig auszuloten sein.

4 Bedingungen des Entwickelns von nützlichen Geschichten

Ich möchte gerne anhand des Verlaufs einer von mir durchgeführten Therapie erzählen, was meiner rückblickenden Rekonstruktion zufolge entscheidend dafür war, dass sie sich und die darin entstehenden Geschichten genau so entwickelten. Und ich will auch zu argumentieren suchen, was daran für den Klienten nützlich war, wo aber auch Fragezeichen zu setzen sind hinsichtlich der wechselseitigen Expertenschaft⁸.

Es handelte sich dabei um eine Therapie im Rahmen eines Forschungsprojekts zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwängen. Den Therapeut/inn/en war dabei ein Manual vorgegeben, welches die Art der Therapie und die Vorgehensweise strukturierte. Ich habe ganz bewusst diese Therapie und nicht irgendeine andere, wo ich in meiner Vorgehensweise ohne irgendwelche Vorgaben arbeiten konnte, zur Darstellung ausgewählt. Damit möchte ich gerne einerseits mit dem Vorurteil aufräumen, manualisierte Therapien seien eine absolute Zwangsjacke für Therapeut/inn/en und Klient/inn/en und ließen keinerlei Spielraum im therapeutischen Arbeiten. In den meisten mir bekannten Manualen ist das so nicht der Fall. Ich möchte andererseits gerne den Blick darauf

⁸ Der Klient präsentiert seine Version der Therapie in vorhergehenden Kapitel 1.2. Binokulares Sehen bringt den Bonus der Tiefenschärfe - sagt Bateson. Und hier?

lenken, dass meiner Einschätzung nach basale Punkte in der Therapie durch therapieschulspezifische Vorgaben in geringerer Weise berührt sind, als allgemein angenommen und propagiert wird. Und ich möchte drittens kritische Punkte meiner Sichtweise dieser Therapie, wie sie mir erst ein Jahr nach Beendigung derselben und während des Schreibens dieses Aufsatzes bekannt wurden, nicht unter den Tisch fallen lassen. Ich möchte sie zumindest ansatzweise benennen und damit die Leserin, den Leser ermutigen, Positionen und Haltungen gegeneinander abzuwägen.

Fallgeschichten in Lehrbüchern beginnen meist mit der Schilderung der ersten Stunde und wir alle wissen, dass dies zu kurz greift. Sie beginnen - und Gemeindepsychologen haben das sehr schön beschrieben (z.B. von Kardorff, 1986) - mit einem sukzessiven Herausfallen aus der (sozialen) Normalität, mit so genannten primären Abweichungen, welche Fremd- und Selbstetikettierungsprozesse, Selbst- und Fremderklärungs- oder Deutungsbemühungen und Anstrengungen zur Bewältigung auf verschiedensten Ebenen zur Folge haben. Erst wenn diese alltagsweltlichen Bemühungen scheitern, werden Professionelle aufgesucht, kommt es eventuell zu sekundären Abweichungen, offiziellen Etikettierungen und Behandlungsroutinen.

Die Geschichte meines Klienten beginnt also bereits vor vielen Jahren, als dieser seine Schwierigkeiten als immer belastender empfunden hatte. Als er versuchte, eine Erklärung, einen Namen, eine Ursache und natürlich Hilfestellung zu finden. Er begann, sich Informationen zu beschaffen, das Vokabular und die unterschiedlichen Diskurse zur Selbst-be- und -zuschreibung zu benutzen, sich als Mensch mit einer Zwangsstörung zu definieren. Und er ließ

sich auf unterschiedliche Behandlungsangebote - von Medikamenten bis zu verbalen Therapien - ein. Alles mit mäßigem Erfolg, so dass er weiter suchte, sich informierte und auf Berichte über das beginnende Forschungsprojekt am Lehrstuhl Klinische Psychologie / Psychotherapie stieß, welche wohl anschlussfähig an seine aktuellen (Be-)Deutungen waren. Nach der Anmeldung und obligatorischen Eingangsdagnostik wurde er einem Projekttherapeuten zugewiesen. Die Therapie konnte beginnen.

Unter einer narrativen Perspektive hat Carlos Sluzki (1996) die einzelnen Stufen der „Herausbildung von Erzählungen als Fokus therapeutischer Gespräche“ beschrieben. Er benennt fünf aufeinander folgende Phasen an denen ich mich für die Schilderung meiner Fallgeschichte orientieren will:

- 4.1 einen Rahmen für die Begegnung herstellen
- 4.2 die Geschichte ans Licht bringen und in Szene setzen
- 4.3 alternative Geschichten fördern
- 4.4 die neue Geschichte einbringen und ausbauen
- 4.5 die neue Geschichte verankern

4.1 einen Rahmen für die Begegnung herstellen

Im vorliegenden Fall muss zumindest die Veränderungstheorie des Klienten zum Zeitpunkt seiner Entscheidung am Forschungsprojekt teilzunehmen bedacht werden. Er hatte ja bereits Erfahrungen mit medikamentöser Therapie, die im Großen und Ganzen nur wenig gebracht hatte, und er hatte eine Therapie auf Gesprächsbasis hinter sich, die ihm ohne konkretes Ziel, ohne nachvollziehbare Struktur und aufeinander folgende Stufen schien. Er suchte ein konkretes Programm mit viel Orientierung

und Angebot, aber auch - wie in den ersten Stunden im Rahmen des expliziten (und viel mehr noch des impliziten) Entwickelns der Beziehung und der Allianz klar wurde - mit ausreichend Platz für Eigeninitiative, eigenen Ideen und Vorschlägen, die wert geschätzt werden sollten. Diese offenkundigen und wichtigen Bedürfnisse mussten in Einklang mit meinen eigenen Vorstellungen therapeutischer Manövrierfähigkeit gebracht werden. Im Laufe der ersten Begegnung(en) wurde jedoch recht schnell klar, dass ein wechselseitig kooperierendes Arbeit gut möglich sein würde, da wir unsere jeweilige Expertenschaft (die des Klienten für sein (Er-)Leben, meine für das Begleiten und Anregen) kontinuierlich anerkannten. Allerdings signalisierte mir der Klient immer wieder einmal, dass er sich von mir klare Vorgaben hinsichtlich der einzelnen notwendigen „Behandlungsschritte“ erwarte (der Therapeut als Behandlungsexperte), während ich die Notwendigkeit der Plausibilität der sich entwickelnden Problem- und Zielsicht und Evaluation der einzelnen anzugehenden Schritte durch den Klienten betonte.

Dies war also der Rahmen für die Begegnung. Dazu gehörte aber sicher auch die Besonderheit der Durchführung der Therapie an einer universitären Einrichtung, der besondere Aufwand an Fragebögen bzw. anderen Messmitteln und die Videoaufzeichnungen.

4.2 die Geschichte ans Licht bringen und in Szene setzen

Mein Ausgangspunkt war also die Geschichte des Klienten. Slutzki beschreibt diesen Punkt folgendermaßen: „Der Interviewer bringt Informationen über Wesen und Kontext des Problems oder Konflikts ans Licht, über die wichtigsten mit ihm verbundenen Themen, seine Charakteristika, seine Logik, seine Moral und

seine Auswirkungen im Verhalten aus der Sicht der Beteiligten; dabei beobachtet der Therapeut genau die Organisation und Entwicklung der Geschichte auf der Suche nach Möglichkeiten ihrer Destabilisierung.“ (Slutzki, 1996, 87). Im Prinzip tat ich genau dies. Allerdings möchte ich es ein wenig anders in Worte fassen und denke, dass dadurch ein Unterschied sichtbar wird. Ich fokussierte sehr auf die Änderungstheorie des Klienten, die Abfolge geschilderter Erlebnisse, die daraus resultierenden Erfahrungen und Einsichten sowie die Besonderheiten des an der Geschichte beteiligten sozialen Netzes (Unterstützung, Bestätigung ...). Und ich suchte bereits hier nach Möglichkeiten, wie diese Geschichte anders zu erzählen wäre, damit sie eine Erfolgsgeschichte wäre statt eine solche des Scheiterns. Dabei orientierte sich diese Suche nach Möglichkeiten auch wiederum sehr stark an der Art und Weise, wie der Klient welche Elemente seiner Geschichte präsentierte, wie er sie verknüpfte, wo er Anregungen von mir erwartete oder auch solche wahrnahm, obwohl ich bewusst gar keine vermittelte. Er hatte sich ja ganz gezielt auf einen Vortrag und Veröffentlichungen zu einer bestimmten störungsspezifischen Behandlung von Zwängen gemeldet und schilderte genau, was er aufgrund der Vorinformationen für ein Bild von der folgenden „Behandlung“ entwickelt hatte. Diese sorgfältige Orientierung an der Änderungstheorie der Klienten wird auch durch viele Befunde zur Psychotherapieforschung gestützt und wurde auch jüngst in zwei Publikationen des Institute for the Study of Therapeutic Change ausführlich dargelegt (Duncan & Miller, 2000, Hubble & Duncan & Miller, 1999).

Wir begannen also mit einer Schilderung des Leids, erarbeiteten die funktionale Einbettung der Problematik in den Kontext und landeten letztlich bei einem plausiblen Modell der Prob-

lematik. Laut Manual war zwar vorgesehen, dass dieses plausible Modell vom Therapeuten dem Klienten zu vermitteln war (die kognitiv-verhaltenstherapeutische Theorie war hier Quelle des zu vermittelnden Modells), de facto erstellte und entwickelte der Klient das Modell selbst und mir blieb die Rolle dessen, der bestimmten Teilbögen (individuell konstruierten Wenn-dann-Beziehungen) des sehr elaborierten und reichen Modells des Klienten die entsprechenden Bezeichnungen der Verhaltenstherapeuten zuordnete - eine Rolle der Bestätigung also.

4.3 alternative Geschichten fördern

Das durch den Klienten vorgegebene Modell konnte nicht nur in Bezug auf die verhaltenstherapeutischen Erklärungen genutzt werden. Es bot auch eine fruchtbare Basis für die Diskussion von möglichen sinnvollen Handlungsmöglichkeiten des Klienten und den darauf folgend erwartbaren Effekten. Wahrscheinlich ist ja bereits die sich entwickelnde Tatsache, dass es nicht nur eine Geschichte, ein zwingendes Schicksal gibt, als dessen Opfer sich der Klient fühlt, eine Quelle für Hoffnung, Optimismus und letztlich auch Motivation zu veränderter Sicht und Handlung.

Es war also anknüpfend am Modell des Klienten möglich, die Idee verschiedener Ansatzpunkte, verschiedener gangbarer Wege ebenso einzuführen, wie die Idee möglicher unterschiedlicher Einflüsse auf das Gelingen. Dies entspricht dem Öffnen von unterschiedlichen Optionen, wie es für divergentes Denken und Handeln charakteristisch ist (Rappaport, 1985). Alternative Geschichten bezüglich der verursachenden Wirkung ebenso wie bezüglich möglicher Lösungen wurden so verhandelbar. Die Frage der Evaluation wurde in die Hände des Klienten gelegt. Worauf ich verzichtete - und

das hat nun ein Jahr nach Beendigung der Therapie Bedeutung gewonnen - war, eigene Ideen zu suchen einzubringen, die überhaupt nicht in der Änderungstheorie, dem Änderungsmodell des Klienten vorgekommen waren.

4.4 die neue Geschichte einbringen und ausbauen

Bei der Auswahl geeigneter Ansatzpunkte vorgegeben durch das Modell des Klienten kam die gewünschte Strukturgebung und Orientierung durch den Therapeuten wieder ins Spiel und damit die durch das Manual empfohlenen Schritte⁹. Die offen vorgetragene Logik des Vorgehens (nämlich das einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise bei der Behandlung von Zwängen, siehe Lakatos & Reinecker, 1999) anknüpfend an das Modell des Klienten mit seinen inhärenten Dynamiken war anschlussfähig.

Eine neue Geschichte, die sowohl Hoffnung vermittelte und somit der Demoralisierung entgegen wirkte, verschiedene Ansatzpunkte erlaubte und somit Wahlmöglichkeiten eröffnete, als auch konkret in Bezug zur Änderungstheorie des Klienten stand, war in Umrissen entwickelt. Gleichzeitig kam noch etwas ins Spiel, das ich bisher unerwähnt ließ. Der Klient hatte eine sehr ausgeprägte poetische Begabung und seine Erlebnisse und Erfahrungen auch in Gedichten und literarischen Skizzen verarbeitet. Dies war bis dahin eher problemfokussiert und eventuell sogar problemstabilisierend gewesen. Aufgrund dieser Ressource verfügte er auch über die Fähigkeit, Geschichten zum Gegenstand von Reflexionen zu machen; er hatte gewissermaßen einen gut ausgebildeten Sinn für Meta-Geschichten. So entwickelte er die ver-

⁹ Entscheidend für diese Art zu arbeiten ist natürlich, dass man als Therapeut hinter dem Manual als einer zumindest ernsthaft erwägenswerten Vorgehensweise

schiedensten Erklärungsansätze der Teilbögen seines komplexen Modells weiter, brachte immer wieder mal neue Aspekte mit in den Therapieprozess hinein und überraschte mich regelmäßig mit teils sehr elaborierten Entwürfen (so z.B. einmal mit einem mehrseitigen Papier zum Stellenwert und zur Funktionalität von neutralisierenden Gedanken im Rahmen der Zwängedynamik).

4.5 die neue Geschichte verankern

Die Verankerung der neuen Konstruktionen erfolgte meiner Einschätzung nach auf sehr verschiedenartigen Wegen. Sie erfolgte einerseits über die erlebte Stimmigkeit im gemeinsamen Gespräch und den kontinuierlichen Reflexionen des Klienten. Sie erfolgte aber auch über erlebte Effekte (Selbstwirksamkeit) im Gefolge von Aufgabenstellungen im Handlungsbereich (vielfältige Konfrontationen teils in Eigenregie, teils gemeinsam im Therapie-raum oder in der Stadt). Sie erfolgte letztlich - was sich nur vordergründig wie ein Widerspruch anhören mag - über die Relativierung der Psychotherapie. Der Klient trieb nämlich einen Aspekt seines Modells - eine bestimmte somatische Reaktion, welche für ihn sehr stressend war, und mit welcher weder ich selbst noch die konsultierten Ärzte etwas anfangen konnten - experimentierend voran. Und er fand eine überraschend simple Lösung. Diese wurde nachträglich auch von Medizinern als Experten für somatische Zusammenhänge bestätigt. Die rein psychologische Dynamik des Modells wurde damit aus Sicht des Klienten relativiert und er hatte sich die gemeinsam entwickelte Geschichte im wahrsten Sinne des Wortes angeeignet.

Der Klient hatte - so kann man rückblickend feststellen - die Therapie auf sehr vielfältige

bei vorliegender Problemlage steht.

und durchaus 'eigensinnige' Weise für sich genutzt. Er war zum Ende der Therapie nicht völlig symptomfrei im Sinne einer Heilung, aber er hatte gelernt, achtsam mit für ihn typischen Problemkonstellationen (innen wie außen) umzugehen, so dass er von einer deutlichen Verbesserung berichtete, die sich auch in den Fragebogenergebnissen niederschlug. Die gelernten Strategien hatte der Klient teils aus den Angeboten durch mich übernommen, teils in kritischer Auseinandersetzung mit der Therapie selbst entwickelt, teils auch eigenständig er- oder gefunden. Diese 'Eigen-Sinnigkeit' sehe ich als eine mich oft verblüffende Ressource meiner Klient/inn/en an und bemühe mich sehr darum, diese zu fördern und wert zu schätzen (siehe auch Asay & Lambert, 1999).

Ein halbes Jahr nach Therapieende (beim Follow up) berichtete der Klient, dass er weiter mit den bewährten Strategien arbeiten würde, mal erfolgreicher mal weniger erfolgreich damit sei und weiter nach zusätzlichen Lösungen suche. Zu diesem Zeitpunkt war er bereits gelegentlich als Co-Therapeut bei Therapien von Zwängen eines Kollegen im Heimatort des Klienten tätig.

Nun ca. ein Jahr nach Therapieende sieht der Klient als Basis seiner Problematik ein nicht erkanntes Hyperkinetisches Syndrom, welches auch für die weiterhin quälende somatische Reaktion verantwortlich sei. Er sieht nun die Zwangsstörung und die Angstproblematik als Folge dieser Basisstörung. Diese Sicht ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch eine plausible Vermutung, die in einem demnächst statt findenden diagnostischen Gespräch mit einem Experten für HKS abgeklärt werden soll. Sollte sie sich erhärten und sollte eine anschließende Behandlung mit einem Psychoanaleptikum eine anhaltende weitere Besserung bringen, so stellen sich einige Fragen. Wäre in diesem Fall eine sorgfältigere Sichtung der Fakten (in diesem

Falle biologischer Fakten) angemessener gewesen statt einer allzu starken Betonung der Bedeutungen (siehe O'Hanlon & Wilk, 1987)? Wie weit darf die zugeschriebene aber auch zugemutete Expertenschaft der Klienten gehen? Und wo gerät man in Gefahr sich mit dieser Haltung aus der Verantwortung zu stehlen?

Ich bin bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch zu keinem abschließenden Urteil für mich gekommen. Und habe das auch gar nicht so schnell erwartet. Ich werde mich aber zweifellos von den durch die Rückmeldung des Klienten angestoßenen Zweifeln noch eine zeitlang anregen lassen. Dies wird andere Therapien anders werden lassen. Mal sehen.

5 Wie wird man ein guter Story Dealer?

Mein Glaube und meine Behauptung ist (wie bereits in der Einleitung erwähnt), dass man aus Büchern allein nicht lernen kann, ein/e kompetente/r Therapeut/in zu werden, was nicht heißt, dass Bücher nutzlos wären. Bücher können über Fakten informieren, sie können inspirieren, das Gelernte einfallsreich zu variieren, sie können einem Ideen zu neuen Geschichten nahe bringen oder sie können auch bestätigen und helfen, das eigene Tun neu oder bekannt zu verstehen.

Exkurs: die Inszenierungen der 'Story Dealer'

Folgt man den Erzählungen der Story-Dealer zur Struktur ihrer Inszenierung von erlebbaren Wirklichkeiten, so fallen ein paar Punkte auf, die eine Parallele zum Verlauf einer Therapie erlauben. *Am Anfang* steht immer *der unhinterfragte Alltag* einer Gruppe von Menschen (Kinder, Jugendliche oder Erwachsene), der so vor sich hin tröpfelt. Durch ein ungewöhnliches, aus diesem Alltag herausfallendes Ereignis versuchen die Story-Dealer nun diesen All-

tag zu *destabilisieren*, Irritation, Erklärungsbedürfnis mit emotionaler Beteiligung zu aktivieren. Gelingt die Destabilisierung sind die Betroffenen meist relativ suggestibel und bereit die ebenfalls von den Story-Dealern *angebotenen Erklärungen aufzunehmen*¹⁰ oder zumindest in Betracht zu ziehen. Und nun beginnt ein sehr interessanter und so gut wie nicht vorhersagbarer Prozess: die betroffenen Personen beginnen ihre Umwelt nach *Anzeichen für die Bestätigung* der einmal akzeptierten oder in Betracht gezogenen Wirklichkeitsdeutung abzutasten und finden überall Hinweise dafür (verfolgt zu werden, wie in der Segelgeschichte mit den mysteriösen Transportaufträgen oder getäuscht zu werden, wie in der Geschichte mit dem Heidelberger Konstruktivismuskongress). Von diesen Entwicklungen sind die Story-Dealer selbst oft überrascht und diese bergen auch ein beträchtliches Risiko für Eskalationen. Sie verweisen aber eindrücklich darauf, dass der wirklich gravierende Teil der dann erlebten Wirklichkeiten gar nicht inszeniert ist, sondern Folge eines sich selbst entwickelnden und selbst bestätigenden Prozesses der Wirklichkeitskonstruktion. Diese Dynamik trachten die Story Dealer dann am Laufen zu halten, in dem sie auf die von den Beteiligten entwickelten Deutungen eingehen, diese bestätigen oder in Zweifel ziehen. Das Ziel ist aber nicht eine exakte *Steuerung eines Events*, sondern vielmehr das Lebendig-Halten des Phantastischen, Ungewöhnlichen, Abenteuerlichen, Verblüffenden.

Ich will mich im Folgenden noch einmal an den bereits bekannten Schritten Slutzkis orientieren und kommentieren, was m.E. für die jeweiligen Schritte im Rahmen einer Ausbildung relevant sein könnte.

5.1. Einen Rahmen für die Begegnung herstellen

Für die Durchführung von Therapien bringen Ausbildungskandidat/inn/en üblicherweise bereits sehr viel mit - aus der eigenen Geschichte, der Sozialisation, wo sie hoffentlich gelernt haben, sich sensibel zu Menschen in Beziehung zu setzen. Haben sie das dort nicht gelernt, suchen sie sich wahrscheinlich besser einen anderen Job, denn ein Training halte ich hier nicht für sehr erfolversprechend, wie bereits Carl Rogers gegen Ende seines Lebens ernüchternd anmerkte. Ich sehe das so ähnlich wie das Tanzen. Wenn jemand zum Tanzkurs kein Bewegungs- und Rhythmusgefühl mitbringt, dann wäre vielleicht eine andere Freizeitbeschäftigung besser. Manchmal allerdings ist ein solches Gefühl sehr wohl vorhanden aber lediglich blockiert oder versteckt und kann im Rahmen einer intensiven Supervision oder Eigentherapie zugänglich gemacht werden. Diese Ressource wird dann im Tanzunterricht, z.B. beim Erlernen eines Tango entfaltet. Und auch hier macht es keinen Sinn aus Büchern lernen zu wollen, auch wenn dort die einzelnen Schrittfolgen aufgezeichnet sein mögen. Man lernt es durch das gemeinsame Erfahren und Erleben, im Wechselspiel mit einem Modell, welches man sich gesucht hat, weil man von diesem lernen mag. Psychotherapie ist über weite Strecken ein Kunsthandwerk. Und ein Kunsthandwerk lernt man am besten im Rahmen eines Handwerksbetriebs. Das heißt nun aber andererseits nicht, dass man diese Praxis nicht wissenschaftlich betrachten, bewerten und kritisieren könnte.

Beziehungsfähigkeit im Sinne von menschlichem Interesse, Anteilnahme und die Fähigkeit sich auf andere einzustellen sollten angehende Therapeut/inn/en also schon mitbringen. Andererseits kann aber eine Menge gerade über die subtilen Prozesse innerhalb der ersten Begeg-

nung gelernt werden. Implizite Verträge werden hier ausgehandelt: wer führt das Wort, wer unterbricht wen wann, wer antwortet auf welche Fragen wie, aber auch was als Problem anerkannt wird, was ein therapeutisches Ziel ist, wer wie das Ende der Sitzung einleitet, welche Themen zu Themen werden dürfen, wie darüber gesprochen wird, wie viel Emotionen gezeigt werden dürfen (oder müssen) u.s.w. Dies alles sind wichtige Rahmenbedingungen für die therapeutische Begegnung und Therapeut/inn/en müssen lernen hier gut wahr zu nehmen, eine klare Position, ein untrüglisches Gespür dafür zu entwickeln, unter welchen Bedingungen sie gut arbeiten können.

5.2. Die Geschichte ans Licht bringen und in Szene setzen

Im Rahmen einer Psychotherapie kommen die Klient/inn/en mit der zum Alltag gewordenen Schilderung ihres Leids. Teils verrät ihre Klage, dass sie wie in Trance stabil das Unglück, teils dass sie destabilisiert eine Eskalation erwarten. Die Lektion, die hier zu lernen ist, gleicht einem Balanceakt. Einerseits muss das Leid der Klienten anerkannt und gewürdigt werden, da sich ansonsten die therapeutische Beziehung nicht im gewünschten Maße entwickeln kann, andererseits darf keine Festschreibung der Leidensgeschichte stattfinden, sondern es müssen Zweifel an Teilen der Geschichte, an Voraussetzungen der Geschichte, an der Vollständigkeit der Geschichte auf eine Weise gesät werden, dass Hoffnung auf eine andere Wirklichkeit entstehen kann. Ein wichtiges Prinzip dabei wäre das des „Folgens und Führens“ (pacing & leading sensu Erickson), welches einerseits eine gute Beziehung entwickeln hilft (die bekannten Rogerschen Variablen sind eingeschlossen, es wird aber über diese noch hinausgegangen), andererseits aber auch in Richtung einer therapeutischen Allianz (therapeutic

¹⁰ Nicht eins zu eins, aber doch relativ sozial erwartbar.

bond) führt. Zu lernen ist hier also, wie sowohl eine gute Beziehung gepflegt als auch die Selbstverpflichtung zu oft anstrengender Arbeit ausgehandelt wird.

Unter den am Ende von Punkt 4 genannten kritischen Gesichtspunkten fällt hier auch das Festhalten und Feststellen von sozialen, ökologischen, somatischen Fakten darunter, die nicht verhandelbar sind. Allerdings gibt es manchmal beträchtlichen Spielraum bezüglich der Einschätzung, was tatsächlich Faktum ist und was verhandelbare Bedeutung. Man denke z.B. an Klienten mit Problemen, deren Verursachung sowohl somatisch als auch psychisch gedeutet werden kann.

5.3. Alternative Geschichten fördern / neue Geschichten einbringen und ausbauen

Auf dieser Basis können nun alternative Geschichten entwickelt und gefördert werden. Grundvoraussetzung dafür ist eine Destabilisierung der stabilen Erwartung des Leids. Im Generic Model of Psychotherapy (Orlinsky & Grawe & Parks, 1994) passt dazu das Konzept der Aufnahmebereitschaft (Ambühl, 1991), welches - im Gefolge einer Destabilisierung und gleichzeitigen Erwartung bezüglich einer Hilfestellung - eine Öffnung hin zu den Angeboten der/des Therapeutin/en forciert. Und solch eine Aufnahmebereitschaft kann gefördert werden. Egal ob wir uns an Ericksons hypnotherapeutischen Ideen zu einem 'enchantment' der Klienten, an der Choreografie und Dramatik bestimmter strategischer oder familientherapeutischer Vorgehensweisen, an den Ausnahme- oder Wunderfragen lösungsfokussierter Therapeuten, den plausiblen Modellen der kognitiven Verhaltenstherapeuten oder an den emotionalen Inszenierungen humanistischer Verfahren orientieren, daran, hier etwas zu lernen und einen

eigenen Stil zu entwickeln, kommen gute Geschichten-Händler nicht vorbei. Dabei spielt natürlich nicht nur die Fähigkeit zu guter Choreografie eine Rolle sondern natürlich noch viel mehr, was vor dem Hintergrund einer bestimmten Erzähltradition aber auch aktueller Erzählmoden¹¹ eine plausible und faszinierende Geschichte ist. Um die Jahrhundertwende war das in bestimmten Kreisen die Geschichte von der Dynamik des Unterbewussten, in den 70er-Jahren hatten Geschichten von der prinzipiellen Umweltgeformtheit und -formbarkeit des Menschen zumindest in den USA Hochkonjunktur und in den Tagen unserer postmodernen Gesellschaft stehen kognitiv-verhaltenstherapeutische neben systemischen Geschichten, psychoanalytische neben gestalttherapeutischen und esoterische neben somatischen Geschichten. Dabei fördert die Möglichkeit der Kassenleistung durchaus die Rezeption der jeweiligen formal anerkannten Geschichten.¹² Meine Überzeugung ist es, dass Verständigung vor dem Hintergrund sozial vermittelter Erzählmuster stattfindet. Diese werden im Laufe der Sozialisation gelernt und erfahren eine individuelle Ausgestaltung. Von den Grundmustern abzuweichen, bedeutet aber, egal ob bewusst oder unbewusst das Risiko des Nicht-Verstanden-Werdens einzugehen. Werden die elementaren Grundregeln des Erzählens nicht eingehalten, bedeutet dies das Risiko einer Diagnose schwerster psychischer Störung, welche eventuell sogar eine verbale Therapie ausschließt. Werden „lediglich“ ungewöhnliche Geschichten - jedoch formal richtig - erzählt, erfolgt üblicherweise der Versuch einer „Zurichtung“ derselben zur Geschichte der jeweiligen favorisierten Therapietheorie

¹¹ Die häufig durch die Medien eingeführt oder forciert werden.

¹² Wohingegen erst kürzlich zwei sehr verbreitete therapeutische Diskurse - der gesprächspsychotherapeutische und der systemische - auf äußerst fragwürdige Art und Weise von diesem Privileg ferngehalten wurden.

(Kardorff, 1986).

Vor diesem Hintergrund möchte ich einerseits empfehlen möglichst viele und unterschiedliche Geschichten (solche entsprechend den großen Metaerzählungen der Psychotherapiegeschichte ebenso wie die so genannten naiven Geschichten des Alltags eines recht breiten Querschnitts der Bevölkerung) kennen zu lernen (siehe auch Rappaports Divergenz statt der oft angestrebten Konvergenz psychosozialer Lösungen). Und ich möchte auch empfehlen zu lernen, den Klient/inn/en zuzuhören, welcher Geschichte diese bereits zugeneigter sind. Ich möchte empfehlen die individuellen Ausgestaltungen von Geschichten zu hören und auch das verbindende Muster, welches sie als Variation einer sozial vermittelten Geschichte ausweist und welches die Ursachenvermutung ebenso ausdrückt wie die erwartete mögliche Lösung.¹³

Aber ich möchte keineswegs empfehlen regellos Geschichten zu sammeln. Wenn wir die Postmoderne nicht als Beliebigkeit missverstehen wollen, lohnt sich m.E. sehr wohl die Orientierung an relativ rationalen Kriterien, wie Prüfbarkeit, logische Konsistenz, empirische Bewährung, Bezug zu theoretischen Vorstellungen u.a.m. Davon unabhängig lohnt es sich zusätzlich zu lernen, diese Geschichten überzeugend, spannend, gefühlsbetont zu erzählen oder besser noch gemeinsam mit den Klient/inn/en an deren Ursprungsgeschichte anknüpfend zu entfalten.

5.4. Die neue Geschichte verankern

Was dann im Gefolge von Destabilisierung und Deutungsangebot passiert, liegt weitestgehend beim Klienten und dessen sozialem Feld. Hier geht es darum zu lernen, den Ereignissen, Ver-

änderungen, Anstrengungen und Dynamiken zwischen den Sitzungen Aufmerksamkeit zuzuwenden. Außertherapeutische Faktoren spielen hier die Hauptrolle und zeigen, ob eine Geschichte viabel ist oder wieder bedeutungslos wird (siehe hier das Konzept einer Client-Directed and Outcome-Informed Therapy von Duncan & Miller, 2000). Lernen zu bestätigen, was als bedeutungsvoll und zugleich bemächtigend erlebt wird, Strategien zu erwerben diesen Prozess auszuweiten und zu konsolidieren ist ein zentrales Ziel für diesen Abschnitt der Therapie.

Es ist ein weit verbreitetes Missverständnis zu glauben, man könne unmittelbar an das Ende der letzten Therapiesitzung anschließen, dort weiter machen, wo man zuletzt aufgehört hat und lediglich die „verordneten“ Hausaufgaben mit ein beziehen. Und man vergibt sich mit einer solchen Haltung und Einstellung die Chance, die Ressourcen der Zeit zwischen den Sitzungen zu nutzen. Klar braucht eine Therapie eine Struktur, die den Therapeut/inn/en ebenso wie den Klient/inn/en Orientierung gibt, die auch helfen kann, Vermeidungsmuster zu identifizieren oder thematisches Vagabundieren zu bemerken. Diese Struktur leitet sich in den meisten Fällen aus den Vorgaben der bevorzugten Praxistheorie her. Diese orientierende Struktur steht manchmal gewissermaßen in Konkurrenz zu dem, was Klient/inn/en in der Zeit zwischen den Sitzungen erleben, gestalten, ausprobieren, kreativ missverstehen oder ihnen per Zufall widerfährt. Vieles davon ist nutzbar - im Sinne der oben formulierten Ressourcen - und entspricht eher der Veränderungstheorie der Klient/inn/en. Das legt eine für Therapeut/inn/en zwar vielleicht mühselige, anstrengende oder auch kränkende Änderung ihrer

fung.

¹³ Um für diese Perspektive sensibel zu werden, empfiehlt sich die Lektüre der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung, z.B. das Arbeitspapier Nr. 10 Wirklichkeitsprüfung.

vorbereiteten Struktur nahe (denn wer weiß denn, wo's lang geht in der Therapie?), macht sich aber im Sinne einer angestrebten Selbstbemächtigung der Klient/inn/en für diese bezahlt. Die in der Zwischenzeit sich entwickelnden zielorientierten Dynamiken gilt es wahr zu nehmen, heraus zu arbeiten, zu etwas Erwartbaren werden zu lassen, die eigenen Anteile daran wert zu schätzen, überhaupt kennen zu lernen und darüber hinaus ||: zu ermutigen :|| (3mal). Auch die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Anzeichen des Erfolgs, der Annäherung an das ersehnte Zielszenario gehört zum sprachlichen und dramaturgischen Handwerkszeug der Therapeut/inn/en und hilft die neue Geschichte zu verankern.

Knapp zusammengefasst geht es bei der (Selbst-)Ausbildung zum psychotherapeutischen Story-Dealer um zweierlei: um explizites und implizites Wissen.

Explizites Wissen meint das Wissen um bewährte und geprüfte Therapiegeschichten und die daraus nahegelegten Handlungen ebenso wie das Wissen darum, welche Geschichten typischerweise zu welchen Klient/inn/en passen (könnten) (z.B. Beutler, 2000). Dies wird in vielen Fällen Buchwissen sein.

Implizites Wissen betrifft im Wesentlichen alle Aspekte, die damit zu tun haben, wie die unmittelbare Begegnung mit Klient/inn/en gestaltet wird: den Aufbau und die Pflege der Beziehung, das Wechselspiel zwischen Aufnehmen und Anbieten (wobei letzteres die Bandbreite zwi-

schen beiläufiger Erwähnung, Empfehlung bis zu respektvoller Konfrontation haben kann), die Rhythmik der gemeinsamen Entwicklung einer Geschichte, das Achten auf die Aufnahmebereitschaften in der gemeinsam sich entwickelnden Dramaturgie der Therapie, die Anschlussfähigkeit von Geschichten bzw. die Art der Präsentation im unmittelbaren Kontakt mit den Klient/inn/en (gebrochen durch die Pausen zwischen den Sitzungen und die dort stattfindende Validierung durch soziale Kontakte).

Und es geht um ein Drittes: um das Schaffen von Rahmenbedingungen, unter denen man gut arbeiten kann. Niemand kann kreativ und lebendig Geschichten handeln, wenn er im Stundentakt seine Fälle durchzieht, ohne Zeit für ausreichende Vor- und Nachbereitung sowie kontinuierlicher Super- oder Intervision arbeitet und ohne ausreichende Sorge für sich selbst (wie das Mahoney, 1992 so eindrucksvoll beschrieben hat). Und zu letzterem gehören nicht nur die bekannten Strategien zur Verhinderung von *burn out* sondern auch eine angemessene Bezahlung der geleisteten Arbeit.

Vielleicht zum Abschluss noch ein Vergleich, der auf das verweist, worum es mir geht: Man kann eine Menge verschiedene Witze nachlesen und auch auswendig lernen (z.B. aus dem Ha-Ha-Handbuch von Bernhard Trenkle, 1995) - inwieweit man lernen kann, dieselben für unterschiedliches Publikum gut zu erzählen und - wenn ja - wann man dies unter welchen Rahmenbedingungen wie lernen kann, ist eine schwer zu beantwortende Frage.

Literatur

Ambühl, H.-R. (1991). Die Aufnahmebereitschaft des Klienten als zentrales Bindeglied therapeutischer Tätigkeit und Therapieerfolgs. In

D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 71-87). Göttingen: Hogrefe.

Andersen, T. (1996). Von der Behandlung zum

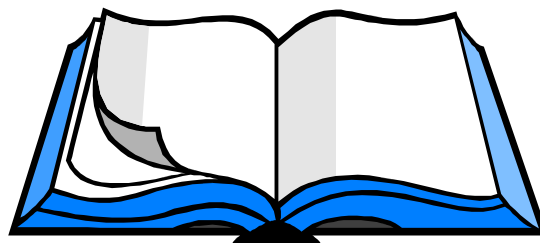
- Gespräch. In T. Keller & N. Greve (Hrsg.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 119-131). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Asay, T. & M. Lambert (1999) The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In M.A. Hubble & B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change*. Washington: APA.
- Baecker, J. et al. (1992). Sozialer Konstruktivismus - eine neue Perspektive in der Psychologie. In S. J. Schmidt (Hrsg.), *Kognition und Gesellschaft*. Stw 950. Frankfurt&M.: Suhrkamp.
- Bandura, A. (Ed.).(1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: University Press.
- Beerlage, I. (1988). Einführung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 1, 8-9.
- Bengel, J. & R. Strittmatter & H. Willmann (1999). *What keeps people healthy?* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beutler, L. (2000). Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, 3, 27
- Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung (1994). *Wirklichkeitsprüfung*. Arbeitspapier Nr. 10. Manuskript - Ruhr - Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Bugenthal, J. (1992). *Aus dem Notizbuch eines Psychotherapeuten*. Köln: EHP.
- De Shazer, St. (1996). „... Worte waren ursprünglich Zauber“ Dortmund: verlag modernes leben.
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Misslingens*. Reinbek b. H.: Rowohlt.
- Dörner, D. et al. (1983). *Lohhausen*. Bern: Huber.
- Duncan, B.L. & S.D. Miller (2000). *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1990). *Kritische Lebensereignisse*. München: PVU.
- Förster, H. von (1993). Über das Konstruieren von Wirklichkeiten. In H. v. Förster (Hrsg.), *Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke*. Frankfurt/a.M.: Vieweg
- Geißlinger, H. (1992). *Die Imagination der Wirklichkeit*. Frankfurt/a.M.: Campus.
- Geißlinger, H. (Hrsg.),(1999). *Überfälle auf die Wirklichkeit*. Heidelberg: Carl Auer.
- Hubble, M. A. & B. L. Duncan & S. D. Miller (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington: APA.
- Kardorff, E. v. (1986). Klienten. In G. Rexilius & S. Grubitzsch (Hrsg.) *Psychologie*. Reinbek&H.: Rowohlt (re).
- Keupp, H. (1988). *Riskante Chancen*. Heidelberg: Asanger.
- Kotre, J. (1995). *Weißer Handschuhe*. München: Carl Hanser.
- Lakatos, A. & H. Reinecker (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen*. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Lannamann, J. W. & J. Shotter (2000). Von Beobachtern zu Gesprächsteilnehmern. *Zeitschrift für Systemische Therapie* 18, 4-14.
- MacNamee S. (Ed.).(1992). *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Mahoney, M. J. (1992). *Human Change Processes*. New York: Basis Books.
- Mauthner-Gesellschaft - Gesamtübersicht: <http://www.weltkreis.com/mauthner/index.html>. Zugriff 22.11.2000.
- Miller, G. & St. De Shazer (1999). Lösungsorientierte Therapie als Gerücht. *Familiendynamik* 24, 4-28.
- Miller, S. D. & M. A. Hubble & B. L. Duncan (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton.
- O'Hanlon, B. & J. Wilk (1987). *Shifting Contexts*. New York: Guilford Press.
- Orlinsky, D. E. & K. Grawe & B. Parks (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Putnam, H. (1995). *Pragmatismus*. Frankfurt&M.: Campus.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 2, 257-278.

- Sarason, S. B. (1974). The psychological sense of community. San Francisco: Jossey-Bas.
- Seligman, M. (1990). *Pessimisten küsst man nicht*. München: Knaur.
- Simon, F. & G. Weber (1990). Vom Navigieren beim Driften. Post aus der Werkstatt. *Familiendynamik* 3, 355-362.
- Sluzki, C. (1996). Die Herausbildung von Erzählungen als Fokus therapeutischer Gespräche. In T. Keller & N. Greve (Hrsg.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 83-91). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Stark, W. (1996). Empowerment. Freiburg: Lambertus.
- Steinert, H. (Hrsg.), (1973). *Symbolische Interaktion. Arbeiten zu einer reflexiven Soziologie*. Stuttgart: Klett
- Trenkle, B. (1995). *Ha-Ha-Handbuch*. Heidelberg: Carl Auer.
- Weingarten, E. (Hrsg.), (1976). *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt&M.: Suhrkamp
- Westmeyer, H. (1984). Diagnostik und therapeutische Entscheidung: Begründungsprobleme. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (S. 77-101). Göttingen: Hogrefe.
- White, M. & D. Epston (1990). *Die Zähmung der Monster*. Heidelberg: Carl Auer.
- Yalom, I. (1998). *Die rote Couch*. München: Goldmann.
- Yalom, I. (1999). *Die Liebe und ihr Henker*. München: Goldmann.

Zum Autor

Dr. Peter Kaimer, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut, Mitarbeiter am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bamberg, Organisation der Psychotherapeutischen Ambulanz und Forschungsstelle, tätig als Therapeut und Supervisor bzw. Lehrtherapeut, Aus- und Weiterbildungen in Verhaltenstherapie, Lösungsfokussierter Therapie, Systemischer Therapie und Hypnotherapie.
Interessenschwerpunkte: Common Factors in der Psychotherapie und Beratung, Fragen der Wirklichkeitskonstruktion in der Therapie (z. B. die Rolle der Sprache), gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Psychotherapie (Gemeindepsychologie)

✉ Anschrift: Universität Bamberg, Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Markusplatz 3, 96045 Bamberg, Tel: 863-1881, email: peter.kaimer@ppp.uni-bamberg.de



Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus - ein Beispiel für die Umsetzung des „settings-Ansatzes“ der WHO

Christel Haberland

Zusammenfassung

Die Bedeutung des Settingansatzes für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus wird hervor-gehoben. Menschlichkeit, Begegnung und Partizipation in ökologischen Kontexten garantieren ein angemessenes und effektiveres Vorgehen. Praktische Vorschläge zur Organisationsgestaltung werden gemacht .

Schlagerworte: Gesundheitsförderung – Setting - Krankenhaus

Abstract

The relevance of the setting approach for a holistic health promotion in hospital is pointed out. Humanity, social contact und participation in ecological contexts are guaranteeing more useful and effective procedures. Practical advices are given for organization development

Keywords: Health Promotion – Setting - Hospital

1. Charakteristika und Vorteile des setting-Ansatzes gegenüber herkömmlichen Annäherungen an Gesundheit

Gesundheitsförderung hat in den letzten 10 Jahren nicht selten bedeutet, daß wir neuen Wein in alte Schläuche gossen. Einer dieser vielleicht am meisten gebrauchten alten Schläuche ist unser zerstückelndes Denken, ein Merkmal „falscher Götter“¹.

Man zergliedert und isoliert z.B. körperliche, geistige, seelische, soziale Gesundheit, man trennt die Zusammenhänge von Verhalten und Verhältnissen, man zertrennt menschliche und organisatorische Strukturen, man zerreißt den Wirkungszusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln, von Ethik, Humanität, Qualität und Wirtschaftlichkeit, man hält die fein säuberliche Unterscheidung zwischen Gewalt-, Sucht-und Krankheitsprävention aufrecht.

Entsprechend werden Präventions-und Förderansätze anhand der bloßen Erscheinungsbilder von Krankheit und Konflikt spezifiziert, zer-

gliedert, vermeintlich diversifiziert und bald sieht man den Wald vor Bäumen nicht mehr und verliert sich im Dickicht der Spezifikationen und Präventionen.

Vielfach trägt in der gängigen Gesundheits-PR immer noch ein tendenziell sehr isoliertes Individuum ganz allein die Last der Verantwortung seine Gesundheitskompetenzen, sein sog. Gesundheitsverhalten „ auf Vordermann und Vorderfrau zu bringen“.

In *Wirklichkeit* zeigt sich aber, daß Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht „beziehungslos“, auch nicht „geistlos“ und nicht „herzlos“ zusammengesetzt und zu erlangen ist. „Zerstückelndes Denken“ zerstückelt das Verstehen und Handeln in Bezug auf psycho-physio-sozio-ökologische Wirkungszusammenhänge und ist ausgesprochen kontra-produktiv für die Verbesserung öffentlicher Gesundheit und eine tragfähige, nachhaltige Gesundheitsförderung. Isolierende und reduzierende Betrachtungsweisen zahlen sich nicht in erhöhter öffentlicher Gesundheit aus.

¹ Gruen, A. (1991)

Was ist heutzutage in Zeiten eines verbreiteten Zweifels an der objektiven Existenz von Wirklichkeit noch wirklich? Ich schließe mich hier der pragmatischen Auffassung C.G. Jungs an: „Wirklich ist was wirkt“!

Gesundheit ist anders als in herrschenden Denk- und Handlungskonventionen, *in der Tat* das Ergebnis hoch integrativer Prozesse; diesem Tatbestand trägt der settings Ansatz im wahren Sinne des Wortes: Rechnung; der settings Ansatz der WHO in der Gesundheitsförderung gießt neuen Wein in neue Schläuche. Wie sieht dieser neue Schlauch aus?

Der Chirurg und Onkologe B. Siegel, ein amerikanischer Bestseller-Autor, auch gerade für angewandte Gesundheitsförderung im Krankenhaus, zitiert Claude Bernard mit der Voraussage: „Ich bin der Überzeugung, daß der Dichter, der Philosoph und der Physiologe einander verstehen werden, wenn die Physiologie weit genug fortgeschritten sein wird.“²

Diese Zeit ist nun angebrochen.

Besonders die KZ-Lager Forschung, und die salutogenetische Forschung über das Überleben von Menschen in Extremsituationen wie Gefängnis, Folter, Konfrontation mit Tod und anderen schweren Verlusten und Gefahren, belegen ebenso wie heute die integrativen Gesundheitswissenschaften meßbar!, Folgendes ganz klar: Quer durch die vielen verschiedenen Krankheitsarten, quer durch unsere verschiedenen sog. Zielgruppen und quer durch unsere entsprechend verschiedenen Arbeitssektoren zieht sich ein einziger roter Faden, an dem sich eine wirklich sozial-ökologisch verantwortungsbewußte, angewandte öffentliche Gesundheitsförderung, entlang hangeln kann, um endlich glücklich den Ausgang aus dem Laby-

rinth und aus der vermeintlichen Unvereinbarkeit der Spezifikationen zu finden. Dieser rote Faden bestätigt u.a. die Auffassung M. Bubers, des jüdischen Religionsphilosophen und Pädagogen: „Leben ist Beziehung, Leben ist Dialog!“

Auch in der heutigen, ganzheitlich-gesundheitswissenschaftlichen Grundlagenerkenntnis gibt es, kurz zusammengefaßt nichts Gefährlicheres, nichts Desintegrierenderes für menschliche Gesundheit und Wohlbefinden, als tiefgreifende und andauernde menschliche „sprich kommunikative Isolierung, als Ausgrenzung und Gemeinschaftslosigkeit, als Sprachlosig- und Beziehungslosigkeit, selbst noch im Streit. Es gibt nichts Gesundheitsgefährlicheres als andauernde Gefühle von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit darüber, daß diese sinnlosen Zustände sich je bessern können, nichts Zerstörerisches als die Entwertung dieser menschlichen Grundbedürfnisse oder kalte Gleichgültigkeit ihnen gegenüber. Nicht umsonst ist die Isolation eine bewährte Foltermethode.

Diese Tatbestände sind gültig sowohl in körperlicher, geistiger, seelischer und in sozialer Hinsicht und sie gelten sowohl für das passive Erleiden wie für das aktive Ausüben³

„Positive Health“, ein Schlagwort der WHO, setzt dieses Wissen mit dem sog. settings - Ansatz um: *Immer dann und immer dort, wo im o.g. Sinne und in einer expliziten Werthaltung, diese Grundausrichtung menschlicher Gesundheit nach Integrität gleichermaßen für einzelne, für Gruppen, Organisationen „ermöglicht, ermutigt, entwickelt, gefördert“*,

² in Siegel, B. (1995)

³ (vergl. u.a. die ganzheitliche Medizinliteratur zu Herz-, Kreislauf-, Sucht-, Haut-, Augen-, Krebserkrankungen wie D. Ornish, J. Selby, A.W. Schaefer, L.Le Shan, B. Siegel).

gepflegt und behütet wird, geschieht eine wirksame, wirtschaftliche, im doppelten Sinne des Wortes, wertschöpfende Gesundheits- und Produktivitätsförderung. Krankheitsprozesse aus symptomatischer Sicht spezifizieren und desintegrieren, Gesundheits- und Heilungsprozesse re-integrieren und universalisieren.⁴

Gerade Forschungen aus der Psycho-Neuro-Immunologie zeigen am Beispiel von Krankheits- und Heilungsverläufen bei Krebskranken konkret an den Aktivitäten des Immunsystems, daß Gesundheitsförderung oder sogar Heilung nicht das Ergebnis eines „heroischen Einzelkampfes eines isolierten Individuums“ gewesen ist, sondern hochgradig beziehungs-inspiriert und gestützt war. In der Wirklichkeit spricht die Wirksamkeit heilsamer Prozesse ist es schwer die fein säuberliche Trennung zwischen Individuum und Mitwelt aufrechtzuerhalten.

Gesundheit, nicht nur bei Krebskranken, ist bei genauerer Betrachtung vor allem eine menschliche Gemeinschaftsproduktion, wird im Zwischenraum der Beziehungen geschaffen (s. „Ökologisches Modell von Gesundheit“, WHO).

Beziehung ist auch dann noch lebensförderlich wirksam, wenn in Extremsituationen Menschen kaum noch oder gar nicht mehr physisch anwesend sind, als Beziehung zu Gott, als geistige Beziehung zu Menschen in der Erinnerung oder als Beziehung über Briefe.

In diesem Sinne macht der Settings-Ansatz einen qualitativen Quantensprung gleichermaßen im inhaltlichen Verständnis wie im methodischen Vorgehen, damit in der besseren Wirksamkeit:

Er stellt nicht problematische Individuen und

die verschiedenen gestörten und negativen Aspekte ihres Verhaltens oder ihrer Krankheits-symptomatik in den Vordergrund, er verdinglicht Gesundheit nicht und isoliert sie nicht vom Leben, das wir faktisch führen und erleben, sondern er macht von allem das Gegenteil: Er re-integriert auseinandergerissene Wirkungszusammenhänge auf allen Ebenen: Er stellt die herausragende Bedeutung einer positiven Qualität von menschlicher Beziehung und Gemeinschaft, die Bedeutung der sozialen Bezugsgruppe, auch der arbeitsweltlichen Organisation und ihre konkret positiven, gemeinschaftsfördernden (integrierenden) Wertschöpfungen in den Mittelpunkt. Er fokussiert das ganze soziale System statt bei den „Einzelteilen“ zu beginnen und steckenzubleiben.

Gleichzeitig bedeutet dies, daß diese Art und Weise der systemischen Förderung jederzeit, bedingungslos, d.h. bei ständig und allseits gegebenen unheilen Ausgangsbedingungen, in Individuen, Gruppen, Organisationen, im Umfeld und in der Umwelt- hoch wirksame, förderliche oder gar heilsame Prozesse für das ganze System und seine einzelnen Betroffenen und Beteiligten und ihre durchaus individuell akzentuierten Problemlagen leichter, schneller gute Ergebnisse zeitigt (Bsp. Arbeitswelt).

2. Das setting: „Gesundheitsfördernde Krankenhaus“

Wir erleben heute im deutschen Fernsehen eine riesige Einschaltquote bei Krankenhausserien mit ihren Dramen im OP oder in der Notfallambulanz. Ich finde das sehr angesichts der vielen unerfüllten Grundbedürfnisse von Patienten im Medizinbetrieb sehr verständlich.

Wenn Schulen manchmal empört von sich weisen, daß sie bestimmt nicht der „Reparaturbetrieb der Gesellschaft“ seien, sind es dann die

⁴ „Gesundheit für Alle i. 21. Jahrhundert“, WHO-Dokument aus Europäische Schriftenreihe, Gesundheit für Alle“, Nr. 5, Kopenhagen 1998

Krankenhäuser?

Ist das Krankenhaus nicht viel mehr ein besonderer Ort, wo viel menschliche Verletzlichkeit und Verletzung zusammenkommen, ein Ort der Angst, der Schmerzen, des Ausgeliefertseins, ein Ort wo menschliche Schwäche und Stärke relativiert werden, wo es für alle Betroffenen und Beteiligten an die Grundfesten menschlicher Existenz geht, an die großen Lebensfragen des Heilens, Leidens und Sterbens?

Deswegen ist gerade das Krankenhaus ein zentraler Ort und eine wahre Fundgrube für die allseits gesundheitsförderliche Umwandlung eines sozialen settings.

Alle Arten von Krankenhäusern, gerade auch die psychiatrischen, können diesen Ort aus einer konsequent ganzheitlichen Sicht so gestalten, daß sie „Humanität-Qualität-Wirtschaftlichkeit“ (Leitbild der Qualitätssicherung in den städtischen Krankenhäusern der Landeshauptstadt München-bisher aber nicht Mitglied im Deutschen Netz) nicht länger auseinanderdividieren, sondern diese Qualitäten gleichermaßen hochbewerten. Humanität ist der gemeinsame Ast, auf dem Patienten und KrankenhausmitarbeiterInnen sitzen, sägt man ihn ab, fallen sie alle, damit das Krankenhaus und weitere Ausstrahlungsträger.

Ein Bsp.: Nicht nur der Patient, auch der Arzt, ist ein fühlendes Wesen. Ein Krankenhaus, in dem menschliche Gefühle und die dazugehörige Anteilnahme wieder ihren Raum haben dürfen, fördert nicht nur die Heilungsprozesse und Bewältigungsmöglichkeiten von Patienten und ihren Angehörigen, es senkt auch die Krankheits-, die Suchtrate und die vorzeitige Mortalität und das „Burning out“ des medizinischen

Personals.⁵

Ein weiteres Bsp. für die Gegenseitigkeit, für die Ökologie der Faktoren: Humanität-Qualität-Wirtschaftlichkeit:

Ein Krankenhaus, in dem die geistige „oben-unten“ Struktur in der herkömmlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient verwandelt wird in die Struktur eines gleichwertigen Behandlungsteams, in dem jeder der beiden Beziehungspartner sein ureigenstes, wichtiges und nützliches Wissen beisteuern kann und darf, dort erhöht dieses Vorgehen Wohlbefinden, senkt Probleme, damit Kosten, auch Prozeßkosten, fördert Heilung und Krankheitsbewältigung, erhöht die Kompetenz des Behandlers und des Behandelten gleichermaßen auf verschiedenen Ebenen.⁶

Ein weiteres Studienergebnis:

Psycho-soziale Unterstützung und Beratung bei der Behandlung von Erkrankungen erhöht den Nutzen der Behandlung und senkt Kosten (bezgl. Medikamenteneinsatz, Heilungsverlauf, Wiedererkrankungsrate bis zu 60 % (zitiert durch Dr. N. Degele, Institut für Soziologie, LMU-München, wissenschaftliche Arbeit über: „Alternativmedizin in der Offensive“).

Die Mitgliedskrankenhäuser im Deutschen Netz berichten, daß sich ihr Image, ihre Beliebtheit, damit auch ein Aspekt ihrer Wirtschaftlichkeit, mit der Konzentration auf gesundheitsfördernde Qualitätsmerkmale erhöht haben.

2.1 Schlüsselemente des praktischen Vorgehens

Die immer gleichen, typischen Charakteristika und Instrumentarien der „Gesundheitsförderung

⁵ s. u.a. „Ärzte Zeitung, Nr. 96, 1992

⁶ vergl. u.a. L. Le Shan, (1995), S.160-161

als Organisationsentwicklung“⁷ - Stichwort: Qualitätsstandards - werden auch im Krankenhaus verwirklicht.

In einem ersten Schritt treffen maßgebende Ebenen eines Krankenhauses die Entscheidung, einen organisierten und geregelten Prozeß der gesundheitsfördernden, d.h. inneren und äußeren Ausgestaltung ihres Hauses kontinuierlich und verlässlich zu ermöglichen, zu ermutigen, zu unterstützen. Dies geschieht ausdrücklich zum Wohle der Patienten, der Mitarbeiterschaft, der Umweltgesundheit im Krankenhaus und seines örtlich-sozialen Umfeldes.

Die typischen Merkmale dieses Prozesses sind:

- Freiwilligkeit der Teilnahme
- gleichzeitig „bottom up“ und „top-down“ Dialoge über den Prozeß
- basisdemokratisch, partizipativ, auch hierarchie- und sektoren-übergreifend (Stichwort: „Betroffene zu Beteiligten machen“)
- Ergebnis-Offenheit
- Wertschätzung der Teilnehmer
- *Wertschätzung der Werte* (Stichwort: verbindlichen Wertekonsens finden)
- Kommunikation ist dialogisch-diskursiv-reflexiv-kritisch-vertrauensfördernd (Stichwort: „herrschaftsfreier Dialog“)
- Ziele sind nicht nur bedarfs-, sondern vor allem auch *bedürfnis-orientiert* (Stichwort: vom Bedürfnis her den Bedarf erschließen statt umgekehrt)
- immer die realiter gegebenen Ressourcen, Merkmale und Defizite der Einrichtung, der Beteiligten, der Betroffenen, konkretisieren statt zu abstrahieren (Stichwort: nicht das Krankenhaus an sich, „die“ Strukturen, „die“ Ärzte, „die“ Patienten, „die“ Schwes-

tern etc, sondern „hier und jetzt“ ganz konkret: wir hier in unserem Krankenhaus

- konkret auch an den geographischen, kulturellen, ökonomischen Binnen- und Umwelten orientiert
- ausreichende Zeitkontingente

Konkrete Schritte des Vorgehens:

- A. Es bildet sich eine verantwortliche, mit Zeit und Raum ausgestattete, Projektgruppe für Bearbeitung, teilweise Steuerung und Begleitung des Prozesses. Sie verabredet erste grundlegende Regelungen und Kontrakte mit der Krankenausleitung. Sie verabreden auch konkrete Hilfen bei Entmutigung und Resignation. Sie ermöglichen eine interessen-unabhängige Moderation der Prozesse. Wo nötig bildet sich eine Sponsoring-Gruppe.
- B. Die Prozeßbeteiligten finden miteinander ihre konkreten Merkmale ihrer positiven Vision für ihr Krankenhaus. Sie entschließen sich zu einem positiven Geist in ihrem Hause. Sie formulieren daraus ein verbindliches Leitbild, das ggf. immer wieder überarbeitet werden kann.
- C. Es bilden sich Projekt-teilgruppen, die ganz klar umrissene Aufgaben und Ziele angehen. Sie bilden (nach Absprache auch revidierbare) Arbeitskontrakte und verabreden Konfliktregelungen. Ggf. setzen sie sich Zeitgrenzen, ermitteln Unterstützungsbedarf.

Hierbei ist es empfehlenswert auf die Instrumente des Qualitätsmanagements, oder der psychologischen Balint- und Supervisions Gruppen zurückzugreifen und Wissens-Inputs von Patienten u./o. aus Forschung, Bildungswesen, Praxisbereichen, einschließlich der Seelsorge zu organisieren!

⁷ s. J.M. Pelikan (1993)

Es ist gerade hierbei ist auf die Gefahr (und „zeitgeistmäßige“ Versuchung zu achten, daß Gesundheitsförderung im Krankenhaus (wie in anderen settings auch) nicht vorrangig zur „Wissenschaft gemacht“ wird und durch zu aufwendige Schulung überfrachtet wird und damit abschreckt, ermüdet oder langweilt!

- D. Zwischen allen Projektebenen und der nicht aktiv beteiligten Mitarbeiterschaft wird eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und ein Informations- und Erfahrungsaustausch geregelt.
- E. Das Krankenhaus öffnet sich in die umgebende „Community“ und gegenüber der Fachbasis, z.B. durch die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen, Bildungseinrichtungen, Sozialdiensten etc.

3. Anregungen für die Praxis

Grundsätzlich ist das Krankenhaus eine Fundgrube für Verbesserungsmöglichkeiten aber es empfiehlt sich sicherlich am Anfang eines solchen Prozesses vom „Leichten zum Schweren“ überzugehen und mit wirklich oder vermeintlich kleinen Veränderungen zu beginnen, die auch schneller sichtbar werden können.

Auch wenn jedes Krankenhaus seine eigenen Themen und Aufgaben finden muß, die sich durchaus von anderen Krankenhäusern unterscheiden dürfen (Stichwort: über die konkreten subjektiven Bedürfnisse der Beteiligten zum „objektiven Bedarf“), möchte ich hier nur einige wichtige Ansatzmöglichkeiten aufzeigen, um Ihnen eine Vorstellung zu geben:

- nicht nur Patientencharta, sondern auch psycho-sozialer Unterstützungsleitfaden: schriftlich, für Patienten und Angehörige, „wie kann ich meine berechtigten Bedürf-

nisse im Medizinbetrieb durchsetzen?“⁸

- OP: Die Vorgänge, das Geschehen vor und während der Operation sind besonders sensibel und förderungsbedürftig. Wie ganzheitlich bewußt wird auf die OP vorbereitet, wie wird sie durchgeführt? Können individuelle Patientenwünsche berücksichtigt werden, die die Angst mindern? Wird ganzheitliches Heilungswissen eingesetzt, das physiologische Funktionen unterstützt? (Musik-Hypnose-persönliche Ansprache, Berührung während der OP)
- Notfallambulanz: Wie sensibel und ganzheitlich bewußt wird mit Extremsituationen umgegangen? Wird Seelsorge und Psychologie eingesetzt? Werden dabei auch Angehörige beteiligt? Bsp. Ambulanz in New Jersey, U.S.A. Die vor Angst und Schmerz fast wahnsinnige Mutter ihres lebensgefährlich verletzten Kindes wird von den behandelnden Ärzten in der akuten! Behandlungssituation aufgefordert mit ihrem bewußtlosen Kind zu sprechen, gemeinsam mit dem Klinikseelsorger für es zu beten-sie wird aktiver Teil des Behandlungsteams statt ohnmächtig Außenstehende zu bleiben. Das Kind kommt ins Leben zurück und wird gesund (Fernsehdokumentation).
- Innere und äußere Räume für Gefühle, für emotionale Verarbeitung: Gibt es für Angehörige und Personal entsprechend gestaltete Räume der Stille, der Besinnung, der Trauer oder für die laute Entlastung von Schmerz und Verzweiflung? Wer steht ihnen unterstützend zur Seite? Hat die Klinikseelsorge und der psychologische Dienst-soweit vorhanden-eine Geh-oder Kommstruktur? Sind sie in Personal-und

⁸ s. Le Shan (1995), Kap. 4 Überleben im Krankenhaus, S. 104 ff

Führungskräfte-schulung eingebunden?⁹

- Wie wird mit Sterben und Tod umgegangen? Gibt es stationäre Hospize? Gibt es Mitarbeiterschulung? Supervision? Aussprachen? therapeutische Unterstützung verschiedenster Art?
- Einbeziehung von Angehörigen: Gibt es Möglichkeiten für Angehörige bei den Patienten zu übernachten? Gibt es Wohnhäuser-Gästetrakte für Angehörige? Werden Angehörige in die Behandlung sinnvoll integriert?
- Ernährung: Wie viel Wert wird auf die Ästhetik und Vollwertigkeit der Krankenhauskost für Personal und Patienten gelegt?
- Musik: Wird Musik therapeutisch und zur Unterhaltung im Krankenhaus eingesetzt?
- Patientenzimmer: Wie wird technisch sicher gestellt, daß Radio, Fernseher nicht die Zimmernachbarn belästigen?
- Patientenaufnahme: Wie sensibel und informativ geschieht die Aufnahme?
- Ansprechendes und heilsames Äußeres des Krankenhauses: Gibt es Gartenanlagen, nicht nur als „Abstandsgrün“, sondern auch zum Spaziergehen? Gibt es Pflanzen- und Blumenschmuck? Was könnte sonst noch ein betrubtes Gemüt aufheitern und entspannen? (Das städtische Krankenhaus München-Harlaching hat im Außengelände einen „Streichelzoo“ eingerichtet.)
- Onkologie: Wie viel ganzheitliches Heilungswissen wird bei Krebs eingesetzt? (Stichwort: Psycho-Neuro-Immunologie)
- MitarbeiterInnen-schulung/Pflege/ Fortbildungsmöglichkeiten: Gibt es Privilegien für Ärzte? Wird für das ganze medizinische Personal Schulung und Unterstützung sichergestellt? Gibt es hierarchieübergreifen-

de, gemeinsame Fortbildungs- und Schulungsgruppen für Ärzte, Pflegepersonal, unter Einbeziehung von Patienten? (Stichwort: „Ascona Modell“ der Balint-Arbeit, WHO¹⁰)

- ausländisches Personal-Patienten: Wie wird mit ihren Ressourcen und Schwierigkeiten umgegangen?
- Öffnung des Krankenhauses in die Umgebung: Gibt es Tage der offenen Tür? Mit wem wird wie kooperiert?
- Umweltgesundheit im Krankenhaus: Wie wird mit Giften, mit Müll, mit Energie umgegangen?

4. Abschlußbemerkung

Gesundheitsförderung mithilfe des settings-Ansatzes beantwortet auch die oft gestellte Frage, „Was bedeutet Gesundheit in Agenda 21 in den westlichen Industrieländern über die Sicherstellung materieller Lebensgrundlagen hinaus?“

Wenn wir uns auf die *Qualitätsverbesserung eines ganzen sozialen Systems* konzentrieren statt uns in seinen strukturellen Einzelteilen zu verlieren (s. o. 1.), wenn wir *Individuum und Gemeinschaft wieder als Wirkungsganzes verstehen*, erzielen wir mit relativ geringem und gut gezieltem Mitteleinsatz eine große Ausstrahlungskraft auf das Innere des Systems und auf seine Außenwirkung. So können wir wirklich sozial nachhaltige, sprich selbstlernende regenerationsfähige Entwicklungen vorantreiben. *Erst regenerationsfähige Entwicklungen sind zukunftsfähige Entwicklungen.* Menschen, die ausreichende Anteilnahme erleben und praktizieren, können ihre Anteilnahme dann auch besser auf die Lebenserfordernisse der nicht-menschlichen Natur ausweiten.

⁹ vergl. Bücher Dr. E. Kübler-Ross

¹⁰ in Sedlak, F & Gerber, G. (1992), S. 15 ff oder

Stichwort: „Psychiatrie-Erfahrene

Literatur

- Gruen, A. (1991). *Falsche Götter : über Liebe, Hass und die Schwierigkeit des Friedens*. Düsseldorf: Econ.
- Hirshberg, C. (1997). *Gesund werden aus eigener Kraft : Spontanheilung bei Krebs*. München: Droemer.
- LeShan, L. (1995). *Diagnose Krebs, Wendepunkt und Neubeginn*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pelikan, J.M., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (1993). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. Weinheim: Juventa.
- Sedlak, F., Gerber, G. (1992). *Beziehung als Therapie, Therapie als Beziehung*. München, Basel: E. Reinhardt.
- Siegel, B. S. (1995). *Mit der Seele heilen : Gesundheit durch inneren Dialog*. Düsseldorf: Econ.

Autorin

- ✉ Christel Haberland, Dipl.Päd, 1989-1998 tätig für Gesundheitsförderung nach WHO-Ottawa Charta, im Referat für Gesundheit und Umwelt, Landeshauptstadt München



Theater- spielen und Wissenschaft betreiben - zwei verschiedene, sich widersprechende Welten? – ein Bericht aus der Praxis

Renate Haack-Wegner

Zusammenfassung

Es wird über einen Theaterworkshop berichtet, der als Medium für Gewaltprävention und für den Abbau von Vorurteilen dient bei Jugendlichen

Schlüsselworte: Gewaltprävention Vorurteil - Jugendliche - Kultur

Abstract

Report on a workshop for adolescents for amateur theatricals as a mean for the prevention of violence and the reduction of prejudices

Key words: prevention of violence – adolescents – culture- prejudicial

Der Theater- Workshop in Albstedt: Ein „hermeneutisches Experiment“

Das dieses nicht so sein muß, zeigt ein Projekt des Instituts für Psychologie und Sozialforschung der Universität Bremen. Unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Leithäuser beschäftigte sich ein Forschungsteam (Dipl. Psychologe Michael Exner, Dr. Renate Haack-Wegner, Dr. Ariane Schorn und Erika von der Vring) seit drei Jahren mit dem Thema „Sicherheit im öffentlichen Raum - Sicherheitsbedürfnisse und Unsicherheitsgefühle im Stadtteil.“¹ Mit den verschiedensten Bevölkerungsgruppen eines Bremer Stadtteils wurden dazu Gruppengespräche geführt und diese anschließend tiefenhermeneutisch ausgewertet. Neben der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung über die alltäglichen Gewalterfahrungen ging und geht es dem Forschungsteam auch um eine konkrete präventive Arbeit auf diesem Feld. Dazu sollte ein vom Team initiiertes ‚reflexiver Integrationsprozess zwischen verschiedenen

Bevölkerungsgruppen beitragen. Gruppen aus dem Stadtteil die sich fremd oder feindselig gegenüber stehen sollen miteinander in einen interaktiven Austausch kommen. Dabei geht es um eine erlebte und reflektierte soziale und affektive Wahrnehmungsschärfung und –veränderung, die sowohl den Blick des einzelne Gruppenmitgliedes auf sich selbst als auch auf die andere Gruppe weiten und modifizieren möchte. Die jeweiligen Gruppen die aufeinander treffen, und die Form wie sich die Begegnung gestaltet ist gruppen- und situationsabhängig. Das jeweilige Geschehen wird zu einem Experiment, das seinen eigenen prozesshaften Ablauf hat und dabei seinen spezifischen Sinn erst herstellt. Es ist ein ‚hermeneutisches Experiment‘ im Unterschied zu einem klassischen Experiment mit vordefiniertem Ablauf und bestimmter Thesenprüfung. Während des Workshops sehen wir unsere Rollen als Forscher darin den Prozeß zu aktivieren, ihn zu begleiten, ihn zu moderieren und gemeinsam mit den Teilnehmern zu reflektieren. Das Team begreift sich dabei selbst auch als Lernende, als sozial, emotional und kognitiv gleichermaßen an am Prozeß Beteiligte an.

¹ Erscheint im Herbst als Buch: Thomas Leithäuser, Michael Exner, Renate Haack-Wegner, Ariane Schorn, Erika von der Vring (2001) Gewalt und Sicherheit im öffentlichen Raum - eine sozialpsychologische Untersuchung. Gießen: Psychosozial Verlag

Ein solches ‚hermeneutisches‘ Experiment waren dann auch die drei „Gewaltigen Tage“, die im November 1998 in der Theaterwerkstatt Albstedt (bei Bremen) stattfanden.

Hier brachten wir, gemeinsam mit einer Theaterpädagogin und einem Lehrer, zwei gleich große Gruppen von Jugendlichen (Junge Männer und junge Frauen aus einer gymnasialen Oberstufe und junge Männer aus einem Freizeitheim) für drei Tage in einer Theaterwerkstatt zusammen. Insgesamt arbeiteten dort 22 deutsche und ausländische, vor allem türkische Jugendliche miteinander. Ausgangspunkte waren Gewalterfahrungen, die vor allem von der einen Gruppe als eigener Erlebenshintergrund zu diesem Thema eingebracht wurden, und die Theatererfahrungen der Schülergruppe. Diese Begegnung sollte kein verkopftes Unternehmen werden, sondern ein lebendiger Lernprozeß. Mit den Mitteln des Theaterspiels wurden Sensibilisierungs- und Vertrauensstrainings, Übungen zur Wahrnehmung und zur Körpersprache durchgeführt, es wurde mit Standbildern und Rollenspielen gearbeitet. Erfahrungslernen und Verständigungsprozesse wurden initiiert und in anschließenden Reflexionsrunden vertieft. Ein Mix aus Spielfreude, Phantasie, Vertrauen und positiv erlebter Entwicklung kreativer Fähigkeiten entstand. Die Jugendlichen entwickelten darüber hinaus ein eigenes Theaterstück, das um verschiedene Aspekte von Gewalt kreiste. Es wurde am letzten Tag aufgeführt. Begleitet wurden wir alle drei Tage von einem Team von Radio Bremen, das aus dem umfangreichen Material einen Film (zunächst für Radio Bremen in der Reihe Buten und Binnen), dann eine erweiterte Fassung für den Hessischen Rundfunk² sowie ein Radio -Feature³ herstellte.

² Dieser Fernsehfilm von Gerhard Widmer wurde unter dem Titel „Jugend und Gewalt - Beobachtungen in einer Theaterwerkstatt“ vom Hessischen Rundfunk im 3. Programm 1999 gesendet.

³ Vom selben Autor: „Räuber und Gendarmen - Beobachtungen bei einem spielerischen Versuch über Jugend

Beide Medien geben in einführender und kritischer Weise den Verlauf und erste Reflexionen dieses Integrationsversuches wieder.

Differenz und Gemeinsamkeit

Ich möchte aus der Fülle der Anregungen, die dieses Projekt für eine nähere psychologische Betrachtung bietet, einen Schwerpunkt herausgreifen: die Auseinandersetzung um das Thema Gemeinsamkeit und Differenz. In der Erinnerung bleiben mir drei Szenen besonders lebendig, die ich als szenische Inszenierung dieses Konfliktes begreife:

1. Szene: Diese stellte sich in einer der ersten gemeinsamen Gesprächsrunden her, die am Ankunftstag stattfanden. Die Jugendlichen spielten „Verfolger“. Dabei ist jeder einmal Verfolger, das heißt, er beobachtet und verfolgt möglichst unerkannt einen bestimmten per Karte gezogenen anderen Jugendlichen. Ein anderes Mal ist er selbst der Verfolgte und versucht dabei herauszufinden, wer ihn verfolgt. In einem weiteren Spiel „Katz und Maus“ geht es ebenfalls um Verfolger und Verfolgte: Zwei Jugendliche sind Katzen, die restlichen sind die Mäuse, die sich gegenseitig aus den Fängen der Katzen erlösen können. Wir sprechen nach den Spielen über die Gefühle und Erfahrungen in den jeweiligen Rollen. Dabei wird deutlich, daß für die männlichen Jugendlichen aus der Freizeitheimgruppe diese Spiele deren Realität auf der Straße widerspiegeln: Verfolgen und Verfolgt werden gehören zu ihrem Alltag, und beides ist oft mit Gewalterfahrungen verbunden. Sie beschreiben ihr Verhalten im öffentlichen Raum folgendermaßen:

„Werde ich von einer Gruppe verfolgt? Will die etwas von mir? Ich muß genau hinsehen und die Situation einschätzen! Sehen die aus wie solche, dann muß ich auf die vermeintliche Gefahr

und Gewalt in Bremen“, Radio Bremen, 1999.

möglichst als erster reagieren.“

Aber auch die andere Seite gehört dazu: *„Wollen wir jemanden verfolgen und abziehen? Wollen wir mit der Polizei Katz und Maus spielen?“*

Ich sitze neben zwei Mädchen und höre, wie die eine der anderen zuflüstert:

„Das ist ja schrecklich, wie das für die ist“.

Ich ermutige sie, ihr Erstaunen und Erschrecken zu äußern. Daraufhin erzählt das Mädchen von ihrer sehr anders erlebten beinahe dörflichen (eher Oberschichtigen) Lebenswelt, in der ihr solche Erfahrungen und Gefühle fremd sind. Sie erlebt die Alltagswelt dieser Jungen als beängstigend und in ihrer dauernden Anspannung und Gewalthaltigkeit als anstrengend und schrecklich. Die angesprochenen Jungen erwidern, daß diese Einschätzung nur daher komme, weil dieses Mädchen noch keine Gewalterfahrung gemacht habe. Hätte sie die, dann würde sie auch so wie die Jungen denken (und handeln). Ich erfahre später, daß die Jungen sehr stark irritiert waren von einer solchen Sichtweise, daß sie wütend waren und diese als mädchentypisch, naiv und blöde (verstehet nichts von der realen Welt) verwarfen. Ich mache mir Sorgen, ob ich nicht durch meine Aufforderung an die Mädchen, ihre Gedanken laut auszusprechen, die Gefühle der Fremdheit untereinander (der zwei Gruppen zueinander) verstärkt habe, denn sprachlich symbolisiert standen sie nun im Raum. Die reflexive Versuche, diese Irritationen auf beiden Seiten zu bearbeiten, erschienen mir zwar tragfähig, aber Verunsicherungen blieben zurück - Anstoß zum Weitermachen oder Anlaß zum Zurückziehen? Wie viel Belastung im Ertragen von Differenz ist nötig, um miteinander klärend, nicht zudeckend zu arbeiten, Störungen aufzugreifen und progressiv für den Gruppenprozeß zu wirken? Wie viel Belastung ist aber störend und wirkt eher destruktiv, vor allem zu Beginn eines Projektes?

Denn es gab schon durch das Projekt selbst Irritationen und Verunsicherungen vor allem für die Gruppe der Jugendlichen aus dem Freizeitheim, für die sowohl unsere Einstiegsweise (Kennenlernrunden) als auch das Theaterspielen insgesamt etwas Fremdes war. Die Situation war angespannt, der Prozeß hätte kippen können. Denn einige aus dieser Gruppe empfanden diesen als so wenig befriedigend, daß es bei ihnen an diesem ersten Abend durchaus Überlegungen gab, die Sachen zu packen und nach Hause zu fahren.

2. Szene: Auch hier geht es um das Aussprechen von Differenzen, dieses Mal allerdings geht die Erfahrung und die Formulierung der Andersartigkeit quer durch die beiden Gruppen hindurch. Diese Szene spielt sich am nächsten Tag ab. Thomas Leithäuser und ich sammeln Stichworte zu Situationen, die von den Jugendlichen mit Gewalt verbunden werden. Ein Junge erzählt unter dem Stichwort „Gewalt bei der Arbeit“ von einer Situation aus seinem Arbeitsbereich, von einer ihn sehr beleidigenden Anspielung eines Gesellen über die Mutter des Jungen („Hurensohn“), auf die er mit drohenden Nachfragen reagierte und vor Wut nur noch rot gesehen habe. Das ermuntert einige andere Jugendliche in der Runde, vorzuschlagen, statt in dieser Situation nach physischen Gewaltlösungen zu suchen, diese Äußerungen einfach zu ignorieren. Daraufhin bricht eine erbitterte Auseinandersetzung darüber los, welche Bedeutung der Begriff der Ehre hat, was die Beleidigung der Familie, Verletzungen des Stolzes und der Würde der Familie für Angehörige bestimmter Glaubensgemeinschaften - bzw. Kulturen bedeuten:

Ein polnischer Junge aus dem Freizeitheim:

„Wenn einer meine Mutter, meinen Vater oder meine Geschwister beleidigt, oh, ich würde auch einen black out kriegen, ich würde was weiß ich,

*was ich mit ihm machen würde*⁴.

Ein türkischer Junge aus der Schülergruppe:

„Das ist das Schlimmste, was man machen kann, ein Deutscher sagt, meine Mutter ist, was weiß ich, was, ist doch so!“

Ein türkisches Mädchen aus der Schülergruppe:

„Ist mir auch schon mal passiert. Da hab ich auch etwas dagegen getan. Ich habe auch zurückgeschlagen. Ich sagte, gegen mich kannst du sagen, was du willst, aber niemals gegen meine Familie.“

Ein deutscher Junge aus dem Freizeitheim:

„Bei den Deutschen ist das so, die stehen mehr über den Dingen, die können, die können es ignorieren, die sagen, ja, o.k., er hat es zu mir gesagt, o.k. Ich kann es wegstecken.' Aber bei den Türken, bei den Ausländern, ist das meistens so, die geben ein Wort drauf oder hauen ihm eins aufs Maul, die können nicht sagen: 'laß uns darüber reden, warum sagst du das überhaupt, hab ich dir irgendwas getan', das können die nicht sagen.“

Ein Mädchen aus der Schülergruppe:

„Wenn du jemanden ignorierst, dann kommt der überhaupt nicht damit klar ...“

Ein türkischer Junge aus der Freizeitgruppe:

„Aber wenn der Schläge kriegt, dann kommt er erst richtig damit klar „

Ein Ignorieren solcher Vorfälle sei nach Meinung der ausländischen (türkischen und polnischen) Jugendlichen einfach nicht möglich, das ist für Deutsche vielleicht möglich, für Türken jedoch nicht: *„Deutsche stehen mehr über den Dingen, Türken darin“*, so das Fazit eines deutschen Jugendlichen aus der Freizeitheimgruppe, der engen Kontakt zu den türkischen Jugendlichen hat. Hierbei verbünden sich durch gemeinsam erfahrene und tradierte familiäre und soziale

Werte die ausländischen (türkischen und polnischen) Jugendlichen beider Gruppen miteinander zu einer klaren Grenzziehung gegen die sie umgebende deutsche Kultur. Die Reflexion bewertet aber nicht, lässt beide Kulturen nur in ihrer Unterschiedlichkeit deutlich werden, d.h. Differenzen können herausgearbeitet und benannt werden. Ich habe ein besseres Gefühl als am ersten Tag, finde diese Klärung von Differenz, von Fremdheit wichtig. Andere Perspektiven werden nicht abgetan, sondern auf einer (kulturspezifischen) Metaebene reflektiert. Irritationen und die dazugehörigen Emotionen bleiben als heftige Reaktion an die Szene gebunden, das heißt sie fallen mit der sprachlichen Symbolisierung zusammen. Es kommt zu keinem Beziehungsabbruch, die Nähe bleibt bestehen, obwohl die Differenz deutlich wird. In dieser Phase haben wir miteinander bereits gemeinsam gearbeitet und aus den einzelnen Übungen sind vielfältige Kontakte entstanden. Auf dieser Basis ist das Offenlegen der Differenz schon eher möglich, weil eine tragfähige Basis entwickelt wurde. Darüber hinaus gefährdet diese Differenz nicht, sondern verbindet eher, denn in beiden Gruppen gibt es türkische Jugendliche. Das war ihnen natürlich als eine äußerliche Gemeinsamkeit schon seit der Vorstellungsrunde bekannt, aber eine innere Gemeinsamkeit stellt sich erst an dieser Stelle her.

3. Szene: Am letzten Tag in der Abschlußrunde wird das Problem Fremdheit und Distanz versus Gemeinsamkeit und Nähe erneut berührt. In der Abschlußrunde wehren sich die Jugendlichen aus dem Freizeitheim gegen Äußerungen, die jemand von den Teamleitern über die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen macht und die ihrer Meinung nach fälschlich das Trennende zwischen ihnen und der anderen Gruppe betonen. Die Jugendlichen empfinden sich jetzt als eine Gruppe, empfinden sich durch die gemeinsame Arbeit und das gelungene Projekt, das gerade aufgeführte

⁴ Diese und alle weiteren Zitate stammen aus Mitschnitten des Radio Features

Theaterstück, als eine Einheit. Sie sehen jetzt überhaupt keine Differenzen mehr zwischen sich. Sie fühlen sich gestört durch diese Äußerung und weisen diese vehement zurück. Ich kann dies gut nachvollziehen, denn auch mir geht es so, daß ich die beiden Gruppen im Laufe unserer Arbeit immer weniger voneinander unterscheiden und zuordnen konnte. Eine gemeinsame Aufgabe hat uns alle verbunden und die Nähe zueinander ist in diesen drei Tagen gewachsen.

Trotzdem gefällt es mir, daß an dieser Stelle, am Abschluß des Projektes, nicht ‚blind‘ der andere Pol (eine harmonische Vereinigung, die über Differenzen wegsieht) als Position vertreten wurde, so verführerisch diese auch sein mag, sondern an die eigene durchaus differente Sichtweise vor zwei Tagen erinnert wurde, wo die Fremdheitsgefühle einem erheblich zu schaffen machten. Dieser Hinweis konnte am Ende der Runde von ihnen angenommen werden. Die Integration beider Erfahrungen gelang meiner Meinung nach, weil das Fremde nicht mehr so bedrohlich war und somit zugelassen werden konnte, aber es spielte sicherlich auch das Lernen über Identifikation eine große Rolle, denn ihr ehemaliger Lehrer, an dem sie einen Halt haben und den sie mögen, hatte diese Bemerkung gemacht. So wurde - an die eigene Erfahrung zurück gebunden - deutlich, daß Gemeinsamkeit nicht von Anfang an und selbstverständlich immer da war, sondern daß ein verbindendes Gruppengefühl, der Kontakt, die Anerkennung und das Vertrauen untereinander erst wachsen mußten. Die Erfahrung von Differenz, die sie während der drei Tage ja oft auch irritierend oder schmerzlich erfahren hatten, konnte damit erhalten bleiben, aufgehoben in dem Gefühl der Gemeinsamkeit.

Ziel von Albstedt war es, einen reflexiven Integrationsprozeß zu initiieren, der im Zusammen-

hang mit dem Thema Gewalt sowohl die Sicht auf sich selbst als auch die auf die jeweils) anderen reflektiert und es ermöglicht, sich neuen Wahrnehmungen und Gefühlen zu öffnen. Die Bewegung hin zu einer Anerkennung der eigenen Person und der des Anderen in seiner Fremdheit durchzieht als grundlegendes Thema dieses hermeneutische Experiment. Das kreative, spielerische und produktive Element ist für einen solchen Integrationsprozeß höchst bedeutsam, weil es hilft, innere Räume zu öffnen, Freiräume für alternatives Wahrnehmen, Denken und Handeln - und weil es hilft, (selbst)reflexives Potential zu stärken. Die Gruppen erleben andererseits, daß sie etwas schaffen können, das an ihren Ressourcen anknüpft, daß ihre Erfahrungen ernst genommen und anerkannt werden. Das eigene Selbstwertgefühl kann auf diese Weise gestärkt werden, die Rigidität der Abwehr kann sich lockern, so daß auch das Andere zugelassen werden kann und nicht so viel Angst entsteht, die mit Aggression abgewehrt werden muß. Mit diesem Workshop ist ein Erlebensraum geschaffen worden, der zwar äußerlich nach den drei Tagen wieder verlassen werden mußte, der aber als innerer Raum, gefüllt mit neuen sozialpsychologischen Erfahrungen, erhalten bleibt. So ist dieser Theaterworkshop, dieses hermeneutische Experiment, unserer Meinung nach ein gelungener Beitrag zur Gewaltdeskalation und Gewaltprävention. Darüber hinaus wurde deutlich: *Wissenschaft betreiben und Theater spielen, das sind zwei sich ergänzende kreative Welten.*

AUS DEN HOCHSCHULEN

Fachhochschule Magdeburg-Stendal

Sommer-Akademie für Gesundheitsförderung

Die Sommer-Akademie für Gesundheitsförderung findet vom 10. bis 14. September 2001 statt. Sie wird in Zusammenarbeit der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), der Allianz für Gesundheitsförderung und dem Projekt „Hochschulen für Gesundheit“ veranstaltet.

Kontakt: Sommer-Akademie für Gesundheitsförderung, c/o FB Sozial- und Gesundheitswesen Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel.: 0391-886 4613, Fax: 0391-886 4293, email gesundheitshaus@sgw.hs-magdeburg.de

Staatsinstitut für Frühpädagogik München

Prof. Fthenakis

Das Staatsinstitut für Frühpädagogik München führt ein Projekt zum Thema „Konzeptionelle Weiterentwicklung von Bildungsqualität in Tageseinrichtungen für Kinder“ durch. Dabei werden u.a. auf der Basis der Resilienzforschung pädagogische Konzepte zur

Förderung in Krippen, Kindergärten, Hort und Elternhaus entwickelt. Kontaktpersonen: Thomas Wörz (089/212 34 305) und Prof. Dr. Dr. Dr. Fthenakis (Prinzregentenstr. 24, 80538 München)

Universität Bamberg

Herbstakademie

„Selbstorganisation in Psychologie, Psychiatrie und den Sozialwissenschaften“

Die Herbstakademien gelten seit ihrer Gründung im Jahr 1990 an der Universität Bamberg als hochkarätiges und anspruchsvolles Forum für die Diskussion aktueller wissenschaftlicher Arbeiten zum Thema Synergetik, nichtlineare Dynamik und Komplexitätsforschung in den Humanwissenschaften (z.B. Psychologie, Psychiatrie, Sozialwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften). Neben theoretischen Entwicklungen liegt ein Schwerpunkt auf der empirischen Forschung, der Methodenentwicklung und der computerunterstützten formalen Modellierung

dynamischer Systeme (Computersimulationen). Veranstalter der Herbstakademie-Reihe sind Prof. Dr. Günter Schiepek, PD Dr. Wolfgang Tschacher und Prof. Dr. Ewald J. Brunner.

Die „local organizers“ der 10. Herbstakademie sind das FKSH in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität München. Kontaktadresse: G. Schiepek, Tel. 0241 8088 334 oder 08621 63761. Die Akademie wird von 6. bis 8. Juni 2002 im Bildungszentrum Kloster Seon (Tel. 08624 8970) (zwischen München und Salzburg) stattfinden.

Freie Universität Berlin

Modularisierung des Fachs „Gemeindepsychologie“

In der Gemeindepsychologie werden die sozialen und kulturellen Ressourcen der Menschen und ihr Lebenskontext zum Ausgangspunkt für die Förderung von Gesundheit, die Bewältigung von Krisen und sozialen und gesundheitlichen Einschränkungen gemacht. Das Handeln der Professionellen und dessen Kontextbedingungen werden genauso zum Gegenstand der Untersuchung wie das Handeln der Betroffenen und den Personen ihres sozialen Umfeldes. Der Dialog zwischen beiden Seiten und die Stärkung des Einflusses und der Selbstbestimmung der Betroffenen werden als Bedingung für Gesundheit erprobt. In der Gemeindepsychologie geht es in erweitertem Sinne sowohl um den Beitrag der Psychologie zu den Gesundheitswissenschaften als auch zur kommunalen Entwicklung.

Modul 1: Grundlagen und ausgewählte Arbeitsfelder

Inhalte und Qualifikationsziele

In sozialphilosophischen Diskussionen wird gegenwärtig versucht, das Verhältnis von Individuum und Gemeinschaft neu zu fassen. (s. Kommunitarismus) Dies hat Konsequenzen für die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialbereichs. Das Handeln des Einzelnen wird stärker unter dem Aspekt der sozialen Bezogenheit und Teilhabe gesehen. Bürgerschaftliches Engagement und eine Aktivierung und Befähigung Betroffener wird als wesentlicher Beitrag zur Lösung von Gesundheitsproblemen gesehen.

Die Studenten sollen einen Überblick über Modelle der Bedingungen von Gesundheit und Wohlergehen in institutionellen und kommunalen Strukturen gewinnen. Entsprechende Ansätze sind der social setting Ansatz, die ökologische Perspektive (ökologische Entwicklungstheorien, person environment fit), sense of community, die Perspektive des Empowerment, die Ressourcenorientierung und Modelle zur Untersuchung sozialer Netzwerke und sozialer

Unterstützung. Die Beziehung zu kulturellem und sozialem Wandel, dessen Wahrnehmung und Antworten auf diesen Wandel werden behandelt.

Unterschiedliche Ansätze der Psychologie des Sozialen formulieren, wie sich Individuen auf ihre symbolischen und materiellen Kontexte beziehen. Einen methodologischen Rahmen liefern sozialkonstruktivistische Modelle und Vorstellungen aus dem Bereich des symbolischen Interaktionismus und der Systemtheorie. In diesen Zusammenhang gehört die Theorie der Sozialen Repräsentationen, die diskursive und narrative Psychologie sowie neuere Ansätze der Kulturpsychologie. Andere Verknüpfungsmöglichkeiten liegen in den älteren Ansätzen der Prävention und Krisentheorie.

Die Studierenden sollen diese Konstrukte und Theorien erklären und in ausgewählten Arbeitsfeldern (s. u.) anwenden und kritisch würdigen können.

Lehr- und Lernformen / Art und Umfang der Lehrveranstaltungen

Eine regelmäßig angebotene Einführungsveranstaltung (2 SWS) gibt einen Überblick. Weitere Lehrveranstaltungen, von denen man eine hinzuwählen soll werden zu ausgewählten Themen angeboten.(Beispiele: Gesundheitswesen/psychosoziale Versorgung, Kultur und Gesundheit/Krankheit, community health psychology) Dabei werden wechselnde Lehr- und Lernformen angewandt.

Teilnahmevoraussetzungen

Vordiplom in Psychologie oder äquivalente Leistung

Arten der Leistungskontrolle

Mindestens in einem der beiden Seminare eine Präsentation und eine Abschlussklausur über das gesamte Modul. Eine Präsentation beruht auf einer schriftlichen Ausarbeitung eines Themas im Umfang von ca. 15 Seiten. Der mündliche Teil der Präsentation muß fachlichen, didaktischen und präsentationstechnischen Anforderungen genügen. Ihre Vorbereitung wird durch den Dozenten/die Dozentin betreut. Weiterhin gehört ein Handout dazu, entweder als Tischvorlage oder als elektronisches Dokument (Webseite, Folie, etc.).

Modul 2: Gemeindepsychologische Methoden und Forschung

Inhalte und Qualifikationsziele

Dieses Modul dient einer vertieften Ausbildung in gemeindepsychologischen Analyse- und Interventionsmethoden und in Strategien gemeindepsychologischer Forschung.

Es geht um Formen kontextbezogener psychosozialer Intervention im Gesundheits- und Sozialwesen und angrenzenden Bereiche kommunaler Strukturen, die der individuellen Entwicklung dienen und die Analyse und Veränderung solcher sozialer und institutioneller Strukturen:

- Bedarfsanalysen, Untersuchung von Prozessen der Kooperation und Vernetzung und institutionellen Dynamik, Untersuchung von Tätigkeitsfeldern und Praktikerhandeln im psychosozialen Bereich, Gesundheitsberichterstattung im psychosozialen Bereich, Community consultation, Community-Diagnose.
- -Projektplanung und -entwicklung und kontextbezogene Programmevaluation und partizipatorische Aktionsforschung. Kreative Gruppentechniken in der Community Arbeit – (Zukunftswerkstatt, Planungszellen, Moderation von Gruppenkonflikten etc.)
- -Institutionsberatung, Modelle der Qualitätssicherung Mediation, Moderation,

Mentoring, Anwaltschaft, Schaffung neuer settings, planned Social change, use of public policy.

- Untersuchung von Prozessen des Empowerment, von Bürgerschaftlichem Engagement, der Selbsthilfe und Selbstorganisation, der Partizipation von Nutzern, der nutzerorientierten Transformation von Dienstleistungen

Lehr- und Lernformen / Art und Umfang der Lehrveranstaltungen

Zwei Seminare im Umfang von 2 SWS werden regelmäßig zu ausgewählten Themen aus diesem Bereich angeboten. Einzelne Veranstaltungen sind Projekt-förmig angelegt (etwa: Ausführung einer umgrenzten Evaluationsaufgabe) und werden in Kooperation mit Praxisinstitutionen bzw. -projekten durchgeführt.

Teilnahmevoraussetzungen

Vordiplom in Psychologie und Teilnahme an Modul 1

Arten der Leistungskontrolle

Mindestens in einem der beiden Seminare eine Präsentation und eine Abschlussklausur über das gesamte Modul. Eine Präsentation beruht auf einer schriftlichen Ausarbeitung eines Themas im Umfang von ca. 15 Seiten. Der mündliche Teil der Präsentation muß fachlichen, didaktischen und präsentationstechnischen Anforderungen genügen. Ihre Vorbereitung wird durch den Dozenten/die Dozentin betreut. Weiterhin gehört ein Handout dazu, entweder als Tischvorlage oder als elektronisches Dokument (Webseite, Folie, etc.). Die Präsentation kann auch in einem Bericht über ein durchgeführtes Projekt bestehen.

TAGUNGSBERICHTE

Weltgesundheitstag 2001: Psychische Gesundheit erhalten und wiederherstellen

Subjektiver Bericht eines Teilnehmers

Der Weltgesundheitstag ist von der Weltgesundheitsorganisation ausgerufen und findet jährlich am 6. April statt. In diesem Jahr stand er unter dem Thema Psychische Gesundheit erhalten und wiederherstellen. Organisiert wurde der Gesundheitstag von der Bundesvereinigung Gesundheit e.V., dem Dachverband von Nichtregierungsorganisationen und Initiativen im Bereich Gesundheit und Gesundheitsförderung. Nach Auskunft der Veranstalter seien in diesem Jahr nicht nur die „Fachgruppen“ im Gesundheitsbereich angesprochen worden, vielmehr sei der Gesundheitstag erstmalig auch für Laien und das soziale Umfeld von psychisch Erkrankten und die Medien geöffnet worden. Dieser Erweiterung der Zielgruppen folgte auch die Tagungsstruktur. Neben der einführenden Festveranstaltung waren ein Laien-, Fach und ein Messeforum vorgesehen.

Als thematischen Schwerpunkt hatte der Veranstalter Prävention im Kontext von Gesundheit ausgewählt. Der Veranstalter hatte diese Schwerpunktsetzung klug gewählt. Denn zumindest die Beiträge im Rahmen der Festveranstaltung und des Fachforums orientierten sich eindeutig an den medizinischen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und die ReferentInnen leiteten daraus ihre Vorstellungen zu Prävention und Gesundheitsförderung ab. D.h. im Vordergrund der Beiträge standen in der Regel bestimmte Krankheitsbilder bzw. Defizitlagen und die entsprechenden potentiellen Risikofaktoren und daraus abgeleitete Handlungsperspektiven.

Die gleiche inhaltliche Schwerpunktsetzung fand sich dann auch auf der Gesundheitsmesse wieder. Hier konnten Fachleute und Laien an ca. 45 Informationsständen Interessantes – wie der Handzettel zum Tagungsablauf ausführt – zur psychischen Gesundheit erfahren. Die Informationsstände waren drei Themenschwerpunkten zugeordnet: Themenpark 1: Behand-

lung psychischer Krankheiten; Themenpark 2: Förderung psychischer Gesundheit in der Gemeinde; Themenpark 3: Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt. Die die Tagung prägenden Grundkonzepte von Gesundheit und Prävention spiegelten sich auch in der Auswahl der Stände wider. Gefallen haben mir hier besonders die Stände zur Förderung von psychischer Gesundheit im Kindesalter.

Zum Laien – Forum kann ich nur spekulieren. Nach der Themen- und ReferentInnenübersicht waren hier wohl Laien im ursprünglichen Sinne des Wortes angesprochen und nicht Laien im Sinne von Fachpersonen ihrer eigenen Lebenswelt, ihrer eigenen Lebenssituation. Die Forum – Beschreibung vermittelte mir den Eindruck, Zielsetzung dieses Forums könnte es gewesen sein, sog. Laien medizinisches Fachwissen in verständlicher Sprache zu vermitteln. Ich spekuliere hier nur, weil ich mich aufgrund der Beschreibungen für den Besuch des parallel laufenden Fachforums entschieden hatte.

Zusammenfassend ließe sich sagen, die Tagung war gut organisiert, nach meiner Meinung konzeptionell aber zu eng gefasst. Die Veranstaltung stieß insgesamt auf eine große öffentliche Resonanz. Mit knapp 1000 TeilnehmerInnen war es die am meisten besuchte Eröffnungsveranstaltung eines Weltgesundheitstages. Auch die Presseresonanz war erstaunlich hoch mit 12 Fernsehbeiträgen und einer Reihe von Veröffentlichungen in der regionalen und überregionalen Presse. Gleichwohl habe ich die Veranstaltung vor dem Hintergrund meines Verständnisses von Gesundheit und Gesundheitsförderung nachdenklich verlassen. Ich fand mich dort eigentlich nicht wieder.

Eingeleitet wurde der Weltgesundheitstag mit einem Vortrag der Bundesgesundheitsministerin. Ihre Rede ist nachfolgend abgedruckt.

Hubert Kötter

Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

zum Weltgesundheitstag „Psychische Gesundheit“ am 6. April 2001

Sehr geehrter Herr Dr. Rutz, sehr geehrter Herr Dr. Voigt, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie zur Auftaktveranstaltung des Weltgesundheitstags 2001 hier in Köln begrüßen zu dürfen.

Überall auf der Welt werden heute und morgen Veranstaltungen zum Thema „Psychische Gesundheit“ stattfinden. Dadurch bekommt dieses Thema endlich die Aufmerksamkeit, die es verdient.

Öffentlichkeit ist wichtig, gerade weil psychische Erkrankungen immer noch mit einem Stigma behaftet sind. Noch immer sind Vorurteile gegenüber psychisch Kranken weit verbreitet. Dabei ist eines klar: Psychische Erkrankungen können jeden und jede von uns jederzeit treffen.

Wenn die Statistik stimmt, sind psychische Störungen die zweithäufigste Erkrankungsursache. Auch wenn Churchill gesagt hat: „Ich glaube nur an Statistiken, die ich selbst gefälscht habe“, machen mich diese Zahlen sehr nachdenklich. Psychische Erkrankungen sind eine schwere Belastung für die Betroffenen und ihre Familien. Sie werden oft verheimlicht und verdrängt. Dies trägt mit dazu bei, dass psychische Erkrankungen in unserem Gesundheitssystem weniger Beachtung finden, als somatische Beschwerden.

Wir haben ein Gesundheitssystem, das mit den besten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten ausgestattet ist. Aber Depressionen können nun mal nicht mit Labortests nachgewiesen werden. Ist dies aber wirklich der Grund, dass wir mit seelischen Erkrankungen anders umgehen?

Oder liegt es nicht vielmehr an immer noch bestehenden Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken. Ist es nicht so, dass nicht nur innerhalb des Freundeskreises, sondern auch in der eigenen Familie oft das notwendige Verständnis nicht vorhanden ist? Wieviel schwieriger ist

dann erst die Situation am Arbeitsplatz. Die Befürchtung von sozialer Ausgrenzung wird hier schnell erlebbar.

Wir brauchen ein neues Denken, ein Umdenken. Und es mag paradox klingen. Aber gerade weil so viele Menschen von psychischen Erkrankungen oder Störungen betroffen sind, habe ich die Hoffnung, dass dieses Umdenken gelingt. Der heutige Weltgesundheitstag kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

In der wissenschaftlichen Diskussion besteht inzwischen Einigkeit, dass psychische Erkrankungen vielfältige Ursachen haben können. Sie entstehen im Zusammenwirken biologischer, individualpsychologischer und gesellschaftlicher Faktoren.

Die unterschiedlichen Ausprägungen psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen z.B. haben ihre Ursache nicht nur den verschiedenen biologischen Voraussetzungen, sondern auch in den unterschiedlichen Lebensbedingungen von Männern und Frauen. Deshalb halte ich es für ganz wichtig, dass der ganzheitliche Ansatz in der Medizin mehr Bedeutung als bisher gewinnt.

Schon der Grundsatz der hippokratischen Lehre lautete: „Willst du den Körper behandeln, so musst du vorher die Seele heilen. Körper und Seele sind eins und jener erkrankt oder heilt nicht ohne dieses.“ Mit ihrem Motto „No health without Mental Health“ knüpft die WHO und auch der diesjährige Weltgesundheitstag an diese Philosophie an.

Wir leben in einer Zeit, in der sich die Rahmenbedingungen ständig ändern. Deshalb gibt es kein Patentrezept, sondern nur viele kleine Schritte, die zum Ziel führen. Dabei gibt es zwei Ebenen, zum einen die Förderung der psychischen Gesundheit und zum anderen die Behandlung psychischer Erkrankungen. Psychische Erkrankungen sind behandelbar. Das weiß niemand besser als Sie. Denn viele von Ihnen

arbeiten mit psychisch Kranken und sie tun dies mit großem Erfolg.

Wir blicken mittlerweile auf mehr als 25 Jahre Psychiatrie-Reform in Deutschland zurück. Heute steht den Betroffenen ein hochwertiges therapeutisch und rehabilitativ ausgerichtetes Angebot - auch und besonders im ambulanten Bereich - zur Verfügung. Sozialpflegerische Dienste, Tageskliniken und Maßnahmen der Rehabilitation helfen den Betroffenen, in ihren Alltag zurückzukehren. Aber wie sagt schon der Volksmund: „Nichts ist so gut, dass es nicht verbessert werden kann.“ Daran arbeiten wir.

Wir fördern zahlreiche Modellprojekte u.a. zur besseren Vernetzung zwischen ambulantem und stationären Bereich. Parallel wurden im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms Versorgungsnetze zu ausgewählten neuropsychiatrischen Krankheiten wie Schizophrenie, Depression, Demenz, Schlaganfall oder Parkinson etabliert.

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Bewältigung psychischer Erkrankungen ist die Selbsthilfe. Zusammen mit anderen Betroffenen fällt der Umgang mit den eigenen Problemen leichter. Deshalb haben wir mit der Gesundheitsreform 2000 die Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung ausgebaut.

Aber meine Damen und Herren, wir dürfen jedoch nicht warten, bis das „Kind in den Brunnen gefallen ist“. Psychische Gesundheit ist erreichbar und jeder kann etwas dafür tun!

Die moderne Lebenswelt stellt hohe Anforderungen, die tagtäglich bewältigt werden müssen. Wir kennen alle das Stichwort von der schnelllebigen Zeit. Wir reden über Stressbelastungen, Überforderung, Verlust sozialer Bindungen, gestiegene Mobilität, beschleunigte ökonomische Abläufe. Mobbing, Doppelbelastung durch Familie und Beruf sind die Probleme der heutigen Zeit.

Damit diese Faktoren die Menschen nicht krank machen, ist es vor allem notwendig, den einzelnen in seiner seelischen Gesundheit zu unterstützen. Dabei kommt es u.a. darauf an Konfliktfähigkeit zu entwickeln. Hier kann jeder selbst etwas für sich tun: Probleme mit Freunden oder Partnern zu besprechen hilft, auch Sport und gesunde Ernährung sind wichtige Faktoren für die eigene seelische Gesundheit.

Manche Menschen brauchen Unterstützung durch psychologisches Know-how. Oft genügen wenige Stunden Psychotherapie, Menschen gesundheitlich zu stärken, ein positives Selbstwertgefühl aufzubauen und damit die psychosomatische Krankheit in den Griff zu bekommen. Niemand sollte sich scheuen, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen oder andere dazu zu ermuntern!

Wir haben mit dem Psychotherapeutengesetz die notwendigen Voraussetzungen für eine qualitativ gesicherte psychotherapeutische Behandlung geschaffen.

Eine Botschaft sollte von diesem Weltgesundheitstag ausgehen: psychische Gesundheit ist ein wichtiger Teil der Gesundheit insgesamt.

Lassen Sie uns gemeinsam an der Verwirklichung des Ziels – Psychische Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen - arbeiten! Voraussetzung für mehr Engagement ist Information. Dazu leistet der Weltgesundheitstag in diesem Jahr einen wichtigen Beitrag.

Und was besonders positiv ist: Wir haben in diesem Jahr eine Premiere: Zum ersten Mal findet diese Veranstaltung öffentlich statt. Damit haben nicht nur Fachleute, sondern auch alle interessierten Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit sich Tipps und Informationen rund um die psychische Gesundheit zu holen.

Dazu möchte ich alle Anwesenden, seien sie als Professionelle, als Politikerinnen und Politiker oder als interessierte Bürgerinnen und Bürger hier, herzlich einladen.

Ergebnisse der Werkstatt-Tagung
„Gesundheitsförderung als öffentliches Handlungsfeld“
am 7. / 8. Dezember 2000 in Bielefeld

Die TeilnehmerInnen der Werkstatt-Tagung sprechen sich dafür aus, durch gemeinsame, koordinierte Aktivitäten die öffentliche Sichtbarkeit, Wertschätzung und Wirkung gesundheitsfördernder Aktivitäten in Deutschland im nächsten Jahr erheblich zu verstärken. Sie verabreden dafür die Bildung einer „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland“.

Ziel der „Allianz für Gesundheitsförderung“ ist es, den Ansatz der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO (Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung und Zielsetzungen des Programmes „Gesundheit 21“) im Denken und Handeln von Politik, Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Öffentlichkeit wirkungsvoll und nachhaltig zu verankern.

Leitperspektive ist die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in Deutschland auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen, in der die Gesundheitsförderung auch in anderen gesundheitsrelevanten Politikbereichen (Wirtschaft, Finanzen, Verkehr, Städtebau, Landwirtschaft, Bildung, Forschung, Arbeit und Sozialpolitik) zu einem zentralen Beurteilungsmaßstab öffentlicher Entscheidungen gemacht wird. Besondere Bedeutung hat dabei der Abbau sozial und ökonomisch vermittelter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Die Allianz wird sich an der Diskussion um Gesundheitsziele in Deutschland aktiv beteiligen und bis zum Herbst 2001 Vorschläge für ein kooperatives Aktionsprogramm erarbeiten, das auch mit dem Bundesministerium für Gesundheit, den Gesundheitsministern der Länder, dem Städte- und Gemeindetag und dem Landkreistag als Beitrag für einen landesweiten Aktionsplan für Gesundheitsförderung entsprechend der Mexiko-Deklaration der Gesundheitsminister vom Juni 2000 abgestimmt werden soll.

Die „Allianz für Gesundheitsförderung“ wird sich als ein offenes Aktionsbündnis organisieren, das die Aktivitäten der Kooperationspartner durch einen Arbeitsausschuss und (nach Maßgabe entsprechend zur Verfügung gestellter Fördermittel) durch eine Koordinierungsstelle bei der Bundesvereinigung für Gesundheit unterstützt. Grundlage bildet eine gemeinsame Zielvereinbarung, die bis Mitte Januar vom vorläufigen Arbeitsausschuss erarbeitet und veröffentlicht wird. Zur Mitwirkung sind alle Organisationen eingeladen, die die nachfolgend skizzierten Ziele aktiv unterstützen werden.

Auf der Grundlage der WHO-Programme und der politischen Zielsetzungen zum Abbau sozial und ökonomisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, für eine geschlechts- und kultursensible Behandlung von Gesundheitsfragen und zur Entwicklung einer nachhaltigen („enkelfähigen“) Lebensweise sollen in den nächsten Jahren vor allem die folgenden Zielkomplexe im Rahmen eines gemeinsamen Aktionsprogrammes bearbeitet werden:

A. Gesundheitsfördernde Umwelten

Wie lassen sich die Umweltbedingungen für die Menschen gesundheitsfördernd gestalten?

Dieser Handlungskomplex bezieht sich auf

- a) ökologische Umweltbedingungen, insbesondere den Umgang mit den grundlegenden Medien Wasser, Boden, Luft sowie besonders auch
- b) die Wirkungen der durch Menschen gestalteten Umwelten ihres Alltagslebens, der Produkte und Produktionsformen ihrer Arbeit, speziell die Qualität ihrer Lebensmittel, der Wohnungs-, Arbeits- und Siedlungsformen und der technischen Mobilität und Kommunikation.

B. Gesundheitsfördernde Lebensformen

Wie lassen sich die sozialen und kulturellen Lebensbedingungen gesundheitsfördernd gestalten?

Dieser Handlungskomplex bezieht sich auf

- a) persönliche Kompetenzen zu selbstbestimmten nachhaltigen gesundheitsfördernden Lebensweisen in alltäglichen sozialen Lebensbezügen,
- b) soziale Ansätze zur Gesundheitsförderung in Familien, selbstgewählten Lebens- und Interessensgemeinschaften, Nachbarschaften und Arbeitsbeziehungen,
- c) gesundheitsfördernde „Settings“ und Organisationsentwicklungen in Kindergärten, Schulen, in der Arbeitswelt und in vielfältigen Arten von Organisationen sowie besonders auch auf
- d) die sozioökonomischen, rechtlich-strukturellen, informatorischen, materiellen und soziokulturellen Voraussetzungen für bürgerschaftliche Initiativen (Bürger-Initiativen, ehrenamtliches Engagement, Selbsthilfegruppen) zugunsten nachhaltiger gesundheitsfördernder Lebensweisen.

C. Gesundheitsförderndes Gesundheitswesen

Wie lässt sich die Gesundheitsförderung mit einer salutogenetischen Orientierung in allen Bereichen des Gesundheitswesens als professionelle Kompetenz und institutionelle Verantwortung verankern?

Dieser Handlungskomplex bezieht sich auf

- a) die Aus-, Fort- und Weiterbildung der unterschiedlichen Berufe im Gesundheitswesen,
- a) die institutionellen Organisationsformen der Krankenversorgung, der Pflege und Rehabilitation, der Gesundheitsbildung und des öffentlichen Gesundheitsschutzes sowie
- b) die ökonomischen, rechtlich-strukturellen und informatorisch-qualifikatorischen Voraussetzungen für eine entsprechende Praxis in allen Bereichen des Gesundheitswesens.

Für die praktische Bearbeitung dieser Zielberei-

che sollen „Ziel-Patenschaften“ eröffnet werden. D. h. einzelne Organisationen mit spezifischer Kompetenz und Bereitschaft übernehmen eine unterstützende und koordinierende Verantwortung für die systematische Bearbeitung von Teilbereichen des kooperativen Aktionsprogrammes, sorgen für die notwendigen Ressourcen und ermöglichen eine aktive Beteiligung der Partner der Allianz für Gesundheitsförderung.

Parallel läuft die Entwicklung von methodischen „Werkzeugen“ und Infrastrukturen, für die bereits die folgenden Zielpatenschaften angeboten wurden:

- a) Koordinierendes Sekretariat: Bundesvereinigung für Gesundheit (Prümel-Philippsen)
- b) Fonds-Bildung und Stiftung: Gemeinnützige Treuhandstelle der GLS-Bank (Meier, Nikolei)
- c) Lokale Infrastrukturen, Gesundheitshäuser: BAG Gesundheitshäuser der Gesundheits-Akademie (Hölling)
- d) Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (GVP): Bereich Umwelt und Gesundheit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und am LÖGD NRW (Fehr)
- e) Berichterstattung zur Gesundheits- und Lebensqualität im kommunalen Kontext: Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften
- f) Verfahren zur Formulierung von Gesundheitszielen, insbesondere zur Formulierung von Zielen zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen: Gesundheit Berlin e. V. (Luber, Geene)

Diese Liste soll fortlaufend ergänzt werden. Ein wichtiges gemeinsames Werkzeug ist dabei eine übersichtliche, internetbasierte Kommunikationsmöglichkeit.

Die GesundheitsAkademie stellt dafür ihre Webseite zur Verfügung (www.gesundheits.de) und wird sich mit anderen Kooperationspartnern der Allianz um den Aufbau einer gemein-

samen Web-Plattform für das kooperative Aktionsprogramm bemühen.

Ein Arbeitsausschuss zur Koordination der weiteren Vorbereitung einer gemeinsamen Zielvereinbarung und der Start-Tagung im März (bis zum 15. 1. Basis-Papier für die Mitgliedschaft in der Allianz, am 22. -24. März Start-Tagung der Allianz) besteht aus den folgenden Personen:

- Marianne Brieskorn-Zinke (DBfK)
- Eberhard Göpel (GesundheitsAkademie)
- Günter Hölling (GesundheitsAkademie)
- Frank Lehmann (Bundes-Ärztammer)
- Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung für Gesundheit)
- Maximilian Rieländer (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen)
- Beate Robertz-Grossmann (Bundesvereinigung für Gesundheit)
- Rainer Steen (DGGS) für redaktionelle Mitarbeit

Als koordinierende Ansprechpersonen fungieren U. Prümel-Philippsen und G. Hölling.

Die Beiträge und Ergebnisse der Werkstatt-Tagung sollen so rasch wie möglich veröffentlicht werden. Die Redaktion und Publikation erfolgt über die Geschäftsstelle der GesundheitsAkademie. Als Redaktionsschluss wurde der 15. Januar verabredet.

Die von Staatssekretär E. Jordan übermittelte Nachricht, das BMG plane für den Herbst 2001 einen Präventions-Kongress, und die Einladung zur Beteiligung an den Diskussionen über Gesundheitsziele wird ausdrücklich begrüßt.

Die Allianz geht davon aus, dass die Planungen des kooperativen Aktionsprogrammes 2002 – 2005 in diesem Rahmen öffentlich präsentiert und diskutiert werden können.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit wird gebeten, möglichst rasch einen Antrag beim BMG auf finanzielle Unterstützung der notwendigen Koordinationsleistungen im Zusammenhang mit der Arbeit der ‚Allianz für Gesundheitsförderung‘ – insbesondere als Vorbereitung für eine Ergebnispräsentation Ende 2001 – zu stellen.

Bericht über die Start-Tagung der „Allianz für Gesundheitsförderung“

am 23./24. März 2001 in Soest / Westfalen

1. Die Veranstaltung hatte das Ziel, Handlungsschwerpunkte und Organisationsformen für gemeinsame Aktivitäten der Allianz für Gesundheitsförderung zu erörtern und Entscheidungen zur weiteren Vorgehensweise zu treffen.

Grundlage waren die Ergebnisse der Werkstatt-Tagung vom 07. / 08. 12. 2000 in Bielefeld und ein auf dieser Grundlage erarbeitetes Positionspapier der Allianz, dessen Entwurf mit der Einladung verschickt worden war.

2. Zur Tagung in Soest waren VertreterInnen von mehr als 50 Organisationen erschienen, u.

a. auch zwei Mitarbeiterinnen des Bundesministeriums für Gesundheit.

3. Eingeleitet wurde die Tagung durch den Vorsitzenden der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Herrn Dr. Hans-Peter Voigt und ein Grußwort der Bundesministerin für Gesundheit, Frau U. Schmidt.

4. Herr Prof. Dr. Eberhard Göpel gab für die GesundheitsAkademie danach einen Überblick zur Entwicklung der Allianz-Idee. Er bezog sich dabei auf

- die programmatischen Initiativen der WHO seit der Veröffentlichung der Ottawa-

Charta zur Gesundheitsförderung im Jahre 1986;

- die Entwicklung der verschiedenen Praxis-Netzwerke zur Gesundheitsförderung seit der Bildung des Gesunde-Städte-Netzwerkes 1989;
- die Bemühungen, die Gesundheitsförderung auch im Sozialgesetzbuch als Aufgabe der Krankenkassen zu verankern (§ 20 SGB V);
- die Bemühungen, auf lokaler Ebene tragfähige Infrastrukturen für die Gesundheitsförderung zu entwickeln, („Brücken-Instanzen“, Gesundheitshäuser, Gesundheitskonferenzen, Fonds für Gesundheitsförderung);
- die Erklärung der Gesundheitsminister vom 5. Juni 2000 in Mexiko zur Entwicklung von landesweiten Aktionsplänen zur Gesundheitsförderung, die auch vom deutschen Gesundheits-Ministerium unterzeichnet wurde;
- den geringen Stellenwert, den die Gesundheitsförderung gegenwärtig in der Politik von Bund, Ländern und Gemeinden hat und die daraus resultierende Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Initiative, die vor allem von nicht-staatlichen Organisationen getragen werden müsste;
- die in Bielefeld am 07./08.12.2000 erzielte Übereinstimmung, dass eine „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland“ mit dem Ziel gebildet werden sollte, die öffentliche Sichtbarkeit, Wertschätzung und Wirkung gesundheitsfördernder Aktivitäten in Deutschland zu verstärken.

Als übergeordnete gemeinsame Zielsetzungen waren in Bielefeld hervorgehoben worden:

- Abbau sozial und ökonomisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen,
- Entwicklung einer nachhaltigen („enkelfähigen“) Lebensweise,
- Entwicklung einer geschlechts- und kultursensiblen Behandlung von Gesundheitsfragen,
- Förderung kompetenten selbstbestimmten

Gesundheitshandelns für alle Lebensphasen,

- Intersektorale Kooperation und „Ziel-Patenschaften“ zur Entwicklung wirkungsvoller öffentlicher Handlungsmöglichkeiten.

5. In einer Diskussionsrunde über das von einer Arbeitsgruppe im Januar erarbeitete Positionspapier, mit dem potentielle Akteure zur Mitwirkung in der Allianz aufgefordert werden sollten, wurden die folgenden Einschätzungen geäußert:

- Das Positionspapier kennzeichnet die Zielsetzungen der Allianz in einer allgemeinen Form. Es bietet damit zwar einen geeigneten internen Verständigungsrahmen für die beteiligten Organisationen, ist aber für die öffentliche Werbung für die Allianz in der vorliegenden Form noch nicht hinreichend geeignet.
- Für eine Überarbeitung / Weiterentwicklung in Richtung auf ein öffentliches Informationspapier erscheinen folgende Veränderungen sinnvoll:
 - a) Kürzung
 - b) Konkretion: Wer sind wir?, Was wollen wir?, Wie wollen wir das erreichen?, Wie können sich InteressentInnen beteiligen?
- Deutlich ist allerdings, dass in diesem Stadium der Beratungen zur Ausgestaltung der Allianz-Entwicklung die Voraussetzungen für eine konkretere Festlegung von einzelnen Aktivitätsbereichen noch nicht gegeben sind.

Vereinbarung:

Es soll von der Koordinierungsgruppe eine überarbeitete Fassung erstellt werden, die zunächst für die externe Information genutzt werden kann, bis über den Organisationsrahmen der Allianz endgültig entschieden ist.

6. Um mögliche Formen der Zusammenarbeit innerhalb der Allianz zu konkretisieren, wurden anschließend in vier Arbeitsgruppen für verschiedene Lebensabschnitte Ansätze für Maß-

nahmen der Gesundheitsförderung und Schlussfolgerungen für die Arbeit der Allianz erörtert.

Die Gruppenbildung bezog sich auf die folgenden Lebensphasen:

- Kinder und Jugendliche
- Erwachsene mit dem Fokus Berufsbelastungen und Doppel- und Dreifachbelastungen (Familie, Partnerschaft, Angehörige)
- Erwachsene unter außerberuflichen Aspekten
- SeniorInnen.

In den Arbeitsgruppen wurden unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt, um die gemeinsamen Handlungsmöglichkeiten auszuloten. Diese Diskussionsrunde hatte in der begrenzten Zeit für die Beteiligten vor allem eine Sensibilisierungsfunktion im Hinblick auf die Anforderungen einer systematischen Zusammenarbeit.

Die folgenden Anforderungen wurden dabei hervorgehoben:

- a) Übersicht über den jeweiligen Handlungsbereich erstellen
- b) Identifikation der vorwiegenden Problemstellungen
- c) Erarbeitung einer salutogenetischen Orientierung
- d) Konkretion von Zielsetzungen
- e) Entwicklung von Zielstrategien und einer Prozess-Orientierung
- f) Qualitätsmanagement
- g) Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit

Für derart komplexe Projektentwicklungen sind eine ausreichende Projektförderung und ein hauptamtliches Projektmanagement unerlässlich.

Fragen einer hinreichenden finanziellen Förderung (Stichwort: Zukunftsfonds Gesundheitsförderung), einer hinreichenden Qualifizierung (Stichwort: Professionalisierung) und einer wirksamen Koordination (Stichwort: Organisation der Allianz) wurden in diesem Zusammenhang behandelt.

7. Zur Strukturierung der Allianz-Arbeit trug Prof. Göpel am Freitagabend anhand einer Übersicht die bisherigen Überlegungen zur Gliederung der Zusammenarbeit vor. Einigkeit bestand, dass der Fokus konkreter Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf der Ebene der Kommunen zu lokalisieren sei:

Dort besteht in den nächsten Jahren die Herausforderung darin, die notwendigen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten für wirkungsvolle Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Kristallisationskern können das Gesunde-Städte-Netzwerk, Lokale Agenda-Prozesse oder die Arbeit von Umwelt- und Gesundheitszentren sein. Der Ausbau einer lokalen Infrastruktur, wie sie von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Gesundheitshäuser vorgeschlagen wird, hat in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung.

Entsprechend der gegliederten politischen Verantwortung in Deutschland sollten Organisationsansätze auf der Landesebene (Landesvereinigungen für Gesundheit) und der Bundesebene (Bundesvereinigung für Gesundheit) neben den jeweils eigenen Steuerungs- bzw. Koordinierungsaufgaben auch eine subsidiäre Funktion für die Entwicklung kommunaler Infrastrukturen (Gesundheitshäuser, Gesundheitskonferenzen, Bürgerstiftungen „Umwelt und Gesundheit“, „Community-Campus-Partnerships“ mit regionalen Hochschulen für Gesundheit, Gesunde-Städte-Projekte) wahrnehmen.

Auf der europäischen Ebene bietet sich eine aktive Mitarbeit in der Internationalen Union für Gesundheitsförderung und -erziehung (IUHPE) und in der European Public Health Alliance (EPHA) an, in der Personen aus Deutschland bisher kaum vertreten sind.

Die Allianz könnte dabei auf allen politischen Ebenen als NGO-Vertretung wirksam werden und dadurch ihren Einfluss auf die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in Deutschland und zunehmend auch in Europa verstärken.

Sie würde dadurch auch ein Beispiel für eine systematische Zusammenarbeit zwischen den

politischen Ebenen von Kommunen, Ländern und Bund geben, das als Vorbild für die politisch Verantwortlichen in diesen Bereichen dienen könnte.

Das angestrebte Aktionsprogramm für die Jahre 2002 - 2005 sollte sich daher auch auf die jeweiligen Zuständigkeiten im öffentlichen Bereich beziehen.

Eine zentrale Bedeutung hat die Bildung eines entsprechend gegliederten Zukunftsfonds Gesundheitsförderung, der aus den folgenden Quellen gespeist werden könnte:

- a) Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt in Höhe von 10 Prozent des Tabak- und Alkoholsteuer-Aufkommens,
- b) Zustiftungen von privaten Spendern zur Unterstützung von Gemeinwohl-Initiativen,
- c) zweckgebundene Gemeinschafts-Beiträge der Sozialversicherungs-Träger, speziell der Krankenkassen nach § 20 SGB V.

Weitere Bausteine der Allianz-Aktivitäten können durch eine systematische Fort- und Weiterbildung, eine Zusammenarbeit mit interessierten Hochschulen bei Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten und den Aufbau einer internetbasierten Informations-Plattform im Zusammenhang mit dem von der Bundesvereinigung für Gesundheit koordinierten Projekt AFGIS sowie des Gesundheitsinformationsnetzes der GesundheitsAkademie bilden.

Auch eine gemeinsame Zeitschrift könnte einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung öffentlicher Wirksamkeit und interner Kommunikation leisten.

8. Am Samstagmorgen wurden zur Erörterung der künftigen Arbeits- und Organisationsformen der Allianz zwei parallele Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit Fragen der inhaltlichen Projektplanungen und den Organisations- und Finanzierungsformen beschäftigten.

In der ersten Gruppe wurde zunächst ausführlich über die Frage gesprochen, in welcher

Form eine transparente Übersicht erstellt werden könnte, was bereits wo durch wen im Bereich der Gesundheitsförderung in Deutschland unternommen wird und in welcher Form „Modelle einer guten Praxis“ dokumentiert und öffentlich zugänglich gemacht werden könnten.

Als prioritär wurde die Entwicklung eines „Gesundheitsförderungs-Atlas“ in der Form einer „Landkarte der Gesundheitsförderung in Deutschland“ eingestuft. Die Zuständigkeit für ein entsprechendes Projekt wurde bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gesehen, die darauf angesprochen werden soll.

Der „Vorschlag für ein kooperatives Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung in Deutschland“ der GesundheitsAkademie mit der Orientierung an den fünf Handlungsebenen der Ottawa-Charta wurde zur Kenntnis genommen, konnte aber in der begrenzten Zeit nicht ausreichend diskutiert werden.

Er dient zum gegenwärtigen Zeitpunkt als Material für weiterführende Überlegungen im Hinblick auf das angestrebte Aktionsprogramm 2002 - 2005.

Als wichtig erschien es, Praxis mit wissenschaftlicher Begleitung sowie mit Fort- und Weiterbildung in Verbindung zu bringen. Das Konzept des „Qualifizierungs-Netzwerkes“ der GesundheitsAkademie entspricht diesem Vorhaben.

Auch in der Arbeitsgruppe zur Organisationsentwicklung wurde die Notwendigkeit einer systematischen Bestandsaufnahme betont.

Zur Unterstützung der Kommunikation und Information sollen möglichst rasch eine Informations-Datenbank und eine Internet/Intranet-Plattform für die Allianz geschaffen werden.

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Zeitschrift, Broschüre, Internet-Homepage) wurden als dringlich eingestuft, um weitere Organisationen zur aktiven Mitwirkung zu gewinnen und die interessierte Öffentlichkeit zu informieren.

Eine finanzielle Unterstützung der Kern-Aktivitäten durch eine öffentliche Förderung wurde als dringlich bezeichnet. Perspektivisch soll der Zukunftsfonds Gesundheitsförderung für eine angemessene finanzielle Absicherung

der Allianz-Aktivitäten sorgen.

Kurzfristig ist aus Sicht der TeilnehmerInnen das Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang mit der Mexiko-Erklärung die zuständige Instanz, um den von der Allianz begonnenen Verständigungsprozess zu unterstützen.

Es wurde bedauert, dass über den Zuschuss-Antrag für die Einrichtung der Koordinierungsstelle bei der Bundesvereinigung für Gesundheit vom Januar 2001 noch nicht entschieden wurde.

Frau Miesala-Edel vom BMG wurde gebeten, im Ministerium auf die Dringlichkeit einer derartigen Unterstützung für den Allianz-Prozess hinzuweisen, der ja auch ausdrücklich als Beitrag zur Entwicklung des landesweiten Akti-

onsprogramms des Ministeriums angeboten wurde.

Seitens der Organisationsgruppe wurde vorgeschlagen, über die formelle Organisationsbildung der Allianz erst zu einem späteren Zeitpunkt im Herbst 2001 im Zusammenhang mit der Festlegung von Arbeitsschwerpunkten zu entscheiden und zunächst mit einem Koordinationsgremium und den beiden Kontaktadressen fortzufahren.

Da der in Bielefeld beschlossene Prozess der Partner-Werbung noch nicht wirkungsvoll begonnen wurde, soll dieser in den nächsten Monaten auf der Grundlage eines überarbeiteten Positionspapiers erfolgen.

TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN

19.09.2001

Workshop Gesundheitsförderung § 20 SGB V - Anspruch und Umsetzung einer sozial-kompensatorischen Prävention, Wissenschaftszentrum Berlin. Eine gemeinsame Veranstaltung von Gesundheit Berlin e.V., der AG Public Health des Wissenschaftszentrums und des Berliner Zentrums Public Health (Teilnahmegebühr 20 DM).

20.-22.09.2001

Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, Landau. Themen: Konflikte in der Beratung, Familienkonflikte, Konflikte in der Schule, Konfliktfeld Jugendhilfe. Information: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, Herrnstr. 53, 90763 Fürth, Tel.: 0911/ 977140/745497, e-mail: bke@bke.de

22.-26.09.2001

XXI Congress of the International Association for Suicide Prevention, Chennai, India, Kontakt: IASP, Congress Secretariat, #25 Ranjith Road Kotturpuram, Chennai, 600085 Tamil Nadu India. Tel.: +914 444 703 12; Fax: +91444473611; E-Mail: info@iasp2001.org; Internet: iasp.org.

27.09.2001

Soziale Arbeit auf dem Weg zur Marktwirtschaft? Veranstalter: Arbeitskreis Gemeinde-nahe Gesundheitsversorgung (AKGG) e.V., Anmeldung und Informationen: Petra Gerlach, Tel. 0561-773396, e-mail: institut@akgg.de

18.-19.10.2001

Internationale Konferenz zu Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter, Mainz. Kontakt: Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Untere Zahlbacherstr. 8, 55131 Mainz, Tel: +496131176742, Fax: +491631176688; E-Mail: info@ACE-2001.de; Internet:

www.ACE-2001.de

23.-24.11.2001

Familie und Gesundheit: Medizinische, Psychologische, Juristische, ökonomische und soziale Aspekte Universität Klagenfurt. Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Interdisziplinäre Familienforschung (ÖGIF) in Kooperation mit der Gesellschaft zur Förderung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Kärnten. Information: Abteilung für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, St. Weiterstr. 47, 9020 Klagenfurt, Tel. +43-538-22510, Fax: +43 -538-23019, e-mail: kijuneuropsych@lkh-klu.at.

11.01.-12.01.2002

18. Hamburger Symposium zur Methodologie der Sozialpsychologie: Sozialpsychologie politischer Prozesse. Kontakt: E. Witte, C. Bleich, Universität Hamburg, Von-Melle-Park 6, 20146 Hamburg, Tel: +49 401234109; E-Mail: witte_e_h@uni-hamburg.de

19.02.-22.02.2002

Psychologische Konstruktionen – Politiken der Erkenntnis, Berlin. Kontakt: Neue Gesellschaft für Psychologie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, email: ngfp@zedat.fu-berlin.de, url: www.fu-berlin.de/ngfp-kongress

23.02.-27.02.2002

14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Berlin, Kontakt: DGVT, Neckarhalde 55, 72070 Tübingen, Tel: +497071943494; Fax: +497071943435; E-Mail: dgvt@dgvt.de; Internet: www.dgvt.de

23.08.-27.08.02

Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago, Kontakt: APA, 750 First Str NE Washington DC 20002-4242; Tel: +12023366020; Fax: + 1 202 336 5956

AUS VEREINEN UND VERBÄNDEN

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Wegweiser der Bundeszentrale neu aufgelegt

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat soeben ihren bewährten Gesundheitswegweiser in dritter, aktualisierter und erweiterter Auflage herausgegeben. Er beschreibt auf rund 600 Seiten 210 Institutionen (darunter den BDP) und sechs Bereiche, die für die Gesundheitsförderung und Prävention Informationen

und Unterstützung bieten. Der Wegweiser lässt sich vielfältig nutzen, z.B. bei der Suche nach Kooperationspartnern, der Beschaffung von Medien, bei der Beratungsarbeit, der Suche nach Dozenten für Veranstaltungen und zur Entwicklung von Maßnahmen durch Hinweise auf vorhandene Konzepte und Erfahrungen. Die Publikation kostet 36 DM und ist erhältlich beim Fachverlag Peter Sabo, Fax 06130/7971. e-mail: peter.sabo@t-online.de

Aus dem BDP

Sektion „Gesundheits-,Umwelt-, Schrift- Psychologie“

Aktivitäten der Krankenkassen zur primären Prävention –Kooperationsmöglichkeiten von PsychologInnen

Über die Leitfäden der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V für primäre Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung wurde in *Report Psychologie 9/2000* berichtet; die Leitfäden sind (als PDF-Datei) auf den Fachbereichsseiten zugänglich (über www.gesundheitspsychologie.de/gus-bdp/gesundheitspsychologie/news.htm).

Die Aktivitäten der Krankenkassen in diesen Feldern laufen langsam an. Während die Bundesverbände der AOK, BKK und IKK sowie die Hauptverwaltungen der BEK, DAK und TK meist Richtlinien und Handlungsempfehlungen geben, sind die jeweiligen Landesverbände/-vertretungen meist für die Umsetzung zuständig.

Primäre Prävention

Zur Durchführung allgemeiner Präventionsmaßnahmen für Stressreduktion/Entspannung

und Suchtprävention suchen Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen aktiv nach Diplom-PsychologInnen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen, z.B. durch Rundbriefe an PsychologInnen, durch telefonische Anfragen beim BDP aufgrund der von der Fachbereichsleitung versandten Kooperationsangebote an die Krankenkassen. Zusatzqualifikationen können z.B. sein: Kursleiter-Schulungen für spezifische Stressbewältigungs-Programme (z.B. „Gelassen und sicher im Stress“ bei der DPA), Anerkennung als Kursleiter für Entspannungsverfahren durch die Fachgruppe Entspannungsverfahren der Sektion Klinische Psychologie, Weiterbildung in Verhaltenstherapie für psychologische Psychotherapie, KV-Zulassung für Verhaltenstherapie, Kursleiter-Schulung oder viel berufliche Erfahrung für Nichtrauchertrainings, berufliche Erfahrungen im Suchtbereich. Als Zusatzqualifikation zur Durchführung solcher Präventionskurse ist es nicht notwendig, das Fortbildungscurriculum Psychologische Gesundheitsförderung“ zu absolvieren.

PsychologInnen, die Präventionskurse bei Krankenkassen anbieten wollen oder für Teil-

nehmer ihrer Präventionskurse eine Kostenerstattung bei Krankenkassen erwirken wollen, wird die direkte Kontaktaufnahme mit örtlichen Geschäftsstellen oder Landesvertretungen der Krankenkassen empfohlen.

Die Krankenkassen erarbeiten gegenwärtig Verfahren für die Dokumentation und Erfolgskontrolle von Präventionsmaßnahmen; beim AOK-Bundesverband ist dafür die uns bekannte Dipl.-Psych. Karin Schreiner-Kürten zuständig.

Infodienst Gesundheitspsychologische Leistungen

Die Fachbereichsleiturg plant den Aufbau eines datenbankähnlichen „Infodienstes Gesundheitspsychologische Leistungen“ für PsychologInnen zur Veröffentlichung ihrer (nicht-heilkundlichen) Leistungsangebote zur Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Selbsthilfeförderung mit einer Zugänglichkeit über das Internet. Damit sollen vor allem auch Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, sich über Adressen von PsychologInnen mit entsprechenden Angeboten zu informieren. Interessentinnen wenden sich zwecks Zusendung eines Formulars (per Fax oder Mail) bitte an: Maximilian Rieländer, Fax 06078/74244, Email: Gesundpsych.Rielaender@t-online.de

Betriebliche Gesundheitsförderung

Das Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ist ein Berufsfeld für PsychologInnen mit ABO-psychologischer und gesundheitspsychologischer Orientierung. Dieses Berufsfeld der BGF wird von der Sektion

ABO-Psychologie, dort seit vielen Jahren vom Arbeitskreis „Psychologen im Arbeitsschutz“, und vom Fachbereich Gesundheitspsychologie gemeinsam berufspolitisch unterstützt; die Fachbereichsleitung empfiehlt PsychologInnen, die im Feld der BGF berufstätig und berufspolitisch tätig sein wollen, im genannten Arbeitskreis mitzuarbeiten, und will Aktivitäten dieses Arbeitskreises unterstützen. Ansprechpartner dafür ist Herr Schmöle (Anschrift: RWE-Rhein-Braun AG, T13, Betriebspsychologie, Stützgesweg 2, 50935 Köln, Tel. 0221/48020281). Ein nächstes Treffen des AK ist zum 1.3.2001 in Köln geplant.

Weiterentwicklung von Präventionsleistungen

Zur Weiterentwicklung von Präventionsleistungen haben die Krankenkassen eine „Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ eingerichtet. Zu dieser Kommission gehören Vertreter folgender Organisationen: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesvereinigung für Gesundheit, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Über die Bundesvereinigung für Gesundheit bzw. dessen Geschäftsführer Herrn Prümel-Philippson ist auch der BDP als BfG-Mitgliedsverband vertreten; ein regelmäßiger Kommunikationsaustausch der Fachbereichsleitung mit Herrn Prümel-Philippson besteht.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)

27.02. – 02.03.2002

Seminare für juristische, psychosoziale und andere Berufe

19.06. – 22.06.2002

Mediations-Werkstatt Münster

16.10. – 19.10.2002

Mediation für Familien, Information: Hafengeweg 26b, 48155 Münster, Tel. 0251-55485, Fax: -/55623, email: Krabbe@gmx.de

Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)

Positionspapier Frühjahr 2001

1. Wie in vielen anderen Regionen der Erde ist auch in Deutschland die Bevölkerung einer Vielzahl gesundheitlicher Belastungen ausgesetzt, die durch die Gesamtheit unserer individuellen und gesellschaftlichen Lebensverhältnisse hervorgerufen und / oder verstärkt werden. Beispiele dafür sind die Wiederkehr der alten und das Auftreten völlig neuer Infektionskrankheiten, die zahlreichen Krisen und Skandale im Zusammenhang mit unserer Ernährung oder die Gefährdung unserer Umwelt durch unvorsichtigen, unverantwortlichen oder gar illegalen Umgang mit Schadstoffen aller Art. Hinzu kommen die in der Regel von Menschen zu verantwortenden oder mitverursachten sogenannten Umweltkatastrophen sowie kriegerische Auseinandersetzungen, in die auch Mitteleuropäer (wieder) zunehmend einbezogen sind. Zusätzlich ist die Bevölkerung durch Gesundheitsrisiken betroffen, die einzelne BürgerInnen durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil verhindern oder vermindern können.

„Gesundheit für alle“ – als Zielkatalog der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in den die richtungweisenden Dokumente von Ottawa (1986), Jakarta (1998) und zuletzt Mexiko City (2000) einfließen – ist zu einem umfassenden (gesundheits-)politischen Auftrag geworden. Dieser erfordert neuartige und ungewöhnliche Partnerschaften, Kooperationen oder Allianzen, und er lässt sich nur durch die gemeinsame Anstrengung vieler Fachleute, Berufsgruppen, Wissenschaftler, Praktiker, gesellschaftlicher Interessengruppen und Instanzen, privatwirtschaftlicher Unternehmen, staatlicher Stellen und nichtstaatlicher Organisationen erfolgversprechend bearbeiten. Allein in einem breiten Arbeitsbündnis lassen sich gesellschaftliche Lösungen für die komplexen gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung finden, deren Zusammenhang auch mit Fragen der sozialen Benachteiligung, geschlechtsspezifischen Aspekten und/oder (inter)kulturellen Besonderheiten

zweifelsfrei erwiesen ist.

Viele nichtstaatliche Organisationen in Deutschland, die für die „Gesundheitsförderung“ der Bevölkerung arbeiten, wissen um diese Zusammenhänge und Notwendigkeiten seit langem. Sie wollen zukünftig noch nachdrücklicher und gemeinsam an der Verbesserung der „Öffentlichen Gesundheit“ (Public Health) arbeiten. Dazu initiieren sie die Bildung einer breiten, bundesweiten „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“. In ihr können alle namhaften großen und kleinen Organisationen, Institutionen, Verbände, Gruppen und Unternehmen in Form einer „konzertierten Aktion“ ihr Wissen, ihre Kompetenzen und ihre Ressourcen zusammenschließen, um für komplexe Probleme vernetzte Lösungsansätze zu erarbeiten – und umzusetzen.

2. Die „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“ versteht sich als offenes Arbeitsbündnis aller, die sich ausdrücklich bereitfinden, an der gemeinsamen Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen mitzuwirken.

Die „Allianz“ will „Gesundheit für alle“ – im Sinne der WHO – als Zielsetzung „Öffentlicher Gesundheit“ im Denken und Handeln von Politik, Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Öffentlichkeit wirkungsvoll und nachhaltig verankern.

Sie will aktiv zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in Deutschland beitragen: Auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen soll Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen zu einem unverzichtbaren Maßstab bei der Beurteilung öffentlicher Entscheidungen gemacht werden.

Die „Allianz“ formuliert den Anspruch,

- Transparenz zum Wissensstand, zur Reichweite der verfügbaren Kompetenzen, zu bereits vorhandenen Ressourcen und

zum Ausmaß der anzustrebenden Bedingungen herzustellen;

- Prioritäten bezüglich einer zukünftigen Bewältigung von gesundheitlichen Herausforderungen und Problemen festzulegen;
- Ressourcen bei der konzeptionellen und praktischen Bearbeitung dieser Herausforderungen und Probleme zu bündeln – also arbeitsteilig und komplementär vorzugehen;
- Öffentliche Aufmerksamkeit und öffentliches Interesse, insbesondere politisches Interesse zu wecken – und zu stimulieren; sowie
- Neue Partnerschaften und neue Finanzierungsmöglichkeiten für Prozesse der „Öffentlichen Gesundheit“ zu finden und zu stabilisieren - die auch in der Jakarta-Deklaration der WHO als unverzichtbare Bausteine künftiger Gesundheitspolitik definiert sind.

3. Die „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“ will ihr Wirken inhaltlich vorrangig an drei Themen- und Arbeitsfeldern ausrichten:

- Verbesserung von ökologischen und technikvermittelten Lebens- und Umweltbedingungen:
 - ökologische Umweltbedingungen, insbesondere Wasser, Boden, Luft, sowie gesunde Ernährungsmöglichkeiten,
 - technikvermittelte Umweltbedingungen des Alltags- und Arbeitslebens,
 - Gesundheitsverträglichkeit von Produktionsformen und Produkten;
- Verbesserung sozial-kultureller Lebens- und Umweltbedingungen:
 - soziale Ansätze zur Gesundheitsförderung in Familien, selbstgewählten Lebens- und Interessensgemeinschaften, Nachbarschaften und Arbeitsbeziehungen,
 - gesundheitsfördernde „Settings“ und Organisationsentwicklung in Kindertageseinrichtungen, Schulen, in der Arbeitswelt und in anderen Organisationen,

- sozioökonomische, rechtlich-strukturelle, informatorische, materielle und soziokulturelle Voraussetzungen für bürgerschaftliche Initiativen (Selbsthilfe, ehrenamtliches Engagement, Bürger-Initiativen) zugunsten nachhaltiger gesundheitsfördernder Lebensweisen;
- Stärkung von Motivation und persönlicher Kompetenz der/des einzelnen Bürgerin/Bürgers:
 - selbstbestimmte, nachhaltige und gesundheitsbewusste Lebensstile in den alltäglichen Lebenszusammenhängen,
 - aktive Beteiligung an der kontinuierlichen Verbesserung von Lebens- und Umweltbedingungen.

Zur angemessenen Bearbeitung und Verbreitung dieser Themenfelder wird sich die „Allianz“ auch der neuen digitalen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten bedienen und hierbei die nationalen und internationalen Standards berücksichtigen, die vom „Aktions-Forum GesundheitsInformations-System (AFGIS)“ - mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit – erarbeitet werden.

4. Im Hinblick auf die in Mexiko City erfolgte Beschlussfassung von 80 Gesundheitsminister/innen, darunter auch Deutschland, wird die „Allianz“ Bemühungen unterstützen, mittelfristige Aktionspläne zu entwickeln. Sie können in prioritären gesundheitsförderlichen Handlungsfeldern Planungssicherheiten schaffen und kooperatives Vorgehen sichern.

Die „Allianz“ beabsichtigt eine enge Zusammenarbeit vor allem mit

- dem Gesunde-Städte-Netzwerk und anderen „Settings“-Netzwerken,
- den von den Spitzenverbänden geförderten Projekten zum Thema „Patientenberatung“;
- dem von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG) moderierten Arbeitsausschuss „Nationale Gesundheitsziele“ sowie

- kompetenten Arbeitsgruppen zu den Themenfeldern „Soziale Benachteiligung / Armut und Gesundheit“ und „Nachhaltigkeit“ in Deutschland.

Zur organisatorischen Strukturierung ihrer Arbeit schlägt die „Allianz“ vor,

- eine Koordinierungsstelle aus Projektmitteln des BMG bei der Geschäftsstelle der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. einzurichten,
- einen Planungsrat / Koordinierungsausschuss zur Vorbereitung und Begleitung der laufenden Arbeit zu berufen,
- mindestens einmal jährlich eine Vollversammlung aller Mitglieder der „Allianz“ auszurichten,
- einen Zukunftsfonds Gesundheitsförderung

zu gründen, um zusammen mit interessierten Stiftungen Gemeinschaftsinitiativen unterstützen zu können.

Wir rufen alle interessierten Gruppen zur aktiven Mitwirkung an der „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“ auf und bitten um eine Rückmeldung an eine der folgenden Kontaktadressen.

✉ **Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.**, Heilsbachstr. 30, D-53123 Bonn, Tel. 0228-987270, Fax 0228-6420024, EMail: bfgge.pp@bfgge-1.de

✉ **GesundheitsAkademie e.V.**, August-Bebel-Str. 16, D-33602 Bielefeld, Tel. 0521-133562, Fax 0521-176106, Email: akademie@gesundheits.de

Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis

Kurzer Bericht aus der Mitgliederversammlung

Im Anschluss an die vom Vorstand initiierte Denkwerkstatt fand am 14. Juli die diesjährige Mitgliederversammlung der GGFP statt. Neben den Standardpunkten einer Mitgliederversammlung (Kassenbericht, Kassenprüfung, Rechenschaftsbericht und Entlastung des Vorstandes) standen auf der diesjährigen Mitgliederversammlung die Neuwahl des Vorstandes und in Folge der Ergebnisse der Denkwerkstatt eine Prioritätensetzung hinsichtlich der in den nächsten zwei Jahren anstehenden Aufgaben auf der Tagesordnung. Der Vorstand (Ursula Düll, Ingeborg Schürmann, Jarg Bergold, Hubert Kötter, Albert Lenz, Mike Seckinger) wurde entlastet und stellte sich wieder zu Wahl. Er wurde einstimmig wiedergewählt.

Folgende Festlegung hinsichtlich der Prioritäten wurde auf der Mitgliederversammlung getroffen: Der Vorstand wird in den nächsten zwei Jahren das inhaltliche Profil der GGFP zu schärfen versuchen. Es geht dabei um Fragen wie zum Beispiel, was ist typisch gemeindepsychologisch an Netzwerkarbeit, Empowerment, Stadtteilarbeit, Sozialpsychiatrie etc. Aus der

Perspektive des Vorstandes soll die GGFP auf diese Weise stärker zu einem Bezugspunkt für Gemeindepsychologinnen und Gemeindepsychologen in Deutschland werden als dies bisher vielleicht der Fall war. Es wird weiterhin eine Arbeitsgruppe eingesetzt (werden), die sich um die Zukunft des Rundbriefes Gedanken macht. Es geht sowohl um konzeptionelle Fragen, um die Frage einer Internet-Zeitschrift als auch um die Erarbeitung einer Position zu dem Angebot eventuell als nationaler Newsletter einer europäischen Zeitschrift für Gemeindepsychologie zu erscheinen. Wer Interesse hat, an dieser Arbeitsgruppe mit zu machen, kann sich bei Jarg Bergold (bergold@zedat.fu-berlin.de) oder Bernd Röhrle (roehrle@mail.uni-marburg.de) melden. Ein dritter Punkt, dem eine hohe Priorität eingeräumt werden wird, ist die Vorbereitung des 5th European Congress on Community Psychology der 2004 in Berlin stattfinden soll. Die Vorbereitungsgruppe bisher bestehend aus Jarg Bergold und Wolfgang Stark braucht noch dringend Verstärkung. Auch das Thema Gesundheitsförderung wird weiterhin eine wich-

tige Rolle spielen. Die Mitgliederversammlung begrüßt die Aktivitäten von Bernd Röhrle, der im Namen der GGFP gemeinsam mit der dgvt zu einem Fachgespräch nach Fulda lädt. Bis zum Herbst soll auch eine Entscheidung über die Fortführung der Planungen für eine Tagung zur Gesundheitsförderung (Kerstin Baumgar-

ten, Irmtraud Beerlage, Toni Faltermaier) getroffen werden.

Auf der Mitgliederversammlung wurde ange-regt, die Jahrestagung 2002 in Form einer Denkwerkstatt zu weiteren Entwicklung in und um die GGFP durchzuführen

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Sammlung aus einer Umfrage unter ausgewählten Experten für Gesundheitspsychologie im Frühjahr 2000

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, besonders im Setting der Schule

„Bleib locker“ – Stressbewältigung für Kinder

Johannes Klein-Hefßling und Prof. Dr. Arnold Lohaus

Fachbereich Psychologie – Arbeitsgruppe Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Philipps-Universität Marburg, Gutenbergstraße 18, 35037 Marburg, Tel. 06421 / 282-3626, Fax 06421 / 282-3910, e-mail: LohausA@Mailer.uni-marburg.de

Zielgruppe

Kinder im Grundschulalter, trainingsbegleitend: Eltern

Zielsetzung

Stressbewältigung

Prävention

Verringerung des Risikofaktors ‚Stress‘

Inhalte

Wahrnehmungsschulung für Stresssymptome und potentielle Stresssituationen, Kennenlernen eines kindgerechten Stressmodells, Erproben und Bewerten unterschiedlicher emotionsregulierender und problemorientierter Stressbewältigungsstrategien (wie Entspannen, soziale Unterstützung suchen, Problemlösen), Erarbeitung von Maßnahmen zur Entlastung und Unterstützung der Kinder an Elternabenden.

Methodik

Vielfältiger Einsatz von Methoden: Problemanalysen, verhaltensbezogene Hausaufgaben, Rollenspiele, Fallbeispiele, Comics, Entspannungs- und Auflockerungsübungen

Setting

- Gruppentraining für ca. 10 Kinder mit 8 Sitzungen à 1 ½ Std.
- begleitend Elternabende am Beginn und am Ende des Trainingsprogrammes

Sucht- und Drogenprävention in der Schule

Prof. Dr. Matthias Jerusalem & Dr. Waldemar Mittag

Lehrstuhl Pädagogische Psychologie & Gesundheitspsychologie, Humboldt-Universität zu Berlin, Unter den Linden 6, 10099 Berlin, Fon 030 / 2093-4081, Fax 030 / 2093-4010, Email: Jerusalem@Educat.HU-Berlin.de

Zielgruppe

11-18jährige SchülerInnen (6.-10. Klassenstufe)

Zielsetzung

Gesundheitsförderung in der Schule mit Fokus auf Sucht- und Drogenprävention:

Durch Förderung grundlegender Lebens- und Bewältigungskompetenzen (Lebenskompetenztraining), Verbesserung von Selbstwahrnehmung und Selbstvertrauen sowie den Erwerb von sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen zur Selbstbehauptung (Standfestigkeitstraining) und zum Stressmanagement wird ein verantwortungsbewusster und

selbstbestimmter Umgang mit legalen und illegalen Drogen sowie der eigenen Gesundheit bei den Jugendlichen angezielt.

Inhalte

Das Präventionsprogramm besteht aus den nachfolgenden acht Komponenten:

1. Selbstkonzept und Selbstwertgefühl
2. (Selbst-) Wahrnehmung und Gefühle;
3. Wertvorstellungen und Lebensziele;
4. Selbstbehauptung;
5. Konfliktbewältigung;
6. Soziale und kommunikative Fertigkeiten
7. Entspannung und Stressbewältigung
8. Wissen und Information

Methodik

Interaktive Unterrichtsformen, soziales Lernen, Wahrnehmungs- und Interaktionsübungen mit sozialem Feedback, Rollenspiele, themenbezogene Hausaufgaben, Fallbeispiele, Entspannungsübungen und Phantasiereisen.

Setting

- Durchführung in der Schule im Klassenverband durch den Klassenlehrer
- Zeitlicher Umfang: 24 Unterrichtsstunden, möglichst als Wochenstunden in einem Schulhalbjahr
- alternativ: Blockungen im Rahmen von Projekttagen.
- Eine Kurzform des Programmes ist in Vorbereitung.

„ALF Allgemeine Lebenskompetenzen und –fertigkeiten“

Dr. Christoph Kröger, J. Kirmes, Ralph Kutza, Anneke Reese & Kerstin Walden

IFT Institut für Therapieforchung München, Projektgruppe Prävention, Parzivalstraße 25, 80804 München, Tel. 089 / 360804-81, Fax 089 / 360804-59, e-mail: Reese@ift.de

Zielgruppe

Schüler der 5. und 6. Klassen

Zielsetzung

Schulische Suchtprävention: Stärkung von Persön-

lichkeit und Lebenskompetenz – Selbstwertschätzung, Kommunikationsfähigkeiten, Stress- und Problembewältigung – zwecks Schutz vor Drogengebrauch und -missbrauch (Zigaretten, Alkohol, illegale Drogen)

Prävention

Suchtprävention: Verhinderung und Verminderung des Gebrauchs/Missbrauchs psychoaktiver Substanzen (Bei Alkohol ist keine Abstinenz angezielt, sondern ein verantwortungsbewusster, zurückhaltender und kritischer Umgang.)

Inhalte

- für 5. Klassen: sich kennenlernen, sich wohlfühlen, Information zu Rauchen und Alkohol, Gruppendruck widerstehen, Kommunikation und soziale Kontakte, Gefühle ausdrücken, Selbstsicherheit, Beeinflussung durch Medien und Werbung widerstehen, Entscheidungen treffen, Problemlösung, Freizeitgestaltung
- für 6. Klassen: Gruppendruck widerstehen, Einstellung zu Rauchen und Alkohol, Klassenklima verbessern, Problemlösung, Kommunikation, Freundschaften, mit Angst umgehen, positives Selbstbild

Methodik

Durchführung mit Hilfe eines hochstrukturierten Manuals; interaktive Unterrichtsformen: Rollenspiele, Partner- und Kleingruppenarbeiten, Gruppendiskussionen, Entspannungsübungen, Rückmelderrunden; Hausaufgaben; wenig Frontalunterricht

Setting

- Schulunterricht in der 5. Klasse mit 12 Unterrichtseinheiten à 1 ½ Std. (von je 90 Minuten Länge),
- Schulunterricht in der 6. Klasse mit je 8 Unterrichtseinheiten à 1 ½ Std. (von je 90 Minuten Länge),

LISA – Leichtigkeit im sozialen Alltag (für Jugendliche)

Dr. Patrick Pössel, Prof. Dr. Martin Hautzinger, A. Horn & U. Abel

Abteilung Klinische & Physiologische Psychologie, Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Christophstraße 2, 72072 Tübingen, Tel. 07071 / 29-77181,

Fax 07071 / 360205, e-mail: Paatrick.Poessel@uni-tuebingen.de

Zielgruppe

Schüler der 8. Klasse

Zielsetzung

Stärkung von Ressourcen bzw. Schutzfaktoren:

- „funktionale Kognitionen“,
- „Problemlösefähigkeiten“,
- „Selbstsicherheit“,
- „soziale Kompetenz“ & „Konfliktlösetraining“

Prävention

Depressionsprävention

Inhalte

- Vermittlung der Zusammenhänge zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten
- Exploration und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
- Selbstsicherheitstraining
- Training sozialer Kompetenz
- Konfliktlösetraining
- Problemlösetraining

Setting

Im Rahmen des Schulunterrichts für Schulklassen
10 Doppelstunden

Ambulantes Gewichtsreduktionstraining für Kinder und Jugendliche

Silvia Glindemann & Prof. Dr. Heinz W. Krohne

Psychologisches Institut – Abteilung Persönlichkeitspsychologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Staudinger Weg 9, 55099 Mainz, Tel. 06131 / 392-2683, Fax 06131 / 392-2483, e-mail: glindema@psych.uni-mainz.de und krohne@psych.uni-mainz.de

Zielgruppe

10-13jährige Kinder und Jugendliche

Zielsetzung

Stabile Gewichtsreduktion, langfristige Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens, Akzeptanz des Trainings bei Teilnehmern, Eltern und Kinderärzten

Prävention

Verminderung des Risikofaktors „Übergewicht/Adipositas“ und begleitender Risikofaktoren

Inhalte

Eduktion über Ernährung, Bewegung und Gewichtsregulation, Vermittlung von Strategien zur Verhaltensänderung, Umgang mit Hänseleien; optional: begleitendes Sportprogramm

Methodik

Interaktiver Unterricht, Verhaltensmodifikation (Verhaltensbeobachtung mit Ernährungs- und Essverhaltensprotokollen, Computerauswertung, Verstärkung, Kontingenzverträge, Stimuluskontrolle, Verhaltensanalysen, Übungsaufgaben), Sport (Ausdauertraining mit Kräftigungsübungen)

Setting

- Gruppentraining für max. 6 Kinder mit 12 wöchentlichen Sitzungen à 1 ½ Std.;
- wöchentlich 1½ h Sport in einem Sportverein optional;
- 3 Familiengespräche mit Kind und Eltern;
- 2 Elternabende (in Zusammenarbeit mit einer Dipl.-Oecotrophologin),

Gesundheitsförderung incl. Stressbewältigung für erwachsene Einzelpersonen in Kursen zur allgemeinen Erwachsenenbildung

„Wege zum Wohlbefinden – Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur“

Dr. Gabriele E. Dlugosch & Dr. Winfried Krieger

Forschungsgruppe Gesundheit im Zentrum für empirische pädagogische Forschung (Zepf), Universität Koblenz-Landau, Friedrich-Ebert-Straße 12, 76829 Landau, Fon: 06341 / 906-261, Fax: 06341 / 906-200, e-mail: Dlugosch@zepf.uni-landau.de

Zielgruppe

„gesunde“ Erwachsene

Zielsetzung

- Gesundheitsförderung durch positive Veränderungen in den Bereichen: Ernährung, Bewegung, Kommunikation und Stressbewältigung
- präventiv: Reduktion von Risikofaktoren & Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils

Inhalte

- Informationen über gesunde Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Stressbewältigung werden unter Berücksichtigung psychologischer Faktoren (Funktionen des Risikoverhaltens etc.) vermittelt, Änderungsmotivationen werden geschaffen, die Umsetzung erster Änderungsschritte wird unterstützt.
- Ergänzend finden Praxisveranstaltungen in drei Bereichen statt: gemeinsames Kochen, Bewegungseinheiten, Entspannungsübungen
- Vertiefende Einzelberatungen werden angeboten.

Setting

- Seminar für Gruppen mit 8 - 12 Teilnehmern
- 12 wöchentlich stattfindende Gruppensitzungen à 2 Stunden
- zusätzlich ergänzende Praxisveranstaltungen (in entsprechenden Räumlichkeiten)
- zusätzlich ambulante Einzelberatungen

„Gelassen und sicher im Stress“ – Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung

Dr. Gert Kaluza

Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Bunsenstr. 3, 35037 Marburg, Fon: 06421 / 286-6250, Fax: 06421 / 286-4881, e-mail: kaluza@mail.uni-marburg.de

Zielgruppe

Erwachsene ohne gravierende körperliche und/oder psychische Erkrankungen

Zielsetzung

- Förderung von individuellen Kompetenzen zur Bewältigung von Alltagsanforderungen, unspezifische Gesundheitsförderung
- präventiv: Verminderung des Risikofaktors ‚Stress‘, Reduktion stressbedingter Gesundheitsrisiken

Inhalte

Informationsvermittlung, Entspannungstraining, Problemlösetraining, Genusstraining

Methodik

halbstandardisiertes kognitiv-behaviourales Gruppentrainingsprogramm

Setting

- Gruppentraining mit 12 wöchentlichen Sitzungen à 2 Stunden
- Andere Durchführungsvarianten (Kurzversionen, Blocktraining) sind möglich.

„Optimistisch den Stress meistern“

Dr. Konrad Reschke & Prof. Dr. Harry Schröder

Institut für Angewandte Psychologie, Universität Leipzig, Seeburgstr. 14 – 20, 04109 Leipzig, Tel. 0341 / 97-35935, Fax 0341 / 97-35939, e-mail: Reschke@uni-leipzig.de

Zielgruppe

Jugendliche und Erwachsene, Alter: 16 – 65 Jahre

Zielsetzung

Stressbewältigung:

- Analyse von stressrelevanten Belastungsfaktoren, individueller Vulnerabilität und Ressourcen der Stressbewältigung.
- Aufbau von persönlichen Ressourcen und Schutzfaktoren, von Stressbewältigungskompetenzen in den Bereichen Emotionsregulation, Entspannung, Identität und Zukunftsorientierung sowie von sozialer Unterstützung als Stresspuffer.

Inhalte

Information, Aufklärung, Verhaltens- und Kognitionsanalyse stressrelevanter Bedingungen, verhaltensmodifizierende Übungen und Trainingsmethoden

Methodik

Kognitiv-behaviorale und personenzentrierte Grundlagen, Aufbau als zeitbegrenzt, manualisiertes Verhaltensmodifikationsprogramm, 3 Trainingsformen: Gruppentrainingsprogramm, Kleingruppen-Intensiv-Trainingsprogramm und persönliche Beratungskonzeption

Setting

- Gruppentraining für 8 - 15 Teilnehmer mit Info-Veranstaltung und 10 Sitzungen à 1½ Std.
- Kleingruppen-Intensiv-Trainingsprogramm mit 3 Sitzungen à 1½ Std.
- Persönliche Beratung mit einer Sitzung mit Pause: 2¼ Std.

Gesundheitsfördernde Sozialkompetenzen, besonders in Partnerschaften

Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)

Dr. Rüdiger Hinsch & Dr. Ulrich Pfungsten

Dr. Rüdiger Hinsch, Nibelungenstraße 18, 14109 Berlin, Tel. 030 / 804024-37, Fax 030 / 804024-38, e-mail: RHinsch@gsk-training.de, URL: www.gsk-training.de

Zielgruppe

Erwachsene, Jugendliche

Zielsetzung

Verbesserung der Sozialen Kompetenz: die Kompetenz, in sozialen Situationen kognitive, emotionale und motorische Verhaltensweisen anwenden zu können, die zu einem langfristigen günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.

Inhalte

Situationstypen unterscheiden, zwischen selbstsicherem und aggressivem Verhalten unterscheiden, zwischen Gefühlen und Kognitionen unterscheiden, die Bedeutung von Selbstverbalisationen für die eigene Befindlichkeit und das eigene Verhalten erkennen, positive Selbstverbalisationen einüben, progressive Muskelentspannung als Training von Selbstkontrolle und Bewältigungsverhalten, die Wichtigkeit langfristiger Konsequenzen gegenüber kurzfristigen Konsequenzen menschlichen Handelns erkennen.

Einübung von Kompetenzen zu drei Situationstypen:

- Recht durchsetzen
- um Sympathie werben
- sich in Beziehungen einigen

Methodik

Interventionsprogramm auf der Basis moderner kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze, Rollenspiele mit Videofeedback zu vorgegebenen Situationen, In-vivo-Übungen als Hausaufgaben

Setting

- Gruppentraining mit ca. 10 Teilnehmern und 2 Trainern in 7 Sitzungen à 2½ - 3 Std.,
- Durchführung als Kompaktveranstaltung an Wochenenden ebenfalls möglich

Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL)

Dr. Franz Thurmaier, Dr. Joachim Engl & Prof. Dr. Kurt Hahlweg

Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie, Rückertstr. 9, 80336 München, Tel. 089 / 544311-0, Fax 089 / 544311-26, URL: www.erzbistum-muenchen.de/ifk

Zielgruppe

junge Paare mit einer festen Partnerschaft mit Heiratsabsichten oder kurzer Ehedauer (bis zu 2 Jahren)

Zielsetzung

Vermittlung von Gesprächs- und Problemlösefertigkeiten zur besseren wechselseitigen Verständigung, zur erfolgreichen Konfliktlösung und zur befriedigenden Gestaltung der Beziehung

Aufbau von Kommunikations- und Problemlösekompetenzen in der Partnerschaft, um die Häufigkeit negativer Austauschprozesse zu vermindern und das Ausmaß positiver Austauschprozesse zu erhöhen

Inhalte

Grundlage ist ein kognitiv-verhaltenorientierten Verhaltenskompetenzmodell des Eheerfolges: Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten tragen bei, Partnerschaftszufriedenheit zu erhalten. Das EPL besteht aus den nachfolgenden Komponenten:

- Vermitteln und Einüben der grundlegenden Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten
- Sprecher- und Zuhörerfertigkeiten lernen und trainieren
- Vermittlung von Strategien für ein geeignetes

Problemlösen

- Anwendung der erlernten Fertigkeiten an speziellen Themenkreisen

Methodik

Paargespräche, zahlreiche Rollenspiele mit fiktiven Themen, Videodemonstrationen

Setting

- Gruppentraining für 4 Paare mit 6 wöchentlichen Sitzungen à 2 Std. mit Trainerin und Trainer
- alternativ: ein Wochenende von Freitag bis Sonntag (mit einem Umfang von ca. 14 Stunden)

„Konstruktive Ehe und Kommunikation“ (KEK) – Ein Kurs zur Weiterentwicklung von Partnerschaft

Dr. Joachim Engl & Dr. Franz Thurmaier

Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie, Rückertstr. 9, 80336 München, Tel. 089 / 544311-0, Fax 089 / 544311-26, URL: www.erzbistum-muenchen.de/ifk

Zielgruppe

Paare in mehrjähriger Beziehung

Zielsetzung

Vermittlung von Gesprächs- und Problemlösefertigkeiten zur besseren wechselseitigen Verständigung, zur erfolgreichen Konfliktlösung und zur befriedigenden Gestaltung der Beziehung.

Aufbau von Kommunikations- und Problemlösekompetenzen in der Partnerschaft, um die Häufigkeit negativer Austauschprozesse zu vermindern und das Ausmaß positiver Austauschprozesse zu erhöhen

Inhalte

Grundlage ist ein kognitiv-verhaltensorientiertes Verhaltenskompetenzmodell des Eheerfolges: Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten tragen bei, Partnerschaftszufriedenheit zu erhalten.

Methodik

Paargespräche, zahlreiche Rollenspiele mit fiktiven Themen, Videodemonstrationen, Selbstreflexionsübungen

Setting

Gruppentraining für 4 Paare mit 7 x 3 Std. an 2 Wochenenden mit Trainerin und Trainer

Freiburger Stresspräventionstraining für Paare (FSPT)

Dr. Guy Bodenmann

Institut für Familienforschung und -beratung, Universität Fribourg (Schweiz), Avenue de la Gare 1, CH-1700 Fribourg, Tel. 0041 / 26 / 300-7653, Fax 0041 / 26 / 300-9700, e-mail: JoseGuy.Bodenmann@unifr.ch, URL: www.unifr.ch/stress/welcome.html

Zielgruppe

Paare, unabhängig von Status und Dauer der Partnerschaft (unverheiratet/verheiratet, mit kurzer oder längerer Partnerschaft)

Zielsetzung

Verbesserung der Qualität und Stabilität der Partnerschaft durch Förderung der

- individuellen und gemeinsamen Stressbewältigungsfähigkeiten
- partnerschaftlichen Kommunikationsqualität
- gemeinsamen Problemlösekompetenzen

Prävention

Partnerschaft als Protektiv- oder Risikofaktor für Stressbewältigung

Inhalte

- Orientierung an Ergebnissen der Partnerschafts- und Stress-Coping-Forschung
- modularer Aufbau des Trainings
- vorrangig dyadenzentrierte Interventionen
- modulare Inhalte:
 - Einführung ins Thema „Stress“ (Ursachen, Arten und Folgen), Zusammenhang zwischen Gefühlen (Angst, Trauer, Ärger etc.) und Art der Situationswahrnehmung
 - Verbesserung der individuellen Stressbewältigung
 - Verbesserung der partnerschaftlichen Stress-Wahrnehmung, -Kommunikation und -Bewältigung
 - Partnerschaftsthemen: fairer Austausch, Abgrenzungen, Nähe-Distanz-Regulation,

Gerechtigkeit

- Einübung von Kommunikationsfertigkeiten des Sprechens und Zuhörens, Sensibilisierung für negative Kommunikationsverläufe,
- effiziente Problemlösung für Alltags- und Beziehungsprobleme

Methodik

Fragebogenset, Paarübungen, Life-Rollenspiele, Videoaufnahmen, progressive Muskelentspannung, Evaluationsrunde mit den Teilnehmern,

Das Training versteht sich nicht als Therapie und ist nicht für Paare in akuter Krise vorgesehen.

Setting

Gruppentraining für Paare in Wochenendkursen mit 18 Std.

Präventive Stressbewältigung für Berufstätige in Betrieben

„Gelassen bei der Arbeit“ - Ein Trainingskurs zur Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz

Dr. Wichard Puls, Ulrike Wiegand, Nicola Tauscher & Prof. Dr. Hanns Wienold

Institut für Soziologie – Forschungsstelle Arbeit und Gesundheit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Scharnhorststr. 121, 48151 Münster, Tel. 0251 / 832-3190, Fax 0251 / 832-3193, e-mail: puls@uni-muenster.de

Zielgruppe

Personen in gratifikationskritischer Situation mit problematischen Formen der Stressbewältigung durch Substanzmittelkonsum (mehr als 40 g Alkohol pro Tag); keine aktuelle Abhängigkeitsproblematik (Ausnahme: Nikotinabhängigkeit)

Zielsetzung

- Bewältigung von Stressoren durch verbessertes Coping auf der personalen und interpersonalen Ebene;
- Reduzierung des stressbedingten Alkoholkonsums

Prävention

Reduzierung des Alkoholkonsums

Inhalte

Bewältigung von Problemen im beruflichen Alltag, insbesondere

- Reduzierung von übersteigerten Kontrollambitionen
- Reduzierung von Ärger als Folge beruflicher Belastungen
- Problematisierung des Alkoholkonsums als Mittel der Stressreduzierung
- Einführung und Vertiefung in die PMR

Methodik

kognitive Verhaltensmodifikation, Kompetenztraining, progressive Muskelentspannung, Kombination des betrieblichen Interventionsprogramms von Siegrist & Silberhorn (1998) mit dem Gruppenprogramm von Schelp et al. (1997) zur Stressreduzierung bzw. Reduzierung des Alkoholkonsums

Setting

Gruppentraining für 8 - 10 Personen mit 12 Sitzungen à 1 ½ Std.

Prävention für erwachsene Einzelpersonen in stationären Settings

„TK-Gesundheitswoche“

Dr. Gabriele E. Dlugosch & Dr. Winfried Krieger
Forschungsgruppe Gesundheit im Zentrum für empirische pädagogische Forschung (Zepf), Universität Koblenz-Landau, Friedrich-Ebert-Straße 12, 76829 Landau, Fon 06341 / 906-261, Fax: 06341 / 906-200, e-mail: Dlugosch@zepf.uni-landau.de

Zielgruppe

„gesunde“ Erwachsene

Zielsetzung

- Gesundheitsförderung durch positive Veränderungen in den Bereichen: Ernährung, Bewegung, Kommunikation und Stressbewältigung
- präventiv: Reduktion von Risikofaktoren & Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils

Inhalte

Informationen über gesunde Ernährung, Bewegung, Kommunikation, Stressbewältigung werden

unter Berücksichtigung psychologischer Faktoren (Funktionen des Risikoverhaltens etc.) vermittelt, Änderungsmotivationen werden geschaffen, die Umsetzung erster Änderungsschritte wird unterstützt.

Ergänzend finden Praxisveranstaltungen in drei Bereichen statt: gemeinsames Kochen, Bewegungseinheiten, Entspannungsübungen

Medizinische Check-ups und vertiefende Einzelberatungen werden angeboten.

Setting

7-Tages-Seminar im stationären Gruppen-Setting mit 7 - 14 Teilnehmern

Seminarangebot für pflegende Angehörige „Pflegen und sich pflegen lassen“

Dr. Winfried Krieger

Organisationsberatung Dr. Krieger im Zentrum für empirische pädagogische Forschung (Zepf), Universität Koblenz-Landau, Friedrich-Ebert-Straße 12, 76829 Landau, Fon: 06341 / 906-261, Fax: 06341 / 906-200, e-mail: Dlugosch@zepf.uni-landau.de

Zielgruppe

Pflegende Angehörige

Zielsetzung

Aktive Bearbeitung der psychosozialen Lebenssituation (Stressbewältigung)

Prävention

Verminderung der körperlichen und psychischen Belastung durch die Pflegesituation

Inhalte

Vermittlung von Pflorgetechniken, Bearbeitung der psychosozialen Lebenssituation durch vorgegebene Seminarinhalte, z.B. Seminareinheit „Die eigene Pflegebeziehung“

Setting

- 14-tägiges stationäres Gruppen-Setting (Rehabilitationsklinik/Hotel)
- Tagesseminare mit 9 - 14 Teilnehmern,
- zusätzlich Einzelberatungen

„Aktiv Gesundheit fördern“ – Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)

Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, Eysseneckstraße 55, 60322 Frankfurt am Main, Tel.: 069 / 1522-347, Fax: 069 / 1522-259,

Zielgruppe

Personen und Berufsgruppen, die an der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation beteiligt und interessiert sind.

Zielsetzung

- Motivation der Rehabilitanden zu einer gesunden Lebensführung und zur Verhaltensänderung,
- Reflexion über Ziele und Verlauf der Rehabilitation

Inhalte

Neben einem Einführungstext zu den Grundlagen der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation enthält das Programmpaket insgesamt fünf Seminareinheiten zu folgenden Themen:

- Seminareinheit: Schutzfaktoren: Was hält uns gesund?“
 - Vertiefung: Soziale Unterstützung: Rückhalt bei anderen Menschen finden
- Seminareinheit: Essen und Trinken
 - Vertiefung: Gewichtsabnahme
 - Vertiefung: Figurprobleme
- Seminareinheit: Bewegung und körperliches Training
- Seminareinheit: Stress und Stressbewältigung
- Seminareinheit: Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Sucht

Das Programm ist ein indikationsübergreifendes Gruppenprogramm zur Ausgestaltung der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation. Es bietet einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand und die wissenschaftliche Diskussion zu den jeweiligen Themenbereichen (z.B. psychologische Schutzfaktoren; Ernährung etc.); es umfasst Vorschläge zur konkreten inhaltlichen Gestaltung von Seminarstunden im Rahmen der Gesundheitsbildung einschließlich didaktischer Hilfen zur

Umsetzung einer teilnehmerorientierten Arbeitsweise.

Setting

Eine Seminareinheit für 15 Teilnehmer besteht aus einer Sitzung mit mind. 60 Minuten Dauer.

Schmerz- und Krankheitsbewältigung

Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen – Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie

Prof. Dr. Heinz-Dieter Basler & Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig

Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Bunsenstr. 3, 35037 Marburg, Fon: 06421 / 286-6250, Fax: 06421 / 286-4881, e-mail: basler@mailers.uni-marburg.de

Zielgruppe

Patienten mit chronischen Kopf- bzw. Rückenschmerzen

Zielsetzung

Schmerzbewältigung

Prävention

Umkehr des Prozesses der Chronifizierung

Inhalte

Eduktion, Relaxation, Förderung euthymen Erlebens, kognitive Umstrukturierung, Förderung körperlicher Aktivität und aufrechter Haltung

Methodik

kognitiv-behaviorales Therapieprogramm mit standardisierten Vorgaben

Setting

Gruppentraining mit 12 Sitzungen a 2 Std.

Kopf- und Rückenschmerz - ein psychologisches Behandlungsprogramm

Prof. Dr. Heinz-Dieter Basler, B. Beisenherz, A. Frank, M. Gessler, Dr. Gert Kaluza, & C. Zimmer

Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum

der Philipps-Universität Marburg, Bunsenstr. 3, 35037 Marburg, Fon: 06421 / 286-6250, Fax: 06421 / 286-4881, e-mail: basler@mailers.uni-marburg.de

Zielgruppe

Patienten mit Kopf- und Rückenschmerzen

Zielsetzung

Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit den Schmerzen

Prävention

Verhinderung der Chronifizierung des Schmerzes, Stressreduktion

Inhalte

Eduktion über Chronifizierungsmechanismen, Aktivierung zur Mitarbeit in der Therapie, Relaxation und Imagination, Förderung euthymen Erlebens

Methodik

kognitiv-behaviorale Methodik, Schwerpunkt Eduktion

Setting

Gruppentraining mit 10 - 12 Personen, 7 Sitzungen à 2 Stunden

Entspannungs- und Visualisierungstraining für Patienten mit chronischem Offen-Winkelglaukom

Dr. Gert Kaluza & Ilse Stempel

Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Bunsenstr. 3, 35037 Marburg, Fon: 06421 / 286-6250, Fax: 06421 / 286-4881, e-mail: kaluza@mailers.uni-marburg.de

Zielgruppe

Patienten mit einem chronischen Offen-Winkelglaukom

Zielsetzung

Senkung des Augeninnendruckes, Unterstützung der Krankheitsbewältigung (z.B. „Stressbewältigung“)

Prävention für

belastungskorrelierte intraokuläre Drucksteigerungen und von glaukomatösen Schäden des Auges

(z.B. Verminderung des Risikofaktors ‚Stress‘)

Inhalte

Grundkurs zur Vermittlung der Grundstufe Autogenen Trainings, Aufbaukurs zur Vermittlung von speziellen Übungen zur Augenentspannung und Visualisierungsübungen zur Regulierung des Augeninnendruckes

Methodik

edukatives, übungsorientiertes Gruppenprogramm

Setting

- Gruppentraining für 8 - 12 Personen mit
 - Grundkurs zur Grundstufe des Autogenen Trainings mit 8 wöchentlichen Sitzungen und
 - Aufbaukurs für Augenentspannungs- und Visualisierungsübungen mit 8 wöchentlichen Sitzungen
- auch Einzeltraining möglich

„Kompetenter beistehen“: Umgehen mit Sterbenden und ihren Angehörigen

Oliver Krauß & Prof. Dr. Harry Schröder

Institut für Angewandte Psychologie – Lehrstuhl Klinische und Gesundheitspsychologie, Universität

Leipzig, Seeburgstr. 14 - 20, 04109 Leipzig, Tel. 0341 / 97-35930, Fax 0341 / 97-35939, e-mail: HSchr@uni-leipzig.de, URL: www.uni-leipzig.de/~gespsych/death.html

Zielgruppe

Krankenpflegepersonal und psychosoziale Berufe

Zielsetzung

Aus- und Fortbildung zur Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen, mehr Vertrautheit in der Betreuung Sterbender, Befähigung zum patientenzentrierteren Umgang

Inhalte

Selbsterfahrung sowie Vermittlung und Einübung hilfreichen Verhaltens

Methodik

Lehr- und Selbsterfahrungsprogramm, Themenzentrierte Interaktion

Setting

1Gruppenseminar für 7 - 14 Teilnehmer mit 12 Sitzungen à 3 Std. (4 Unterrichtseinheiten à 45 Min.)

Society for Community Research and Action

AnsprachpartnerInnen für Gemeindepsychologie weltweit

USA - Nordosten

Olga Acosta, email: olgaacosta@juno.com

Steven Godin, email: sgodin@po-box.esu.edu

Sheryl Robinson Civjan, email:
sheryl.civjan@juno.com

USA - Südosten

Gretchen B. LeFever, email: glefever@chkd.com

Jennifer L. Woolard, email:
jwoolard@crim.ufl.edu

Sarah Cook, email: psyslc@panther.gsu.edu

USA - Rocky Mountain/Südwesten

Susan M. Wolfe, email: smwolfe913@aol.com

Richard N. Roberts, email: richr@cpd2.usu.edu

Tim Ayers, email: tim.ayers@asu.edu

USA - Mittlerer Westen

Lorna London, email: llondon@luc.edu

Rhonda K. Lewis, email: rklewis@twsu.edu

Susan McMahan, email:
smcmahan@wppostdepaul.edu

USA - Westen

Eric Mankowski, email: cbem@pdx.edu

Mary Prieto-Bayard, email: Bayard@ulv.edu

Maria Chun, email: mchun81425@aol.com

Asien, Mittlerer Osten, Afrika

Toshiaki Sasao, email: sasao@icu.ac.jp

Arvin Bhana, email: abhana@pixie.udw.ac.za

Lateinamerika

M. Loreto Martinez, email: Igm5@psu.edu

Lidia Natalia Dobrianskyji Weber, email:

lidiaw@uol.com.br

Europa

David Fryer, email: d.m.fryer@stir.ac.uk

Donata Francescato, email: 0938@mclink.it

Australien, Neuseeland

Ingrid Huygens, email: workwise@ak.planet

Christopher Sonn, email: c.sonn@cowan.edu.au

Arthur Venio

Aus dem BDP

Deutsche Psychologen Akademie (Fortbildungen)

Fortbildung zur Prävention bei Krankenkassen

Um Kurse zur primären Prävention bei den Krankenkassen durchführen zu können, bietet die Akademie Qualifizierungsmassnahmen an. Neben der Kursleiter-Schulung in Stressbewältigung wurde eine Veranstaltung zur Suchtprävention in das Akademie-Programm aufgenommen.

Suchtprävention: Primärprävention, Rückfallprophylaxe und Settingansätze

Prof. Dr. Matthias Jerusalem, Dipl.-Psych. 23.-25.11., Berlin

Psychologische Gesundheitsförderung durch Stressbewältigung – Kursleiter-Schulung

Josef Schmitz, Dipl.-Psych. 29.11. – 02.12., Marburg

***Fortbildungscurriculum
Gesundheitsförderung***

Psychologische

Im Rahmen des Fortbildungscurriculums Psychologische Gesundheitsförderung werden ab Oktober 2001 einige Grundlagenmodule angeboten, die zum Pflichtprogramm des Curriculums gehören.

Gesundheitspsychologische Grundlagen der Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Matthias Jerusalem, Dipl.-Psych., 09.-11.11., Berlin

Helping people change – Theorie und Praxis der motivierenden Gesprächsführung

Priv.Do. Dr. Gert Kaluza, Dipl.-Psych., Dr. Stefan Keller, Dipl.-Psych. 22.-23.02.2002, Marburg

Tools und Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation

Prof. Dr. Matthias Jerusalem, Dipl.-Psych. /Dr. Waldemar Mittag, Dipl.-Psych. 19.-20.10., Berlin

Weiterbildungsstudium

„Beratung in psychosozialen Tätigkeitsfeldern und Organisationen“

(Schwerpunkt: Psychosoziale Beratung)

Im Zentrum steht die Vermittlung von Fachkompetenzen, die es BeraterInnen ermöglichen, Menschen in schwierigen Lebenslagen oder in bedrohlichen Krisensituationen, bei Orientierungsschwierigkeiten und bei Verunsicherungen in ihrem Alltag angemessene Unterstützung zu geben. Damit zielt unser Weiterbildungsstudium „Beratung“ auf eine bisherige Lücke zwischen den üblichen therapeutisch-orientierten Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen und den Sozialmanagementqualifizierungen.

Das Weiterbildungsstudium wurde in Pilotlehrgängen mit TeilnehmerInnen aus den unterschiedlichsten Berufsfeldern erfolgreich erprobt; es wird kontinuierlich wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Es richtet sich an AkademikerInnen, für die Beratung – von Einzelnen, Gruppen oder Institutionen - zum beruflichen Alltag gehört.

In Präsenzveranstaltungen, im Selbststudium und in der Arbeitsgruppenarbeit in regionalen Kleingruppen auf der Basis der Fernstudienmaterialien der FernUniversität in Hagen beschäftigen sich die TeilnehmerInnen über einen Zeitraum von zwei Jahren (vier Semestern) mit

- den Grundlagen und Methoden der Beratung,
- der Gestaltung des Beratungsprozesses,
- den Methoden des Konfliktmanagements und der Krisenintervention,
- den gruppendynamischen Prozessen und der Arbeit mit Gruppen,
- der sozialen Einbindung von Menschen und ihren lebensweltlichen Rahmenbedingungen,
- der Organisationsberatung und dem Organisationsmanagement,
- den Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention,
- den Methoden der gemeinwesen- und sozialraumbezogenen Arbeit,
- der Interkulturalität und interkulturellen Aspekten sowie mit
- geschlechtsbezogenen und ethischen Aspekten in der Beratungstätigkeit.

Studienorte des Weiterbildungsstudiengangs „Beratung in psychosozialen Tätigkeitsfeldern und Organisationen“ sind **Hagen, Paderborn** und **Stuttgart**.

Die Informationsbroschüre unseres Weiterbildungsstudiums erhalten Sie im **Referat für Aus- und Weiterbildung der DGVT- Geschäftsstelle in Tübingen, Neckarhalde 55, 72070 Tübingen, 07071- 94 34 44 (www.dgvt.de, e-mail: dgvt@dgvt.de)** oder im

Kurt Lewin Institut für Psychologie der FernUniversität Hagen, Postfach 940, 58084 Hagen, kli@fernuni-hagen.de

AUS DER POLITIK

Krankenkassen fördern Qualität in der Prävention:

Verbindlicher Leitfaden für Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung weiterentwickelt

Gemeinsame Presseerklärung von AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., vom 2. Juli 2001

Nach wie vor spielen Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung eine untergeordnete Rolle in der Gesundheitspolitik. Mittelfristig sind auf diesem Feld jedoch erhebliche Reserven zur positiven Umgestaltung des Gesundheitswesens enthalten. Um gezielt und qualitätsgesichert zu Erfolgen zu kommen und die vielfältigen Maßnahmen nicht einem fehlsteuernden Wettbewerb zu überlassen, haben die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung unter Beteiligung unabhängigen Sachverständigen den für alle Krankenkassen verbindlichen Präventionsleitfaden, der seit einem Jahr in Kraft ist, überarbeitet und verabschiedet.

In ihm sind die zulässigen Leistungen der Krankenkassen in der allgemeinen Krankheitsvorbeugung (Primärprävention) und der betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben. Erklärtes Ziel ist es, mit den Finanzmitteln der solidarischen Krankenversicherung ausschließlich solche Maßnahmen zu finanzieren, die wirksam, qualitativ hochwertig und in wirtschaftlicher Weise den primärpräventiven Bedarf abdecken.

Dabei geht es um ein gezieltes Zurückdrängen von schwerwiegenden Krankheiten, wie Krebs und Herzinfarkt, aber auch um die vorbeugende Bekämpfung sehr verbreiteter und kostspieliger Leiden, wie z. B. Rückenschmerzen oder schäd-











licher Tabak- und Alkoholkonsum.

Die jetzt verabschiedete Überarbeitung des Leitfadens bildet den Einstieg in ein umfassendes Qualitätsmanagement der Leistungen zur Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. In einem ersten Schritt werden die Anforderungen an die Qualität der Anbieter nach einheitlichen Gesichtspunkten neu gestaltet: Anbieter von Präventionsleistungen haben grundsätzlich einen staatlich anerkannten Ausbildungsabschluss und eine dazu passende Zusatzqualifikation (z. B. Rückenschullehrerlizenz) nachzuweisen, bevor die von ihnen erbrachten Leistungen von der Krankenkasse gefördert werden können. Bei der Auswahl geeigneter Anbieter empfehlen die Spitzenverbände, vorrangig solche Kräfte zu berücksichtigen, die Erfahrungen in der Arbeit mit sozial Benachteiligten aufweisen, um Personen mit sozial bedingt höheren Gesundheitsrisiken besser zu erreichen.

Die Anbieter sind verpflichtet, die Übereinstimmung ihrer Leistungen mit den Kriterien des Leitfadens vorab nachzuweisen. Zudem ist vorgesehen, ab dem kommenden Jahr alle Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zu dokumentieren und zu einem gemeinsamen Bericht aller Kassenarten zusammenzuführen. Hiervon versprechen sich die Spitzenverbände Erkenntnisse für die bedarfs- und qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Leitfadens und der auf seiner Grundlage angebotenen Maßnahmen.

Der gesamte Leitfaden kann unter http://www.g-k-v.com/download/leitfaden27-06-01_.doc aus dem Internet heruntergeladen werden


NEUES AUS DEM INTERNET


-  **www.oengs.at**
Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen
-  **www.casel.org**
CASEL's mission is to establish research-based social and emotional learning (SEL) as an essential part of education from preschool to high school. Our goals are to:
- advance the science of SEL
 - translate scientific knowledge into effective school practice
 - disseminate information about scientifically sound SEL educational strategies
 - enhance training so that educators effectively implement SEL programs
 - network/collaborate with others internationally to increase coordination of school- based prevention efforts
- (school-based prevention, school-family-community partnerships to enhance children's social and emotion development, health education, drug and violence prevention, character education, social competence promotion, positive youth development, etc.)
-  **www.gwumc.edu/sphhs/news.htm**
The George Washington University School of Public Health and Health Services will convene a week-long series of conferences tackling some of the most pressing issues in public health.
-  **<http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/healstat.htm>**
EU-Bericht Jugend und Gesundheit:
-  **www.prevention.psu.edu**
Penn State Prevention Research Center
-  **www.preventionresearch.org/dc2001.html**
Society for Prevention Research Annual Meeting 2001. „Realizing Effective Prevention Policy and Practice Through Science” Washington, DC May 31-June 2, 2001
-  **www.preventionresearch.org**
Society for Prevention Research
-  **www.charity.demon.co.uk/home.htm**
The European Centre for Mental Health Promotion (Clifford Beers Foundation)
-  **www.stakes.fi/mentalhealth/MentalEU.html**
Mental Health in EU
-  **<http://sac.uky.edu/~snova0/ECPN.html>**
The Early Career Preventionists Network (ECPN) is composed by a diverse group of masters level preventionists, pre-doctoral candidates, post-doctoral fellows, assistant professors and research associates as well as practitioners, educators, administrators who have been in the prevention field for a few years. This network is dedicated to developing, coordinating and promoting collaborations among a diverse professional community of prevention researchers, practitioners, and advocates across the world. It is a free network based mainly on web activities where:
Members are listed and names are indexed by interests so it helps you to communicate/collaborate with each other
A listserve informs on job opening positions in different topic areas and countries. You can post


your own research questions or requests for information and have daily on-line contact with different experts in the world. Members can get engaged in different activities like cross-cutting interest groups and action oriented task forces (via email, chat rooms, conference calls)

Members' training needs are assessed and addressed through different means (web-page, chat rooms, short summer courses and workshops, etc.)

A variety of senior preventionists provide ECPN with regular input and mentoring. Information is also posted on funding possibilities, conferences, and collaboration needs and much more

 **http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MPS_00.2.pdf**
Mental health and work: ein neuer WHO-Bericht (2000)

 **www.cdc.gov/safeusa**
In response to the significant public health issue of youth violence, the Centers for Disease Control (CDC) now offers „Best Practices of Youth Violence Prevention. A Sourcebook for Community Action.“ The sourcebook presents the best-known strategies for reducing youth violence, garnered from individuals working field.

 **www.gesundheit-psychologie.de/gus-bdp/gesundheitspsychologie/massnahmen1.start.htm**
Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation in der BRD



NEUE BÜCHER

- ☞ **Beck, C. J. A. & Sales, B. D. (2001).** *Family Mediation: Facts, Myths, and Future Prospects.* APA.
- ☞ **Belenky, M. F., Bond, L. A. & Weinstock, J. S. (1997).** *Developing Voice to Build Community: A Review of A Tradition That Has No Name: Nurturing the Development of People, Families and Communities.* New York: Basic Books.
- ☞ **Brandenburg, U. N. P. & Susen, B. (Hrsg.). (2000).** *Gesundheitsmanagement im Unternehmen.* Weinheim: Juventa.
- ☞ **Cierpka, M. (Hrsg.). (2001).** *Faustlos. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3.* Göttingen: Hogrefe.
- ☞ **Cicchetti, D., Rappaport, J. & Sandler, I. (2000).** *The Promotion of Wellness in Children and Adolescents.* New York: CWLA Press.
- ☞ **Dalton, J., Elias, M. & Wandersman, A. (2000).** *Community Psychology.* New York: Wadsworth.
- ☞ **Dross, M. (2001).** *Krisenintervention.* Göttingen: Hogrefe.
- ☞ **Exner-Freisfeld, H. (1999).** *Soziale Absicherung bei HIV und AIDS. Sozialmedizinische und –rechtliche Aspekte der Versorgung.* Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- ☞ **Field, M., Bond, L. A. & Weinstock, J. S. (1997).** *Developing Voice to Build Community: A Review of A Tradition That Has No Name: Nurturing the Development of People, Families, and Communities.* New York: Basic Books.
- ☞ **Helmert, U., Bamman, K., Voges, W. & Müller, R. (2000).** *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland.* Weinheim: Juventa.
- ☞ **Kolip, P. (Hrsg.). (1999).** *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter.* Weinheim: Juventa.
- ☞ **Kühner, C. & Weber, I. (2001).** *Depressionen vorbeugen. Ein Gruppenprogramm nach R.F. Munoz.* Göttingen: Hogrefe.
- ☞ **Manz, R. (Hrsg.) (im Druck).** *Prävention und Gesundheitsförderung.* Band 3. Tübingen: DGVT.
- ☞ **O'Donnell & Ferrari, J. R. (Eds.). (2000).** *Employment in Community Psychology : The Diversity of Opportunity.* New York: Haworth.
- ☞ **Pelikan, J. M. & Wolff, S. (Hrsg.). (1999).** *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation.* Weinheim: Juventa.
- ☞ **Roberts, R. (Eds.). (2000).** *Crisis Intervention Handbook : Assessment, Treatment, and Research.* Oxford: Oxford University Press.
- ☞ **Röhrle, B. (Hrsg.) (im Druck).** *Prävention und Gesundheitsförderung.* Band 2. Tübingen: DGVT.
- ☞ **Sarason, B. R. (2000).** *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology.* New York: Wiley.
- ☞ **Schnabel, P. E. (2000).** *Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der gesundheitsförderung.* Weinheim: Juventa.
- ☞ **Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C. & Krämer, A. (2000).** *Gesundheitsförder-*

de Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim: Juventa.

📖 **Sting, S. & Zurhorst, G. (2000).** *Gesundheit und Soziale Arbeit.* Weinheim: Juventa.

📖 **Trojan, A. & Legewie, H. (Hrsg.). (2001).** *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen.* Frank-

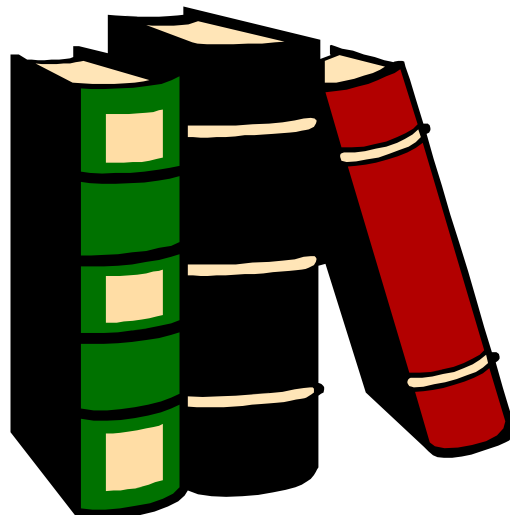
furt: Verlag für Akademische Schriften.

📖 **Wydler, H., Kolip, P. & Abel, T. (2000).** *Salutogenese und Kohärenzgefühl.* Weinheim: Juventa

📖 **Selbsthilfegruppenjahrbuch 2001.** Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Friedrichstr. 28, 35392 Gießen
Kostenlos – gerne gegen Spende – zu bestellen bei o.g. Adresse.

NEUE ZEITSCHRIFTEN

📖 **Der Mensch als biopsychosoziale Einheit.** Das Editorial der Zeitschrift für Salutogenese ist unter www.salutogenese.net einzusehen.



ABSTRACTS AUS GEMEINDEPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTEN ZEITSCHRIFTEN

Journal of primary prevention

Galano, J., Credle, W., Perry, D., Berg, S. W., Huntington, L., Stief, E. (2001). Developing and sustaining a successful community prevention initiative: The Hampton Healthy Families Partnership. *Journal of Primary Prevention, 21(4), 495-509.*

Discusses the creation and implementation of the Healthy Families community-based prevention initiative for families with children residing in Hampton, Virginia. The Healthy Families Program was planned in a time of an increasing demand for family services and decreasing resources. Key components in the planning process were the outcome-based mission statement, a partnership investor model, a focus on prevention, and an emphasis on investing in parents. The program includes both a targeted intervention for at-risk families, and a set of comprehensive parent education and support services for all families. In 1997, following initial program successes, the program was expanded to a full community initiative.

Westhues, A., Clarke, L., Watton, J., St-Claire-Smith, S. (2001). Building positive relationships: An evaluation of process and outcomes in a Big Sister program. *Journal of Primary Prevention, 21(4), 477-493.*

Examined the effects of the Building Positive Relationships program for girls. 31 Little Sisters in 3rd grade through high school in a 1-to-1 mentoring relationship with Big Sisters completed an intervention consisting of weekly 1-1.5 hr sessions during a 6-8 wk period. The authors examined variables included self-esteem, empathy, positive peer and family relationships, and problem solving and self-advocacy skills. Results show that significant positive changes occurred in self-esteem levels in intervention Ss compared to controls in mentoring relationships but not enrolled in the intervention. This increase was maintained at followup. Declining communication levels reported by controls during the period did not occur with intervention Ss. Ss rated the intervention positively.

Godenzi, A., De-Puy, J. (2001). Overcoming boundaries: A cross-cultural inventory of primary prevention programs against wife abuse and child abuse. *Journal of Primary Prevention, 21(4), 455-475.*

Reviews 138 programs operating in the US, Canada, and France in 1997 and addressing violence against females and children. Specific risk-prevention approaches used by the examined programs included sensitization campaigns for the general public, prevention strategies by professionals likely to intervene in crisis situations, and school programs. Enlarged protection approaches included family, couple, and school programs focusing on protective factors against risk situations. Programs addressed the levels of the individual, the couple, the family, the institution, the community, and society. The vast majority of interventions have been developed in the English-speaking North American context. In all examined countries there are few macrosocial programs.

Honig, A. S., Morin, C. (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *Journal of Primary Prevention, 21(4), 447-454.*

Examined the effects of a prenatal intervention for preventing child abuse and neglect. 204 low-education adolescent mothers (aged 13-21 yrs at birth of 1st child) enrolled in an 18-27 mo home visitation intervention program before or after the birth of their 1st child. Ss were classified as low-risk, high-risk intervention graduates, or high-risk drop-outs. Results show that acceptance of high-risk mothers into the program prior to the infant's birth exerted a significant effect in preventing later child abuse and neglect. Child abuse and neglect rates and subsequent parity rates were not different between high-risk intervention graduates and low-risk Ss. Child abuse and neglect rates for both these groups differed significantly from rates of those dropping out of the intervention. Program

costs were significantly lower than county foster care costs for children placed because of child abuse. It is concluded that a prenatal initiation program for high-risk pregnant adolescents may provide a cost-effective boost for family mental health and prevent child abuse and neglect by at-risk families.

Zins, J.E. (2001). Examining opportunities and challenges for school-based prevention and promotion: Social and emotional learning as an exemplar. *Journal of Primary Prevention, 21(4), 441-446.*

Discusses barriers and opportunities concerning social and emotional learning (SEL) programs in schools. SEL refers to the knowledge and skills that children acquire through social and emotional-related education, instruction, activities, or promotion efforts that help them recognize and manage emotion, engage in responsible decision making, and establish positive relationships. Barriers to prevention and promotion program development include: (1) increasing the number of schools employing such curricula; (2) leadership issues in initiating and directing SEL efforts; (3) the emphasis of the Individuals with Disabilities Education Act on remediation rather than prevention and promotion services; and (4) inadequate literature concerning SEL program implementation processes. SEL must become a part of the foundation for and integrated into all teacher education classes. All preservice teachers should complete coursework in SEL skills, and SEL field placements should be available. Skillfully implementing, monitoring, and evaluating well-designed SEL programs will increase the likelihood that these efforts will become institutionalized.

Resnicow, K., Braithwaite, R., Dilorio, C., Vaughan, R., Cohen, M. I., Uhl, G. A. (2001). Preventing substance use in high risk youth: Evaluation challenges and solutions. *Journal of Primary Prevention, 21(3), 399- 415.*

Discusses the research challenges for program evaluators posed by programs to prevent substance use among high risk youth, focusing on feasibility, measurement and methodologic issues. Feasibility issues include participant recruitment and retention, identifying high risk youth, and obtaining a control/comparison group. Measurement issues include social desirability bias and instrument reliability; while methodologic considerations

include attrition (selective and differential), inadequate implementation and variable dose, low statistical power, contamination of comparison groups, and low literacy skills of Ss. For each of these challenges specific solutions are offered for researchers and practitioners. In general the solutions relate to 3 themes: (1) incorporation of evaluation early into program design, (2) development of a strong partnership with program staff, and (3) the need for flexibility. Also addressed are the need to acknowledge possible bias toward documenting positive outcomes as well as the need to customize evaluation designs for different settings and populations.

St-Pierre, T. L. (2001). Strategies for community/school collaborations to prevent youth substance abuse. *Journal of Primary Prevention, 21(3), 381-398.*

Describes challenges and workable strategies reported by a diverse group of 11 community-based organizations for developing and maintaining collaborative relationships with schools to plan and implement unified approaches to prevent youth substance abuse. Strategies recommended by community-based organizations for effective collaborations with schools are described within 4 categories: (1) establishing the collaboration; (2) maintaining cooperation with schools during program implementation; (3) addressing cultural issues; and (4) institutionalizing the collaborative programs. The need to tailor community prevention efforts to the specific context of each community is emphasized.

Johnson, C. H., Vicary, J. R., Heist, C. L., Corneal, D. A. (2001). Moderate alcohol and tobacco use during pregnancy and child behavior outcomes. *Journal of Primary Prevention, 21(3), 367-379.*

Investigated the behavioral consequences for children of intrauterine exposure to low to moderate alcohol and tobacco use by their mothers. Results were based on interviews and mothers' (98 23-27 yr olds) self-reports of substance use during pregnancy and perceived problem behaviors in their children (ages infancy to 12 yrs). Results show that mothers who reported using alcohol and/or tobacco while pregnant have children whom they report as having higher levels of antisocial, undesirable and challenging behaviors than children of nonusing mothers. Undesirable behaviors included distracti-

bility, temper tantrums, low levels of persistence and short attention spans. Using mothers also reported lower levels of desirable behaviors, including being even-tempered, listening to parents, and persisting with a toy until successful. It is concluded that, while outcomes may also be attributable in part to other factors, the effects of alcohol and tobacco should be further explored to inform prevention efforts.

Kreiner, P., Soldz, S., Berger, M., Elliott, E., Reynes, J., Williams, C., Rodriguez-Howard, M. (2001). Social indicator-based measures of substance abuse consequences, risk, and protection at the town level. *Journal of Primary Prevention*, 21(3), 339-365.

Developed 3 sets of measures associated with relative town needs for substance abuse prevention services, and tested the power of the risk index to predict increases in substance abuse consequences and/or risk. The Massachusetts State Needs Assessment Project developed and assessed the social indicator-based measures of substance abuse consequences, risk, and protection. Structural equation models using longitudinal data from 351 Massachusetts municipalities show that higher levels of the risk index were associated with subsequent increases in the index of substance abuse consequences, when autocorrelation and reciprocal and contemporaneous associations of these indexes were controlled. Similar models indicated that: (1) higher levels of the diversity of nonprofit, community-based organizational activities were associated with subsequent declines in the risk index; and (2) an increase in the diversity of these activities for 2 successive yrs was also associated with subsequent declines in the risk index. Theoretical and planning implications are discussed.

Turner, W. L. (2000). Cultural considerations in family-based primary prevention programs in drug abuse. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 285-303.

This article discusses some of the etiological and methodological issues associated with planning, conducting, and disseminating family-based drug abuse prevention programs with ethnic minorities. Many prevention researchers who work with ethnic minority families have been proponents of programs that promote the development of family strengths. However, only recently have researchers begun to adapt their programs to be culturally

sensitive and appropriate. Several recommendations are provided in this paper to assist in the development and adaptation of family programs for ethnic minority populations including African American, Latino, and Asian/Pacific Islander families.

Spoth, R., Redmond, C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 267-284.

Reviews research on family engagement in preventive interventions. Although there has been limited investigation of family engagement in preventive interventions for general populations, the research has yielded several preliminary findings that warrant further study. Notably, families in eligible general populations can differ to a significant degree in intervention preferences and beliefs that influence their motivation to engage in interventions or in intervention evaluations. Also, a number of stable family member characteristics, such as internalizing/externalizing problems, have not been predictive of family engagement. Educational attainment has been predictive, but the differences between participants and non-participants have tended to be small. In addition, there are several common barriers to engagement, including family scheduling conflicts, that place practical limits on participation levels and need to be carefully addressed through engagement techniques. Collectively, findings from the literature suggest directions for the development of effective engagement strategies; also, they underscore the value of family engagement research in science-based prevention practices.

Lochman, J. E. (2000). Parent and family skills training in targeted prevention programs for at-risk youth. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 253-265.

The first part of this paper provides an overview for targeted preventive interventions using parent and family skills training with high-risk children. The typical format and goals of these programs are presented. Empirically examined parent training programs have either been delivered to the parents alone, to the parents and children in separate group meetings, or to the parents and children together in sessions for at least part of the time. An overview of findings from research on these programs indi-

cates that these programs have consistent and replicated effects on children's behavior, on parents' improved use of effective discipline strategies, and on improved family functioning. The second major part of this paper describes gaps in existing research knowledge and the barriers involved in the implementation of empirically-supported programs. Finally, the paper provides a series of recommendations for future research, knowledge development and policy development.

Gordon, D. A. (2000). Parent training via CD-ROM: Using technology to disseminate effective prevention practices. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 227-251.

The purpose of this paper is to describe how technology can reduce barriers to dissemination and use of parent and family interventions. This technology consists of highly interactive, video-based CD-ROMs and interactive videodisk programming. The author describes, beginning with the literature on interactive videodisk instruction, the development and research on a parent training CD-ROM, which integrates interactive videodisk methodology with videotaped modeling of parenting skills. The CD-ROM program is self-administered, highly interactive, and brief, requiring no trained staff for its delivery. Users receive feedback about their choices from the computer, not a person, thus minimizing defensiveness. Controlled evaluations show improvements in knowledge and parenting skills and reductions in child behavior problems. Barriers to the technology's dissemination, particularly among mental health professionals, are discussed. Gaps in the research knowledge on this technology are also presented. Finally, the author presents steps for overcoming barriers to widespread dissemination.

Biglan, A., Taylor, T. K. (2000). Increasing the use of science to improve child-rearing. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 207-226.

The prevention of problems of human behavior will be facilitated if scientific findings and methods become an integral part of policy making and program adoption. The present paper provides a conceptual framework for research on this problem, using the dissemination of empirically-supported preventive programs for youth as an example. As empirically-supported preventive practices are identified, analyses are needed of what organizations might adopt each practice and the factors

influencing such adoptions. Ultimately, experimental studies that manipulate presumed influences on practice adoption and maintenance will be needed.

Alexander, J. F., Robbins, M. S., Sexton, T. L. (2000). Family-based interventions with older, at-risk youth: From promise to proof to practice. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 185-205.

Reviews a group of family-based interventions, which have received strong empirical support, with respect to intervention with older and more seriously at-risk youth. With such family-focused interventions it is not uncommon for the risk factors experienced by youth who already express clear behavioral problems to exist also for their siblings who may not yet show any of the negative behavior patterns, but nonetheless may be at high risk. Thus, a „treatment“ program that effectively changes the ongoing maladaptive family processes surrounding the already dysfunctional youth will at the same time be changing the risk factors for the siblings who are not yet behaving problematically. As such, the program will simultaneously represent a treatment and a primary prevention program.

Ross, M. K. (2000). Primary prevention in mental health: A Scottish perspective. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 155-157.

Discusses the status of primary prevention in mental health in Scotland. Primary prevention in mental health is in its infancy in Scotland. Within the National Health Service and in spite of recent strategic impetus from central government, the field remains significantly under-resourced and underfunded. Initiatives across the country are small-scale, lack coordination and exist in the absence of research infrastructure. Suggestions for incorporating primary prevention perspectives in mental health are presented.

Fryer, D. (2000). The future of primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 137-140.

Discusses the future of primary mental health prevention and the role of primary prevention in addressing the global increase of mental health problems and deteriorating social conditions. The author argues that primary prevention will take place at multiple levels but socio-cultural, economic and political levels will be regarded as most important, because effective prevention there will be most far

reaching in its effects.

Caplan, G., Caplan, R. B. (2000). The future of primary prevention. *Journal of Primary Prevention, 21(2), 131-136.*

Discusses a model program of primary prevention for mental disorders and presents key concepts that are likely to be generally acceptable as the basis for organizing programs of primary prevention of psychosocial disorders. Concepts presented include the definition of primary prevention, crisis theory, support systems, and a focus on high-risk populations and involvement of key community partners.

Chamberland, C., Dallaire, N., Hebert, J., Frechette, L., Lindsay, J., Cameron, S. (2000). Are ecological and social models influencing prevention practices? An overview of the state of affairs in Quebec for child, youth and family intervention. *Journal of Primary Prevention, 21(1), 101-125.*

Profiled a range of promotion and prevention projects implemented in various regions of Quebec, Canada, that directly or indirectly target 0-18 yr olds and their families. The authors analyzed data gathered via telephone interviews focused on targets for action, activities, strategies, links between organizations, and types of funding. Institutional and community projects and projects targeted at living conditions showed different profiles with regard to the following problems addressed: prenatal care, children and youth, families, social support, living conditions, social values, and promotion of well-being. Intervention strategies used were not aimed solely at modifying characteristics of the targeted population; some projects also tried to change living environments.

Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., Solomon, D., Lewis, C. (2000). Effects of the Child Development Project on students' drug use and other problem behaviors. *Journal of Primary Prevention, 21(1), 75-99.*

Evaluated the Child Development Project, a comprehensive school reform program that helps elementary schools to develop environments characterized by supportive interpersonal relationships, shared goals, responsiveness to students' developmental and sociocultural needs, and emphasis on prosocial values and commitment to learning. The program includes classroom, schoolwide, and family involvement activities that are expected to

foster students' positive development and resilience to risk. Following baseline assessments, the program was introduced in 12 schools from 6 school districts across the US over 3 yrs. 12 similar schools in the same districts served as a comparison group. Evaluation data indicate that when the program was implemented widely throughout a school, there were significant reductions in students' use of drugs and involvement in other problem behaviors.

Piper, D. L., Moberg, D. P., King, M. J. (2000). The Healthy for Life project: Behavioral outcomes. *Journal of Primary Prevention, 21(1), 47-73.*

The Healthy for Life health promotion program was designed to positively influence the health behaviors of middle school students in 5 related areas: alcohol use, tobacco use, marijuana use, nutrition, and sexuality. The in-school, social influences program was supplemented by parent and community components. 21 schools were assigned to 1 of 2 treatment conditions or a random control. 2,483 students were surveyed in Grade 6 and annually until Grade 10; 1,981 Ss provided data in both Grade 6 and Grade 9, with a drop in response rate in Grade 10. The program had minimal effect on the participating students relative to those in control schools. The intensive version of the program was more effective than an age-appropriate version, with small positive results on 4 measures (frequency of meals, perceptions of peer use, cigarettes smoked, marijuana smoked) and small negative effects for drinking alcohol.

Koizumi, R. (2000). Anchor points in transitions to a new school environment. *Journal of Primary Prevention, 20(3), 175-187.*

Presents a theoretical framework for designing and implementing prevention programs for students in school-related transitions (e.g., entering kindergarten, transition to high school), clarifies features and the importance of anchor points, explains the procedure of anchor points planting, and discusses the role of anchor points in positive adaptive transaction. Anchor points may be defined in an ecological and developmental perspective as an element of the person-in-environment system that facilitates transaction between the person and the environment. Anchor points can be information, knowledge, skills, family, friends, or other aids. Depending on context, anchor points can lead to adaptive

or maladaptive transaction. Teachers, administrators, and parents need to prepare a supportive environment for students who experience school-related environment transitions. The whole person-in-environment system needs to be considered, significant 1st-order and primary anchor points need to be searched out, and positive anchor points need to be planted in the system and systematically evaluated.

Dennison, S. (2000). A win-win peer mentoring and tutoring program: A collaborative model. *Journal of Primary Prevention, 20(3), 161-174.*

Presents a peer mentoring and tutoring project, the Big Buddies' Program of Forsyth County, North Carolina. Goals of the program included preventing school dropout, increasing youths' interest in

volunteerism, and expanding real-world learning experiences for undergraduate students in social work. Issues arising during the initial year of operation included program set-up, participant selection, schedule and location of buddy time, content of mentor-tutor training, program coordination, use of materials with plans, and program evaluation design. 25 3rd- and 4th-grade Little Buddies were paired with high-school 11th- and 12th-grade honors students. Results of a program evaluation show positive but not significant increases in self-esteem, attitudes toward school, and on-task classroom behaviors. 16 of the 25 children improved 1 grade level in the academic subject in which they received tutoring from their Big Buddies. Self-esteem and other-directedness increased with Big Buddies.

American Journal of Community Psychology

Coulton, C. J., Korbin, J., Chan, T., Su, M. (2001). Mapping residents' perceptions of neighborhood boundaries: A methodological note. *American Journal of Community Psychology, 29(2), 371-383.*

Neighborhood influences on children and youth are the subjects of increasing numbers of studies, but there is concern that these investigations may be biased, because they typically rely on census-based units as proxies for neighborhoods. This pilot study tested several methods of defining neighborhood units based on maps drawn by residents, and compared the results with census definitions of neighborhoods. When residents' maps were used to create neighborhood boundary definitions, the resulting units covered different space and produced different social indicator values than did census-defined units. Residents' agreement about their neighborhoods' boundaries differed among the neighborhoods studied. This pilot study suggests that discrepancies between researcher and resident-defined neighborhoods are a possible source of bias in studies of neighborhood effects.

Kalil, A., Born, C. E., Kunz, J., Caudill, P. J. (2001). Life stressors, social support, and depressive symptoms among first-time welfare recipients. *American Journal of Community Psychology, 29(2), 355-369.*

This paper examines the associations among stressful life events, social support, and depressive symptoms in a sample of 580 female first-time welfare recipients (average age 23.8 yrs). Self-reported number of depressive symptoms was greater than in corresponding community samples. Stressors and social supports made independent main effect contributions to depressive symptoms in a multiple regression analysis. Women with transportation barriers to employment, those experiencing greater numbers of stressful life events, and those who were less satisfied with their housing situation reported greater numbers of depressive symptoms. In contrast, women who were more satisfied with their social support and those with higher attendance at religious services reported fewer depressive symptoms. Implications for welfare reform policy and programs are discussed.

Miller, A. B., Keys, C. B. (2001). Understanding dignity in the lives of homeless persons. *American Journal of Community Psychology, 29(2), 331-354.*

The current investigation is a planned, systematic study of dignity as critical to understanding the experience of homelessness and improving services and programs for the homeless. Specifically, we conducted a thematic content analysis of interviews with 24 homeless men and women (aged 29-52 yrs) to identify their perception of specific envi-

ronmental events that validate and invalidate dignity. In addition, we explored the impact that these events have on homeless persons. Eight types of events were identified that sustain dignity such as being cared for by staff and having resources available to meet basic needs. Eight types of events were found that undermine dignity, such as being yelled at or insulted by staff persons and having staff use rules in an excessive and arbitrary way. Two outcomes followed the sustenance of dignity including increased self-worth and motivation to exit homelessness. Three outcomes followed the undermining of dignity including anger, depression, and feelings of worthlessness. The results suggest that dignity is an important variable to consider in understanding the experience of homelessness. Policies and programs that support validating the dignity of homeless persons are encouraged.

Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M., Smith, R. (2001). The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: Stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 113-160.

A model is proposed and explored that links the coming-out process to the psychological functioning and sexual behaviors of 80 gay, lesbian, and bisexual 14-21 yr olds recruited from gay-focused community-based and college organizations. Ss participated in structured interviews and completed measures that investigated the coming out process, self-esteem, distress, sexual episodes and unprotected sexual activity, and social desirability. Results indicated that the coming-out dimensions were related to self-esteem, distress, and unprotected sexual behaviors. In addition, the relations between the coming-out dimensions and unprotected sexual behaviors were explained by psychological functioning. In particular, limited involvement in gay/lesbian activities was associated with more unprotected sex. Negative attitudes toward homosexuality were related directly to more unprotected sex, and they were related indirectly to more unprotected sex by means of increasing emotional distress. It is stated that these and other findings have implications for designing preventive interventions to increase the youths' psychological functioning and reduce their unprotected sexual behaviors.

Solomon, M., Pistrang, N., Barker, C. (2001).

The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 113-132.

Examined what parents of children with disabilities and special needs found helpful about belonging to mutual support groups. 56 27-58 yr old Ss completed questionnaires and participated in focus group discussion exploring their experiences of belonging to their mutual support group. Quantitative data indicates that Ss found the groups very helpful and were very satisfied with the support they received from their groups. Ss also described the groups as high in cohesion, expressiveness, task orientation, and self-discovery. A grounded theory analysis of focus group data (based on 43 parents from 5 of the 6 groups) indicated that such support was helpful in 3 broad domains: (1) the sociopolitical, which involved developing a sense of control and agency in the outside world; (2) the interpersonal, which involved a sense of belonging to a community; and (3) the intraindividual, which involved self change. A central theme of identity change emerged as superordinate to these 3 categories.

McCurdy, K. (2001). Can home visitation enhance maternal social support? *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 97-112.

Investigated the impacts of Healthy Start, a statewide, home visitation program, on the social support systems of 212 disadvantaged mothers (mean age 23.2 yrs) in Oahu, Hawaii. Maternal support was assessed at the time these mothers gave birth and 12 mo later with the Maternal Social Support Index. Comparisons of Ss randomly assigned to visited or nonvisited conditions uncovered few differences on structural or affiliational aspects of support after 12 mo. It was found that visited Ss, however, were significantly less likely to report a decline in satisfaction with a close adult than nonvisited mothers do. The discussion examines the challenges of fostering social support and the ability of home visitation efforts to achieve this outcome.

Riger, S. (2001). Transforming community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 69-81.

Notes that community psychology has made great strides in including context when understanding people in their environments. 3 principles are to

further expand the conceptualization of the individual in community settings: (1) focus research on people, not programs; (2) consider multiple dimensions of people's experience; and (3) conceptualize people as agentic and not simply as reactors to the environmental press. The author illustrates these principles with research on domestic violence and welfare reform. In doing so, attention is called both to the way in which aspects of people's lives intersect with community settings, and to the embeddedness of people's lives (and community settings) in larger social structures.

Sandler, I. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology, 29*(1), 19-61.

Proposes common mechanisms to explain the effects of adversities and of resources that promote resilience in children. The thesis of this paper is that understanding the mechanisms of risk, resilience, and intervention requires an understanding of the nature of adversity per se. The issue of what is adverse about adverse conditions is addressed and the author proposes that adverse conditions be characterized in terms of their quality and ecology. It is then asserted that the same characteristics are involved in resilience; that resilience operates through changing the quality and ecology of adverse conditions. Finally, it is proposed that successful interventions operate by changing the quality and ecology of children's exposure to adverse conditions. Before addressing these theoretical questions the author places this issue of adversity in public health perspective. In conclusion, implications are presented for the development of interventions to promote resilience.

Solarz, A. L. (2001). Investing in children, families, and communities: Challenges for an interdivisional public policy collaboration. *American Journal of Community Psychology, 29*(1), 1-14.

An interdivisional collaboration to foster the development of strengths-based policies for children, youth, families, and communities is described. The initiative includes (1) producing a book that integrates scholarly research and policy; (2) developing materials for policymakers to use, including a policy-oriented summary of the book; (3) enhancing the capacities of the divisions to communicate with and influence policymakers; and (4) taking action steps to influence policymakers. During the

process of developing these products, a number of tensions emerged between the academically-based and policy-based authors of the book, many of which centered around how the information should be presented and, in particular, how to formulate and present policy recommendations. Tensions fell into four general categories: understanding the appropriate scope for recommendations, using the right language, understanding the kind of information that is needed, and understanding the bottom line. The author concludes by urging psychologists to become adept at understanding and participating in the public policymaking process.

Campbell, R., Wasco, S. M. (2000). Feminist approaches to social science: Epistemological and methodological tenets. *American Journal of Community Psychology, 28*(6), 773-791.

This paper is a primer for community psychologists on feminist research. Much like the field of community psychology, feminist scholarship is defined by its values and process. Informed by the political ideologies of the 1970s women's movement (liberal, radical, socialist feminism, and womanism), feminist scholars reinterpreted classic concepts in philosophy of science to create feminist epistemologies and methodologies. Feminist epistemologies, such as feminist empiricism, standpoint theory, and postmodernism, recognize women's lived experiences as legitimate sources of knowledge. Feminist methodologies attempt to eradicate sexist bias in research and find ways to capture women's voices that are consistent with feminist ideals. Practically, the process of feminist research is characterized by four primary features: (1) expanding methodologies to include both quantitative and qualitative methods, (2) connecting women for group-level data collection, (3) reducing the hierarchical relationship between researchers and their participants to facilitate trust and disclosure, and (4) recognizing and reflecting upon the emotionality of women's lives. Recommendations for how community psychologists can integrate feminist scholarship into their practice are discussed.

Angelique, H. L., Culley, M. R. (2000). Searching for feminism: An analysis of community psychology literature relevant to women's concerns. *American Journal of Community Psychology, 28*(6), 793-813.

Articles published in both the *American Journal of*

Community Psychology and Journal of Community Psychology, from their inception in 1973 through 1997, were content analyzed for women relevance, diversity, feminism, and historical change. Overall, 9.8% of the articles reviewed (N = 2,178) were considered women relevant, 4% recognized diversity among women, and 3% were considered feminist. There was an average yearly increase in women relevant and feminist articles from 7.3 pre-1990 to 11.2 post-1990, and 1.6 pre-1990 to 4.6 post-1990, respectively. Overall, mental health and motherhood were the most addressed content areas. Among feminist articles, gender roles and violence against women were most salient. Race and SES were the most noted issues of diversity in both women-relevant and feminist articles. While an increase in feminist publications by both journals is promising, stereotypes of women and other oppressed groups continue to be perpetuated.

Cosgrove, L., McHugh, M. C. (2000). Speaking for ourselves: Feminist methods and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 28(6), 815-838.

Although feminist and community psychology share a number of epistemological and methodological perspectives that guide their respective theories and research practices, it has been argued that community psychology has not fully integrated a feminist perspective into the discipline. This paper examines how community psychology and feminist research methods might combine to help us better understand women's experiences without essentializing or universalizing those experiences. The authors offer a series of suggested directions for feminist research that may also prove promising for community psychology. Particular attention is paid to feminist social constructionist approaches insofar as they address the complex relationship between epistemology and methodology.

Paradis, E. K. (2000). Feminist and community psychology ethics in research with homeless women. *American Journal of Community Psychology*, 28(6), 839-858.

This paper presents a feminist and community psychology analysis of ethical concerns that can arise throughout the process of doing research with women who are homeless. The unique contexts of the lives of women who are homeless demand that researchers redefine traditional ethical constructs

such as consent, privacy, harm, and bias. Research that fails to do this may perpetuate the stereotyping, marginalization, stigmatization, and victimization homeless women face. Feminist and community research ethics must go beyond the avoidance of harm to an active investment in the well-being of marginalized individuals and communities. Using feminist and community psychology ethics, this paper addresses some common problems in research with women who are homeless, and argues for the transformation of research from a tool for the advancement of science into a strategy for the empowerment of homeless women and their communities.

Ortiz-Torres, B., Serrano-Garcia, I., Torres-Burgos, N. (2000). Subverting culture: Promoting HIV/AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican women. *American Journal of Community Psychology*, 28(6), 859-881.

Discusses the challenges faced by researchers and interventionists when attempting to promote change in social norms and normative beliefs that promote HIV/AIDS risk-related behaviors among Puerto Rican and Dominican women. The article focuses on the role of culture in HIV/AIDS prevention with women by analyzing the sociohistorical context of some cultural beliefs and by illustrating the tension between risk-related and protective cultural beliefs in research conducted by the authors with women in both New York and Puerto Rico. The authors propose that promoting changes in sex-related social norms and normative beliefs might be constructed as a subversive act and present the challenge this analysis poses for community psychology. They conclude that this conceptualization might be construed as subversive because rather than idealizing culture, it promotes changes that respect diversity within the culture and foster participation in the development of new cultural values, beliefs and norms.

Mulvey, A., Terenzio, M., Hill, J., Bond, M. A., Huygens, I., Hamerton, H. R., Cahill, S. (2000). Stories of relative privilege: Power and social change in feminist community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 28(6), 883-911.

Stories about community work in New Zealand and Scotland are presented to describe and reflect on issues central to feminist community psychology. Organizing a lesbian festival, Ingrid Huygens de-

scribes feminist processes used to equalize resources across Maori (indigenous) and Pakeha (white) groups. Heather Hamerton presents her experiences as a researcher using collective memory work to reflect on adolescent experiences related to gender, ethnicity, and class. Sharon Cahill chronicles dilemmas and insights from focus groups about anger with women living in public housing in Scotland. Each story chronicles experiences related to oppression and privilege, and describes the author's emotions and reflections. Individually and collectively, the stories illustrate the potential offered by narrative methods and participatory processes for challenging inequalities and encouraging social justice.

Bond, M. A., Mulvey, A. (2000). A history of women and feminist perspectives in community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 28(5), 599-630.

Using an historical framework, the authors document and assess efforts to include women, women's issues, and feminism in community psychology and in the Society for Community Research and Action (SCRA). Initiatives of the SCRA Task Force/Committee on Women are traced from its inception to present. The dilemmas and difficulties of moving toward a feminist community psychology are chronicled. The history is divided into 5 phases. Each phase is described in terms of women's involvement in the field and efforts to integrate feminist content into research and practice of the field. Reflections on the qualities of contexts that have both supported and inhibited inclusion are identified. The authors look to this history to try to understand the observation that while women have been increasingly visible in leadership roles and women's professional development has been encouraged, less progress has been made toward building a feminist community psychology.

Riger, S., Krieglstein, M. (2000). The impact of welfare reform on men's violence against women. *American Journal of Community Psychology*, 28(5), 631-647.

Proposes exchange theory and the feminist „backlash hypothesis“ as frameworks with which to assess the impact of welfare reform on violence levels in abusive relationships. Exchange theory suggests that if a woman leaves welfare and obtains employment that increases her economic resources, violence against her will decrease. The

backlash hypothesis makes a different prediction: violence will increase as men attempt to compensate for women's enhanced status or independence. Both approaches are examined. It is suggested that the incorporation into social policy analyses of feminist thinking about dominance and power will enrich our understanding of the impact of social policy changes on people.

Hamby, S. L. (2000). The importance of community in a feminist analysis of domestic violence among American Indians. *American Journal of Community Psychology*, 28(5), 649-669.

Focuses on how an appreciation of inter-tribal differences enhances a feminist analysis of domestic violence in native North America. Issues of gender, class, and power are discussed from a feminist perspective with an emphasis on the diversity among native communities. Available evidence suggests that male authority, male restrictiveness, and socioeconomic stress are associated with violence, but that the levels of these factors vary widely across native groups. For example, some native tribes practice matrilineal descent while others are patrilineal. This diversity has far-reaching implications for the community context in which domestic violence occurs. An approach that integrates both feminist and community approaches seems best suited to address the problem of domestic violence in native North America.

Sprague, J., Hayes, J. (2000). Self-determination and empowerment: A feminist standpoint analysis of talk about disability. *American Journal of Community Psychology*, 28(5), 671-695.

Offers a feminist analysis of talk about self-determination and empowerment in the context of disability, focusing on the case of developmental disabilities. The authors find strains of the same patterns feminist epistemologists have argued shape the organization of formal knowledge from the standpoint of the privileged. It is noted that at the extreme, people with developmental disabilities appear as objects without selves, outside of the context of interpersonal and social structural relationships that constrain who they can be by defining them as other, often in multiple and interacting ways. Empowerment, from the dominant standpoint, becomes an abstract attribute or condition; something a person has or does not have. Taking the standpoint of women and other marginalized

people offers a view of self-determination as a person's development of his or her self. Empowerment becomes a potential characteristic of a social relationship, one that facilitates the development of someone's self. It is concluded that the standpoint of women allows all of us to talk more of how we connect with and facilitate one another's developing selves within communities.

Bond, L. A., Belenky, M. F., Weinstock, J. S. (2000). *The Listening Partners program: An initiative toward feminist community psychology in action.* *American Journal of Community Psychology, 28(5), 697-730.*

The Listening Partners intervention is described and analyzed as a synthesis of feminism and community psychology, within a developmental framework. Working from an empowerment perspective, this social action, peer group intervention supported a community of poor, rural, isolated, young, White mothers to gain a greater voice, claim the powers of their minds, and collaborate in developmental leadership--creating settings that promote their own development and that of their families, peers, and communities. Each year for 2 yrs, a new group of mothers (aged 17-34 yrs) of preschool aged children participated in the Listening Partners program. An additional 30 women (aged 18-34 yrs) enrolled as matched controls each year. Ss met weekly for 3-hr sessions for 8 mo and also completed structured measures: Ways of Knowing Interview, Family Social Support Scale, Rosenberg Self Esteem Scale, and Checklist of Changes. High quality dialogue, individual and group narrative, and collaborative problem-solving were emphasized, in a feminist context affirming

diversity, inclusiveness, strengths, social-contextual analyses, and social constructivist perspectives. The power of enacting a synergy of feminism and community psychology is highlighted.

Bertram, C., Hall, J., Fine, M., Weis, L. (2000). *Where the girls (and women) are.* *American Journal of Community Psychology, 28(5), 731-755.*

This paper takes up a theoretical and empirical investigation of how 2 community-based projects for young women both create safety from community and domestic violence but how, in the process, discourses of multicultural inclusion define 1 site, and racist discourses of exclusion float through the other site. By relying on 2 case studies of community-based organizations for girls, 1 exclusively White and working class and the other expressly multicultural and antiracist, the authors try to identify those structures and practices that support feminist, but inadvertently racist, work and those structures and practices that enable feminist and antiracist consciousness and praxis. Participant observations and individual and focus group interviews were conducted in the Girls Club with poor White middle school girls, White residents, 10 teachers, and 13 community staff. Data were collected from the antiviolence center primarily from participant observation, archival research, 4 interviews with 3 staff members and 10 interviews with a multiracial group of self-defense students. Across both settings, the authors witnessed the micropolitics of gendered community building via the creation of safe spaces from girls and women's body work and talk about male violence without fear of harassment.

Journal of Community Psychology

Bank, L., Burraston, B. (2001). *Abusive home environments as predictors of poor adjustment during adolescence and early adulthood.* *Journal of Community Psychology, 29(3), 195-217.*

Examined concurrent and longitudinal data for 182 Oregon Youth Study 4th grade boys across a variety of developmental outcomes over a 10-yr span. It was hypothesized that in the context of unskilled discipline, the abusive home environment variables would be predictive of a variety of adjustment outcomes as children moved into adolescence and

early adulthood. Multiple agent and method assessments of the boys, their siblings, and parents included direct observations, interviews, and questionnaires. Path analyses reveal that the consequences of each abusive home environment construct were, with little exception, consistent with the hypotheses. Thus, the authors conclude that the enduring and powerful impact of an abusive home environment is apparent. This work also supports the idea of a continuum of parenting behaviors and a parenting skills deficit model across all families,

rather than a „bad parent“ vs „good parent“ model.

Bower-Russa, M. E., Knutson, J. F., Winebarger, A. (2001). Disciplinary history, adult disciplinary attitudes, and risk for abusive parenting. *Journal of Community Psychology, 29(3), 219-240.*

Assessed the specific childhood disciplinary experiences of adolescents and young adults to identify factors that could contribute to intergenerational physical abuse, and to determine whether specific disciplinary tactics were abusive or appropriate in child rearing. 225 college students completed a series of measures designed to obtain information regarding their childhood histories, as well as their current disciplinary attitudes and preferred disciplinary responses to influence a range of child behaviors or misbehaviors. Consistent with previous research, few maltreated persons viewed their own experiences as abusive. Moreover, it was found that personal experience with a disciplinary event was associated with a decreased tendency to view that particular form of discipline as inappropriate. Finally, a history of severe physical punishment, failure to acknowledge an abusive history when it had occurred, and adult attitudes regarding physical discipline were associated with selecting more punitive disciplinary strategies when individuals were faced with child misbehavior in an analog parenting task.

Waddell, J., Pepler, D., Moore, T. (2001). Observations of sibling interactions in violent families. *Journal of Community Psychology, 29(3), 241-258.*

Examined sibling relationships of children (aged 6-15 yrs) from violent, and non-violent families. Participants included 20 children (10 dyads) who were shelter residents and their mothers and 40 children (20 dyads) from the community and their mothers. Mothers reported on children's behavior problems, sibling conflict resolution strategies, and the quality of the sibling relationship. Children reported on the quality of their sibling relationships. Sibling interactions were observed during both cooperative and competitive tasks. Shelter children had more internalizing problems than comparison children did. Mothers reported that siblings from violent homes used less verbal and physical aggression than the comparison group. Siblings in the shelter group were supportive. There were no significant differences in observed conflictual behavior. The importance of the sibling relationship and implications for intervention are

discussed.

Barber, B. K. (2001). Political violence, social integration, and youth functioning: Palestinian youth from the Intifada. *Journal of Community Psychology, 29(3), 259-280.*

Tested an ecological model of youth experience in the Palestinian Intifada that was informed by social ecological, social capital, and social disorganization theories. The sample included 6,000 Palestinian 14-yr-olds, assessed in 1994 and 1995 after the end of the conflict. Data from retrospective self-reports of youth exposure to and involvement in political violence, and self-reports of current individual functioning (depression and antisocial behavior) and integration in several social contexts (family, peer relations, religion, education, and community), revealed: direct associations between Intifada experience and antisocial behavior and depression (females only); Intifada experience was positively associated with religiosity and unrelated to social integration in family, school, and peer relations; in some cases, social integration in family, education, religion, and peer relations significantly moderated the associations between Intifada experience and youth problems; integration in the several social contexts was directly related in predictable ways to youth problem behaviors, with neighborhood disorganization the most consistent and powerful predictor.

Punamaeki, R. L. (2001). From childhood trauma to adult well-being through psychosocial assistance of Chilean families. *Journal of Community Psychology, 29(3), 281-303.*

Examined whether psychosocial assistance in childhood predicted coping strategies, family atmosphere, learning experiences and mental health in adulthood. Participants were 153 Chileans (aged 14-30 yrs) who, as children, had lost a family member through political imprisonment, execution, disappearance, or expulsion from the country. Participants were visited in their homes by researchers. SEM-modeling reveals that early timing and substantial duration of psychosocial assistance in childhood predicted good mental health and positive learning experiences in adulthood via effective coping strategies. In addition, a family atmosphere characterized by high cohesion and a low level of conflict associated with good mental health and positive learning experiences. Both the nature of childhood trauma and the timing and duration of assistance turned out to be crucial for later resourcefulness and well-being. Children who

had lost a parent as executed or disappeared were the most task-oriented and conscientious students and enjoyed a harmonious family life. Early initiation and substantial duration of assistance predicted lower levels of poor mental health symptoms (posttraumatic, depressive, anxiety, somatic, and aggressive) in adulthood.

Bailey, S., Smith, C., Dolan, M. (2001). The social background and nature of „children“ who perpetrate violent crimes: A UK perspective. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 305-317.

Describes the clinical presentation, associated impairments, background features and offense characteristics of young males who engage in acts of interpersonal violence. The authors examined whether both types of offenders (e.g., direct [homicide] and indirect [firesetters]) demonstrated specific or shared characteristics/behavioral indicators in relation to social backgrounds, criminal histories, nature of offenses, associations and motives. The case notes of 39 10-17 yr old males who had killed and 78 10-17 yr old males who had set fires are examined. The results show that the majority of adolescents were detained in a facility for their own/or others protection. The majority of firesetters were referred via Health and Social Services, whereas homicide perpetrators tended to be referred by solicitors. Firesetters were more likely to have been seen by a psychologist for behavioral difficulties, known to social services, and have been in care. No significant differences were observed in the frequency of deliberate self harm, but firesetters were more likely to have a history of substance abuse, particularly alcohol abuse. Issues raised are put in the context of current legislations, government responses and social policy in the UK.

Stockhammer, T. F., Salzinger, S., Feldman, R. S., Mojica, E., Primavera, L. H. (2001). Assessment of the effect of physical child abuse within an ecological framework: Measurement issues. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 319-344.

Examined a number of interrelated issues involved in the assessment of the effects of child maltreatment. The study tested, within the context of an ecological model, the relative utility of 2 sources of information about child abuse, Child Protective Services (CPS) records and parent interviews, for their ability to account for child functioning. The

model is based on an ecological approach that places risk factors along a proximal/distal continuum with respect to the expected impact on the child. Risk for poor child functioning was found to increase as increasingly distal as well as proximal risk factors were included. A sample of 100 physically abused 9-11 yr olds and their families was obtained from the New York State Register for Child Abuse. Information about child physical abuse and family functioning was obtained from CPS records and a structured parent interview. Child functioning was measured by the Child Behavior Checklist and the Teacher Rating Form. It is suggested that for the purpose of evaluating risk factors for poor outcome in physically abused children it is critical to gather information systematically from multiple sources about the abuse and the family context in which it occurs because both are predictive of child functioning

Sheidow, A. J., Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., Henry, D. B. (2001). Family and community characteristics: Risk factors for violence exposure in inner-city youth. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 345-360.

Investigated the relation between neighborhood and violence exposure and between family functioning and risk of exposure to violence in different types of poor, urban neighborhoods. 249 inner-city African American and Latino males (aged 13-17 yrs) and their primary caregivers were interviewed as part of the Chicago Youth Development Study. The interaction between family functioning and neighborhood type accounted for increased exposure to violence. The greatest increases occurred among struggling families residing in inner-city neighborhoods with high levels of social organization.

Garbarino, J. (2001). An ecological perspective on the effects of violence on children. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 361-378.

Focuses on the processes and conditions that transform the „developmental challenge“ of violence into developmental harm in some children. The author discusses in an ecological framework for understanding child and youth development the following themes: (1) an accumulation of risk model for understanding how and when children suffer the most adverse consequences of exposure to community violence and exceed the limits of resilience; (2) the concept of „social maps“ as the

product of childhood experience; and (3) the concept of trauma as a philosophical wound.

Smith, P. D., Propst, D. B. (2001). Are topic-specific measures of socio-political control justified? Exploring the realm of citizen participation in natural resource decision making. *Journal of Community Psychology, 29(2), 179-187.*

Extends the socio-political control scales developed by M. A. Zimmerman and J. H. Zahniser (1991) to the context of citizen participation in natural resource agency decision making. An incremental approach was used to compare general scales with a scale specific to the domain of participation in governmental natural resource decision making. Focus group interviews were conducted with voluntary organizations about the future of natural resources in Michigan. 15 focus groups were held with a total of 150 participants (mean age 52 yrs). Prior to the discussions, Ss were asked to complete a questionnaire to assess leadership self-efficacy, policy control, and behaviors in general political and community spheres and in natural resource decision making spheres. Results show that a natural resource specific scale is more appropriate for behaviors related to participation in natural resource decision making. These results confirm the usefulness of topic-specific measures of socio-political control. Lists of perceived control and behavior scale items are appended

Brodksy, A. E., Marx, C. M. (2001). Layers of identity: Multiple psychological senses of community within a community setting. *Journal of Community Psychology, 29(2), 161-178.*

Explored psychological sense of community (PSOC), a feeling of belonging to, importance of, and identification with a community, in students (aged 19-62 yrs) and staff members at a holistic job-training and education center serving low-income women. Multiple PSOCs were explored in the context of the student's home neighborhoods, the training and education center, and a subcommunity of the center. Focus group interviews with 45 students were conducted focusing on goals, experiences within the center, and stresses and resources both inside and outside the center as they impacted participation and successful completion of the program. Eight staff members were also interviewed to assess their opinions of what worked and didn't work within the center. In addition, 114 students and staff completed the Sense of Commu-

nity Index. Results show that Ss participated in a number of distinct communities at any one time. Each of these distinct communities was also comprised of multiple, nested subcommunities, defined by individual and group roles, experiences, and identities. It is stated that explorations of multiple PSOCs at the macro and subcommunity levels expands the conceptualization of PSOC and has real-life implications for fostering positive outcomes in multicultural communities.

Weiss, A., Fantuzzo, J. W. (2001). Multivariate impact of health and caretaking risk factors on the school adjustment of first graders. *Journal of Community Psychology, 29(2), 141-160.*

Examined 7 health and caretaking risk factors that threaten children's school adjustment: low birth weight, low Apgar score, lead poisoning, birth to a single mother, birth to a teen mother, child maltreatment, and out-of-home care. The purpose of this study was to assess the relationships among these risk factors and several indicators of school adjustment 9,088 1st-grade students in a large urban school district. Information on risk factors and school adjustment was obtained from computerized records that were combined using record linkage. The independent and interactive effects of the risk factors on school adjustment were assessed using logistic regression. Results show that 6 of the 7 risk factors significantly increased Ss' risk for poor school adjustment. Findings were stable across several subsamples. No significant interactive effects were found among the risk factors.

Raviv, A., Erel, O., Fox, N. A., Leavitt, L. A., Raviv, A., Dar, I., Shahinfar, A., Greenbaum, C. W. (2001). Individual measurement of exposure to everyday violence among elementary school-children across various settings. *Journal of Community Psychology, 29(2), 117-140.*

Investigated the validity and reliability of a Hebrew adaptation of the Violence Exposure Scale--Revised (VEX-R), a self report scale assessing children's exposure to everyday violence. The authors also specifically explored children's reports of exposure as a function of situation and setting, school or neighborhood, and their distress symptoms. 134 2nd and 4th grade students from 2 schools in Israel completed the VEX-R; the Levonon scale, an assessment of distress symptoms; and the Parent's Relationship Interview, an assessment of perceptions of parent's marital satisfac-

tion and conflict. The children's mothers also completed the VEX-R indicating how they expected their child would report, and the Child Behavior Checklist. Children reported more exposure to violence at school compared to either the home or neighborhood, and more as witnesses than victims. Most of the violence reported was mild (e.g., pushing, chasing), while severe violence (e.g., shooting, stabbing) was rare in all settings. Children who reported themselves as frequent victims of violence were rated by their mothers as exhibiting more behavior problems than those reporting less victimization. The results also support the validity of the VEX-R as a measure of exposure to violence for young children.

St-Pierre, T. L., Kaltreider, D. L. (2001). Reflections on implementing a community agency-school prevention program. *Journal of Community Psychology, 29(2), 107-116.*

Describes the implementation processes and lessons learned from a longitudinal study of a multicomponent after-school substance abuse prevention program for high-risk 2nd- and 3rd-grade children delivered by Boys & Girls Clubs and their local schools. Implementation processes were identified through qualitative analysis of detailed descriptive and analytical notes collected from telephone interviews with prevention coordinators; feedback from coordinators, club directors, and contact teachers; and observations and discussions with club and school personnel. Outcome results show positive effects on children's personal competency skills, feelings toward school, and spelling grades--factors shown to protect children from future substance abuse and other risky behaviors. Processes associated with creating the collaborations between the Boys & Girls Clubs and schools highlight the importance of developing „true“ partnerships and providing schools and teachers with what they really want. Processes of delivering the multicomponent program strongly suggest that prevention coordinators must be good managers and that creating total organizational support for the program within the youth organization will enhance program implementation.

St-Pierre, T. L., Mark, M. M., Kaltreider, D. L., Campbell, B. (2001). Boys & Girls Clubs and school collaborations: A longitudinal study of a multicomponent substance abuse prevention program for high-risk elementary school children. *Journal of Community Psychology, 29(2),*

87-106.

Tested the effectiveness of a multicomponent after-school substance abuse prevention program for high-risk 2nd- and 3rd-grade children implemented collaboratively by Boys & Girls Clubs and their local schools. The 2-yr program, that consisted of a youth, school, and parent component, was designed to reduce risk factors predictive of later substance abuse and to enhance protective factors shown to buffer risk. 156 Ss were pretested, and results are reported for 95 children for whom data were collected across all 5 waves from baseline in 2nd grade to follow-up in 4th grade. Results show positive effects on Ss' personal competency skills including (1) refusing wrongdoing, (2) solving peer and school problems, (3) showing courteousness to teachers and other school personnel, and (4) behaving ethically. For the most part, the program also had positive effects on Ss' feelings toward school and grades in spelling. It is also suggested that youth-serving organizations and schools can collaboratively implement multicomponent interventions that provide protective factors that may buffer high-risk elementary school children from the multiple risks in their lives for future drug abuse.

Shenassa, E. D., Earls, F. (2001). On the application of community psychology to public health: Explanation versus identification. *Journal of Community Psychology, 29(2), 83-85.*

States that community psychology and public health should be natural allies, yet the two fields operate sufficiently independently of each other to undermine their capacity to reach what might be common objectives. This discontinuity is in part a reflection of differential priority attached to explaining health outcomes and identifying individuals' health status by the two fields. To foster cross-disciplinary work, the authors highlight the distinction between explanation of health outcomes and identification of individuals' health status.

Spomer, M. L., Cowen, E. L. (2001). A comparison of the school mental health referral profiles of young ESL and English-speaking children. *Journal of Community Psychology, 29(1), 69-82.*

School adjustment profiles of 276 demographically matched English-as-a-second language (ESL) and non-ESL children, both groups largely Hispanic, referred for school mental health services were compared. Comparisons were based on total, fac-

tor, and item scores from two measures of school adjustment, the Teacher-Child Rating Scale (T-CRS) and Child Rating Scale (CRS). Teachers judged ESLs to have fewer acting-out, and more shy/anxious and learning problems than non-ESLs. ESL students were also judged to have fewer competencies than non-ESLs overall, and in the specific areas of assertive social skills and peer social skills, but to have greater frustration tolerance. Separate factor analyses of the T-CRS with referred ESL and non-ESL children confirmed the factor structure previously obtained with non-referred, English-speaking children. Factor analysis of the CRS, however, yielded an expanded (9-item) anxiety factor for ESL children that included three prior peer-sociability items

Jason, L. A., Pokorny, S., Katz, R. (2001). Passive versus active consent: A case study in school settings. *Journal of Community Psychology, 29(1), 53-68.*

Considerable discussion has occurred over the past few years concerning the issue of passive versus active consent in psychological research involving children and adolescents. Some evaluators believe that passive consent should only be used in very restricted cases while other investigators are more comfortable in using passive consent that utilizes anonymous survey instruments which have minimal risk to the participants. The issue of passive versus active consent was examined in a case study involving youth access to tobacco study. Following the administration of questionnaires, one parent strongly objected to the use of passive consent. This issue was raised on-line via two electronic bulletin boards to solicit opinions concerning the ethics of using passive consent in this study. When these types of controversies occur, there are multiple points of view that need to be examined and considered. Issues involved in this controversy are discussed.

Prezza, M., Amici, M., Roberti, T., Tedeschi, G. (2001). Sense of community referred to the whole town: Its relations with neighboring, loneliness, life satisfaction, and area of residence. *Journal of Community Psychology, 29(1), 29-52.*

Explored the relationships between sense of community and various factors with respect to a fairly broad area (town, city, or large quarter of a metropolis). Degree of neighboring, life satisfaction, loneliness and area of residence were also con-

sidered. Ss were 630 men and women (aged 20-65 yrs) with different educational levels. Ss were administered a sociodemographic questionnaire, the Italian Sense of Community Scale, the Satisfaction with Life Scale, the University of California Loneliness Scale, and a Neighborhood Relations Scale. Ss were divided into 6 groups as follows: 1 group living in a quarter of Rome, 3 groups living in the different areas of Grottaferrata (a hill town) and 2 groups living in 2 areas of Spoleto (historical center and working class suburb). Results showed that neighborhood relations are stronger for women, members of large families, those with less education, those living in the community for many years, and for members of groups or associations. The strongest predictor of sense of community is neighborhood relations. Sense of community is related to life satisfaction and loneliness in both the large and small town and in the city. Results confirm the usefulness of conceptualizing the sense of community construct separately from degree of neighboring.

Gregory, R. J. (2001). Parallel themes: Community psychology and Maori culture in Aotearoa. *Journal of Community Psychology, 29(1), 19-27.*

Community psychology branched from the discipline and field of psychology in the mid-1960's with development of a divergent world view and a variety of different themes. These new themes appear to be similar to themes present in indigenous cultures, and a comparison is made with the culture of the Maori of New Zealand or Aotearoa. The parallels draw attention to the prevailing divergent views that persist between psychology and community psychology.

Jackson, T. D., Hobfoll, S. E., Jackson, A. P., Lavin, J. (2001). Life stressors, mastery, and perceived partner engagement in HIV-risk behavior. *Journal of Community Psychology, 29(1), 1-17.*

The relationships among level of personal mastery, economic stress, number of sexual partners, pregnancy status, and perceived partner engagement in HIV-risk behaviors (i.e., intravenous drug use, imprisonment, and sex with other partners) were studied in a sample of 1,069 single, inner-city women (aged 16-29 yrs). African American and European Americans were equally represented. The authors predicted that greater economic stress, a lower sense of personal mastery, and more sexual partners would be associated with greater Percep-

tions of Partner engagement in HIV-risk behavior. They also predicted that personal mastery would serve as a moderating variable in the presence of life stressors (e.g., being pregnant, having multiple sexual partners). Findings supported the hypotheses. Women with more economic stress, multiple sexual partners, and lower personal mastery reported higher perceived partner engagement in HIV-risk behavior than women with lower economic stress, one sexual partner, and higher personal mastery. Personal mastery had a greater impact for women with multiple sexual partners and for those who were pregnant. These findings were qualified by women's ethnicity.

Guterman, N. B., Cameron, M., Staller, K. (2000). Definitional and measurement issues in the study of community violence among children and youths. *Journal of Community Psychology*, 28(6), 571-587.

Scholarly attention to community violence exposure among children and youths has rapidly emerged over the past decade as recent data has revealed a problem of widespread proportions. While often profoundly consequential, the problem has not yet been well-understood or clearly defined, both conceptually and operationally. This article examines definitional and measurement complexities in the emerging study of community violence exposure among the young. In particular, it examines what is denoted and connoted by the terms „community“ and „violence“ in studies of community violence exposure, as well as the difficulties existing studies present in seeking to capture a clear understanding of the problem. A set of recommendations for addressing definitional and operational difficulties is offered toward promoting a more systematic effort in studying the problem and its consequences

Jackson, T. L., Davis, J. L. (2000). Prevention of sexual and physical assault toward women: A program for male athletes. *Journal of Community Psychology*, 28(6), 589-605.

Describes a sexual and physical violence prevention program designed for college student athletes. The program has been in place for approximately 10 yrs and has demonstrated several uniquely positive results. Implications for prevention programs designed for high-risk groups and athletes in particular are presented as are the components and philosophy felt necessary for such programs.

Hanson, R. F., Smith, D. W., Kilpatrick, D. G., Freedy, J. R. (2000). Crime-related fears and demographic diversity in Los Angeles county after the 1992 civil disturbances. *Journal of Community Psychology*, 28(6), 607-623.

Assessed demographic differences in exposure to traumatic events and fear of crime. This is part of a larger project that assessed the impact of the 1992 Los Angeles civil disturbances on psychological functioning. A total of 1200 individuals (aged 18 yrs and older) completed a 40-min comprehensive telephone interview. 400 interviews were sampled from South Central (the area most heavily affected by the rioting), and 800 were sampled from the remainder of L. A. County. A series of chi-square analyses indicated that there were differences in (a) prevalence of lifetime and past year victimization, (b) perception of neighborhood problems, (c) exposure to the disturbances, and (d) fear of crime as a function of demographic characteristics (i.e., gender, race, ethnicity, community). Demographic variables were significantly predictive of crime fear, but report of neighborhood problems was the strongest predictor. Additionally, exposure to the disturbances remained a significant predictor of crime fear after controlling for the effects of victimization, demographics, and neighborhood problems.

Crouch, J. L., Hanson, R. F., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. (2000). Income, race/ethnicity, and exposure to violence in youth: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Community Psychology*, 28(6), 625-641.

Examined the associations between household income, race/ethnicity, and exposure to violence in a nationally representative sample of youth. Participants included a national probability sample of 4,023 adolescents (aged 12-17 yrs), who completed a telephone interview that assessed lifetime occurrences of witnessing violence, receipt of physically abusive punishment, physical assault, and sexual assault. Results indicated that as household income increased prevalence of witnessing violence, receipt of physically abusive punishment, physical assault, and sexual assault decreased for Caucasian but not African-American or Hispanic youth. In addition to the interaction of household income with race/ethnicity, a main effect of race/ethnicity across income groups was apparent for witnessing violence. More specifically, African-American and

Hispanic youth reported significantly higher rates of witnessing violence at each income level relative to their Caucasian counterparts. Findings from this nationally representative sample of youth suggest that it may be simplistic to interpret high rates of violence exposure among minority youth as due to their disproportionate representation among the economically disadvantaged in the US.

Hausman, A. J., Siddons, K., Becker, J. (2000). Using community perspectives on youth firearm violence for prevention program planning. *Journal of Community Psychology, 28(6), 643-654.*

The Firearms Connection--The North Philadelphia Firearms Reduction Initiative--is a youth firearm violence prevention program using a partnership model that links healthcare, criminal justice, business, and social service providers with neighborhood residents and community organizations to identify priorities and develop solutions. The assessment phase, using data from 36 informants, helped build the partnerships and engage the community in the planning, implementation, and evaluation of specific interventions. The needs assessment was used to 1) specify the problem of firearm violence in the target community; 2) frame possible solutions in the language of the community; 3) identify community assets and resources for planning, implementation and evaluation; 4) engage key members of the community for participation in the assessment and intervention planning process; and 5) identify appropriate markers for evaluation of progress and outcome. This paper presents the qualitative method of Rapid Participatory Appraisal used for the assessment, the results as related to the specific problem of youth violence, and how the assessment process was used to advance the coalition building process.

Temple, S. D. (2000). A clinical perspective on inner-city youths' exposure to homicide: Community and policy implications. *Journal of Community Psychology, 28(6), 655-667.*

This article explores the impact of exposure to extreme violence on inner-city young people. The clinical findings are based on a 2.5-yr murder project that the author conducted, in conjunction with a grassroots anti-crime organization in Kansas City, Missouri. Three case examples involving

male adolescents (aged 15 and 16 yrs) are presented. The implications of the project and its clinical findings for community action and social policy are discussed.

Lantos, J., Davies, A. L. (2000). Program description for the exposure to violence program. *Journal of Community Psychology, 28(6), 683-686.*

Describes the Exposure to Violence Program, a collaborative effort involving the Music Theatre Workshop of Chicago, La Rabida Children's Hospital and Research Center and 2 Chicago public grammar schools. The goal of the project is to investigate the impact of exposure to violence on school-age children and to provide treatment in schools for children experiencing PTSD as a result of witnessing or experiencing violence. The work takes place in 4 phases: Screening, Interviewing, Treatment, and Evaluation.

Mandell, S. (2000). Child abuse prevention at report card time. *Journal of Community Psychology, 28(6), 687-690.*

Report Card distribution reportedly triggers an outbreak of child abuse. The Mayor's Office for Children and Youth and The Baltimore City Commission for Children and Youth developed a school related child abuse prevention campaign which included messages to parents on colorful attractive cards suggesting positive parenting techniques and crisis intervention phone numbers which were distributed with each report card. Public Service Announcements (PSAs) for TV were developed with the same positive parenting message and aired just prior to and during the week of Report Card distribution. Agencies and organizations whose mission is child abuse prevention, mental health treatment and social support participated as well as agencies and organizations involved in tutoring and academic support. All of the 180 schools in Baltimore City used the cards and teachers and administrators reported a change in parental attitude, more parent visits and better communication between teachers and parents. After 1 yr of the project, the State's Attorney's Office observed that incidents of known child abuse as a result of a bad report card was down from 90 to 2. This project was continued for 6 yrs.

Journal of Community Psychology and Applied Social Psychology

Smail, D. (2001). De-psychologizing community psychology. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(2), 159-165.*

Comments on articles by S. H. Franzblau and M. Moore (see record 2001-17857-001); A. -S. Brooker and J. M. Eakin (see record 2001-17857-002); M. L. Crossley (see record #3200117857-003); G. Nelson et al (see record 2001-17857-004); and I. Prilleltensky et al (see record 2001-17857-005) on power, control and health issues in community psychology. Despite their welcome emphasis on the influence of environmental factors on the generation of distress, and on the central role in this of power, these authors still seem unable entirely to avoid „psychologizing“ the processes involved. It is suggested that a far more radical rejection of interior psychological and moral concepts (e.g., self-esteem, responsibility) could be undertaken without our having to abandon the project of psychology altogether.

Prilleltensky, I., Nelson, G., Peirson, L. (2001). The role of power and control in children's lives: An ecological analysis of pathways toward wellness, resilience and problems. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(2), 143-158.*

The literature on powerlessness, empowerment and control tends to be adult-centric and psychocentric. It is adult-centric in that most studies deal with the experience of powerlessness in adults or interpret children's realities from an adult point of view. At the same time, the literature is quite psychocentric in that it focuses on the emotional and cognitive dimensions of powerlessness, to the relative neglect of social and political power. The purpose of this article is to redress these biases and elucidate the role of power and control in pathways toward health, resilience and problems in children's lives. The authors define wellness as a satisfactory state of affairs, brought about by the acquisition and development of material and psychological resources, participation and self-determination, competence and self-efficacy. Power and control are defined as opportunities afforded by social, community, and family environments to develop these three dimensions of health and wellness. The authors highlight basic research which describes pathways toward wellness, resilience, and prob-

lems in life, as well as applied research on promising interventions to improve children's health and wellness.

Nelson, G., Lord, J., Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(2), 125-142.*

This paper clarifies the concepts of empowerment and mental health and examines their interrelationships in a qualitative study of psychiatric consumer/survivors participating in 3 innovative community mental health programmes. Focus group interviews with 59 stakeholders and in-depth stories of 6 consumer/survivors served as the data base. The authors defined mental health as the development of choice, control, and community integration and the acquisition of valued resources, and the research identified indicators of each of these qualities. Moreover, the authors found empowering processes at the micro, meso, and macro levels of analysis that facilitated the recovery of mental health, as well as disempowering processes that impeded mental health. The findings are discussed in the context of the literature on innovative practices and the emergence of an alternative paradigm in community mental health.

Crossley, M. L. (2001). The 'Armistead' project: An exploration of gay men, sexual practices, community health promotion and issues of empowerment. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(2), 111-123.*

Recently emerging evidence indicates that some gay men/men who have sex with men (MWHWSM) are continuing to engage in unsafe sexual practices despite over a decade of health education/ promotion. Accordingly, there have been recent attempts to revamp health education/promotion programmes as a means of encouraging participation. One way of doing this has been through government facilitation of community based health promotion programmes. These programmes attempt to regenerate social networks and supportive environments and to thereby empower gay men/ MWHWSM. This paper explores some of the issues involved in this process in relation to an independent evaluation of a government

funded community based health promotion project set up in the north-west of England. Drawing on interviews and focus groups with clients and agency personnel involved with the project, it explores some of the connections and conflicts between empowerment, safer sex and government funded health promotion interventions.

Brooker, A. S., Eakin, J. M. (2001). Gender, class, work-related stress and health: Toward a power-centered approach. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(2), 97-109.*

The purpose of this paper is to consider how gender, class and power have been addressed in the work stress literature and to propose an alternative approach that highlights the role of power in the development of work-related stress. The authors begin with a discussion and critique of prominent work-related stress models. The models' conceptualizations of work-related stress and their relationships to issues of class and gender are used as focal points for discussion. It is shown that explanations for gender or class differences in stress vary markedly by disciplinary perspective. Some models emphasize individual coping mechanisms, while other models focus on individual-level exposures or the work environment, in the production of work-related stress. Notions of power or control are often invoked in these models, but they tend to be narrowly conceptualized. Drawing on empirical findings and theoretical insights from a broad range of disciplinary perspectives, the authors build a conceptual framework relating power to work-related stress. This model can provide us with a deeper understanding of the determinants of stress, the relationships between stress and the broader social context, and the relationships between stress and social factors such as class and gender.

Franzblau, S. H., Moore, M. (2001). Socializing efficacy: A reconstruction of self-efficacy theory within the context of inequality. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(2), 83-96.*

A. Bandura's (1997) self-efficacy (SE) theory claims that if people believe that they can control the outcome of their behaviour, then they can. SE theory positions the self as the centre and originator of change, beginning with control over belief systems, which determine levels of performance. This conception depoliticizes social mechanisms of control, internalizing them within individual cog-

nitive processes. The authors argue that SE theory emanates from culturally-positioned and ideologically informed functional trends in US psychology, which perpetuates a blaming-the-victim approach to social problems. Through an examination of the way gender and disability are manipulated in SE research, the authors show that efficacy is socially construed, and is actually about control over and access to power and the ideological, institutional, and social resources that provide the foundation for taking certain actions.

Salzer, M. S., Rappaport, J., Segre, L. (2001). Mental health professionals' support of self-help groups. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(1), 1-10.*

Tested the hypothesis that professional support of self-help is influenced by the degree to which professionally-led groups are viewed as more helpful than self-help groups. Survey data were obtained from a representative sample of 895 mental health professionals. The survey assessed beliefs, behaviors, attitudes, and intentions toward professional and self-help groups. Results show that Ss who perceive professionally-led groups to be significantly more helpful than self-help groups were less inclined to support self-help groups through referrals, help in organizing groups, or financially. It is proposed that mental health professionals should obtain additional information about the benefits of self-help and the constructive role that self-help groups can play in expanding the availability and continuum of beneficial mental health services.

Lenihan, P., Iliffe, S. (2001). Community-oriented primary care: A multidisciplinary community-oriented approach to primary care? *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(1), 11-18.*

Community-oriented primary care (COPC) is an international model for innovative primary health care delivery historically applied in developing or deprived communities, but increasingly seen as having broader relevance for a wider range of primary care settings. This paper describes the COPC model and highlights the relevance of the COPC philosophy and the problems of its implementation for community psychologists in primary care. The authors conclude that this approach fits well with the direction primary care is moving, offering considerable opportunities for psychologists to be at the cutting edge of developing inno-

vative population-based mental health care services. The emphasis of the model on evidence-based practice, epidemiologically informed community diagnosis, and systematic multidimensional evaluation of services puts community-oriented psychologists in a good position to demonstrate the value and cost effectiveness of their work, while further developing their role in primary care settings.

Ravenna, M., Hoelzl, E., Costarelli, S., Kirchler, E., Palmonari, A. (2001). Diary reports on emotional experiences in the onset of a psychosocial transition: Becoming drug-free. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(1), 19-35.*

Explored the well-being of 65 20-41 yr old drug addicts during the first 2 wks in a residential community using a time-sampling diary which was completed 4 times a day. The influence of Ss' history, situational context, and motive activation on well-being and emotions was investigated. Results show that well-being and emotions differ mainly according to Ss' history, but not--at least at the beginning of treatment within the community--according to situations. This is interpreted as a „state of shock“ in the new environment, and the authors highlight the necessity for special individual care for individuals with a long drug career.

Stallard, P., Velleman, R., Baldwin, S. (2001). Recovery from post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: The role of talking and feeling understood. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(1), 37-41.*

Reports an exploratory study investigating factors associated with persistent posttraumatic stress disorder (PTSD). 40 children (mean age 15.33 yrs) were assessed with the Clinician Administered PTSD Scale for Children 6 wks and 8 mo after involvement in a road traffic accident. A semi-structured interview was also undertaken. 10 of the 21 children suffering PTSD at 6 wks continued to fulfill diagnostic criteria at 8 mo. There was no evidence of delayed onset of PTSD in children who had not developed this condition at 6 wks. Talking about the accident and feeling understood were associated with recovery. It is concluded that providing children with opportunities to talk about their accident may be helpful in preventing or reducing psychological distress.

Bates, C., Heaven, P. C. L. (2001). Attitudes to women in society: The role of social dominance orientation and social values. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(1), 43-49.*

Assessed the extent to which attitudes to women in society are predicted by the personality trait social dominance orientation (SDO) as well as the values of international harmony and equality (INT) and national strength and order. 129 Ss completed questionnaires measuring social dominance orientation, social values, attitudes toward women in society, social desirability. Sex differences were observed on INT and attitudes to women. Multiple regression analyses shows sex differences in the extent to which SDO predicted attitudes to women, while no support was found for the view that social attitudes are underpinned by both security and harmony values. The results are discussed with reference to social dominance theory and the nature of the security value domain.

Papworth, M. A., Milne, D. L., Taylor, K. (2001). Primary prevention of psychological difficulties in vulnerable mothers: Pilot programme evaluation. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(1), 51-56.*

Evaluated a primary prevention program delivered to 11 mothers who were considered to be vulnerable to the development of psychological difficulties. It was hypothesized that the program would have beneficial effects in terms of (1) reducing any existing mood symptomatology, improving coping style profile, and reducing levels of perceived need for support; and (2) reducing Ss' subsequent utilization of primary health care resources. Ss attended group meetings that targeted stress management and lifestyle change approaches, methods of facilitating social support, and methods of managing children's behavior. Also, a self-report questionnaire battery of standardized measures was administered, and Ss' general practitioner attendance was monitored. Beneficial effects were noted in terms of mood and coping, as well as a reduction in the mothers' attendance at their general practitioners' surgery.

Heim, D., Davies, J. B., Cheyne, B., Smallwood, J. (2001). Addiction as a functional representation. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11(1), 57-62.*

Examined how perceptions of the addicted state vary as a function of social conditions, personal circumstances, and type of substance. 144 17-37 yr old university students were presented with portrayals of drug users in which sex, drug type, and social setting were varied. A questionnaire determined the degree to which Ss thought that the person portrayed was (1) addicted, (2) prone to use drugs due to his/her personality, and (3) perceived as a problem to society. The pattern of results fits a functional model of the addiction concept rather than an attempt to describe an 'objective' state.

Fryer, D., McKenna, S., Hamerton, H. (2000). Taking a radical stance: Comments on Prilleltensky and Nelson, the commentaries and their reply. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(6), 497-500.*

Comments on the articles by I. Prilleltensky and G. Nelson (see record 2000-03486-001), P. M. Dud-ding (see record 2000-03486-006), H. Hunt and G. Crow (see record 2000-03486-008), T. MacKay (see record 2000-03486-007), J. Rappaport (see record 2000-03486-002, and G. Nelson and I. Prilleltensky (see record 2000-08966-006) concerning shifts in the priorities of psychological and social interventions for the well being of family and children. The authors believe that this collection of works is ideologically timid and started with a weak formulation and then became progressively weaker. In the authors view, Prilleltensky and Nelson's piece has a glaring omission of an exploration of the oppressive ideological underpinnings of the status quo and the unwitting collusion of many community and other psychologists.

Nesdale, D., Mak, A. S. (2000). Immigrant acculturation attitudes and host country identification. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(6), 483-495.*

Assessed the efficacy of a model predicting the host country identification of members of immigrant groups in Australia. The model proposes that host country identification is primarily determined by positivity of the immigrants' acculturation attitude towards living according to the standards and values of the host country. The study included 602 adult immigrants from a number of countries (Vietnam, People's Republic of China, Hong Kong, Taiwan, Sri Lanka, and New Zealand), which varied in their cultural similarity to the host country, Australia. Results from a multiple regression

analysis of participants' questionnaire responses revealed good support for the model. Results indicate that acculturation attitude towards Australia were the strongest predictor of host country identification, followed by acceptance by Australians, while extent of ethnic involvement was a significant negative predictor. The results also reveal ethnic identification as a significant positive predictor of host country identification. The importance of the relationship between acculturation attitudes and identification is discussed, together with immigrants' identification processes towards their ethnic group and the host country.

Joseph, S., Mynard, H., Mayall, M. (2000). Life-events and post-traumatic stress in a sample of English adolescents. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(6), 475-482.*

Investigated the lifetime prevalence of negative life-events and their association with post-traumatic stress in English adolescents. Of the 427 11-16-yr-old adolescents surveyed, results show that 360 (84%) endorsed at least 1 negative event. Respondents were asked to complete the Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner and Alvarez, 1979) for each event that they endorsed. Results indicate that for boys, highest levels of post-traumatic stress were found in those who had experience of a 'family member with a drink or drug problem', followed by 'parental separation or divorce', 'life threat to family member', and 'life-threat to self'. For girls, highest levels of post-traumatic stress were found in those who had experienced 'attack or physical assault to self', followed by 'family member with drink or drug problem', 'parental separation or divorce', and 'life threat to family member'.

Cramer, D. (2000). Social desirability, adequacy of social support and mental health. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(6), 465-474.*

Determined the extent to which the association between satisfaction with social support and mental health was due to social desirability. Whether this association differed between those high and low on social desirability was also examined. Measures consisted of the Crowne-Marlowe Scale, the Adequacy of Social Integration and Attachment Indices, the General Health Questionnaire, the Zung Self-Rating Depression Scale and four scales from the Delusions-Symptoms-States Inventory. The sample was comprised of 132 women (mean age of

29.11 yrs) and 93 men (mean age of 36.29 yrs) randomly drawn from a larger sample of 756 selected at random from the Canberra electoral roll. Results indicate that although social desirability was positively associated with satisfaction with social support and mental health, the association between mental health and satisfaction with social support was little reduced when social desirability was controlled, indicating that social desirability did not account for the association between social support and mental health. The association between satisfaction with social support and mental health did not differ between those high and low in social desirability.

Comer, L. K., Henker, B., Kemeny, M., Wyatt, G. (2000). Illness disclosure and mental health among women with HIV/AIDS. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(6), 449-464.

Examined 2 contrasting models of the relationship between illness disclosure and mental health among an ethnically-diverse group of women with HIV/AIDS. In the 1st model, illness disclosure predicts enhanced mental health status. In the 2nd, based on the stigmatization that accompanies HIV/AIDS infection, illness disclosure predicts poorer mental health. The authors also explored an alternate interpretation for this 2nd model, namely that the mental health status of participants is predictive of their levels of disclosure. 176 women (mean age of 36.55 yrs) from 3 major ethnic groups were interviewed and assessed during the baseline visit for a comprehensive longitudinal study. Results indicate that these women constituted a highly-disclosed population; over one-third of them had disclosed their HIV status to their entire social networks. Contrary to expectation, disclosure was unrelated to mental health among the African-American and European American women. Among the Latina women, however, greater disclosure was related to higher levels of depression, psychological distress, and reported pain. Regression analyses controlling for age, education, and illness severity showed that disclosure makes a small but independent contribution to the prediction of mental health status.

Salmi, S., Voeten, M. J. M., Keskinen, E. (2000). Relation between police image and police visibility. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(6), 433-447.

Builds a model for the public image and visibility of the police. Questionnaire data was obtained from a sample of 3,271 adults (aged 19+ yrs) and 986 youngsters (aged 14-19 yrs) from 2 Finnish cities. Using multi-sample structural equation modelling, a 4-factor model with 2 image factors (Friendliness and Closeness) and 2 visibility factors (Patrol-Car-Related and Police-on-Foot Activities) was confirmed by the data. Results indicate that for both adults and youngsters, seeing police-on-foot activities was positively correlated with both image factors, while seeing Patrol-Car-Related Activities was negatively correlated with police image. Relationships of explanatory variables with image factors were to a large extent but not completely mediated by the visibility factors. Some differences were found between adults and youngsters in factor means and in regression relationships. Quality of police visibility proved to be an important factor from the point of view of community policing, in which one of the main purposes is to improve the relationship between the police and the public.

Deaux, K. (2000). Surveying the landscape of immigration: Social psychological perspectives. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(5), 421-431.

Introduces 3 general themes to illustrate the kinds of social psychological issues that the study of immigration raises. The 1st issue concerns the possible bases of social comparison that members of immigrant groups use. The 2nd topic deals with the negotiation of multiple identities, as members of immigrant groups consider which ethnic identities they wish to claim and how those choices are manifested. 3rd, the context of immigration and identity negotiation is discussed, underlining the importance that other people and institutions play in the immigrants experience.

Chryssochoou, X. (2000). Memberships in superordinate level: Re-thinking European union as a multi-national society. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(5), 403-420.

Examined how people give meaning to the social categories they belong to in the context of superordinate group formation. The context of investigation is the European Integration. Ss were Greek and French nationals aged 28-50 yrs. First, the lay theories within which the social categories acquire their meaning were investigated through the analy-

sis of qualitative data. 37 open-ended interviews (19 French, 18 Greeks) were analyzed using an interpretative phenomenological approach (J. Smith et al., 1999). Second, a questionnaire type study investigated the perception of the status-position of each national group (n = 293, French 145, Greeks 148). It is argued that, within commonly shared theories about European integration, the status-position of the subgroups guides the selection of elements upon which different representations of social categories are constructed.

Chryssochoou, X. (2000). Multicultural societies: Making sense of new environments and identities. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(5), 343-354.*

Discusses theoretical issues linked to the study of identities and intergroup relations within multicultural societies. The issues discussed concern how identities acquire meaning in contemporary societies where events in the social context challenge identities and redefine the boundaries of the social groups. More specifically the processes involved in the formation of new identity categorizations and the structure of identity are discussed. Two arguments are developed. Firstly, that within multicultural societies one should study the systems of categorization and the new psychological boundaries within the wider theories about the world people elaborate and share. Secondly, it is argued that since people's identities reflect social relationships, elements of the structure of common identities might be shared.

Timotijevic, L., Breakwell, G. M. (2000). Migration and threat to identity. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(5), 355-372.*

Examined threats to identity experienced by migrants who have encountered radical socio-political upheaval. It is argued that migration, following massive societal change, is associated with disruption that is likely to be undesired and, even when it is desired, because it is substantial, threatens identity definition and evaluation. In this study, the emotional and cognitive experience of threat to identity described by 24 17-50 yr old immigrants to Britain from the former Yugoslavia, following the outbreak there of civil war is investigated. The authors examine how these interviewees engage in a meaning-making process, negotiating their position amid a complex system of group categoriza-

tions and cultural values in order to retain their sense of self-efficacy, continuity, distinctiveness and self-esteem. Identity Process Theory (G. M. Breakwell, 1986) is used to interpret the findings. The authors also show how strong emotional reactions surround alterations in identity meanings following severe threats that are consequent upon major life changes.

Triandafyllidou, A. (2000). The political discourse on immigration in Southern Europe: A critical analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(5), 373-389.*

Analyzes the political discourse on immigration in Greece, Italy and Spain, with a view to highlighting how discourse is organized and, in particular, the use of ingroup and outgroup categories in it. It is hypothesized that immigrants are defined as alien and attention is paid to discursive strategies used to make sense of the relationship between nationals, the ingroup, and immigrants, the outgroup. Ingroup-outgroup representations and the social or psychological features attributed to each group are examined. Moreover, the paper investigates the appeal to moral or political principles as a means to justify opinions, arguments or policy measures and the use of „subtle racism“ strategies. The author highlights the commonality of identity processes activated in different social-historical contexts and analyzes the connection between ingroup-outgroup representations and the specific historical legacy and socio-economic reality of a given country. The study of social psychological identity processes is put into its social-political context from a comparative perspective. The commonality between identity processes developed in different country contexts but also the difference generated from the specific national, historical and socio-economic conditions of each country are discussed.

Philogene, G. (2000). Blacks as 'serviceable other'. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(5), 391-401.*

Notes that the American experience teaches us that integration is not just mere proximity, but an active process based on joint participation and mutual acceptance. This paper analyzes the integration of voluntary immigrants who, while maintaining their cultural distinctiveness, have come to share the „American dream“. 143 ethnically mixed Americans who were not of African origin participated in a study of name preferences concerning the deno-

mination applied to Americans of African descent. Ss were asked to rank several denominations used for Americans of African descent in association with different questions. Results show most preferences oriented themselves towards either African American and Black. It is suggested that the data show that the insertion of so many different groups of immigrants coming from all corners of the world into American society may well play an important role in the transformation of the Black-White dynamic. By reconstructing their own cultural distinctiveness, like other groups, in juxtaposition to America, some Blacks have transformed themselves into African Americans to achieve the same level of integration.

Campbell, C., Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: Towards a social psychology of participation. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(4), 255-270.

The concept of „community participation“ plays a central role in policies and interventions seeking to reduce health inequalities. This paper seeks to contribute to debates about the role of participation in health by suggesting how social psychological concepts can add to the theorization of participation. It criticizes traditional concepts of development and introduces some of the challenges that are present for development and community theorists in conditions of rapid globalisation. The paper proceeds to demarcate the space which a social psychology of participation occupies within the terrain of existing research into the health-society interface. The concepts of empowerment and social capital are identified as important starting points to address the relative lack of social psychological attention to community-level determinants of health. It is suggested that social identities, social representations and power are crucial elements for constructing a social psychology of participation. The paper concludes by highlighting the vital link that should exist between the development of theory and practical interventions.

Hayes, G. (2000). The struggle for mental health in South Africa: Psychologists, apartheid and the story of Durban OASSSA. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(4), 327-342.

The article provides a critical account of the way in which a group of South African psychologists and

other mental health workers sought to use their professions as instruments of resistance to apartheid. Through recounting the history of the Durban branch of the Organisation for Appropriate Social Services in South Africa (OASSSA), a progressive anti-apartheid „social service“ organisation, the aims of the paper are two-fold: firstly, to suggest some of the ways in which the practice of this broad-based mental health and social service organisation challenged mainstream psychological thinking and began to develop some progressive psychological practices within the conditions of apartheid repression and violence; and secondly, to note some of the difficulties and contradictions that arose in OASSSA's work with working class communities, given that the organisation's membership was largely made up of middle-class academics and professionals. The paper concludes with a critical discussion of the extent to which the group succeeded in achieving its goals of (i) service delivery, (ii) the political mobilisation of psychologists, and (iii) the challenging and critical redefinition of the terrain of psychological practice in South Africa.

de Fatima Quintal de Freitas, M. (2000). Voices from the south: The construction of Brazilian community social psychology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(4), 315-326.

This paper focuses on community psychology practices developed in Brazil in the last 4 decades. These practices are situated in different historical periods in order to identify the paradigms and the theoretical and methodological aspects that have guided them. The paper outlines a debate between „old“ and „new“ community psychological practices and their corresponding philosophical foundations with the objective of establishing the elements that demarcate the Latin American experience in community social psychology. It is argued that there are philosophical and political differences between community social psychology and other psychological practices. The paper also discusses the possibilities and dangers associated with the work of community social psychology as it responds to demands of both civil society and neo-liberal governments.

Wagner, W., Duveen, G., Verma, J., Themel, M. (2000). „I have some faith and at the same time I don't believe“ - cognitive polyphasia and cultural change in India. *Journal of Community and*

Applied Social Psychology, 10(4), 301-314.

Issues of community and health are tightly linked to local cultures and to the system of traditional representations about health and illness. These systems, however, are rarely static, but are in constant flux through economic and technological development--what is often called „modernization“-that entail new representations becoming part of everyday thinking. In this process the novel often plays the role of an icon of modernity in situations that evoke the idea of progress, while the traditional prevails in more static social structures such as the family. This co-existence of rarely compatible representations is called cognitive polyphasia. The present interview study investigates the way 39 residents of the North-Indian city of Patna cope with contradictions implied by traditional and Western psychiatric notions of mental illness, their etiology and treatment. It is shown that each of the 2 ways of thinking is situated and used in specific social settings.

Flowers, P., Duncan, B., Frankis, J. (2000). Community, responsibility and culpability: HIV risk-management amongst Scottish gay men. Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(4), 285-300.

This paper draws upon a qualitative study of Scottish gay men's understandings of HIV testing to explore the importance and changing understandings of „community“ within gay men's HIV risk-management. 19 men took part in one-to-one interviews, and 18 men took part in focus group discussions concerning HIV testing, HIV status and HIV risk-management. These discussions were subsequently analyzed for recurrent themes using Interpretive Phenomenological Analysis. The authors focus on the ways in which new health technologies have afforded a process of othering: creating the social exclusion of known or assumed HIV positive men, and thus contributing to the fragmenting of the gay community. Further, it is argued that, through shifting HIV avoidance mechanisms from their originally collective level to that of the individual, such technologies have had the unintended consequence of facilitating inadequate lay constructions of risk-management, potentially putting gay men at risk of HIV infection.

Ramella, M., de-la-Cruz, R. B. (2000). Taking part in adolescent sexual health promotion in Peru: Community participation from a social

psychological perspective. Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(4), 271-284.

This paper revisits the field of community participation in health promotion as understood from the viewpoint of social psychology. It discusses ongoing dialogues between health promotion policy discourses in relation to community involvement in development theoretical and practical contributions of social psychology in this respect. A community-based adolescent sexual health promotion initiative taking place in highly deprived communities in Peru serves as a case study to illustrate the approach. Findings are discussed with respect to the outcomes achieved, the light shed on the understanding of adolescent sexual health, and the impact on the adolescents partaking of the project. In the light of the results of the practical implementation of the theoretical approach outlined, the paper argues that social psychology is well positioned to contribute to community development, in particular to improving understanding and aiding of social processes of participation and change. Areas that require further research both at theoretical and at practical levels are identified and discussed.

Mason, J., Morris, L. (2000). Improving understanding and recall of the probation service contract. Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(3), 199-210.

The role of the probation service within the Criminal Justice System is to provide support to probationees so they can serve out their probation orders in accordance with certain regulations. These regulations are expressed in a formal contract. The current article reports an assessment of the readability of the current Kent Probation Service's users' contract. A Flesch (1948) analysis of the original document indicated that it required an IQ of 111+ for full comprehension. Using several criteria suggested by the Flesch formula and other literature, the document was revised to improve its readability. Analysis revealed the revised document to require an IQ of 84+ for full comprehension, indicating that the revised contract should be considerably easier to understand than the original. An exploratory study using 22 participants (mean age 41.1 yrs) recruited from an unemployment project revealed that both understanding and recall were significantly greater for the revised contract than for the original. It is concluded that in assessing readability of written materials, it is important that (in conjunction with a Flesch analysis) documents are actually tested on the intended readership.

Philip, K., Hendry, L. B. (2000). Making sense of mentoring or mentoring making sense? Reflections on the mentoring process by adult mentors with young people. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(3), 211-223.*

Examines the processes of mentoring from the perspectives of adult mentors who were interviewed as part of a wider study of young people's perceptions and understandings of informal mentoring processes. This study seeks to clarify the concept and the processes of mentoring by providing insights into youth mentoring through the perceptions of both 30 young people (aged 13-18 yrs) and 30 adult mentors as revealed in a series of in-depth interviews. What do mentors get out of the mentoring relationship? Findings from a qualitative study of informal mentoring relationships are drawn on to suggest that the mentors perceive the experience of being identified as a mentor and the processes of mentoring in highly positive terms. It is argued that this provides a form of 'cultural capital for mentors' in helping them to make sense of the challenges and dilemmas they face as adults. It is concluded that this finding has important implications for the design of mentoring interventions with young people.

McClelland, L. Reicher, S., Booth, N. (2000). A last defence: The negotiation of blame within suicide notes. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(3), 225-240.*

Presents a discursive analysis of 172 suicide notes left by 120 suicide victims. Instead of searching for the underlying psychological reasons for suicide in the content of notes, the authors argue that such notes should be viewed as acts of communication which serve to manage the blame accorded to both author and recipients of the suicide note. Consequently notes may provide evidence of socially shared beliefs as to when suicide is more or less acceptable. The analysis largely confirms this approach. It is found that matters relating to blame are referred to more frequently than any other issue (87% of notes). The precise arguments which are used to justify the actions of both self and others are then described in detail and some evidence is provided that the nature of these arguments may vary as a function of the social position of the author and also the identity of the recipient. The implications of these findings, and for a general use of a discursive approach to suicide, are then discussed.

Liebkind, K., Haaramo, J., Jasinskaja-Lahti, I. (2000). Effects of contact and personality on intergroup attitudes of different professionals. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(3), 171-181.*

Examines the effects of intergroup contact (IC), personality, and demographic characteristics on the intergroup attitudes of 421 police officers, medical doctors and nurses (mean age 41.2 yrs). Following the contact hypothesis, IC in and of itself was not expected to be sufficient for reducing intergroup prejudice, especially in unequal contacts between professionals and their clients. It was argued that the quality of contact required for the improvement of intergroup attitudes is not equal status or emotional closeness of the participants, but rather that of individuation and familiarity of the outgroup member. The results showed that both level of authoritarianism and individuation of an outgroup member affected intergroup attitudes across all types of contact. For authoritarianism, this result did not hold separately for males, but the individuation effect was very stable; those who knew an outgroup member only superficially held more negative intergroup attitudes than those who knew him or her well, even in unequal and non-voluntary contacts, and even when controlling for authoritarianism, gender, education and professional field. The effect was non-significant in voluntary contacts.

Pedersen, A., Walker, I. (2000). Urban Aboriginal-Australian and Anglo-Australian children: In-group preference, self-concept, and teachers' academic evaluations. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10(3), 183-197.*

The in-group preference and self-concepts of urban Aboriginal-Australian and Anglo-Australian children have never been compared, nor their relationships to teachers' evaluations of academic performance. In this study, 60 Aboriginal and 60 Anglo children aged 6-12 yrs were tested on in-group preference; children aged 8+ were tested on self-concept. Also, their teachers evaluated them on their general academic performance. Results indicated that Anglo children showed greater in-group preference and scored higher on teacher evaluations than Aboriginal children, although there was no difference on self-concept. No correlation existed between in-group preference and self-concept. It was concluded that the problems faced by Aboriginal children are only likely to be alleviated by a

great deal of structural change.

Journal of Prevention and Intervention in the Community

Keys, C. B., Factor, A. R. (2001). Building community coalitions with people with disabilities and their families: An empowerment approach. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(2), 91-112.

Questions how community professionals can help build coalitions that empower members of marginalized groups. The authors examine the building of rural, suburban, and urban coalitions on aging and developmental disabilities that sought to empower people with disabilities and their families. The coalitions addressed 4 issues: identifying local leaders, recruiting people with disabilities and family members, creating the chemistry of collaboration, and sustaining coalition activities. It is noted that in order to empower members of marginalized groups, a critical mass of coalition leaders and members need to intend and then act to empower. 13 propositions are advanced concerning building empowering community coalitions.

Dowrick, P. W., Power, T. J., Manz, P. H., Ginsburg-Block, M., Leff, S. S., Kim-Rupnow, S. (2001). Community responsiveness: Examples from under-resourced urban schools. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(2), 71-90.

Notes that the ability of university-based programs to be responsive to the community takes more than good will and topical expertise. The needs are more pressing than ever in urban schools in low income communities, where students with disabilities receive the least resources. This article describes a 6-element approach of community responsiveness applied in the context of elementary schools. These elements include (1) community identification of its needs and strengths; (2) establishing a place in the system; (3) working as a resource; (4) building community capacity; (5) creating and using positive images; and (6) data-based, participatory evaluation. The authors illustrate this approach with the Accelerated Community Empowerment Reading (literacy) and Playground, Lunchroom, And Youth Survival (safe and productive recess) programs. These programs are fully inclusive of children with and without identified disabilities, and are designed to reduce the likelihood of special education classifications.

These main outcomes indicate the potency of community capacity building on student, school, and systems development, using criterion-based monitoring and positive frameworks.

Balcazar, F.E., Keys, C. B., Suarez-Balcazar, Y. (2001). Empowering Latinos with disabilities to address issues of independent living and disability rights: A capacity-building approach. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(2), 53-70.

Notes that Latinos with disabilities have historically been underrepresented in efforts to set the disability agenda and promote disability rights. This manuscript describes a capacity-building approach to community empowerment. The goal was to empower Latinos with disabilities, increasing their degree of control over services and decisions that directly affect them. The capacity-building approach is grounded in a contextual/behavioral model of empowerment of people with disabilities. This approach emphasizes developing partnerships with local advocacy organizations and encourages active participation of people with disabilities and their families in identifying and addressing their own needs. Such capacity-building includes 6 steps: (1) community entry and project planning; (2) identifying community concerns and strengths; (3) community organizing; (4) action planning; (5) monitoring and feedback; and (6) sustaining community organizing efforts. The authors illustrate the process with an example of an effort to promote compliance with the American with Disabilities Act in the Latino communities, which resulted in over 70 actions and 24 outcomes over a period of 10-16 mo.

Jason, L. A., Kolak, A.M., Purnell, T., Cantillon, D., Camacho, J. M., Klein, S., Lerman, A. (2001). Collaborative ecological community interventions for people with chronic fatigue syndrome. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(2), 35-51.

Notes that a key value of community psychology research is the collaborative relationship between researchers and the actual groups under study. This article provides an example of a long term, multi-dimensional, collaborative, and ecologically-

oriented research and action approach. This collaboration involved researchers and students at an urban university and a self-help organization of patients diagnosed with chronic fatigue syndrome. Epidemiological research and needs assessments laid the foundation for advocacy and program development efforts. These efforts in turn gave rise to further, more focused research and evaluation. It is concluded that the social construction of knowledge and the initiation of social change from an ecological perspective best involves interdisciplinary and community collaboration.

Mince, J. (2001). Integration of the family therapy specialist into public school pupil personnel services. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 139-157.

The integration of a full-time family counseling specialist into the Pupil Personnel Service (PPS) Team of the modern public school is described. The roles of the present specialists are delineated as well as the problems inherent within the present PPS Team. Inclusion of a family counseling specialist on the PPS Team would help schools avoid the antagonist position they find themselves in when a family opposes their suggestions and interventions. In such cases, the PPS Team attempts to wrest control of the case from the parents which subjugates the family, limiting the family's inherent resilience and strength. The family comes to resent the PPS Team, seeing them as blameful and controlling. Conversely, the PPS Team comes to resent the family, claiming it is „dysfunctional“ in some way and using diagnostic labels to satisfy themselves that their „expert“ actions are justified. This antagonist position in the schools arises more out of fear of litigation than good case management. The author proposes a new integration of family system and school system. Creation of a family counseling specialist who is highly trained in systems, narrative and structural/strategic family therapy could ameliorate this antagonist problem.

Dowrick, P. W., Keys, C. B. (2001). Community psychology and disability studies. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(2), 1-14.

Notes that both the field of community psychology and the disability rights movement, including the field of disability studies, have been growing over the last 30 yrs. While common values, principles, and strategies have emerged within these 2 fields,

they have often emerged independently and in ignorance of each other. Recognition of the value of community psychology perspectives on disabilities and community action is the motivation both for this special volume and for the disability interest group of the Society for Community Research and Action. In this article, the authors examine the action steps different authors have identified as important in responding effectively to community needs. The authors identify a general model and 3 settings which require an adaptation of this general model. These settings differ in the extent to which the recipients (consumers, people with disabilities) are already established as a community, and the extent to which providers (agencies, government) have established relationships with that community. The authors offer concluding comments regarding collaboration and knowledge sharing between the field of disability studies and community psychology.

White, G. W., Nary, D. E., Froehlich, A. K. (2001). Consumers as collaborators in research and action. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(2), 15-34.

Discusses the role of consumers as collaborators in disability research conducted in the community. A comprehensive model of participatory action research is described and illustrated with research and training projects conducted in a collaborative arrangement between researchers and a Consumer Empowered Team. This paper describes how adherence to the model could be conducted in actual research and training settings and produce outcomes valued by the consumers at whom the interventions were targeted. The advantages and caveats to using the consumer as collaborator approach are discussed.

Grass, R., Weinstein, E., Feigenbaum, R. (2001). A research revolution in women's health: Implications for health service delivery. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 9-27.

Women's health research initiatives are emerging with evidence that there are unique diagnosis and intervention factors that provide a window into the specific health needs of women. The evidence of the need for this gender-specific research is being spurred by the establishment of The Office of Research on Women's Health by the National Institutes of Health. A review of some of the more cur-

rent and salient research findings that apply to women's health and the health needs of women in different lifestyles, at different stages of the life cycle, is discussed. Also considered are women's roles in the health service delivery system and where they fit into the provision of services within the context of women's styles of accessing and using health care. Self-help and other support programs will be described as they apply specifically to women and a case will be made for providing comprehensive, multi-systemic women's health services in one facility at the community level through an overview of some of the more current and successful models.

Freshman, A., Leinwand, C. (2001). The implications of female risk factors for substance abuse prevention in adolescent girls. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 29-51.

Trends in substance abuse prevention have not adequately addressed the needs of girls and female adolescents. The precursors to substance use and abuse in adolescence are analyzed specifically from a gender-specific perspective. Female drug use as both a maladaptive and adaptive pattern of coping behavior is examined within a sociocultural context. This new understanding points to the need for alternative models of prevention with particular attention to risk, resiliency and protective factors. The expanded role of the family therapist as „Family Life Cycle Specialist“ within a prevention model is highlighted.

Smith, D. M., Donnelly, J. (2001). Adolescent dating violence: A multi-systemic approach of enhancing awareness in educators, parents, and society. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 53-64.

Until recently, mental health professionals have given little attention to the growing phenomenon of adolescent dating violence (ADV). Although society has given increased attention to the problem of domestic violence, it has been reluctant to acknowledge that adolescents are the fastest growing population at risk. The sad truth is that 1 in 8 high school students and 1 in 5 college students will become involved in violent relationships (Jersey Battered Woman's Service, 1995). It is also horrifying that ADV often leads to murder. In 1993, 600 teenage girls were murdered by their partners. According to FBI reports, 20% of all female homicide victims are between the ages of 15

and 24 and 1 out of 3 female homicides is committed by the victim's husband or boyfriend. This article explores the subject of ADV and examines the elements which distinguish ADV from domestic violence, the three forms of ADV, the cycles of abuse involved in ADV, the reasons for the occurrence of ADV, useful intervention and prevention methods, and different social policies which should be implemented to combat adolescent dating violence.

Gassman, J. D. (2001). Geriatric care management: The art of growing older. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 65-78.

As the elder population increases, providers and clinicians are seeing older patients with greater frequency. The present article describes the family issues that arise with older patients with a chronic illness. The problems are presented in terms of the elder person, the caregiver, and the family. A model of geriatric care management is presented, using a case example of an 86-yr-old female patient with chronic mental illness.

Lazow, R. B. (2001). Alcohol and other drug problems in older adults: Health and human service professionals need to be aware. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 79-96.

While there is considerable awareness and knowledge on the part of the health and human service community on the problems of the misuse and abuse of alcohol and other drugs in the general population, this unfortunately often does not extend to older adults, those who are 60+ yrs old. Problems with alcohol and other drugs in older persons is in itself not a sudden crisis or new problem. However, as with any health problem affecting a specific demographic group, when the problem is not recognized and appropriately dealt with the repercussions pose greater risks for the individuals with the problem as well as for the larger community. This is particularly true in regard to older adults where natural physical changes and increased age related health risks can only be exacerbated by the misuse and abuse of substances.

Maione, P.V., Bamond, R. (2001). Order and the court: Preliminary ideas on family therapy with divorcing couples. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 97-

112.

The days when psychotherapy was practiced as a lone endeavor are nearly gone. Today therapists, particularly family therapists, interface with a variety of other community professionals; many of these professionals are from our legal system. Judges, attorneys, and guardians are calling on the expertise of family therapists to assist with difficult cases. A relatively new population of clients being seen by family therapists are parents involved in the divorce process who are struggling to work out issues regarding their children. Court-ordered therapy is now required for many divorcing couples. The authors describe their work with parents who are court-ordered to therapy for issues regarding the well-being of their children. In addition to describing their working assumptions and therapeutic techniques, the authors explore the common pitfalls of working with families court-ordered to family therapy.

Atwood, J. D. (2001). The family therapist in the courts: The P.E.A.C.E. program (Parent Education and Custody Effectiveness): A voluntary New York State interdisciplinary program for divorcing parents. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 113-124.

This article describes the Parent Education and Custody Effectiveness Program (PEACE), a series of interdisciplinary educational seminars for persons going through the divorce process; reports on the results of three PEACE Program pilot studies that occurred in New York State; and describes the crucial role of mental health professionals in this program. Data were collected from 38 participants in 3 of the pilots; program evaluation of the PEACE program and preliminary results of the pilots and participation in PEACE are given. Implications and the future direction of the PEACE program, as well as the roles of the marriage and family therapist and other mental health professionals in the program, are also provided.

Gelormino, J. E. (2001). Reconstructing the „monsters“ and the „failures“: Concerns and issues for professionals. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 21(1), 125-138.

This article explores the notion that family therapists, specializing in systems theory and parent education, are professionals, who are suited to help parents and school personnel interact with children

in constructive and meaningful ways that promote development and minimize negative labeling. Family therapists can help the parent/teacher/administrator view the interactions among the components of the child's support system as dynamically interacting with one another and the child, and thus, strengthen the school-parent-community triad. Therapists, working collaboratively with early childhood developmental education professionals, can assist adults in aligning their assessment and expectations of children with developmental understandings, thereby modifying the behaviors on the part of the adults, and ultimately eliciting more appropriate responses on the part of the children. The case material offered in this article presents ways in which family therapists can collaborate with education professionals and families in fostering the strength of the family-school-community relationship, and ensuring situations that are more child-friendly and developmentally appropriate.

Bouchard, G., Lee, C.M. (2000). The marital context for father involvement with their preschool children: The role of partner support. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 37-53.

Examined the influence of the marital relationship on fathers' involvement with preschool children in dual-income families. The father's role was examined in terms of what he does with his children, his sense of competence in child-related activities, and his satisfaction in the parental role. Couple variables included marital satisfaction, dimensions of the couple relationship, and partner support. Measures included the Marital Adaptability and Cohesion Scales III and other scales designed for the study. Fathers (aged 25-48 yrs) reported that they were frequently involved in disciplining their children, often helped them in their daily routines, and occasionally got up at night with them. Fathers' sense of competence in the paternal role was predicted by marital satisfaction and the perception that their partners view them as competent fathers. Fathers' satisfaction in the paternal role was predicted by marital satisfaction and adaptability within the couple relationship. These results highlight the marital relationship as an important context for the quality of men's experience in their fathering role. Implications for programs promoting father involvement are discussed.

Grant, K., Poindexter, L., Davis, T., Cho, M-H.,

McCormick, A., Smith, K. (2000). Economic stress and psychological distress among urban African American adolescents: The mediating role of parents. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 25-36.

Tested the hypothesis that maternal depression and negative parenting mediate the relationship between economic stress and psychological symptoms among urban African American youth. Two distinct economic stressors were examined: (1) acute economic loss and (2) chronic economic strain. Each of these economic stressors was expected to predict maternal depression, which, in turn, was expected to predict negative parenting, which, finally, was expected to predict adolescent symptoms. Ss included 50 11-15 yr olds and their mothers. Mothers completed 2 measures of economic stress, the Beck Depression Inventory, the Parenting Practices Questionnaire, and the Child Behavior Checklist. Results suggest that maternal depression and negative parenting partially mediate the relationship between economic stress and adolescent psychological symptoms among urban African American youth. Directions for future research and intervention implications are outlined.

Jones, C.-W., Unger, D. G. (2000). Diverse adaptations of single parent, low-income families with young children; Implications for community-based prevention and intervention. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 5-23.

Identified distinct family caregiving structures among low-income single parent families. The relationships between these structures and family needs, social resources and family functioning were described. 218 unmarried low-income, primarily African-American mothers (aged 15-63 yrs) whose children (aged 1-5 yrs) were enrolled in community-based early childhood programs were interviewed. While global measures of functioning or distress were unrelated to type of family caregiving structure, there were significant differences with respect to specific sources of stress or conflict, stability of the caregiving structure across time, and perceived sources of primary support. Implications of these findings are discussed with respect to planning community-based services that build upon and strengthen family competencies.

Goyette-Ewing, M. (2000). Children's after

school arrangements: A study of self-care and developmental outcomes. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 55-67.

Developmental correlates of children's after school arrangements were examined with suburban 7th graders and their mothers. Specific factors studied included problem behavior, school achievement, susceptibility to negative peer pressure, substance abuse, and the potential benefits of self-care related to children's adaptive behavior skills and competence. Self-care children identified as unsupervised and „hanging out“ had more difficulties than supervised children or unsupervised self-care children „at home“ in terms of school achievement, susceptibility to peer pressure, self-reported behavior problems, and experimentation with alcohol. The study failed to identify any benefits of leaving children unsupervised after school in terms of adaptive behavior or competence. The findings have implications for providing more supportive services to working families as a means of increasing family competence.

Speer, P. W., Esposito, C. (2000). Family problems and children's competencies over the early elementary school years. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 69-83.

Problems experienced by families from a sample of at-risk, urban children were observed and recorded by social workers over a 2-yr period. Four groups of families were distinguished through social worker case notes based on family problems and needs; families were grouped into stable high needs, stable low needs, change for better, and change for worse categories. Children were then followed for 3 yrs, from the beginning of kindergarten to the end of 2nd grade, and assessed on classroom competence and academic achievement outcomes. Classroom competence included the teacher's rating of both the child's social skills in the classroom and the academic competence of the child. Academic achievement included a standardized assessment of both math and reading skills. Results indicate that children from families with stable low needs consistently perform with more competence in the classroom than children from families with stable high needs or those whose need status increased. Children from families with stable high needs score comparably to children from families with stable low needs on math, and no difference between groups was found in read-

ing. Implications of these findings for strengthening family competence are discussed.

Primavera, J. (2000). Enhancing family competence through literacy activities. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 85-101.

Describes the range of positive family outcomes found when the parents of low-income preschoolers engage in literacy activities with their children. 100 parents attended a series of family literacy workshops designed to instruct parents on the use of effective book sharing techniques to use with their children. The goal of the program was to increase the children's school readiness and emergent literacy skills by training parents to be more effective and self-confident „first teachers“ of the type of literacy skills necessary for early school success. Parents reported that both the amount of parent-child book sharing increased and the time spent reading was more interesting and enjoyable. Children's language skills as well as their interest in books and learning increased. Benefits to the parents included enhanced self-esteem and self-confidence, increased knowledge of normative child development and sense of efficacy as a parent, better understanding of the importance of parental involvement, increased feeling of literacy competence and interest in improving their own education, and sense of increased social support. Other family members also increased their literacy activities. Family relationships, communication, and feelings of togetherness were also enhanced.

Patrikakou, E. N., Weissberg, R. P. (2000). Parents' perceptions of teacher outreach and parent involvement in children's education. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 103-119.

Investigated associations between parents' perceptions of various teacher outreach practices and self-reported parent involvement both at home and at school. A survey was administered to 246 parents whose children attended 1 of 3 inner-city schools in a midwestern city. Overall, large percentages of parents reported helping their children with schoolwork at home, whereas smaller percentages reported engaging in ongoing school communication with classroom teachers. Results also indicated that, even after controlling for diverse sociodemographic variables (e.g., the educational and employment levels of both parents, child's grade, gender, and race) the strongest predictor of parent involvement was the parents' perceptions of teacher

outreach. Specifically, the more parents perceived their child's teacher as valuing their contribution to their child's education, trying to keep them informed about their child's strengths and weaknesses, and providing them with specific suggestions to help their child, the higher the parents' involvement was both at home and at school. Implications for school-family partnership interventions are discussed.

Levine, E. B., Trickett, E. J. (2000). Toward a model of Latino parent advocacy for educational change. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 121-137.

Parent involvement in children's education has increasingly become a focus of research, policy, and practice that offers evidence of diverse benefits for families. A theoretical framework for understanding involvement of Latino parents was developed based on interviews with 14 Spanish-speaking parents from low-income backgrounds. Parent strategies for addressing school-related concerns emerged as a critical component of that theoretical framework. Discussion of individual and collective strategies and their contexts leads to suggestions for promoting effective engagement of parents from low-income, immigrant, and limited English proficiency groups.

Tebes, J. K., Irish, J. T. (2000). Promoting resilience among children of sandwiched generation caregiving women through caregiver mutual help. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 139-158.

Women who care for an older family member while also caring for a child under 18 years old living at home are known as sandwiched generation caregivers. These caregivers are at risk for health and psychosocial problems due to competing family role demands, and their children are at risk for poor adaptive outcomes due to their mothers' risk status. Mutual help was hypothesized to reduce caregiver risk, and thus, to promote resilience among caregivers' children. 87 caregivers (aged 28-59 yrs) were randomized into 2, time-limited, mutual help conditions and a no-intervention control condition, and then 1 child (aged 6-18 yrs) from each family was assessed at posttest and at a 6-mo follow-up. At posttest, children of caregivers participating in a mutual help group reported a significant decrease in depressive symptoms and the negative impact of caregiving, and were found

to exhibit increases in global functioning and social competence. In addition, the effects for social competence and the negative impact of caregiving were sustained at follow-up. These results are discussed in terms of their implications for theory and research in family caregiving, mutual help, and resilience promotion.

Brodsky, A. E., DeVet, K. A. (2000). „You have to be real strong“: Parenting goals and strategies of resilient, urban, African American, single mothers. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 159-178.

Explored the range of parenting goals and strategies in a sample of resilient, urban, poor, African American, single mothers. Transcripts of semi-structured interviews with 10 mothers (aged 26-46 yrs) of 4th-6th grade daughters were analyzed using a standard qualitative data analysis technique. Contrary to the negative stereotypes held about the parenting skills of poor, single mothers, these resilient mothers described a range of planfully implemented parenting strategies designed to respond to a variety of parenting goals, including protecting their children, instilling values, and disciplining misbehavior. Mothers used parenting strategies that were congruent with their goals, the neighborhood context, and particular child behaviors. Mothers primarily used verbal instruction to instill values, but utilized a wider range of strategies, including instruction, loss of privileges, and physical punishment to correct misbehavior and protect their children.

Canning, S. S., Fantuzzo, J. W. (2000). Competent families, collaborative professionals: Empowered parent education for low income, African American families. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 179-196.

A brief empowered parent education strategy was developed and evaluated on African American, Head Start parents (aged 20-64 yrs) against a conventional parent education approach. Parents who participated in this unique approach to parent education critiqued the content and process of a

conventional parent education strategy and collaborated with professionals to design and conduct their own culturally relevant parent workshop. Engagement for parents who participated in the empowered strategy was significantly greater than parents who participated in the conventional one. Content was judged as more relevant and presenter behavior was judged as more respectful than in the conventional approach. 90% of participants queried preferred empowered parent education when asked which workshop they would attend if given the choice. Implications for understanding the construct of empowerment as well as for the design and implementation of parent education strategies with low-income and minority parents are discussed.

Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., Rodriguez-Brown, F. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socioemotional adjustment in Mexican immigrant families. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20(1-2), 197-213.

Examined the hypotheses that (1) parental self-efficacy partially mediates the relationships between social support and both parental warmth and control and (2) these parenting variables relate positively to children's socioemotional adjustment. 93 1st-generation Mexican immigrant mothers (aged 18-52 yrs) of elementary school children were interviewed regarding social support, parental self-efficacy, parenting practices, and their child's socioemotional adjustment. Overall, results from path analyses suggest that, for Mexican immigrant families, social support relates to parenting practices partly because those with greater social support feel more efficacious as parents. Findings also showed that parenting characterized by warmth or control is associated with greater socioemotional adjustment among children. This research supports the idea that, for programs designed to influence parenting practices, simply providing social support may be less important than taking steps to enhance parental self-efficacy.

Prevention and Treatment

Hains, A. A., Jandrisevits, M. D., Theiler, S. C.,

Anders, K. (2001). On preventing mental disorders in school-age children. *Prevention and*

Treatment, Vol 4.

M. T. Greenberg, C. Domitrovich, and B. Bumbarger (2001) review the preventive intervention research targeting school-age children. Broadly based, universal prevention efforts, along with preventive interventions for internalizing and externalizing disorders, are presented. A variety of programs appear to have their intended impact, and Greenberg et al. identify developmental issues and risk factors for the interventions. A number of research and practical issues remain to be addressed. A clearer identification of target populations, performance of meta-analyses, and sensitivity to multicultural factors are avenues for further research. In addition, schools are identified as the likely environments for administering the prevention programs. Recognition of school variables impacting the delivery of the programs (such as who should be conducting the programs and unique problems facing urban schools) ought to be stressed.

Gillham, J. E., Shatte, A. J., Reivich, K. (2001). Needed for prevention research: Long-term follow up and the Evaluation of mediators, moderators, and lay providers. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

There as has been great progress in research on the prevention of psychological disorders in childhood. The programs reviewed by M. T. Greenberg, C. Domitrovich, and B. Bumbarger (2001) are promising. Most of the programs reduced risk factors and/or symptoms of psychological disorders. Despite this progress, however, there is little evidence for the prevention of psychological disorders. We outline several recommendations for future research, including some noted by Greenberg et al (2001). In particular, we emphasize the need for longer term follow-up, the evaluation of intervention ingredients, mediators and moderators, and the evaluation of intervention providers. These recommendations are illustrated with recent research on depression prevention. Finally, we discuss the need for more research on the prevention of internalizing disorders and the limits of current interventions designed to prevent depression in children and adolescents.

Kiselica, M. S. (2001). Overcoming barriers to the practice of primary prevention: An agenda for the mental health professions. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

'The Prevention of Mental Disorders in School-Aged Children: Current State of the Field,' by M. T. Greenberg, C. Domitrovich, and B. Bumbarger (2001), demonstrates that preventive interventions show great promise for enhancing the development of children. Yet, primary prevention is rarely practiced by mental health professionals. The barriers to the practice of prevention are described, and suggestions for overcoming these obstacles are offered.

Shure, M. B. (2001). What's right with prevention? Commentary on 'Prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field.' *Prevention and Treatment, Vol 4.*

Using a specific primary prevention program as a springboard, this article elaborates on some of the specific points highlighted by Greenberg and his colleagues' (M. T. Greenberg, C. Domitrovich, & B. Bumbarger, 2001) report on the state of the field of prevention of mental health disorders in children. My goal is to build on their comments and to provide additional ways to think about creating, conducting, and evaluating prevention research and programs.

Dadds, M. R. (2001). Fads, politics, and research: Keeping prevention on the mental health agenda. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

Comments on the review of school-based prevention programs presented by Greenberg, Domitrovich, and Bumbarger (2001). The recent history and current status of prevention research are discussed. It is argued that prevention science is currently on the political agenda but could easily fade out as it did after the 1970s. To keep it on the agenda, scientists and practitioners need to adopt a careful balance between scholarly and rigorous empiricism and enthusiastic dissemination and advocacy to the political and managerial powers. Other scientific and sociological issues, such as the use of theory, appropriate statistical techniques, and the personal ownership of preventive interventions, are briefly discussed.

Hudley, C. (2001). The role of culture in prevention research. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

Although in the U.S. the quality of children's mental health often lags behind their physical health, public policy and attitudes remain unresponsive to the pressing need for mental health education and treatment. Further, mental health concerns remain

a disproportionate challenge for some groups of children, particularly for children of color, urban residents, and girls. Researchers must therefore look carefully at the role of culture in prevention. This article considers the generalizability of the construct „culturally relevant pedagogy“ to the design of preventive interventions, using the development of the author's curriculum, the BrainPower program, as an example.

Lochman, J. E. (2001). Issues in Prevention With School-Aged Children: Ongoing Intervention refinement, developmental theory, prediction and moderation, and implementation and dissemination. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

This article provides a reaction to the excellent review article by M. Greenberg, C. Domitrovich, and B. Bumbarger (2001) of the effectiveness of prevention programs. The present article explores several of the key themes from the Greenberg et al. review and also examines several additional key themes. These themes include (a) the need for continual empirical refinement of interventions, even after initial efficacy studies have been completed; (b) the importance of developmental theory as a basis for preventive interventions and the sometimes contentious relationship between developmental theory and empiricism; (c) the need to examine predictors and moderators of intervention outcomes and the distinction between these two concepts; and (d) the need for rigorous research on the process of implementation and dissemination of preventive interventions.

Battistich, V. (2001). „Preventing mental disorders in school-aged children“: Commentary. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

This commentary on M. Greenberg, C. Domitrovich, and B. Baumbarger's (2001) review elaborates on several issues: (a) the importance of multiyear, primary prevention programs that target a range of developmental outcomes; (b) the general neglect of contextual influences on development in prevention theory and programs; (c) the need to broaden the range of outcome variables examined in program evaluations; (d) the importance of targeting core competencies in preventive interventions; and (e) the need to carefully assess program implementation during both demonstration trials

and program dissemination.

Walker, H. (2001). „Preventing mental disorders in school-aged children: Current state of the field“: Commentary. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

This article briefly reviews the factors leading to the growing pressures on schools to better accommodate the mental health needs of the approximately 20% of a typical school population who could qualify for mental health services. Assisting such students in achieving full engagement with the schooling process and improving their social, emotional, and behavioral adjustments can serve as a long-term protective factor against a host of adolescent risk behaviors. The comprehensive report of M. Greenberg, C. Domitrovich, & B. Bumbarger (2001) on effective, school-based intervention approaches is reviewed in terms of its impact on achieving these goals. This report is regarded as a major resource for educators and related services personnel in addressing the problems that the growing at-risk student population faces in the context of today's schools. Key features of the report are highlighted in this regard. The article concludes with a brief update on the First Step to Success early intervention program for addressing emerging antisocial behavior patterns at the point of school entry.

Greenberg, M. T., Domitrovich, C., Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment, Vol 4.*

The authors reviewed scores of primary prevention programs to identify preventive interventions that had undergone quasi-experimental or randomized trials and been found to reduce symptoms of psychopathology (aggression, depression, or anxiety) or factors commonly associated with an increased risk for later mental disorders. In this review, the authors identify and describe 34 universal and targeted interventions that have demonstrated positive outcomes under rigorous evaluation. The authors go on to examine common characteristics of successful prevention programs and make recommendations based on these characteristics for policy and practice in school- and community-based prevention of childhood psychopathology.

Directory der Gemeindepsychologen und Gemeindepsychologinnen

Stand Juli 2001

Atabay, Ilham

Pädagoge
privat: c/o Laskus, Carl-Orff-Bogen 101, 80939 München
dienstl.: Kreillerstr. 21, 81671 München
Tel.: privat 089-3110047, dienstl. 089-436908

Arbeitsschwerpunkte

Migrantinnen aus der Türkei. Kinder, Jugend und Familien. Islam, Interkulturelle Pädagogik

Neueste Veröffentlichungen

Ataby, I. (1998). *Das Familienleben türkischer Herkunft. 2. Generation*. Lambertus Verlag.

Auckenthaler, Anna, Prof. Dr.

Hochschullehrerin
Freie Universität Berlin
WE 09, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin
Tel.: 030 838 5752
Fax 030 838 4945
E-mail: auckenth@zedat.FU-Berlin.de

Arbeitsschwerpunkte

Klinische Psychologie; Supervision, Beratung, Psychotherapie

Laufende/geplante Projekte

Auswirkungen des „Essener Urteils“ auf die psychotherapeutische Versorgung

Neueste Veröffentlichungen

Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis, Organisation - Standards - Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer
Auckenthaler, A. (1996). Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions. Ein Esser, U., Pabst, H. & Speierer, .W. (Eds.). *The power of ther person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers* (55-64). Köln: GwG-Verlag

Bastine, Reiner, Prof. Dr., Psychologe

Professor
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Hauptstr. 47-51, 69117 Heidelberg
Tel.: 06221/547 349
Fax: 06221/547 348

Arbeitsschwerpunkte

Klinische Psychologie, Psychotherapie, Klinische Familienforschung, Familien-Mediation

Laufende/geplante Projekte

Familien-Mediation

Beerlage, Irmtraud, Prof. Dr.

Hochschullehrerin
FH Magdeburg, FB Sozial- und Gesundheitswesen
Maxim-Gathol.-Str. 31-37
Tel.: 0391/67 16320
Fax : 0391/67 16293

Arbeitsschwerpunkte

Coping insbes. kritische Lebensereignisse, Krisen in der beruflichen Sozialisation; chronische Erkrankungen; Versorgungsforschung; Gesundheitsförderung/-psychologie.

Laufende/geplante Projekte

geplant: Begleitforschung: Jugendhilfe in Sachsen-Anhalt; Coping: Leben nach Organtransplantation.

Neueste Veröffentlichungen

Beerlage, I. (1995). Handlungsforschung für HIV-infizierte Drogenabhängige. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.). *Gemeindepsychologie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven*. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band I (S. 55-82). Tübingen: DGVT.
Beerlage, I. & Eich-Hoehchli, D. (1995). Aspects of Coping - Introduction. In D. Friedrich & W. Heckmann (Hrsg.). *AIDS in Europe - The Behavioral Aspect*. Vol. 5 Care and CAre (129-131). Berlin: edition sigma.
Beerlage, I. & Eich-Hoehchli, D. (1995). Aspects of Coping - Conclusions. In D. Friedrich & W.-Heckmann (Hrsg.) *AIDS in Europe - The Behavioral Aspect*. Vol. 5 Care and Care (207-211). Berlin: edition sigma.

Behringer, Luise, Prof. Dr., Dipl.-Psych.

wiss. Angestellte
Frühförderung Bayern, Medizinische Abteilung
Seidlstr. 4, 80335 München
Tel.: 089-54589830
Fax: 089/54589839
e-mail: l.behringer@fruehfoerderung-bayern-med.de

Arbeitsschwerpunkte

Entwicklungspsychologie, Bindungstheorie und Interaktionsstörungen, Identität, Lebensführung, Alltag von Familien, Kooperation in der Frühförderung

Laufende/geplante Projekte

Forschungsprojekt „Modelle der Einbindung von medizinischen Berufsgruppen in der interdisziplinären Frühförderung“ (9/2000 - 8/2002).

Neueste Veröffentlichungen

- Behringer, L. (1998). *Lebensführung als Identitätsarbeit. Der Mensch im Chaos des modernen Alltags*. Frankfurt/New York.
- Behringer, L. (1998). *Lebensführung und Identität als alltägliche Gestaltungsaufgabe*. In *Gemeindepsychologie-Rundbrief* 2/98.
- Behringer, L. (2000). *Elternarbeit aus gemeindepsychologischer Perspektive*. In *fiduz – Infoblatt der medizinischen Abteilung der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern*, 3.Jg, 1.
- Behringer, L. (2000). *Lebensführung als Identitätsarbeit*. Vortrag auf der Tagung „Lernziel Lebenskunst“ der Bundesvereinigung kulturelle Jugendbildung e.V. Remscheid 2000, erscheint ebd.
- Behringer, L. (2001). *Selbsthilfegruppen - Eine Chance zur Erweiterung der Beziehungen*. Manuskript 2001

Belschner, Wilfried, Prof. Dr.

Hochschullehrer
Universität Oldenburg, Psychologie, AE Psychologie im Gesundheitswesen
Postfach 2503, 2511 Oldenburg
Tel.: 0441-9706-131/130
Fax: 0441-9706-138
E-Mail: belschner@psychologie-uni-oldenburg.de

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheitsforschung, Transpersonale Psychologie

Laufende/geplante Projekte

Entwicklung sexueller Identität, Gesundheitsförderung in der Rehabilitation, Aufbau heilender Kontexte: Das Beispiel Qigong, Aufbau heilender Kontexte: Das klinische Setting.

Neueste Veröffentlichungen

- Belschner, W. (1997). Rehabilitation als Grenzsituation: eine Integration von volkswirtschaftlicher, institutioneller und subjektorientierter Perspektive. In H. Groth & D. Milles (Hrsg.), *Patient 'Reha' - Aufgaben oder Aufgabe der Rehabilitation in schwierigen Zeiten*. Delmenhorst.
- Belschner, W. (1997). Salutogenese im Qigong - Entwicklung subjektiver Gesundheitskonzepte. In G. Hildenbrand (Hrsg.), *Qigong - Das Pflegen und Kultivieren der Lebenskraft*. Uelzen: Medizinisch-Literarische Verlagsgesellschaft.
- Belschner, W. & Gräser, S. (1997). *Außer-Haus-Verpflegung für ältere Menschen - eine verantwortungsvolle Aufgabe und eine Dienstleistung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-

klärung.

- Belschner, W. (1997). Qigong als Medium zum Aufbau eines heilenden Kontextes. In Bölts, J. & Belschner, W. (Hrsg.). *Praxis des Qigong*. Oldenburg: BIS.
- Bölts, J., Belschner, W. & Zhang, G. (1996). *Daoyin Yangsheng Gong. Qi-Übungen zur Pflege des Lebens*. Oldenburg: BIS.
- Belschner, W. & Gottwald, P. (Hrsg.). (1997). *Psychologie als Grenzwissenschaft*. Oldenburg: BIS.
- Bölts, J. & Belschner, W. (Hrsg.) (1997). *Praxis des Qigong*. Oldenburg: BIS.
- Belschner, W. & Stelzner, A. (1997). *Wirklichkeitskonstruktionen. Eine Analyse von Totenscheinen*.

Bergold, Jarg, Prof. Dr., Psychologe

Hochschullehrer.
Institut für Klinische Psychologie, Diagnostik und Gemeindepsychologie, Außenstelle:
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin/ PSB-Projekt, Uferstr. 14, D-13357 Berlin
Tel.: 030/4656063 oder -9003
Fax: 030/462 6571
E-Mail: bergold @zedat.fu-berlin.de

Arbeitsschwerpunkte

Klinische Psychologie, Institutionsanalyse, Vernetzung psychosoziale Einrichtung, Kooperation, qualitative Forschungsmethoden, qualitative Evaluation

Laufende/geplante Projekte

Psychosoziale Beratung (PSB)

Neueste Veröffentlichungen

- Bergold, Jarg B. (1996) *A dimensional analysis of mental health service systems. Comparing East- and West- Germany. in: Montero, M. (ed.) Memorias de Psicología Comunitaria del XXV Congreso Interamericano de Psicología*. Caracas
- Bergold, J.,B. & Filsinger, D. (1997) *Vernetzung als Chance zur Wahl*. Public Health Forum, 17, 6.
- Bergold, Jarg B. u. Filsinger, Dieter (1997) Die Vernetzung psychosozialer Dienste und ihre Konsequenzen für Professionelle und Nutzer. Ein Vergleich zwischen den Gesundheitssystemen in BRD und DDR. in: Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann G. (Hrsg.) *Netzwerkorientierte Interventionen*. Tübingen DGVT (im Druck)

Böhm, Ulrike, Psychologin

Trainerin, freie Wissenschaftlerin
Meidlgasse 45/5/12, 1110 Wien, Austria
E-Mail: u.boehm@reflex.at

Arbeitsschwerpunkt

Urbanisierung & soziale Veränderungen, Geschlecht & politische Partizipation, Arbeitsmarkt.

Laufende/geplante Projekte

Zur politischen Sozialisaton & Praxis von Frauen, City & Gender

Neueste Veröffentlichungen

Ehmayer, C., Herzog, M., Böhm, U., Sjøroldoni, L. & Götz, A. (2000): *Werkstattberichte*. Pilotprojekt Agenda 21 in Wien Alsergrund – Endbericht. Wien: Stadtplanung Wien, Magistratsabteilung 18

Buchholz-Graf, Wolfgang, Prof. Dr.

Dipl. Psych.

Hochschullehrer

Fachhochschule Regensburg

Karl-Böhm-Str. 197, 85598 Baldham /b. Mchn.

Tel.: 08106 / 898965 oder 0941 / 9431085

Fax: 08106 / 898966 oder 0941 / 8431468

E-Mail: w.buchholz@ebe-online.de

Arbeitsschwerpunkte

Psychologie und Recht in der Familiengerichtsbarkeit, Verhandlungs- und Vermittlungstechniken in der Familienarbeit, Familienpsychologie in der Jugend- und Famileinhilfe

Laufende/geplante Projekte

Befragung der Klientel des Jugendamtes bei Trennung und Scheidung (laufendes Projekt); Der begleitete Umgang aus der Perspektive der Scheidungsfamilie (geplantes Projekt)

Neueste Veröffentlichungen

Buchholz-Graf, W. & Vergho, C. (Hrsg.). (2000). *Beratung für Scheidungsfamilien. Das neue Kindschaftsrecht und professionelles Handeln der Verfahrensbeteiligten*. München: Juventa

Buchholz-Graf, W. (2000). Gerichtsnaher Beratung für Trennungs- und Scheidungsfamilien. Ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Regensburger Modells. *Zeitschrift für Konfliktmanagement*, 3, 118-123

Buchholz-Graf, W. (2001). Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinder Psychiatrie*, 4, (erscheint in Kürze)

Buchholz-Graf, W. (2001). Zur Praxis der Jugendhilfe bei Trennung und Scheidung nach Kindschaftsrechtsreform. Eine Fragebogenerhebung in Bayerischen Familiengerichten und Jugendämtern. *Zentralblatt für Jugendrecht*, (erscheint in Kürze)

Buchholz-Graf, W. (2001). Empowerment und Ressourcenorientierung in der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe. Zwei Konzepte, ihre Alli-

anz und ihre Methoden. In: Max Kreuzer (Hrsg.). *Beziehungsempowerment*. Neuwied: Luchterhand (erscheint in Kürze)

Cramer, Manfred, Prof. Dr.

Hochschullehrer

Fachhochschule München, FB 11, - Sozialwesen

Am Stadtpark 20, 81243 München

Tel.: 089/1265-2301

Fax: 089/1265-2330

Arbeitsschwerpunkte

Umweltpsychologie, Psychologische Migrationsforschung

Laufende/geplante Projekte

Querschnitt Neuer Deutscher Migranten

Neueste Veröffentlichungen

Cramer, M. (1997). Present-Day German Immigration. In James Bade (Ed.), *The German Connection with New Zealand in the Twentieth Century*. Oxford: Oxford University Press. 1997

Dill, Helga, Diplomsoziologin

wissenschaftliche Mitarbeiterin

Bayerischer Forschungsverbund Public Health

c/o IPP, Ringseisstr.8, 80337 München

Tel.: 089/54359774

Fax: 089/5435977-9

E-Mail: ipp.muenchen@t-online.de

Arbeitsschwerpunkte

Jugendgesundheitsforschung, Versorgungsqualität in der Altenhilfe, Altenpflege als Beruf.

Laufende/geplante Projekte

JugendGesundheit zwischen den Kulturen

Neueste Veröffentlichungen

Dill, H. & Schönberger, Ch. (1996). *Ein Schritt vorwärts, zwei zurück? Stationäre Altenhilfe zwischen Sparkonzepten und Qualitätssicherung am Beispiel der Bayerischen Arbeiterwohlfahrt*. Frankfurt

Faltermaier, Toni, Prof. Dr.

Hochschullehrer, Oberassistent

Universität Augsburg

Lehrstuhl für Psychologie, Phil. I, Universitätsstr.

10, D-86135 Augsburg

Tel.: 0821-598-610-605

Fax 0821/598-5289

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheitspsychologie, Gemeindepsychologie, Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters.

Laufende/geplante Projekte

Drittmittelprojekt „Gesundheitsvorstellungen von Laien und Gesundheitshandeln im Alltag“ im Rahmen des Münchener Forschungsverbundes Public Health (Finanz. BMFT)

Neueste Veröffentlichungen

- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag. Leienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Faltermaier, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit: Begründung, Stand und Praxisrelevanz weines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, 70-86. Weinheim: Juventa.
- Faltermaier, T. (1997). Why public health research needs qualitative methods: subjects and methods in change. *European Journal of Public Health*, 7, 357-363.
- Faltermaier, T. (1997). Die Salutogenese als neue Perspektive in der Gesundheitspsychologie. *Störfaktor 37. Zeitschrift kritischer Psychologinnen und Psychologen*, 10, 37-58.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus, Dipl.-Psych.

Geschäftsführer einer gemeinnützigen GmbH, Psychotherapeut
Arbeitskreis Gemeindefahe Gesundheitsversorgung, AkGGgGmbH
Rotenbergerstr. 8, 34212 Melsungen
privat: Baumgartenstr. 101, 34130 Kassel, Tel. 0561-69678, Fax -601222
Tel.: 05661-70560
Fax: 05661-705670

Arbeitsschwerpunkte

Organisationsentwicklung, - Qualitätsentwicklung
- Konzeptionierung und Realisierung lebenswelt- und gemeinwesenbezogener Angebote in den Bereichen a) Gemeinde- und Sozialpsychiatrie, b) Jugendhilfe, c) Hilfen für Menschen mit Behinderungen.

Laufende/geplante Projekte

Präventive und Gemeinwesenorientierte psychosoziale Arbeit (geplantes Modellprojekt in Stadt und Landkreis Kassel) - Forschungsprojekt zum Thema: „Indikationen in der Jugendhilfe“.

Neueste Veröffentlichungen

Diverse Veröffentlichungen zu Themen der Jugendhilfe, v.a.: Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung. - zuletzt: „Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung als Alternative zur geschlossenen Heimunterbringung“ in *ISS-Aktuell* 8 (1999), Frankfurt: Insitut für Sozialar-

beit und Sozialpädagogik

demnächst: *Die Entstehung psychischer Störungen - (Anfang 2000) - betrachtet aus einer entwicklungspsychologischen und personzentrierten Perspektive* (zus. mit G. Hufnagel) in: Boeck-Siegelmann et al. (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Fuchs, Dieter, Dipl.-Psych. Dr.

Freier Mitarbeiter in Forschung
Theol. Fakultät Universität Freiburg
Arbeitsbereich Caritaswissenschaft
privat: Johanniterstr. 19, 79104 Freiburg
Tel.: 0761-382187
Fax: 0761-23305

Arbeitsschwerpunkte

Sozialarbeitsforschung, Biographieforschung, Soziale Netzwerke, Erziehungswissenschaftliche Fragen

Laufende/geplante Projekte

Biographie und Partizipation, Übergänge als Chancen. Aspekte von Ko-Präsenz und Ko-Konstruktionen und von Merkmalen der Entwicklungsvalidität in Lebensgeschichten und ihre Berücksichtigung in der Biographieforschung. Pilotstudie, gefördert von der DFG. Biographieforschung.

Neueste Veröffentlichungen

- Fuchs, D. (1995). *Lebensweltorientierte Praxisforschung, ihr Beitrag zur Entwicklung einer Solidaritätskultur*. Würzburg: Echter-Verlag.
- Fuchs, D. (1994). *Partizipative Erziehung, Theorie und Praxis. Mit Beispielen zur Förderung sozialer Kompetenz in pädagogischen Einrichtungen*. Würzburg: Echter-Verlag
- Fuchs, D. (1996). Versuch einer Systematik der Sozialarbeitsforschung. In Ria Puhl (Hrsg.), (1996), *Sozialarbeitswissenschaft*. Juventa-Verlag.
- Fuchs, D. (1996). Kinder als Mitgestalter ihrer Umgebung. *Unsere Jugend* 5, 186-191.
- Fuchs, D. (im Druck). *Ethik der Gefühle*.

Giese, Ekhard, Prof. Dr.

Fachhochschule Erfurt
Fachbereich Sozialwesen
Altonaer Str. 25
99085 Erfurt
Tel.: 0361 6700-540 /-531
Fax: 0361 6700-533

Arbeitsschwerpunkte

Gemeindepsychiatrie, Soziale Arbeit, Gender Studies, Umweltpsychologie insb. der verkehrlichen

Mobilität

Laufende/geplante Projekte
Psychiatrie und Öffentlichkeit

Gmür, Wolfgang, Dipl.Psych.univ, Supervisor und Praxisberater (nach DGSv) wissenschaftlicher Mitarbeiter im IPP, sowie freiberuflich tätig
Institut für Praxisforschung und Projektberatung
Ringseisstr.8, 80337 München
Tel.: 089/5435977-6
Fax: 089/5435977-9
E-Mail: ipp.muenchen@t-online.de

Arbeitsschwerpunkte

Identitätsentwicklung junger Erwachsener (mit den Schwerpunkten: Soziale Netzwerke, regionalstrukturelle Einflußfaktoren, Besonderheiten männlicher Identitätsentwicklung), sozialökologische Entwicklungsprozesse (Mitwirkung bei der Dokumentation, Vernetzung und Umsetzung der Agenda21 in München im Rahmen des Fachforums 'Zukunftsfähige Lebensstile'), berufsbezogene Jugendhilfe, praktische Realisierung von Qualitätsmanagement in verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern

Laufende/geplante Projekte

Identitätsentwicklung junger Erwachsener (DFG-Längsschnitt bis 12.98)). Kooperative Wege in der berufsbezogenen Jugendhilfe (Begleitforschung 10.1997 bis 4.2000). Agenda 21-Zukunftsfähige Lebensstile (Praxisprojekt/Management-Beratung wird gerade abgeschlossen). Qualitätsmanagement in Jugendhilfeeinrichtungen (Praxisprojekt/ Management-Beratung, bis Mitte 1998).

Neueste Veröffentlichungen

- Gmür, W. (1997). *Region, Heimat, Beheimatung. Konzeptionalisierungen sozialräumlicher Einflußfaktoren im Kontext individueller Identitätsarbeit*. In SFB-Mitteilungen 10. München 1997.
- Gmür, W. & Lenz, A. (1998). Erfolgreiche Beratung durch Qualitätsmanagement? In: Giernalczyk/ Freytag (Hrsg): *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention*. Göttingen: V & R.
- Gmür, W. & Straus, F. (1998). Partizipatives Qualitätsmanagement in psychosozialen Beratungsstellen. Hintergründe, Anforderungen und Möglichkeiten von Qualitätsmanagement nach dem „Münchner Modell“. In: Laireiter und Vogel (Hrsg.) *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt.

Gräser, Silke, Dipl. Psych.
Diplom-Psychologin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Universität Oldenburg
FB 5, Psychologie, AE Gesundheits- und Klinische Psychologie
Tel.: 0441 – 798 5145
Fax: 0441 – 798 5138
E-Mail: silke.graeser@uni-oldenburg.de

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheitspsychologie, Gesundheitsförderung, settingorientierte Gesundheitsförderung – insbesondere gesundheitsfördernde Hochschulen und Evaluation

Laufende/geplante Projekte

derzeit: Mitarbeiterbefragung zur gesundheitlichen Lage bei Universitätsbeschäftigten; Salutogene Institution Hochschule (Diss.)

Neueste Veröffentlichungen

- Sonntag, Gräser, Stock & Krämer (2000). *Gesundheitsförderne Hochschulen*. Weinheim: Juventa.
- Gräser, Silke (2000). Die Netzwerkperspektive in der Gesundheitsförderung als Ansatz für professionelles Handeln. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 31. Jhr., 3, 303-320
- Belschner, Wilfried & Gräser, Silke (2001). *Leitbild Gesundheit als Standortvorteil*. Oldenburg: BIS.

Hanewinkel, Reiner, Dr., Dipl.Psych.

Leiter des IFT-Nord, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung
Droysenstr. 10
24105 Kiel
Tel.: 0431-567619
Fax: 0431-57608
e-mail: hanewink@psychologie.uni-kiel.de

Arbeitsschwerpunkte

Prävention von Risikoverhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter (Sucht, Aggression und Gewalt)

Laufende Projekte

- Entwicklung eines Spiralcurriculums der Nichtraucherförderung in der Schule basierend auf dem life-skills-Ansatz (Entwicklung, Implementation und Evaluation von Materialien für die Klassenstufen 1/2, 3/4, 5/6 und 7/8).
- Verhaltensorientierte Interventionsstudie zur Prävention von Gewalt und Aggression in Schulen nach Ideen des Norwegers Olweus.

Neueste Veröffentlichungen

- Burow, F. & Hanewinkel, R. (1994). *Nichtrauchen ist „in“*. Unterricht Biologie, 18, 34-36.
- Hanewinkel, R. & Burow, F. (in Druck). *Die „Rauchfreie Schule“*. Manual einer verhaltensorientierten Nichtraucherförderung an Schulen.

- Hanewinkel, R. & Nibbe, G. (1995). *Gesunde Ernährung im Schulalltag*. Kiel: Ehlers.
- Hanewinkel, R. (im Druck). Evaluation primärpräventiver Maßnahmen. In BZgA (Hrsg.). *Internationaler Kongress zur Europäischen Woche der Suchtprävention*.
- Hanewinkel, R., Burow, F. & Ferstl, R. (im Druck). Verhaltenstherapeutische Prävention und Therapie des Rauchens am Beispiel einer Interventionsstudie in Schulen. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.). *Verhaltenstherapie als Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanewinkel, R., Ferstl, R. & Burow, F. (1994). Konzeption und Evaluation einer verhaltensorientierten Nichtraucherförderung an Schulen. *Verhaltenstherapie*, 4, 104-110.
- Hanewinkel, R., Ferstl, R. & Burow, F. (1995). Interventionsstudie zur Primär- und Sekundärprävention des Rauchens an Schulen. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.). *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland*. Sucht. Sonderband 1995, 34-37.
- Hanewinkel, R., Niebel, G. & Ferstl, R. (1995). Mobbing: Gewaltprävention in Schulen Schleswig-Holsteins. In Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.). *Wi(e)der die Gewalt. Möglichkeiten und Grenzen schulischer Sozialprävention*. Bonn: Dümmler, 67-84.
- Hanewinkel, R., Niebel, G. & Ferstl, R. (1995). Zur Verbreitung von Gewalt und Aggression an den Schulen - ein empirischer Überblick. In R. Valtin & R. Portmann (Hrsg.). *Gewalt und Aggression: Herausforderung für die Grundschulen*. Hemsbach: Beltz, 26-38.
- Hanewinkel, R., Petermann, U., Burow, F., Dunkel, A. & Ferstl, R. (1994). Förderung der Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Kampagne „Rauchfreie Schule“. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 112-116.

Harder, Christine, Diplompsychologin/Klin. Psychologin
Psychotherapie/Erw. Bildung
Eigene Praxis/ Praxisgemeinschaft/ VHS/
LÄNDL.F.B.
Goethestr. 48, 22880 Wedel
Tel.: 04103-82548

Arbeitsschwerpunkte

1. Psychotherapie - Depression, Suchtasp., Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen (frauenspez. Therapie) (Method. Schwerpunkte: VT, GT Körperverfahren, Hypnotherapie) 2. Frauenspez. Arbeit in d. Kommune.

Laufende Projekte

Frauenwohnprojekt: „Mit Frauen alt werden“ in

(21709) BURWEG (Niedersachsen) Geplant in WEDEL: Frauengesundheitszentrum: Zus.arbeit mit d. Gleichstellungsbeauftragten

Neueste Veröffentlichungen

Harder, C. (1991). *Dokumentation (VHS-Stade) Frauen nach der Familienphase (Orientierungskurse)*.

Harder, C. (1993). Therapie einer Spielsüchtigen in *Droge Glücksspiel* (U. Fröhling, Hrsg. Mosaik Verlag)

Haselmann, Sigfried, Prof. Dr., Dipl.-Psych.

Hochschullehrerin (Psychologie)
Fachhochschule Neubrandenburg, FB Soziale Arbeit und Gesundheit
Fordaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg
Tel.: 0395-5693-412
Fax: 0395-5693-499

Arbeitsschwerpunkte

Theorie und Praxis sozialer Psychiatrie, Gemeindepyschiatrie, berufliche Rehabilitation und Integration von Psychiatrie-Betroffenen; systematische Therapie-Konzepte für die psychosoziale Praxis, therapeutische Gruppenanalyse; Begegnung und Gesprächsführung; Entwicklungspsychologie

Laufende/geplante Projekte

Biographische Entwicklungslinien und Lebens(bewältigungs)-Strategien von Psychose-Erfahrenen (- Analyse von Interviews in einer Begegnungsstätte in Mecklenburg-Vorpommern -); Bestandsaufnahme zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste in Mecklenburg-Vorpommern; Strukturen psychosozialer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (unter besonderer Berücksichtigung der Gesichtspunkte: Integration statt Ausgrenzung und Hilfen zur Autonomie-Entwicklung statt Verwahrung oder Befürsorgung); Zum Schizophrenie-Verständnis im sozialpädagogischen Handlungsfeld.

Höfer, Renate, Dipl. Psych, Dipl.-Ing.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Praxisforschung und Projektberatung
Ringseisstr.8, 80337 München
Tel.: 089/5435977-5
Fax: 089/5435977-9
E-Mail: ipp.muenchen@t-online.de

Arbeitsschwerpunkte

Jugendgesundheitsforschung, Gesundheit von jungen MigrantInnen, Identitätsentwicklung junger Erwachsener, berufsbezogene Jugendhilfe, Suchtprävention.

Laufende/geplante Projekte

„Identitätsentwicklung junger Erwachsener“

(DFG-Längsschnitt), „MigrantInnengesundheit“, „Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbewußtsein bei institutionsauffälligen Jugendlichen“, „Sucht beginnt im Kleinen“. (Begleitforschung)

Neueste Veröffentlichungen

Höfer, R. & F. Straus (1997). *Entwicklungslinien alltäglicher Identitätsarbeit heute*. In H. Keupp. Suhrkamp. Frankfurt.

Höfer, R. (1998). Coping with conflict and the changing of sense of coherence in disadvantaged youth. *Polish Psychological Bulletin*.

Höfer, R. (1998). Sense of Coherence in disadvantaged Adolescence.(mit F. Straus). *International Journal of health and Adolescence*.

Höfer, R. (1998) Jugend, Gesundheit und der „Sense of Coherence“. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*.

Kaiser, Peter, Prof. Dr.

Hochschullehrer

Kath. Fachhochschule Norddeutschland

AE Psychologie

Detmarstr. 2-8, 49074 Osnabrück

Tel.: 0441-691119

Fax: 0441-6919697

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheitsförderung auf mehreren Ebenen, Gesundheitsförderung bei Familien, Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Laufende Projekte

Systempathologie und Organisationsentwicklung im Krankenhaus, Gesundheitsförderung im Familienkontext

Neueste Veröffentlichungen

Kaiser, P. (1996). Familiäre Gesundheits- und Entwicklungsförderung unter transgenerationaler Perspektive. In P. Paulus & D. Deter (Hrsg.), *Gesundheitsförderung zwischen Selbstverwirklichung und Empowerment*. Köln: GwG-Verlag.

Zur Systempathologie des Krankenhauses. Eine qualitative Studie in 75 Kliniken. (In Vorbereitung)

Senkung des Krankenstandes im Pflegedienst nach dem Systemischen Mehrebenenmodell. (In Vorbereitung)

Kaiser, P./Adamaszek, M./Adamaszek, R.: *Bindungen über Generationen*. Heidelberg: Asanger (in Vorbereitung).

von Kardorff, Ernst, Prof. Dr.

Dipl.-Psych. Dipl.-Soz.

Hochschullehrer

Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften

Georgenstr. 356, 10117 Berlin

Tel.: 030/2093-4374 oder -4376

Fax: 030/2093-4437

Arbeitsschwerpunkte

Psychosoziale Versorgung, Sozialpsychiatrie, Rehabilitation, Gesundheitswesen, Selbsthilfe, Angehörige Altersforschung (Versorgungsforschung)

Laufende/geplante Projekte

Kooperation zwischen Selbsthilfe und medizinischem System (in Verbindung mit SEKIS-Berlin) im Rahmen des Berliner Public Health-Verbundes (1.1.96-31.12.1998), Kurse für pflegende Angehörige (Auftragsforschung), Angehörige in der Rehabilitation (beantragt im Berliner Reha-Forschungsverband)

Neueste Veröffentlichungen

Kardorff, E. v. (1996). Stichworte „Kompetenzförderung“, „Lebenslage“, „Lebensstil/Lebensweise“ in P. Franzkowiak u.a. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* Köln: BzGA.

Kardorff, E. v. (1996). Die Prävention der Gesellschaft Zu einigen Aspekten sozial und gesundheitspolitischen Präventionskurse In C. Klotter (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.

Kardorff, E. v. (1996). Macht-Vernetzung-Gesundh. In Gesundheitsakademie (Hrsg.), *Macht-Vernetzung-Gesund*.

Kardorff, E. v. (1996). Auf dem Weg zur Fachlichkeit un der Angehörigenarbeit (zus. mit Jansen, B.). In KDA (Hrsg.), *Ein Jahr Pflegeversicherung. Konsequenzen für die ambulante Altenhilfe*. Köln.

Keupp, Heiner, Prof. Dr.

Hochschullehrer

Institut für Psychologie Universität München

Leopoldstr. 13

80802 München

Tel.: 089-2180-5184

Fax: 089-2180-5180

Arbeitsschwerpunkte

Sozial- und Gemeindepsychologie, Reformprozesse in der psychosozialen Versorgung, Soziale Netzwerke, Identitätsbildung in der Postmoderne, Gesundheitsförderung im Jugendalter, Migration und Gesundheit, Kommunitarismus, Diskurse zu Normalität und Abweichung, Kommunitarismus.

Laufende/geplante Projekte

Identitätsentwicklung junger Erwachsener (Längsschnittprojekt seit 1988 im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 333 der Universität München. Gesundheitsrisiken bei Jugendlichen im kommunalen Raum (BMFT-Förderschwerpunkt „Public

Health“).

Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbewußtsein bei institutionsauffälligen Jugendlichen (BMFT-Förderschwerpunkt „Public Health“).

Identifizierung von gesundheitsgefährdeten Hochrisikogruppen unter Jugendlichen in Bayern (BMFT-Förderschwerpunkt „Public Health“).

Schwule und Lesben in der Arbeitswelt. Gefördert vom Sozialministerium des Landes Niedersachsen.

Gesundheitsförderung bei MigrantInnen im Kinder- und Jugendalter. (beantragt beim BMFT-Förderschwerpunkt „Public Health“ für den Zeitraum 1997-1999).

Neueste Veröffentlichungen

Heinze, R. G., Keupp, H., Kraus, W., Rinne, K., Schwarze, J., Straus, F. & Strünck, C. (1997). *Gesellschaftliche Bedeutung von Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit*. Gutachten für die „Kommission für Zukunftsfragen“ der Freistaaten Bayern und Sachsen.

Keupp, H. & Höfer, R. (Hrsg.) (1997). *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung*. Frankfurt: Suhrkamp.

Keupp, H. (1997). Aufwachsen in der Postmoderne: Riskanter werdende Chancen für Kinder und Jugendliche. *DVPB aktuell. Report zur politischen Bildung*, 1, 1, 9-13.

Keupp, H. (1997). Beziehungsformen ohne Netz und doppelten Boden. Lebensformen in der individualisierten Gesellschaft. In H.Schützeichel (Hrsg.). *Nicht für die Ewigkeit - aber auf Dauer. Beziehungs- und Lebensformen in unserer Gesellschaft* (S. 9-39). Freiburg: Katholische Akademie.

Keupp, H. (1997). Bürgerschaftliches Engagement: Das gewandelte Ehrenamt. In Arbeitsgruppe Bürgerschaftliches Engagement für München (Hrsg.), *Zwischen Egotrip und Ehrenamt* (S. 26-42). Dokumentation.

Keupp, H. (1997). Bürgerschaftliches Engagement: Perspektiven - Mobilisierungschancen - Handlungsansätze. In Städtenetzwerk NRW (Hrsg.), *Empowerment. Bürgerengagement in sozialen und kulturellen Einrichtungen* (S. 2-5).

Keupp, H. (1997). Die Hoffnung auf den Körper - jugendliche Lebensbewältigung als riskante Chance. *Christliches ABC*, 331-346.

Keupp, H. (1997). Die Suche nach Gemeinschaft zwischen Stammesdenken und kommunitärer Individualität. In W.Heitmeyer (Hrsg.), *Was hält die Gesellschaft zusammen?* (S. 279-312). Frankfurt: Suhrkamp.

Keupp, H. (1997). Diskursarena Identität: Lernprozesse in der Identitätsforschung. In H.Keupp & R.Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 11-39). Frankfurt: Suhrkamp.

Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten*

Gang. Tübingen: dgvt.

Keupp, H. (1997). Identität als narrative Selbstschöpfung oder als Ware auf dem Identitätsmärkten? In G. Biewer & P. Reinhartz (Hrsg.), *Pädagogik des Ästhetischen* (S. 204-217). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Keupp, H. (1997). Identitätsentwürfe zwischen postmoderner Diffusität und der Suche nach Fundamenten. In T. Giernalczyk & R. Freytag (Hrsg.), *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention* (S. 13-45). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Keupp, H. (1997). Identitätserzählungen nach dem Ende der Metaerzählungen. In S. Grossenbacher et al. (Hrsg.), *Schule und Soziale Arbeit in gefährdeter Gesellschaft* (S. 133-148).

Keupp, H. (1997). Individueller Gemeinsinn. Über gesellschaftliche Solidarität. *Universitas*, 52 (7), 634-647.

Keupp, H. (1997). Keiner vermisst mich. Von der Einsamkeit in der Großstadt. *Umbrüche* 3/97, S. 8/9.

Keupp, H. (1997). Lebensfragmente kreativ verknüpfen: Auf dem Weg zur Patchwork-Identität. In *Paracelsus-Report*, 6, 3, 4 - 7, 92-95.

Keupp, H. (1997). Neue Alltagssolidarität in der Risikogesellschaft. In Arbeitsgruppe Bürgerschaftliches Engagement für München (Hrsg.), *Zwischen Egotrip und Ehrenamt* (S. 15-25). Dokumentation.

Keupp, H. (1997). Psychosoziales Handeln in der postmodernen Gesellschaft: Von den schicksalsmächtigen Meta-Erzählungen zu den eigenwilligen Geschichten vom „aufrechten Gang“. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 29(1), 41-66.

Keupp, H. (1997). Riskante Freiheiten in der Postmoderne - Herausforderungen für das erzieherische Handeln heute. In M. Lechner & A. Zahalka (Hrsg.), *Hilfen zur Erziehung* (S. 15-28). München: Don Bosco.

Keupp, H. (1997). Selbstsorge oder Solidarität? Wider die Behauptung von der zerstörerischen Wirkung der Individualisierung. In *epd-Dokumentation* Nr. 18/97, 31-48.

Keupp, H. (1997). Wer erzählt mir, wer ich bin? Identitätsofferten auf dem Markt der Narrationen. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 20 (80), 39-64.

Keupp, H. (1998). Chancen des Umbruchs - das soziale Kapital Deutschlands-. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkorientierte Interventionen*. Tübingen: DGVT.

Kieselbach, Thomas, Prof. Dr.

Hochschullehrer

Psychologisches Institut Univ. Hannover (Gesund-

heitspsychologie)
 priv. Mathildenstr. 32, 28203 Bremen
 Tel.: 0421-705439
 Fax: 0421-218 4309
 E-Mail Kieselbach@ weaap.uni-bremen.de

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheitspsychologie, Gemeindepsychologie, Sozialpsychologie, Organisationspsychologie

Laufende/geplante Projekte

1. Reintegration von Langzeitarbeitslosen (empir. Begleitforschung einer Interventorylangzeitstudie).
 2. Modellprojekt „Integrierte Arbeits- und Gesundheitsförderung in der Region Prignitz (Brandenburg).
 3. Entwicklung eines betriebl. Outplacement/Replacement Konzeptes o WSI-Mitteilungen 12/95 zwei Artikel zu 1.

Kleiber, Dieter, Prof. Dr. Dipl. Psych.

Hochschullehrer
 Freie Universität Berlin
 Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (i.d. WE 09, Fb 12)
 Habelschwerdter Allee 45
 14 195 Berlin
 Tel.: 030 – 838 57 29
 Fax: 030 – 838 66 25
 E-Mail: kleiber@zedat.fu-berlin.de

Arbeitsschwerpunkte

Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, Gemein- und Gesundheitspsychologie; Sozialepidemiologie, Drogenforschung, AIDS-Forschung, Versorgungsforschung; Sexualwissenschaftliche Forschung; Peer Education.

Laufende/geplante Projekte

Peer Education zu Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung (gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
 Begleitforschung zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines Curriculums zur berufs begleitenden Fortbildung „Sexualpädagogik“ (gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
 Arbeitslosigkeit und Gesundheit in der Prignitz (Förderung durch Landkreis Prignitz).
 Wohnungs- und Obdachlosigkeit im Land Brandenburg (Gutachten); (Förderung des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen vertreten durch das Landesgesundheitsamt).
 Gesundheitsförderung und Prävention im Land Brandenburg Brandenburg (Gutachten); (Förderung des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen).
 Determinanten unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis (Ergänzungsstudie) (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit).

Gesundheitliche Auswirkungen des Cannabiskonsums (Expertise, gemeinsam mit Prof. Dr. Kovar, Tübingen); (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit).

Minderjährige Flüchtlinge in Berlin: Eine Untersuchung ihrer psychosozialen Lage und der Probleme ihrer Betreuung (gefördert vom Senator für Arbeit Berlin).

Evaluation einer Aufklärungs-Broschüre für Jungen (Expertise)“ (gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Gutachten zur Einrichtung eines gesundheitswissenschaftlichen Studienganges an der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig (im Auftrag der HTWK Leipzig).

Projekt „Check in Gesundheit“ (gemeinsam mit Prof. Dr. Steffen, Zürich) (gefördert vom Bundesamt für Gesundheitswesen, Zürich).

Neueste Veröffentlichungen

Bloor, M., Thomas, M., Abeni, D., Goujon, C., Hausser, D., Hubert, M., Kleiber, D. & Nieto, J. A. (1997). *Feasibility Study for Co-ordinated Community Action on the Improved Targeting of HIV/AIDS Prevention Campaigns among International Travellers*. Final Report.

Kleiber, D. (1997). Epidemiologie der Sucht und suchtbedingter Erkrankungen. In E. Fleisch, R. Haller & W. Heckmann (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe* (S. 189-197). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Kleiber, D. (1997). Gutachterliche Stellungnahme zur Einrichtung eines gesundheitswissenschaftlichen Studienganges „Gesundheitsförderung und Prävention“ *Gemeindepsychologie-Rundbrief*, 3(1), 91-108.

Kleiber, D. (1997). Psychosoziale Situation des Helfenden. In E. Fleisch, R. Haller & W. Heckmann (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe* (S. 368-380). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Kleiber, D. & Kovar, K. -A. (1998). *Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Kleiber, D. & Meixner, S. (1997). *Wissenschaftliche Begleitforschung zum Modellprojekt „Fortbildung Sexualpädagogik“ in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein. 1. Sachstandsbericht* (Schriftenreihe des Instituts für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung). Berlin: Freie Universität Berlin.

Kleiber, D. & Soellner, R. (1997). Ontwikkelingen, gebruikspatronen en factoren die van invloed zijn op het gebruik van Cannabis in de Bondsrepubliek Duitsland. *BINADFO*, (9), 12-14.

Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). *Cannabiskon-*

sum: *Entwicklungstendenzen, Einflussfaktoren und Folgen*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Kleiber, D., Dahle, K.-P. & Meixner, S. (1997). Aufklärungsmaterialien für männliche Jugendliche. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Dokumenten der BZgA. 1. Fachkongress zur sozialpädagogischen Jungenarbeit* (S. 100-117). Köln: BZgA
- Kleiber, D., Dahle, K.-P. & Meixner, S. (1997). Sex-education materials for boys and young men. In *FCHE Documents. 1st Specialist Conference on Sex-Education Work with Boys* (S. 57-65). Köln: FCHE.
- Kleiber, D., Soellner, R. Rombusch, C. Enzmann, D., Wetzell, C. (1997). Long-term effects of cannabis use. In D. Korf & H. Riper (Eds.), *Illicit drugs in Europe* (pp. 76-84). siswo: Amsterdam.
- Pant, A. & Kleiber, D. (1997). HIV und AIDS bei iv. Drogenkonsumenten. In A. Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, §7* (S. 1-72). München: Beck-Verlag.
- Widmer, J., Gehring, T. M., Kleiber, D. & Steffen, R. (1997). *Evaluation „Check-In Gesundheit II“*. Schlussbericht. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Kraus, Wolfgang, Dr., Dipl.Psych., wissenschaftlicher Mitarbeiter im IPP, sowie freiberuflich tätig
Institut für Praxisforschung und Projektberatung
Adresse: Ringseisstr.8
Tel.: 089/5435977-6
Fax: 089/5435977-9
E-Mail: W.Kraus@lrz.uni-muenchen.de

Arbeitsschwerpunkte

Identitätsentwicklung junger Erwachsener mit den Schwerpunkten: Narrative Identität, Kohärenz, Identität in der Spätmoderne, Freiwilligenarbeit, bürgerschaftliches Engagement, Organisationsentwicklung in Non Profit-Organisationen

Laufende/geplante Projekte

Identitätsentwicklung junger Erwachsener (DFG-Längsschnitt bis 12.98); Kooperative Wege in der berufsbezogenen Jugendhilfe (Begleitforschung 10.1997 bis 4.2000); Verschiedene Organisationsentwicklungsprojekte im Non Profit-Bereich.

Neueste Veröffentlichungen

- Kraus, W. (1996). *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Kraus, W. & Mitzscherlich, B. (1997). Abschied vom Großprojekt. Normative Grundlagen der Identitätsforschung und die Notwendigkeit ihrer Reformulierung. In H. Keupp & R. Höfer, *Identitätsarbeit heute* (S. 149-173). Frankfurt/M.:

Suhrkamp.

Kühnlein, Irene, Dr., Psychologin
Psychotherapeutin und Sozialforscherin
Universität Augsburg
Hohenzollernstr. 112, 80796 München
Tel.: 089-300 4393
Fax: 0821-598-5189

Arbeitsschwerpunkte

Qualitative Gesundheits- und Psychotherapieforschung, Psychotherapie und Supervision in freier Praxis

Laufende/geplante Projekte

Projekt im Abschluß: Gesundheit im Alltag. Laufendes Projekt: Biographische Längsschnittstudie: Entwicklung nach dem Abschluß einer stationären Psychotherapie (Verlaufsstudie über 8-10 Jahre)

Neueste Veröffentlichungen

- Kühnlein, I. & Mutz, G. (1996). *Psychotherapie als Transformationsprozess*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kühnlein, I. & Mutz, G. (1997). Wirkt Psychotherapie wie ein Medikament? Thesen zu einer Sozialwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapieforschung. *Journal für Psychologie* 1. 1997.

Legewie, Heiner, Prof. Dr. med.
Hochschulprofessor
Institut für Sozialwissenschaften/Psychologie der TU Berlin
Dovestr. 1, 10587 Berlin
Tel.: 030-314 15187, 24375 (Skr.)
Fax: 030-314 25274
E-Mail: H.Legewie@gp.tu-berlin.de

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheit in Stadt und Umwelt, Policy- und Konfliktforschung, Qualitative Forschungsmethoden, Moderation. Organisationsberatung

Laufende/geplante Projekte

Projekt A8: Kooperative Projektentwicklung in der kommunalen Gesundheitsförderung (Berliner Forschungsverbund, Public Health; ATLAS-Archiv für Biographie-, Stadt- und Umweltforschung

Neueste Veröffentlichungen

- Legewie, H. & Janßen, M. (1997). Bürgerinitiativen fördern Gesundheit in der Stadt. In C. Klotter (Hrsg.), *Prävention im Gesundheitswesen*. Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie.
- Böhm, B. & Legewie, H. (1997). Ein Leitfaden für kooperative Projekte zur Gesundheitsförderung. *Journal für Psychologie*, 3.

Lenz, Albert, Prof. Dr.
Hochschullehrer
Kath. Fachhochschule NRW, Abteilung Paderborn,
Fachbereich Sozialwesen
Leostr. 19, 33098 Paderborn
Tel: 05261-122556
Fax: 05261-122552
Email: a.lenz@kfhnw-paderborn.de

Laufende/geplante Projekte

Evaluationsstudie: Kinder in der Erziehungsberatung

Neueste Veröffentlichungen

- Lenz, A. (1999). Modelle psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalter. In: Borg-Laufs, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter*. Band 1. Tübingen: DGVT, S.
- Lenz, A. (2000). Praxis der Qualitätssicherung. In: Körner, W. & Hörmann, G. (Hrsg.): *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 2. Praxis der Erziehungsberatung. Göttingen: Hogrefe. 347-392.
- Lenz, A. (2000). Praxis der netzwerkorientierten Trennung- und Scheidungsberatung. In: Körner, W. & Hörmann, G. (Hrsg.): *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 2. Praxis der Erziehungsberatung. Göttingen: Hogrefe. 93-126.
- Lenz, A. (2000). *Förderung sozialer Ressourcen - eine gemeindepsychologische Perspektive*. Gruppendynamik 3, 277-302.
- Lenz, A. (2000). Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? - Ergebnisse einer explorativen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 10, 41-54.
- Lenz, A. & Kötter, H.: (2000). *Psychosoziale Beratung - eine gemeindepsychologische Handlungsperspektive*. *Journal für Psychologie*, 3, 69-85.
- Lenz, A. (2001). *Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven*. Weinheim/München: Juventa.

Matzat, Jürgen
Dipl. Psych., Psychol. Psychotherapeut
Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
Friedrichstraße 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 / 99 456 12
Fax: 0641 (99 459 19
Email: juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de

Arbeitsschwerpunkte

Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen. Information und Bera-

tung über und mit Selbsthilfegruppen. Fortbildung zu diesem Themenbereich. Gesundheitspolitische Aktivitäten für Selbsthilfe-Förderung

Neueste Veröffentlichungen

- Matzat, J. (1999). Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip - Therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe. In: Günther, P.; Rohrmann, E. (Hrsg.). *Soziale Selbsthilfe*. Heidelberg
- Matzat, J. (1999). Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen. In: Günther, P.; Rohrmann, E. (Hrsg.). *Soziale Selbsthilfe*. Heidelberg
- Matzat, J. (2000) Zur Rolle der Forschung bei der Entwicklung der Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland. In: Berufsverband Deutscher Soziologen e.V. (Hrsg.). *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, Heft 3/2000, Leverkusen
- Matzat, J. (erscheint 2001). Zur Entwicklung der Selbsthilfe-Bewegung in den letzten 20 Jahren. In: *Neue Soziale Bewegungen*

Nestmann, Frank, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Hochschullehrer
TU Dresden, Fak. Erziehungswissenschaften/Soz.Päd
Weberplatz 5, 01217 Dresden
Tel.: 0351-4633118
Fax: 0351-4637276

Arbeitsschwerpunkte

Psychosoziale Beratung/Institutsberatung, Soziale Netzwerke/Soziale Unterstützung, Sozialökologie, Soziale Psychiatrie

Laufende/geplante Projekte

Soziale Netzwerke von Alleinerziehenden (laufd.), Soziale Netzwerke und Wohnbiographien alleinlebender kinderloser älterer Frauen (laufd.), Nachbarschaften in Ost und West (geplant), Bewältigung beruflicher Umbrüche im Osten (geplant)

Neueste Veröffentlichungen

- Nestmann, F. (im Druck). „Soziale Netzwerke von Alleinerziehenden (Gruppendynamik). Alleinerziehende und soziale Unterstützung“. *Archiv für Wissenschaft & Praxis*.
- Nestmann, F. (im Druck). *Die gesellschaftlichen Fakten von Beratung in Zeiten von Vorrang und sozialem Abstieg OPP*.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1998). *Netzwerkinterventionen*. Tübingen: DGVT.

Pauli, Gerhard, Dipl.-Psych./Klinische Psychologie
Psychologe/Geschäftsführender Leiter
Adresse priv. Heineallee 12, 14612 Falkensee
Tel.:03322/203465

Kontakt & Begegnungsstätte Wedding e.V.
Malplaquetstr. 32, 13347 Berlin
-Geschäftsstelle-
Tel.: 455 20 98
Fax: 455 50 20

Arbeitsschwerpunkte

Projektkoordination, -entwicklung.
Konzeptionasentwicklung, Management von sozialen Organisationen, Supervision, Beratung von psychisch Kranken (Einzel & Gruppen)

Laufende/geplante Projekte

Beschäftigungs-/Qualifizierungsprojekt für psychisch Kranke (z.T. über ESF).

Quindel, Ralf, Psychologe

Dozent für Psychologie, Supervision
Berufsfachschule für Logopädie LMU München
Lentzstr. 4, 80796 München
Tel.: dienstl. 089-2719977
e-mail: Ralf.Quindel@Logo.med.uni-muenchen.de

Arbeitsschwerpunkte

Empowerment, Sozialpsychiatrie, Anti-Psychiatrie, Selbsthilfe, Theorie d. Diskurse und der Macht von Michel Foucault, Hilfen und Kontrolle in der psychosozialen Arbeit.

Laufende/geplante Projekte

Dissertation zum Thema „Empowerment in der Sozialpsychiatrie“ Kritische Betrachtung der Haltung d. Professionellen.

Rerrich, Dorottya, Dr.

Psychologin
Legasthenie-/Dyskalk. Therapeutin; Mitaufbau einer Tinnitus-Beratungsstelle
Arbeitskreis Legasthenie Bayern e.V., HNO-Klinik Heiterwanger Str. 22, 81375 München
Tel.: 089-7996481

Arbeitsschwerpunkte

Derzeit Legasthenie- und Dyskalknie-Therapie, Atem, Stimme, Sprache; Frauen und Gemeindepsychologie

Laufende/geplante Projekte

Legasthenie und Dyskalknlietherapie; Hören und Sprechen; Mitaufbau einer Tinnitusberatungsstelle

Neueste Veröffentlichungen

Rerrich, D.(1991). Frauenselbsthilfe: Frauen helfen Frauen. In: C. Schmerl & F. Nestmann (Hrsg.): *Frauen- das hilfreiche Geschlecht*. Reinbek: Rowohlt.

Rerrich, D. (1997). *Zur Stimme finden*. Regensburg: edition reimann.

Röhrle, Bernd, Prof. Dr., Dipl. Psych.

Hochschullehrer
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstr. 18
35037 Marburg
Tel.: 06421-2823620
Fax: 06421-2824281
E-Mail: Roehrle@Mailer.Uni-Marburg.de

Arbeitsschwerpunkte

Soziale Netzwerke und Unterstützung; Prävention bei kritischen Lebensereignissen und bei Einsamkeit; Meta-Analysen gemeindepsychologischer Interventionen, ökologische Fragen.

Laufende/geplante Projekte

Kognitive Analysen von Netzwerkmerkmalen, Soziale Klimaforschung und Qualitätssicherung; Einsamkeit als Risiko, Prävention bei kritischen Lebensereignissen

Neueste Veröffentlichungen

Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1998). *Netzwerkinterventionen*. Tübingen: DGVT.

Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.) (1999). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Band I. Tübingen: DGVT.

Röhrle, B. (Hrsg.) (2001). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Band II. Tübingen: DGVT

Roth, A., Möhrlein, H. & Röhrle, B. (1999). *Einsamkeit bewältigen. Manual zur Anleitung von Einsamkeits-Bewältigungs-Gruppen*. Tübingen: DGVT.

Pook, M., Krause, W. & Röhrle, B. (1999). Coping with infertility: distress and changes in sperm quality. *Human Reproduction*, 14, 1487-1492.

Pook, M., Röhrle, B. & Krause, W. (1999). Individual prognosis for changes in sperm quality on the basis of perceived stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 95-101.

Dahmani, S., Michel, A. & Röhrle, B. (im Druck). Evaluation eines Gruppeninterventionsprogramms für Scheidungskinder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (Themenheft: Prävention und Förderung psychischer Gesundheit; Hrsg. B. Röhrle)

Sacher, Andrea, Dipl.-Psych.

z.Zt. Psychotherapeutin in freier Praxis, bis ca. Ende 1997 im Postgraduiertenstudiengang „Gesundheitswissenschaften“ (Public Health Uni Bielefeld)

Auf der Schanze 53, 61352 Bad Homburg

Tel.: 06172/459579

E-Mail: andrea.sacher@post-uni-bielefeld.de

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheitsförderung, Soziale Psychiatrie/ Gemeindepshologie, Empowerment, Vernetzung, Systemtheorie, Versorgungsstrukturen.

Laufende/geplante Projekte

Empowerment in der stationären Psychiatrie; Gesundheitsförderung durch Projektmanagement; Versorgungsstrukturen für drogengefährdete/drogenabhängige Kinder und Jugendliche.

Neueste Veröffentlichungen

Vernetzung in der Suchtkrankenhilfe. Systemtheoret./wissenschaftstheoret. Überlegungen zu Ökologie-/ Gesundheitsthemen.

Schaer, Rudolf, Lehrer

Beratungslehrer im Zweiten Bildungsweg (Kolleg + Abendgymn.)

Weser-Kolleg mit AG, Minden

Königsstr. 129, 32427 Minden

Tel.: 0571-22296

Fax: 0571-22296

E-Mail: Rudolf-Schaer@t-online.de

Arbeitsschwerpunkte

soz.-ökonomisch und psycho-soziale Beratung von Studierenden des 2. Bildungswegs: Krisenintervention, Suchtberatung, Nachsorge, Therapieberatung.

Laufende/geplante Projekte

Einrichtung einer gezielten Maßnahme für ehem. Patienten aus Langzeiteinrichtungen, die für den 2. Bildungsweg geeignet erscheinen.

Neueste Veröffentlichungen

Dipl.-Arbeit: „Anteil Kognition Rehabilitation im Gesamtrehabilitationsprozess (ehemaliger) Suchtkranker und erforderliche Stütz-Maßnahmen“.

Scheibler, Dieter, Dipl.-Psych.

Am Schliepershäuschen 13

42115 Wuppertal

Tel.: 0202-7160200

Arbeitsschwerpunkte

Initiierung und Gestaltung von „Möglichkeitsräumen“ im Kunst- und Kulturkontakt - Perspektiven einer „Emanzipatorischen Kunsttherapie“

Laufende/geplante Projekte

Initiierung eines Vereins Spinart Werkstatt Kunst und Psychiatrie e.V.; Ausstellungsprojekt „Kinderkunst im Altenheim“

Neues Veröffentlichungen

Scheibler, D. (1996). Spinart: Rahmenkonzeption einer Werkstatt „Kunst und Psychiatrie“. *Gemeindepshologie Rundbrief*, 2, 98-100.

Schiepek, Günter, PD Dr.

Psychologe

Forschungsinstitut für Systemwissenschaften

Sandstr. 41, 80335 München

Tel.: 089-54212 915

Fax: 089-5236975

Arbeitsschwerpunkte

Lösungs- und ressourcenorientierte Arbeitsformen in der psychosozialen Praxis; Systemische Therapie; Psychotherapieforschung; Qualitätssicherung; Synergetik und nichtlineare Dynamik in der Klinischen und in der Sozialpsychologie.

Laufende/geplante Projekte

Dokumentation zum Forschungs- und Entwicklungsstand der systemischen Therapie; Evaluation lösungs- und ressourcenorientierter Therapie; Die Dynamik von Sucht (Verlaufsanalysen und Computersimulation); Die nichtlineare Dynamik der Psychotherapie (mehrere Projekte)

Neueste Veröffentlichungen

Schiepek, G. & Tschacher, W. (Hrsg.) (1997). *Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie*. Braunschweig: Vieweg.

Gussone, B. & Schiepek, G. (im Druck). *Die „Sorge um sich“. Ästhetik und Ethik der Lebensführung als Prävention von Burnout*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Harnischmacher, G., Wegener, C., Wittig, D. & Schiepek, G. (im Druck). *Ressourcenorientierte Qualitätssicherung. Ein systemisches Fensterbilderbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Schiepek, G. (1996). Der Appeal der Chaosforschung für die Psychologie. In G. Küppers (Hrsg.), *Chaos und Ordnung. Formen der Selbstorganisation in Natur und Gesellschaft* (S. 353-381). Stuttgart: Reclam.

Schiepek, G. (1996). Selbstorganisation und nichtlineare Dynamik in Praxis und Forschung. In J. P. Janssen, K. Carl, W. Schlicht & A. Wilhelm (Hrsg.), *Synergetik und Systeme im Sport* (S.91-118). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Schiepek, G. (1996). Psychotherapie als Wissenschaft? In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 205-218). Wien: Springer.

Schiepek, G. (im Druck). Ausbildungsziel: Systemkompetenz. Klinische Professionalität auf der Grundlage moderner Systemwissenschaft unter besonderer Berücksichtigung des Konzepts der Allgemeinen Psychotherapie. In L. Reiter, E. J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (2. völlig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.

Schiepek, G. & Kaimer, P. (1996). Systemische Diagnostik im Fluß praktischer Erfahrung. In F.

- Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problem-analyse* (S. 269-301). Tübingen: DGVT (2. völlig überarbeitete Auflage).
- Schiepek, G., Kowalik, Z.J., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K., Strunk, G., Mühlnickel, W. & Elbert, T. (in press). Psychotherapy as a Chaotic Process I. Coding the Client-Therapist-Interaction by means of Sequential Plan Analysis and the Search for Chaos. A Stationary Approach. *Psychotherapy Research*, 7(2).
- Kowalik, Z.J., Schiepek, G., Kumpf, K., Robert, L. E. & Elbert, T. (in press). Psychotherapy as a Chaotic Process II. The Application of Nonlinear Analysis Methods on Quasi Time Series of the Client-Therapist-Interaction: A Nonstationary Approach. *Psychotherapy Research*, 7 (3).
- Schiepek, G., Genz, W. & Schröder, I. (im Druck). Die differentielle Wirkung linearer, strategischer, zirkulärer und reflexiver Fragen in der systemischen Therapie. *Der Psychotherapeut*.
- Kowalik, Z.J. & Schiepek, G. (1997). Die nichtlineare Dynamik des menschlichen Gehirns. Methoden und Anwendungsbeispiele. In G. Schiepek & W. Tschacher (Hrsg.), *Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie* (S. 121-150). Braunschweig: Vieweg.
- Droste, S. & Schiepek, G. (1997). Modelle der Chaossteuerung am Beispiel nichtlinearer Systemdynamik in Kräftepotentialen. In G. Schiepek & W. Tschacher (Hrsg.), *Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie*. S. 255-267. Braunschweig, Vieweg.
- Tschacher, W. & Schiepek, G. (1997). Eine methodenorientierte Einführung in die synergetische Psychologie. In G. Schiepek & W. Tschacher (Hrsg.), *Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie* (S. 3-31). Braunschweig: Vieweg.
- Schütz, A., Schiepek, G., Richter, K. & Köhler, M. (in press). Self-Presentation in the Client-Therapist-Interaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*.

Schröder, Hubertus, Dr.

Jurist

Leiter des Stadtjugendamtes München

Oleonsplatz 11, 81667 München

Tel.: 089 / 233 – 23763

Fax: 089 / 233 – 26109

E-Mail: hubertus.schroeder@muenchen.de

Arbeitsschwerpunkte

Interkulturelle Arbeit, Qualitätsmanagement, Partizipation und Empowerment, Jugendhilfe / Jugendarbeit

Laufende/geplante Projekte

Interkulturell orientiertes QM zur Öffnung der

Regelversorgung für MigrantInnen; Qualitätsmanagement und Empowerment in der Sozialverwaltung; Beteiligungsorientierte Nutzeruntersuchung von Einrichtungen der offenen Jugendarbeit

Neueste Veröffentlichungen

Schröder, H. (2001). Interkulturelle Orientierung als Qualitätsstandard sozialer Arbeit. In: Auernheimer, G. (Hrsg.). *Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen*. Opladen, 147-180 (mit S. Handschuck)

Schröder, H. (2000). Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste – Ein Strategievorschlag. In: *IZA, Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit* 3/4, 86-95 (mit S. Handschuck)

Dokumentation der Fachtagung „Mir geht's doch gut! – Jugendkultur und Salutogenese“, München 2001 (im Erscheinen)

Schürmann, Ingeborg, Prof. Dr., Dipl.-Psych.

Wiss. Angestellte

Freie Universität Berlin, Institut f. Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie

Habelschwerter Allee 45

Tel. priv.: 030-301 6437, Tel. dienstl.: 030-4656063

Fax: 030-301 6437

e-mail: ischner@zedat.fu-berlin.de

Arbeitsschwerpunkte

Gemeindepsychologie i.b. Krisenintervention und Beratung, Sozialpsychiatrie, chronische Krankheit, systematische Psychotherapie. Qualitative Forschung.

Laufende Projekte

Evaluation des Berliner Krisendienstes

Neueste Veröffentlichungen

Bergold, J. & Schürmann, I. (2001) *Krisenintervention- Neue Entwicklungen?* VPP 1/2001, 5-16

Schürmann, I. (2001). Krisenintervention in der psychologischen Diskussion – ein allgemeiner Überblick. In Wüllenweber, E. & Theumissen, G. *Ein Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung*. Reoni, Praxis, Vernetzung. Kohlhammer.

Hermann, H., Schürmann, I. & Zaumseil (Hrsg.). (2000). *Chronische Krankheit als Aufgabe*. dgvt.

Seckinger, Mike

Dipl. Psych.

wissenschaftlicher Referent

Deutsches Jugendinstitut e.V.

Nockherstr. 2, 81541 München

Tel.: 089 / 62306 – 213

Fax: 089 / 62306 – 162

E-Mail: seckinger@dji.de

Arbeitsschwerpunkte

Jugendhilfeforschung, qualitative Methoden, Partizipation in der Jugendhilfe

Laufende/geplante Projekte

Jugendhilfe und sozialer Wandel – Leistungen und Strukturen (www.dji.de/foschung.htm)

Neueste Veröffentlichungen

Seckinger, M. (2001). Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie für die psychosoziale Arbeit. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 4, 31-44

Sekinger, M.; Stiewert-Strecker, S. & Teuber, K. (Hrsg.). (2000). Qualität durch Partizipation und Empowerment. *Forschritte der Gemeindepshychologie und Gesundheitsförderung*, Bd. 6. Tübingen: dgvt-Verlag

Literaturliste unter: www.dji.de/forschung.htm

Seus-Seberich, E., Dr., Dipl.-Psych.

Leiterin einer Erziehungsberatungsstelle
Erziehungsberatungsstelle, SOS Kinderdorf e.V.,
Familienzentrum Neuperlach
Ollenhauerstr. 7, 81737 München

Tel.: 089-672033

Fax: 089-6732825

Arbeitsschwerpunkte

Erziehungs- und Familienberatung, Beratung sozial benachteiligter Familien, politische Gremienarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung; Organisation und Leitung

Laufende/geplante Projekte

Erziehungsberatung und Sport

Neueste Veröffentlichungen

Seus-Seberich, E. (1996). Vernetzung statt Versäulung. *LAG Mitteil* 12/96

Seus-Seberich, E. (1996). *Armsein bedeutet mehr als nichts besitzen (Armut hat ein junges Gesicht)*. Don Bosco Verlag.

Seus-Seberich, E. (1996). Eigentlich ist Lena ganz nett. *SOS Dialog*.

Sommer, Gert, Prof. Dr.,Dipl. Psych.

Hochschullehrer

FB Psychologie

Gutenbergstr. 18

35032 Marburg

Tel.: 06421-2823666 (p. 34215)

Fax: 06421-2824281

E-Mail: Sommerg@Mailer.Uni-Marburg.de

Arbeitsschwerpunkte

Soziale Unterstützung; Menschenrechte

Laufende/geplante Projekte

Verschiedene Projekte zu Sozialer Unterstützung, u.a. Diagnostik (Fragebogen zu Sozialer Unterstützung-F-SOZU), SOZU bei unterschiedlichen Person- und Verhaltensgruppen, SOZU und Wohlbefinden, Verlaufsuntersuchungen. Menschenrechte: Wissen und Einstellungen, Darstellung in Printmedien.

Neueste Veröffentlichungen

Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.) (1999). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Tübingen: DGVT.

Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1998). *Netzwerkinterventionen*. Tübingen: DGVT.

Sommer, G. & Zimmermann, R. (Hrsg.) (1998). *Gewaltfreie Konfliktaustragungen*. Marburg: AMW & IAFFA.

Sommer, G. (1998). *Friedens & Konfliktforschung*. In H. W. Bierhoff & Wagner (Hrsg.), *Aggression und Gewalt*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sommer, G., Stellmacher, J. & Wagner, U. (1999). *Menschenrechte und Gewalt*. Marburg: AMW & IAFFA.

Straus, Florian; Diplom-Soziologe

Geschäftsführer des IPP

Institut für Praxisforschung und Projektberatung

Adresse: Ringseisstr.8

Tel.: 089/5435977-5

Fax: 089/5435977-9

E-Mail: ipp.muenchen@t-online.de

Arbeitsschwerpunkte

Soziale Netzwerke, Jugendgesundheitsforschung, Identitätsentwicklung junger Erwachsener, sozial-ökologische Entwicklungsprozesse, Beratungsforschung, berufsbezogene Jugendhilfe, Qualitätsmanagement im psychosozialen Bereich

Laufende/geplante Projekte

Identitätsentwicklung junger Erwachsener (DFG-Längsschnitt), „Gerichtsnaher Trennung und Scheidungsberatung“ (Begleitforschung), Kooperative Wege in der berufsbezogenen Jugendhilfe (Begleitforschung), Agenda21-Zukunftsfähige Lebensstile (Praxisprojekt/Management-Beratung), Qualitätsmanagement in Jugendhilfeeinrichtungen (Praxisprojekt/ Management-Beratung)

Neueste Veröffentlichungen

Straus, F. (1997). Entwicklungslinien alltäglicher Identitätsarbeit (mit R.Höfer) In Keupp H. & Höfer R. *Identitätsarbeit heute*. suhrkamp. Frankfurt.

Straus, F., Buchholz-Graf, W, Caspary, C. & Keimeleder Lis) (1998). *Familienberatung bei Trennung und Scheidung*. Lambertus.

Straus, F. (1997). *Qualitätsmanagement in der Erziehungsberatung*. In Hörmann/Körner Handbuch der Erziehungsberatung Bd. I, Hogrefe.

Teske, Irmgard, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Hochschullehrerin
Berufsakademie Villingen-Schwenningen
Talstr. 4, 88677 Markdorf
Tel.: 07544/1776
Fax: 07544/1782

Arbeitsschwerpunkte

Gemeinwesenarbeit - Arbeit mit Familien - Arbeit mit Selbsthilfegruppen

Laufende/geplante Projekte

Beratung und Begleitung von Milieuarbeit in einem Stadtteil von Villingen-Schwenningen

Neueste Veröffentlichungen

Teske, I. Bericht in Zusammenarbeit mit einem Bildungszentrum der Fachhochschule. Ravensburg-Weingarten und der Frauenbeauftragten des Bodenseekreises: „Erfahrung mit einem Pilotprojekt „Ich werde erwachsen: Was ich unbedingt wissen sollte“.

Manuskript: Selbsthilfeunterstützung durch Schulung in Gruppen - Rheuma-Liga zwischen Hilfe und Selbsthilfe - Chancen und Perspektiven

Trojan, Alf, Prof. Dr. Dr.
Hochschullehrer
Universitätskrankenhaus Eppendorf, Med. Soz.
Martinstr. 523, 20246 Hamburg
Tel.: 040 4717-4247
Fax: 040 4934

Arbeitsschwerpunkte

Gesundheitsförderungs-, Selbsthilfe- und Netzwerkforschung; gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in Gemeinde und Stadt; Patientenbefragungen

Laufende/geplante Projekte

Entwicklung eines modularen Standard-Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit bei Kurzzeit-Patienten. (Alf Trojan, Stefan Nickel).

Frauenspezifische lokale Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für Gesundheitsförderungspolitik. (Alf Trojan, Brigitte Stumm).

Intersektorale Politik und Gesundheitsförderung - Eine Analyse der Policy-Entwicklungen im Schnittfeld von Armut und Gesundheit am Beispiel Hamburgs. (Alf Trojan, Waldemar Süß).

Von der Information zur Aktion? Evaluation der Gesundheitsberichterstattung als Steuerungsinstrument einer lokalen Gesundheitsförderungspolitik. (Alf Trojan, Helmut Brand, Ines Zimmer-

mann).

Intersektorale Politik und Gesundheitsförderung. Eine Analyse der Policy-Entwicklungen im Schnittfeld von Armut und Gesundheit am Beispiel Hamburgs (Süß/Trojan)

Frauenspezifische lokale Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für Gesundheitsförderungspolitik (Stumm/Trojan)

Neueste Veröffentlichungen

Trojan, A., Stumm, B., Süß, W. (1997). BürgerInnenbeteiligung in der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung. In T. Altgelt & U. Walter (Hrsg.), *Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität*. (Kongreß-Dokumentation).

Trojan, A., Stumm, B., Süß, W. (1997). Gesundheitsförderung in Gemeinde und Stadt. Entwicklung und Perspektiven. In B. Hazard. (Hg.), *Humanökologische Ansätze in der Gesundheitsförderung*.

Trojan, A., Stumm, B. & Süß, W. (1997). leicht veränderte und gekürzte Fassung. In C. Klotter (Hrsg.) *Prävention im Gesundheitswesen*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie/Hogrefe.

Trojan, A., Stumm, B., Süß, W. (1997). Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung im Überblick. In B. Hazard (Hrsg.), *Humanökologische Ansätze in der Gesundheitsförderung*

Trojan, A. (1997). „Der neue Patient“ - Eine Bedrohung der ärztlichen Dominanz? In R. Nöring u. a. (Hrsg.), *Primärärztliche Patientenbetreuung: Lehre, Forschung, Praxis.*, Schattauer.

Vogt, Irmgard, Prof. Dr.
Hochschullehrerin
Fachbereich Sozialarbeit, FHS Frankfurt
Limescors 05
Tel.: 069/1533-2819
Fax: 069/1533-2809

Arbeitsschwerpunkte

Frauenkrankheits- und Frauengesundheitsforschung. Beziehungsstrukturen in Beratung und Therapie. Drogenpolitik und Institutionsforschung.

Laufende/geplante Projekte

Institutionen in der Suchtkrankenhilfe; Frauen und Sucht; Erotik und Sexualität in der Therapie.

Zoch, Annemarie, Dipl.-Psych.
SOS-Treffpunkt und Beratung
Elsässer Str. 27A
Tel.: 040-684558
Fax: 040-652 8677

Arbeitsschwerpunkte

Einzel- und Gruppentherapie, Prävention, Stadt-

teilarbeit

Manuskripte

Wechselspiel, Einflüsse und Probleme von Einzeltherapie und gemeindeorientierter Arbeit. Selbstsicherheit und Aggression.

Zurhorst, Günter, Prof. Dr.

Dipl.-Psych., Dipl.-Politologe

Hochschullehrer

Hochschule Mittweida, FB Soziale Arbeit

Döbelner Str. 58, 04741 Rosswein

Tel.: 034322-48671

Fax: 034322-48653

E-Mail: zurhorst@htwm.de

Homepage: <http://www.htwm.de>

Arbeitsschwerpunkte

Klinische Psychologie/Psychotherapie, Prävention/Gesundheitsförderung, Sozialepidemiologie, Beratung, Selbsthilfe, Schulsozialarbeit/-sozialpädagogik

Laufende/geplante Projekte

Aufbau/Leitung des staatlich anerkannten Sächsischen Institutes für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SIMKI e.V.)

(nach § 6 PsychThG); Aufbau/Leitung einer Kontaktstelle für gesundheitliche und soziale Selbsthilfe im Landkreis Döbeln; Aufbau/Leitung von Schulentwicklungsprojekten mit Mittelschulen (Schulsozialpädagogik)

Neueste Veröffentlichungen

Sting, S.; Zurhorst, G. (Hg.). (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit*, Weinheim/München: Juventa.

Zygowski, Hans, Dr., Dipl.-Psych.

freiberuflich

Kinderhauser Str. 12, 48149 Münster

Tel.: 0251-295221

Fax: 0251-295221

Arbeitsschwerpunkte

Psychotherapie und Gesellschaft, psychosoziale Basiskompetenzen

Laufende/geplante Projekte

Psychosoziale Basiskompetenzen

Neueste Veröffentlichungen

diverse kleinere zum Thema: Kommerzialisierung/Professionalismus in der Psychotherapie.

Aktuelle Hinweise für AutorInnen

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr. Der Redaktionsschluß für Originalarbeiten wird jeweils angegeben (für Heft 2 in 2001: 15. November, für Heft 1 in 2002: 31. März). 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) 28-3620; Fax (06421) 28-8929

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.