

GEMEINDE PSYCHOLOGIE

FRÜHJAHR 2004 BAND 10 RUNDBRIEF NR. 1

Themen:

Gemeindepsychologische
Handlungsprinzipien
von Psychotherapie

Identitätsarbeit

Globalisierte Gewalt

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 Albert Lenz (Paderborn) 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 2004 ist der 15. November 2004.

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:

PROF. DR. ALBERT LENZ

KATH. FACHHOCHSCHULE NORDRHEIN-WETFALEN, ABTEILUNG PADERBORN,

FACHBEREICH SOZIALWESEN, LEOSTRASSE 19, 33098 PADERBORN,

TEL: 05251-122556 , E-MAIL: a.lenz@kfhnw.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 21 EURO und das Abonnement (zwei Hefte pro Jahr) 31 EURO. Die Preise für Organisationen betragen 26 EURO für das Einzelheft und 41 EURO für das Abonnement.

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum	
Inhaltsverzeichnis	1
Editorial	2

ORIGINALIA

Lösungsfokussierung: Gedanken zu einem gemeindepsychologischen Handlungsprinzip innerhalb einer schulenübergreifenden Psychotherapie

Peter Kaimer	4
--------------	---

Einige Anmerkungen zum Beitrag von Peter Kaimer aus der Sicht eines Psycho-Sozialarbeiters in einer Beratungsstelle

Meinrad Schlund	20
-----------------	----

Identitätsarbeit als Empowermentstrategie

Ein neuer Weg in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen und anderen psychosozial gefährdeten Gruppen

Dieter Röh	29
------------	----

Globalised Violence, Community Psychology and the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq

Paul Duckett	38
--------------	----

SERVICETEIL

Aus der Politik	48
Tagungsberichte	66
Tagungskündigungen	69
Aus Vereinen und Verbänden	80
Neue Bücher	83
Abstracts aus gemeindepsychologisch orientierten Zeitschriften	85
Hinweise für AutorInnen	111

EDITORIAL

Der Rundbrief ist in die Jahre gekommen. Ursprünglich eingerichtet als Informations- und Diskussionsforum des gemeindepsychologischen Gesprächskreises hat sich der Rundbrief rasch zu einem Organ für Originalarbeiten vor allem aus den Bereichen Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung entwickelt. Veröffentlicht werden seit Jahren - häufig auch in Form von Themenheften - empirisch orientierte Arbeiten, Übersichten sowie theoretisch fundierende Analysen und Berichte aus der Praxis.

Das vorliegende Heft ist wiederum ein gutes Beispiel hierfür:

Die Schnittstelle zur Klinischen Psychologie thematisiert Peter Kaimer in seinem Beitrag. In den Mittelpunkt seines Beitrages stellt er den lösungsfokussierten Ansatz von Steve de Shazer und seinen Mitarbeiter(-innen). Der lösungsfokussierte Ansatz besitzt eine besondere Anschlussfähigkeit an Ziele und Prinzipien der Gemeindepsychologie wie Empowerment und Ressourcenaktivierung. Peter Kaimer arbeitet vor dem Hintergrund seiner langjährigen praktischen Erfahrungen aber auch die Grenzen und kritischen Punkte dieses Ansatzes heraus.

Die Anerkünfte des „Psychosozialarbeiters“ Meirad Schlund zu den Überlegungen von Peter Kaimer runden diesen wichtigen Themenbereich ab.

Ausgangspunkt des Beitrages von Dieter Röh ist der Empowermentansatz sowie die Möglichkeiten und Grenzen dieser Handlungsstrategie in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen. Er geht dabei der Frage

nach, inwieweit hier Empowerment überhaupt erfolgreich sei und kommt in diesem Zusammenhang auf das Modell der Identitätsarbeit. Der Autor veranschaulicht in seinem Beitrag die theoretischen Überlegungen mit Fallberzählungen.

Paul Duckett setzt sich in seinem Beitrag mit der globalisierten Gewalt vor dem Hintergrund der Kriege in Afghanistan und dem Irak auseinander. Kritisch fragt er, ob die Gemeindepsychologie – namentlich die European Community Psychology Association – in der Lage und bereit ist, öffentlich eine Position zu diesen Ereignissen zu beziehen.

Betrachtet man die Entwicklung des Rundbriefes in den letzten Jahren, liegt der Gedanke nahe, ihn zu einer Fachzeitschrift weiterzuentwickeln. Diese Ansicht teilt offensichtlich auch die Mehrzahl der Leser(-innen). In einer Umfrage, an der sich ca. 60 % Mitglieder der GGFP beteiligten, sprachen sich alle dafür aus, dass mittelfristig aus dem Rundbrief eine Zeitschrift werden soll. Als möglicher Name für die Zeitschrift wurden am häufigsten „Zeitschrift für Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung“ und „Forum Gemeindepsychologie – Beiträge aus Forschung und Praxis“ an erster Stelle genannt. Erfreulicherweise erklärten sich eine Reihe von Kolleg(-innen) bereit, im Beirat der geplanten Zeitschrift mitzuarbeiten. Ungefähr Zweidrittel der Befragten sind damit einverstanden, dass der Rundbrief zukünftig auch per E-Mail versandt wird. Dies führt zu einer enormen organisatorischen und auch finanziellen Entlastung der GGFP (man

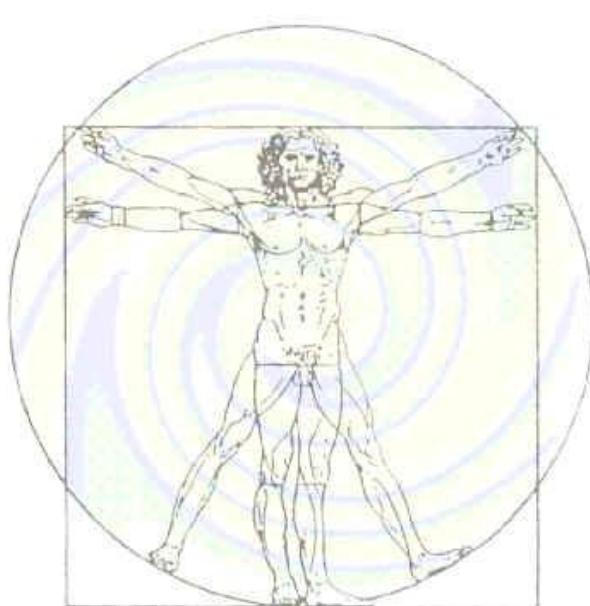
muss wissen, dass der Rundbrief den absoluten Löwenanteil der Kosten ausmacht). Dies erhöht den Handlungsspielraum des Verbandes deutlich. Bleibt zu hoffen, dass alle davon profitieren werden und deshalb auch nicht einfordern, die Bezugspreise bzw. die Mitgliedsbeiträge zu senken. Möglicherweise haben Sie schon diesmal den Rundbrief per E-Mail erhalten, sicherlich wird dies aber bei der nächsten Ausgabe der Fall sein.

Hinweisen möchten wir an dieser Stelle auf den 5. Europäischen Kongress für Gemeindepsychologie, der vom 16. bis 19. September 2004 in Berlin stattfinden wird. Der Kongress steht unter dem Motto „Soziale Verantwortung

im Zeitalter der Globalisierung - Lernende Gemeinschaften, Empowerment und Lebensqualität. Ziel des Kongresses ist eine Be standsaufnahme europäischer und außereuropäischer Ansätze der Gemeindepsychologie. Diese große Veranstaltung kann wichtige Impulse für die Entwicklung der Gemeindepsychologie in Deutschland liefern. Mit über 130 Einzelbeiträgen aus etwa 22 Ländern bietet der Kongress darüber hinaus eine gute Gelegenheit zum Ideenaustausch und zur Diskussion.

Last but not least gilt unser besonderer Dank Claire Martin, in deren bewährten Händen wieder die Drucklegung des Heftes lag.

Albert Lenz und Bernd Röhrle
– Juli 2004, Paderborn und Marburg –



ORIGINALIA

Lösungsfokussierung:

Gedanken zu einem gemeindepsychologischen Handlungsprinzip innerhalb einer schulenübergreifenden Psychotherapie

Peter Kaimer

Zusammenfassung

Die Umsetzung gemeindepsychologischer Prinzipien in der beraterischen und therapeutischen Arbeit ist lange Zeit eine Sache gewesen, für die sich jede/r sein Handwerkszeug selbst suchen oder (er)finden musste. Mit dem lösungsfokussierten Ansatz liegt ein didaktisch gut aufbereitetes Modell vor, welches sowohl mit gemeindepsychologischen Prinzipien weitgehend deckungsgleich ist als auch mit Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung (spez. Common factors, außertherapeutische Faktoren) harmoniert. Gemeindepsychologie und Klinische Psychologie können über diesen Ansatz wieder etwas leichter zueinander in Beziehung gesetzt werden, wie das in früheren Zeiten mit der Verhaltenstherapie der Fall war.

Schlüsselwörter: Empowerment, lösungsfokussierter Ansatz, Werkzeuge für die Arbeit innerhalb der Gemeindepsychologie

Abstract

For a long time the use of principles for the work of counselors or psychotherapists coming from community psychology was a matter where everybody had to look for or to invent his/her tools by her/himself. The solution focused approach offers a didactic well edited model, being congruent with principles of community psychology as well as being in harmony with the results of psychotherapeutic research (esp. common factors, extratherapeutic factors). Using this approach community psychology and clinical psychology may find a way of better relating to each other like it was the case with behaviour therapy in the sixties.

Keywords: Empowerment, solution focused approach, tools for the work within community psychology

Mein Beitrag argumentiert dafür, den lösungsfokussierten Ansatz als eine lehrbare Zugangsweise im unmittelbaren Klient/inn/enkontakt zu sehen, welche weitgehend mit gemeindepsychologischen Grundsätzen und hier besonders dem Konzept des Empowerment kompatibel ist. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass der Ansatz gewissermaßen Ressourcenaktivierung in Reinkultur darstellt - eine der drei grundlegenden, gut durch Forschung belegten Wirkkomponenten von Psychotherapie. Es sollen allerdings auch Grenzen und kritische Punkte des Ansatzes zumindest benannt werden, so wie sie sich mir nach lang-

jähriger Erfahrung im ambulanten Setting darstellen.

1. Mein Weg zum psychosozialen Helfen

Ich will hier keineswegs allzu weit ins Persönliche ausholen, sondern mich auf das Nötigste beschränken, damit meine Argumentation auf der Basis meiner eigenen Entwicklung und Erfahrung verstehbar und vielleicht auch kritisierbar wird.

1.1. Gemeindepsychologisches Denken und verhaltenstherapeutische Praxis

Der Beginn meiner Erfahrungen als psychosozial Handelnder lag nach einem universitären Ortswechsel, wo ich mein Studium zu beenden gedachte. Ich stürzte mich an der neuen Universität gleichzeitig in zwei völlig unterschiedliche Praxisfelder, welche gleichwohl zum großen Spektrum psychosozialen Handelns gehören: die Arbeit im komplementären Bereich einer großen Psychiatrie mit langzeit-hospitalisierten Patient/inn/en einerseits und die Arbeit an einer Psychologischen Beratungsstelle der Universität mit Jugendlichen und Erwachsenen andererseits.

Im ersten Bereich lernte ich theoretisch eine Menge über Anti-, Gemeinde- und Sozialpsychiatrie, versorgte mich mit einer Weltanschauung, mit soziokulturellen Gesamtdeutungen und politischen Haltungen. Eine vermittelbare Praxistheorie war nicht dabei. Wir - eine Gruppe von gleichgesinnten Student/inn/en und deren Partner/innen - arbeiteten engagiert und begeistert und mit viel Common Sense. Und wir teilten uns unsere Rollen je nach Begabung zu: manche waren geschickter im Umgang mit Behörden, andere in der Entwicklung und Leitung von Gruppen, dritte wieder in der Organisation.

Im zweiten Bereich - der Beratungsstelle - erhielt ich eine verhaltenstherapeutische Grundausbildung nach dem Selbstmanagementmodell Fred Kanfers mit sehr konkreter Praxistheorie und Handwerkszeug. Und obwohl auch diese Praxistheorie verbal den Anspruch hatte, der Gemeindepsychologie nahe zu stehen, wurde doch zunehmend klarer, dass dies über weite Strecken ein Lippenbekenntnis war, ein prinzipielles Sympathisieren, welches in der konkreten alltäglichen Praxis kaum sichtbar wurde. Einiges von diesem praktikablen Handwerkszeug der Beratungs- und Therapie-praxis versuchte ich bei der Arbeit mit den Psychiatriepatient/inn/en zu nutzen, was auch

immer wieder in Ansätzen gelang. Und auch das gemeindepsychologische Denken wurde immer mal wieder im Kontext der mehr therapeutischen Arbeit an der Beratungsstelle zu Reflexionszwecken hervorgeholt. Doch irgendwie wollte kein Topf daraus werden.

Bei Persönlichkeiten der gemeindepsychologischen Szene, deren Nähe ich suchte, schien ich mich dafür rechtfertigen zu müssen, dass ich überhaupt therapeutisch und noch dazu im Einzelsetting arbeitete. Antworten bezüglich konkreter Handwerkszeuge, die noch dazu auf meine Arbeitssituation übertragbar gewesen wären, gab es spärlich. Eine Ausbildung zu machen wurde sogar von manchen radikalen Gemeindepsychologen als eher ungünstig angesehen, weil man sich so in Richtung einer zu kritisierenden Therapeutisierung „zurichten lasse. Dass diese Argumentation nicht völlig abwegig war, ist sicher an manchen Absolventen heutiger Therapiecurricula beobachtbar. Dass sie mich damals kränkte und ich mich in meiner Suche nach Anschluss abgewiesen fühlte, ist ebenfalls Fakt. Aber auch bei den Psychotherapeuten konnte ich nur begrenzt heimisch werden, da die Entwicklung bereits in den späten 70er Jahren weg von den einst beschworenen Grundpositionen verlief:

- d.h. fehlendes Interesse der VT für "soziale Aktivierung" bzw. Änderung der Verhältnisse statt allein des Verhaltens,
- zunehmend starke Einengung auf individuelle Lerngeschichten statt Einbeziehung gesellschaftlicher Analysen,
- geringes Interesse der VT für Prävention - lieber Therapie,
- zunehmendes Driften in Richtung eines hierarchischen Behandlungsstils - und damit Förderung von Passivität auf Seiten der Klienten im Sinne eines ‚Behandelt-Werdens‘ nach dem ärztlichen Modell.

1.2. Der Spagat in der Lehre an der Universität

Nachdem ich meine eigene Lehrzeit beendet hatte, kam ich an einen klinischen-psychologischen Lehrstuhl einer Universität, baute dort gemeinsam mit einem Kollegen eine Praxiseinrichtung auf und lehrte Student/inn/en. Ich tat dies - getreu meiner persönlichen Erfahrung - in zwei thematischen Strängen: einem wöchentlich zweistündigen gemeindepsychologischen Zyklus und einem ebenfalls wöchentlichen zweistündigen verhaltenstherapeutisch orientierten Praxiszyklus - beide je über vier Semester. Und ich quälte mich damit herum, dass ich meine gemeindepsychologischen Überzeugungen nicht adäquat und „handwerklich“ verankert anbieten konnte, sondern mich auf zum Teil abstrakte Modelle, theoretische Positionen und Reflexionsangebote zurückzog, wenn dementsprechende Anfragen von studentischer Seite kamen. Ich wollte die beiden Stränge überzeugend aufeinander beziehen und miteinander verbinden und hatte doch kein mich wirklich überzeugendes Modell.

1.3. Der lösungsfokussierte Ansatz als praktisches Arbeiten unter der Perspektive des Empowerment

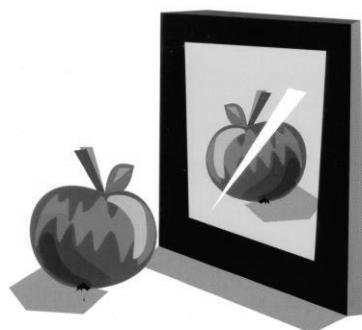
Im Rahmen meiner weiteren Beschäftigung mit Gemeindepsychologie wurde das Konzept des Empowerment (z.B. Stark 1996, Lenz/Stark 2002) zu einem Schlüsselkonzept für die mich am meisten beschäftigende unmittelbare Arbeit mit einzelnen Klient/inn/en, Paaren oder Familien. Die Frage: Wie würdige und fordere ich in ausreichendem Maße die vorhandenen bzw. anzunehmenden Stärken und bemerkenswerten Besonderheiten meiner Klient/inn/en, stelle aber andererseits auch ausreichende Hilfestellung aus meiner Erfahrung und meinem Wissen zur Verfügung? --- wurde zum zentralen Ausgangspunkt für eine immer wieder kehrende Auseinandersetzung

mit dem skizzierten „Spagat“. Da begegnete mir im Rahmen meiner Auseinandersetzungen mit systemischen Therapiekonzepten der lösungsfokussierte Ansatz des Teams um Steve deShazer und Insoo Kim Berg (Brief Family Therapy Center in Milwaukee, Wisconsin). Der Ansatz überzeugte mich aufgrund ähnlicher Merkmale, die mich ursprünglich zur VT gebracht hatten: er war einfach (wenn auch nicht leicht zu praktizieren), er fokussierte auf Beobachtbares (statt dem Interpretieren und Lesen zwischen den Zeilen den Vorzug zu geben) und er war optimistisch (wenngleich er schwierige oder unveränderliche Rahmenbedingungen achtete). Darüber hinaus standen die Ressourcen der Klient/inn/en im Zentrum der Aufmerksamkeit (welche auch für die Weiterentwicklung des Modells genutzt wurden) und das Prinzip der Ermutigung (über die Entwicklung einer komplementierenden Beziehungsgestaltung) wurde als hohes Ziel gehandelt. Hier hatten wir alles, was aus gemeindepsychologischer Sicht bezogen auf das Individuum wichtig war: die selbstverständliche Voraussetzung von Stärken auch bei stigmatisierten, pathologisierten und ausgegrenzten Menschen sowie die gegen Demoralisierung gerichtete Ermutigung und die Vermittlung von Hoffnung und Möglichkeit ein akzeptables Leben im Rahmen der jeweiligen Bedingungen zu leben. Der Ansatz war lehrbar, didaktisch gut gegliedert und das Lernen erfolgte unter naturalistischen Bedingungen, d.h. Therapien oder Beratungen wurden als Team durchgeführt, so dass Anfänger nicht sofort dem Stress des unmittelbaren Kontaktes mit Klient/inn/en ausgesetzt wurden, solange sie sich mit der Realisierung des Modells nicht einigermaßen sicher fühlten (Kade et al. 2003).

2. Ausflug: Psychotherapieforschung

Sowohl im Zusammenhang mit dem lösungsfokussierten Ansatz wie auch mit gemeindepsychologischen Prinzipien - speziell dem

Konzept des Empowerment lohnt sich ein Blick in die Psychotherapieforschung. Entgegen dem Trend, der sich über die ursprünglich vor allem in den Vereinigten Staaten durch die American Psychological Association favorisierten empirisch validierten Behandlungsansätze (empirically validated treatments EVT) zeigte und der die Hauptaufmerksamkeit auf Techniken legte, welche nach einem medizinischen Behandlungsmodell bei gegebener Diagnose nach ICD zu verabreichen seien, vermittelt uns die Psychotherapieforschung der letzten 40 Jahre ein wesentlich differenziertes Bild.



2.1. Allgemeine Wirkfaktoren

Ausgehend von der Suche, was denn in allen Therapieansätzen, so verschieden sie auch sein mögen, wirkt, hatte bereits Frank (Frank 1981) auf die Bedeutsamkeit sogenannter allgemeiner Faktoren (ursprünglich von interessierter Seite auch unspezifisch genannt) gepocht. Und in neuerer Zeit legte der erfahrene Psychotherapieforscher Michael Lambert (Asay / Lambert 1999) eine grobe Einschätzung des Beitrags verschiedener Wirkfaktoren zum Erfolg von Therapien vor, bei dem an erster Stelle sogenannte außertherapeutische Faktoren, an zweiter Stelle das therapeutische Arbeitsbündnis und erst an dritter Stelle gleichauf mit der Wirkung von Hoffnung und Ermutigung die jeweiligen Techniken der diversen Therapieansätze eine Rolle spielen. Man mag diese Einschätzung hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit im

konkreten Einzelfall kritisieren. Und man mag ihr sogar aus standespolitischen Gründen eher ablehnend gesonnen sein (erinnert sie doch auf unschöne Weise an die Argumente und Ergebnisse der stets argwöhnisch beäugten bzw. gar nicht zur Kenntnis genommenen Laienforschung). Die Argumentationskraft dieser Einschätzung lohnt jedoch eine sorgfältige Beschäftigung damit.

Die Rolle von Placebo, Hoffnung und Erwartungen auf Klient/innenseite sind ebenso wie die unbestrittene Rolle von verschiedenen Techniken oder Manualen bekannt und daher wird kaum ernsthaft zu diskutieren sein, dass diese Faktoren lohnenswerter Weise im Rahmen von psychosozialer Hilfe berücksichtigt werden sollten. Auch die Rolle eines therapeutischen Arbeitsbündnisses steht hinsichtlich seiner enormen Wichtigkeit für psychosoziales Helfen außer Zweifel. Was aber hat es mit diesen außertherapeutischen Faktoren auf sich und wie können diese für den therapeutischen Prozess genutzt werden. Gemeint sind damit all die Besonderheiten, welche die Klienten – sowohl persönlich hinsichtlich ihrer Kreativität, Eigenwilligkeit, ihrem Einfallsreichtum, ihrer persönlichen Geschichte aber auch ihres sozialen Umfeldes, ihrer Netzwerke und Unterstützungssysteme, ja sogar der sich immer wieder ergebenden Zufälle und Wechselseiten eines Lebens ergeben - ausmachen. Und diese spielen in jeder Art von psychosozialer Hilfe eine eminent wichtige Rolle, können zudem aber auch gezielt nutzbar gemacht, in die Beratung/Therapie „hereingeholt“ werden (statt als störend ausgeblendet oder sogar bekämpft zu werden). Als wir an unserer psychotherapeutischen Ambulanz in Bamberg 1984 im Rahmen einer Diplomarbeit unsere Klient/inn/en hinsichtlich der Wirksamkeit unterschiedlicher Elemente der Therapie befragten, erhielten wir damals ein Ergebnis, welches ganz deutlich in diese Richtung wies. Viele Klient/inn/en nannen u.a. Elemente oder Ereignisse, die mit ih-

rem Leben außerhalb der Therapie zu tun hatten, Elemente, welche die Therapeuten „so nicht gemeint hatten (kreative Missverständnisse der jeweiligen Hausaufgaben oder Empfehlungen gewissermaßen) oder Elemente, welche die Klienten für sich abgewandelt und passend zu ihrem Denken und Handeln im Alltag gemacht hatten. Wir Verhaltenstherapeuten reagierten damals eher mit einer Mischung aus Verwirrung, Belustigung und Beleidigtsein, statt die naheliegenden Schlüsse zu ziehen und besser unseren Klient/inn/en zu zuhören. Aber es geht bei diesen Folgerungen nur vordergründig um besseres Zuhören - wesentlich ist die Frage, wer bestimmt was ein Fortschritt oder Erfolg ist und was als taugliches Mittel dafür angesehen werden kann. Lambert würde den Klienten hier wohl zumindest deutlicheres Gewicht geben (siehe die Diskussion im Sammelband von Hubble/ Duncan/ Miller 1999) und so eher einer Haltung des Empowerment entsprechen, welche die Selbstbestimmung und sogar den „Eigensinn der Klienten ebenso achtet wie ihre Hilfebedürftigkeit.

Um diesen so wichtigen außertherapeutischen Faktor scheint sich außer dem lösungsfokussierten Ansatz kaum ein anderes therapeutisches Konzept ernsthaft systematische Gedanken zu machen und ihn auch gezielt in die praktische Umsetzung einzuplanen. Im Denkanansatz der Gemeindepsychologie hatte er hingegen schon immer eine angemessene Würdigung erfahren (siehe auch die Ausführungen von Lambert / Oggles, 2004).

2.2. Ressourcenaktivierung als Wirkkomponente

Neben der Perspektive der allgemeinen Wirkfaktoren bietet aber auch das Grawe'sche Konzept der drei Wirkkomponenten, welches er im Rahmen seiner Argumentation für eine Psychologische Therapie (Grawe, 1999) ausführlich vorgestellt hatte, eine gute Möglichkeit,

Ansatzpunkte, welche sowohl im Lösungsfokussierten Ansatz zentral sind als auch die gemeindepsychologische Perspektive unter Empowermentgesichtspunkten auszeichnen, sowohl theoretisch als auch empirisch zu fundieren. Die unter dem Begriff der Ressourcenaktivierung dort vorgestellten Inhalte ebenso wie die damit verbundene Praxis entspricht nämlich weitestgehend dem, was im Lösungsfokussierten Ansatz unten als zentral angesehen wird. Die Arbeit mit den Stärken der Klient/inn/en nämlich auf der Basis einer maßgeschneiderten Beziehung und der möglichst konkreten Erarbeitung von Zielen des Klienten, die wiederum unter Nutzung der vorhandenen oder zu weckenden Einfallskraft, der jeweiligen vorhandenen Unterstützungssysteme, vergangener größerer oder kleiner Erfolge sowie der oft zufällig erlebten Unterschiede von Sitzung zu Sitzung verfolgt werden. Dies alles vornehmlich im Rahmen eines auf Ermutigung, Zutrauen und durchaus auch Neugier auf die oft ungewöhnlichen Lösungswege setzenden Kontextes. Allerdings gibt es bei dem von Grawe verwendeten Begriff der Ressourcenaktivierung eine Akzentuierung, welche doch zu beachten ist und einen Unterschied macht. Schaller und Schemmel (2003) erläutern diesen Unterschied in ihrem Epilog „Ressourcen - zum Stand der Dinge : während Ressourcenorientierung eher eine grundlegende Haltung meint, welche den Klient/inn/en Ressourcen geradezu selbstverständlich unterstellt und sich auf die zu (re)konstruierende Suche nach denselben begibt, ist Ressourcenaktivierung eher mit einem technischen Verständnis der Förderung des vorhandenen Potenzials und korrekter Erfahrungen im Rahmen einer umfassenderen Fallkonzeption assoziiert. Ich will in dem vorliegenden Beitrag diesen Unterschied nicht vertiefen und verwende daher beide Begriffe als Seiten einer Münze und unterstelle damit einen Willen zur gegenseitigen Ergänzung.

3. Der Lösungsfokussierte Ansatz kondensiert

Der Lösungsfokussierte Ansatz wurde in verschiedenen Publikationen bereits ausführlich vorgestellt (Walter & Peller, 2002; deJong/Berg 1998; Kaimer 1995, 1999; deShazer 1992a, 1992b, 1996), daher will ich mich hier auf eine knappe Skizzierung der wesentlichsten Charakteristika beschränken und lediglich die Punkte deutlicher hervorheben, die meines Erachtens für die Verträglichkeit und praktische Umsetzbarkeit auch unter gemeindepsychologischen Gesichtspunkten sprechen.

Der Ansatz wurde in den 70er-Jahren entwickelt und stellte damals eine Variante der strategischen Therapie dar. Er wurde im Rahmen einer Institution (Brief Family Therapy Center in Milwaukee, Wisconsin) entwickelt, welche zu einem großen Teil mit Menschen aus den Slums einer Großstadt zu tun hat. Formal arbeiteten die Mitglieder des BFTC im Team (eine Person führt das Interview, mehrere Mitglieder des Teams sitzen hinter einer Einwegscheibe und beobachten), die jeweiligen Treffen gliedern sich in drei Abschnitte: Interview (ca. 40 Minuten), Pause (in der sich die Person, welche das Interview durchführt für ca. 10-15 Minuten zum Team zurück zieht und berät), Rückmeldung (in der den Klienten das Ergebnis der Beratung mitgeteilt und ein neuer Termin vereinbart wird).

Im Laufe der 80er-Jahre wandelte sich der Ansatz von einer Variante strategischer Therapie zu einem Ansatz, dem man eher den narrativen oder sozial-konstruktionistischen Ansätzen (McNamee/Gergen, 1992) zurechnen könnte. Dementsprechend veränderte sich der Stellenwert, den das Interview und die Rückmeldung inne hatten. Ursprünglich ging es beim Interview - wie bei strategischen Therapien üblich - darum, die Sequenz der interaktionalen Problemerzeugung zu erheben, um auf

diese Weise Ideen zu gewinnen, wie diese Sequenz nach der Beratung in der Pause im Rahmen der Rückmeldung durch eine geeignete Intervention gestört oder unterbrochen werden könnte. Als ein charakteristisches Markenzeichen hatte das Team des BFTC hier die Frage nach den *Ausnahmen* vom Problem entwickelt und damit in ihren Interventionen gearbeitet.

Der Wandel weg von dem strategischen Therapieverständnis ging einher mit einer neuen Sichtweise des Prozesses des Interviews, welches nun deutlicher als das *Spielen von Lösungssprachspielen*, in deren Rahmen die Klient/inn/en nun mit Hilfe geeigneter Fragen und dementsprechender Sprachspielangeboten von Therapeutenseite ihre eigenen gangbaren Schritte von der Perspektive einer *wunderbaren* Lösung entwickelten. Das heißt nun natürlich, dass sich die Rolle der Expertenschaft des oder der Therapeutin wandelte von der Expertin für die Lösung zur Expertin in der Begleitung bei der Erfindung von Lösungen.

3.1. Die Haltung

Lösungsfokussierte Therapeut/inn/en vertreten die Meinung, dass Schwierigkeiten, Probleme oder „Störungen“, welche die Klient/inn/en in Beratung/Therapie bringen, uns über Erzählungen und Geschichten vermittelt werden. Diese Geschichten sind individuell und sozial konstruiert und erhalten oder bestätigen sich über Sprachspiele und Sprachspielerwartungen. Auch das Aufsuchen einer Beratung/Therapie ist ein aus mehreren Komponenten bestehendes Sprachspiel. Daher ist es wahrscheinlich, dass sich Klient/inn/en gemäß ihrer Erwartungen verhalten (z.B. ausschließlich über Defizite sprechen, über ihre Kindheit berichten). *Genaues Zuhören hilft uns, Sprachspielerwartungen heraus zu finden und angemessen damit um zu gehen.*

Diese sozial-konstruktionistische Haltung leugnet keine Fakten (ökonomische, soziale,

politische, physische Missstände) und hier liegen ja auch trotz aller Bewältigungszuversicht die Grenzen psychosozialer Hilfen. Sie versucht eher Fakten und Bedeutungen auseinander zu sortieren, um anschließend Bedeutungen verhandeln zu können, wohingegen bei Fakten die Frage ihrer realistischen Veränderbarkeit mit den zur Verfügung stehenden Mitteln im Vordergrund steht.

Die Menschen, die in Beratung/Therapie kommen, werden von ihren Ressourcen her gesehen, daher ist *Anerkennung* und Hervorhebung der offen liegenden oder auch versteckten Stärken der Klient/inn/en der Königsweg des lösungsfokussierten Ansatzes. Dies kann indirekt oder direkt geschehen. Lösungsfokussiert wird hier vom Arbeiten mit Komplimenten gesprochen. Dabei handelt es sich jedoch - in Differenz zum Alltagsverständnis des Begriffes Kompliment - um eine respektvolle Haltung, welche die Entfaltung der Stärken zu befördern trachtet.

Im Fortschreiten der Beratung/Therapie entsteht aus den Angeboten der Klient/inn/en und denen der/des Therapeuten/in ein neues Spiel, an dem beide gleichermaßen verantwortlich teilhaben. Der Job der/des Therapeuten/in ist es, beharrlich und einfallsreich *Angebote für progressive Spiele* (= change-talk es ist etwas im Fluss, es verändert sich etwas, es gibt Ansätze für die Erreichung erwünschter Ziele') zu machen. Manche Vertreter des Ansatzes sprechen auch von der Förderung des Möglichkeitssinnes oder gar von Möglichkeiten-Therapie (O'Hanlon 1999).

Therapeut/inn/en sind so gesehen keine Expert/inn/en für richtige Lösungen oder ein beseres Leben ihrer Klient/inn/en, sondern Expert/inn/en für die Konstruktion von Geschichten, für Bedeutungen, die zu einem besseren Befinden, mehr Möglichkeiten, angemessenem Bewältigen der Kund/inn/en führen sollen. Daher bleibt ihnen gar nichts anderes übrig, als

bescheiden zu sein hinsichtlich ihrer Ansprüche an therapeutischer Machbarkeit (Beerlage 1988).

Da Menschen dazu neigen, fehlende Elemente einer Geschichte mit selbst Erlebtem auf zu füllen oder mit eigenen Phantasien zu vervollständigen, besteht die Gefahr, im Laufe des jeweiligen Interviews hier in die Irre zu gehen und nicht ausreichend sorgfältig genug zu fragen und die jeweiligen Geschichten und Erzählungen sich entfalten zu lassen. Aus lösungsfokussierter Sicht gilt daher die Empfehlung und Aufforderung: *Bleibe einfach, sei dumm*. Dies wird in narrativen Ansätzen (Andersen, 1996) auch als Haltung des *Nicht-Wissens* bezeichnet. Dabei geht es jedoch vor allem um ein Bemühen der Versuchung zu widerstehen allzu schnell eine Schilderung in eine Kategorie, Klassifikation, ein Modell etc zu verwandeln und den Rest als vernachlässigbar auszublenden.

3.2. Die Werkzeuge

Dabei handelt es sich um typische Fragen, welche als die *fünf nützlichen Fragtypen* unter lösungsfokussierten Ausbildungskandidat/inn/en bekannt geworden sind:

- die *Einladung/Auftragserklärung*

Klient/inn/en kommen aus verschiedenen Gründen in Beratung und es kann manchmal recht schwierig sein, heraus zu finden, wer wofür Auftraggeber ist oder was sich Klient/inn/en eigentlich davon versprechen in Therapie oder Beratung zu kommen. Vielleicht wollen die Anwesenden der Therapeutin einen Auftrag geben, vielleicht gibt es aber noch zusätzlich jemanden, der Erwartungen an die Beratung oder Konsultation hat (Eltern, Partner, Richter, Jugendamt ...) und Therapeut/inn/en haben auch bestimmte Vorstellungen davon, welche Aufträge sie bedienen wollen und wo ihre Grenzen sind (vom Können und vom Wollen). Um einen guten Job zu ma-

chen, lohnt es, sich an folgenden Stufen zu orientieren (nach Loth, 1998):

Den *Anlass* für die Kontaktaufnahme: Anlass kann alles mögliche sein (siehe oben) und hier geht es vor allem darum, diesen noch nicht mit einem Anliegen oder gar einem Auftrag zu verwechseln; hier gibt es auch wichtige Hinweise darauf, ob eventuell eine relevante Bezugsperson der Anlass ist und eventuell diese eher ein Anliegen hat als die Person, die gerade vor einem sitzt.

Das *Anliegen* für das Gespräch: zentrale Frage ist „*w*as *w*ill der- oder diejenige/n *hier*?“ und hier kann sich in Kontrast zum Anlass bereits eine interessante Differenz ergeben (wenn z.B. das Anliegen eher darin besteht, von jemandem anderen in Ruhe gelassen zu werden, als ein Problem zu lösen, welches eine Dritte Person für relevant hält); es kann sich hier um Beschwerden drehen, unter denen die betroffene Person leidet, wo sie aber (noch?) keine persönlichen Einflussmöglichkeiten sieht; es kann aber auch ein Leid benannt werden unter der sicheren Gewissheit, dass auch irgendwo Möglichkeiten zur eigenen Lösung gefunden werden können.

Den *Auftrag* an den/die Berater/in: ausgehend von diesem Anliegen kann in einem nächsten Schritt ein Auftrag präzisiert werden und dieser kann für die jeweilige Institution oder den jeweiligen psychosozialen Helfer passend sein oder auch nicht - nicht jeder Auftrag muss oder kann bedient werden, in einem Fall kann es ethische Grenzen geben im anderen Fall scheint vielleicht eine andere Hilfestellung adäquater.

Und den *Kontrakt*, welcher im Laufe des aktuellen oder der folgenden Gespräche auf der Basis klarer Aufträge ausgehandelt wird.

Wenn eine andere Person Auftraggeber ist (der Partner, der Bewährungshelfer ...), so sind die Ziele des Auftraggebers mit denen des/der anwesenden Klienten/in zu verknüpfen.

- das Wunder

Damit eine Beratung zielgerichtet verlaufen kann, und das heißt, es klar ist, wohin es geht, welche Schritte notwendig sind, woran Fort-

schritt erkannt werden kann, braucht man Orientierung. Diese wird über eine realistischere oder phantastischere Vision im Sinne eines Leitsterns erzeugt. Die Wunderfrage als Universalwerkzeug hilft, einerseits das präsentierte Problem von einer erwünschten Lösung zu entkoppeln, um Einengungen vorab zu vermeiden, andererseits kann mit Hilfe der *Technik des Auflistens und Konkretisierens* ein anschauliches Bild einer erwünschten und oft auch schon gangbaren Zukunft entwickelt werden.

Bei der Wunderfrage geht es erst mal um eine Einladung zu einem Experiment, bei dem der Klient gebeten wird sich vorzustellen, nach einem relativ unspektakulären Verlauf des restlichen Tages werde er abends einschlafen und während des tiefen Schlafes werde ein Wunder geschehen, welches das, was den Klienten hier her in Therapie oder Beratung gebracht habe, lösen werde. Da er aber tief und fest schlafe, wisse er nicht, dass das Wunder geschehen sei. Die spannende Frage ist nun, wann zuerst und woran genau er dieses Wunder bemerken werde, wem das noch auffallen werde, was genau sich dadurch in seinem Leben verändern werde, welche weiteren Folgen das nach sich ziehen würde etc. etc.

Für manche Klient/inn/en ist die Wunderfrage allerdings zu phantastisch oder die Therapeutin - welche das Thema gerne noch mal aufgreifen möchte - will in einer späteren Sitzung eine Wiederholung vermeiden. Dann bietet sie eben Variationen der Frage an.



Beispiele für Variationen der Wunderfrage: Stellen sie sich vor, wir können uns nun einen Film ihres idealen Lebens in 5 Jahren ansehen. Stellen Sie sich vor, wir treffen uns heute in 4 Jahren wieder und Ihre Entwicklung ist weitgehend zu Ihrer Zufriedenheit gelaufen - wie sieht Ihr Leben dann aus? Oder - für eher skeptische Klienten: Nehmen wir mal an, wir machen hier gemeinsam in der Beratung/Therapie einen wirklich guten Job. Was wird das Beste - unter den gegebenen Umständen - sein, das wir erreichen werden?

Die Art, wie der Therapeut die Wunderfrage stellt, transportiert die Haltung, die er bezüglich präsentierter Probleme einnimmt, wie veränderbar er Konstellationen hält etc.. Auch hier spielt die Unterscheidung zwischen Fakten und Bedeutungen eine wichtige Rolle. Die Wunderfrage zu stellen bedeutet nicht, Fakten zu leugnen oder einer Wunderheilung das Wort reden zu wollen.

Je weniger der Therapeut hinsichtlich der Ursachen der Probleme zu wissen glaubt, desto leichter ist es für ihn, optimistisch zu sein, hinsichtlich *irgendeiner* Lösung. Positiv formuliert: Je mehr der Therapeut Nicht-Wissen hinsichtlich vermeintlicher Probleme akzeptiert, desto weniger schränkt er sich ein, hinsichtlich verschiedenster Möglichkeiten.

- die Ausnahmen

Hier haben lösungsfokussierte Therapeut/inn/en es mit drei verschiedenen Typen zu tun, wobei die ersten beiden noch hinsichtlich einer zeitlichen Perspektive bewertet werden können.

Sogenannte *versteckte Wunder* sind Ausnahmesituationen (wie klein und winzig auch immer), in denen ein Stück des Wunders unerwartet aber registriert (und sei es erst durch die Art wie das Wunder konstruiert wurde) auftrat. Wohingegen *Ausnahmen vom Problem* (als zweite Wahl) oder eben der Beschwerde eben solche unerwartete Zeiten sind, in denen

unerklärlicher Weise das Problem nicht auftrat oder lediglich abgeschwächt auftrat. Bei beiden Phänomenen kann es sich zeitlich darum handeln, dass dieses Phänomen seit der Anmeldung auftrat, dann sprechen lösungsfokussierte Berater/innen von *presession change* oder es ist in der kürzeren oder längeren Vergangenheit aufgetreten, bevor überhaupt ernsthaft an therapeutische Hilfe gedacht wurde. In jedem Fall geht es darum dieses Ereignis zu etwas Erklärungsbedürftigen zu machen, die Tatsache, dass es auftreten konnte zu etwas Wiederholbaren und Erwartbaren zu machen. Dies geschieht meist über Fragen vom Typ: Wie kam denn das? Wem ist denn das noch aufgefallen? Was haben Sie denn da gemacht, dass das möglich war? - Alles das mit der Haltung und daraus resultierendem Ausdruck deutlicher Neugier und engagierten Interesses. Gibt es keine Ausnahme der beiden beschriebenen Typen, dann bleibt immer noch die Option offen eine *hypothetische Ausnahme* zu konstruieren, d.h. unter welchen Bedingungen ein kleiner Schritt in die richtige Richtung möglich und vorstellbar wäre. Je nach sprachlichen Angeboten von Seiten der Klient/inn/en werden hier Konjunktiv oder Indikativ, extreme bis mittlere Verkleinerungsformen genutzt. Allerdings empfiehlt es sich, diesen Weg erst nach der Konstruktion von Skalen als Bezugspunkten zu gehen. Ganz grob gesprochen geht es hier also um das Erarbeiten von Fluktuationen, Schwankungen, welche die oft vorgetragene unveränderliche Stabilität der Beschwerden als Illusion erkennbar werden lassen sollen.

- die Skalen

Unabdingbar für den Ansatz ist die Konstruktion einer *zentralen Zielskala*, deren Enden einerseits durch das Wunder (üblicherweise die 10), andererseits durch den Entschluss Hilfe auf zu suchen oder alternativ den schlechtesten Stand (die 0) definiert sind. Hier wird dann

auch der aktuelle Stand geschätzt, was wiederum die Möglichkeit eröffnet, erste Fortschritte oder Änderungen wahr zu nehmen (*Presession Change*), zu benennen und zu analysieren (da es selten vorkommt, dass Klient/inn/en sich in Sitzungen bei 0 einschätzen). Diese Zentral-skala erlaubt es auch gleich zu Beginn ein Ende zu markieren, da ein Erreichen der 10 innerhalb der Beratung weder notwendig noch sinnvoll ist, sobald Klient/inn/en wissen oder ausreichend Zuversicht darüber entwickelt haben, wie sie voranschreiten können.

Neben der Zentralskala können dann noch jede Menge anderer zweckmäßiger Skalen konstruiert werden, die mit Energie und Investitionsbereitschaft, mit Zuversicht oder Hoffnung, aber auch diversen relevanten anderen Themen zu tun haben können.

Bei mehreren Klient/inn/en können Differenzen kreativ genutzt werden, um neue dem Fortschreiten dienende Informationen zu erzeugen und ein Klima erwartbarer Verbesserungen zu fördern.

Da es doch immer wieder Klient/inn/en gibt, die entweder mit Skalen Schwierigkeiten haben bzw. diese im Sinne einer fixierenden Messung und Bewertung missverstehen, ist hier ausreichende Klärung oder das Angebot alternativer Orientierungsmöglichkeiten notwendig. Beispiele dafür wären: die Farben des Regenbogens, die Tonleiter,..

- Bewältigungsfragen

Klient/inn/en sind manchmal aufgrund schwerer und schwerster Belastungen noch nicht in der Lage lösungsfokussierte Perspektiven im engeren Sinn mit zu konstruieren. Für diese pessimistischen Phasen bieten sich dann Fragen nach dem offensichtlichen und nicht zu leugnenden Bewältigen des Alltags, der Tatsache, dass sie hierher in Beratung/Therapie kommen, dass sie den Kampf nicht aufgegeben haben, an. Das geforderte Fingerspitzengefühl auf Seiten der Therapeut/inn/en bezieht sich

hier auf die Balance zwischen Bestätigung der ausgedrückten Klage und beharrlicher Wahrnehmung von Bewältigung innerhalb dieses Leids. Es ist nicht zu erwarten, dass Klienten in einer solchen Phase mit Begeisterung auf diese Konstruktionsangebote reagieren werden, aber sie schaffen die Basis für Erweiterungen, wenn die Zeit (und das heißt vor allem der Alltag der Klient/inn/en mit seiner bedeutenden Selektionsfunktion) reif dafür ist.

3.3. Das Vorgehen / die Struktur

Das Ziel lösungsfokussierten Arbeitens ist es also, mit den Klient/inn/en gemeinsam Perspektiven zu entwickeln, welche sie ermutigen, möglichst selbst gefundene Schritte in Richtung ihrer angestrebten Ziele zu gehen. Dabei wird weniger von der ursprünglich präsentierten Beschwerde, dem vorgetragenen Problem ausgegangen, sondern vornehmlich vom entwickelten Wunder. Dies bedeutet nun nicht, dass die vorgetragene Beschwerde nicht ernst genommen wird, sondern spiegelt lediglich die Erfahrung der Begründer des Ansatzes wider, dass Probleme oft nur bedingt etwas mit dem zu tun haben müssen, was jemand wirklich gerne erreichen möchte. Dies kann verschiedene Gründe haben: z.B. die Problempräsentation hat lediglich eine Art Eintrittsfunktion zu Therapie/Beratung, das vorgetragene Problem steht für ein unerfülltes und vielleicht auch nur teilweise bewusstes Bedürfnis, die Beschwerde verselbständigte sich im Rahmen eines Etikettierungsprozesses. Aus lösungsfokussierter Sicht muss nun diese vorgetragene Beschwerde bzw. die Klage über geschildertes Leid ausreichend und deutlich genug gewürdigt werden - sie muss Platz haben, jedoch nicht notwendiger Weise wirklich verstanden werden. Verstanden werden - im Sinne eines fast schon bildlichen Nachvollziehens - muss hingegen das Wunder (als Navigationspunkt) und die davon abgearbeiteten Ziele. Und es braucht überzeugende Anhaltspunkte, um einschätzen

zu können, dass die Richtung stimmt - dies wird meist über die genannten Skalen verfolgt. Diese Skalen haben wiederum den Vorteil, dass (Berg/deShazer, 1993) ich gar nicht so genau zu verstehen brauche, wofür der jeweilige Stand genau steht. Fest steht, dass eine 3 besser ist als eine 2, und eine 3,4 besser als eine 3,1. Wie weit diese Unterschiede dann ausgearbeitet und präzisiert werden, hängt vom Verlauf des jeweiligen Gesprächs, der gemeinsamen Konstruktion von Fortschritt, der sozial eingebetteten Geschichte oder Erzählung ab. Und weil Lösungsfokussierte Therapie das Geschehen außerhalb der jeweiligen Sitzungen so ernst nimmt, beginnen die meisten Sitzungen auch mit einer Variation der simplen Frage: Was hat sich verbessert? Und einer Verankerung der Antwort auf der Zentralskala. Die Antwort kann naturgemäß von *sehr viel bis gar nichts* reichen, sie kann etwas mit der am Ende der letzten Sitzung angebotenen Empfehlung zu tun haben oder auch gar nicht, sie kann als willkürlich oder reiner Zufall präsentiert werden. Im Falle von wahrgenommenen Veränderungen werden diese konkretisiert, der Anteil des Klienten heraus gearbeitet, Hypothesen verfolgt, wie diese wiederholt werden können, und der Weg der Klienten bestätigt und ermutigt. Im Falle von Nicht-Veränderung oder Verschlechterung wird die Zeit seit der je letzten Sitzung in ihren Schwankungen auf der Zentralskala abgebildet und die so aufgetretenen Unterschiede hinsichtlich ihrer Relevanz bearbeitet. Das Ziel: die Erarbeitung von Unterschieden, welche wiederum für ein Fortschreiten auf dem Weg des Klienten genutzt werden können, indem ihm oder ihr diese Unterschiede und was sie genau ausmacht überhaupt einmal bewusst werden kann. Bei all diesen Aktivitäten orientieren sich lösungsfokussierte Therapeut/inn/en sehr konsequent an den Änderungstheorien ihrer Klient/inn/en und vertrauen auf deren Kundigkeit und Fähigkeit,

manchmal durchaus eigensinnig ihren Weg mit all den nötigen Um- und Abwegen zu finden. Eine wichtige Perspektive an der sich Lösungsfokussierte Therapie orientiert ist das Konzept von Beziehung, welche sich von der Art der jeweiligen sich entwickelnden Geschichten und Erzählungen ableitet. Dieses Konzept - für lösungsfokussiert Erfahrene erwartbar einfach - unterscheidet zwischen Besucher-, Klagen- und Kundengeschichten und dementsprechenden Beziehungen. Und bietet je nach Beziehungstyp entsprechende Hinweise oder Tipps hinsichtlich der Vermittlung von Empfehlungen und der Verhaltensweise bezogen auf die erarbeitete Erzählung an.

4. Kritische Punkte

4.1. Die Grenzenlosigkeit des Ansatzes

In den Seminaren des Begründers des Ansatzes Steve de Shazer wird immer wieder die Weigerung spürbar, sich mit den Grenzen des Ansatzes auseinander zu setzen. Dabei gilt es allerdings zu bedenken, dass der lösungsfokussierte Ansatz immer *beschreibend* und nicht *vor-schreibend* gelehrt wird. Die Darstellungsperspektive ist also immer: Was hat in unserer Praxis in Milwaukee wie funktioniert? Und es wird auch eingestanden, dass es einen bestimmten Prozentsatz gibt, bei dem der Ansatz keine Erfolge bringt. Dabei werden Therapien oder Beratungen unterschieden, welche als schwierig angesehen werden (die Daumenregel war noch 1992: Schwierig ist eine Therapie dann, wenn es bis zur 5. Sitzung keine Fortschritte auf der Zentralskala gibt) und solche, wo der Ansatz überhaupt nichts bringt (die Angaben schwanken hier zwischen 20 und 30 %). Für den Fall einer schwierigen Therapie wurden alle denkbaren Veränderungen im Ansatz und Setting vorgeschlagen: Änderung der Zeit sich zu treffen, Änderung des Raums, Änderung der Sitzposition, Änderung des The-

rapeuten, Änderung der Ziele, der Einschätzung des Beziehungstyps ...

Bezüglich des Scheiterns des Ansatzes zog man sich auf eine Position des Nichtwissens zurück. Eine Änderung des Ansatzes oder eine Integration mit anderen Ansätzen wurde von de Shazer abgelehnt und ironisch als „Bullshit“ bezeichnet. Die Lernenden haben den beschriebenen Ansatz also auf ihre konkrete Praxis selbst zu übertragen und zu schauen, was dort wie funktionieren kann.

Mir scheint für den lösungsfokussierten Ansatz etwas charakteristisch zu sein, was auch ähnlich für die Verhaltenstherapie gilt. Klienten, welche mit Grawes Worten (Grawe, 1999) jenseits des Rubikon sind, mit denen es also möglich ist ein klares Wunder zu konstruieren und im Gefolge dann auch Ziele und Teilziele, sind auch passende Klienten für den Ansatz und umgekehrt. Klienten, welche im Gefolge von inneren Konflikten solche Visionen (noch) nicht entwickeln können, welche sehr emotional reagieren bzw. ihre ersten Änderungen eben im emotionalen Bereich benennen, werden vom Standardangebot des lösungsfokussierten Ansatzes vielleicht eher enttäuscht sein. Dies hat mit der fehlenden Perspektive auf Emotionen beziehungsweise der sehr interaktionistischen Deutung derselben zu tun - der lösungsfokussierte Ansatz beschäftigt sich hier vergleichbar mit den frühen verhaltenstherapeutischen Ansätzen vor allem mit der behavioralen Dimension menschlichen Handelns. Dies hat aber auch manchmal mit der Ratlosigkeit von Praktiker/inne/n angesichts vager, nicht fassbarer Ergebnisse im Gefolge der Wunderfrage zu tun. Dabei könnte doch auch die Entwicklung eines Wunders als erstes Ziel gelten und auch dies lösungsfokussiert angegangen werden. Ein Angebot für Klienten diesseits des Rubikon also.

Ich vertrete die Position, den lösungsfokussierten Ansatz als eine besonders konsequente und

fruchtbare Form der Verwirklichung und Nutzung der Wirkkomponente Ressourcenaktivierung, wie sie Grawe in seiner Konzeption einer psychologischen Therapie auf der Basis von Jahrzehntelangen Forschungsbemühungen in diesem Feld formuliert hat, anzusehen. Und es scheint mir dann auch nur konsequent und in Verfolgung gemeindepsychologischer Prinzipien eines gestuften Angebots logisch in einem ersten Schritt ausschließlich mit ressourcenaktivierenden Mitteln zu arbeiten. Dies lotet die vorhandenen Stärken und Möglichkeiten der Klienten aus, verhindert vorschnelle Pathologisierung und Medikalisierung. Wenn jedoch die Grenzen eines alleinigen ressourcenaktivierenden Vorgehens offensichtlich werden steht der Nutzung der beiden anderen Wirkkomponenten - nämlich Intentionsklärung und Intentionsrealisierung - nichts im Wege. Voraussetzung dafür ist dann allerdings eine problem- und zielorientierte Fallkonzeption.

4.2. Eine Variation des Machbarkeitskitsch?

Gemünzt auf die technologische Interpretation von Verhaltenstherapie bzw. Psychotherapie allgemein hat Irmtraud Beerlage (1988) vor vielen Jahren vom Machbarkeitskitsch in der Psychotherapie gesprochen und gleichzeitig gewarnt. Dass diese Warnung nicht verfehlt war sehen wir an den Entwicklung im Gesundheitssystem - speziell der Psychotherapie -, wo die Vorstellungen und Erwartungen an empirisch validierte Techniken fröhliche Hochzeiten feiern und nach dem Vorbild der medizinischen Präparate oder Techniken eingefordert werden. Die Botschaft ist klar: für jede Störung gibt es eine bewährte, manualisierte Technik, mit deren Hilfe - vorausgesetzt diese wird fachgerecht angewandt - die benannte Störung zielsicher zum Verschwinden gebracht werden kann. So absurd das vielleicht klingt, aber auch im Rahmen der lösungsfokussierten Therapie gibt es einen solchen Kitsch von einer gänzlich

anderen Seite. Dann nämlich, wenn die Kundigkeit des Klienten so verabsolutiert wird, dass Bedürftigkeit und Mangel nicht mehr gesehen oder geglaubt wird und es nur mehr auf die richtige Fragetechnik ankommt, dass der Klient doch noch auf die richtige Lösung kommt. So tragisch die Verabsolutierung des Expertentums der Therapeuten sein mag, die nicht nur wissen, welche Vorgehensweise die Lösung für die Klienten beinhaltet und die gar keine genaue Zielanalyse mehr machen müssen, da sie ohnehin glauben besser zu wissen, was für Klienten gut und erstrebenswert ist, so tragisch ist die Wendung ins genaue Gegenteil. Hier dürfen dann Klienten keine Hinweise des Therapeuten mehr brauchen, werden langjährige Erfahrungen mit Problem- und Lösungskonstellationen nicht gewürdigt und wird ausgeschlossen, dass es Dynamiken gibt, welche Klienten bei der Findung von Lösungen behindern, so dass sie immer mehr desselben erreichen. Auch wird hier fataler Weise übersehen, dass es Klienten gibt, welche den Erwartungen der lösungsfokussierten Therapeut/inn/en in einer Art und Weise entsprechen (soziale Erwünschtheit), dass der Ansatz zum Scheitern verurteilt ist. Es wird nur mehr über Lösungen gesprochen, weil die Therapie das so vorschreibt und nicht, weil es für den Klienten, die Klientin wirklich nützlich ist.

4.3. Missverständnisse bezüglich des Ansatzes

Ob man häufige Missverständnisse bezüglich des Ansatzes diesem selbst anlasten kann, mag bestreitbar sein. Ich denke aber, dass die oft etwas flapsigen Anmerkungen in Publikationen und Workshops sehr wohl zu solchen beigetragen haben. Dabei geht es mir im Wesentlichen um drei Punkte.

Der erste betrifft die oft anzutreffende Unterschätzung des Ansatzes. Auch wenn die Begründer immer wieder mit dem Wortspiel einfach vs. leicht die jeweiligen Interessenten zum

Lächeln bringen: der Ansatz ist sehr anspruchsvoll und braucht sehr viel Praxis, um ihn zu beherrschen. Die Beobachtung von gelungenen Interviews täuscht hier in einem Maße, das sich z.B. Workshopteilnehmer anfangs gar nicht vorstellen können. Und immer wieder erlebe ich in meinen eigenen Angeboten, wie verblüfft die Teilnehmer sind, wenn sie das einmal konsequent selber ausprobieren. Das betrifft auch die häufig anzutreffende und zu Recht gleich angezweifelte Annahme, lösungsfokussierte Therapie sei zwangsläufig kurz. Das stimmt so nicht, denn die Kürze einer Therapie hat zuerst einmal mit den vereinbarten Zielen in einem konkreten Kontext zu tun. Dieser Kontext betrifft nun wieder die Möglichkeiten, die sich in diesem Kontext finden lassen: auf Seiten des Kunden, auf Seiten des vorhandenen sozialen Netzwerks. Klar bringt ein Ansatz, der so sehr auf kleine Schritte, auf machbare und beobachtbare Fortschritte, auf vorhandene Ressourcen und spontane Fluktuationen setzt kürzere Therapien hervor als einer, der auf Persönlichkeitsveränderungen und die Durchdringung des gesamten eigenen Selbst setzt, kürzere Therapien hervor. Und trotzdem gibt es gut begründbare lösungsfokussierte Therapien, welche Jahre - vielleicht allerdings mit vergleichsweise wenigen Sitzungen - dauern können.

Der zweite Punkt betrifft die unterstellte Unmöglichkeit diesen Ansatz zu finanzieren, da doch so aufwändig mit einem kompletten Team gearbeitet werden muss. Die Frage inwieweit mit einem Team gearbeitet werden kann, hängt von den jeweiligen Gegebenheiten ab. Sicher ist es für die Ausbildung von lösungsfokussierten Therapeut/inn/en eine ideale Rahmenbedingung mit einem Team hinter dem Monitor oder dem Einwegspiegel zu arbeiten. Im Rahmen der Ausbildung sollte aber zunehmend die Entwicklung eines „inneren Teams“ eingeübt werden, so dass in der Folge auch allein oder zu zwei gearbeitet werden kann.

Der dritte Punkt betrifft die Sicht der Beziehung. Hier wird ja, wie oben dargestellt, mit einem recht simplen Modell gearbeitet und es wäre wohl wünschenswert auch die Ergebnisse zu Klientencharakteristika zur Kenntnis zu nehmen und in die Konzeption mit einzubeziehen. Denkbar wäre hier z.B. eine Orientierung an den Arbeiten von Beutler (Beutler & Harwood 2000). Die Gefahr besteht hier m.E. darin, dass dadurch die sozialkonstruktionistische Perspektive (der Fokus liegt auf der gemeinsamen Konstruktion der Beziehung statt auf der Persönlichkeit der Klienten) wieder etwas leichter aus dem Blickfeld gerät.

4.4. Wörter, Sätze, Sprache

Schließlich wäre als letzter Kritikpunkt die Einengung der Wahrnehmung und des Denkens über Therapie auf gesprochene Sprache zu benennen. Dies hat mit der Favorisierung sprachphilosophischer Erklärungsversuche durch Steve de Shazer zu tun und hier vor allem mit dem Bezug auf Ludwig Wittgensteins sprachphilosophische Ansätze. Natürlich ist die Beschäftigung mit dem Text allein schon eine schwierige und anspruchsvolle Sache. In Psychotherapie und Beratung haben jedoch kommunikative Aspekte wie Gesten, Mimik, Tonfall, Ausdruck, Haltung enorme Bedeutung. Hier eine Erweiterung zu fordern ist eine Sache - notwendig und sicher einleuchtend. Sie zu erbringen natürlich eine andere. Wenn nun aber schon die Erweiterung des Blicks auf alle Facetten des sozialen, interaktionalen Geschehens für Therapie (wie z. B. in diversen soziologischen Traditionen - z.B. symbolischer Interaktionismus - geschehen) wünschenswert erscheint, so soll nicht unterschlagen werden, dass bei Therapie und Beratung auch noch die Perspektive des Psychischen und Biologischen eine Rolle spielen könnte/sollte, wenngleich aufgrund diverser Erfahrungen mit biologistischen oder psychologisierenden - und d.h. meist auch extrem individualisierenden - Tra-

ditionen in diesem Feld, eine vehemente Gegenbewegung nachvollziehbar ist.

5. Resümee

Wie meinen Argumenten zu entnehmen ist, bin ich auch, was den lösungsfokussierten Ansatz betrifft ein Vertreter einer Ja-aber-Mentalität, wie das Heiner Keupp vor Jahren schon generell für die Gemeindepsychologen reklamiert hat (Keupp, 1995). Ich schätze den lösungsfokussierten Ansatz als Verwirklichung relevanter Anteile einer ressourcenorientierten Vorgehensweise sehr und schätze auch die Lehrbarkeit dieses Vorgehens. Ich halte Ressourcenaktivierung nach wie vor für eine wichtige Basis psychosozialen Arbeitens, welche an den Anfang jeder psychosozialen Intervention gehört und den Klient/inn/en die Chance gibt, „Normalisierung ohne den Umweg bzw. die Folgen von Pathologisierung und Stigmatisierung wieder zu erreichen (Kardorff, 1986). Und ich sehe Ressourcenaktivierung auch als „zentrales Handlungsprinzip“ der Empowerment-Perspektive wie das Albert Lenz in seinem Beitrag des Empowerment-Buches, welches er gemeinsam mit Wolfgang Stark herausgegeben hat (Lenz 2002), so nachdrücklich und logisch begründet hat.

Zur Ressourcenaktivierung gehört m.E. neben den lösungsfokussierten Vorgehensweisen allerdings auch eine Ausbildung in Beziehungsgestaltung, wie sie z.B. die klientenzentrierten Ansätze sensu Rogers oder hypnotherapeutische Ansätze sensu Erickson anbieten. Dies wird im lösungsfokussierten Ansatz eher durch bestimmte Persönlichkeiten verkörpert (von den Gründerpersönlichkeiten z. B. Insoo Kim Berg) als explizit gelehrt.

Nach der Chance, welche der Ressourcenaktivierung als psychosozialem Angebot ausreichend gegeben werden sollte, muss aber auch die andere Seite der Medaille nämlich das Angebot bewährter weiterer Wirkkomponenten, je

nach Fallkonzeption relativ rational begründbar anschließen können. So könnte man der Forderung des Empowerment-Konzepts entsprechen: Stärken, Ressourcen, eigenwillige Lösungen anerkennen UND Hilfe anbieten. Und natürlich lassen sich bewährte Wirkkomponenten auch ressourcenorientiert anbieten.

Die gemeindepsychologische Perspektive könnte dadurch, dass sie Anspruch erhebt auf Lösungsfokussierung, zweierlei gewinnen. Sie könnte einerseits darlegen, dass die dort vorgestellte Haltung und die Art zu Denken genuin gemeindepsychologisch ist, dass sie hier dem Mainstream der psychosozialen Szene weit voraus war und dass es den laut tönenden Vertretern lösungs- wie ressourcenorientierter und -fokussierter Ansätze wohl angestanden hätte, sich bezüglich verwandter Strömungen und Vorgänger im psychosozialen Feld kundig zu machen, auf diese zu verweisen und eventuell gar ihrerseits von Gemeindepsychologie zu profitieren. Dies wäre m.E. ein Gewinn an Selbstbewusstsein. Sie könnte aber zweitens gewinnen, indem sie die ausgearbeiteten Konkretisierungen dieser Haltung und Art zu Denken in der Praxis aufgreift und damit eine lehrbare Methodik für die psychosoziale Arbeit zur Verfügung hätte. Gemeindepsychologie wäre damit ein Stück weit praktisch greifbarer. Darüber hinaus gewinne die Gemeindepsychologie über diese didaktisch ausgearbeitete Praxis aber auch noch Zugang zu den dort geleisteten Verknüpfungen mit und Verankerungen in theoretischen Konzepten wie z.B. dem symbolischen Interaktionismus, dem sozialen Konstruktionismus, der narrativen Psychologie, der Synergetik und anderen systemtheoretischen Ansätzen.

Was in all diesen therapeutischen Ansätzen - egal ob dies der lösungsfokussierte Ansatz oder ein anderer Ansatz mit Schwerpunkt in dem einen oder anderen Wirkfaktorenspektrum

ist - generell zu kurz kommt, sind Fragen, wie sie typisch für gemeindepsychologisches Denken sind: Wie wurde die „Krise“ auch durch gesellschaftliche Aspekte ausgelöst? Ist sie eine letztlich nachvollziehbare Antwort auf Verhältnisse? Inwieweit ist das beobachtbare Verhalten, welches ein Klient zeigt, eine Antwort auf Struktur, Erwartungen und Spielregeln der betreffenden versorgenden Institution oder Einrichtung (Praxis, Beratungsstelle)? Werden jenseits der psychischen auch soziale Aspekte des Problems bedacht? Welche „heimlichen“ Therapieziele leiten den psycho-sozialen Helfer? Dient die geplante Hilfe eher dazu bestehende krankmachende Verhältnisse aufrecht zu erhalten als emanzipatorische Änderungen zu ermöglichen?

Diese Tatsache verweist darauf, dass die gemeindepsychologische Perspektive aktueller und notwendiger denn je ist und dass eine Brücke zum klinisch psychologischen Denken gepflegt und gefestigt werden muss. Das gilt insbesondere für das Feld der Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/in bzw. die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en und die diversen Curricula der Ausbildungsinstitute.

Autor

- ✉ Dr. Peter Kaimer, Universität Bamberg, Lehrstuhl klinische Psychologie/Psychotherapie, Postfach 1549 / D-96045 Bamberg, Tel.: 0951 863 1881 / Fax: 0951 863 4881, E-mail: peter.kaimer@ppp.uni-bamberg.de.

Literatur

- 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 (Hg.), *Kognition und Gesellschaft*. Stw 950. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bamberger, Günter G. (2001²). *Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim: PVU.
- Berg, I.K. (1992). *Familien - Zusammenhalt(en)*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Berg, I.K. & S. de Shazer (1993). Wie man Zahlen zum Sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie. *Familiendynamik* 2, 146-162.
- Beerlage, I. (1988). Einführung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 1, 8-9.
- Beutler, L.E. & T.M. Harwood (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. Oxford: University Press.
- De Jong, P. & I.K. Berg (1998). *Lösungen (er)finden*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- De Shazer, St. (1989). Der Dreh. Heidelberg: Carl Auer.
- De Shazer, St. (1992a). *Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen*. Heidelberg: Carl Auer.
- De Shazer, St. (1992b). Aus der Sprache gibt es kein Entrinnen. In J. Schweitzer et al. (Hg.) *Systemische Praxis und Postmoderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- De Shazer, St. (1996). *A... Worte waren ursprünglich Zauber@* Dortmund: verlag modernes leben.
- Devilder, A. (2001). Skizzen einer sozial-konstruktivistischen Psychologie. Heft Nr. 5 der Bochumer Berichte. Herausgegeben von der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen
- Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung. Zugriff über: <http://www.boag.de>.
- Duncan, B. L. & S. D. Miller (2000).. *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Frank, J.D. (1981). *Die Heiler*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Gemeindepsychologische Perspektiven* 1-4 (1983) erschienen als Sonderreihe des DGVT-Verlags gemeinsam mit der GwG.
- Gräwe, K. (1998.) *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hubble, M. A. & B. L. Duncan & S. D. Miller (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington: APA.
- Kade, S. et al. (2003) Ressourcenorientierte Therapeiausbildung : Das Bamberger Modell. In H. Schemmel & J. Schaller (Hg.) *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. DGVT-Verlag: Tübingen.
- Kaimer, P. (1995) Lösungsorientiert zuerst! Ein Vorschlag. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 27, 3, 389-404.
- Kaimer, P. (1999). Lösungsfokussierte Therapie. *Psychotherapie Forum* 7, 1, 8-20.
- Kardorff, E. v. (1986). Klienten. In G. Rexilius & S. Grubitzsch (Hrsg.), *Psychologie*. Reinbek/H.: Rowohlt (re).
- Keupp, H. (1988). *Riskante Chancen*. Heidelberg: Asanger.
- Keupp, H. (1993). Von der Aprogrammatischen Fortschrittlichkeit zur gemeindepsychologischen Identität. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 25, 421-444.
- Keupp, H. (1995). Gemeindepsychologische Identitäten: Vergangenheiten und mögliche Zukünfte. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Gemeindepsychologie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven*. Tübingen: DGVT.
- Keupp, H. & Zaumseil, M. (Hrsg.) (1978). *Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leids*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (STW 246).

- Keupp, H. & Rerrich, D. (Hrsg.) (1982). *Psychosoziale Praxis. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Lambert, M. J. & Oggles, B. M (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th Edition. New York: Wiley and Sons.
- Lenz, A. (2002). Empowerment und Ressourcenaktivierung - Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In A. Lenz & W. Stark (Hrsg.), *Empowerment. Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Loth, W. (1998). *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontakte*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- McNamee, S. & Gergen, K. J. (Eds.) (1992). *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy Relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- O'Hanlon, B. (1999) *A Guide to Possibility Land*. New York: Norton.
- Schaller, J. & Schemmel, H. (2003). Ressourcen - zum Stand der Dinge. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. DGVT-Verlag: Tübingen.
- Schiepek, G. (1986). *Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie*. München: PVU.
- Stark, W. (1996). *Empowerment*. Freiburg: Lambertus.
- Straus, F. & Höfer, R. (1998). Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkinterventionen. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 2*. Tübingen: dgvt.
- Walter, J. L. & Peller, J. E. (2002) *Lösungsorientierte Kurztherapie*. Dortmund: verlag modernes lernen.

Einige Anmerkungen aus Sicht eines Psycho-Sozialarbeiters in einer Beratungsstelle

Meinrad Schlund

Den sehr prägnanten Ausführungen von Dr. Peter Kaimer ist nur wenig hinzuzufügen. In der Praxis der Beratungsstellenarbeit stellen neben der Ressourcenaktivierung auch andere gemeindepsychologische Elemente die Basis der Arbeit dar. Daraus ergeben sich andere Verknüpfungen zwischen lösungsfokussiertem Vorgehen und gemeindepsychologischem Handeln.

Ich möchte im Folgenden einige Punkte kurz skizzieren, die als Ergänzungen zu verstehen sind. Ich möchte die Ausführungen als Anregung zur weiteren Diskussion verstehen, ganz besonders, wenn es um die Beratung von

Klienten geht, die unfreiwillig den Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen.

1. Ergänzung zum Setting

Im Arbeitsalltag der Beratungsstelle ist die Netzwerkarbeit von großer Bedeutung. Wir unterscheiden fallübergreifende Zusammenarbeit und fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Helfern, Berufsgruppen.

In beiden Gesprächskontexten ist ganz wesentlich, inwieweit wir das unterschiedliche Rollenverständnis und die unterschiedliche Vor-

gehensweise der anderen Berufsvertreter kennen lernen und respektieren.

Die Grundhaltung der lösungsfokussierten Therapie ist in vielen Elementen auf Gespräche übertragbar, die wir mit beteiligten Dritten führen. Ein Ziel sollte sein, herauszubekommen, welche Bedeutung die Wörter für Richter, Anwälte, Jugendamtsmitarbeiter oder Lehrer haben. (Wittgenstein: „Die Bedeutung eines Wortes ist sein Gebrauch“). Beispiel: Eine Terminsetzung von Richtern hat eine andere Bedeutung und andere Konsequenzen als eine Terminsetzung von Anwälten, obwohl beide Juristen sind. Auch in der fallbezogenen Zusammenarbeit sollten zunächst die Elemente der Grundhaltung „genaues Zuhören“ und „Anerkennung“ (siehe 3.1. Die Haltung, S. 9/10) im Mittelpunkt der Gespräche stehen. Wenn wir z. B. Lehrer für die Zusammenarbeit gewinnen wollen, müssen wir ihre Ausgangsposition kennen und respektieren. Ähnlich wie bei der Skalierungsfrage kann abgeklärt werden, welches Engagement der Lehrer leisten kann und will. Auf dieser Basis können dann Ziele gemeinsam festgelegt werden und Aufgaben verteilt werden.

Beim lösungsfokussierten Ansatz überlässt es der Therapeut dem System welcher Personenkreis sich als hilfreich definiert. Im Sinne des gemeindepsychologischen Handelns ist mein Rollenverständnis, dass der Therapeut eine aktiver Rolle spielen kann. Er kann Klienten vorschlagen, Dritte mit einzubeziehen, wenn es für die Lösung der Probleme hilfreich sein könnte. Wenn der Klient einverstanden ist, kann der Therapeut diesen Dritten einladen. So zeigt der Berater Interesse an verschiedenen Sichtweisen und Herangehensweisen. Es werden soziale Stützsysteme aktiviert und das therapeutische Eingreifen auf ein Minimum reduziert.

Die Gespräche mit beteiligten Dritten sollten nach meiner Erfahrung gemeinsam mit den

Klienten geführt werden, z. B. ein gemeinsames Gespräch mit Lehrern und Eltern. So lässt sich leichter eine gemeinsame Basis schaffen. Es könnte sein, dass dann der Therapeut in einem Gespräch zwischen Eltern und Lehrer eher Moderator ist, mit dem Ziel die Zusammenarbeit zwischen beiden anzustoßen.

2. Ergänzungen zum Thema „Werkzeug“:

Ich habe es als hilfreich erlebt, die typischen Fragen (siehe 3.2. Die Werkzeuge, S. 10-13) zu ergänzen. Ich habe die Anregung von Märtens¹ aufgenommen, die Frage nach der sozialen Unterstützung standardmäßig zu stellen. „Wer unterstützt Sie in Ihrem Umfeld? Welche Gespräche mit Freunden, Verwandten, Bekannten helfen Ihnen in Ihrer momentanen Situation? usw.“ Wir betonen damit die Bedeutung von sozialer Unterstützung wenn wir dieser Raum im Gespräch geben, der Blick des Klienten, der vielleicht auf die Hilfestellungen des Therapeuten eingeengt ist, wird dadurch erweitert.

In Beratungsstellen sind wir öfter mit Situationen konfrontiert, bei denen die Freiwilligkeit nicht gegeben ist (siehe unter 3.2. Auftragsklärung, Seite 10/11). Bleibt nun ein Klient während der ersten Stunde bei seiner offenen Ablehnung, so würde er im Rahmen des lösungsfokussierten Ansatzes mit Komplimenten entlassen. Ich halte es für hilfreich, wenn wir uns mit dieser Gruppe der Klienten eingehender beschäftigen. Die Ausgangsposition kann man so beschreiben, dass ein Dritter zur Beratung aufgefordert hat und mehr oder weniger konkret auch Ziele festgelegt hat. Die Klienten sind unterschiedlichem Druck ausgesetzt. Wie stark sie sich unter Druck gesetzt fühlen, hängt zum einen vom Ausmaß der Autorität des Überweisers ab, zum anderen von der „angestrebten

¹ Märtens, M (1999), Einmalberatung. Mainz: Matthias – Grünewald - Verlag

Konsequenz. Bei beiden Faktoren spielt die subjektive Bewertung der Klienten die entscheidende Rolle. Es handelt sich bei Klienten, die nicht freiwillig zu Beratung oder Therapie kommen, nicht um eine homogene Gruppe.

Folgende Unterscheidungen wären möglich:

Die Beratung ist unbekannt, beim Klienten herrscht eine gewisse Skepsis vor, vielleicht auch Unsicherheit, die Klienten sind aber auch in Teilbereichen aufgeschlossen.

Die Beratung wird abgelehnt, die Klienten verhalten sich zwar formal kooperativ, die Ablehnung ist aber auf der emotionalen Ebene deutlich zu spüren.

Die Beratung wird abgelehnt und die Klienten zeigen ihre Verärgerung und Aggression offen.

Bei Klienten, die schon zu Beginn teilweise aufgeschlossen sind, kann der Therapeut sich darauf konzentrieren Anknüpfungspunkte zu erkennen und Angebote zu formulieren. Gemeinsam kann überlegt werden, wie die Gespräche verlaufen müssten, damit sie für die Klienten nützlich sind.

Klienten, die die Beratung offen, oder verdeckt sehr stark ablehnen, fordern vom Therapeuten viel Geduld. Die Herausforderung für die Therapeuten besteht darin, die offene oder versteckte Aggression nicht persönlich auf sich zu beziehen, sondern Verständnis für die Gefühlslage der Klienten aufzubringen.

Klienten, die nur auf einer formalen Ebene kooperieren, sollten wir auch mit Respekt und Neugierde begegnen. Therapeuten sollten nicht zu schnell die Diskrepanz zwischen geäußerter Kooperation und wahrnehmender Ablehnung auflösen wollen. Eine Basis kann geschaffen werden dadurch,

dass sich auch der Therapeut zunächst auf die formale Kooperation einlässt

dass er die ehrliche Anerkennung dafür ausspricht, dass der Klient sich auf ein Gespräch

einlässt, obwohl er nicht vom Nutzen überzeugt ist
dass der Therapeut sich auf die erkannten Bedingungen einstellen kann.

Wenn die Verärgerungen und Aggression offen gezeigt werden, sollte konkret angesprochen werden, dass das Gespräch nur wegen des überweisenden Dritten stattfindet. Wenn der Therapeut sich nicht provozieren lässt, keinen Machtkampf beginnt, kann im Laufe der ersten Gespräche auch eine vertrauliche Beziehung entstehen.



In diesem Rahmen wollte ich lediglich aufzeigen, dass es sich lohnt die „Beratung ohne Freiwilligkeit“ genauer anzusehen und Ideen für Therapie und Beratung zu sammeln. Die Grundhaltung von lösungsfokussierter Therapie und Gemeindepsychologie bietet sich dazu an.

Wie eingangs schon erwähnt, beziehen sich meine Ergänzungen auf die Beratungsstellenarbeit. Es gibt sicherlich Überschneidungen mit therapeutischen Praxen, auf der anderen Seite unterscheiden sich die Arbeitsfelder zunehmend.

Autor

- ✉ Dipl.-Psych. Meinrad Schlund, Erziehungs- und Jugendberatungsstelle Nürnberger Landkreis, tel.: 09123-4041, E-mail: eb-lauf@cv-dw-nbgland.de.

Identitätsarbeit als Empowermentstrategie

Ein neuer Weg in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen und anderen psychosozial gefährdeten Gruppen

Dieter Röh, Februar 2004

Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die Frage nach den *Möglichkeiten und Grenzen eines Empowermentansatzes in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen*. Angestoßen wurde diese Frage durch praktische Erfahrungen in der sozialpsychiatrischen Arbeit und die theoretische Auseinandersetzung mit diesem Thema Empowerment und Identität in der Postmoderne. Im einzelnen diskutiert der Beitrag folgende Fragen: Wie können Menschen empowert werden, die angesichts langjähriger Krankheits- und Behandlungserfahrungen oft ohnmächtig ihrer Krankheit und dem professionellen Helpersystem gegenüber stehen? Inwieweit kann Empowerment überhaupt erfolgreich sein angesichts der Symptomatik und Chronifizierungsneigung dieser Krankheiten? Welche Möglichkeiten ergeben sich eventuell aus den postmodernen Gesellschaftsveränderungen. Unter Rückgriff auf das Modell der *Identitätsarbeit* von Keupp u.a. wird eine Lösung für die o.g. Fragen angeboten, mit der die besonderen Schwierigkeiten dieser Klientel aufgegriffen und bearbeitet werden können. Obwohl das Modell sich auf die Arbeit mit psychiatrisch erkrankten Menschen bezieht, ließe es sich ohne weiteres auf andere psychosozial gefährdete Gruppen ausweiten. Die theoretischen Erwägungen werden dabei durch Fallberzählungen exemplifiziert.

Schlüsselworte: Empowerment, Identitätsarbeit, Chronifizierung, Postmoderne, Psychiatrisierung

Summary

The article discusses the possibilities and ambitions of empowerment in treatment of chronic psychiatric patients. The question arised from the practical work of the author in the socialpsychiatric area and the theoretical work in the issue of empowerment and identity in postmodernity. Especially the following questions will be answered: What means empowering of patients, who have become powerless by their mental disease and the psychiatric treatment? What is the possible effect and achievement of Empowerment in face of the chronological process of mental disease? How much is the influence of postmodern community changes. By using the model of daily identitywork from Keupp et.al. an answer will be offered to solve the special problems of empowering people with chronic mental diseases. Event though this model is aimed at the work with psychiatric patients, it surely can be expanded to other groups with psychosocial problems. The theoretical discussion is exemplified by case-stories.

Keywords: Empowerment, Identitywork, Chronicalization, Postmodernity, Psychiatric

1. Einleitung

Chronisch psychisch kranke Menschen sind weitreichender, intensiver und langandauernder auf professionelle Hilfe angewiesen als Menschen mit z.B. chronifizierten somatischen Erkrankungen. Dieser auch als Psychiatrisierung zu bezeichnende Prozess der immer stärkeren Abhängigkeit vom professionellen Hilfesystem ist bereits vielfach beschrieben worden

(Bloch, 1988; Köttgen, 1989) und führte letztlich auch zu den sozialpsychiatrischen Bemühungen der Reformära seit den 1970'er Jahren mit ihren Versuchen der Auflösung von Langzeitkliniken und der Schaffung einer gemeinschaftlichen Versorgung. Dieses Projekt der De-Institutionalisierung (Dörner, 1996) scheint ins Stocken geraten und vereinzelt wird sogar von einem Driften der Kranken „in ein ambulantes

bzw. komplementäres Getto ohne Mauern (Angermeyer, 1989, S. 201) gesprochen. Die wirkliche Integration in die Gemeinde ist noch nicht vollendet. Empowerment scheint eine geeignete Strategie darzustellen, diesen Prozess wieder in Gang zu bringen. Die bisherigen Erfolge zeigen sich im Erstarken der sog. „Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung“ und etlicher anti- bzw. sozialpsychiatrischer Reformprojekte (z.B. der Soteria).



Die Psychiatrisierung, d.h. das weitreichende Eindringen des psychiatrischen Arsenals an Hilfen und Behandlungsmethoden in die Lebensphäre von Menschen in psychischen Krisen, geht vor allem einher mit einer dominierenden professionellen Definitions- und Rationalierungsmacht. Dies betrifft längst nicht nur die Psychiatrie an sich sondern auch andere Bereiche, in den psychosoziale Gefährdungen bestehen. Allen voran das biomedizinische Störungs- oder Krankheitsmodell mit seinen Implikationen bewirkt sowohl bei vielen Helfern, aber noch stärker auf Seiten der Betroffenen eine bestimmte Haltung. Diese ist geprägt von dem Gefühl weitgehender Hilflosigkeit und dem Ausgeliefertsein an vermeintlich endogen ablaufenden Prozesse sowie den einseitigen Interaktionen, die dem professionellen Helfer (zu) viele Bereiche der Bedürfnisbefriedigung übertragen (vgl. Gronemeyer, 1988). Häufig erwarten die Betroffenen jedoch auch, dass diese Bedürfnisbefriedigung durch andere erfolgt. Diese gegenseitigen Erwartungen manifestieren sich im Laufe der Chronifizierung.

Psychiatrisierung meint m.E. auch die unreflektierte Anwendung medizinischer, juristischer, psychologischer oder pädagogischer Interpretations- und Handlungsmuster auf das besondere Erleben und Handeln von Menschen in extremen psychischen Krisen. Damit ist einerseits die professionelle Deformation gemeint, die Menschen nur noch in ihrer Hilflosigkeit erkennt, andererseits aber auch die institutionell geprägten Handlungsmuster, die eine individuelle Hilfe im Sinne einer Subjektorientierung erschweren.

Besonders deutlich wird diese Gefahr in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen.

Das von Keupp u.a. (1999) entwickelte Modell der „alltäglichen Identitätsarbeit“ scheint als Hintergrund für ein Empowerment dieser Personengruppe von großer Bedeutung und soll deshalb hier als Empowermentstrategie und somit als aktives professionelles psychosoziales Hilfsangebot verstanden werden.

2. Möglichkeiten und Grenzen von Empowerment für die Chronisch-Kranken-Psychiatrie

„Empowerment wird seit Mitte der 80‘er Jahre, angestoßen durch einen Aufsatz von Julian Rappaport (1985), in der psychosozialen Arbeit weitreichend diskutiert (siehe z.B. neuere Veröffentlichungen von Miller & Pankofer, 2000; Herriger, 1997; Stark, 1996; Lenz & Stark, 2002) und in Ansätzen auch für die psychiatrische Arbeit spezifiziert (siehe eine Auswahl bei Knuf & Seibert, 2000).“

Es stammt ursprünglich aus der politisierten sozialen Bewegung der Schwarzen Bevölkerung in den USA, die zunehmend mehr für die Verwirklichung ihrer Persönlichkeits- und Bürgerrechte und gegen eine weitere Diskriminierung eintraten. Simon (1994) nennt in ihrer historischen Analyse über Empowerment aus der Tradition der nordamerikanischen So-

zialen Arbeit heraus auch den Anarchismus und den Feminismus als Wurzeln dieses Verständnisses.

Das Empowermentkonzept, wenn man es überhaupt als solches bezeichnen will, stellt eine besondere Strategie dar, der Gefahr einer „Entmündigung“ adäquat zu begegnen. Empowerment wird in der deutschsprachigen Literatur bezeichnet als „Selbst-Befähigung“ (Knuß & Seibert, 2000) oder auch „Erwächtigung“. Empowerment stellt eine professionelle Strategie dar, Menschen, die sich ohnmächtig und unsicher fühlen, wieder dazu zu befähigen, sich um ihre Angelegenheiten primär selbst bzw. unter Rückgriff auf Ressourcen aus ihrem sozialen Netzwerk zu kümmern, coping-Strategien zu entwickeln oder sich aktiv politisch für ihre Belange einzusetzen (siehe hierzu die Beschreibung typischer Empowermentverläufe bei Herriger, 1995). Stark (1996) weist darauf hin, dass Empowerment nicht nur eine professionelle Methode, sondern vielmehr eine professionelle Haltung darstellen muss, um überhaupt wirksam zu sein. Diese professionelle Haltung ist m.E. umso wichtiger, wenn in einem überwiegend von chronischen Krankheitsverläufen geprägten Handlungsfeld gearbeitet wird. Ich muss als professioneller Helfer grundlegend - d.h. von meinem Menschenbild her - davon überzeugt sein, dass jedem Menschen die Fähigkeit zur Reorganisation bzw. Selbstaktualisierung inne wohnt. Ich muss, um auf Stark (1996) zurückzugreifen, von „brennender Geduld“ (Antonio Skárneta) erfasst sein. Ich muss daher auch - wie Schernus (1997) konstatiert - Umwege oder Rückschritte der Betroffenen akzeptieren und aushalten können. Auf einen wichtigen Aspekt weist Gronemeyer (1988) in ihrer Analyse der „Macht der Bedürfnisse“ hin, indem sie - in Illich'scher und Foucault'scher Tradition - professionelle Hilfe als ein Moment einer Machtstellung aufdeckt, die den Menschen sogar noch hilfloser machen kann. Das Ge-

genmodell zur „fürsorglichen Belagerung“ (Heinrich Böll) stellt ihres Erachtens das „Leben-in-Daseinsbedingungen“ dar, eine Art psychosozialer Existenzwirtschaft. In diesem Verständnis sind Bedürfnisentstehung und Bedürfnisbefriedigung nicht voneinander getrennt, sondern innerhalb der Wirkungssphäre eines Menschen zusammengefasst. Es ist damit dem der Selbsthilfetheorie bekannte uno-acto-Prinzip ähnlich (Trojan, 1986).

In der Psychiatrie hat das Konzept des Empowerment weitgehend indirekt gewirkt, in dem es Eingang in Konzepte und neue Handlungsansätze nahm. Vereinzelt entstanden verschiedene Initiativen und konkrete Praxisumsetzungen, wie z.B. das Nachtschwärmer-Projekt in Bremen (Hellerich, 1999). Ein eher integratives Konzept untersuchte Quindel (2000), indem er die Formen und Ziele einer Empowermentstrategie am Beispiel einer Freizeitgruppe in einem Sozialpsychiatrischen Dienst untersuchte. Viele Reformprojekte, wie die Soteria, die Psychoseminaire und die „Irrenoffensiven“ (Berliner Weglaufhaus u.a.), basieren direkt oder indirekt auf einem Empowermentverständnis. Psychisch kranke Betroffene nennen sich immer öfter selbstbewusst „Psychiatrie-Erfahrene“ und sehen sich als „Experten in eigener Sache“ (Geislinger, 1998). Damit folgen sie dem oben beschriebenen Empowermentverständnis. Auf Trägerseite und in vielen Einrichtungen scheint es mittlerweile als „political correctness“ zu gelten, den Begriff des Empowerment in Konzeptionen und Außendarstellungen aufzunehmen.

Auch gibt es wohl keinen sozialprofessionellen Helfer, der nicht versucht, seine Klientel zu empowern (Kleinert, 2002). Leider bleibt es oft bei diesen Bekenntnissen, da strukturelle Hemmnisse dem entgegen stehen. Hierzu ein Beispiel²:

² Die in den folgenden Ausführungen eingefügten Beispiele stammen aus qualitativen Befragungen im Rah-

Herr X. ist 43 Jahre alt, schizophren erkrankt und seit seiner Jugend polytoxikoman. Er lebte bereits in mehreren Einrichtungen, verbüßte eine Haftstrafe und wurde mehrfach und lange stationär psychiatrisch behandelt. In den letzten Jahren traten zwar keine akuten Psychosen mehr auf, der Drogenkonsum war jedoch latent vorhanden. Herr X. selbst verbindet mit den Konsum von Rauschmitteln (hauptsächlich Alkohol und Benzodiazepine) den Versuch, die psychotische Erkrankung bzw. die ihn quägenden Ängste unter Kontrolle zu behalten. Damit verstößt er jedoch in dem Wohnheim, indem er zur Zeit wohnt, gegen die Heimregeln.

Das Wohnheim droht aus diesem Grund mit einer Kündigung und unternimmt zugleich Versuche, den Drogenkonsum zu kontrollieren und zu begrenzen. Herr X. will jedoch die Einnahme der o.g. Stoffen nicht aufgeben. Er entwickelt darauf hin immer stärker den Wunsch, wieder selbstständig und alleine zu wohnen. Dieser Wunsch wird jedoch von der Einrichtung mit der Begründung abgewiesen, dass er nicht (mehr) alleine zurecht käme. Herr X. kann sich gegen diese Definitionsmacht nicht durchsetzen, sodass es in der Folge immer wieder zu Abmahnungen und Kündigungsdrohungen seitens der Einrichtung sowie Verstößen gegen diese Regeln durch Herrn X. kommt.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie institutionelle Regeln subjektive Lebensentscheidungen aus sorgenden Motiven heraus verhindern und damit eigenständige Entwicklungsversuche einschränken. Anstatt also Autonomiebestrebungen der Klienten zu unterstützen - wie gefährlich sie auch scheinen mögen - und die Betroffenen zu befähigen, eigene Wege auszuprobieren, werden stattdessen scheinbar hilfreiche „Abhängigkeiten von

men in einer Dissertation zum Thema „Integrative Empowermentkonzepte in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen“

professionellen Hilfesystemen aufrecht erhalten

Dem Versuch bzw. der Anstrengung, sich hilflos fühlende oder ohnmächtig gewordene Menschen wieder zu stärken und ihnen das Vertrauen in die eigenen Fähigkeit zurückzugeben, stehen auf strukturell-institutioneller Ebene Rahmenbedingungen und professionelle Haltungen gegenüber, die eher Anpassung fördern als Emanzipation ermöglichen. Häufig geforderter Adoptionsdruck (z.B. an klinischen Stationsalltag, Wohnheimstrukturen oder sozialrechtliche Zugangsregeln) erschweren ein wirkliches Empowerment, welches eben vor allem Individualität, Besonderheiten oder Eigenarten zulassen muss, die nicht immer sozial konform sind und schon gar nicht zwangsläufig in den scheinbar unveränderbaren Ablauf einer solchen Einrichtung passen.

Die in letzter Zeit in immer mehr Bereiche vordringende Ökonomisierung der Lebenswelten und Hilfestrukturen zerstört ebenfalls bestehende oder anvisierte Empowermentversuche.

Wo Menschen diesen Strukturen Widerstand entgegensetzen, muss immer ein Öffnung zur Umwelt hin stattfinden und damit die Fähigkeit vorhanden sein, sich mit der Umwelt konfrontativ auseinander zu setzen. Insbesondere für Menschen mit psychischen Störungen ist dies oft schwierig. Worin diese besonderen Schwierigkeiten liegen, wird im nächsten Abschnitt diskutiert.

Auch um der Vereinzelung psychiatrisierter Menschen vorzubeugen, scheinen vor allem Empowermentmodelle, die auf Gruppenerfahrungen setzen, von großer Bedeutung. Ähnlich wie individuelle Kontrollüberzeugungen (Bandura, 1986; Carver & Scheier, 1987; Kobasa, Maddi, Kahn, 1982), stellt vor allem die Ressource „Gruppe“ eine wichtige Quelle zu einer gemeinsamen Sinndefinition und damit zu einem erfahrenen Einflusszuwachs zu sein

(Battegay, 2000). Darüber hinaus kann es als wichtig angesehen werden, auf dem Konzept der Kontrollüberzeugung oder auch des sense of coherence (Antonovsky, 1997) aufzubauen, um Menschen wichtige positive und stärkende Erfahrungen zu machen, die sie zu weiteren Schritten ermutigen und ihnen die Gewissheit verleihen, dass sie selbst Einfluss haben auf ihre Genesung bzw. auf das Helfer-Klient-Verhältnis. In diesem Sinne sind auch Patientenvertrauens- bzw. Beschwerdestellen als Teil einer integrierten Empowermentstrategie zu sehen.

Die Entstehung und weitere Ausdehnung der Psychiatrieerfahrenen-Bewegung mit ihren zumindest auf Bundesebene formierten Vereinigungen ist ein wesentlicher Baustein zu einem solchen „Erstarken“ der Betroffenen durch Zusammenschluss zu einer Gruppe. Auf programmatischer Ebene wäre deshalb zu fordern, dieses erfolgreiche Empowerment weiterhin zu fördern, insbesondere auch durch die Beteiligung an Fachdiskursen und an sozialplanerischen Prozessen (z.B. in den gemeindepsychiatrischen Verbünden und Versorgungsnetzen) in den jeweiligen Regionen. Das festzustellende quantitative Gefälle zwischen „Hochburgen“ der Psychiatrieerfahrenen (zumeist Großstädte) und einer gewissen „Diaspora“ in den ländlicheren bzw. dünn besiedelten Regionen wäre durch eine gezielte Förderung seitens des Bundes, der Länder und der Kommunen zu verringern. Ein entsprechendes Modellprogramm stünde der ansonsten „erstarrten“ sozialpsychiatrischen Bewegung gut zu Gesicht.

3. Von der Schwierigkeit, chronisch psychisch kranke Menschen zu „empowern“

In der Arbeit mit chronifizierten Klienten fällt jedoch auch die besondere Schwierigkeit der

praktischen Umsetzung von Empowerment auf.

Chronifizierte Krankheitsverläufe scheinen hierbei neben chronifizierten Institutionen ein Hemmnis auf dem Weg erfolgreichen Empowerments darzustellen. Doch wie kommt es überhaupt zur Chronifizierung?

Ciompi und Müller (1978) fanden in einer katamnestischen Untersuchung des Krankheitsverlaufs schizophrener Psychosen heraus, dass es bestimmte Risiken gibt, die eine chronische Entwicklung befördern können. Andere Untersuchungen fokussieren auf die Frage nach den sozialen Unterstützungsmechanismen und Ressourcen (z.B. Angermeyer, 1989) oder auf die Rolle der Zukunftserwartungen von Kranken und Angehörigen (Dauwalder, Ciompi, Aebi, Hubschmid, 1984).

Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Aspekt liegt in der „Erliechten Hilflosigkeit“ (Seligman, 1992) vieler Klienten, die sich durch krankheitsbedingte Erfahrungen des Ausgeliefert-Seins an psychische Symptome (Halluzinationen, Gefühl des Fremdgesteuertseins u.v.m.) aber auch durch institutionelle Antworten auf psychische Krisen (z.B. Zwangsbehandlungen, Dauermedikation) entwickelt.

Riemann (1987) beschreibt sehr genau, wie es im Verlaufe der chronischen Entwicklung einer psychischen Krankheit zu einer Entbiografisierung kommt, zum „Fremdwerden der eigenen Biografie“. Hier wird auf ein Spezifikum chronischer psychischer Krankheiten hingewiesen, dass weitreichende Folgen für das Leben der Betroffenen hat. Einen Versuch, diesem Prozess entgegenzuwirken, stellt u.a. die Arbeit der Psychose-Seminare, die hier auch als Empowermentstrategie zu verstehen ist, dar (Bock, 2000). Auch therapeutische Ansätze der Re-Biografisierung der psychotischen Erfahrungen stehen dem mit einem existenziellen Ansatz gegenüber, welcher psychische Krisen als Lebenskrisen begreift und so-

mit versucht, die psychotische Episode wieder „mit Leben zu füllen“. Das bedeutet insbesondere, den Sinn der psychotischen Krise zu erschließen, um die Integration in ein Selbstkonzept zu ermöglichen und zu verhindern, dass insbesondere psychotische Erfahrungen etwas Fremdes - und damit Bedrohliches - bleiben. Zerchin (1999) beschreibt diesen Zugang zu sich selbst und dem Sinn der Psychose als den wesentlichen Heilfaktor bei der Bewältigung ihrer 4 Psychosen und ihrer letztlichen Heilung.

Neben den oben beschriebenen institutionellen oder professionellen Grenzen scheinen weiterhin auch Krankheitssymptome (Antriebsstörungen, Interessensverlust u.ä.) ein Sich-Einmischen in die eigene Umwelt zu behindern. Somit gelingt auch die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit, ihrer Bedeutung im lebensgeschichtlichen Kontext sowie einer möglichen Entwicklung von Bewältigungsstilen in Form eines selbstbewussten Umgangs mit der Krankheit nur schwer.

Was verhindert diese aktive Auseinandersetzung bzw. eine Genesung und fördert letztlich eine Chronifizierung? Psychosen und ihre Chronizität werden im Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell von Zubin (1990) und Ciompi (1994) als – wenn auch dysfunktionale – Selbstheilungsversuche verstanden. Dieses Modell, welches sowohl biologische als auch psycho-soziale Beteiligungsfaktoren annimmt, postuliert, das chronifizierte KlientInnen die auf sie einstürmenden Wahrnehmungen, sozialen Anforderungen und Selbst- bzw. Fremdwertdiskrepanzen folgendermaßen zu bewältigen versuchen: Die auf akute Phasen folgenden „Risse“, wie Angst, Affektivität, Niedrigelierung, Interessensverlust oder auch sozialer Rückzug, werden in diesem Verständnis in ihrer autoprotektiven Funktion interpretiert, indem angenommen wird, dass sie den vulnerablen Menschen vor weiteren Kränkungen bzw. nicht zu bewältigenden Lebensaufgaben

(life-events) schützen. Es liegt in diesem Ansatz ein zweierlei für den Empowermentgedanken bedeutendes Potential:

1. Der Versuch einer Selbstheilung als einer Form von „Selbstsorge“ (Foucault) kann sowohl in einen chronischen Verlauf münden als auch das Potential zu einem tieferen Verständnis der Krankheit beinhalten. Wenn jedoch sozialer Rückzug eine autoprotektive und damit rückfallprophylaktische Wirkung für die Betroffenen hat, dann wäre es zunächst falsch, von ihnen ein Aufgeben dieser Strategie zu erwarten.

2. Die Hinwendung auf die Gesellschaft, auf die menschliche Umgebung ist jedoch – und das ist die Kehrseite – Grundlage für erfolgreiches coping und Empowerment, um verlorengegangene Macht über das eigene Dasein zurück zu erlangen. Die Umwelt wiederum reagiert auf sozialen Rückzug mit einer fürsorglich motivierten, aber letztlich entmündigenden Hilfe, indem sie Verantwortung übernimmt. Diese Verantwortungsübernahme geht oft mit einer allzu willfährigen Abgabe von Verantwortung seitens der Betroffenen einher, die gelernt haben, sich in die Fürsorge der Professionellen zu begeben.

Konkret heißt dies auf Seiten der Betroffenen: Wenn ich meine Schwierigkeiten als Krankheit definiere und das professionelle System bewusst oder unbewusst nutze, um weitere Rückfälle zu vermeiden, kann ich mich nicht gleichzeitig von ihm emanzipieren, um selbstständig, d.h. ohne professionelle Hilfe auszukommen.

Auf Seiten der Professionellen: Konzentriere ich mich als professioneller Helfer unreflektiert und mit dem immer gleich motivierten Hilfewunsch (Fürsorge statt Förderung der Selbstständigkeit) auf die Schwächen der Klienten, so verstärke ich deren ohnmächtigen Erfahrungen und damit ihre Entmündigung.

Hierzu ein Beispiel.

Herr D. ist 48 Jahre alt, lebt von einer Erwerbsunfähigkeitsrente und in einer gemeinsamen Wohnung mit seiner Partnerin, die ebenfalls psychisch krank ist. Er besucht eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen. Herr D. hat eine Ausbildung zum Landwirt absolviert, in diesem Beruf auf dem Hof seiner Eltern auch gearbeitet. Seines Erachtens ist er an daran erkrankt, dass er eigentlich nie in diesem Beruf arbeiten wolle, sich aber nicht gegen seinen Vater durchsetzen konnte.

Herr D. hat einschlägige Erfahrungen mit der stationären Psychiatrie (häufige, teilweise langwierige Behandlungen), seine erste Krankheitsphase sei bereits mit 21 Jahren während der landwirtschaftlichen Tätigkeit aufgetreten. Nach Auszug aus dem Elternhaus sei es zu einer leichten Verbesserung gekommen, akute Psychosen seien nicht mehr aufgetreten. Dafür traten an die Stelle der akuten, positiven Symptomatik immer öfter depressive Phasen.

Herr D. nennt als Auslöser seiner Krankheit die ihn belastende, familiären Umstände, die ihn zunehmend in psychische Konflikte trieben. Die Psychose sei ein Versuch der Selbstheilung dieses Konfliktes er sei immer „gerne verrückt gewesen“, da ihm dies helfe, sich auszudrücken. Für ihn stelle die Psychose eine Befreiung dar, sie sei Ausdruck ungelebter, unentwickelter Persönlichkeitsanteile. Die Diagnose der schizophrenen Psychose lehnt Herr D. jedoch ab. Er sehe sich eher in seiner Eigenart als „empfindsamer, leicht überforderter“ Mensch.

Für Herrn D. liegt der eigene Einfluss bzw. Bewältigungsmöglichkeiten vor allem darin, rechtzeitig etwaigen Stressoren bzw. konflikthaften Situationen vorzubeugen. Er selbst sehe in Ansätzen die Möglichkeit, sich selbst zu regulieren, und habe die Krankheit in gewisser Hinsicht unter Kontrolle, da er wisse, welche Belastungen ihn krank machen. Insgesamt

habe er jedoch wenig Einfluss. Als coping-Strategie wurde von ihm jedoch immer wieder genannt, dass er in Krisenzeiten freiwillig die Klinik aufsuche, weil er sich „dort sehr wohl und geborgen fühle.“

Auf Selbsthilfearfahrungen angesprochen, erzählte er von einer langjährig selbst organisierten Betroffenengruppe, die zu dieser Zeit sehr viel soziale Unterstützung gab. Diese Gruppe zerfiel jedoch, da keiner der Beteiligten die Gruppe kontinuierlich weiterführte.

Insgesamt zeigt sich bei Herrn D. die oben beschriebene Schwierigkeit, chronisch psychisch kranke Menschen zu empowern. Dies vor allem deshalb, weil sowohl die beschriebenen Bewältigungsstrategien in den akuten Phasen als auch die autoprotektiven Strategien in den postpsychotischen Phasen nicht negiert und abgewertet werden dürfen, um sie durch scheinbar „fähigere und adäquatere Bewältigungsstrategien zu ersetzen. An diesem Beispiel zeigt sich auch, dass eine wie in diesem Fall von Betroffenen selbstorganisierte Gruppe, ebenso sinnvoll und stabilisierend sein kann wie eine von Professionellen initiierte Selbsthilfegruppe, die aus einem professionellen Empowermentverständnis heraus entsteht. (vgl. hierzu den Beitrag von Sachs-Pfeiffer (1989) zu bottum-up und top-down Empowermentstrategien).

Empowerment in der Chronisch-Kranken-Psychiatrie bewegt sich in dem Schisma, einerseits Eigen-Sinn, auch wenn er mit sozialem Rückzug einhergeht, als Bewältigungsstrategie zu akzeptieren, andererseits zu versuchen, eine Sich-Ergeben-in-die-Krankheit zu verhindern. Die Auflösung der Komplementarität zwischen „professioneller Allmacht der Institutionen im Gesundheitsbereich und der damit verbundenen tendenziellen Entmündigung der Klienten und der passiven und expertenhörigen Haltung der Klienten sieht Lobning (1993) als den bestimmenden Faktor eines Empowermentver-

ständnisses, welches vor allem zur Selbständigkeit anleiten soll.

Kennzeichnend für diese Komplementarität zwischen Helfer und Klient in Bezug auf Machtverteilung, Entscheidungsautoritäten und Rollenübernahme (entweder Experte oder Laie resp. Behandler und Patient) ist die Annahme, dass „die Experten [...] erst dann ihre damalige Stellung erreichen und ihre entmündigende Funktion ausüben konnten, als die Menschen bereit waren, tatsächlich als Mangel zu empfinden, was der Experte ihnen als Bedürfnis dekretiert. (Illich, 1979, S.21)

Es scheint also auch auf Seiten der Betroffenen das häufig zu fehlen bzw. durch strukturelle Bedingungen verdrängt worden zu sein, was Balke (1999) als „gesunden Eigensinn“ bezeichnet, nämlich die Fähigkeit zu einer distanziert-kritischen Haltung gegenüber den Versorgungs- und Hilfsinstitutionen.

Somit stecken sowohl empowerment-willige Helfer als auch empowerment-fähige Betroffene in der „Schwierigkeit, sich richtig einzumischen“.

Einen möglichen Ausweg aus dieser Schwierigkeit bietet der Ansatz der Identitätsarbeit, den ich nun als ein Modell des Empowerment vorstellen möchte.

4. Identitätsarbeit als postmoderne Empowermentstrategie

Ein die bisher ausgeführten Schwierigkeiten bei der theoretischen und praktischen Umsetzung des Empowermentansatzes auf die Chronisch-Kranken-Psychiatrie überwindendes Konzept stellt m. E. das Modell der „alltäglichen Identitätsarbeit“ (Kiepp u.a., 1999) dar, weshalb es hier aufgegriffen werden soll. Die Autoren beschreiben darin ein Modell, welches als eine Bewältigungs- und Handlungsweise des Selbst zur Herstellung einer kohärenten Identität in Zeiten postmoderner Gesellschafts-

veränderungen angesehen werden kann. Es genügt nicht mehr vorgefertigte, traditionell geprägte Identitätsmuster (z.B. Geschlechtsrollen) durch Internalisierung bzw. Anpassung zu übernehmen. Vielmehr zeigen die gesellschaftlichen Parameter auf eine neue Integrationsleistung, die vor allem Divergenzen oder „Teilidentitäten“ in einer kohärenten bzw. authentischen, vielleicht sogar multiplen Identität zu vereinigen.



M.E. kann Identitätsarbeit aber nicht nur als subjektiv zu leistende Integrationsarbeit, sondern auch als postmoderne Empowermentstrategie zur Bearbeitung dieser Divergenz verstanden werden. Rappaport (1985), der „Begründer des Empowermentansatzes“, spricht in seinem Initialaufsatz davon, diese Divergenz als Denkmodell gegenüber dem aristotelischen Logik-Modell (der Ausschließlichkeit von Alternativen) zuzulassen. Damit stellt er das Empowermentmodell selbst in den Kontext der auch die psychosoziale Arbeit bestimmenden Diskussion um die Postmoderne und zeigt, dass sich sowohl neue Chancen als auch Gefahren aus der vielfach beschriebenen „ontologischen Bodenlosigkeit“ bzw. Risikogesellschaft (Beck, 1986) ergeben.

Im Konzept der „Identitätsarbeit“ als einer postmodernen Empowermentstrategie eröffnet

sich die Möglichkeit, auch chronisch psychisch kranke Menschen zu befähigen, wieder Vertrauen in eigene Bewältigungs- und Selbstheilungsformen zu gewinnen. Im Ergänzung zum bisherigen Modell bildet sich somit auch eine professionelle Variante der „Identitätsarbeit heraus, die als neue Herausforderung für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen gelten kann.

Wie kann diese „Identitätsarbeit aus professioneller Sicht aussehen ?

Keupp u.a. (1999) sehen in ihrer Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der gesellschaftlichen Wandlungen im Zuge der Postmoderne vor allem ein „heuristisches Modell alltäglicher Identitätsarbeit (S. 189) und bringen damit zum Ausdruck, dass es keine kohärente, verstetigte und unveränderbare Identität in der Spätmoderne gibt, die am Ende der Adoleszenz erworben ist. Es handelt sich vielmehr um einen Prozess lebenslanger Entwicklung, der Teilidentitäten und eine ständige Wandlung beinhaltet.

Im Zusammenhang mit der Diskussion um postmoderne Gesellschaftsentwicklungen kristallisiert sich ein neues Identitätsverständnis heraus, welches für die Beantwortung unserer Frage hilfreiche Perspektiven eröffnet. Dazu die Autoren eines Beitrages zur Identitätsarbeit: „In einer individualisierten und pluralisierten Gesellschaft ist Arbeit an Aufbau und Erhalt der Identität kein Spezifikum der Lebensphase Jugend ! Die Anforderungen z.B. in Bezug auf die Entwicklung einer Kontinuitätsvorstellung - wie sie noch im Modell Identitätserwerb postuliert werden - können heute vor dem Hintergrund ständiger gesellschaftlicher Kontinuitätsbrüche gar nicht mehr erfüllt werden. Vielmehr kommt es heute darauf an, Kontinuitätsbrüche individuell und gesellschaftlich zu verarbeiten. (Klatetzki, Rößler, Winter 1992, S. 449).

Wie stark betrifft diese Aussage doch unseren eigenen Lebensbereich, unsere eigenen Erfahrungen als Bürger in der heutigen, postmodernen Wirklichkeit. Wie extrem und durchschlagend trifft die Diskontinuität von Identität jedoch erst psychisch kranke Menschen, die zusätzlich durch die Zäsur, die sie durch ihre Krankheit erfahren haben, verunsichert und aus der Bahn geworfen sind.

Umso deutlicher wird, dass sozialpsychiatrische Arbeit immer mehr darauf ausgerichtet sein muss, die individuellen Lebensentwürfe von Menschen mit psychischen Krankheiten in ihrer Subjekthaftigkeit aber auch in ihrem Systembezug zu begleiten und ihnen zu helfen, an ihrer Identität nach und trotz schwerer psychischer und sozialer Erschütterungen zu arbeiten. Die o.g. Autoren selbst sprechen davon, dass professionelle Helfer eine gewisse Fehlertoleranz oder auch „Fehlerfreundlichkeit zu lassen müssen, um erfolgreich mit ihren Klienten zu arbeiten. Fehlerfreundlichkeit meint - angelehnt an Schernus (1997) - auch die Toleranz von Umwegen und Rückschritten bei psychisch kranken Menschen.

Rappaport (1985) spricht in seinem Initialaufsatz davon, Divergenz als Denkmodell gegenüber dem aristotelischen Logik-Modell zuzulassen, welches nur ein Entweder-Oder kennt.

Identitätsarbeit ermöglicht m.E. ein Arbeiten mit und an diesen Divergenzen. Für unser Thema stellen sich vor allem folgende Divergenzen im Sinne der oben aufgeführten Schwierigkeiten in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen dar:

- 1) Infolge der Subjektorientierung sollen Nischen, Eigensinnigkeit und Individualität gefördert und akzeptiert werden. Gleichzeitig soll eine Integration in die Gesellschaft ermöglicht und gefördert werden.
- 2) Chronizität als Bewältigungsform und in seiner autoprotektiven Funktion soll ak-

zeptiert werden. Gleichzeitig soll Entwicklung zu mehr Selbsthilfe und weniger Fremdhilfe gefördert werden.

In Bezug auf die festgestellte Divergenz stellen Klatzki u.a. fest: „Das Modell Identitätsarbeit versteht somit unter dem Einssein mit sich selbst bei gleichzeitiger sozialer Eingebundenheit idealerweise die Fähigkeit zur Flexibilität in Bezug auf Engagement und Distanz zu Personen und Gruppen. [...] Identitätsarbeit kann, ja muss ein kreativer Prozess der Selbstorganisation ohne Identitätszwang sein.“ (Klatzki, Rößler, Winter 1992, S. 448).

Demnach birgt die postmoderne Gesellschaft für diejenigen Chancen in sich, die über entsprechende Ressourcen verfügen. Antonovsky (1997) nennt dies in seinem salutogenetischen Modell „Generalisierte Widerstandsressourcen“, Grove (2000) spricht von der Fähigkeit zu „flexiblem Widerstand“.

Hierzu ein weiteres Beispiel:

Frau P. ist 44 Jahre, lebt zusammen mit ihrem Mann und zwei Kindern. Sie arbeitet als Sozialpädagogin. Frau P. sieht bei sich eine gewisse Disposition zu ihrer Erkrankung, diese sei jedoch durch eine einschneidende Lebenserfahrung (life-event) ausgebrochen. Sie akzeptiere die Tatsache, dass sie krank sei. In ihrem Leben versuche sie sich vor erneuten akuten Krankheitsphasen dadurch zu schützen, dass sie sich „zusammen reißt“ und Anforderungen „positiv angehe“. Zu großen Belastungen versuche sie „abzublocken“ und nicht zu viel „an sich ran zu lassen“. Dadurch habe sie einen hohen Einfluss auf ihre Krankheit, wenngleich sie die Chronizität der Krankheit anerkenne. Eine große Hilfe sei die Familie, die sie auch in akuten Episoden ihrer Krankheit unterstützt hätte. Frau P. besucht regelmäßig eine Selbsthilfegruppe, der sie bereits mehrere Jahre angehört. Dort findet sie gegenseitige Hilfe

und die Möglichkeit zur ständigen Reflektion des eigenen Handelns.

Trotz ihrer chronischen Erkrankung schafft es Frau P. durch sozial-lebensweltliche Rahmenbedingungen (Familie, Erwerbsarbeit) und eine veränderte Identität (Anerkennung der Chronizität ihrer Erkrankung bei gleichzeitiger Beibehaltung ihrer sonstigen sozialen Rollen), ihre Krankheit insoweit zu bewältigen, dass es zu keiner Verschlechterung kommt. Sie erreicht einen hohen Grad an sozialer Integration bei gleichzeitiger ständiger Bewältigung der Krankheit (u.a. durch die Selbsthilfegruppe und ihre „Einstellung zu ihrer Krankheit“).

Es kann durchaus angenommen werden, dass für chronisch psychisch kranke Menschen Pluralisierungs- und Individualisierungsprozesse zu einer Chance werden können, weil „eigenartige und „eigensinnige“ Lebensentwürfe eher akzeptiert werden. Sollte es ihnen jedoch an „generalisierten Widerstandsressourcen“ im Sinne Antonovskys (Bildung, Einkommen, Erwerbsarbeit, kulturelle Integration etc.; vgl. Antonovsky, 1997; Bengel, Strittmatter, Willmann, 2000) fehlen, werden diese Chancen vielleicht ungenutzt bleiben. Sie scheinen grundlegend und im Zusammenwirken mit anderen gesellschaftlich bestimmten Faktoren Selbsthilfe bzw. die Entstehung einer Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu ermöglichen.

Hierzu ein weiteres Beispiel einer fehlenden Selbstwirksamkeitsüberzeugung:

Frau L. ist 45 Jahre alt, lebt in einer Partnerschaft mit einem alkoholkranken Mann und bezieht Sozialhilfe. Sie hat eine abgeschlossene Berufsausbildung zur Zahnärzthelferin, hat jedoch in dem Beruf aufgrund ihrer Erkrankung nur sehr kurz gearbeitet.

Frau L. erkrankte bereits während ihrer Ausbildungszeit und hatte lange Jahre ständige und hochfrequente stationäre Behandlungen

erfahren, war zwischenzeitig des öfteren in Frauenhäusern. Seit dem Besuch einer Tagesstätte für psychisch kranke Menschen erfolgten keine weiteren stationären Behandlungen oder Aufnahmen ins Frauenhauses.

Frau L. besucht die Tagesstätte seit ca. 9 Jahren.

Frau L. versteht ihre Krankheit als Überlastungskompensation, sie zeigt in ihrem Verhalten eine hohe Abhängigkeit von anderen Menschen, insb. von ihrem Lebenspartner, aber auch von den professionellen Helfern in der Tagesstätte. Positiv ausgedrückt könnte man sagen, dass die Mitarbeiter in der Tagesstätte die einzige Entlastungsmöglichkeit für Frau L. bieten.

Frau L. lehnt „ihre“ Diagnose einer Schizophrenie bzw. Schizoaffektivität ab.

Sie ist in jeder Lebenssituation stark verunsichert und hat nur ein sehr geringes Selbstwertgefühl. Die Frage nach ihrem Selbsthilfeverständnis kann Frau L. nur mit Hinweis auf die professionellen Angebote (insb. Tagesstätte) beantworten, sie äußert zudem einen hohen Selbsthilfepessimismus („das geht immer daneben“).

Dieses Beispiel zeigt, wie schwach das Kohärenzgefühl bei chronisch psychisch kranken Menschen sein kann und wie stark die Ausprägung des Kohärenzgefühls von den o.g. generalisierten Widerstandsressourcen abhängt.

Was unterscheidet die beiden letzten Beispiele? Welche Arten von Identitätsarbeit liegen vor?

Frau P. hat es im Gegensatz zu Frau L. geschafft, die Krankheitserfahrung in ihr Leben insofern zu integrieren, als dass sie sich eine förderliche Umgebung geschaffen hat, die ihr die Bewältigung der Krankheit ermöglicht. Im Zusammenwirken mit einem deutlich höheren Kohärenzgefühl gelang ihr eine Integration der

Krankheitserfahrung in ihre sonstigen Lebensumstände. Sowohl ihre beruflichen als auch ihre familiären Strukturen blieben stabil. Sie sucht seit langem regelmäßig eine Selbsthilfegruppe auf, die ihr viel Stabilität verleiht. Dagegen erfolgte bei Frau L. schon früh eine Ausgliederung aus der Erwerbstätigkeit. Selbsthilfe steht bei ihr stellvertretend für das Aufsuchen professioneller Angebote.

Unter Rückgriff auf die oben formulierten Divergenzen bleibt die Frage bestehen, welche Entwicklung im Sinne der WHO-Definition ganzheitlich gesünder ist?

In dem Sinne, dass keine akuten Krankheitsphasen in den letzten Jahren aufgetreten sind, sind beide als psychisch gesünder zu beschreiben. Bei Frau P. ist jedoch eine deutlich höhere soziale Integration in stabilisierende soziale Unterstützungssysteme zu verzeichnen und damit einhergehend eine höhere Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Festzuhalten bleibt, dass Empowerment im Grunde genommen als Befähigung zur Identitätsarbeit verstanden werden muss, dass die Art des Empowerment aber stark von sozialen und individuellen Faktoren des jeweiligen Individuums abhängt.

Für die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen heißt das, ihnen beim Erwerb einer flexiblen, aber sicheren Identität zu helfen. Ihre Identität ist durch krankheitsbedingte Erfahrung oft brüchig und instabil. Es gilt also, sowohl identitätsstiftende als auch identitätsverändernde Modelle und Hilfen anzubieten. Diese sollten geprägt sein von der Anerkennung der besonderen Lebenswege dieser besonderen Menschen bei gleichzeitiger Integration in befriedigende soziale Netze.

Im Beispiel von Frau L. hätte dies bedeuten können, ihr früh genug auf dem Weg ihrer Identitätsfindung beiseite zu stehen, um einseitige Selbstbeschreibungen („Ich kann nichts, ich brauche von Euch Hilfe, ich kann nicht“)

alleine leben.“) durch eine Art flexiblen Widerstand zu ersetzen, welcher eher folgende Selbstbeschreibungen ermöglicht: „Ich bin zwar krank, diese Erfahrungen stellen eine einschneidende Erfahrung dar. Sie stifteten mich dazu an, weitere solcher Erfahrungen zu vermeiden und mein Leben durch eigene Initiative zu bestimmen. Hierzu brauche ich ein mich stützendes soziales Netzwerk und vielleicht ab und zu professionelle Hilfe.“

5. Ausblick: Empowerment durch Identitätsarbeit als Gegenmittel zur Psychiatrisierung?

Nach den bisherigen Ausführungen bleiben die Ausgangsfragen zu beantworten, ob das Modell der Identitätsarbeit potent genug ist als eine Strategie des Empowerment bei chronisch psychisch kranken Menschen einer Psychiatrisierung entgegenwirken?

M.E. liegt im Modell der Identitätsarbeit die notwendige Freiheit und Toleranz gegenüber „eigen-artigen Lebenseindrücken“, gleichzeitig aber auch das Potential zur Integration. Damit stellt es ein übergeordnetes Verständnis- und Handlungspotential zur Verfügung, dass hilft

- individuelle Subjektivität zuzulassen,
- gesellschaftliche Integration zu fördern,
- rein medizinische Be-Handlungsmodelle zu relativieren,
- und entfremdende, psychotische Wahrnehmungen und Krisen in die Biografie zu integrieren.

Grundlegend bei allen Handlungen und Entscheidungen sollte jedoch die Wunsch- und Wahlfreiheit der Betroffenen, die häufig genug die Anstrengungen der professionellen Helfer vergrößern wird, weil es gilt, auch die Lebensentwürfe zu stützen, die vom eigenen Helfer-Klient-Ideal abweichen.

Dies erfordert für die professionellen Helfer eine neue Zugangsweise aber auch eine neue

Einstellung zu ihrem Handeln, ihren Zielen, ihrem Helferideal u.v.a.

Die Aufgabe des professionellen Helfers kann sich daher nur in der Anleitung zur Identitätsarbeit ausdrücken. Diese Veränderungen der eigenen professionellen Haltung erfordert weitreichende Reformen und Neuorientierungen im eigenen Denk- und Handlungsapparat des Helfers aber auch im System der Hilfen.

Professionelle Helfer könnten unter Berücksichtigung des eben Gesagten, auch schwer chronifizierte psychisch kranke Menschen dahingehend empowern „ihren eigenen Weg zu finden, der in Einklang steht mit ihrer Individualität, mit ihrer Lebenswelt und ihrer Krankheit.

Die Post- oder auch Spätmoderne bildet hierfür mit ihrem Veränderungsschub in Richtung Individualisierung und Pluralisierung einen guten Hintergrund. Die Chancen dieser Veränderungen gilt es m.E. konstruktiv zu nutzen. Ob man schon so weit gehen kann (und darf) von einer „multiphenen Situation“ (Gergen, 1990) als Maßstab postmoderner Identitätsbildung zu sprechen, kann hier noch nicht abschließend beantwortet werden. Dies vor allem deshalb, weil noch nicht abzusehen ist, inwieweit eine solche Multiphrenie wirklich von weiten Teilen der Gesellschaft genutzt werden kann. Und schon gar nicht ist abzusehen, ob dies für die Gruppe der (chronisch) psychisch kranken Menschen gilt. Trotzdem liegt in dem Gedanken, dass Identität etwas inhaltlich Divergentes bei bleibender formaler Kohärenz sein könnte, eine große Möglichkeit der Toleranz auch „verrückter“ Lebenseindrücke.

Den vielleicht hierbei entstehenden Individualisierungzwang gilt es jedoch zu vermeiden, da sowohl soziale als auch individuelle Bewältigungsmuster und -ressourcen gleichzeitig zu betrachten sind. Schließlich sei auch vor einer „intellektuellen Euphorie“ gewarnt, die eine zeitgeschichtliche Analyse (nämlich die der

Postmoderne) auf die Lebenswirklichkeit der Menschen anwendet, ohne die damit verbundenen Risiken zu benennen. In diesem Sinne sind die hier vorgestellten Gedanken auch insofern selbstkritisch zu betrachten, als dass sie nicht den Eindruck vermitteln dürfen, dass psychisch kranke Menschen die postmoderne Identitätsavantgarde wären. Immerhin ist und bleibt die psychische Krankheit mit Leiden an und in der Gesellschaft verbunden. Es sollte daher vermieden werden, psychisch kranke Menschen als Vorreiter einer Epoche oder eines Lebensstils zu sehen, den sich die Etablierten nicht oder noch nicht zutrauen.

Und letztlich stehen dann auch die helfenden Institutionen vor einer radikalen Reform ihrer Organisation, da sie sich bemühen müssten,

Eigensinn zu fördern statt ihn in „betriebliche Zwänge einzupassen“.

Identitätsarbeit alleine kann daher nicht den Anspruch des Empowerments einlösen, Menschen aus ihrer „erlernten Hilflosigkeit heraus zu helfen. Aber Identitätsarbeit kann, wenn sie in ein selbstbefähigendes Rahmenkonzept eingebunden ist, Menschen helfen, ihren je eigenen Lebensentwurf auch oder gerade wegen ihrer Krankheit zu finden.

Autor

- ✉ Dipl.Soz.arb./Soz.päd, M.P.H Dieter Röh, Am Edelstein , 26603 Aurich, Tel.: 04941 - 180950, e-mail: dieter.roeh@freenet.de

Literatur

- Angermeyer, M .C. (1989). Soziales Netzwerk und Schizophrenie : Eine Übersicht. In: Angermeyer, M.C. und Klusmann, D. (Hrsg.). *Soziales Netzwerk – ein neues Konzept für die Psychiatrie* (S. 188-206). Berlin [...]: Springer.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dt. Gesell. für Verhaltenstherapie.
- Balke, K. (1999). Gesunder Eigensinn – Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen als zivilgesellschaftliches Sozialkapital. In E. Kistler (Hrsg.), *Perspektiven gesellschaftlichen Zusammenhalts: empirische Befunde, Praxiserfahrungen, Messkonzepte* (S. 251-261). Berlin: Ed. Stigma:.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Battegay, R. (2000). *Die Gruppe als Schicksal: gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2000). *Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand*
- und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/Main: suhrkamp.
- Bock, Th. (2000). „Es ist normal, verschieden zu sein“ : *Psychose-Seminare - Hilfen zum Dialog*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bloch, R. (1988). *Droht uns die totale Psychiatrie ? Das Geschäft mit dem Psychoboom*. Freiburg im Breisgau: Walter.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Ciompi, L. & Müller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Ciompi, L. (1994). *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihrer Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dauwalder, H.P.; Ciompi, L.; Aebi, E.; Hubschmid, T. (1984). Ein Forschungsprogramm zur Re-

- habilitation psychisch Kranker – IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt*, 55, 257-264.
- Dörner, K. (1995). *Bürger und Irre – Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt/Main.
- Geislinger, R. (Hrsg.) (1998). *Experten in eigener Sache – Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*. München: Zenit-Verlag.
- Gergen, K. J. (1990). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Greve, W. (2000). Das erwachsene Selbst. In: ders. (Hrsg.). *Psychologie des Selbst* (S. 15-36). Weinheim: Beltz.
- Gronemeyer, M. (1988). *Die Macht der Bedürfnisse: Reflexionen über ein Phantom*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hellerich, G. (1999). Selbstsorge – die Lebensader des Selbsthilfeprojektes "Die Nachschwärmer". In: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 1-2/99: 12-19.
- Herriger, N. (1995). Empowerment und das Modell der Menschenstärken - Bausteine für ein verändertes Menschenbild der sozialen Arbeit in: *Soziale Arbeit*, H. 5: 155 f.
- Herriger, N. (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit – eine Einführung*. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.
- Illich, I. (1979). *Entmündigung durch Experten – Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
- Kobasa, S. C; Maddi, S .R.; & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 42: 168-177.
- Köttgen, Ch. (1989). Hilfen im Alltag statt Psychiatrisierung. *Spektrum Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 17: 257-263.
- Keupp, H.; Ahbe, Th., Gmüür, W., Höfer, R., Miztscherlich, B.; Kraus, W. & Straus, W. (1999). *Identitätskonstruktionen – Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowohlt.
- Keupp, H. (2000). Von der fürsorglichen Belagerung zur eigenen Stimme. In R. Geislinger (Hrsg.), *Experten in eigener Sache* (S. 91-5). München: Zenit-Verlag.
- Klatetzki, Th.; Rößler, J.; Winter, H. (1992). Lebensphase Jugend: Verlieren, ohne besiegt zu werden. In Th. Bock. & H. Weigand (Hrsg.), *Handwerksbuch Psychiatrie* (S. 441-465). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, A. & Seibert, U. (2000). *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kleinert, I. (2002). *Empowerment in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen: Über die Schwierigkeiten sich nicht einzumischen: Untersuchung der in der Praxis vorhandenen Einstellungen der Professionellen sowie Bedeutung, Chancen und Schwierigkeiten der Empowermentphilosophie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven.
- Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.) (2002). *Empowerment – neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: dgvt.
- Lobning, H. (1993). Anleitung zur Selbständigkeit – Empowerment und Psychiatrie: Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Modellprojekt selbsthilfeorientierter Patientenarbeit. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit* 2/1993.
- Quindel, R. (2000). Alle Macht dem Wahnsinn ? – Empowerment in der Sozialpsychiatrie. In: Miller, T. & Pankofer, S. (Hrsg.). *Empowerment konkret – Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis* (S. 99-110). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 2, /1985.
- Riemann, G. (1987). Das Fremdwerden der eigenen Biografie – Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. MünchenSachs-Pfeiffer, T. (1989). Partizipation – Teilhaben statt Teilnehmen. In W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung*:

- Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. (S. 191-222). Freiburg: Lambertus.
- Seligman, M. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Schernus, R. (1997). Abschied von der Kunst des Indirekten. In J. Blume, F. Bremer J. Meier (Hrsg.), *Ökonomie ohne Menschen – Zur Vertheidigung der Kultur des Sozialen*. (S. 85-109). Neumünster Paranu.
- Simon, B. L. (1994). *The Empowerment Tradition in American Social Work: A history*. New York:, Columbia University Press.
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Trojan, A. (1986). *Wissen ist Macht – eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Zerchin, S. (1999). *Auf der Spur des Morgensterns – ein Erfahrungsbericht*. München: Piper
- Zubin, J. (1990). Ursprünge der Vulnerabilitäts-theorie. In R. Olbrich (Hrsg.), *Therapie der Schizophrenie*. (S. 231-250). Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.



Globalised Violence, Community Psychology and the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq

Paul Duckett, Manchester Metropolitan University, Manchester, UK

One of the topics for the forthcoming European Network of Community Psychology conference (which is to be re-constituted as the European Community Psychology Association) is violence in cities⁴. In this short paper I first set out a conceptualization of globalised violence. I then reflect upon how psychology networks in general and community psychology networks in particular appear to have positioned themselves publicly in relation to the violence of the recent bombing and occupation of Afghanistan and Iraq. I ask whether the European Community Psychology Association (ECPA) is able/willing to publicly position itself in regards to these global events. The aim of my paper is to encourage discussion on these issues at the forthcoming ENCP/EACP conference in Berlin.

Conceptualising global violence

The Global Burden of Disease (GBD) project³ has published a series of reports on the global causes of death, disease and impairment and makes projections for their future causes under a measure referred to as the 'disease burden'. The GBD report edited by Murray and Lopez (1996) stated that in 1990 the three leading causes of disease burden were pneumonia, diarrhoeal disease and perinatal conditions. The report stated that by 2020 the leading causes of death and impairment were expected to be ischaemic heart disease, depression and traffic accidents. The report further predicted that by 2020 war would occupy the 8th and violence the 12th positions in the leading caus-

es of 'disease burden' and that the incident of disease burden caused by violence and accidents may rival that caused by infectious disease.

Violence

Violence is patterned structurally across such social categories as gender, race, sexuality, ethnicity, impairment, age, and so on. Thus, for example, we know violence against women is widespread. In May 2000, UNICEF reported that between 20-50% of all women and girls had experienced physical domestic violence and 60 million females had been killed by their own families whilst only 44 countries had adopted specific legislation to address domestic violence (UNICEF, 2000). Violence disproportionately affects the members of culturally, economically and politically non-dominant groups. It is a powerful expression of globalised exploitative and oppressive social practices.

The concept of violence can be extended (though GBD does not do this) to consider the ill effects of an exponential growth of agriculture, industry and urbanisation. Indeed, many causes of 'disease burden' identified by the GBD project such as cancer, cardio-vascular disease and other degenerative diseases can be directly linked to the violence created by such socio-economic processes.

The pollution from agriculture and industry is leading to people's greater exposure to fertilizers, pesticides, and heavy metals through the contamination of air, food, soil and water. Pollutants released by automobiles and airplanes (particularly the latter) are pouring considerable quantities of toxins into the atmosphere.

³ GBD is a project based at the Harvard School of Public Health and sponsored by the World Bank and World Health Organization.

Air-borne chemical agents are believed to cause asthma, bronchitis, tuberculosis, cancers and heart disease. In the home people are subjected to such toxins as sulphur, nitric oxides and arsenic compounds (from the burning of biomass, coal or wood fuels) and volatile organic compounds (the off-gassing of chemicals from soft furnishings and cleaning products).

Accidents

The term 'accident' could be thought of as a political slight of hand in the same way as the toxic effects of many prescribed drugs are referred to as 'side effects' (drugs do not have 'side-effects', they only have main effects), thus removing any suggestion of the intentionality behind their least desirable effects. The notion of 'accidents' is opened to critical reflection when we consider the socio-economic and political context in which they occur.

In relation to 'traffic accidents' (GBD's predicted third leading cause of 'disease burden' for 2020), the term 'accident' may be useful at the level of individual culpability, but less so at the level of political analysis. In many parts of the world there has been a massive growth in car use as a direct product of the processes of industrialisation and urbanisation where labour and goods are required to be mobile (rapidly so) such that workers commute and goods are transported en masse to satisfy industrial and commercial needs. In many countries road traffic accidents have become a daily occurrence. In 2000, there were 320,283 road accident casualties in the UK, 3409 of which were fatalities and 38,065 resulted in serious injury (Royal Society for the Prevention of Accidents, 2002). Indeed, during 2000, traffic accidents were the 2nd lead cause of 'accidental' death in England and Wales (figures based on government released Mortality Statistics for England and Wales, 2000). Some commentators believe that the increased use of the car and the resulting over-reliance upon oil to fuel

them has increased tension between those countries that are the major oil producers and those that are the major oil consumers (this is given by critical commentators such as Noam Chomsky as one of the reasons why the USA and others declared a war on Iraq).

'Accident' is the term used to describe the causes of death and disease incurred by the processes of industry - the 'industrial accident'. For example, the gas leak from the Union Carbide (now called Dow Chemicals) factory at Bhopal, India in 1984 killed thousands and left more than a hundred thousand chronically ill. The corporation then left Bhopal without cleaning up its factory site, resulting in toxic chemical leakage into local water supplies. More recently in China (23rd December, 2003) 234 people died, over 10,000 were injured and 40,000 forced to evacuate their homes as a result of the leak of toxic chemicals from the Chuandongbei Gas Well owned by the China National Petroleum Corporation. There are too many such incidents to recall in one short paper (e.g., Chernobyl, Minamata, Times Beach, Three Mile Island), incidents that kill, maim and/or displace whole communities. Though such incidents are not desired by industry, they are a direct product of industry. Whether the disease burden of such 'industrial accidents' is intentioned, unintentioned or just negligent, the effects on whole communities are truly devastating.

Though our attention is quite properly grabbed by such major industrial incidents, industrialisation causes casualties on a much more regular, indeed daily, basis. Employees sustain daily attacks on their muscular-skeletal (e.g., beat knee, carpal tunnel syndrome, arthritis), epidermal (e.g., infective dermatitis) respiratory and pulmonary (e.g., asbestosis, chronic bronchitis, emphysema) and sensory systems (e.g., occupational deafness, tinnitus, cataracts)

among others⁴. Large numbers of UK workers every year experience injury, a third of which result in permanent damage (Pearson Report, 1978). In the USA it is estimated that each year 10,000 people die from industrial accidents, 100,000 die from occupational diseases and 30,000 die and 20,000,000 are seriously injured by unsafe consumer products (Draffan, 2001). These figures do not include the 90 per cent of cancers believed to be environmentally induced by the products and by-products of agriculture and industry. This, combined with the corrosive effects on psychosocial well being of growing levels of underemployment (poorly paying, non-unionized, insecure, poorly satisfying, temporary forms of employment re: Fryer, & Fagan, 2003), is adding considerably to the numbers of people who are the victims of the systemic violence of the processes of industrialization and urbanization. Further, acute and chronic respiratory disease, diarrhoeal disease, malaria and other vector born diseases, injuries and poisonings, poor mental health, cardiovascular disease, and cancer are spreading fast through rapid and unplanned urbanization that creates inadequate housing, poor sanitary and drainage systems and poor management of clean water supplies. It is estimated that the world has 1.1 billion people who live without clean water and 2.4 billion who live without proper sanitation. The earthquake in Bam tragically illustrated the problem of poor quality housing on December 26th 2003 (an estimated 50,000 dead, 100,000 homeless, and tens of thousands injured). Many cities are expanding too fast through the thirst of industrialisation for cheap, disposable labor. Urbanisation and industrialisation is growing faster than the development of basic life-sustaining infrastructures to support residents of these sprawling cities. These things are not happening 'accidentally', they are happening systemi-

cally. Such violence risks becoming depoliticised by being referred to as 'industrial accidents', natural disasters' (earthquakes do not kill people, buildings do), or further disguised through becoming individualised under medical nomenclature or individual pathology. This is a particular so for the psychological effects of violence. As well as depression being the second lead cause, the report predicts 'psychiatric conditions' will occupy five of the top ten leading causes of 'disease burden' by 2020. It would be incredulous to suggest the link between this particular 'disease burden' and the violent onslaught of agriculture, industrialisation and urbanisation, was not there and not strong. Moreover, a vast majority of the 'disease burden' we are facing this century is socially, economically and politically constituted.

War



As stated earlier, war is predicted to become the 8th leading cause of disease burden by 2020. At this point our attention cannot fail but focus upon the recent military action taken against Afghanistan and Iraq, though there are a myriad of military conflicts around the globe that should also gain our attention (such as in Sudan). To date, estimates suggest that a minimum of 9,436 and a maximum of 11,317 civilians (figures taken from the Iraq Body Count

⁴ See <http://www.jiac.org.uk/papers/injurie.pdf> for a full list of industrial injuries recognized in the UK.

web page⁵ on June 12th 2004) have died and over 20,000 civilians have been injured as a result of the military actions taken against Iraq and over 3,500 civilians died and 5,500 were seriously injured due to the bombing and occupation of Afghanistan. The total death toll (civilians and combatants) of the war on Iraq between March 20th and October 20th in 2003 is estimated to be between 21,700 and 55,000 (MEDACT, 2003).

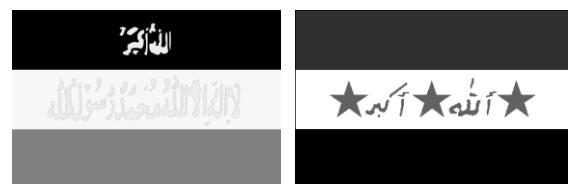
War also has a massive psychologically damaging effect on individuals, families and whole communities. Many people who have experienced war (either as civilian or soldier) experience severe mental health difficulties that are long-lived and change resistant. It is estimated that between 150,000 and 200,000 Vietnam veterans have committed suicide (three times as many soldiers than were killed in the war against Vietnam). During the Falklands/Malvinas war, 236 British troops were killed and an estimated 260 have committed suicide since. In Iraq it was as early as October last year that the international press began reporting on high suicide rates among soldiers - calculated at three times the expected rate for army personnel (see Goldenberg, (2004)). The suicides began once the initial major military offensives stopped. These psychological consequences for army personnel are not uncommon during warfare and are the felt effects of the horrors of engaging in the act of killing, witnessing killings, and living with the constant threat of being killed.

The mental health consequences of war for civilians are so vast that they may be incalculable. War is certain to result in increased incidence of such behavioural and emotional problems as drug and alcohol abuse, increased violence (both through trauma and through shifts in cultural norms around violence), suicide, self-harm and so on as civilians learn new

ways to cope with the shock and the awe⁶ that has brutalized their lives.

War results in substantial degradation of the environment (such as the pollution of the soil and water from the use depleted uranium) and increased hazards for civilians caused by discarded live munitions and explosives. War also results in the fracturing of: the infrastructure of roads; water supplies and sanitation; food production, distribution and security; electricity; social, educational and health services; law and order; housing and environmental services; and, broader social support structures. All of these effects of war can lead to joblessness, poverty and ill health.

As system-level thinkers community psychologists should, perhaps, be as focused as anyone else on the recent military actions taken in Afghanistan and Iraq and on their social, economic, cultural and political causes, effects and human costs.



Positions taken by academic networks on the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq

Psychology networks

The bombing and occupation of Afghanistan and Iraq have figured prominently in some academic psychology conferences, though it appears to have been confined to politically and critically framed disciplines within psychology. For example the annual conference of the International Society of Political Psychology (Sweden, July 2004) made explicit reference to the wars in Afghanistan and Iraq in the

⁵ <http://www.iraqbbodycount.net/>

description of its conference theme of hegemony and resistance:

The events of September 11, the wars in Afghanistan and Iraq and their aftermath continue to affect the political situation in the world. The role of the US as a hegemonic power brings into sharp focus the political psychology of hegemony through the exercise of power over politics, media and discourse. At the same time we are seeing increasing contestation of such hegemony among both Western and non-Western societies, as witnessed through terrorist activities, popular resistance, nationalist/religious politics, cultural diversity and through the growing importance of the politics of recognition. Submissions that address any aspect of these themes, as well as those which address the full range of theory and research in political psychology, are welcomed. (ISPP, 2004)

Less specifically academic, though largely populated and organised by academics, other networks of psychologists and stakeholders in psychological services have been focusing on these global events. For example, the Radical Psychology Network's⁶ e-mail list discussions have been regularly focusing on such issues. Further, Psychologists Acting with Conscience Together (PsyAct)⁷, a recently established psychology network coordinated from Vanderbilt University in the USA, has opened up explicit discussion of the financial costs of the Iraq war to USA taxpayers. Psychologists for Social Responsibility (PSR)⁸ figure anti-war themes prominently on their website and in their conference proceedings. PSR's conference last year was based on the theme 're-thinking gender, war and peace' and the network makes regular, public anti-war positioning statements and has been calling for an end to the USA military occupation of Iraq for

some time now. Again, not wholly constituted by academics, but also comprising of practitioners, Counselors for Social Justice⁹ have adopted an anti-war stance more generally and staged anti-war marches and vigils during the network's convention in April this year in Kansas City, USA.

Community psychology networks

The bombing and occupation of Afghanistan and Iraq became a topic prominent at the 9th Biennial conference of the Society for Community Research and Action (the community psychology division of the American Psychological Association) in June 2003, though not because it was on the conference programme, but for the fact that it was not. A group of community psychologists from Waikato University, Aotearoa/New Zealand¹⁰ decided they could not visit the USA for the SCRA conference because of the USA's military actions against Iraq. They wished to explain their boycott to conference delegates and sent a letter to SCRA's listserv on the 30th of May 2003 and asked for it to be read out to the conference. Their statement read, in part:

We do not support the war and the subsequent occupation of Iraq by the invading forces. We believe these actions to be both illegal and inhuman. ... The vast majority of other nations across our planet are strongly opposed to a war and see it as unjustified. As citizens of a small nation, we are particularly conscious of the need to insure the rule of international law to protect the small and relatively powerless peoples of the world. (quoted in Mulvey, Guzman, & Ayala-Alcantar, 2003:33)

In spite of a number of attempts, their statement was not read out to the whole conference, though it was read to a small group in a confe-

⁶ www.radpsynet.org

⁷ www.vanderbilt.edu/community/psyact

⁸ www.psrsr.org

⁹ www.counselorsforsocialjustice.org/

¹⁰ Aotearoa is the most commonly used Maori name for New Zealand.

rence parallel session'. Indeed, more generally it appeared that SCRA was, wittingly or otherwise, structurally preventing plenary discussion of the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq (Duckett, 2004). Gridley (2003) has written on how delegates found it difficult to get 'the wars' on the conference agenda. The result was only a very limited conference space opened for discussion of these issues. The war figured in several articles in the post-conference SCRA newsletter - *The Community Psychologist* (see for example, Degirmencioglu, 2003; Gridley, 2003; Mulvey, Guzman, & Ayala-Alcantar, 2003; Lykes, 2003). Two of these articles (Gridley, 2003; Mulvey, Guzman, & Ayala-Alcantar, 2003) directly addressed SCRA's handling of the statement from the Waikato group and the lack of discussion on the wars against Afghanistan and Iraq during the conference.

However, the Waikato group's stance towards traveling to the USA was not on behalf of all community psychologists from Aotearoa/New Zealand. It was confined to five community psychologists based at Waikato University in Hamilton and Tauranga. It was not a collective decision among community psychologists in Aotearoa/New Zealand. Indeed, the forthcoming 9th Aotearoa and Australia Community Psychology (AACP) biennial conference to be held in Tauranga, Aotearoa in July (the first AACP conference since the bombing and occupation of Iraq) seems to have taken a less than discernable stance towards the situation in Afghanistan and Iraq. There is no explicit mention of the issue on the conference programme. However, it should be remembered that the government of Aotearoa/New Zealand has largely not supported the war against Iraq and it should also be recognized that the focus of a number of community psychologists in Aotearoa/New Zealand has been absorbed in recent

months on the growing threats and attacks to the 1840 Treaty of Waitangi¹¹.

In relation to community psychology networks in Australia, the Australian Psychological Association (APS) did issue a media release on April 9th 2003 but it came from the Psychologists for the Promotion of World Peace' interest group rather than the APS College of Community Psychology. The media release raised the interest group's concerns of the distress caused to Australian students' exposure to media images and debates on the war and declared the need for full, open discussion on the war. A search of the APS website for mention of the wars against Afghanistan and Iraq does not direct you to the APS College of Community Psychologists, in fact it does not direct you to anywhere much at all. On the APS College of Community Psychology website there is no mention of the wars upon my last visit on June 12th 2004). In this regards, there is little apparent public positioning of community psychology networks in either Aotearoa/New Zealand or Australia. Neither, as far as I understand, has there been any sustained discussion of these issues on their respective e-mail listservs.

An academic issue?

Community Psychology networks are largely (but not wholly) populated by academics. In the past two ENCP conferences in Bergen (2000) and Barcelona (2002), the marginalisation of practitioners in the network was an issue raised during plenary sessions. Community psychology conferences have also largely been organised with the needs of academics in mind (with large proportions of the conference time given to the oral delivery of academic papers and comparatively less time for workshops, discussion groups and so on). Until

¹¹ The Treaty of Waitangi is an agreement between the English crown and Maori people that guarantees the property and citizenship rights of the latter.

community psychology networks undergo a demographic change and include more practitioners and psychology service users it may be useful to consider if the lack of a pronounced and public positioning of some of our national and international community psychology networks is threaded to the primarily academic constituency of these networks. If we do so in the case of SCRA, we find ourselves drawn to the political context that the USA ‘s academics are increasingly being situated in.

In the US the ‘war on terror’ and debates on the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq have generated renewed neo-conservative attacks at the perceived left-wing liberalism of academia more generally and the university campus in particular (see for example Sowell, 2003) and where intolerance of sexist, racist and heterosexist language is becoming recast as an intolerance for free speech (Solow, 2004) and an example of the paralysis imposed by ‘political correctness’. In this political and cultural context, seeking to creating space for critical discussion of the ‘war on terror’ has been attacked for being part of the left-wing fanaticism ‘of the academy. Conspicuous to such trends is David Horowitz ‘Academic Bill of Rights’ and the associated ‘Student Bill of Rights’ promoted by such organisations as ‘Students for Academic Freedom’ that emphasise the value of ‘intellectual diversity’ and the need to protect students from being indoctrinated by political propaganda in the classroom. In 2003, republican members of congress called for a university assistant professor at Columbia University to be sacked because he publicly criticized Bush’s policy towards Iraq. Early in 2004, Drake University was issued with a subpoena to hand over the names of staff and students who had attended an anti-war forum that had staged a non-violent anti-war protest. In light of the increasing power of well-organised, well-funded neo-conservative organisations, it may be increas-

singly unsafe in USA higher education to express anti-war sentiments or to engage in critical reflection upon the ‘war on terror’. This might explain why anti-war university protests in the USA have been described as muted, even in higher education institutes renowned for their anti-war activism such as the University of California, Berkeley. That is, however, not to say anti-war political activism is not happening in the USA, but where it is happening it is doing so in an increasingly hostile environment.

In the UK, it is not apparent that academics face the same degree of neo-conservative attack, though the rebukes of ‘political correctness’ are certainly pronounced and the global ambitions of American neo-conservativism are felt. The reaction from some parts of academia against the war on Iraq has been vociferous, though perhaps not sustained. In the UK the academy organised an anti-war conference (*Thinking and Doing Conference*, Southampton University, February 2002). Several commentators have pointed to such anti-war activities serving to re-politicise the student and staff populations of higher education. See, for example, Universities Against the War (www.universitiesagainstwar.org.uk/) where university staff and students have signed online petitions against the war. One of the university lecturers’ unions (National Association for Teachers in Further and Higher Education) offered the UK Stop the War Coalition ‘the use of its headquarters during the coalition’s preparations for the major anti-war rally in London. Of course, the staff and student population were not unanimously against the war and there were staff and students who were pro-war, but anti-war voices were shouting the loudest.

In spite of such protestations against the war coming out of the academy, in the UK I am not familiar with any network of psychologists (academic or otherwise) that has taken a public

position in relation to the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq. It does not appear these issues are being addressed, for example, by the British Psychological Society (based on a sweep of the BPS web site using the search terms 'Iraq' and 'war' in its search engine). In the UK there are web spaces that relate to community psychology that make explicit reference to the war on Iraq. However, these tend to be individually rather than institutionally initiated and maintained web sites. For example, the website of Dai Williams¹² and of David Smail¹³. On the UK Community Psychology web site¹⁴, community psychologists (myself included) have yet to ask for material that makes explicit reference to Iraq to be placed on its main web page.

Positioning ECPA on the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq?

The European Community Psychology Association conference organizers at Berlin have opened up space for a discussion of the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq.



This was opened up by the conference topic entitled 'violence in our cities'. Thus it has happened indirectly rather than directly (in the sense that no specific invitation to submit a paper on the situations in Afghanistan and Iraq

was made). This conference topic could be used to create room for us to discuss whether our new Association could and/or should take a public stance towards the wars on Afghanistan and Iraq.

Do we (the European Community Psychology Association) need some space at our conference in Berlin to: discuss the bombing and occupation of Afghanistan, Iraq, and the generic 'war on terrorism'; to consider the effects of these events on our communities; and, to reflect on our positioning towards these events both as individuals and as an Association? Do we need/want to consider what, if any, position our new Association should take in relation to these wars? I would like us to consider whether we are able to position ourselves collectively on these issues or whether an association of community psychologists is unable to do so. Perhaps the potentially most painful question I wish to raise is whether or not our shared values converge upon anti-war sentiments. Of course, this could open the very real possibility that our community of European Community Psychologists will find itself divided over our opposition/support for the war (just as European governments have). For me, this would be an interesting starting point to reflect upon our values and to tease out the points at which our values and understandings converge and diverge.

I am not arguing that the impact of the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq should be a prime focus for community psychology. Rather I seek to raise the question as to whether we are surprised at how apparently muted the public positioning of international networks of community psychologists appears to have been on these global issues and to give us the opportunity collectively to consider whether it is true that where community psychologists have been raising these issues this has largely been at the level of individual/small group activity, activities external to community

¹² <http://www.eoslifework.co.uk/>

¹³ www.davidsmail.freeuk.com/

¹⁴ www.compsy.org.uk

psychology networks and/or through the auspices of organisations that do not identify themselves as specifically community psychological. I am not fully aware of the extent to which discussions have or have not been happening (I have not, for example, looked at the activities of networks in Africa, Asia or Central and South America and am only a member of a limited number of community psychology listservs). All I know is that I have found difficulty in finding records or more general indicators that such discussions have happened and are happening in our community psychology networks.

To conclude, I am aware that violence is globalised and systemic. I will be going to the ECPA conference in Berlin asking if discussion of the recent military actions against Afghanistan and Iraq in our community psychology networks could be given a similar descriptor.

Correspondence to

- ✉ Paul Duckett, Department of Psychology and Speech Pathology, Elizabeth Gaskell Building, Manchester Metropolitan University, Hatherage Road, Manchester, M13 0JA, UK. Email: p.duckett@mmu.ac.uk

References

- Degirmencioglu, S.M. (2003). Action makes psychology more useful than fun. *The Community Psychologist*, 36, 27-29.
- Duckett, P.S. (2004). It's war and it's official: repositioning impairment and disability into SCRA. *The Community Psychologist*, 37, 10-13.
- Draffan, G. (2001). *Chronology of Industrial Disasters*. Available at: www.endgame.org/industrial-disasters.html [Last accessed on January 8th 2004]
- Fryer, D. and Fagan, R. (2003). Towards a critical community psychological perspective on unemployment and mental health research. *American Journal of Community Psychology*, 32, 89-96.
- Goldenberg, S. (2004). Pentagon counts the psychological cost of Iraq war as survey reveals suicide levels. *The Guardian Newspaper*, March 29th.
- Gridley, H. (2003). A letter to my colleagues in New Zealand. *The Community Psychologist*, 36, 53-54.
- ISPP (2004). *International Society of Political Psychology call for papers and symposia at its 27th Annual Scientific Meeting in Lund, Sweden, July 15-18*. Available at: <http://ispp.org/lund/lund.html> [last accessed June 12th 2004]
- Lykes, M.B. (2003). Developing an activist liberatory community psychology: one step at a time. *The Community Psychologist*, 36, 39-42.
- MacLeod, D., & Curtis, P. (2003). Academia says no to war. *The Guardian Newspaper*, February 18th.
- MEDACT (2003). *Continuing Collateral Damage: The health and environmental costs of war on Iraq*. MEDACT. Available on line from www.medact.org [last accessed on June 9th 2004]
- Mulvey, A., Guzman, B., Ayala-Alcantar, C. (2003). Women from the margins: challenging U.S. military aggression, policies and SCRA. *The Community Psychologist*, 36, 31-33.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Eds.) (1996). *Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard: Harvard University Press.
- Royal Society for the Prevention of Accidents. (2002). *Accident Statistics*, March 2002.

- Available from
<http://www.rospa.co.uk/factsheets/pdfs/accidents.pdf>
- Solow, B. (2004). Academia under Seige.
www.why-war.com/news/2004/03/31/academia.html
- Sowell, T. (2003). Academia and the War. *Durham Independent* March 31.
- www.townhall.com/columnists/thomassowell/cts20030409.shtml
- The Pearson Report (1978). *Report of the Royal Commission on Civil Liability and Compensation for Personal Injuries* (Comnd. 7054). London: HMSO.
- UNICEF (2000). Domestic Violence Against Women and Girls. *Innocenti Digest*, 6.



AUS DER POLITIK

Erster Entwurf Eckpunkte für ein Präventionsgesetz

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (14.10.03, 12:15)

1. Ausgangslage

Das deutsche Gesundheitswesen ist zu einseitig auf die Behandlung und Linderung von bereits eingetretenen Erkrankungen ausgerichtet. Die demografische Entwicklung mit dem steigenden Durchschnittsalter und die veränderten Lebensumstände der Bevölkerung werden zu einer erhöhten Krankheits- und Pflegelast insbesondere im Hinblick auf chronische Erkrankungen führen, wenn keine geeigneten Gegenmaßnahmen getroffen werden. Damit die sozialen Sicherungssysteme dauerhaft stabil bleiben, ist eine grundsätzliche Neuausrichtung zur Begrenzung bzw. Minimierung dieser Erkrankungen notwendig.



Dazu ist ein Paradigmenwechsel notwendig. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ebenso wie die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft“

an den Einzelnen und die Politik sehen erhebliche präventive Potenziale in der Prävention insbesondere chronischer Erkrankungen, die genutzt werden müssen. Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksame Strategien, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern. Ziel muss es sein, die Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Deshalb haben SPD und Bündnis 90/Die GRÜNEN im Koalitionsvertrag vom 16.10.2002 vereinbart, dass Prävention zu einer eigenständigen Säule neben der Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege werden soll.

Die Vielzahl der präventiven Ansätze und des schon bestehenden Engagements der öffentlichen Hand (Bund, Länder und Gemeinden), der Nichtregierungsorganisationen, der Sozialversicherungsträger und nicht zuletzt der Bürgerinnen und Bürger über Patientenselbsthilfeorganisationen und andere Zusammenschlüsse muss gestärkt und zielgerichteter strukturiert werden. Dazu ist ein abgestimmtes Konzept notwendig, in das alle Ebenen und Akteure einzubinden sind. Ein Baustein dieser Strategie wird die Schaffung eines „Gesetzes für Prävention und Gesundheitsförderung“ sein. Damit strebt die Bundesregierung an, Effektivität und Effizienz der Prävention zu steigern. Es ist das Potenzial der Prävention, die Übergänge von einem Gesundheitszustand in einen anderen, z.B. von „gesund“ mit Risikofaktoren in „chronisch krank“ hinauszuzögern oder zu verhindern. Jedoch gibt es eine Vielzahl von Leistungen und Maßnahmen, die häufig nicht genügend koordiniert sind. Sie sollen besser aufeinander abgestimmt und mit den weiteren Säulen im Gesundheitswesen vernetzt werden. Prävention als Bindeglied zwischen den bereits etablierten Säulen kann eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der Bevölkerung unterstützen.

2. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine Investition in die Zukunft

Der Ausbau der Prävention und der Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung für Private und die staatlichen Handlungsebenen. Er soll allen Bürgerinnen und Bürgern zugute kommen, unabhängig von sozialen Faktoren, ethnischer Zugehörigkeit, Alter und Geschlecht.

Diese Herausforderung beginnt im privaten Bereich:

Sie setzt bei der individuellen Verantwortung und Bereitschaft der Bürgerinnen und Bürger an, ihre Gesundheit zu fördern und möglichst zu erhalten. Das Gesundheitsbewusstsein und die Handlungskompetenz des Einzelnen sind zu stärken.

Vereine und Selbsthilfegruppen können daran maßgeblichen Anteil nehmen, indem sie dazu beitragen, dass Erkrankungen vermieden oder vom Einzelnen zumindest besser bewältigt werden können.

Arbeitgeber haben Verantwortung dafür, dass arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhütet werden und sie können im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Wohlbefinden und Gesundheit der Erwerbstätigen stärken.

Im Staat sind ebenfalls alle Handlungsebenen gefordert:

In den Städten und Gemeinden kann ein wesentlicher Beitrag dafür geleistet werden, dass die Bürgerinnen und Bürger gesund leben können. Das beginnt bei der Verantwortung für eine gesundheitsförderliche Städteplanung und reicht von den Angeboten sozialer Unterstützung über Gesundheitsförderung in städtischen Einrichtungen wie z.B. Kindergärten bis zum öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Länder sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die öffentliche Gesundheit unentbehrlich. Durch ihre Gesundheitsbehörden können sie koordinierend an der Gesundheitsförderung mitwirken, fachliche Leitstellen zur Unterstützung unterhalten, landesweite und regionale Gesundheitskonferenzen zur Beratung und Koordination der beteiligten Akteure initiieren und durch Gesundheitsberichterstattung auf

Landes- und kommunaler Ebene Grundlagen für die Planung erfolgreicher Präventionsmaßnahmen legen. Darüber hinaus tragen sie bei der Umwelt-, der Verkehrs-, der Bildungs-, der Sozial-, der Familien- und der Gesundheitspolitik gesamtgesellschaftliche Verantwortung auch für die Stärkung der Prävention. Schließlich sind sie gefordert, wenn es darum geht, in den Schulen das Gesundheitsbewusstsein und die Handlungskompetenz im Kindes- und Jugendlichenalter zu stärken.

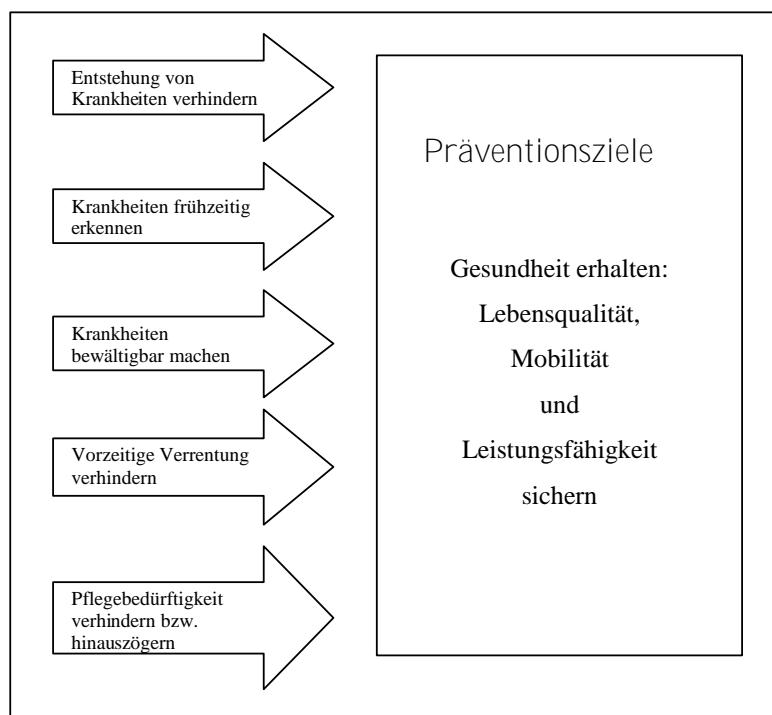
Der Bund muss ebenfalls auf vielen Politikfeldern gesetzliche Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen setzen. Im engeren Bereich der gesundheitlichen Prävention führt das Robert Koch-Institut Gesundheitssurveys durch und liefert damit notwendige Grundlagen für deren Steuerung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung trägt durch gesundheitsbezogene Kampagnen, z.B. bei AIDS und Sucht, maßgeblich zu gesundheitsbewusstem Verhalten bei. Wesentliche Impulse werden auch durch den Aktionsplan „Drogen und Sucht und die Forschungsförderung“ gesetzt. Die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung hat zur Bündelung der Aktivitäten der primären Prävention auf Bundesebene das „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ initiiert und die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass im Rahmen des Projektes „gesundheitsziele.de“ Empfehlungen über nationale Gesundheitsziele entwickelt werden können. Schließlich müssen die Versorgungssysteme der Sozialversicherung und der Sozialhilfe die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Versorgung eines großen Teils der Bürgerinnen und Bürger mit den notwendigen präventiven Angeboten bieten.

Präventionsziele

Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln den größtmöglichen Nutzen, wenn sie an prioritär zu verfolgenden Gesundheitszielen ausgerichtet werden. Solche Felder sind im Rahmen von „gesundheitsziele.de“ unter anderem mit den Teilzielen zu Diabetes Mellitus Typ 2, Brustkrebs, Herzinfarkt und chronischer Rückenschmerz exemplarisch

benannt worden. Andere Ergebnisse des Projektes „gesundheitsziele.de“ hat das „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ in seine Arbeit einbezogen und damit eine Verzahnung der beiden Prozesse sichergestellt. Dort werden bezogen auf die drei Lebensphasen Kindheit/Jugend, frühes/mittleres Erwachsenenalter sowie Alter zentrale Schwerpunkte für Ansätze der primären Prä-

vention entwickelt und Anstöße zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, Stress und Rauchen initiiert. Ausgerichtet auf solche Schwerpunkte sollen Prävention und Gesundheitsförderung – verstanden als gemeinsame Aufgabe – so ausgebaut werden, dass fünf Teilziele erreicht werden können:



Entstehung von Krankheiten verhindern

Durch effiziente Prävention können Krankheiten verhindert werden. So ist z.B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, an denen im Jahr 2001 immerhin ca. 231.000 Frauen (52 % der Todesursachen) und 160.000 Männer (42 %) starben, bekannt, dass die Hauptrisikofaktoren mangelnde Bewegung, Bluthochdruck, Rauchen, zu hohe Blutfettwerte und Diabetes sind. Wenn es also gelingt, in der Bevölkerung das Bewegungs- und Ernährungsverhalten nachhaltig zu ändern, wird es weniger Herz-Kreislauf-Erkrankungen geben. Auch die Verbesserung der Durchimpfungsrate verhindert die Entstehung von Erkrankungen. Damit könnte zum Beispiel das WHO-Ziel, bis zum Jahr 2010 Masern in Europa zu eliminieren, erreicht werden.

Krankheiten frühzeitig erkennen

Durch Früherkennungsuntersuchungen (sekundäre Prävention) können Krankheiten bereits im Frühstadium erkannt und dadurch besser und erfolgver-

sprechender behandelt werden. Noch immer werden Früherkennungsuntersuchungen zu wenig genutzt: Z.B. nehmen von den anspruchsberechtigten Versicherten nur 48 % der Frauen und 20 % der Männer die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch. Das heißt, 15,8 Mio. Frauen und 11,8 Mio. Männer nehmen dieses Angebot nicht wahr. Ziel muss es daher sein, dass die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen der GKV zukünftig mehr genutzt werden.

Krankheiten bewältigbar machen

Auch wenn bereits eine Erkrankung vorliegt, können durch Maßnahmen der tertiären Prävention akute Krankheitsepisoden und Komplikationen vermieden und damit die Lebensqualität, die Mobilität und die Leistungsfähigkeit erhalten werden. Ziel muss es sein, mehr chronisch Kranke dabei zu unterstützen, ihre Krankheit besser zu bewältigen und Folgeerkrankungen hinauszögern, z.B. durch die Teilnahme an strukturierten Behandlungspro-

rammen zu Diabetes Mellitus Typ II, Brustkrebs oder Koronaren Herzerkrankung.

Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern

Durch gezielte Maßnahmen können Bürgerinnen und Bürger, denen Pflegebedürftigkeit droht, länger selbst bestimmt leben. Diese können auch Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der sozialen Betreuung umfassen. Wichtig ist jedoch, durch geeignete Maßnahmen die Schwelle der körperlichen Behinderung hinauszuschieben. So kann z.B. durch körperliche Aktivität der Verlust von Muskelstärke verhindert und die Behinderungsschwelle hinausgeschoben werden.

Vorzeitige Verrentung verhindern

Bürgerinnen und Bürger, die durch eine Krankheit aus dem beruflichen und privaten Alltag gerissen werden, können von Maßnahmen der tertiären Prävention, die auch zur Rehabilitation gehören, profitieren. Hier ist das Ziel, sie möglichst schnell wieder in den Beruf und den häuslichen Alltag zu integrieren und so die vorzeitige Verrentung zu verhindern.

Kosten im Gesundheitswesen stabilisieren
Mit Prävention und Gesundheitsförderung kann nicht nur die Lebensqualität der Einzelnen verbessert werden, sondern es können auch Ausgaben bei Kuration und Rehabilitation reduziert werden. Einsparpotenziale durch Prävention lassen sich nur exemplarisch beziffern. Meist werden einzelne Maßnahmen evaluiert, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder oder Risikofaktoren beziehen, oder es wird - ausgehend von vorhandenen Studien - geschätzt, welche finanziellen Entlastungen erwartbar sind.

Gutachten zur Ermittlung von Einsparpotenzialen durch Prävention in Deutschland Ein Gutachten der Medizinischen Hochschule Hannover aus dem Jahr 1999 berechnet Einsparpotenziale für einzelne chronische Erkrankungen (Apoplex, Myocardinfarkt, Asthma bei Kindern, Rückenbeschwerden, Osteoporose, Alkoholabhängigkeit, Diabetes, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Depression, Neurosen und funktionelle Störungen) und Risikofaktoren (Hypertonie, Cholesterin, Rauchen Übergewicht, Adipositas). Die Kosten bezogen sich

auf die ärztliche Versorgung (ambulant und stationär), Rehabilitation, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Berufsförderleistungen, Arbeitsunfähigkeit, Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Einsparpotenziale wurden aufgrund vorhandener internationaler Studien berechnet. Es wurde unterschieden zwischen dem maximal und dem realistisch verhinderbaren Anteil der Krankheitslast und der Gesundheitsausgaben. Bei Addition der Ausgaben für die genannten Erkrankungen (72 Mrd. DM im Jahr 1994, entspricht etwa 37 Mrd. €) ergibt sich aufgrund der vorgetragenen realistisch verhinderbaren Anteile ein Einsparpotenzial von 33 % oder ca. 12 Mrd. €. Einschränkend muss bemerkt werden, dass die finanziellen Aufwendungen, die nötig sind, um die ermittelten Einsparpotenziale zu erzielen, nicht angegeben wurden. In Analysen für einzelne Erkrankungen und Beschwerden konnten jedoch auch bei Gegenrechnung der Einsparungen mit den Kosten immer wieder große Einsparpotenziale ermittelt werden.

Zum Beispiel: Unspezifische Rückenbeschwerden

In Niedersachsen wurden Erwerbstätigen (bis 55 Jahre) mit unspezifischen Rückenbeschwerden, die über Routinedaten ermittelt worden waren, Kurse zu Bewegung und zur Schmerzbewältigung angeboten. Die Kosten für das Programm betrugen 529 € pro Person. Mit der Schulung wurde eine Reduktion des Arbeitsausfalls von ca. 18,5 indikationspezifischen Krankengeldtagen pro Person in den ersten zwei Jahren nach Programmende erreicht. Dies entspricht Kostenersparnisse von 1.628 € pro Person bezogen auf alle Kosten. Aus der Perspektive der GKV ergaben sich Ersparnisse bei den Krankengeldleistungen von 835 bis 925 €. Beide Einsparungen beziehen sich auf den Zwei-Jahres-Nachbeobachtungszeitraum (bei einer Diskontierung der Ersparnisse des zweiten Jahres mit 3 %).

Zum Beispiel: Asthma im Kindes- und Jugendalter

Ca. 5 bis 10 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind im Laufe ihres bisherigen Lebens an Asthma bronchiale erkrankt. Das bedeutet, dass

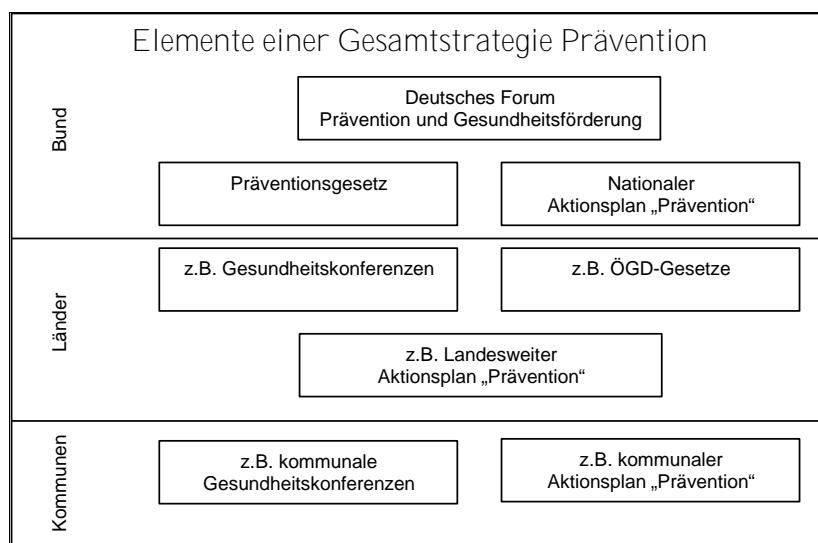
auch bei vorsichtigen Schätzungen in Deutschland etwa 645.000 Kinder und Jugendliche an dieser Krankheit leiden. Damit ist sie die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. In einer Kosten-Nutzen-Analyse, bei der die Behandlungskosten in dem Jahr vor einer Schulung und die Behandlungskosten in dem Jahr danach gegenübergestellt wurden, ergab sich bei einem Aufwand von 263 € pro Schulung ein Einsparpotenzial von 57 € pro Kind im ersten Jahr nach einer Schulung. Überträgt man diese Zahl auf alle Kinder und Jugendlichen mit Asthma, so ergibt sich ein maximales Einsparpotenzial von 36,7 Millionen €.

3. Gesamtstrategie Prävention

Der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, der Bund, Länder und Gemeinden gleichermaßen gerecht werden müssen. Auch die Sozialversicherungssysteme müssen stärker darauf ausgerichtet werden. Letztlich bedarf es eines abgestimmten Präventionskonzepts, das möglichst alle Ebenen umfasst.

Die gemeinsame Verantwortung für Prävention muss sich auch in der Finanzierung widerspiegeln. Sie muss sowohl aus den Kassen der öffentlichen Haushalte als auch denen der Sozialversicherung erfolgen. Darüber hinaus muss die Bemühung dahin gehen, auch einen Beitrag von den privaten Kranken- und Pflegeversicherungen und anderen Privativen für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung einzubringen.

Der Bund wird Rahmenbedingungen für die erforderlichen Aktivitäten auf allen Ebenen schaffen, soweit seine Kompetenzen und sein Verantwortungsbereich berührt sind. Dafür reichen Maßnahmen auf gesetzlicher Ebene alleine nicht aus. In einer „Gesamtstrategie Prävention“ wird der Bund seine Aktivitäten zur Bestimmung nationaler Präventionsziele, zur Koordination aller bundesweiten Präventionsanstrengungen und zur rechtlichen Grundlegung für die wichtigen Leistungsbereiche der Sozialversicherung und der Sozialhilfe einbinden und aufeinander abstimmen.



Die Strategie des Bundes hat vier Elemente:

Nationaler Aktionsplan „Prävention“

Zur Festlegung prioritärer nationaler Präventionsziele und von nationalen Strategien zu ihrer Umsetzung unter Berücksichtigung der Aufgaben und Möglichkeiten der verschiedenen Verantwortungsebenen wird ein nationaler Aktionsplan „Prävention“ aufgestellt werden. Er dient zugleich der Weiterentwicklung eines zeitgemäßen Verständnisses

von Prävention und Gesundheitsförderung, das auch die Stärkung von Gesundheitsressourcen umfasst, wie es die Gesundheitsministerkonferenz mit Beschluss vom 3. Juli 2003 für notwendig erklärt hat. Teil des Aktionsplans die Verbesserung der Datenlage sein.

Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Realisierung der im Nationalen Aktionsplan „Prävention priorisierten Präventionsziele und der darin entwickelten Strategien wird das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung als Gremium der Bündelung aller Präventionsanstrengungen in der Bundesrepublik weiter ausgebaut. Dazu gehört auch die Gründung einer auf Bundesebene.

Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Ergänzung der in den Systemen der Sozialversicherung und der Sozialhilfe bereits bestehenden präventiven Instrumente und zum Ausbau von Strukturen, die es allen Akteuren erlauben, sich bei der Durchführung von Maßnahmen untereinander sowie mit den Trägern der Sozialversicherungen und der Sozialhilfe abzustimmen, wird die Bundesregierung ein auf die Gesetzgebungskompetenzen vor allem im Bereich der Sozialversicherungen und der Sozialhilfe gestütztes Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung einbringen.

Bericht der Bundesregierung

Die Bundesregierung wird dem Deutschen Bundestag in jeder Legislaturperiode einen nationalen Präventionsbericht vorlegen. Darin teilt sie ihre Erkenntnisse über Erfahrungen, Aufgabenerfüllung und mögliche Ansätze zur Verbesserung in Bezug auf den nationalen Aktionsplan Prävention, das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung sowie das Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung mit.



4. Schwerpunkte des Gesetzes für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Bundesregierung wird Strukturen schaffen, damit alle Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene in der Lage sind, Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet umzusetzen. Ausgehend von der Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Sozialversicherung werden die gesetzliche Krankenversicherung, die Rentenversicherung im Hinblick auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die Pflegeversicherung im Hinblick auf die Verhinderung vorzeitiger Pflegebedürftigkeit verpflichtet, sich entsprechend ihrer abgebildeten Risiken noch stärker an präventiven Leistungen zu beteiligen. Dem gemäß soll auch der Auftrag der Sozialhilfe angepasst werden. Alle weiteren Institutionen des Gesundheitswesens auf den unterschiedlichen staatlichen Ebenen sind aufgefordert, sich im Rahmen ihres Auftrags an der Weiterentwicklung und Stärkung der Prävention in Deutschland zu beteiligen. Die dafür notwendigen Kooperationsmöglichkeiten werden geschaffen.

Präventionsgesetz

Schwerpunkte

- Koordination und Kooperation
- Qualitätssicherung
- Lebensweltorientierte Maßnahmen
- Neuordnung der primären Prävention in der Sozialversicherung

Mehr Koordination und Kooperation in die Prävention

Prävention braucht mehr Koordination und Kooperation. Das wird durch vier Instrumente erreicht:

Begriffliche Vereinheitlichung

Zur Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs führt der Bund einheitliche Begriffe von 10 primärer, sekundärer und tertiärer Prävention sowie von Gesundheitsförderung ein und konkretisiert die Aufgaben der Träger der Sozialversicherung und der Sozialhilfe in Bezug auf diese Ziele.

Einheitliche Leistungskonkretisierung

Die vorgesehenen gesetzlichen Präventionsaufträge nach dem Vorbild von § 20 SGB V sollen von allen Trägern einheitlich umgesetzt werden. Daher sollen die Träger gemeinsam einheitliche Standards festlegen. Dazu wird ein „Bundesausschuss Prävention und Gesundheitsförderung“ der Sozialversicherungsträger eingerichtet. Dort werden in Abstimmung mit Ländern, Gemeinden, Vertretern der Leistungserbringer unter Hinzuziehung von wissenschaftlichem Sachverstand die gesetzlich vorgesehenen Leistungen konkretisiert und die Grundsätze der Priorisierung sowie der Qualitätssicherung festgelegt.

Koordination und Kooperation auf Bundesebene

Für die weiteren Abstimmungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den anderen Präventionsakteuren auf der Bundesebene wird ein Kooperationsverfahren in enger Verzahnung mit dem „Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ eingerichtet.

Koordination und Kooperation auf Landes- und kommunaler Ebene

Zur Abstimmung über die Verwendung von Präventionsmitteln der Sozialversicherungsträger und deren Koppelung mit Maßnahmen der Länder und Gemeinden werden auf Landes- und Gemeindeebene Gremien eingerichtet, die sich an den Besonderheiten der Länder orientieren und vorhandene Strukturen so weit wie möglich nutzen. Damit können auch Präventionsprozesse über die Leistungen der Sozialversicherungszweige hinaus initiiert und unterstützt werden.

Mehr Qualitätssicherung in die Prävention

Mittelfristig sollen hochwertige, qualitätsgesicherte Leistungen erbracht werden, so dass Prävention zielgerichtet und möglichst nachhaltig erfolgt. Für die Ausrichtung auf Präventionsziele kann das Robert Koch-Institut durch die Gesundheitsberichterstattung und seine bevölkerungsbezogenen Surveys notwendige Grundlagen liefern.

Qualitätssicherung umfasst die Wirksamkeit der Maßnahmen und die Einhaltung der Standards der Leistungserbringung. Dazu wird auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit ihren Projekten zur Qualitätssicherung beitragen.

Das Gesetz wird festlegen, dass grundsätzlich nur solche Leistungen erbracht werden, deren Wirksamkeit prinzipiell nachgewiesen ist und die den genannten Qualitätsanforderungen genügen. Alle Projekte müssen, um finanziell gefördert zu werden, nach den Vorgaben des Bundesausschusses Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt und in regelmäßigen Abständen evaluiert werden. Die Ergebnisse sollen in einer für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen Form veröffentlicht werden.

Mehr lebensweltorientierte Maßnahmen in die Prävention

Um auch die Menschen zu erreichen, die sich nur bedingt aktiv und eigenverantwortlich in den Prozess um den Erhalt oder die Wiederherstellung ihrer Gesundheit einbringen können, ist es nötig, Prävention und Gesundheitsförderung in die Lebenswelten aller Bürgerinnen und Bürger zu tragen.

Aufgabe

Lebenswelten sind z.B. Kindergarten, Schule, Betriebe, aber auch benachteiligte Stadtteile. Hier können die Menschen unmittelbar erreicht werden, um mit ihnen gemeinsam zu erarbeiten, welche Veränderungen zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage notwendig sind (von der WHO auch Setting-Ansatz genannt). Das können in der Lebenswelt „Schule“ Kurse z.B. zur Stressbewältigung sein, das können aber auch Initiativen zur Erhöhung der Impfbereitschaft sein. Auch strukturelle Veränderungen wie die Einführung eines gesunden Schulkiosks oder die Anpassung von Unterrichts- und Pausenzeiten sind möglich. Vorrangig ist, dass der Bedarf an Leistungen in der Lebenswelt selbst mit allen Beteiligten festgestellt und erörtert wird. So kann gewährleistet werden, dass strukturelle Veränderungen von allen mitgetragen werden und die Bereitschaft, auch das eigene Verhalten zu verändern, steigt.

Organisation

Lebensweltorientierte Aktivitäten müssen über die Grenzen von Sozialversicherungsträgern und Versicherungszweigen hinweg organisiert werden. Sie werden künftig als gemeinschaftliche Pflichtaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzliche Pflegeversicherung ausgestaltet. Prioritäten und

Durchführung von lebensweltorientierten Maßnahmen werden von diesen Trägern mit Ländern und Gemeinden und den weiteren Präventionsakteuren abgestimmt. Dazu werden geeignete und den Verwaltungsstrukturen in den Ländern Rechnung tragende Verfahren und Gremien eingerichtet.

Finanzierung

Die Finanzierung von lebensweltorientierten Maßnahmen soll der geteilten Verantwortung der verschiedenen Handlungsebenen gerecht werden. Deshalb wird sichergestellt, dass die Finanzierung dieser Maßnahmen nicht Sache der Sozialversicherung alleine ist. Dazu wird die Mittelverwendung von finanziellen oder geldwerten Beiträgen von Ländern und Gemeinden oder - bei Maßnahmen in Betrieben - der Arbeitgeber abhängig gemacht.

Mittelvergabe und Mittelverwendung

Die Vergabe der von den Sozialversicherungsträgern aufzubringenden finanziellen Mittel wird in den Ländern erfolgen und sich nach dem Bevölkerungsaufkommen richten. Grundlage sind Prioritätsentscheidungen der Sozialversicherungsträger auf der kommunalen Ebene im Benehmen mit den weiteren Akteuren. Der Hauptanteil der hierfür zur Verfügung stehenden Mittel wird auf der kommunalen Ebene eingesetzt. 10 % der Mittel können in Abstimmung mit den Behörden der Länder für landesweite Aktivitäten eingesetzt werden, wenn sich die Länder mit entsprechenden Beiträgen beteiligen. Die einzurichtenden Gremien sollen den Verwaltungsstrukturen der Länder Rechnung tragen.

Neuordnung der primären Prävention in der Sozialversicherung

Leistungen der primären Prävention nach dem Vorbild von § 20 SGB V sollen neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch von weiteren Zweigen

der Sozialversicherung, die ebenfalls von präventiven Erfolgen profitieren, getragen und als Pflichtleistung ausgestaltet werden. Dem gemäß sollen künftig auch die Renten- und die Pflegeversicherung diesen Ansatz der primären Prävention mitfinanzieren. Ausgehend von dem dafür derzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Betrag von rund 2,60 € pro Kopf soll ein Betrag von anfangs 3 Euro pro Kopf im Verhältnis der potenziellen Einsparungen in den Versicherungszweigen zu 65 % von der gesetzlichen Krankenversicherung, zu 20 % von der Rentenversicherung und zu 15 % von der Pflegeversicherung aufgebracht werden.

Dieser Betrag soll für drei Aufgabenfelder verwandt werden:

Kampagnen

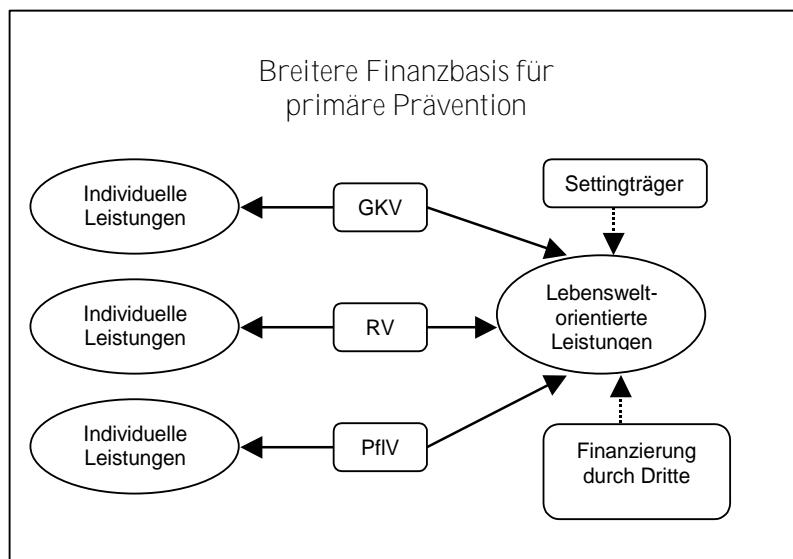
20 % der Mittel werden für bundesweite Kampagnen des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung /Stiftung zur Förderung der Prävention unter Berücksichtigung insbesondere der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen aufgebracht.

Individuelle Leistungen

40 % der Mittel werden von der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Pflegeversicherung in eigener Verantwortung für individuelle Leistungen zu Gunsten ihrer Versicherten nach Maßgabe der vom „Bundesausschuss Prävention und Gesundheitsförderung“ vorgenommenen Leistungskonkreisierung erbracht.

lebensweltorientierte Leistungen

40 % der Mittel werden für lebensweltorientierte Leistungen wie oben beschrieben aufgewandt.



5. Finanzielle Auswirkungen

Mittel- und langfristig müssen den Systemen der sozialen Sicherung und der Sozialhilfe mehr Mittel für Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden. Dem werden dann Entlastungen gegenüber stehen, die langfristig auf 20 % bis 30 %¹⁵ geschätzt werden. Solche Entlastungen sind kurzfristig nicht zu erreichen. Selbst wenn mit kurzfristigen Entlastungen zu rechnen wäre, könnten die Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung kapazitätsbedingt in kurzer Zeit nicht ausgebaut werden.

Kurzfristig geht es deshalb um den Aufbau der Strukturen für eine Verbesserung der primären Prävention. Dazu sollen sich die Mittel der beteiligten Sozialversicherungszweigen für Maßnahmen nach dem Vorbild von § 20 SGB V gegenwärtig an der Summe von derzeit rund 180 Millionen € orientieren und um entsprechende Anteile von Bund und Ländern aufgestockt werden.

Im Bereich der Sozialversicherung sollen die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Pflegeversicherung angemessen beteiligt werden. Das wird zu einer entsprechenden Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Pflegeversicherung führen. Außerdem können sich maßvolle Aufwendungen für weitere Präventionsleistungen ergeben, die sich im Bereich

der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzend als nötig erweisen können.



¹⁵ nicht saldiert und nicht diskontiert

Staatssekretär Schröder aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) informiert am 26. April über die neuesten Entwicklungen zum Präventionsgesetz

Waltraud Deubert

In Ergänzung zu dem Artikel „Das BMGS tritt auf der Stelle – keine Finanzierung, keine Bundesstiftung, kein Präventionsgesetz – in dieser VPP, Seite 362 ff, informieren wir nachfolgend über die neuesten Entwicklungen in Sachen Prävention¹⁶ aus dem BMGS. Am 26. April 2004 kamen in Berlin die Mitglieder des Koordinierungsgremiums des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung und die Mitglieder der Arbeitsgruppe „R echt und Organisation auf Einladung des Staatssekretärs Dr. Theo Schröder im BMGS zusammen, um sich von ihm über den Sachstand zur Entwicklung des Präventionsgesetzes informieren zu lassen. Derzeit führt das BMGS Gespräche mit den Sozialleistungsträgern (Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegekassen, Unfallversicherung und Rentenversicherungsträger) mit dem Ziel, die übrigen Sozialleistungsträger zur Mitfinanzierung von Prävention – geregelt in § 20, Abs. 1 bis 3, für die GKV – zu bewegen. Bislang fehlt die Operationalisierung einer verpflichtenden Förderung von Prävention in den Leistungsgesetzen der meisten Sozialversicherungsträger.

Aus den Gesprächen mit den verschiedenen Sozialversicherungsträgern berichtet Dr. Schröder, dass alle Sozialversicherungsträger sich einig sind, die gemeinsamen Präventionsziele zu bündeln, allerdings gibt es hinsichtlich der Regelungstiefe unterschiedliche Auffassungen. Klärungsbedürftig seien in diesem Zusammenhang auch Fragen der epidemiologischen Datenlage sowie der Qualitätssicherung in der Prävention.

Geregelt werden sollen:

- die individuelle Prävention
- die betriebliche Prävention und
- Settingmaßnahmen (z. B. Schule, Kindergarten) sowie Kampagnen.

¹⁶ Bitte beachten Sie auch die Artikel zum Thema aus VPP 4/03, S. 865 – 873 und Rosa Beilage 4/03 S. 10.

Die individuelle und betriebliche Prävention sollen in der Zuständigkeit der Leistungsträger bleiben, während die Settingmaßnahmen und die dazugehörigen Kampagnen durch die Finanzierung in einem Topf aller Sozialleistungsträger geregelt werden soll. In den Gesprächen favorisiert das BMGS die Einführung eines gemeinsamen Fonds, der als Stufenmodell im Rahmen einer Stiftung eingeführt werden soll. Träger der Stiftung wären dann die einzahlenden Sozialversicherungsträger. Der gemeinsame Fond, der von der Stiftung verwaltet wird, soll dann Modelle zur Prävention fördern. Dabei sollen auch die Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZGA sowie die Wissenschaft beteiligt werden.

Eine Beteiligung des Bundes ist offenbar nur mittelbar vorgesehen. Belief sich die von den Krankenkassen für die primäre Prävention aufzubringende Summe bislang auf 180 Mio. EUR jährlich, ist wohl jetzt ein Betrag von ca. 240 Mio. EUR im Gespräch. Durch die Heranziehung der anderen Sozialversicherungssysteme könnte der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung sogar gesenkt werden. Allerdings wäre mit der Einzahlung in den Stiftungsfond den Krankenkassen auch die Selbstbestimmung über die Verwendung – zumindest eines Großteils der Gelder – entzogen (siehe hierzu unser Bericht zur GKV-Stiftung Prävention in der Rosa Beilage 4/03, S. 10).

In den nächsten Wochen sollen Gespräche im Bundestag in den Ausschüssen und Fraktionen über die Entwicklung und die Inhalte eines Präventionsgesetzes geführt werden. Man geht davon aus, dass die Gespräche bis zur Sommerpause abgeschlossen sein werden und man nach der Sommerpause dann mit der handwerklichen Arbeit an dem Gesetz beginnen kann. Geplant ist die Vorlage eines Artikelgesetzes und nicht – wie ursprünglich vorgesehen – ein eigenes Präventionsgesetz als eigenständiges Sozialgesetzbuch. Es sollen demnach die Vorschriften

ten zum Bereich Prävention in den jeweiligen Leistungsgesetzen zusammengeführt werden. Dem Deutschen Forum Prävention wurden seitens des BMGS erste vorläufige Eckpunkte für ein Präventionsgesetz noch im Mai in Aussicht gestellt.

NACHTRAG

Wie im letzten Jahr (siehe hierzu Bericht in VPP 4/03, S. 868 ff) sind wieder Eckpunkte zum Präventionsgesetz im Umlauf. Es handelt sich um zwei Papiere – beide sind datiert vom 30.04. – während das Papier „Nationale Aufgabe Prävention“ aus dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) stammt, handelte es sich bei dem zweiten Papier um einen „Vorschlag der Länder Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen“. Letzteres ist wohl als Diskussionsgrundlage im Bereich der sog. B-Länder (unionsgeführten) gedacht. In dem BMGS-Papier steht die oben erwähnte Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ im Mittelpunkt, die von den Verbänden der Sozialversicherungsträger gegründet werden soll. Die Stiftung soll unter Rechtsaufsicht des Bundes stehen.

Die Aufgaben der Stiftung sind:

Gemeinsame Präventionsziele und Umsetzungsstrategien sowie Schwerpunkte und Programme festzulegen.

Die Leistungen der Stiftung umfassen Kampagnen, Settingmaßnahmen und Modellprojekte der Primärprävention.

Die Stiftung erhält zwei Organe und zwei zentrale Beratungsgremien:

Der Stiftungsrat entscheidet über alle Aufgaben der Stiftung. Er wählt den Vorstand und entscheidet über die Präventionsziele und die Leistungen der Stiftung. Die Vertreter der Sozialversicherung sollen 2/3 der Stimmen, die Vertreter von Bund, Ländern und Kommunen 1/3 der Stimmen im Stiftungsrat erhalten. Entscheidungen soll mit qualifizierter Mehrheit getroffen werden.

Der Vorstand der Stiftung vertritt die Stiftung nach außen und führt die laufenden Geschäfte.

Das Kuratorium, das mit Vertretern des Deutschen Forums „Prävention und Gesundheitsförderung“ des Robert-Koch-Institut (RKI) und der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung etc. besetzt werden

soll, berät in der Funktion eines Beirates die Stiftung hinsichtlich der Aktivitäten und der Entscheidungen über das Präventionsprogramm.

Ein wissenschaftlicher Beirat berät den Stiftungsrat und den Vorstand in allen wissenschaftlichen Angelegenheiten.

In der Ausbaustufe sollen die beteiligten Sozialversicherungszweige 140 Mio. EUR jährlich zur Verfügung stellen. Dieser Beitrag kann in mehreren Jahresstufen erreicht werden, heißt es in dem Papier.

Keinerlei Hinweise gibt es in dem Papier, ob und in welchem Umfang sich der Bund finanziell an der Stiftung beteiligen wird. Unter der Überschrift „Unterstützung durch den Bund“ werden lediglich ein Ausbau der Gesundheitsberichterstattung durch das Robert-Koch-Institut sowie die Unterstützung bei Kampagnen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angeführt. Unter Punkt „Zusammenarbeit der Länder und Kommunen mit der Stiftung“ heißt es, „die Länder und Kommunen können gegenüber der Stiftung Kampagnen, Maßnahmen oder Modellprojekte gezielt anregen und für ihre Realisierung sorgen, sofern sie sich an den Kosten beteiligen“. Außerdem sind bezüglich der Kosten „Zustiftungen möglich. „Die Zustifter sind adäquat an den Entscheidungen der Stiftung zu beteiligen“. Hier könnten die Privaten Krankenversicherungen (PKV) gemeint sein, da im Folgenden zu lesen ist „Die Private Krankenversicherung (PKV) soll sich an der Stiftung beteiligen.“

Im Gegensatz dazu ist in dem Vorschlag der Länder Baden-Württemberg, Hessen Niedersachsen zu lesen, dass „Ein künftiges Präventionsgesetz des Bundes aus Ländersicht als eine die Länderinteressen wahrende Regelung nur die äußeren Rahmenbedingungen der Prävention normieren darf; ein umfangreiches Gesetz mit Detailvorgaben für die Länder ist abzulehnen. Stattdessen seien „bereits bestehende, erfolgreiche Strukturen auf Bundesebene und in den Ländern zu nutzen und weiter auszubauen. Sie schlagen statt einer Stiftung einen „Fond auf Landesebene vor, an den die Hälfte der von der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention zu verwendenden Mittel abzuführen sind.“

Man darf also auf die weitere Entwicklung gespannt sein.

Eckpunkte für ein Präventionsgesetz (PrävG)

IKK-Bundesverband, Juli 2003

Ausgangslage

Der demographische Wandel und die damit einhergehende voraussichtliche Zunahme chronischer Erkrankungen in einer immer älter werdenden Bevölkerung ist eine der großen Herausforderungen für das Gesundheitswesen in Deutschland heute und in den kommenden Jahren und Jahrzehnten.

Eine entscheidende Voraussetzung, um dieser Herausforderung zu begegnen, liegt nach internationalem und nationalen Studien in der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Neben der Verbesserung der individuellen Gesundheit und Lebensqualität kann nach übereinstimmender Auffassung durch effiziente und effektive Präventionsmaßnahmen auch ein erheblicher Teil der sonst erforderlichen Ausgaben in Kuration, Rehabilitaton und Pflege eingespart werden.

Die heutige Situation von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist gekennzeichnet durch knappe finanzielle Ressourcen. Mit rd. 10 Mrd. Euro werden in Deutschland derzeit nur etwa 4,5 Prozent aller Gesundheitsausgaben für Zwecke der vorbeugenden Gesundheitssicherung verwendet. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) trägt hiervon mit fast 40 Prozent die Hauptlast; demgegenüber ist der Finanzierungsanteil der öffentlichen Haushalte und der Arbeitgeber stark rückläufig.

Weitere Defizite der heutigen Präventionssituation in Deutschland liegen insbesondere in der mangelnden übergreifenden Ziel- und Zielgruppenorientierung der Maßnahmen sowie in der normativen Zersplitterung der Zuständigkeiten einer Vielfalt von Akteuren und deren mangelnde Koordination und Kooperation in der Umsetzung von Maßnahmen. Durch die mangelnde Abstimmung und Harmonisierung ist die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung häufig durch ein Nebeineinander diverser Akteure mit nicht oder unzureichend aufeinander abgestimmten Maßnahmenplänen und Aktivitäten gekennzeichnet.

Besonders von Unterversorgung gekennzeichnet sind die lebensweltbezogene Prävention und Ge-

sundheitsförderung in Settings wie Stadtteilen, Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen – insbesondere für Zielgruppen mit sozialen Benachteiligungen, bei denen oftmals hohe Gesundheitsbelastungen mit mangelndem gesundheitlichen Bewusstsein und Verhalten zusammentreffen.

Im Ergebnis gilt für die Prävention in Deutschland: Es besteht – trotz unstrittig positiver Ansätze – ein erhebliches präventives Rationalisierungspotenzial. Angesichts der bestehenden und in der Zukunft noch zunehmenden Herausforderungen im Gesundheitswesen ist eine nachhaltige Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich. Aufgrund der Komplexität des Handlungsfeldes der vorbeugenden Gesundheitssicherung bedarf es eines umfassenden Präventionsgesetzes (PrävG), das die entsprechenden normativen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Stärkung der Prävention schafft.

Lösung

1. Allgemeiner Teil

Das Gesundheitswesen hat zwar die Hauptlast der defizitären Präventionspolitik in Deutschland zu tragen, Prävention und Gesundheitsförderung sind jedoch Aufgaben, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen des Gesundheitswesens hinausgehen. So liegen die Haupteinflussfaktoren auf die Gesundheit bzw. die Entstehung von Krankheiten sowie die Lebenserwartung der Bevölkerung zum Großteil außerhalb des medizinischen Versorgungssystems, nämlich in den Bereichen des Arbeitsmarktes, der Einkommens- und Vermögensverteilung, im Bildungs- und Verkehrswesen, in der Umwelt, den Arbeitsbedingungen, den Wohnverhältnissen sowie im persönlichen Lebensstil. Ein umfassendes PrävG muss daher eine "Präventionskultur" in Deutschland verankern – Prävention muss zum Leitbild in zentralen Politikfeldern wie insbesondere Gesundheit, Umwelt- und Verbraucherschutz, Verkehr, Bildung, Arbeit und Wirtschaft werden. Eine effiziente Präventions- und

Gesundheitsförderungspolitik erfordert ein integriertes Gesamtkonzept, das die genannten Politikbereiche einbezieht.

Vor diesem Hintergrund ist Prävention eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe und zugleich – angesichts des bisher unausgeschöpften Präventionspotenzials – eine gesamtgesellschaftliche Zukunftsinvestition.

Weiterhin muss durch das PrävG sichergestellt werden, dass – ausgehend von einem über die verschiedenen Träger hinweg harmonisierten und umfassenden Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung – entsprechende Maßnahmen ziel- bzw. zielgruppenbezogen durchgeführt und die bisher überwiegend getrennten Bereiche der Prävention, z.B. der Primär- und Sekundärprävention, miteinander verzahnt werden. Dabei müssen die Maßnahmen sowohl an den Verhältnissen, die an der Krankheitsverursachung mitbeteiligt sind (z.B. "gesunder" Arbeitsplatz, "gesunde" Schule), als auch am Verhalten des einzelnen (z.B. ungesunde Lebensweise durch Bewegungsmangel oder Übergewicht) ansetzen. Wesentliches Ziel einer wirksamen Prävention und Gesundheitsförderung ist die Stärkung der Eigenverantwortung, Motivation und Souveränität der Bürgerinnen und Bürger bezüglich ihrer Gesundheit.

Aufgrund der Ungleichheit von Gesundheitsschancen in der Gesellschaft müssen die Prävention und Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte besondere Berücksichtigung finden. Insbesondere dieses Feld – in dem bisher nur die gesetzlichen Krankenkassen einen expliziten Präventionsauftrag haben – ist aufgrund von Unschärfen bei der Definition von Zuständigkeiten, Aufgabenstellungen und Finanzierungsverpflichtungen von Unterversorgung gekennzeichnet.

Der Schutz, die Förderung, der Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit sind zugleich individuelle und gemeinschaftliche Aufgabe und fallen in die individuelle und gesellschaftliche Verantwortung. Für diese Gemeinschaftsaufgabe sind in Deutschland aufgrund der grundgesetzlich vorgegebenen föderalen Struktur verschiedene Akteure zuständig. Die Verantwortlichkeiten sind verteilt auf Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer, freie Träger und private Unternehmen, im Gesundheitswesen Tätige

und die Bürgerinnen und Bürger selbst. Zur nachhaltigen Stärkung und vor dem Hintergrund des gesamtgesellschaftlichen Charakters von Prävention und Gesundheitsförderung sind alle zuständigen Akteure der verschiedenen Ebenen – auch finanziell – einzubinden.

Zur Erzielung der erforderlichen Synergien müssen die Maßnahmen und Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung der Träger stärker zusammenwirken. Die Sicherstellung von Kooperation und Koordination der Maßnahmen der Akteure – sowohl über die verschiedenen Ebenen hinweg als auch zwischen den Akteuren auf den einzelnen Ebenen – ist eine weitere zentrale Aufgabe eines PrävG. Dies gilt insbesondere für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in Settings wie Kindergärten, Schulen oder Stadtteilen, an denen sich Sozialversicherungsträger, die Träger der im Setting tätigen Institutionen, die private Krankenversicherung sowie die Gebietskörperschaften finanziell zu beteiligen haben.

Gemäß ihres gesamtgesellschaftlichen Charakters ist eine umfängliche Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung durch alle zuständigen Träger und Institutionen (z.B. Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungsträger, Unternehmen usw.) notwendig. Dabei geht es sowohl um die Erschließung neuer Finanzierungsquellen als auch um eine angemessene Lastenverteilung insbesondere in Gemeinschaftsprojekten.

II. Spezieller Teil

Ein umfassendes PrävG, das nachhaltig zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung beiträgt und so einen präventionspolitischen Mehrwert schafft, muss als Rahmengesetz insbesondere folgendes sicherstellen:

die Festlegung einer Zielvorstellung, eines gemeinsamen Verständnisses und einheitlichen Sprachgebrauchs von Prävention und Gesundheitsförderung sowie von politikfeld- und trägerübergreifenden Grundsätzen;

die Benennung der wesentlichen Akteure und die Abstimmung und Harmonisierung deren Aufgaben in den verschiedenen Politik- und Handlungsfeldern von Prävention und Gesundheitsförderung;

die Verankerung von Ziel- und Zielgruppenorientierung der Maßnahmen;

die Koordinierung und Kooperation der verschiedenen Akteure;

die trägerübergreifende Qualitätssicherung und Evaluierung der Maßnahmen;

die Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen;

die Schaffung von Anreizsystemen für die Durchführung und Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen mit gesundheits- und sozialpolitisch sinnvollen Steuerungswirkungen;

die Berücksichtigung des Präventionsgedankens in politischen Planungs- und Investitionsprojekten sowie

vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten der Bundes- und Landesgesetzgebung

Rahmenempfehlungen für die einheitliche Ausgestaltung der Ländergesetze.

Dazu sind in dem PrävG insbesondere Regelungen zu folgenden Themengebieten zu treffen:

1. Zielvorstellung, Verständnis und einheitlicher Sprachgebrauch sowie politikfeld- und trägerübergreifende Grundsätze

Im allgemeinen Teil eines PrävG ist übergreifend die Zielvorstellung von Prävention und Gesundheitsförderung, nämlich der Schutz, die Förderung und der Erhalt von Gesundheit sowie die Stärkung der Eigenverantwortung und Souveränität der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit (Befähigung, Aktivierung und Partizipation der Betroffenen), zu verankern. Außerdem sind der gesamtgesellschaftliche Charakter und die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung hervorzuheben.

Ferner bedarf es der Verankerung eines umfassenden Verständnisses von Prävention. Ein umfassendes PrävG muss die verschiedenen Formen von Prävention und Gesundheitsförderung (Primärprävention, Sekundärprävention, Tertiärprävention, Gesundheitsförderung)¹⁷ definieren, sie in Bezie-

hung zueinander setzen und auch die unterschiedlichen Ansätze und Zugangswege aufgreifen (individueller/verhaltensbezogener sowie lebenswelt-/verhältnisbezogener Ansatz). Diese übergreifende systematische Klärung und Abgrenzung der verwendeten Begrifflichkeiten und Grundsätze in der Prävention und Gesundheitsförderung trägt zu einem einheitlichen Verständnis und einen einheitlichen Sprachgebrauch in allen relevanten Politikfeldern und auf den verschiedenen Handlungsebenen der Prävention bei.

Neben den Begrifflichkeiten sind auch die präventionspolitischen Grundsätze politikfeld- und trägerübergreifend zu definieren. Dabei ist der Vorrang der vorbeugenden Sicherung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit gegenüber nachträglicher Schadenskompensation als Grundsatz trägerübergreifend zu verankern.

Es ist zu gewährleisten, dass die im allgemeinen Teil des PrävG definierten Begrifflichkeiten und Grundsätze in die für die jeweiligen Träger gelgenden spezifischen Gesetze (z.B. Sozialgesetzbücher und andere Gesetze) übernommen werden.

2. Benennung der wesentlichen Akteure und deren Aufgaben in den verschiedenen Politik- und Handlungsfeldern

Auf der Grundlage der Zielvorstellungen, einem einheitlichen Verständnis und Sprachgebrauch sowie der politikfeld- und trägerübergreifenden

bindung einer Exposition gegenüber krankheitsverursachenden Faktoren (Primärprävention),

- frühzeitigen Erkennung und Behandlung von symptomlosen Vor- und Frühstadien von Erkrankungen (Sekundärprävention),
- Verhütung einer Krankheitsverschlimmerung sowie Stabilisierung der dem Kranken verbliebenen Kompetenzen im geistigen und körperlichen Bereich (Tertiärprävention oder Rehabilitation).

Von diesen krankheitsspezifischen Ansätzen unterscheidet sich die *Gesundheitsförderung* durch ihr *unspezifisches* Herangehen: Ihr Hauptziel ist die Stärkung der Widerstandskraft von Einzelnen und Gruppen gegenüber Krankheitsrisiken im Allgemeinen.

Im Idealfall ergänzen sich Prävention und Gesundheitsförderung wechselseitig, z.B. wenn in Schulen zu einem Rauchverbot und Unterrichtseinheiten zu den Schäden des Tabakkonsums (Primärprävention) ein psychologisch orientiertes Lebenskompetenztraining sowie Unterstützungsangebote hinzu kommen, um die Widerstandskraft von SchülerInnen gegenüber den Verheißen der Werbung und dem Druck von Gleichaltrigengruppen breitbandig zu erhöhen (Gesundheitsförderung).

¹⁷ Prävention als Sammelbezeichnung für ein ganzes Bündel von Strategien zur vorbeugenden Gesundheitsförderung umfasst Aktivitäten zur

- Reduzierung von Neuerkrankungsraten spezifischer Krankheiten mittels Verringerung / Unter-

Grundsätze müssen in dem PrävG für die jeweiligen Handlungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung die wesentlichen Akteure und deren Aufgaben benannt werden.

Dabei geht es sowohl um die Benennung von Aufgaben, die vornehmlich von einzelnen Trägern wahrgenommen werden und deren Kompetenzen zu erhalten sind, wie auch um Aufgaben, die gemeinschaftlich zu bearbeiten sind, wie insbesondere die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in Settings.

Dabei sind im PrävG als Rahmengesetz auf die für die jeweiligen Träger geltenden Einzelregelungen in spezifischen Gesetzen hinzuweisen und diese – wo notwendig – zu ergänzen bzw. anzupassen.

3. Ziel- und Zielgruppenorientierung

Wesentlich für mehr Effizienz und Effektivität in der Prävention ist die Ausrichtung der Aktivitäten der Akteure an nationalen Gesundheits- und Präventionszielen, die in einem gesamtgesellschaftlichen Prozess zu diskutieren und konsensual festzulegen sind. Die Letztverantwortung hierfür obliegt dem Staat, der diese Aufgabe bei Bedarf delegieren kann.

Das PrävG muss den Rahmen für die gesamtgesellschaftliche Bestimmung von vorrangig anzugehenden Gesundheits- und Präventionszielen definieren. Besondere Bedeutung in dem Prozess der Zielermittlung sowie der Benennung der zuständigen Akteure kommen hierbei "gesundheitsziele.de" und dem "Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung" zu. Für die Auswahl geeigneter Ziele und ein effektives Controlling der Zielerreichung ist die Gesundheitsberichterstattung weiterzuentwickeln.

Ferner ist im PrävG die Grundlage dafür zu schaffen, dass sich Maßnahmen der Prävention am Bedarf besonders belasteter oder gefährdeter Zielgruppen auszurichten haben. Diese können territorial (z.B. Kommunen), sozial (z.B. Menschen in vergleichbaren sozialen Lagen), nach Altersgruppen (z.B. Lebensphase "Alter"), nach Geschlecht, nach Risikoprofilen (z.B. Übergewicht) oder kontextbezogen ("Setting") abgegrenzt werden.

Aufgrund der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen und der bestehenden Unterver-

sorgung in diesem Bereich ist die bisher nur für die gesetzlichen Krankenkassen gesetzlich verankerte Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung für Zielgruppen mit sozialen Benachteiligungen politikfeld- und trägerübergreifend zu verankern.

4. Kooperation und Koordination

Aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Charakters von Prävention und Gesundheitsförderung sowie der föderalen Strukturen in Deutschland gibt es eine Vielzahl von Akteuren. Um Prävention wirksam zu stärken, ist bei gemeinschaftlich zu bearbeitenden Aufgaben eine koordinierte Vorgehensweise der Präventionsakteure sicherzustellen und die Aktivitäten der Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention besser miteinander zu verzähnen. Dies gilt sowohl über die föderalen Ebenen hinweg wie bezüglich der unterschiedlichen Experten auf den verschiedenen Ebenen.

Um die Kooperation und Koordination in der Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen, ist für die verschiedenen Handlungsfelder auf der Grundlage der Benennung der wesentlichen Akteure die Form der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf den verschiedenen Ebenen klar zu definieren bzw. sind die Akteure zur Zusammenarbeit zu verpflichten. Ein Beispiel hierfür sind die korrespondierenden Regelungen in den Sozialgesetzbüchern V (§ 20 Abs. 2) und VII (§ 14 Abs. 2) zur Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

a) Bundesebene

Im Rahmen des PrävG sind die auf Bundesebene Verantwortung tragenden Akteure mit der Erarbeitung von Empfehlungen für geeignete Vorgehensweisen zu beauftragen und sie zum Abschluss von Rahmenvereinbarungen zur Regelung ihrer Zusammenarbeit zu verpflichten. Dieses Verfahren hat sich zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bereits bewährt.

b) Landesebene

Auch auf der Landesebene sind Regelungen erforderlich, die die Kooperation und Koordination der

Aktivitäten der Akteure gewährleisten. Besondere Bedeutung hinsichtlich der Steuerung, Moderation und Motivation der Akteure kommt hierbei den zuständigen Landesministerien zu.

Für Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Regionen und Kommunen trägt der landesgesetzlich geregelte Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) eine besondere Verantwortung. Da eine erfolgreiche Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik die Einbeziehung des ÖGD erfordert, sollte der ÖGD zur Kooperation im Rahmen von präventiven und gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktivitäten in den Regionen und Kommunen verpflichtet werden.

Bei den Ländern liegt auch die Verantwortung für das Schulwesen. Es ist erforderlich, Gesundheit im Bildungsauftrag der allgemeinbildenden Schulen stärker zu verankern. Ferner sollten die Länder verpflichtet werden, in den Lehrplänen sowie der Lehreraus- und -fortbildung die diesbezüglichen Inhalte zu berücksichtigen sowie Ressourcen für eine insgesamt gesundheitsförderliche Schulentwicklung bereitzustellen.

c) regionale Ebene

Gremien wie Kommunale bzw. Landesgesundheitskonferenzen oder Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, in die die lokalen Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung integriert sind, bilden einen geeigneten Rahmen für die Initiierung, Koordinierung und auch Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Regionen und Kommunen. Die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten auf regionaler und kommunaler Ebene sollten mit den nationalen Gesundheits- und Präventionszielen sowie den zu ihrer Umsetzung beschlossenen Empfehlungen und Rahmenvereinbarungen kompatibel sein. Um dies sicherzustellen, ist die Mitfinanzierung der lokalen/ regionalen Aktivitäten durch die Bundesstiftung Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Punkt 6.) von der Berücksichtigung dieser Ziele sowie der Einhaltung der auf Bundesebene geschlossenen Empfehlungen und Rahmenvereinbarungen abhängig zu machen.

5. Qualitätssicherung und Evaluierung

Eine nachhaltige Stärkung der Prävention gelingt nur bei einer hohen Effizienz und Effektivität der Maßnahmen. Hierzu sind trägerübergreifende Verfahren zur Qualitätssicherung und Evaluierung zu etablieren.

Die zurzeit nur für die Krankenkassen geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung stellen eine geeignete Grundlage dar. Sie sind auf alle Präventivträger auszudehnen und inhaltlich zu erweitern. Kriterien für individuelle und Setting-bezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen sollten trägerübergreifend unter Beteiligung unabhängigen Sachverständes beim Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung definiert werden. Neben den bisher für die Krankenkassen geltenden Kriterien für die Struktur- und Prozessqualität der geförderten Maßnahmen (z.B. Inhalte, Methodik, Anbieterqualifikation) ist von Anbietern in Zukunft die Beteiligung an qualitätssichernden Maßnahmen und ein Nachweis der Ergebnisqualität im Rahmen wissenschaftlicher Evaluationen zu fordern.

Insbesondere für Maßnahmen, die aus öffentlich und/oder solidarisch aufgebrachten Mitteln finanziert werden, sind hohe Maßstäbe in der Qualitäts sicherung anzulegen.

6. Finanzierung

Um mit dem PrävG einen wirklichen "Mehrwert" für die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland zu schaffen, bedarf es dringend einer Ausweitung der finanziellen Ressourcen. Dafür ist es insbesondere erforderlich, neue Finanzierungsquellen auch außerhalb des Gesundheitswesens zu erschließen. Ein Teil des Aufkommens aus der Tabak und Alkoholsteuer sollte in die Bundesstiftung Prävention und Gesundheitsförderung (s.u.) eingebracht werden.

Ferner bedarf es einer klaren Zuschreibung von Finanzverantwortung bei den einzelnen Akteuren. Dies gilt zum einen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die in der Verantwortung einzelner Akteure anzusiedeln ist und wo die Kompetenz der Akteure zu erhalten ist (z.B. für Formen der individuellen Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung bei den gesetzlichen Krankenkassen). Zum anderen müssen klare Rege-

lungen zur Finanzierung von Leistungen der Setting-bezogenen Prävention, die in der Verantwortung mehrerer Akteure liegen (insbesondere für Maßnahmen in nicht-betrieblichen Settings, wie z.B. Kindergärten, Schulen, Stadtteilen usw.), geschaffen werden.

Zur Finanzierung von Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung, die von ihrer

Natur aus nur gemeinschaftlich zu lösen sind oder die ansonsten nicht oder unzureichend

bearbeitet werden, ist eine Bundesstiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu etablieren. Diese ist gemeinsam durch den Bund, Gebietskörperschaften, Sozialversicherungsträger, andere Akteure und auch Sponsoren zu speisen. Auch die private Krankenversicherung hat sich an der Finanzierung angemessen zu beteiligen, da die daraus finanzierten Aktivitäten ihren Versicherten gleichermaßen zugute kommen. Aufgaben der Stiftung liegen insbesondere in der Entwicklung und Durchführung von Informations- und Aufklärungskampagnen zur Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung sowie in der Mitfinanzierung von Projekten nach dem Setting-Ansatz insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen auf allen Ebenen, soweit diese den gemeinsam festgelegten Zielen und Qualitätsstandards entsprechen. Eine weitere Aufgabe der Stiftung ist die Akquisition von Mitteln für die Prävention und Gesundheitsförderung.

Das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung als repräsentativ zusammengesetztes Gremium ist die geeignete Stelle, die Zielsetzung und Aufgaben der Bundesstiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu bestimmen und die Arbeit der Stiftung zu kontrollieren. Es ist sicherzustellen, dass im Forum eine Stimmengewichtung im Verhältnis zu den von den jeweiligen Organisationen eingebrachten finanziellen Ressourcen statutarisch verankert wird.

7. Anreizsysteme

Der Schutz, die Förderung, die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sind zugleich eine gesellschaftliche wie individuelle Aufgabe. Um die Motivation zur Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu steigern,

sind bei den verschiedenen Trägern wirksame Motivationsanreize einzuführen, z.B. für Arbeitgeber.

Anreize für eine präventive Orientierung der medizinischen Versorgung können durch eine ziel- und ergebnisbezogene Pauschalierung der Vergütung der Leistungserbringer gesetzt werden.

Neben Anreizen zur Durchführung von Maßnahmen sind auch Anreize zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung durch den einzelnen zu schaffen.

Anreizsysteme müssen gesundheits- und sozialpolitisch positive Steuerungswirkungen bewirken. Insbesondere ist sicherzustellen, dass

die Anreize zur Erreichung der intendierten Verhaltensweisen sowie gesundheitlicher und wirtschaftlicher Ergebnisse wirksam sind,
Mitnahmeeffekte und ineffektive Mehrkosten somit ausgeschlossen sind,
die Ergebnisse der Maßnahmen abprüfbar sind, ohne die Bürgerinnen und Bürger in ihrer privaten Lebensführung Kontrollen zu unterwerfen.

8. Berücksichtigung des Präventionsgedankens in politischen Planungs- und Investitionsprojekten

Angesichts der Gesundheitsrelevanz von staatlichen und privaten Großprojekten (z.B. Städtebau und -sanierung, Verkehrsinfrastruktur, Energieversorgung, Abfallentsorgung, Fernmeldewesen etc.) sind Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (analog den bereits etablierten Umweltverträglichkeitsprüfungen) verpflichtend als Bestandteil der Planungsprozesse zu verankern. Durch Gesundheits- und Sozialverträglichkeitsprüfungen sollen keine Investitionshemmnisse geschaffen, sondern eine Synthese von wirtschaftlichen Parametern mit Belangen der Gesundheit und Lebensqualität erreicht werden.

9. Zuständigkeiten der Bundes- und Landesgesetzgebung

Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben, die in die Zuständigkeit einer Vielzahl von Akteuren fallen. Eine wirksame Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung erfordert insofern übergreifende Regelungen auf verschiedenen Ebenen, z.B. hin-

sichtlich der Anpassung der Begrifflichkeiten in verschiedenen Gesetzen oder der Verpflichtung von Akteuren, die der Landesgesetzgebung unterliegen. Die Kompetenzen des Bundesgesetzgebers sind grundgesetzlich beschränkt. Um dem Ansatz einer umfassenden Stärkung der Prävention trägerüber-

greifend gerecht zu werden, sind daher Rahmenvorgaben bzw. -empfehlungen für die einheitliche Ausgestaltung der Ländergesetze (z.B. über den ÖGD, das Schulwesen usw.) als Bestandteil des PrävG vorzusehen.

Unter der Rubrik „Aus Vereinen und Verbänden“ ist ein auch für die Politik interessanter Beitrag der DGVT zu finden. Thema ist „SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz. Stellungnahme der DGVT zu den vorliegenden Gesetzesänderungsinitiativen“.



TAGUNGSBERICHTE

Bericht über die 18. Weltkonferenz der Internationalen Union für Gesundheitsförderung und -erziehung (IUHPE) in Melbourne/Australien vom 26. – 30. April 2004

Prof. Dr. Eberhard Göpel (7. 5. 2004)



Alle drei Jahre veranstaltet die IUHPE als globale Fachgesellschaft für die Gesundheitsförderung einen Weltkongress, der in diesem Jahr in Australien zum Thema „Valuing diversity, reshaping power: exploring pathways for health and well-being“ in Melbourne, Victoria mit mehr als 3.000 TeilnehmerInnen stattfand.

Im Staat Victoria im Süden Australiens wurde bereits 1987 auf der Grundlage der Ottawa-Charta der WHO durch Parlaments-Beschluss die öffentliche Zigaretten-Werbung untersagt und das Geld der Tabaksteuer für den Aufbau eines Gesundheitsförderungs-Fonds „Vic Health“ verwendet.

Mit diesem Geld konnten nun auch Sport- und Kunstveranstaltungen unterstützt werden, die bisher von einem Sponsoring durch Tabak- und Alkoholfirmen abhängig waren.

Die Arbeit der „Vic Health Foundation“ ist weltweit Vorbild für ähnliche Stiftungsgründungen zur Gesundheitsförderung geworden, die inzwischen in einem eigenen International Network of Health Promotion Foundations kooperieren. (www.vichealth.vic.gov.au)

„Vic Health“ hatte zusammen mit der Australian Association for Health Promotion die Ausrichtung dieser vorzüglich organisierten Weltkonferenz übernommen.

Mehr als 2.500 Vortragesanmeldungen waren in einem internetbasierten Review-Verfahren von

einigen Hundert Review-Personen beurteilt worden. 1.200 wurden als Poster-Präsentation und etwa 150 in der Form von Vorträgen ausgewählt und nach thematischen Schwerpunkten zugeordnet.

Herausgehobene Themen waren:

Gesundheitsförderung in Transformationsgesellschaften

Gesundheitsförderung in multikulturellen Settings

Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden

Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Gesundheitsförderung in und mit Schulen

Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung

Deutlich wurde, dass die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesundheitsförderung vor allem in angelsächsisch geprägten Ländern wesentlich weiter vorangeschritten ist als in Deutschland. In Kanada und Australien hat sich vor allem auf der Ebene der Regionen und der Städte und Gemeinden eine vielfältig differenzierte Praxis der Gesundheitsförderung etabliert, die von einem Netz von regional engagierten Hochschulen in Ausbildung, Forschung und Entwicklung aktiv unterstützt wird.

Viele asiatische Länder orientieren sich an dieser Entwicklung und die beiden nächsten Weltkonferenzen der IUHPE wurden entsprechend für 2007 nach Vancouver und für 2010 nach Hongkong vergeben.

In Europa sind Schweden und England tonangebend. Insbesondere die neue schwedische Politik der Gesundheitsförderung, die im Jahr 2002 vom Parlament verabschiedet wurde und in 10 Punkten grundlegende Ansatzpunkte für eine intersektorale Gesundheitspolitik formuliert, fand viel Aufmerk-

samkeit. Sie wird auch im Mittelpunkt der nächsten europäischen IUHPE-Konferenz zum Thema „Best Practice for Better Health“ stehen, die vom 1. – 4. Juni 2005 in Stockholm stattfindet.

(www.bestpractice2005.se)

Eine koordinierende Funktion hat das Schwedische Institut für Volksgesundheit (www.fhi.se) übernommen.

In England hat die nationale Health Development Agency (<http://www.hda.nhs.uk/>) zunehmend eine unterstützende Servicefunktion für den dezentralen Aufbau regionaler und kommunaler Strukturen der Gesundheitsförderung übernommen und eine Reihe qualitativ guter Internet-Informationsdienste eingerichtet. Besonders herausragend ist das Literatur-Informationsdienst (<http://healthpromis.hda-online.org.uk/>).

Bemerkenswert interessante Webseiten für die Unterstützung einer professionellen Praxis der Gesundheitsförderung sind auch von der Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung entwickelt worden. (<http://www.quint-essenz.ch/>) In Kanada bietet die Webseite von Health Canada (www.canadian-health-network.ca) einen guten Einstieg.

Seitens der IUHPE wird eine eigene Datenbank unter der Bezeichnung „HP-Source“ aufgebaut. (www.hp-source.net), die wesentliche Informationen zur Gesundheitsförderung in verschiedenen Ländern zugänglich machen soll.

Leider war bei der Weltkonferenz aus Deutschland nur der Bereich „Workplace Health Promotion“ durch den BKK-Bundesverband und die BAUA gut vertreten. Weder BZgA noch BfGe waren als institutionelle IUHPE-Mitglieder präsent.

Mit der Vertreterin des Fonds Gesundes Österreich, Petra Plunger und Ursel Brösskamp-Stone von der Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung habe ich in Melbourne verabredet, die Bemühungen um eine Kooperation im deutschsprachigen Bereich unter Einbeziehung der BZgA und der BfGe zu verstärken.

Als neugewähltes Mitglied des europäischen Regional-Komitee der IUHPE werde ich mich vor allem für den Bereich der Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) und für Mitglieder-

Werbung in Deutschland engagieren. Ziel ist, die Zahl der KollegInnen deutlich zu erhöhen, die den fachlichen Austausch und die persönlichen Kontakte der IUHPE als internationaler Fachgesellschaft als unterstützende Ressource für die eigene berufliche Praxis nutzt.

Für die fachliche Entwicklung einer gesundheitsfördernden Politik und Praxis in Deutschland hat die bereits 1951 gegründete IUHPE eine zentrale Orientierungsfunktion im globalen Kontext, die hier noch zu wenig bekannt ist.

Die Weltkonferenz in Melbourne war eine informations- und sinnenreiche Ermutigung auf dem Weg zu einer globalen Verständigung über eine menschenwürdige und menschenfreundliche Politik der Gesundheitsförderung.

Die Organisatoren hatten sich große Mühe gegeben, für die weite Anreise zu entschädigen und die internationalen TeilnehmerInnen auf vielen Kommunikations-Ebenen anzusprechen: Jonglierbälle in der Tagungsmappe, Eröffnungs-Veranstaltung mit künstlerischen Variationen der Themen, abwechslungsreiche Veranstaltungsformen, Live-Musik in den Pausen, Bewegungsangebote zum Mitmachen, Informationsstände mit Kontaktbörsen, Ausflüge in die Stadt und die Region, Abschluss-Fest im Vergnügungspark am Strand – ein Kongress voll Vitalität und Lebensfreude, der viele Anregungen, Ideen und Kontakte für die Arbeit in Deutschland vermittelte.

Programm und Abstracts sind unter www.health2004.com.au einsehbar.

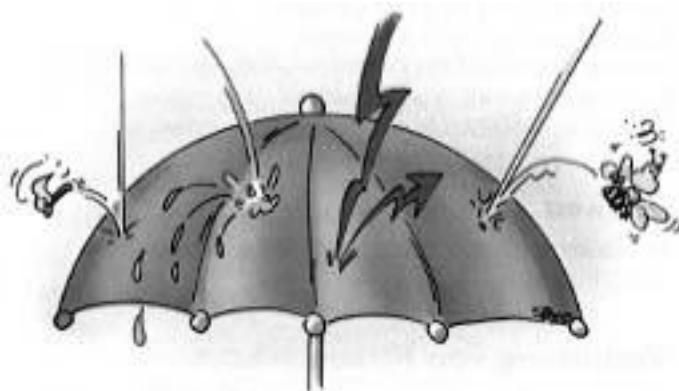
Ein Glück, dass es die IUHPE (www.iuhpe.org) als Fachorganisation gibt, die auch unabhängig von der WHO die Gesundheitsförderung in Europa und in anderen Regionen der Welt wirksam unterstützt.

Kontakt: Prof. Dr. Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel.: 0391 – 886 4713, email: eberhard.goepel@sgw.hs-magdeburg.de

Kongress für klinische Psychologie und Psychotherapie

Themenblock: Prävention und Gesundheitsförderung
bei Kindern und Jugendlichen

05. – 09.03.2004, Berlin



Ein großer Teil der Referate zu diesem Themenblock ist als Präsentation zu finden unter Tagungs-

berichten beim German Network for Mental Health (vgl. <http://www.gnmh.de/home.html>).



TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN

Ankündigungen von "Psychologie.de" - <http://www.psychologie.de/kalender/list.php3>

08.08.2004 (09:00 Uhr). XXVIII International Congress of Psychology; **Beijing, China.**

22.08.2004 (09:00 Uhr). 16th World Congress of the International Association for Child and Psychiatry and allied Professions (IACAPAP); **Berlin.**

15. – 17.09.2004. Weltkongress für Prävention in Auckland. Weiter Info unter: <http://www.charity.demon.co.uk/conference.htm>.

16.09.2004 (12:30 Uhr). 3. Leipziger Workshoptage: Systemisches Arbeiten für die Gesundheit.; **FAM.THERA.INSTITUT e.V.**

24.09.2004. KIT-Tage 04: Katastrophenmanagement - Systeme, Kooperationen, Strategien; Universität Innsbruck, alpS - Zentrum für Naturgefahren Management, Rotes Kreuz.

26. - 30.09.2004 (09:00 Uhr). 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie; **Göttingen.** Kongressorganisation: Prof. Dr. Thomas Rammsayer.

30.09.2004 (09:00 Uhr). 2nd Congress of the European Society on Family Relations (ESFR); **University of Fribourg and European Society on Family Relations (ESFR).**

05.10.2004 (13:30 Uhr). 23. Jahrestagung Klinische Psychologie in der Rehabilitation; **AK Klin. Psychologie in der Rehabilitation & Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR.**

21.10.2004 (15:00 Uhr). Kongress Essstörungen 2004, 12. Internationale Wissenschaftliche Tagung; **Netzwerk Essstörungen.**

5. Europäische Konferenz für Gemeindepsychologie

16. bis 19. September 2004, Freie Universität Berlin

„Soziale Verantwortung im Zeitalter der Globalisierung – Lernende Gemeinschaften, Empowerment und Lebensqualität“

Ein kurzer Überblick über das Programm von Jarg Bergold und Karin Jeschke

(1.) Die 5. Europäische Konferenz für Gemeindepsychologie findet an der Freien Universität, Berlin vom 16. bis 19. September statt. Veranstalter sind

die „Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis (GGFP),

das „European Network of Community Psychology (ENCP) und

als Mitveranstalter die „Neue Gesellschaft für Psychologie (NGP).“

Entsprechend der Thematik und des konzeptuellen Rahmens sind die Veranstaltungsformen in den Symposien unterschiedlich - von Vorträgen über Podiumsdiskussionen bis hin zu Poster-Sitzungen. Zwei Symposien veranstalten gemeinsam eine Exkursion zum Thema Quartiersmanagement in

Berlin- Neukölln. Sie werden dort mit Praktikern und wichtigen Personen aus der regionalen Politik und Verwaltung diskutieren.



(2.) Ziel der Konferenz ist eine Bestandsaufnahme europäischer und außereuropäischer Ansätze zur Gemeindepsychologie. Vor allem soll in gemeinsamen Diskussionen der Frage nachgegangen wer-

den, welche Antworten sich daraus für die Probleme ergeben, mit denen wir im Zusammenhang mit der Globalisierung konfrontiert sind, und was „soziale Verantwortung“ in dieser Situation bedeuten kann.

Mit der Wahl des Kongresstitels wollen die Veranstalterinnen und Veranstalter deutlich machen, dass sich im Kontext globaler ökonomischer und sozialer Umbrüche die Frage nach der Übernahme oder dem Erhalt von sozialer Verantwortung national und global dringlich stellt:

Was kann die Gemeindepsychologie und was können angrenzende Wissenschaften dazu beitragen, dass das Soziale im Verhältnis zur Ökonomie bestimmbar bleibt und sich nachhaltig in gesundheits- und sozialpolitischen Leitlinien ausdrückt?

Bevor Zielsetzungen und Lösungen formuliert werden, soll auf dem Kongress im Sinne einer Bestandsaufnahme danach gefragt werden, welche Veränderungen im Bereich soziale Verantwortung sich im Kontext der Globalisierung auf den unterschiedlichen gemein-depsychologischen Analyseebenen (Individuals, Microsystems, Organizations, Localities, Macrosystems) abbilden lassen und welche Fragen sich daraus für die Forschungs-, die psychosoziale Praxis sowie Gesundheits- und Sozialpolitik ergeben.

Die Frage nach dem Sozialen soll das gemeinsame Dach aller Symposien bilden und die täglichen Plena (European Café) vorstrukturieren. Wir sind außerdem der Meinung, dass eine Wertediskussion dringend notwendig ist. In den letzten Jahren ist zunehmend unklar geworden, wie der Begriff soziale Verantwortung gefüllt werden und zukunftsfähig bleiben kann. Eine Diskussion darüber bietet sich - über ein Symposium zu diesem Thema hinaus - als weiterer zentraler Bestandteil der Plenumsarbeit an.

(3.) Der Kongressrahmen soll viel Gelegenheit zum Ideenaustausch und zur Diskussion bieten. Daher treffen sich alle Teilnehmer am Ende jedes Tages zu einer Plenarveranstaltung. Unter Anwendung der Methode des „World Café“, einer Großgruppen- und Tagungsmethode, soll im „European Café“ täglich ein Gedankenaustausch stattfinden.

Im Rahmen einer entspannten „Straßencafé-Aktionsphäre“ gibt es Gelegenheit, zentrale Themen des Tages noch einmal aufzugreifen und die Fragen, Erfahrungen und Erkenntnisse der verschiedenen Symposien auszutauschen, gemeinsam zu vertiefen und zu bündeln, aber auch informelle Netzwerke knüpfen. Dieser Aspekt, der bei „konventionellen“ Konferenzen auf die Pausen beschränkt ist, soll beim ENCP Kongress eine zentrale Position einnehmen. Mehr zum Thema World Café ist unter <http://www.theworldcafe.com> nachzulesen.

(4.) Keynotes/ Midday Lectures

Zusätzlich zu den Symposien wird es noch eine Reihe von Vorträgen geben, an denen entweder alle Teilnehmer anwesend sein können (so genannte Keynotes) oder zwischen denen man sich während der längeren Mittagspause entscheiden kann. Hier werden Themen vorgestellt, die von allgemeinem Interesse sind. Es ist geplant, dass ein kompetenter Redner über die Konsequenzen der Globalisierung sprechen wird. Leider können wir hier noch keinen Namen nennen, da wir aus verschiedenen Gründen bisher einige Absagen erhalten haben.

Paul Duckett aus England wird über ein brennendes Thema unserer Zeit sprechen, nämlich über "Globalised violence, Community Psychology and the bombing and occupation of Afghanistan and Iraq". Dies wird ergänzt durch Gerd Sommer und seine Kollegen, die eine Studie über das Wissen um und die Haltung gegen über den Menschenrechten in Deutschland vorstellen werden. Damit wird der große politische Zusammenhang angesprochen, in dem Globalisierung steht und der aus einer gemeindepsychologischen Perspektive reflektiert werden sollte. Zwei lateinamerikanische Vorträge werden uns die Perspektive von Entwicklungsländern auf die Globalisierung näher bringen. Saul Fuks aus Argentinien wird über "The challenge of the globalisation in South America: Tension between global and local dynamics" sprechen und einige Konsequenzen der Globalisierung in seinem Land aufzeigen und Bernardo Jimenez Dominguez wird auf Entwicklungen in der Gemeindepsychologie in Mexiko eingehen und über "Latin American Community Social Psychology as part of critical social psychology and the participatory turn" sprechen. Damit sind wir dann bei gemeindepsychologischen

Themen im engeren Sinne. Stefanie Riger aus den USA wird sich hier mit dem Thema "The meaning of diversity in Community Psychology" auseinander setzen, Donata Francescato aus Rom mit "Civic and political participation and empowerment" und Hartmut Häußermann aus Berlin mit "Theoretical conceptions of neighbourhood interventions".

(5.) Symposien

Der gemeinsame Austausch findet in Symposien mit über 130 Einzelbeiträgen aus etwa 22 Ländern statt, die von „Facilitators“ koordiniert werden:

Themen und Organisatoren der Symposien:

Beratung, Kontext und Netzwerke: Frank Engel (Bielefeld), Frank Nestmann (Dresden). Ingeborg Schürmann (Berlin)

Community Services in Europa: Christel Achberger (Kiel), Erik Iversen und Arvid Skutle (Norwegen)

Community Werte, ziviles Engagement, Sense of Community: Alipio Sanchez (Spanien), Monika Bobzien (München)

Corporate Citizenship und die Gemeinde: Lernende Gemeinschaften zwischen Unternehmen und sozialen Einrichtungen/Initiativen: Wolfgang Stark (Essen), Oliver Bluszcz (Duisburg-Essen)

Diversity und Gemeindepsychologie: Stefanie Riger (USA), Karin Jeschke (Berlin)

Empowerment und Partizipation: Donata Francescato (Italien)

Gemeindepsychologische Ansätze mit Kindern und Jugendlichen: Serdar Degirmencioglu (Türkei)

Gewalt in der Stadt: Thomas Leithäuser (Bremen), David Fryer (Schottland)

Lernende Gemeinschaften und nachhaltige sozio-ökonomische Stadtteilentwicklung: Caterina Arcidiacono (Italien), Heiner Legewie (Berlin),

Partizipation (von PatientInnen/KlientInnen/NutzerInnen) im Umgang mit psychosozialen und gesundheitlichen Problemen: Manfred Zaumseil (Berlin), Mike Seckinger (München)

Soziale Repräsentationen von Gemeinden in verschiedenen Kontexten: Uwe Flick (Berlin)

Kurzer Abriss der thematischen Schwerpunkte der einzelnen Symposien:

Beratung, Kontext und Vernetzung. Das Symposium befasst sich mit Prozessen von Zusammenarbeit und Netzwerkinterventionen, die sich auf Gruppen, Familien, soziale und institutionelle Systeme beziehen. Wie können sie aussehen, welche Auswirkungen haben sie, welche Probleme sind mit Vernetzung verbunden und welche Rolle kann dabei Beratung spielen? All diese Fragen sollen in den Panels „Familien, Gruppen und Vernetzung“, „Peer Support“ und „Vernetzung und Organisation“ aufgegriffen werden. Die Rednerinnen und Redner haben sehr unterschiedliche kulturelle Hintergründe und verschiedene theoretische Orientierungen. Es werden daher Papiere präsentiert, um Diskussion und Entwicklung neuer Ideen zu fördern.

Im Mittelpunkt des Symposiums "Community Services in Europe" steht die Frage, wie Einrichtungen im psychosozialen Bereich strukturiert und organisiert sein müssen, damit sie einerseits wirklich hilfreich sind und andererseits eine selbständige Entwicklung ihrer Nutzer zulassen. Moderiert wird es durch Christel AchleitnerAchberger, die viel Erfahrung mit psychosozialen Einrichtungen in Schleswig-Holstein gesammelt hat, und Arvid Skutle und Erik Iversen aus Norwegen, die Erfahrungen mit Institutionen aus einem Land mitbringen, das teilweise dünn besiedelt und daher besonders auf Institutionen angewiesen ist, in denen die Nutzer aktiv an der Gestaltung teilnehmen können. Das Symposium bietet auch die Chance, sich über die unterschiedliche Konstruktion von Einrichtungen in Europa zu informieren und über die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu diskutieren. Dies scheint besonders im Hinblick auf eine zukünftige europäische Sozialpolitik notwendig.

„Community“ Werte, ziviles Engagement und „Sense of Community“. Werte sagen viel aus über ein Fach. Die Tatsache, dass Werte bisher in der Gemeindepsychologie weitestgehend übersehen wurden, ist aufschlussreich. Das Symposium befasst sich mit Werten in der Gemeindepsychologie allgemein und mit zwei Kernwerten im Besonderen (Gemeinde und Empowerment). Wertewandel, der durch die postmoderne „Globalisierung“ (zuneh-

mender Individualismus, soziale Desintegration und selbstbezogener Utilitarismus) vorangetrieben werden, stellt der Gemeindepsychologie folgende Frage: Sollten wir uns und damit unsere Werte und Sichtweisen an den sozialen Wandel anpassen oder versuchen, die Gemeinden und ihre sozialen Umwelten zu verändern? Diese Fragen sollen im Symposium ausgehend von den Kernwerten der Gemeindepsychologie (Gemeinde, menschliche Entwicklung, soziale Gerechtigkeit, Empowerment und Diversity) behandelt werden.

,Corporate Citizenship' und die Gemeinde-Engagement von Unternehmen und Vertreterinnen und der Gemeinde für sozialen Wandel und Nachhaltigkeit. „Corporate Citizenship kann als Beitrag zur Gesellschaft definiert werden, den ein Unternehmen durch seine zentralen Geschäftsaktivitäten und sein gesellschaftspolitisches Engagement leistet. Im letzten Jahrzehnt haben immer mehr Unternehmen den Bedarf nach und die wirtschaftlichen Vorteile von Leitbildern und Praktiken in Richtung „corporate social responsibility“ erkannt. Die Einsicht, dass Wirtschaftsorganisationen soziale, kulturelle und umweltbezogene Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft haben, bietet neue Möglichkeiten für unternehmerische Entscheidungen, die verbunden sind mit ethischen Werten und Respekt für Menschen, Gemeinden und die Umwelt. Für Vertreter der Gemeinden bedeutet das gleichzeitig, diese Bemühung zu unterstützen und zu nutzen, um die Entwicklung von Gemeinden durch Zusammenarbeit mit Firmen zu fördern. In dieser Hinsicht ist der Diskurs über „Corporate Citizenship“ ein wichtiges zukunftsträchtiges Gebiet von gemeindepsychologischer Forschung und Praxis, die es als ihr Ziel begreift, eine aktive Zivilgesellschaft zu fördern.

Im Symposium werden anhand exemplarischer Projekte Chancen, Probleme und Gefahren dieser neuen Kooperationsform herausgearbeitet. Es werden neue Rollen, die für Unternehmen und Non-Profitorganisationen gefragt sind und Maßstäbe für effektive und nachhaltige Formen der Zusammenarbeit diskutiert.

Diversity und Gemeindepsychologie. Das Ernstnehmen von Vielfalt/ Unterschiedlichkeit (Diversity) von Menschen in Bezug auf Kultur,

aber auch auf andere Faktoren wie Ethnizität/ Rasse, Geschlecht, soziale Klasse, Alter, Behinderung, sexuelle Orientierung, Religion usw. unterscheiden, ist ein zentraler Grundsatz der Gemeindepsychologie. Wenn auch viele Autoreninnen und Autoren Diversity in ihrer Forschung berücksichtigen mögen, bedeutet das in konkreten Studien oft nur, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit „unterschiedlichen Charakteristika“ mit einbezogen werden. Wie können spezifische Aspekte von Kultur, die relevant für gemeindepsychologische Forschung und Intervention sind, jenseits einer Beschränkung auf demographische Parameter unserer Stichproben untersucht werden? Und wie ist es möglich, Kultur selbst wiederum als dynamisches Phänomen zu sehen, welches einen Einfluss ausübt und seinerseits von dominanten und anderen Kulturen beeinflusst wird.

Im Symposium werden konzeptuelle, methodologische und ethische Aspekte wissenschaftlichen Arbeitens mit „diverse populations“ diskutiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind eingeladen, ihre Erfahrungen mit dem Einbezug von Diversity in ihre Forschung vorzutragen und Herausforderungen und Perspektiven eines solchen „inclusive research“ zu diskutieren.

Im Symposium *Empowerment und Partizipation*, das von Donata Francescato aus Italien moderiert wird, werden Arbeiten im Vordergrund stehen, die sich mit den beiden zentralen Konzepten der Gemeindepsychologie auseinandersetzen. Das Spektrum ist sehr breit und reicht von der Familie bis zur politischen Ebene, von individuellen Interventionen bis zu Interventionen in der Gemeinde, von Studien in Europa bis zu solchen in Mexiko. Auch die Frage von Partizipation und Empowerment im Internet wird angeschnitten werden. Besonderer Wert soll in diesem Symposium auf die Gelegenheit zu intensiver Diskussion gelegt werden.

Gemeindepsychologische Ansätze mit Kindern und Jugendlichen werden in dem Symposium diskutiert, das von Serdar Degirmencioglu aus der Türkei moderiert wird. Themen sind hier u. a. Möglichkeiten und Probleme von sozialer Unterstützung, Chancen der "Peer Education", Wahrnehmung von Risiken und Risikobereitschaft bei

Jugendlichen in Norwegen oder Bedeutung von lokalen Gemeinschaften für Kinder und Jugendliche.

Das Symposium "*Gewalt in der Stadt*" moderiert von Thomas Leithäuser und David Fryer widmet sich einem Thema von internationaler aber inzwischen auch deutscher Bedeutung. Es werden Arbeiten vorgestellt, in denen einerseits die Herkunft von Gewalt analysiert wird und andererseits Möglichkeiten gesucht werden, die Gewalt in unseren Städten zu vermindern. Wir hoffen, dass Thomas Leithäuser im Rahmen dieses Symposium auch seinen Film über die Arbeit mit Schülern und gewalttätigen Jugendlichen in Bremen vorführen wird, der vom Fernsehen gesendet wurde.

Lernende Gemeinschaften und nachhaltige sozio-ökonomische Stadtteilentwicklung. In europäischen Städten haben neoliberalen und aus Globalisierung resultierende Strategien in letzter Zeit zum Boomen von neuen Stadtgebieten mit hohen Profitraten auf der einen Seite geführt und auf der anderen Seite zu Nachbarschaften und Stadtvierteln, die sich in einer Abwärtspirale wiederfinden, die von schlechten Lebensbedingungen, hohem Anteil an Niedrigverdienenden und Migrantinnen und Migranten, verlassenen Wohngebäuden, Gewalt, Kriminalität und Drogenhandel begleitet wird. Um derartigen Degradierungsprozessen von neuen Stadtvierteln vorzubeugen, bzw. bereits Lufende zu stoppen, wurden verschiedene städtische sozioökonomische Entwicklungsprogramme auf nationaler sowie auf europäischer Ebene veranlasst. Im Gegensatz zu traditionellen Investmentprogrammen werden neben ökonomischer Entwicklung die Potentiale von Partizipation und Empowerment der Bevölkerung betont.

Das Symposium befasst sich mit gemeindepsychologischen Ansätzen nachhaltiger sozioökonomischer Nachbarschafts- und Stadtteilentwicklung. Präsentationen erfolgen zunächst in Posterform, werden dann in einzelnen Vorträgen vertieft und mit dem Publikum diskutiert.

Partizipation (von PatientInnen/ KlientInnen/ NutzerInnen) in Umgang mit psychosozialen

und gesundheitlichen Problemen. Es ist heutzutage politisch korrekt von PatientInnen/ KlientInnen/ NutzerInnen zu sprechen, die Verantwortung und eine aktive Rolle übernehmen. Dies ist sogar im Rechtssystem verankert, wie z.B. in der neuen Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung in Deutschland. Politiker, Vertreter verschiedenster Einrichtungen, Vorstände und professionelle Organisationen verbreiten die schöne Nachricht über den neuen, aktiven, gut informierten, autonomen Patienten oder Nutzer von psychosozialen oder gesundheitsbezogenen Angeboten. Die Realität mag anders aussehen: Solche Patientinnen und Patienten sind selten, Einrichtungen und professionelle Helferinnen und Helfern setzen selten partizipatorische Beziehungen mit ihren Klientinnen und Klienten um.

Andere Probleme, die aus der neuen partizipatorischen Orientierung resultieren, sind mit der Kürzung auf dem Mikro-Level, also der Klient/ Patient- Arzt Beziehung selbst verbunden. So werden die Probleme des Systems oft nicht bemerkt: Es gibt keine Partizipation ohne wirkliches Teilen von Verantwortung auf der Mesoebene (Institutionen/ Organisationen) und der Makroebene (das Erstellen von Regeln, das Etablieren von Richtlinien und das Setzen von Prioritäten auf der Ebene des Systems). Daher wird im Symposium der Fokus auf dem Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen liegen, um zu diskutieren, wie man eine gute Balance zwischen Autonomie und Fürsorge im Patient- Professioneller- Verhältnis etablieren kann und wie der Einfluss der Nutzerinnen und Nutzer in Institutionen und auf der Systemebene gestärkt werden kann. Zunächst werden Erfahrungen mit der Verbesserung der Beziehung zwischen Klient/ Patient und Professionellen aus Deutschland und den USA referiert, ergänzt durch Erfahrungsberichte von Nutzerinnen und Nutzern, die über ihr Know-How in Partizipation berichten. Von der Seite der Professionellen werden über Chancen und Grenzen der Integration und Partizipation auf Meso- und Makroebene berichtet.

Im Symposium Soziale Repräsentation von Gemeinden in verschiedenen Kontexten wird

das Konzept der Gemeinde aus verschiedenen Blickwinkeln in empirischen und theoretischen Studien aus dem europäischen, lateinamerikanischen, Ozeanisch-Asiatischen und anderen Kontexten thematisiert. Das Konzept von „verschiedenen Kontexten“ bezieht sich aber nicht nur auf kulturelle oder nationale Kontexte, aus denen die Autorinnen und Autoren und Beispielstudien kommen, sondern auch auf verschiedene theoretische Hintergründe und Sichtweisen, wie man ein Thema wie „Gemeinde“ beforschen kann. Die disziplinären Hintergründe der Beitragenden zum Symposium sind Gemeindepsychologie, Gesundheits- und Sozialpsychologie. Es wird angestrebt, eine integrative Perspektive auf das Thema Gemeinde und seine sozialen Repräsentationen in verschiedenartigen Kontexten zu entwickeln. Themen, die in diesem Symposium behandelt werden, sind unter anderen Repräsentationen der Weltgemeinschaft, Repräsentationen von Gemeinde in der Gesundheitsförderung, Soziale Repräsentationen und Partizipation in der Gemeinde, Veränderung von sozialen Repräsentationen über die Förderung von Sicherheit in Gegenden, wo Gewalt verbreitet ist, soziale Repräsentationen und Widerstand, multiethnisches Miteinander in Wohnvierteln und soziale Repräsentation von Stadt.

Um mit der Praxis in die Diskussion zu kommen, werden Heiner Legewie und Ingeborg Schürmann eine *Exkursion in den Berliner Stadtteil Neukölln* zu zwei verschiedenen Projekten des Quartiersmanagement anbieten. Dort soll mit Mitarbeitern und Anwohnern diskutiert werden. Der Bürgermeister von Neukölln, Herr Heinz Buschkowsky, wird dann am nächsten Tag in dem Symposium „Lernende Gemeinschaften und nachhaltige sozio-ökonomische Stadtteilentwicklung für weitere Diskussionen zur Verfügung stehen.“

Außer den Symposien werden noch zwei Podiumsdiskussionen stattfinden, in denen zusammen mit den Teilnehmern über die Zukunft der Gemeindepsychologie diskutiert werden soll.

Bei der Podiumsdiskussion „*International Community Psychology: Differing World Views or Common Global Values?*“ werden Adrian Fisher (Australien/Neuseeland), Saul Fuks (Lateinameri-

ka), Sandy Lasarus (Afrika), Jim Orford (Europa), Toshi Sasao (Asien), Paul Toro (Nordamerika) und Stephanie Reich und Manuel Riemer (Herausgeber eines geplanten Buches mit dem Titel „History and Theories of Community Psychology: An international perspective“). über die Entwicklung der Gemeindepsychologie auf den verschiedenen Kontinenten, ihre Zukunftsperspektiven und die Möglichkeiten und Probleme einer internationalen Zusammenarbeit diskutieren.

Die zweite Podiumsdiskussion mit dem Titel „*Development of an International Interdisciplinary Research Network on Power & Community*“ von Douglas D. Perkins (Vanderbilt University) und verschiedenen Kollegen stellt ein Netzwerk vor, das sich im letzten Jahr gebildet hat und das Fragen der Macht und Gewalt, der Unterdrückung aber auch der Befreiung, des Empowerment und des Wohlbefindens auf unterschiedlichen Ebenen untersuchen will. Das Forschungskonzept soll vorgestellt werden und Interessierte sollten zur Teilnahme angeregt werden.

(6.) Zum Abschluss des Kongresses soll auch die Planungen weiterer Kongresse in der Zukunft besprochen werden. Im Jahr 2006 soll eventuell ein Weltkongress für Gemeindepsychologie in Puerto Rico stattfinden. Das wird zu diskutieren sein, ob trotzdem der turnusmäßig anfallende europäischen Kongresses für Gemeindepsychologie stattfinden soll oder ob die Kongresse zusammengelegt werden sollen.

(7.) Struktur des Kongressablaufs

Bei der Konstruktion des Ablaufs des Kongresses haben wir uns bemüht, den Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit zu geben, einerseits intensiv an den Diskussionen in den Symposien teilnehmen und andererseits auch zwischen Symposien wechseln zu können, wenn diese sich über zwei halbe Tage erstrecken. Außerdem versuchen wir, möglichst viele Gelegenheiten zu bieten, damit die Teilnehmer mit einander ins Gespräch kommen und Netzwerke in Europa knüpfen können.

	Thursday	Friday	Saturday	Sunday 9.00 till 14.00
9.00 till 12.00 (one coffee break)	Opening session Keynote speaker 1 Keynote speaker 2	Counselling Services Participation Social Rep Diversity	Keynote speaker 3 Keynote speaker 4 Keynote speaker 5	Empowerment City development Corporate Citizenship Panel: International Community Psychology: Differing World Views or Common Global Values
	Exhibition: city quarters in G & I	Midday lectures	Midday lectures	Final discussion, Feedback & further planning, world congress 2006,
13.30 till 16.00	Violence Children and CP Excursion	Counselling Services Participation Social Rep	Empowerment City development Values Corporate Citizenship	14.00 Afternoon: Return Journey
	Round table: Development of an International Interdisciplinary Research Network on Power & Community			
Wednesday ENCP- Meeting?	16.30 – 18.00	European Café I	European Café II	European Café III
			19.00 Meeting GGFP	Founding session ECPA
	20.00-?	Social meeting Rhythm is it	Congress party	

(8.) Gründung der European Community Psychology Association (ECPA)

Auf dem Kongress soll auch eine neue europäische Gesellschaft für Gemeindepsychologie gegründet werden. Das Netzwerk der europäischen Gemeindepsychologen hat diese Idee nun schon etwa zwei Jahre lang diskutiert. Es gab viele Argumente die für und gegen eine solche übernationale Gesellschaft sprechen. Nach dieser langen Diskussion hat man sich entschlossen, nun doch die Gründung einer europäischen Gesellschaft vorzuschlagen. Im Zuge der Entwicklung der Europäischen Union wird es sowohl für die Forschung wie auch für die praktische und universitäre Ausbildung Gelder geben, die nur an europäische Institutionen verteilt werden. Diese Chance sollte man sich nicht entgehen lassen. Außerdem hat sich herausgestellt, dass die Entwicklung der Gemeindepsychologie in den unterschiedlichen europäischen Ländern sehr unterschiedlich ist. In Norwegen oder Italien ist die Gemeindepsychologie z. B. an den Universitäten gut etabliert. In England oder Deutschland dagegen hat

sie in den letzten Jahren an Bedeutung verloren. Sie konnte sich aus vielerlei Gründen im akademischen Bereich nicht durchsetzen. Hier könnte eine europäische Gesellschaft nützlich sein. Sie könnte in weniger entwickelten Ländern auf die Bedeutung der Gemeindepsychologie hinweisen.

Die Mitglieder des Netzwerkes schlagen vor, dass sich die neue Gesellschaft folgende Ziele gibt - das soll aber auf der Gründungsversammlung noch weiter diskutiert werden:

promote wider awareness of, and teaching, training, research and practice in, community psychology;

provide a forum for critical debate of key issues in community psychology and related approaches;

promote human development by facilitating mutual, collaborative interdependent social relations;

simultaneously tackle objective features of social arrangements and subjective interpretations of them;

promote social justice by working with allies to prevent and/or reduce distress through challenging, dismantling and/or circumventing disabling societal barriers and psychologically damaging social arrangements;

improve health and well-being through social change and effective influence on practice and policy;

manifest solidarity with social marginalised, disempowered and oppressed people.

(9.) Beiprogramm

Fotoausstellung: Historische Wohnviertel im Strudel der Globalisierung: Neapel, Florenz, Berlin von Caterina Arcidiacono (Napoli), Heiner Legewie (Berlin), Maurizio Mordini (Florenz), Hans-Liudger Dienel (Berlin) mit Fotos von Antonio Alfano (Neapel), Georg Eichinger (Florenz), Beate Schleifer (Berlin)

Neapel, Florenz, Berlin: Drei europäische Metropolen, deren historische Zentren auf den ersten Blick mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten aufweisen. Eine genauere Analyse der aktuellen Entwicklungsdynamik dieser Zentren zeigt jenseits aller Unterschiede erstaunliche Übereinstimmungen. Historische Wohnviertel, die früher großenteils einem Verfall der Bausubstanz preisgegeben waren, erfuhren in den letzten Jahren vor allem durch den Massentourismus eine ökonomische Aufwertung, die kurzfristig zu rentablen Investitionen und einer radikalen Transformation der Sozialstruktur geführt haben. Im Gegensatz dazu geraten randständige historische Wohnviertel durch die Arbeitslosigkeit und den Wegzug besserverdienender Bewohnergruppen in eine sozioökonomische Abwärtsspirale.

Die Ausstellung dokumentiert eine Auswahl der Ergebnisse der Feldforschungen zum *Einfluss des Massentourismus auf die Lebensqualität* der Bewohner in den historischen Zentren von Neapel, Florenz und Berlin. Außerdem werden Methoden der partizipativen Quartiersentwicklung anhand von Beispielen des *Quartiersmanagements* in vom sozialen Abstieg bedrohten Berliner Altbauvierteln dokumentiert. (Texte mehrsprachig: deutsch, italienisch, teilweise englisch).

Film „Rhythm is it“

Wir freuen uns auch, dass es uns gelungen ist, am ersten Abend den Dokumentarfilm „Rhythm is it“ vorzuführen, der auch am gleichen Tag Premiere hat. Dieser Film dokumentiert unserer Ansicht nach, ein spannendes „gemeindepsychologisches Projekt der Berliner Philharmoniker, Sir Simon Rattle, dem Choreographen Royston Maldoom und 250 Kinder und Jugendlichen:

„Igor Stravinskys „Le Sacre du Printemps“ führt 250 Berliner Kinder und Jugendliche aus 25 Nationen und unterschiedlichen sozialen und kulturellen Verhältnissen zusammen, die bisher weder mit klassischer Musik noch miteinander in Berührung gekommen sind. Innerhalb des Probenprozesses machen die Teenager musisch-kreative und sozial-integrative Erfahrungen, die sie nachhaltig prägen. Mit seinem Ansatz „You can change your life in a dance class“ zeigt der britische Choreograph Royston Maldoom den Kindern und Jugendlichen welche Kreativität, Fähigkeiten und Potentiale in Ihnen stecken, die sie gestärkt und selbstbewusster ins Leben treten lassen.“ (aus der Ankündigung des Produzenten „Boomtown Media“).

Party

Auch die Kongressparty mit musikalischem und kulturellen Begleitprogramm soll weitere Möglichkeiten zum fachlichen und persönlichen Austausch bieten. Neben einem umfangreichen Begleitprogramm mit Jazz und einer Aufführung der Theatergruppe TIKVA (angefragt), wo Menschen mit und ohne Behinderung mitmachen, gibt es viel Raum für Spontaneität, so z.B. den Einsatz eigener mitgebrachter Instrumente der Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Wir würden uns besonders freuen, wenn z.B. eine kleine spontane Jam Session zustande käme.

(10.) Um eine europaweite Diskussion zustande zu bringen, wird die Kongresssprache Englisch sein. Allerdings werden wir uns bemühen, Übersetzungshilfen und deutsche Zusammenfassungen zur Verfügung zu stellen.

Im Sinne einer guten Verständigung der Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmern, die überwiegend weder Englisch noch Deutsch als Muttersprache haben, mit deutschsprechenden Praktikerinnen und

Praktikern vor Ort ist es den Veranstalterinnen und Veranstaltern insbesondere dran gelegen, die Exkursion mit guter Übersetzung zu begleiten. Die Vorträge der Keynote Speaker werden immer auch auf Englisch (in Schriftform) vorliegen. Bei Bedarf soll eine Person je Symposium für die Übersetzung/Zusammenfassung von Diskussionsbeiträgen zuständig sein. Wir bedauern, in Ermanglung von Ressourcen die Symposienvorträge nicht alle übersetzen zu können und bitten um Ihr Verständnis.

Weitere fortlaufend aktualisierte Informationen, darunter das Anmeldungsformular zum Kongress finden Sie unter:

www.enpc-congress-berlin.de

Hier können Sie weitere Details zu den einzelnen Veranstaltungen finden, wie Namen und Titel der

Vorträge, Poster und Panelbeiträge, aber auch die Abstracts, die wir dort in Kürze zur Verfügung stellen werden.

Dort findet sich auch Information über Übernachtungen in verschiedenen Preisklassen vom gehobenen Stadthotel in Herzen Berlins bis hin zur studentischen Bettenbörse. Da in Berlin zu der Zeit noch Saison ist, empfehlen wir die frühzeitige Sicherung eines Bettes.

Letzter möglicher Eingangstermin für die Anmeldung per Download-Formular und Überweisung der Teilnahmegebühr (Banklaufzeiten beachten!) ist der 09.09.2004. Spätere Zahlung sind nur noch vor Ort möglich.

MoQuaVo

Europäischer Kongress zur Motivation und Qualifikation von Freiwilligen in der Suchtprävention

22./23.10.2004

Freiwillige spielen eine zentrale Rolle für die Suchtprävention. Sie ermöglichen den Aufbau eines breitgefächerten Netzes an präventiven Maßnahmen in allen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens.

Die Motivation und Qualifikation von Freiwilligen in der Suchtprävention ist daher eine besondere Herausforderung für die Zukunft. Das MoQuaVo-Projekt hat sich dieser Herausforderung gestellt. In diesem Projekt arbeiten neun Organisationen aus sieben europäischen Ländern interdisziplinär zusammen. Das Wissen aus Praxis und Forschung wurde zusammengetragen und praktische Strategien für die Förderung der Motivation und Ausbildung der Freiwilligen in Form eines Handbuchs veröffentlicht.

Der europäische Kongress möchte neue Anregungen für die Freiwilligenarbeit im Bereich Suchtprävention geben sowie die Zusammenarbeit und den Austausch in Europa fördern. Vorträge von renommierten Experten der Freiwilligentätigkeit und

der Suchtprävention sollen inspirieren und zur Diskussion anregen.

Das Handbuch und seine Anwendungsmöglichkeiten stehen im Mittelpunkt.



Workshops geben Gelegenheit, sich aktiv mit konkreten Fragestellungen auseinanderzusetzen:

- Freiwillige schulen - aber wie?
- neue Wege der Freiwilligenmotivation
- Gewinnung von Freiwilligen
- Burn out
- Gruppenprozesse
- Kommunikation
- Organisationsentwicklung
- Evaluation
- Diskussionsgruppe für Freiwillige

Zielgruppen: Freiwillige und Professionelle in der Suchtprävention, Verantwortliche und Manager der Freiwilligenarbeit, Politiker, Wissenschaftler

Kongressort:

Abbaye de Neumünster in Luxembourg (Stadt)
Adresse: 28, rue Münster, L-2160 Luxembourg,
www.ccrn.lu



Kongresssprachen: deutsch / englisch

Kongressleitung: Centre de Prévention des Toxicoanées (CePT, Luxemburg)

Kongresskomitee: Cristina Bergo, Uwe Fischer, Astrid Godart, Claudia Jung, Aliette Lauff, Thérèse Michaelis, Dorothée Nägeli, Angela Passa, Jan Ries, Liv Ruud, Anne Salovaara, Regina Werding

Kongressgebühren

Im Kongressbeitrag sind mit enthalten:

- Übersetzung deutsch/englisch
- Handbuch (50,- €)
- Kongressdokumentation
- Mittagessen & Kaffee an 2 Tagen

	Anmeldung bis zum 14. August:	Anmeldung ab dem 15. August:
Pro Person:	180,- Euro	200,- Euro
Teilnehmer aus osteuropäischen Ländern	120,- Euro	140,- Euro
Kongress Dinner am Freitag Abend	30,- Euro	30,- Euro

Bankverbindung: Cheques postaux, IBAN LU70 1111 1222 2202 0000, Swift code: CCPLLULL

Anmeldung: CePT, - MoQuaVo Kongress -, 3, rue du Fort Wallis, L - 2714 Luxembourg, Fax: (++352) 40 89 93, per E-Mail: moquavo@zepf.uni-landau.de

Unterkunft: Informationen erhalten Sie bei, Luxembourg City Tourist Office, Tel.: (++352) 22 28 09, Fax: (++352) 46 70 70, Internet: www.lcto.lu

Nähere Infos unter: http://www.ecbap.net/d_moquavo_konferenzinfo.html

Ankündigung:

3. DGVT-Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 5. und 6. 11. 2004 in München

„Spielen, Räden, Experimentieren –
Psychotherapie in verschiedenen Entwicklungsphasen“



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Programmpunkte

Eröffnungsvortrag: Prof. Dr. Silvia Schneider, Universität Basel: Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven

Workshopangebote:

SupervisorInnenkolloquium

Selbsterfahrungsseminar

Kognitive Therapie im Grundschulalter

Kreative Biographiearbeit mit Jugendlichen

Einführung in die Eltern-Kind-Interaktionstherapie

Ressourcenanalyse mit Kindern

Video-Interaktionstraining mit Risikofamilien

Behandlung von ADHS im Jugendalter

Verhaltenstheoretische Grundlagen und ihre Anwendung vom Säuglings- bis zum Jugendalter

Behandlung von Psychosen im Jugendalter

DBT-A: Behandlung von Borderline-Störungen im Jugendalter

Diagnostik und Behandlung von traumabedingten Störungen im Kindes- und Jugendalter

Therapie von Lern-Leistungsstörungen

Psychologische Esstherapie bei frühkindlichen Ess- und Gedeihstörungen

Umgang mit suizidalen Krisen bei Kindern und Jugendlichen

Tagungsunterlagen können angefordert werden bei:

Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V., Referat für Aus- und Weiterbildung, Postfach 13 43, 72003 Tübingen, ☎ 07071- 94 34 44, ☎ 07071- 94 34 35,

E-Mail: awk@dgvt.de oder im Internet unter www.dgvt.de



AUS VEREINEN UND VERBÄNDEN

SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz

Stellungnahme der DGVT zu den vorliegenden Gesetzesänderungsinitiativen

Wolfgang Schreck

1. Allgemeines

1991 trat das SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz – in Kraft und löste das bis dahin geltende Jugendwohlfahrtsgesetz, das auf die Zeit der Weimarer Republik zurückging, ab.

Man versuchte damit, folgende Ideen gesetzlich zu verankern:

1. Verabschiedung vom Bild des Jugendamtes als Eingriffsbehörde und gleichzeitige Entwicklung zur Dienstleistungsbehörde, die die Sor geberechtigten (= Kunden oder Auftraggeber) bei der Erfüllung der Erziehungsaufgabe unterstützen soll.
2. Betonung des Sozialraum- und Lebensweltbezuges.
3. Die Lebenslagen von Kindern und Familien haben sich differenziert.
4. Die Pädagogik hat sich weiter entwickelt.

Seit einiger Zeit wird beklagt, dass die Aufgaben der Jugendhilfe kontinuierlich steigende Kosten verursachen. Dies wird jetzt zum Anlass genommen, eine Veränderung des KJHG zu fordern.

Die Idee kam zunächst aus dem Bundesland Bayern, das im Jahr 2003 eine Bundesratsinitiative zur Veränderung des SGB VIII startete (Bundesratsdrucksache 279/03), die z. Zt. im Bundestag im Ausschuss Familie, Senioren, Frauen und Jugend beraten wird.

Nunmehr gibt es zwei Initiativen, die sich sehr ähneln:

1. Das zuständige Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat Anfang April 2004 einen Referentenentwurf zur Veränderung des SGB VIII vorgelegt.
2. Die Bundesländer Bayern (CSU) und Nordrhein-Westfalen (SPD und Bündnis 90/Die Grünen) haben eine erneute Bundesratsinitiative (Drucksache 222/04) ergriffen.

Somit steht ein großes Bündnis für eine Veränderung des SGB VIII.

Wie ist dies zunächst allgemein zu beurteilen?

Als Hauptmotiv für diese Initiativen werden die steigenden Ausgaben vor dem Hintergrund der desaströsen Situation der Kommunalhaushalte genannt. Dies ist zunächst kein pädagogisches sondern ein fiskalisches Argument. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass der höchste Anteil an den Steigerungen durch die rechtlich vorgeschriebene Verwirklichung des Rechtsanspruchs auf einen Kindergartenplatz verursacht wird (nebenbei: Dieser Rechtsanspruch geht auf das Verfassungsgerichtsurteil zur Straffreiheit von Schwangerschaftsabbrüchen zurück!). Die nunmehr vorgeschlagenen Veränderungen beziehen sich allerdings nicht auf diesen Kostenfaktor.

Die Politik und auch die Sozialpolitik scheinen sich einig darin zu sein, nicht an der Einnahmeseite zu regulieren, sondern an der Ausgabenseite. So wird die Bundesratsinitiative der Länder Bayern und NRW auch mit „Entlastung der Kommunen und Länder im Bereich der Jugendhilfe“ untertitelt. Mit dieser Entlastung ist eine Belastung der Familien durch Leistungsreduzierung oder durch Heranziehung zu den Kosten verbunden.



Zu den einzelnen Punkten:

2. Bundesratsinitiative der Länder Bayern und NRW

zunächst wird eine deutlichere Regelung zur Feststellung vorrangig zuständiger Kostenträger gefordert. Dies soll sicherstellen, dass die öffentliche Jugendhilfe nicht als Ausfallbürgel eigentlich zuständiger Kostenträger fungieren muss. Explizit werden die Arbeitsverwaltung (Auswirkung wäre, dass die Jugendhilfe keine Maßnahmen zur beruflichen Integration von jungen Menschen leistet), die Krankenkassen (z. B. für therapeutische Leistungen) und der Bereich der schulrelevanten Teilleistungsstörungen (LRS/Dyskalkulie) benannt. Es bleibt abzuwarten, ob diese Regelung tatsächlich nur die Zuständigkeiten eindeutiger regelt, oder ob weiterhin z. B. systematisch eine nicht unbedeutliche Zahl von Kindern in der Schule nicht lesen oder schreiben lernt und dann überhaupt keine Förderung mehr stattfindet.

Es sollen Eltern mit höhere Einkommen mehr an den Kosten beteiligt werden

Die Klienten sollen zukünftig bei der Inanspruchnahme ambulanter erzieherischer, psychologischer und therapeutischer Hilfen zu den Kosten herangezogen werden. Hier werden explizit Beratung und therapeutische Leistungen nach § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfen) genannt. Dies bedeutet, dass z. B. die Inanspruchnahme einer Erziehungsberatungsstelle nicht mehr kostenfrei ist. Im Gegensatz zu psychotherapeutischen Leistungen nach dem SGB V wären psychotherapeutische Leistungen der Jugendhilfe dann kostenpflichtig. Auch wenn dies auf den ersten Blick als nicht so gravierend erscheint, ist es dennoch an drei Stellen ein Novum:

1. Für Leistungen für Kinder, die einen besonderen Bedarf haben, wird zu den Kosten herangezogen. Dies bedeutet z. B., dass der freie Zugang zu Erziehungsberatungsstellen in der bisherigen Form nicht mehr für alle gewährleistet wäre, da auch geringverdienende Eltern nachweisen müssten, dass sie wenig verdienen. Bei Leistungen nach SGB V (Krankenhilfe) wird

immer wieder darauf hingewiesen, dass Kinder und Jugendliche von der Zuzahlung ausgenommen sind.

2. Es war in der Vergangenheit eine fachliche Selbstverständlichkeit, dass Erziehungsberatung kostenfrei sein muss. Die Niedrigschwelligkeit der am häufigsten genutzten Hilfen zur Erziehung wird riskiert.
3. Leistungen nach § 35a SGB VIII werden Kindern und Jugendlichen gewährt, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Der obige Entwurf hätte als Folge, dass Leistungen bei einer psychischen Erkrankung, solange sie von der Krankenkasse übernommen werden, bei Minderjährigen ohne Zuzahlung erfolgen. Stellt sich die psychische Erkrankung z. B. als chronisch heraus und es werden deshalb Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII bewilligt, würden die Eltern oder bei Leistungsfähigkeit auch das Kind oder der Jugendliche zu den Kosten herangezogen. Dies verstößt gegen das Nichtbenachteiligungsgebot von Behinderten des Grundgesetzes.

Bei Punkt 5 wird als Ziel eine einheitliche Regelung hinsichtlich der Eingliederungshilfen benannt. Z. Zt. unterscheiden sich das Sozialhilferecht, das erst bei wesentlichen Behinderungen greift, und das Kinder- und Jugendhilfegesetz, das bereits bei nicht wesentlichen Behinderungen Hilfen anbieten muss. Unter Harmonisierung wird z. Zt. die Orientierung am unteren Rahmen verstanden. Dies bedeutet eine Reduzierung von Leistungen.

Verbesserungen werden angestrebt bei der Selbstbeschaffung, bei den Kosten im Rahmen richterlicher Anordnungen für Jugendhilfen und bei der Garantenstellung, die wieder mehr betont werden soll.

3. Referentenentwurf des Bundesministeriums

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums (Entwurf eines Gesetzes zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung und zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe: Tagesbetreuungsausbau gesetz – TAG)

beinhaltet zunächst eine Verbesserung der Tagesbetreuung von Kindern unter drei Jahren.

Darüber hinaus stehen auch hier eine deutlichere Heranziehung aus dem Einkommen der Leistungsnutzer sowie Einschränkungen bei den Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Vordergrund.

Pädagogisch motiviert scheint die angestrebte Reduzierung von intensivpädagogischen Auslandsmaßnahmen für junge Menschen zu sein.

Eine Abschaffung der Kostenfreiheit von Erziehungsberatung ist dem Referentenentwurf nicht zu entnehmen.

4. Fazit

Das wesentliche Motiv für die Änderungsinitiativen liegt in der schlechten finanziellen Lage der Kommunen. Es muss jedoch angezweifelt werden, ob mit diesen Maßnahmen tatsächlich nennenswerte Einsparungen erzielt werden können. Die Hauptnutzer der Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII sind Familien, die eher den unteren sozialen Schichten zuzuordnen sind. Wahrscheinlich ist der Verwaltungsaufwand zur Prüfung der Einkom-

mensverhältnisse höher als die zu erzielenden Einnahmen.

Es ist letztlich die Skandalisierung bestimmter Einzelfälle (Internat auf Staatskosten etc.), die dann als Argument für eine über diesen Einzelfall hinausgehende Leistungseinschränkung herhalten müssen.

Hinterfragt werden muss sicherlich die politische Zielsetzung. Das KJHG wurde unter einer CDU/FDP-Regierung verabschiedet. Der letzte Jugendbericht (SPD/Bündnis 90/Die Grünen-Regierung) wies noch darauf hin, dass noch nicht überall die intendierten Leitgedanken des KJHG verwirklicht worden seien.

Verabschiedet wird uns jetzt vom KJHG?

Autor

- ✉ Wolfgang Schreck, Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern der Stadt Gelsenkirchen, Rotthauser Str. 48, 45879 Gelsenkirchen, E-Mail: beratungsstelle-fuer-kinder@gelsennet.de



NEUE BÜCHER

-  Günster, Ch., Klose, J. & Waltersbacher, A. (2004). *Prävention auf dem Prüfstand : Evaluation von sekundär-/tertiärpräventiven Angeboten der AOK*. Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Schleswig-Holstein. Bonn: WIdO, 2004. 322 S. (WIdo-Materialien 49), ISBN 3-922093-32-9.
-  Das WIdO hat in einer mehrjährigen Studie das Beratungsangebot der AOK Schleswig-Holstein in der sekundären und tertiären Prävention evaluiert. Die Studie, deren abschließende Ergebnisse nun vorliegen, bewertet die Effektivität der durchgeführten Beratungsmaßnahmen hinsichtlich gesundheitlicher und ökonomischer Ziele und untersucht die Prozess- und Servicequalität des Präventionsprogramms. Durch wiederholte schriftliche Befragungen der Versicherten wurden u. a. Indikatoren zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zur Compliance der Teilnehmenden ermittelt. Für die gesundheitsökonomische Analyse war ein Großteil der Leistungsdaten zugänglich: Die Nettoeffekte der Beratungsmaßnahmen wurden durch einen mehrjährigen Vergleich von Interventionsgruppen (mit Beratung) und Kontrollgruppen (ohne Beratung) berechnet. Um Effektveränderungen beim Übergang des Gesundheitsberatungsprogramms von der Start- in die Routinephase untersuchen zu können, wurden zeitlich gestaffelte Interventionsgruppen gebildet. Die erzielten Effekte wurden den Kosten des sekundär-/tertiärpräventiven Angebots gegenübergestellt. Die Studie von Christian Günster, Joachim Klose und Andrea Waltersbacher ist unter dem Titel „Prävention auf dem Prüfstand - Evaluation von sekundär-/tertiärpräventiven Angeboten der AOK Schleswig-Holstein als WIdO-Materialie 49 (ISBN 3-922093-32-9) erschienen und ist zum Preis von 16,00 € inkl. Versandkosten beim WIdO erhältlich.
-  Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., u.a. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung: Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 4, Nr. 2, S. 125-132.
-  Evidenzbasierung, Bedarfsorientierung und Kontextpassung bilden Grundbedingungen für die Wirksamkeit präventiver Angebote. Um diese Bedingungen bei vorhandenen Aktivitäten zu prüfen und zukünftig durch die Optimierung der Strukturen, Konzepte und Prozesse sicherzustellen, sind geeignete Verfahren erforderlich. Diese müssen imstande sein, interagierende Zielsetzungen und relational definierte Kriterien abzulegen, den Bezug der Angebote auf die Bedingungen sozialer und organisationaler Kontexte (Zielgruppen, Settings) zu prüfen und komplexe Daten unterschiedlicher Formate zu integrieren. Methode der Wahl ist die kriteriengeleitete Experteneinschätzung. Ein auf dieser Grundlage entwickeltes Informationssystem wird vorgestellt: Zwei Dokumentationsbögen erheben ausführliche Selbstbeschreibungen präventiv tätiger Einrichtungen sowie präventiver Aktivitäten. Zwei Begutachtungsbögen führen Experten durch ein strukturiertes Assessment dieser Datenbasis. Es erbringt nach Haupt- und Teildimensionen systematisch gegliederte, quantifizierte Qualitätsprofile der Einrich-

tungen und Aktivitäten. Auf deren Grundlage lassen sich vergleichsfähige Kennziffern errechnen. Stärken und Schwächen wie auch Kennziffern können Anbietern und Trägern zurückgemeldet werden, um die kontinuierliche Verbesserung der Strukturen und Prozesse in den Einrichtungen zu unterstützen. Den gesundheitspolitischen Steuerungsinstanzen bietet das Informationssystem empirische Grundlagen für einen gezielten Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung.

- Luber, E. & Geene, R. (Hrsg) (2004). Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung : wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt am Main: Mabuse-Verl., 196 S., ISBN 3-935964-44-7.
- ✍ Welche Gesundheitsförderung ist wirksam? Wie können Bürger, Versicherte, Patienten beurteilen, was gut ist für ihre Gesundheit? Das Buch stellt die gängigen Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation in Theorie und Praxis dar.
- Eberhard Göpel (Hrsg.) (2004). Gesundheit bewegt - Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann. Mabuse-Verlag: Frankfurt. ISBN 3-935964-58-7, 19,80 €.
- ✍ In diesem Buch entwickeln namhafte Autorinnen und Autoren der Gesundheitsbewegung alternative Vorstellungen für eine nachhaltige Gesundheitsgesellschaft nach menschlichem Mass, wie sie in der Otta-

wa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO ihren programmatischen Ausdruck gefunden hat. Beiträge stammen u.a. von Ilona Kickbusch, Ellis Huber, Alf Trojan und Christoph Kranich.

- Maton. K.I., Schellenbach, C. J., Leadbeater, B. J. & Solarz, A. L. (2004). Investing in children, youth, families, and communities: strengths-based research and policy. Washington, DC: APA. ISBN: 1591470625.
- GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.) (2001). Gesundheit gemeinsam gestalten - Allianz für Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag: Frankfurt, 240 Seite, ISBN: 3-933050-84-7 , Preis: 14,90 € .
- ✍ Welche Maßnahmen, Aktionen und Programme der Gesundheitsförderung und Präventionen sind für die Bevölkerung die wichtigsten und wie kann man sie qualitätsgesichert und flächendeckend verfügbar machen? Die »Allianz für Gesundheitsförderung« in Deutschland, ein Zusammenschluss von zahlreichen Organisationen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Umweltbereich, beschäftigte sich auf zwei Tagungen mit diesen Fragen und stellt die Ergebnisse in diesem Buch vor.
"Ein wichtiges Buch zur Förderung einer gesundheitsfördernden Politik." (Pflege aktuell)



ABSTRACTS AUS GEMEINDEPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTEN ZEITSCHRIFTEN

American Journal of Community Psychology

Zea, Maria-Cecilia; Reisen, Carol A.; Poppen, Paul J.; Echeverry, John J.; Bianchi, Fernanda T. (2004). Disclosure of HIV-Positive Status to Latino Gay Men's Social Networks. *American Journal of Community Psychology. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 107-116.*

This study explored disclosure of serostatus in a sample of 155 HIV-positive Latino gay men from New York City and Washington, DC. We examined rates of disclosure to different members of the social network: mothers, fathers, close friends, and primary sexual partners. There were high rates of disclosure of HIV-positive serostatus to main partners and closest friends and lower rates to fathers and mothers. We examined the role of 3 contextual target-dependent factors as well as acculturation and time since diagnosis. Three separate logistic regression models were performed to predict disclosure of HIV-positive status to 3 targets: mothers, fathers, and closest friends. We found that disclosure was not a generalized tendency, but rather different factors were influential depending on the target. Whether the target was aware of participant's sexual orientation was associated with disclosure in all 3 models. Greater emotional closeness also predicted disclosure to mother and father; greater U.S. acculturation was associated with disclosure to father and marginally to mother. A longer time since diagnosis was associated with disclosure to the closest friend. These findings highlight the importance of taking into account roles and relationships, and their effect on disclosure.

Caldwell, Cleopatra-Howard; Kohn-Wood, Laura P.; Schmeelk-Cone, Karen H.; Chavous, Tabbye M.; Zimmerman, Marc A. (2004). Racial Discrimination and Racial Identity as Risk or Protective Factors for Violent Behaviors in African American Young Adults. *American Journal of Community Psychology. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 91-105.*

This study examined the influences of racial discrimination and different racial identity attitudes on engaging in violent behavior among 325 African American young adults. The contributions of racial discrimination and racial identity attitudes in explaining violent behavior during the transition into young adulthood while controlling for the influences of prior risk behaviors at ninth grade were examined separately for males and females. In addition, the buffering effects of racial identity

attitudes on the relationship between racial discrimination and violent behavior were tested. Results indicated that experience with racial discrimination was a strong predictor of violent behavior, regardless of gender. The centrality of race for males and the meaning others attribute to being Black for both males and females were moderators of the influence of racial discrimination on violent behavior.

Ngonyama-ka-Sigogo, Thabani; Hooper, Megan; Long, Carol; Lykes, M-Brinton; Wilson, Kenneth; Zietkiewicz, Estelle (2004). Chasing Rainbow Notions: Enacting Community Psychology in the Classroom and Beyond in Post-1994 South Africa. *American Journal of Community Psychology. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 77-89.*

This paper discusses tensions and contradictions experienced by a group of psychologists in post-1994 South Africa as we struggled to develop an MA program in community psychology. Situating our work within the history of the subdiscipline and the historical context confronting South Africans in the "wake of apartheid," we explore models of community psychology that informed praxis under apartheid and contemporary challenges confronting a country in transition. We discuss three tensions that inform the ongoing program development. These include (1) the construction and deconstruction of Western and indigenous knowledge systems; (2) assessment and intervention at multiple levels and from differing value perspectives; and (3) paradoxes experienced by a team of university-educated, primarily White academic staff committed to challenging oppression. We conclude our discussion by suggesting that, within these shifting sands of economic, political, cultural, and institutional change community psychology must, of necessity, resist rigid self-definition and seek to position itself as a "work-in-progress." We suggest that this seemingly anomalous self-description may be suggestive for other community psychologists - in-the-making facing similar challenges within the majority world.

Rasmussen, Andrew; Aber, Mark S.; Bhana, Arvinkumar (2004). Adolescent Coping and Neighborhood Violence: Perceptions, Exposure, and Urban Youths' Efforts to Deal With Danger. *American Journal of Community Psychology. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 61-75.*

Abstracts

Neighborhood violence is a persistent source of danger, stress, and other adverse outcomes for urban youth. We examined how 140 African American and Latino adolescents coped with neighborhood danger in low, medium, and high crime neighborhoods throughout Chicago. Participants reported using a range of coping strategies (measured via a modified version of the Ways of Coping Scale; R. S. Lazarus & S. Folkman, 1984). In low and medium crime rate areas, using confrontive strategies was significantly correlated with increased exposure to violence, and no strategies were associated with perceptions of safety. Coping strategies were associated with perceived safety to a substantial degree only in high crime neighborhoods, and none were associated with exposure to violence. A kappa-means cluster analysis identified groups that differed in coping profiles and varied in rates of exposure to violence. Moderating effects of gender, ethnicity, and neighborhood were found for both person level and variable level analyses.

Farmer, Thomas W.; Price, LeShawndra N.; O'Neal, Keri K.; Leung, Man-Chi; Goforth, Jennifer B.; Cairns, Beverley D.; Reese, Le'Roy E. (2004): Exploring Risk in Early Adolescent African American Youth. *American Journal of Community Psychology*. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 51-59.

Two studies were conducted to explore the degree to which single- and multiple-risk profiles were evident in samples of African American early adolescents in low-income inner-city, rural, and suburban schools. Study 1 examined early adolescent risk status in relation to later adjustment in a representative sample. Youth who experienced a single risk in early adolescence had moderately increased levels of school dropout and criminal arrests, whereas youth with multiple risks had significantly increased levels of school dropout, criminal arrests, and teen parenthood. Study 2 examined the extent to which single- and multiple-risk profiles were evident in cross-sectional samples of African American youth from low-income inner-city and rural areas. About one fourth of both the inner-city and rural samples of African American youth were composed of youth in the single-risk category. A significantly greater proportion of boys in the inner-city sample (20%) than boys in the rural sample (13%) experienced multiple risks. Girls across the rural and inner-city samples did not differ in terms of risk. Overall, more than 60% of African American youth in these two low-income samples did not evidence risk for later adjustment problems. Implications for research and intervention are discussed.

O'Donnell, Lydia; O'Donnell, Carl; Wardlaw, Dana-Meritt; Stueve, Ann (2004). Risk and Resiliency Factors Influencing Suicidality Among Urban African American and Latino Youth.

American Journal of Community Psychology. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 37-49.

For decades, suicide rates among minority African American and Latino young people have been stable and, when compared with Whites, relatively low. This is no longer the case, underscoring the need for documenting and understanding the problem of suicidality in this population. We report on the prevalence and predictors of suicidality among 879 urban adolescents in the Reach for Health study. All youth resided in economically disadvantaged neighborhoods; 69% were African American, 16% Latino, and 15% reported mixed or other ethnicity. In the past year, 15% had seriously considered suicide; 13% had made a suicide plan, 11% had attempted suicide at least once, and 4% reported multiple attempts. Risk factors significantly related to suicidal ideation are being female, having basic needs unmet, engaging in same-gender sex, and depression. Resiliency factors include family closeness and, marginally, religiosity. Risk factors related to reports of suicide attempts are being female, being Hispanic, and depression; family closeness is strong resiliency factor. Family composition, ethnic identity, coping style, peer support, and school attachment are not significant correlates of suicidal ideation or attempts

Stein, Catherine H.; Mankowski, Eric S. (2004). Asking, Witnessing, Interpreting, Knowing: Conducting Qualitative Research in Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 21-35.

We present a framework to describe the process of conducting community-based qualitative research. Qualitative research activities are presented as a series of interrelated acts called asking, witnessing, interpreting, and knowing. Each act in the research process is described in terms of current qualitative research practices, and illustrated with examples from our own research projects on families with schizophrenia and men's mutual support and batterer intervention groups. We critically examine the assumption that qualitative research serves to reveal or amplify the voices of participants. We examine connections between qualitative research and social change and describe the use of qualitative research to not only empower marginalized groups, but also to critique and transform privileged groups. The framework is intended to help community researchers to more fully conceptualize, understand, and engage in the practice of qualitative research.

Toohey, Siobhan M.; Shinn, Marybeth; Weitzman, Beth C. (2004). Social Networks and Homelessness Among Women Heads of Household. *American Journal of Community Psychology*. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 7-20.

To examine possible bidirectional relationships between homelessness and deficient social net-

works, we compared the networks of 251 mothers before, and approximately 5 years after, their families entered shelters with networks of 291 consistently housed poor mothers. At Time 1, more women on the verge of homelessness than housed women reported that they had mothers, grandmothers, friends, and relatives but fewer believed these network members were housing resources. At Time 2, after homeless women were rehoused, these network differences between consistently housed and formerly homeless women had largely disappeared. Contrary to prior research findings, formerly homeless mothers did not report smaller networks, more children or fewer partners. However, formerly homeless women did report fewer positive functions. Because of city policies, homeless mothers were frequently rehoused far from network members.

Starnes, Debi M. (2004). Community Psychologists - Get in the Arena!! *American Journal of Community Psychology*. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 3-6.

Presents the author's address as the 2002 recipient of the Award for Distinguished Contribution to Practice, at the 111th annual convention of the American Psychological Association, held in Toronto, Canada. Focus is given to the author's time spent in the public policy arena and her wish that more community psychologists be present in this area - namely as elected officials - either at the local level or beyond. Discussion then turns to the seven core values that guide the research and action of community psychologists. Here the author provides examples of those values from her own career as an elected official.

Linney, Jean-Ann (2004). Introduction of Debi Starnes: 2002 Recipient of the Award for Distinguished Contribution to Practice in Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*. 2004 Mar; Vol 33 (1-2): 1-1.

Provides an introduction to the paper by Debi Starnes, 2002 recipient of the Award for Distinguished Contribution to Practice in Community Psychology. Specifically, the author discusses the life and works of Starnes, who is also a community psychologist and President of EMSTAR Research, Inc. Starnes's professional work has concentrated on designing and evaluating programs in such diverse areas as literacy promotion, substance abuse prevention, environmental education, community health outreach, and many others. After being elected in 1993 to the Atlanta City Council, she applied her community psychology knowledge and skills to the real world of the thousands of citizens that she represented and to the hundreds of projects and public policies that she had initiated and nurtured to completion. Her work has substantially enhanced the quality of life and community circum-

stances for thousands of Atlanta residents. She had been nominated several times for the prestigious SCRA Awards for Distinguished Practice in Community Research and Action.

Seidman, Edward (2003). Fairweather and ESID: Contemporary impact and a legacy for the twenty-first century. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 371-375.

This paper illustrates how the articles in this special issue demonstrate the central values, research, and action principles inherent in Fairweather's ESID model. The programs described in these articles address earlier social problems in new forms (e.g., previously, institutionalized mentally ill patients and now, the homeless mentally ill) and new issues (e.g., HIV prevention). Dissemination of innovative programs is abundant, but only recently has research begun in earnest to study the critical processes of dissemination. Moreover, Fairweather has pointed us in important, but yet unrealized directions for how to pursue a theory of social change on the basis of ecological concepts, innovative research methods and data analytic techniques, and salient change agent behaviors and principles.

Gray, Denis O.; Jakes, Susan S.; Emshoff, James; Blakely, Craig (2003). ESID, dissemination, and community psychology: A case of partial implementation? *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 359-370.

Dissemination, the second stage of Experimental Social Innovation and Dissemination (ESID) is a critical, if not defining, element of this social change model. This paper attempts to assess the extent to which community psychology has adopted and implemented ESID's dissemination focus in its training and publications. We identify four levels of commitment to dissemination: dissemination advocate, dissemination activist, dissemination researcher, and experimental dissemination researcher. Content analyses of textbooks, journal publications, and conference papers and a brief survey of doctoral training in the field were conducted. Findings suggest that the dissemination aspects of ESID have been modestly and partially implemented within the field. That is, although there is some evidence of a commitment to dissemination practice (advocate, activist), there is much less evidence of a commitment to dissemination research. The implications of these findings for the effectiveness of the ESID model and for training and practice in community psychology are discussed.

Emshoff, James; Blakely, Craig; Gray, Denis; Jakes, Susan; Brounstein, Paul; Coulter, Judy; Gardner, Steve (2003). An ESID case study at

Abstracts

the federal level. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 345-357.

The D (dissemination) phase of the ESID model has been often overlooked in efforts to create innovative and widespread social change. The process of replicating successful social innovations is both a prerequisite for dissemination and an obvious outcome of a successful dissemination effort. Fidelity, the extent to which a replicated program is implemented in a manner consistent with the original program model, is an important dimension of replication. This study was designed to provide empirical data related to three questions. Can complex social programs be implemented with fidelity? How much fidelity is appropriate or desired? What are the organizational dynamics of adoption, with fidelity? Data suggest that high fidelity can be achieved, at least in the context in which programs are mandated to do so as part of the funding agreement and are given technical assistance in achieving fidelity. Programs perceived high fidelity as having positive effects on the program and its participants, a finding consistent with a limited assessment of the relationship of program outcomes and fidelity. Much was learned about the human and organizational dynamics of replicating with fidelity. Implications for policy and direction regarding replication are discussed.

Fernandez, M. Isabel; Bowen, G. Stephen; Gay, Caryl L.; Mattson, Tiffany R.; Bital, Evelyn; Kelly, Jeffrey A. (2003). HIV, sex, and social change: Applying ESID principles to HIV prevention research. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 333-344.

The HIV epidemic has been the most significant public health crisis of the last 2 decades. Although Experimental Social Innovation and Dissemination (ESID) principles have been used by many HIV prevention researchers, the clearest application is the series of model-building and replication experiments conducted by Kelly and colleagues. The model mobilized, trained, and engaged key opinion leaders to serve as behavior change and safe-sex endorsers in their social networks. This paper illustrates how ESID principles were used to develop, test, and disseminate an innovative social model and discusses the challenges of applying ESID methodology in the midst of a public health emergency.

Calsyn, Robert J. (2003). A modified ESID approach to studying mental illness and homelessness. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 319-331.

This paper describes 15 years of research on homelessness using a modified ESID approach. The article summarizes the results of several needs

assessment studies; describes the development and evolution of alternative treatment models to assist homeless individuals with severe mental illness; summarizes results of three outcome evaluation studies; and discusses issues of treatment implementation, treatment diffusion, and dissemination.

Tsemberis, Sam J.; Moran, Linda; Shinn, Mar-ybeth; Asmussen, Sara M.; Shern, David L. (2003). Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: A drop-in center and a supported housing program. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 305-317.

We illustrate Fairweather's approach to Experimental Social Innovation and Dissemination with two experimental studies of programs to reduce homelessness for 168 and 225 people with mental illness and often substance abuse. Literally homeless participants were randomly assigned to programs that emphasized consumer choice or to the usual continuum of care, in which housing and services are contingent on sobriety and progress in treatment. A drop-in center that eliminated barriers to access to services was more successful than control programs in reducing homelessness, but after 24 months only 38% of participants had moved to community housing. A subsequent apartment program, in which individuals in the experimental condition moved to subsidized apartments directly from the street, with services under their control, had 79% in stable housing (compared to 27% in the control group) at the end of 6 months. Groups in this study did not differ on substance abuse or psychosocial outcomes.

Sullivan, Cris M. (2003). Using the ESID model to reduce intimate male violence against women. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 295-303.

Described how the Experimental Social Innovation and Dissemination (ESID) model was successfully used to reduce intimate male violence against women. Following the principles of ESID, the experimental social innovation involved providing trained paraprofessional advocates to work one-on-one with women who had been assaulted by partners or ex-partners. Advocates worked with women for 10 weeks, assisting them in obtaining needed community resources such as legal assistance, housing, education, and employment. Two hundred seventy eight women who had exited a domestic violence shelter program were randomly assigned to the experimental or control condition. Participants were interviewed 6 times over a period of 2 years: pre- and postintervention (10 weeks later), and at 6, 12, 18, and 24-month follow-up. Women who received the intervention reported less violence over time as well as higher social support and per-

ceived quality of life. The relevance of the ESID model in addressing this as well as other significant social problems is discussed.

Hazel, Kelly L.; Onaga, Esther (2003). Experimental social innovation and dissemination: The promise and its delivery. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 285-294.

This paper describes the origin of the Experimental Social Innovation and Dissemination model and its contribution to and intersection with community psychology. It also discusses the challenges presented to ESID by community psychology's growing emphasis on cultural diversity and participatory approaches to research and intervention. It concludes with an overview of the papers presented in the special issue.

Brookins, Craig (2003). Anansi and how the moon got put in the sky. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 283-284.

At the 6th Biennial Conference on Community Research and Action in South Carolina, Craig Brookins told the story presented in this article at a session organized to highlight the contributions of George Fairweather and the Experimental Social Innovation and Dissemination (ESID) research and training model. The story provides an African American analogy for many elements of ESID and the process of problem solving and discovery inherent in innovation. The author shared the story here as a way of opening the special issue, thereby maintaining the innovative stance that is key to ESID.

Mickelson, Kristin D.; Kubzansky, Laura D. (2003). Social distribution of social support: The mediating role of life events. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 265-281.

Although the relation of socioeconomic status (SES) to social support has been discussed for some time, researchers have rarely systematically examined the social patterning of this resource. In addition, potential explanatory mechanisms have not been investigated. This study examined both the social distribution of social support and the role of life events in the association between SES and social support in a nationally representative probability sample of adults from the National Cormorbidity Survey. Higher education and income were related to more emotional support and fewer negative interactions. Individuals with higher incomes were also less likely to report acute and chronic life events. Finally, acute (but not chronic) life events mediated the relation between SES and social support (both emotional support and negative interactions). These results suggest the inability of lower

SES individuals to mobilize social support in times of need may be explained by their more frequent experience of acute life events.

Salazar, Laura F.; Baker, Charlene K.; Price, Ann W.; Carlin, Kathleen (2003). Moving beyond the individual: Examining the effects of domestic violence policies on social norms. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 253-264.

To be effective, criminal justice policies should affect the underlying social norms for which the policies were enacted. This study sought to determine whether public perceptions of criminal justice policies on domestic violence affected social norms. Two waves of data were collected via a telephone survey where a random probability sample of 973 residents was drawn from 4 communities. A structural equation model was tested and confirmed. Results provided strong support for the hypothesis that perceptions of criminal justice policies have direct effects on attitudes toward criminal justice response, and indirect effects on victim-blaming attitudes, both underlying social norms related to domestic violence. The enactment of criminal justice policies, therefore, may have an impact beyond victims and perpetrators and lead to a transformation of the community through the emergence of new social norms. Public awareness campaigns designed to disseminate criminal justice policies may be instrumental in provoking social change.

Duncan, Terry E.; Duncan, Susan C.; Okut, Hayrettin; Strycker, Lisa A.; Hix-Small, Hollie (2003). A multilevel contextual model of neighborhood collective efficacy. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 245-252.

Different data sources were used to examine hypothesized relations among neighborhood-, family-, and individual-level variables, and perceptions of neighborhood collective efficacy. Data were from 1,105 individuals (56% female, 42% African American, and 58% White) nested within 55 neighborhoods and 392 families, analyzed within a multilevel design using a 3-level model. At the neighborhood level, the study examined relations between Census, police, and neighborhood representative indicators. At the family level, the model examined the influence of marital status and family income. At the individual level, gender and age were examined. Results indicated that age at the individual level, marital status at the family level, and poverty and perceived gang activity at the neighborhood level predicted levels of neighborhood collective efficacy. The study illustrated significant variation across neighborhoods and families, and demonstrates the utility of combining

Abstracts

different sources of neighborhood data to examine relations of interest within a multilevel framework.

Langhout, Regina-Day (2003). Reconceptualizing quantitative and qualitative methods: A case study dealing with place as an exemplar. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 229-244.

A useful framework for understanding methods is to think of them as being on a continuum of holistic and pattern focused to particularistic and specific. This paper argues for this conceptualization rather than thinking of quantitative and qualitative methods as oppositional and potentially contradictory. A case study provides an example of using both quantitative and qualitative methods in a holistic and pattern-focused study, while also attending to the values and goals of community psychology. The substantive research goal is to understand a child's experience of places related to school. Methods include ethnographic long-term participation and observation, interviews, multidimensional scaling, and social network analysis. Most quantitative method variables are generated from study participants; no outside structure is imposed. The quantitative methods extend and inform the qualitative methods, just as the qualitative methods extend and inform the quantitative methods. The quantitative and qualitative methods work reciprocally to extend and inform each other.

Thomas, Duane E.; Townsend, Tiffany G.; Belgrave, Faye Z. (2003). The influence of cultural and racial identification on the psychosocial adjustment of inner-city African American children in school. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 217-228.

The purpose of this study was to examine the relationship and combined influence of racial identity and Africentric values on African American children's psychosocial adjustment. Participants were 104 (53 males, 51 females) African American

fourth-grade students attending an inner-city public school in a northeastern city. Child and teacher ratings were used to assess the relationship between racial identity, Africentric values, and several indices of child psychosocial adjustment, including child behavior control, school interest, and teacher perceptions of child strengths and problems in the classroom. Child self-esteem and the effects of gender and cohort were used as covariates in several analyses in the study. Overall, findings from the study supported the usefulness of combining racial identity and Africentric values into a single model of ethnic identification for African American children. Implications for risk prevention and enhancement of psychosocial functioning among African American children are discussed.

Fisher, Philip A.; Ball, Thomas J. (2003). Tribal Participatory Research: Mechanisms of a collaborative model. *American Journal of Community Psychology*. 2003 Dec; Vol 32 (3-4): 207-216.

Although much social science research has been conducted within American Indian and Alaska Native (AIAN) communities, relatively little research has been conducted by or for those communities. We describe an approach that facilitates the active involvement of AIAN communities in the research process, from conceptualizing the issues to be investigated to developing a research design, and from collecting, analyzing, and interpreting the data to disseminating the results. The Tribal Participatory Research (TPR) approach is consistent with recent developments in psychology that emphasize the inclusion of community members and the social construction of knowledge. We describe the foundations of the approach and present specific mechanisms that can be employed in collaborations between researchers and AIAN communities. We conclude with a discussion of the implications of the use of TPR regarding project timelines and budgets, interpretation of the data, and ultimately the relationships between tribes and researchers.

Journal of Health Psychology

Murray, Michael; Nelson, Geoffrey; Poland, Blake; Maticka-Tyndale, Eleanor; Ferris, Lorraine (2004). Assumptions and Values of Community Health Psychology. *Journal of Health Psychology*. 2004 Mar; Vol 9 (2): 323-333.

There is a need to widen the practice of health psychologists to include the theories and methods of community psychology and an awareness of contemporary issues in community health. The aim of such a community health psychology would be both to deepen our understanding of the aetiology of health and illness in society and to develop strategies that will contribute to a reduction in human suffering and an improvement in quality of life. The

aim of this article is to review the background and assumptions of community health psychology and to consider some values that would underlie such an approach.

Guareschi, Pedrinho A.; Jovchelovitch, Sandra (2004). Participation, Health and the Development of Community Resources in Southern Brazil. *Journal of Health Psychology*. 2004 Mar; Vol 9 (2): 311-322.

This article seeks to contribute to the debate about participation and health by presenting a framework for psychosocial interventions in primary health care. It highlights the social psychological dimen-

sions of participation and the role it plays in improving conditions of living and thus health. The Freirean concepts of dialogue, recognition and conscientization, combined with understanding of local knowledge are suggested as guiding notions for psychosocial interventions seeking to enhance community participation and develop the local level. The article discusses the challenges as well as the potential gains experienced in the process of participation presented. It concludes by reaffirming the importance of participation and empowerment in health interventions struggling against health inequalities and seeking health for all.

De-Graft-Aikins, Ama (2004). Strengthening Quality and Continuity of Diabetes Care in Rural Ghana: A Critical Social Psychological Approach. *Journal of Health Psychology. 2004 Mar; Vol 9 (2): 295-309.*

Adopting critical social psychology and community psychology perspectives, this article examines the links between shared social knowledge of diabetes, illness experience and illness action through semi-structured individual and group interviews with diabetes sufferers and lay healthy individuals in two rural Ghanaian communities. Analysis highlights that both groups make sense of diabetes and illness experience by drawing interchangeably from four shared knowledge modalities: common-sense, scientized, religious and emotional. Common-sense notions of health and illness and scientized understandings of diabetes frame illness action goals that merge with biomedical goals. These goals are compromised by structural, community/family and emotional dynamics. Findings suggest that the best immediate solutions lie in addressing availability and cost of biomedical care and quality food, with concomitant attention to community education and self-help groups as negotiators of psychosocial and economic support.

Cornish, Flora (2004). Making 'Context' Concrete: A Dialogical Approach to the Society-Health Relation. *Journal of Health Psychology. 2004 Mar; Vol 9 (2): 281-294.*

To understand the role of context in constituting health is recognized as a key challenge facing contemporary health psychology. However, few models or theories are available which pinpoint the processes linking individual health with community or societal contexts. This article draws on dialogical and sociocultural psychological theory, to make context concrete by proposing the concepts of 'mediating moments' and 'reflected mediating moments'. These concepts are further developed through their application to the empirical case of the constitution of condom use in sex-worker-client interactions in Calcutta. Interviews and group discussions with sex workers and other 'red light area' residents are interpreted to examine at what mo-

ments the societal phenomena of poverty and gender relations come to mediate condom use behaviour.

Visser, Maretha J.; Schoeman, Johan B.; Perold, Jan J. (2004). Evaluation of HIV/AIDS Prevention in South African Schools. *Journal of Health Psychology. 2004 Mar; Vol 9 (2): 263-280.*

This article reports on the implementation of a school-based HIV/AIDS and life-skills training program to prevent the spread of HIV/AIDS among the young people in secondary schools in South Africa. The implementation of the program was evaluated for a period of two years, using process and outcome evaluation and a systems approach to understand the higher-order feedback processes that obstructed the implementation and effectiveness of the intervention. Although HIV/AIDS is a medical condition, this article emphasizes that HIV/AIDS prevention is interrelated with the psychosocial context within the community. Interventions should therefore be conceptualized and implemented in terms of the various levels of interaction in the community.

Mitchell, Terry L.; Griffin, Kara; Stewart, Sherry H.; Loba, Pamela (2004). 'We Will Never Ever Forget...': The Swissair Flight 111 Disaster and its Impact on Volunteers and Communities. *Journal of Health Psychology. 2004 Mar; Vol 9(2): 245-262.*

In collaboration with a Community Advisory Group we examined the impact of the 1998 Swissair Flight 111 disaster on volunteer responders and surrounding communities. We conducted qualitative interviews and administered a set of structured questionnaires to 13 volunteer disaster workers and conducted a focus group with community leaders. Community silence and limited help-seeking behaviour were typical reactions to the SA 111 disaster. The nature and duration of the disaster response efforts contributed to a probable 46 per cent PTSD rate in the community volunteers. Community-based, culturally appropriate follow-up, as well as the development of volunteer protocols for future disaster response efforts, are necessary to minimize long-term health impacts and to promote resilience among community residents and volunteers exposed to a major disaster.

Howarth, Caroline; Foster, Juliet; Dorrer, Nike (2004). Exploring the Potential of the Theory of Social Representations in Community-based Health Research--and Vice Versa? *Journal of Health Psychology. 2004 Mar; Vol 9 (2): 229-243.*

This article seeks to demonstrate the importance of developing a dialogue between social representations theory and community approaches to researching issues of health. We show how we have used the theory within our own research to ground

our findings at the level of community. The article is divided into three sections: the recognition of competing systems of knowledge; the role of representations in maintaining stigmatizing practices; and the impact of representations on identities. Each section is illustrated with material drawn from Foster's research on mental illness and Dorror's research on women's representations of healthy eating. We conclude by arguing that, while social representations theory is a valuable tool for community-based health research, the theory would benefit from developing a more participatory methodology.

Nelson, Geoffrey; Pancer, S. Mark; Hayward, Karen; Kelly, Rick (2004). Partnerships and Participation of Community Residents in Health Promotion and Prevention: Experiences of the Highfield Community Enrichment Project (Bet-

ter Beginnings, Better Futures). *Journal of Health Psychology*. 2004 Mar; Vol 9.(2): 213-227.

We provide a description and analysis of the role of partnerships between community residents and service-providers in planning and implementing a health promotion/prevention programme for children and families. The context for this study is the Highfield Community Enrichment Project, a multi-component, community-based promotion/prevention project operating in Toronto, Ontario, Canada. The nature and amount of resident participation in this project are described, as well as barriers to resident participation and strategies to reduce those barriers. The findings are interpreted in terms of empowerment and partnership theory, and the implications of these findings for involving citizens from low-income communities in planning promotion/prevention programmes are discussed.

Journal of Primary Prevention

Lynne A. Bond, Amy M. Carmola Hauf (2004). Taking Stock and Putting Stock in Primary Prevention: Characteristics of Effective Programs. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (3): 199-221, Spring 2004.

We argue it is important regularly to take stock of what makes primary prevention and promotion programs in mental health effective and to use this information to guide future program design, implementation, and evaluation. Based upon a review of diverse program evaluations, including meta-analyses and best practices approaches, we identify 10 distinct (but interdependent) characteristics of effective primary prevention and promotion programs that should frame future work. We also note the importance of community-based collaboration for achieving these 10 features.

Cleve Redmond, Richard Spoth, Chungyeol Shin, Gretchen J. Hill (2004). Engaging Rural Parents in Family-Focused Programs to Prevent Youth Substance Abuse. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (3): 223- 242, Spring 2004.

We employed multilevel structural equation modeling with data collected during telephone interviews with 1,156 parents of sixth graders from 36 rural schools to examine the relationships of family sociodemographic factors, parents' perceptions of their child's susceptibility to future substance use involvement, parents' perceptions of their ability to prevent such problems, and the perceived benefits of family-skills programs designed to prevent adolescent problems. Family-level findings suggested that parent gender and marital status were particularly salient; each exhibited direct effects on each of the three parent perceptions examined. Findings supported the hypotheses that parental efficacy

perceptions inversely affect perceptions of child susceptibility and that perceptions of child susceptibility positively affect perceived program benefits. At the community level, lower household incomes were associated with higher levels of perceived child susceptibility to substance use.

Colleen Pilgrim, Antonia Abbey, Trace Kershaw (2004). The Direct and Indirect Effects of Mothers' and Adolescents' Family Cohesion on Young Adolescents' Attitudes Toward Substance Use. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (3): 263-283, Spring 2004.

This study examined the influence of parental, school, and peer bonding for rural youth making the transition into middle school. Survey data were collected from 225 adolescents and their mothers answering parallel items on family cohesion, school attachment, and attitudes toward substance use by minors. Adolescents also reported on social support from friends, and mothers reported on the family's involvement in religious activities. Using structural equation modeling, greater family cohesion at the start of middle school / junior high was directly and indirectly related to negative attitudes toward substance use by the adolescent one year later. Factors that mediated family cohesion were school and peer attachment, the family's involvement in religious activities, and the mothers' attitudes toward substance use by minors. Implications for prevention and recommendations for parents are discussed.

Thomas E. Hanlon , Richard W. Bateman, Betsy D. Simon, Kevin E. O'Grady (2004). Antecedents and Correlates of Deviant Activity in Urban Youth Manifesting Behavioral Problems. *The*

Journal of Primary Prevention. Vol 24 (3): 285-309, Spring 2004.

This study examines both risk and protective factors preceding and associated with the origin and extent of deviant activity reported by 375 inner-city, primarily African-American, youth admitted to

youth bureaus designed to address early problematic behavior in the community. This report focuses on the findings and key underlying issues for the development and evaluation of primary prevention strategies targeting high-risk youth. Study participants varied considerably in terms of their self-reported exposure to risk and protective factors and in the nature and extent of their previous engagements in deviant activity. The principal antecedents and correlates of deviant behavior were found to be age, gender, school behavior problems, and the deviance of peers. For youth reporting ever having engaged in delinquent activity, the most prominent predictors of the extent and severity of activity, besides chronological age, were age at first deviance, the deviance of peers and the manifestation of school behavior problems. Family deviance was an additional predictor of engagement in multiple forms of deviance. In addition to reaffirming the utility of self-reported measures of early development in the prediction of deviant behavior, results of the study point to the need for a finer differentiation of the predispositional characteristics and circumstances of targeted youth than is ordinarily undertaken in primary prevention efforts.

Ciporah S. Tadmor (2004). Preventive Intervention for Children with Cancer and Their Families at the End-of-Life. *The Journal of Primary Prevention.* Vol 24 (3): 311-323, Spring 2004.

Preventive intervention, based on a theoretical model of crisis denoted as the Perceived Personal Control Crisis model, is discussed with respect to pediatric cancer patients at the end-of-life and their families. In this article, the emphasis is on preventive intervention on the Personal Interaction level, namely intervention administered by a network of natural and organized support systems, such as parents and the primary care physician, nurses, and mental health professionals, with special emphasis on the role of the mental health expert. The objective of preventive intervention is to enhance the quality of life of children with cancer at the end-of-life and allow them to die well without unnecessary pain and fear, surrounded by their loved ones, in hospital or, preferably, at home. The objective of preventive intervention for parents and siblings is to ease their grief process, ensure a healthy resolution and safeguard the integrity of the family after the death of the child.

Albert J. Petitpas, Judy L. Van Raalte, Allen E. Cornelius, Jim Presbrey (2004). A Life Skills Development Program for High School Student-

Athletes. *The Journal of Primary Prevention.* Vol 24 (3): 325-334, Spring 2004.

Sport and after school activities have been identified as fertile ground for adolescents to develop initiative and feelings of self-efficacy. The purpose of this article is to describe the development and implementation of a national intervention program that uses sport participation as a vehicle to enhance life skill development in urban youth. Evaluation data are provided and some potential advantages of using sport and after-school activities to promote social competence are discussed.

Kathleen Bodisch Lynch, Susan Rose Geller, Melinda G. Schmidt (2004). Multi-Year Evaluation of the Effectiveness of a Resilience-Based Prevention Program for Young Children. *The Journal of Primary Prevention.* Vol 24 (3): 335-353, Spring 2004.

This article describes the results of a multi-year, multi-state evaluation of the effectiveness of an early childhood prevention initiative that translates resilience research into practice. Targeted to children in preschool through the early elementary grades, the intervention comprises teacher training, a year-long classroom curriculum, original materials and music, and a companion parent education program. The evaluation methodology evolved from pre-experimental to true experimental design and encompassed multiple program replications. Child outcome data indicate that the intervention is effective in both: (a) strengthening children's social-emotional competence and positive coping skills and (b) suppressing the development of antisocial, aggressive behavior. The systematic process and outcome evaluation of this prevention initiative fills a gap by providing hard evidence of the effectiveness of a developmentally appropriate, research-based intervention for young children.

James H. Robinson, Edward J. Haaz, Stephen C. Petrica, Bonnie S. Hillsberg, Nancy J. Kennedy (2004). Managed Care and Prevention of Mental Health and Substance Abuse Problems: Opportunities for Growth Through Collaboration in the New Millennium. *The Journal of Primary Prevention.* Vol 24 (3): 355-373, Spring 2004.

Mental health and substance abuse problems impose significant direct and indirect costs on society, yet an increasing number of effective preventive interventions have been identified in the field of behavioral health. Using the Institute of Medicine's

Continuum of Care model of prevention, we examine the evolution and future prospects of prevention in the managed care environment. Specific barriers and opportunities for expanding prevention efforts are discussed.

Ick-Joong Chung (2004). A Conceptual Framework for Understanding the Relationship Be-

Abstracts

tween Poverty and Antisocial Behavior: Focusing on Psychosocial Mediating Mechanisms. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (3): 375-400, Spring 2004.

This paper presents a framework that integrates and extends the literature on psychosocial mechanisms mediating poverty and the development of antisocial behavior. It provides a model to explain why some poor children outgrow early antisocial behavior, while others from the same environment adopt increasingly severe antisocial behaviors. The ability to differentiate these effects of poverty on antisocial or prosocial behavior provides theoretical guidelines for preventive intervention.

George W. Albee, Justin M. Joffe (2004). Mental Illness Is NOT "an Illness Like Any Other". *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (4): 419-436, Summer 2004.

The claim that mental illness is an illness like any other has become so wide-spread that its meaning, validity, and implications are seldom analyzed. By examining what its advocates say, we interpret the phrase to mean that mental illnesses share certain characteristics of physical illnesses, particularly in there being identifiable biological defects in people with such diagnoses, in the way diagnoses are made and what they tell us, and in the extent to which diagnoses are independent of cultural influences. We find major differences in all these areas between physical illnesses and mental disorders, and argue that accepting the claim that they are alike diminishes the likelihood of effective prevention by distracting attention from important social causes of a wide range of mental disorders.

N. Agrawal, S. R. Hirsch (2004). Schizophrenia: Evidence for Conceptualising It as a Brain Disease. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (4): 437-444, Summer 2004.

Though Schizophrenia like conditions have been recognised for centuries, it remained ill-understood until recently. What causes Schizophrenia is still not entirely clear. A number of causes of Schizophrenia have been described in the literature, ranging from social causation to conceptualising it as an organic brain disease. This paper attempts to describe and discuss the evidence which may help understand it as a manifestation of abnormalities in the brain itself.

Mary Boyle (2004). Preventing a Non-Existent Illness?: Some Issues in the Prevention of "Schizophrenia". *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (4): 445-469, Summer 2004.

The prevention of schizophrenia has received little attention, not least because it is claimed that its causes are largely unknown. I argue that this pessimistic view is based on acceptance of both the highly problematic concept of schizophrenia and of

the assumption that it is a genetic/biological illness. The problems of both the concept and its surrounding assumptions are examined and an alternative model of psychotic behaviour and experience, with very different implications for prevention, is discussed.

Diana Fishbein, Christopher Hyde, Brian Coe, Mallie J. Paschall (2004). Neurocognitive and Physiological Prerequisites for Prevention of Adolescent Drug Abuse. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (4): 471-495, Summer 2004.

A number of programs for adolescent substance abuse are reportedly effective for a significant number of subjects; however, there is invariably a substantial subgroup that does not respond favorably. It is critical that underlying mechanisms for these differential effects are identified in order to improve prevention efficacy. Integrity of executive cognitive function (ECF) and its modulation of emotional arousal levels may represent key dimensions of regulatory processes related to risk for substance abuse, and may play a principal role in differential responses to prevention programming. Deficits in ECF and skin conductance responses (SCRs) have been associated with several behavioral disorders, most notably substance abuse, aggression, psychopathy, conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder. Differences in these neurocognitive-emotive processes may also contribute to differential responses to preventive interventions. ECF and physiological responses to cognitive processing (SCRs) implicated in substance abuse were measured in a small pilot study reported herein. Responses of extreme groups of high risk youth who responded favorably and unfavorably to an effective prevention program differed in cognitive and emotional measures, suggesting that they may play a role in variation in intervention outcomes. Further investigation will provide valuable insights for developing preventive interventions.

Amy J. Silvestri, Justin M. Joffe (2004). You'd Have to Be Sick Not to Be Crazy. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (4): 497-511, Summer 2004.

Stress can cause a variety of biological and psychological alterations in an organism, including behaviors and neurological changes that are characteristic of certain mental illnesses. Many stress-related disorders (e.g., cardiovascular damage, ulceration, and neuronal degeneration) occur when an organism's natural response to stress continues for an extended period of time, often due to the prolonged duration of the stressful event itself. It is during this time that stress-related disorders occur. Those prolonged stressors are more likely to occur in some populations than others - a primary example is the

stressors that accompany lower SES. We propose that, similar to other stress-induced changes, many mental illness are normal responses to stressful situations.

Cynthia I. Grossman (2004). Labels and Language: Implications for Prevention of the DSM Definition of Mental Disorder. *The Journal of Primary Prevention*. Vol 24 (4): 513-522, Summer 2004.

From the postmodernist perspective, language and its influence on reality are both individually and socially constructed. The language used to define mental disorders, particularly the definition found

in the widely used Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of the American Psychiatric Association, has implications for individual and social behavior including decisions regarding the prevention of mental illness. In this paper I examine the definition's implication that disorders are located within the individual and cannot be merely the result of environmental factors. In particular, the impact that these components of the definition have on the labeling of people who suffer from a mental disorder and the associated attributions of responsibility for the disorder (and for its prevention) are discussed.

Journal of Community Psychology

Colleen Loomis, Kathleen H. Dockett, Anne E. Brodsky (2004). Change in sense of community: An empirical finding. *Journal of Community Psychology* 32: 1-8.

This study investigated changes in students' psychological sense of community (SOC) under two conditions of external threat against their urban, historically Black, public nonresidential university in a U.S. mid-Atlantic city. Two independent stratified random samples ($N = 801$ and $N = 241$) consisting of undergraduate and graduate women (61%) and men (39%) - predominantly of color - averaging 29 years of age completed the Sense of Community Index (SCI; Perkins, Florin, Rich, Wandersman, & Chavis, 1990). During the first assessment there was an external threat to the university community that was not present 20 months later during the second assessment. In this cross-sectional design, an analysis of covariance (ANCOVA) revealed support for the hypothesis that SOC would be higher when a threat was present than when it was absent ($p < .01$).

Susan J. Farrell, Tim Aubry, Daniel Coulombe (2004). Neighborhoods and neighbors: Do they contribute to personal well-being? *Journal of Community Psychology* 32: 9-25.

The present study examined the relationship between characteristics of neighborhoods (with set physical boundaries and relatively homogeneous populations) and personal well-being as mediated by sense of community and neighboring behavior. A randomly selected representative sample of 345 residents living in non-apartment dwellings in Winnipeg, Canada, completed a mail survey that included created measures of neighboring and sense of community and the General Health Questionnaire. Results demonstrated that sense of community mediates the relationship between neighborhood stability (as defined by the marital status and mobility) and residents' well-being. The frequency

of engaging in neighboring behavior was not directly predictive of residents' sense of personal well-being, but was predictive of increased sense of community. Consistent with previous research, findings highlight the importance of building a sense of community among residents in a neighborhood. Implications of findings for neighborhood planning are discussed.

Winnie W. Kung (2004). Cultural and practical barriers to seeking mental health treatment for Chinese Americans. *Journal of Community Psychology* 32: 27-43.

Based on a sample of 1747 from the Chinese American Psychiatric Epidemiological Study, this report examined perceived barriers to mental health treatment. Two factors emerged, namely *practical barriers*, which included cost of treatment, time, knowledge of access, and language, and *cultural barriers* consisting of credibility of treatment, recognition of need, and fear of loss of face. Average ratings of all practical barrier items were higher than cultural barrier items, demonstrating the importance of pragmatic considerations for this population. In a novel attempt, this study examined the empirical link between these perceived barriers and actual mental health service use. The practical barrier factor showed significance in predicting service use for both the whole sample and a subsample of individuals with at least one lifetime mental disorder. Cultural barriers, however, did not attain significance. Practice and research implications of the findings are discussed.

Andrew J. Mashburn, John L. Peterson, Roger Bakeman, Robin L. Miller, Leslie F. Clark (2004). Influences on HIV testing among young African-American men who have sex with men and the moderating effect of the geographic setting (pp. 45-60). *Journal of Community Psychology* 32: 45-60.

Abstracts

This study examined the influence of demographic characteristics, risk behaviors, knowledge, and psychosocial variables on HIV testing among a sample ($n = 551$) of young African-American men who have sex with men (MSM) from three cities - Atlanta ($n = 241$), Birmingham ($n = 174$), and Chicago ($n = 136$). Among the entire sample of young men, age, knowledge of HIV treatments, knowledge of a comfortable place for an HIV test, and social support were related positively to rates of HIV testing. Furthermore, men who had sex with both main male partner(s) and non-main male partner(s) during the past year had significantly higher rates of HIV testing than men who had non-main male partner(s) only. Geographic setting moderated the effect on HIV testing behavior. In particular, social support, peer norms about condom use, and knowledge of HIV treatments were not associated with HIV testing in Atlanta, but were associated positively with HIV testing in either Birmingham, Chicago, or both. The strongest influence on HIV testing across all three settings was knowledge of a comfortable place for an HIV test. Implications of these findings for designing interventions to increase HIV testing are discussed.

Victoria L. Banyard, Elizabethe G. Plante, Mary M. Moynihan (2004). Bystander education: Bringing a broader community perspective to sexual violence prevention. *Journal of Community Psychology* 32: 61-79.

Recent research documents the problem of sexual violence across communities, often finding its causes to be embedded in community and cultural norms, thus demonstrating the need for community-focused solutions. In this article we synthesize research from community psychology on community change and prevention with more individually focused studies of sexual violence prevention programs and bystander behavior in emergency and crime situations. The purpose of bringing together this research is to outline a new area of focus for sexual violence prevention: the mobilization of prosocial behavior on the part of potential bystanders. This approach has utility for increasing community receptivity to prevention messages, by decreasing resistance to them, and for increasing the likelihood of community members taking an active role in prevention and intervention. The specific case of sexual violence prevention on college campus communities illustrates this approach.

Walter M. Ensel, Nan Lin (2004). Physical fitness and the stress process. *Journal of Community Psychology* 32: 81-101.

In the current paper we focus on the role of physical fitness in the life stress process for both psychological and physical well-being. The major research question posed in the current study is: Does physical fitness deter distress in a model containing the

major components of the life stress process? That is, do individuals who exercise show higher levels of well-being than those that do not exercise? Is this relationship independent of the stress they experience and the resources they possess? Using data from a representative community sample, the current study finds that physical fitness is directly related to both psychological and physical distress. The more a person exercises, the less psychological and physical symptoms he or she manifests. Physical fitness is associated with decreased distress. This finding holds up, even when stressors and psychosocial resources are included in the model. While physical fitness was not found to mediate the effects of stressors on distress, there was some evidence of a moderating effect of fitness in the stressor-distress relationship, both for psychological and for physical distress. That is, fitness served to buffer the effects of stressors on both psychological and physical distress. In addition, physical fitness is associated with psychological resources that, in turn, are associated with lower levels of distress. The more a person exercises, the greater the self-esteem. Thus, in addition to directly deterring distress, physical fitness was found to have the potential to indirectly deter distress through its positive association with the level of psychological resources (i.e., self-esteem) that individuals possess. These and other findings are discussed in the context of the life stress paradigm. Implications for future stress research are presented.

Laura R. Hoard, Elaine A. Anderson (2004). Factors related to depression in rural and urban noncustodial, low-income fathers. *Journal of Community Psychology* 32: 103-119.

Although the past 20 years have seen an increased focus on fatherhood, few studies have examined the relationship between a father's geographic location and his psychological well-being. To address this gap, this study examined low-income, noncustodial, predominantly African American fathers' depression in relation to locality, social support, and life stresses. Participants were 96 urban and 31 rural noncustodial fathers. Findings indicate depression is positively related to life stress and inversely related to social support. Locality, social support, and life stress accounted for a significant proportion of the variation in fathers' depression. Policy implications and direction for future research is discussed.

Shaun E. Cowman, Joseph R. Ferrari, Matthew Liao-Troth (2004). Mediating effects of social support on firefighters' sense of community and perceptions of care. *Journal of Community Psychology* 32: 121-126.

This study examined the relationship between psychological sense of community, social-support networks, and care-giver stress and satisfaction among firefighters. No significant gender differ-

ences were obtained, but zero-order correlates demonstrated significant relationships among all four variables. In examining the mediating effects of social-support satisfaction, partial mediation for psychological sense of community on care-giver satisfaction was determined, as well as full mediation for psychological sense of community on care-giver stress. Therefore, firefighters who are satisfied with the support they receive may experience less stress with their care giving than those who experience low levels of support satisfaction. Future studies should assess these relationships more extensively in other areas of civic responsibility among public-service employees to delineate effective support avenues.

Sheryl Pimlott Kubiak, Kristine Siefert, Carol J. Boyd (2004). Empowerment and public policy: An exploration of the implications of Section 115 of the Personal Responsibility and Work Opportunity Act. *Journal of Community Psychology* 32: 127-143.

The ability of individuals to gain mastery over their environment is considered empowerment. However, empowerment often is assessed without attention to the historical, social, or political context the individual is embedded within. This context often is contingent upon social policies that enhance or limit the choices an individual has to behave in ways constructed as efficacious. One example of such a policy is Section 115 of the Personal Responsibility and Work Opportunity Act of 1996, which mandated a lifetime ban on welfare benefits to individuals convicted of a drug-related felony. This study examines the policy's implications from the perspective of empowerment. Specifically, we explore the characteristics of those targeted by the policy and what the denial of welfare benefits is likely to mean for this group. Using the sequential application of case study and survey methods, we first reviewed 250 court files of female drug offenders in one midwestern county, finding that most who were convicted of a drug felony received sentences of community probation, predominantly for use and possession. Second, we conducted face-to-face interviews with a subsample of 52 drug-convicted women who otherwise were eligible for welfare benefits and compared them with the general welfare-to-work population. The women in our sample had more severe barriers to self-sufficiency, including less education, higher rates of domestic violence, higher likelihood of recent major depression, and substantially higher rates of post-traumatic stress disorder. Our findings suggest that the current national policy of denying welfare benefits based on a felony conviction status is unlikely to deter drug use or promote self-efficacy unless accompanied by effective mental-health services, help with employment, and supports to ensure a safe living environment.

Maretha J. Visser, Johan B. Schoeman (2004). Implementing a community intervention to reduce young people's risks for getting HIV: Unraveling the complexities. *Journal of Community Psychology* 32: 145-165.

The ineffectiveness of community-based interventions can often be traced to problems that occur during implementation. In this study, we outline the implementation of a human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) prevention program in an educational setting in South Africa. An action research approach was used in the implementation of the intervention and a process and outcome evaluation, integrating qualitative and quantitative research methods, was made. The research illustrated the various levels of interaction in the community and the complexity of the processes involved in the implementation of interventions to facilitate community change. Social ecological theory, systems theory, and the social constructional approach are used to clarify the complexities of the implementation of community interventions.

Kelly N. Rogers, Maria Fernandez, Lori Thurber, Andy Smitley (2004). Exploring differential attrition rates among system of care evaluation participants. *Journal of Community Psychology* 32: 167-176.

The purpose of the present study is to investigate differential attrition rates in terms of both demographic characteristics and initial levels of child functioning of participants in North Carolina's system of care evaluation. Participants included 303 families (78 dropped out of the study, a 26% attrition rate). Families dropped out of the evaluation for three main reasons: refusal to participate, moving, or inability to contact the family. The majority of families who dropped out of the study did so after completing only the baseline interview. Differential attrition did not exist in terms of demographic characteristics, but there was some support for possible differential attrition indicated by initial levels of child functioning in some cases. Additionally, higher parental education level predicted longer participation in longitudinal evaluation. Recommendations and implications for applied research are offered.

William H. Quinn, David J. Van Dyke (2004). A multiple family group intervention for first-time juvenile offenders: Comparisons with probation and dropouts on recidivism. *Journal of Community Psychology* 32: 177-200.

This study evaluated a multiple-family group-intervention program (MFGI) for first-time juvenile offenders. The recidivism rate for subjects who completed the MFGI (the Family Solutions Program) was compared to recidivism rates of two

other groups of first-time juvenile offenders. Using logistic regression analysis predicting who will recidivate, juvenile first offenders who were placed on probation ($N = 95$) were 9.3 times more likely to re-offend compared to the Family Solutions Program (FSP) graduates ($N = 267$). Families referred to FSP but who dropped out (most never attended the 10 session program) ($N = 93$) also were 4.4 times more likely to re-offend compared to FSP graduates. An intent-to-treat model comparing the combined group of FSP graduates and dropouts with the probation group indicated that a youth in the probation group was 8.1 times more likely to re-offend than a youth referred to the FSP. Results indicating better outcomes on recidivism for FSP graduates were significant for both male and female youths. Implications for policy and practitioners are discussed.

Gail J. Kelly, Lyndall G. Steed (2004). Communities coping with change: A conceptual model. *Journal of Community Psychology* 32: 201-216. Changing economic, political, environmental, and social conditions continue to have a cumulative impact on Australian regional communities, and in many instances, rural communities are being forced to initiate their own strategies in order to remain economically and socially viable. However, while communities respond in differing ways to similar change events, as do individuals, research examining the change process has largely been undertaken at the individual level. This article reports on an investigation of the characteristics that moderate a community's ability to manage change and the types of collective coping strategies communities employ to deal with change events. A model of community change process was used as the framework to examine the links between community characteristics, appraisal of change events (forest restructuring and tourism), and the use of collective strategies in three communities in Western Australia. Findings suggest that a community's mobilization of strategies is dependent on the collective assessment of the change event, the nature of the event, and the characteristics of the community. The implications for intervention through policy and community development are discussed briefly.

Lynne Baillie, Sandra Broughton, Joan Bassett-Smith, Wendy Aasen, Madeleine Oostindie, Betty Anne Marino, Ken Hewitt (2004). Community health, community involvement, and community empowerment: Too much to expect? *Journal of Community Psychology* 32: 217-228.

The Primary Prevention of Cancer Program at the British Columbia Cancer Agency Centre for the Southern Interior (BCCA-CSI), known as the Waddell Project, is now five years old and currently is in partnership with fourteen regional communi-

ties. Each of these communities has a range of community-developed programs currently in place. The driving force behind the Waddell Project comes from the belief that emancipatory change is central to community health. That is, only those communities that are capable of challenging, questioning, and creating change can make the cancer-prevention decisions that are relevant, useful, and sustainable within the context of the daily lives of their members. The resulting model for the project was influenced by Habermas's Theory of Communicative Action, from which are derived the project's guiding concepts of equality, negotiated content, collaborative process, inclusion of critique, importance of action, and mutual accountability. In this article, these concepts are revisited from the unique contexts and perspectives of the collaborating participants. Implications would suggest that the processes adopted to support empowered community engagement in cancer prevention are, in many ways, more beneficial than the implementation of the resulting initiative itself. Furthermore, it would seem that, rather than funding, it is prolonged and supportive commitment that is the most crucial factor for facilitating emancipatory change in community health.

Lisa da Silva, Ann Sanson, Diana Smart, John Toumbourou (2004). Civic responsibility among Australian adolescents: Testing two competing models. *Journal of Community Psychology* 32: 229-255.

The development of civic responsibility is considered to be an important component of healthy adolescent development. However, the study of its development has been relatively neglected and few studies have attempted to ground understanding of its development in a theoretical framework. The present study operationalized civic responsibility as attitudes and behaviors relating to political and community issues that are beneficial to society and compared two theoretical causal models, the social development model (SDM) and a coping-competency model for their predictive value. Gender differences were also assessed. A total of 500 subjects, drawn from a longitudinal study (the Australian Temperament Project), participated in the study, using questionnaire and interview data. Approximately 1 in 5 adolescents actively engaged in behaviors reflecting community civic responsibility and less than 1 in 10 actively participated in the political arena. However, positive levels of social awareness were evident. Hierarchical multiple regression analyses indicated that the SDM had the most predictive value for political and community civic responsibility. Peer encouragement and peer participation were the most significant predictors. Variables from the coping-competency model played some role in the prediction of community, but not political, civic responsibility. Gender differ-

ences in community civic responsibility, but not political civic responsibility, were found. One in two adolescents indicated that they would participate in volunteer work or political activities if more opportunities existed. This suggests the need for greater availability of appropriate community-oriented activities for adolescents.

Jurgen Minnebo, An Van Acker (2004). Does television influence adolescents' perceptions of and attitudes toward people with mental illness? *Journal of Community Psychology* 32: 257-275.

This study investigates whether and how (1) cumulative overall exposure to television and (2) cumulative selective exposure to specific television content are related to both estimates of and opinions about people who have mental illnesses. Two hundred fifty-two Belgian high school students completed self-report questionnaires. Measures included time spent watching television, exposure to specific content, perceived realism of television images, direct experience with a person who had mental illness, and estimates of and judgements about the dangerousness of people suffering from a mental illness and their ability to lead a socially integrated and "normal" life. Results suggest exposure to television itself makes but a small contribution to explaining these estimates and attitudes; related concepts such as perceived realism appear to be more important.

Judith K. Bass, Sharon F. Lambert (2004). Urban adolescents' perceptions of their neighborhoods: An examination of spatial dependence. *Journal of Community Psychology* 32: 277-293.

Spatial dependence exists when the variation between observations is dependent on spatial location. In the present study, geostatistical methods were used to examine spatial dependence in adolescents' perceptions of their neighborhoods: whether adolescents living in close proximity perceived their neighborhoods more similarly than adolescents living further apart. Participants included 343 adolescents (53% male; 91% African American) enrolled in sixth grade, residing in Baltimore City, with geocoded home addresses. These addresses were used in combination with a measure of perceived neighborhood disorder and disadvantage to compute variogram plots, a geostatistical technique used to evaluate spatial dependence. Results indicated that perceptions of youth residing in close geographic proximity were more similar than perceptions of youth residing further apart. Adjusting for census-level characteristics, but not individual and family characteristics, resulted in decreased variation among participants but did not eliminate the spatial dependence. Findings highlight the utility of geostatistical methods for social science research.

Hyeouk C. Hahm, Maureen Lahiff, Neil B. Guterman (2004). Asian American adolescents' acculturation, binge drinking, and alcohol- and tobacco-using peers. *Journal of Community Psychology* 32: 295-308.

This study examines the association between acculturation and subsequent binge drinking among Asian American adolescents and investigates the mediating effect of friends' alcohol and tobacco use. Data from a nationally representative sample of 714 Asian American adolescents in grades 7 to 12 were analyzed. There was no gender difference in terms of binge drinking. A higher level of acculturation was associated with higher levels of binge drinking. Friends' alcohol and tobacco use was a mediator - the association between acculturation and binge drinking was no longer significant after controlling for best friends' alcohol and tobacco use. These findings demonstrate that binge drinking is not attributable to acculturation per se, but that social interaction is an important pathway by which highly acculturated adolescents become vulnerable to binge drinking. Since highly acculturated Asian American adolescents are at risk for binge drinking, there is an urgent need for prevention. Incorporating the effect of peer influences will improve both prevention efforts and treatment for Asian American adolescents who are binge drinkers.

Sheung-Tak Cheng, Alfred C.M. Chan, David R. Phillips (2004). Quality of life in old age: An investigation of well older persons in Hong Kong. *Journal of Community Psychology* 32: 309-326.

What might add quality to life during the last period of the life cycle? In study I, five focus groups of elderly participants representing different ages and socioeconomic backgrounds provided descriptions of quality of life (QOL) from their own perspectives. These descriptions formed the basis of a questionnaire that was administered to a representative, random sample of older persons in Hong Kong (N = 1,616) in study II. The study II sample was further randomly split into two. Exploratory factor analysis on sample A identified four factors: generativity, interpersonal (including intergenerational) relations, physical functioning, and material life. Results of confirmatory factor analysis on sample B showed that the 4-factor QOL model provided a good fit to the data, and that the constructs measured were identical (invariant) between older men and women and between the young-old and the old-old. In study III, the findings were disseminated back to an independent sample of older persons meeting in focus groups, who provided verbal confirmations to the model. The findings shed light on possible community psychology interventions to promote wellness in the elderly.

Abstracts

Julie Becker, Andrea Crivelli Kovach, Dickie Lynn Gronseth (2004). Individual empowerment: How community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology* 32: 327-342.

The purposes of this study were to operationalize individual empowerment within the context of the MOMobile Program, to explore the relationships formed between MOMobile Advocates and their clients, and to develop an appropriate survey instrument for assessing the impact of a Community Health Worker (CHW) intervention in a community-based social service agency. Phase I of a multiphase study used focus group interviews with MOMobile Advocates to operationalize empowerment, define their professional roles, and explore the relationships formed with their clients. This article focuses specifically on operationalizing individual empowerment and describing the relationships formed between the Advocates and their clients. Three major themes emerged: (1) the importance of relationships established between Advocates and their clients, (2) the resources available to the clients, and (3) the ability of Advocates to become change agents for their clients. The Community Health Worker (CHW) model is effective for health promotion in disadvantaged communities. MOMobile Advocates improve quality of life by fostering better patient-provider communication, continuity of care, and help-seeking behavior and by expanding the women's social support systems. Research examining relationships between CHWs and the mothers they assist is needed to assess the full impact of this construct as a health status indicator.

Andrea Crivelli Kovach, Julie Becker, Heidi Worley (2004). The impact of community health workers on the self-determination, self-sufficiency, and decision-making ability of low-income women and mothers of young children. *Journal of Community Psychology* 32: 343-356.

Pregnant women at high risk for adverse health outcomes can benefit from the services of community health workers. Maternity Care Coalition identifies at risk women and provides links to health care and social services through the MOMobile Program. The purpose of this study was to explore (a) the relationship formed between community health workers and pregnant women, and (b) the change over time in a mother's perceived level of empowerment as measured by self-sufficiency, self-determination, and decision-making skills. A multiphase study was developed to collect data. Focus group interviews with community health workers explored their professional role, their relationship with mothers, and the meaning of decision-making, self-sufficiency, and self-determination as empowerment constructs. A questionnaire was developed

to measure each construct at two points in time. A pilot study with 80 women was conducted. Scores for each construct and overall empowerment were calculated and the pre- and post-scores compared to measure change over time. Results of paired t-tests showed significant differences between the postpartum mean score for decision-making ($P < .01$), self-sufficiency ($P < .01$), self-determination ($P < .001$), and overall empowerment ($P < .001$) and the mean scores on each construct at registration. Results suggest that empowerment can be operationalized in community settings and that increasing an at risk pregnant woman's sense of empowerment may positively impact the overall health of the mother and child. Further research is needed to assess the full impact of this variable as a health status indicator.

Katherine M. Boydell, Tiziana Volpe (2004). A qualitative examination of the implementation of a community-academic coalition. *Journal of Community Psychology* 32: 357-374.

Many recent grant initiatives have mandated coalition building as a key component of their health promotion efforts. Health service leaders are increasingly representing their organizations on coalitions and need to better understand the complexities involved in their creation and management. In this paper we focus on the implementation of a community-academic alliance using an ethnographic approach involving participant observation and in-depth interviews. Analysis of the data revealed five essential dimensions to be considered in the development of successful community-academic alliances: membership, structure, leadership, communication, and funding. Within each of these areas, facilitators and barriers to successful coalition building were identified. While these areas are not new, obtaining the perspective of coalition members directly adds to our understanding of the member experience in the process of implementing such initiatives. This example of a community-academic collaboration presents one model of how to minimize the distance between research and service and move toward a partnership between these two worlds.

Hazel M. Prelow, Sharon Danoff-Burg, Rebecca R. Swenson, Dana Pulgiano (2004). The impact of ecological risk and perceived discrimination on the psychological adjustment of African American and European American youth. *Journal of Community Psychology* 32: 375-389.

The purpose of the present study was to examine the role of cumulative ecological risk (i.e., neighborhood disadvantage and ecologically salient stressful events) and perceived discrimination on the psychological adjustment of urban African American and European American youth. Findings indicated that both cumulative ecological risk and

perceived discrimination were associated with poorer psychological adjustment for youth in this study. Hierarchical regression analyses revealed that cumulative ecological risk made a unique contribution to each of the outcome variables. Moreover, perceived discrimination amplified the effect of ecological risk when delinquency was the criterion for African American youth but not for their European American peers. However, contrary to our expectations, perceived discrimination did not moderate the effect of ecological risk when depressive symptomatology was the outcome variable.

Martha E. Wadsworth, Traci Rieckmann, Molly A. Benson, Bruce E. Compas 2004. Coping and responses to stress in Navajo adolescents: Psychometric properties of the Responses to Stress Questionnaire. *Journal of Community Psychology* 32: 391-411.

This study tested the factor structure of coping and stress responses in Navajo adolescents and examined the reliability and validity of the Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, & Saltzman, 2000) with this population. Confirmatory factor analyses revealed that a correlated five-factor model of stress responses using the five factors of the RSQ fit the data well for this group of adolescents. The factor structure of the RSQ did not differ by gender. Internal consistency of the RSQ scales and factors was acceptable, and convergent and discriminant validity were moderate to high. Primary and secondary control engagement coping responses were associated with fewer depressive symptoms in the sample, whereas disengagement coping and involuntary engagement responses were associated with more depressive symptoms. The promising implications for stress and coping research with American Indian adolescents are emphasized.

Keith Humphreys, Sue Macus, Eric Stewart, Elizabeth Oliva (2004). Expanding self-help group participation in culturally diverse urban areas: Media approaches to leveraging referent power. *Journal of Community Psychology* 32: 413-424.

Accumulating research attests to the benefits of self-help groups for people who have various chronic health problems. Expansion of self-help group participation may enable a broader portion of society to experience these health benefits. The Media and Education for Self-Help (MESH) Project was an effort to increase interest in health-related self-help groups among middle- and lower-income people in two California urban areas with minority-majority populations. A diverse coalition of self-help group leaders designed English- and Spanish-language radio public service announcements and posters that were disseminated in Oakland and Los Angeles. The outcome measures in each urban area

were self-help-group-related telephone inquiries to local information and referral agencies (English and Spanish language) and the number of individuals attending self-help groups at agencies hosting many groups. Telephone caller data were also gathered in a nonintervention control urban area (Sacramento). Los Angeles experienced an overall increase in telephone calls about self-help groups during the MESH intervention, whereas the control urban area had no change in the number of telephone calls over the same period. The initial sharp increase in self-help-group-related telephone calls was not sustained in Oakland, however. The number of Spanish-language calls about self-help groups increased 821% in Los Angeles and 149% in Oakland in the period from the 6 months that preceded the project through the first 6 months of the MESH Project. In the MESH Project urban areas, the number of visits to self-help groups was significantly higher in intervention months than in the same calendar months of the preceding year, particularly in Oakland, where the increase exceeded 300 visits to self-help groups per month. These intriguing findings are discussed in terms of their health policy and program evaluation implications.

Heather M. Franks, Terry A. Cronan, Karen Oliver (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *Journal of Community Psychology* 32: 425-438.

The present study is an examination of the effects of quality and quantity of social support on the psychological and physical well-being of women with fibromyalgia syndrome (FMS). Participants were 568 women who were members of a health maintenance organization (HMO) with a confirmed diagnosis of FMS. Participants were administered a battery of questionnaires assessing their psychological and physical well-being. Measures of depression, self-efficacy, helplessness, mood disturbance, health status, impact of FMS, and social support were included. Regression analyses indicated that larger social support networks were associated with greater levels of self-efficacy for pain and symptom management, while the perceived quality of social support was associated with lower levels of depression, helplessness, mood disturbance, impact of FMS, higher levels of self-efficacy for function and symptom management, as well as overall psychological well-being. These findings indicate that the quality of social support is more important than quantity in determining outcomes in women with FMS. Thus, the quality of social support has important financial and psychosocial implications for the individual and for the community as a whole. Future research should examine longitudinal changes in quality of social support and the corresponding changes in health status and psychological well-being, as well as the effects of integrat-

Abstracts

ing manipulations designed to affect the quality of social support into community interventions designed to enhance the well-being of women with FMS.

Shaul Kimhi, Michal Shamai (2004). Community resilience and the impact of stress: Adult response to Israel's withdrawal from Lebanon. *Journal of Community Psychology* 32: 439-451.

Against the background of the Israeli withdrawal from Lebanon, we investigated the relationship between perceived community resilience and the effect of stress and life satisfaction. The research sample included 741 adults, aged 18-85. The participants were divided into four groups, three of which live close to the Israel-Lebanon border and were directly exposed to the threat created by war and terror. The fourth group was considered as a control group and included subjects from the central region of Israel, who were not directly exposed to the war with Lebanon and to the possible outcomes of withdrawal. Questionnaires were distributed to the participants immediately after the withdrawal from Lebanon and were completed by them between 1 and 3 weeks after the withdrawal. The items were designed to measure perceived community resilience, the effects of stress, and life satisfaction, and demographic background. The results show that the level of threat has a significant impact on community resilience, namely, that living in situations with a high level of threat over a long period of time results in a lower level of community resilience. In addition, community resilience serves as a partial mediator between the level of threat and the effect of stress and life satisfaction. The results highlight the importance of perceived community resilience as an individual resource for coping with the threat created by war and terror, thereby connecting between micro- and macro-levels in events related to political violence.

Larry Davidson, Golan Shahar, David A. Stauner, Matthew J. Chinman, Jaak Rakfeldt, Jacob Kraemer Tebes 2004. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology* 32: 453-477.

Two hundred and sixty people with psychiatric disabilities who were socially isolated and withdrawn were randomly assigned to one of three con-

ditions to facilitate their engagement in social and recreational activities: They were (a) not matched with a volunteer partner ($N = 70$), (b) matched with a volunteer partner who had a personal history of psychiatric disability ($N = 95$), or (c) matched with a volunteer partner with no history of psychiatric disability ($N = 95$). Participants and volunteers received a \$28 stipend each month to cover the expenses of their activities. Comprehensive assessments of symptoms, functional impairment, self-esteem, and satisfaction were made at baseline, after 4 months, and after 9 months. While all participants appeared to improve in terms of symptom reduction and increases in functioning and self-esteem, differences between conditions were found only when participants' degree of contact with their partner was considered. While participants assigned to the nonconsumer volunteer partner condition improved in terms of their social functioning and self-esteem when meeting with their partners, those who were assigned to consumer partners only improved when they did not. Findings highlight the important role of participants' expectations and perceptions in designing and evaluating psychosocial interventions for people with psychiatric disabilities.

Rob Thomson, John Langley (2004). Who do young adult victims of physical assault talk to about their experiences? *Journal of Community Psychology* 32: 479-488.

Many victims of physical assaults do not report the assault to the police. In this study we examine whom these victims talked to and how satisfied they were with the help they received. A sample of 374 participants of the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (DMHDS) who had been assaulted in the preceding 12 months, were asked questions about an assault that had the greatest impact on their life and who they had talked to about it. It was found that not only did very few participants report the assault to the police; most victims talked to no one. If they did talk to someone, they were more likely to talk to friends and family and find them more helpful than the police and other services. Talking to others appears to be influenced by the nature of the assault, as participants were most likely to report serious assaults resulting in injuries requiring medical attention.

Prevention Science

Botvin, Gilbert J. (2004). Advancing Prevention Science and Practice: Challenges, Critical Issues, and Future Directions. *Prevention Science*. 2004 Mar; Vol 5 (1): 69-72.

Progress in identifying effective programs and policies for preventing tobacco, alcohol, and illicit drug use has stimulated a growing sense of optimism about the potential of prevention science and practice. This paper summarizes some of the key

challenges and critical issues that still need to be addressed for the advances of the past two decades of prevention research to have an impact on the nature of prevention practice and eventually translate into reductions in mortality and morbidity. In addition to identifying effective strategies for disseminating the use of evidence-based prevention programs and policies, issues related to implementation fidelity and adaptation need to be better understood as well as factors associated with institutionalization of effective prevention programs. Further advances in Prevention science and practice will require a new emphasis on blended research models that involve conducting prevention research in practice settings with the active collaboration of researchers and practitioners.

Ringwalt, Christopher L.; Vincus, Amy; Ennett, Susan; Johnson, Ruby; Rohrbach, Louise-Ann (2004). Reasons for Teachers' Adaptation of Substance Use Prevention Curricula in Schools With Non-White Student Populations. *Prevention Science. 2004 Mar; Vol 5 (1): 61-67.*

In this study we investigate reasons why teachers adapt substance use prevention curricula in the nation's middle schools. We hypothesize that these reasons will be most salient in schools with racially and ethnically diverse student populations, for whom teachers may believe it appropriate to tailor their curricula. The study sample comprised a nationally representative sample of lead substance use prevention teachers in the nation's middle schools. Respondents answered questions concerning eight student problems or needs that constituted reasons why they might adapt their prevention lessons. Controlling for a variety of school and teacher characteristics, we found that teachers in high minority schools were more likely to adapt curricula in response to three of the eight characteristics presented: youth violence, limited English proficiency, and various racial/ethnic or cultural groups. We suggest that curriculum developers make a systematic effort to understand how teachers are adapting their curricula in high minority schools and incorporate these modifications, if found effective, into their curricula.

Dusenbury, Linda; Hansen, William B. (2004). Pursuing the Course From Research to Practice. *Prevention Science. 2004 Mar; Vol 5 (1): 55-59.*

Diffusion of Innovation Theory describes the typical course by which innovations become standard practice. Research-based prevention programs are one such innovation. These programs have passed through the early phases of diffusion--innovation development and adoption by progressive schools that seek out innovations. With one quarter of the nation's schools having adopted a research-based program, the field is currently in the early majority phase of diffusion. If the patterns of normal diffu-

sion hold true, this phase is likely to be characterized by emerging tensions between program developers and adopting schools. There are several concerns that require attention from researchers and practitioners. Practitioners need to develop their capacity to implement programs with fidelity and to adapt programs appropriately to meet their circumstance. Program developers need to simplify and redesign programs to make them appealing and useful to teachers. Operational capacity to fulfil orders and provide training needs to be developed.

Elliott, Delbert S.; Mihalic, Sharon (2004). Issues in Disseminating and Replicating Effective Prevention Programs. *Prevention Science. 2004 Mar; Vol 5 (1): 47-52.*

The new frontier for prevention research involves building a scientific knowledge base on how to disseminate and implement effective prevention programs with fidelity. Toward this end, a brief overview of findings from the Blueprints for Violence Prevention-Replication Initiative is presented, identifying factors that enhance or impede a successful implementation of these programs. Findings are organized around five implementation tasks: site selection, training, technical assistance, fidelity, and sustainability. Overall, careful attention to each of these tasks, together with an independent monitoring of fidelity, produced a successful implementation with high fidelity and sustainability. A discussion of how these findings inform the present local adaptation-fidelity debate follows.

Castro, Felipe-Gonzalez; Barrera, Manuel Jr.; Martinez, Charles R. Jr. (2004). The Cultural Adaptation of Prevention Interventions: Resolving Tensions Between Fidelity and Fit. *Prevention Science. 2004 Mar; Vol 5 (1): 41-45.*

A dynamic tension has developed in prevention science regarding two imperatives: (a) fidelity of implementation--the delivery of a manualized prevention intervention program as prescribed by the program developer, and (b) program adaptation--the modification of program content to accommodate the needs of a specific consumer group. This paper examines this complex programmatic issue from a community-based participatory research approach for program adaptation that emphasizes motivating community participation to enhance program outcomes. Several issues, key concepts, and implementation strategies are presented under a strategic approach to address issues of fidelity and adaptation. Despite the noted tension between fidelity and adaptation, both are essential elements of prevention intervention program design and they are best addressed by a planned, organized, and systematic approach. Towards this aim, an innovative program design strategy is to develop hybrid prevention programs that "build in" adaptation to enhance

Abstracts

program fit while also maximizing fidelity of implementation and program effectiveness.

Spoth, Richard; Greenberg, Mark; Bierman, Karen; Redmond, Cleve (2004). PROSPER Community-University Partnership Model for Public Education Systems: Capacity-Building for Evidence-Based, Competence-Building Prevention. *Prevention Science*. 2004 Mar; Vol 5 (1): 31-39.

This paper presents a model to guide capacity-building in state public education systems for delivery of evidence-based family and youth interventions -- interventions that are designed to bolster youth competencies, learning, and positive development overall. Central to this effort is a linking capacity agents framework that builds upon long-standing state public education infrastructures, and a partnership model called PROSPER or PROMoting school-community-university Partnerships to Enhance Resilience. The paper presents an overview of the evolving partnership model and summarizes positive results of its implementation over a 12-year period in an ongoing project.

Pentz, Mary-Ann (2004). Form Follows Function: Designs for Prevention Effectiveness and Diffusion Research. *Prevention Science*. 2004 Mar; Vol 5 (1): 23-29.

Prevention research is at a stage where evidence-based programs and strategies have been identified, and the next question is how to diffuse them. However, the context in which evidence-based programs were first tested and found to be effective may have changed, raising the question of whether the current burden of proof of effectiveness of these programs should be examined before, or at least in conjunction with, diffusion research. This paper discusses, first, contextual changes in testing the effectiveness of prevention programs that have been hitherto identified as evidence-based, and then suggests designs for the next generation of effectiveness trials. Following this, gaps in current diffusion research are discussed according to the four stages of diffusion: adoption, implementation, dissemination, and sustainability, with the major focus on implementation. Designs that may address these gaps in future research are considered, with particular application to prevention research in schools.

Biglan, Anthony (2004). Contextualism and the Development of Effective Prevention Practices. *Prevention Science*. 2004 Mar; Vol 5 (1): 15-21.

Widespread and effective implementation of research-based prevention practices will be facilitated by the explicit adoption of a functional contextualist framework for prevention research. Such a framework has as its central goal predicting and influencing behavior and cultural practices. Research within this framework is evaluated in terms

of its ability to contribute to that goal. As a result, it contributes directly to the ultimate goals of prevention science--affecting the incidence and prevalence of problems in populations. The approach contrasts with the mechanist framework, which is implicit in much behavioral science research. The mechanist framework has as its truth criterion the predictive verification of models of the interrelationships among variables. Such models can--but need not--identify manipulable variables that can be exploited to affect problems of interest. Such models require the inclusion of multiple cases for testing and this requirement may impede the tendency of scientists to work with a single school or community. It provides a framework within which researchers can more readily collaborate with practitioners in the development and further evaluation of practices within the settings where practitioners will ultimately use those practices.

Greenberg, Mark T. (2004). Current and Future Challenges in School-Based Prevention: The Researcher Perspective. *Prevention Science*. 2004 Mar; Vol 5 (1): 5-13.

During the next decade we will see broad dissemination of a growing number of empirically validated school-based prevention programs. The processes of effectiveness research, broad program diffusion, and program integration at the school and community level will become a central focus of research activity. The paper presents six future directions for research in the field of school-based prevention and health promotion. The directions include developing new programs and models, developing standards and accountability systems related to school success, moving from efficacy to effectiveness research, understanding factors influencing program integration, broad dissemination of programs and policies, and the sustainability of programs, policies, and community partnerships. These future directions are driven by three significant research-to-service challenges faced both by practitioners and researchers that involve systems integration across developmental stages, levels of care, and institutional structures.

Kaftarian, Shakeh; Robinson, Elizabeth; Compton, Wilson; Davis, Beverly-Watts; Volkow, Nora (2004). Blending Prevention Research and Practice in Schools: Critical Issues and Suggestions. *Prevention Science*. 2004 Mar; Vol 5 (1): 1-3.

Drug abuse often starts during childhood and adolescence; therefore, prevention strategies need to target these early stages of development. Increasing demands on schools to focus their efforts on the "basics" has led to what is perceived to be decreased access to schools for prevention research and to diminished interest by schools in investing time and money in science-based prevention inter-

ventions. This special issue includes a total of eight articles, six of which grew out of presentations from the meeting. The remaining two were included here because of their direct relevance to the theme of the conference. This introduction provides an overview of all eight articles as well as the suggestions developed in the interactive discussion sessions. In general the articles explore three main themes: (1) the necessity for innovative research

designs and methodologies which could have direct bearing on the value and applicability of research-based programs in practice; (2) the importance of building the capacity of practitioners for a successful implementation of research-based programs in real-life settings; and (3) the dynamic tension between fidelity of implementation and program adaptation.

Journal of Community and Applied Social Psychology

Wilson, Mark (2004). Learning together: Children and adults in a school community. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 133-135.

This book articulates the work of the Thoreau School established by parents as a private school in 1971, in Salt Lake City, USA, and its development into the 'Open Classroom' ('OC') within the public school system from 1977 onwards. The 'OC' offers parents an alternative to their neighbourhood elementary school, if they are willing to commit themselves to a weekly three-hour commitment to working as a 'co-oper' with the children. Although parents work alongside qualified teachers, the emphasis is that 'we are all learners in this program'. Whilst the curriculum is a co-operative enterprise, the State curriculum provides a general guide. The book is a good representation of one of the faces of community psychology. This small scale, and deeply personal, study contrasts with the efforts to produce grand theory and social change. Its focus is on the psychological processes within an educational community. It affirms that outcomes do compare well to those achieved within the neighbourhood school systems and leaves the reader with insights into how children and their families can be empowered by taking responsibility for their learning.

Zavos, Alexandra (2004). Discourse as data: A guide for analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 131-133.

Discourse as Data: A Guide for Analysis is meant to be a textbook, 'a practical guide to conducting discourse analysis' for students in the social sciences. It comprises a short introduction that overviews the history of the development of discourse analytic research, within the changing context towards a more qualitative and reflexive social science. The introduction also outlines some, allegedly, common epistemological and methodological premises underlying discourse analysis. The introduction is followed by the presentation of six different analytic approaches by different researchers. The book ends with a discussion of evaluation criteria and applicability potential. The reviewer opines

that the book represents an emaciated social research, clinically produced, sanitized and disempowered, meant to justify our professional positions instead of inspiring us to use and account for them as discursive and material practices of power.

Burton, Mark (2004). Praxis: Radical psychology networks: A review and guide. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 119-130.

Movements of psychologists with a liberatory agenda have emerged in a number of countries. A guide and overview is offered here. These networks have not yet developed into a particularly strong movement. Some of the reasons for this will be discussed in relation to the contradictory role of mainstream psychology as both loyal critic and as resource for the ruling order.

Scheffer, Jan (2004). Reply to a commentary. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 115-118. Comments on D. Morgan's article (see record 2004-12793-005) which critiques proposals for managing dangerously disordered people. Morgan formulates essential dilemmas in the English and Welsh legal and health system where it addresses the aspect of dangerousness--'managing dangerously disordered people'. The current author questions the thesis that the concept of treatability has always posed difficulties for psychiatrists and opines that, to the extent that psychiatrists are usually better able to tolerate feelings of powerlessness than the average person, s/he is also better able than the average person to judge the balance between a patient's possibilities and his or her limitations and thus, if necessary have some idea as to what extent someone may be 'treatable'. This may also concern the offender patient.

Morgan, David (2004). Mad or bad? A critique of proposals for managing dangerously disordered people. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 104-114.

Questions of treatability have recently become a matter of public as well as clinical concern follow-

ing the government's proposed reform of the Mental Health Act in England and Wales. This article discusses essential dilemmas in the English and Welsh legal and health system where it addresses the aspect of dangerousness--'managing dangerously disordered people'. The author suggests that the government's proposals appear to blur the distinction between actions society deems 'bad>--and subject to punitive sanctions--and behavior which is seen as pathological or 'mad>--and in need of treatment--in ways that leave the relationship between psychiatry and the criminal justice system less than transparent.

Doherty, Kathy; Anderson, Irina (2004). Making sense of male rape: Constructions of gender, sexuality and experience of rape victims. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 85-103.

This study reports a preliminary investigation into accounting practices for male rape in conversation. Thirty men and women, in dyads, were asked to discuss an incident of male rape presented to them in a vignette. The findings showed that two main issues were discussed: the experience of the rape act and societal responses to male victims. In addition, participants established a 'hierarchy of suffering', where rape was judged to be worse for 'heterosexual' men than it is for 'women' or 'gay' men. Hegemonic, phallocentric representations of heterosexuality were mobilized to argue that acts of rape and consensual intercourse are the same for 'gay' men and 'women' and therefore less traumatic than for 'heterosexual' men. This obscures the violence of rape for gay men and women and exonerates perpetrators by minimizing injury sustained. Participants also argued that heterosexual victims are likely to experience ridicule for having departed from hegemonic masculinity. Arguments were constructed to avoid charges of being dismissive towards women and gay men and of victim blaming in relation to heterosexual men.

Alexander, Natasha; Clare, Linda (2004). You still feel different: The experience and meaning of women's self-injury in the context of a lesbian or bisexual identity. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 70-84.

This article reports an intensive qualitative study of the subjective experience and meaning of self-injury for 16 women who identified as lesbian or bisexual and who had deliberately self-injured on repeated occasions. In individual interviews, the women talked about their experiences of self-injury and the role it played in their lives as lesbian or bisexual women. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was used to elicit themes arising within their accounts. These highlighted a number of ways in which social and contextual factors con-

tributed to the development of self-injury. Although many of these factors seemed applicable to any woman who self-injures, there were some aspects that were specific to the experience of lesbian and bisexual women. In addition, the women's accounts raised a number of important issues about the way in which mental health services respond to lesbian and bisexual women who self-injure. It is argued that self-injury can be understood as a coping response that arises within a social context characterized by abuse, invalidation, and the experience of being regarded as different or in some way unacceptable. These factors emerge particularly strongly as part of the experience of women who are developing a lesbian or bisexual identity.

Willott, Sara; Griffin, Christine (2004). Redundant men: Constraints on identity change. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Mar-Apr; Vol 14 (2): 53-69.

In this article the constraints on identity change for a group of working class men experiencing long-term unemployment in the UK is examined. Despite their lack of access to paid employment, these men continued to construct their gender identity around the breadwinner persona. The theoretical framework employed concepts from both Connell and Bourdieu. Based on discourse analysed data collected from a series of four loosely structured group discussions, it is argued here that these men had (i) less access to capital generally and (ii) reduced access to 'useful' types of capital resources. In other words, these groups of men have fewer resources to hand in constructing masculine identities that reflect the changing structural and ideological demands of the current social-historical period.

Prilleltensky, Isaac (2004). An Introduction to Critical Social Psychology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 49-51.

The review states that the author knows her field very well, and he also believes that she shows herself as being more than capable of integrating diverse perspectives. An instance where the author synthesized conflicting opinions lucidly and conclusively is in the discussion of relativism and feminism. Further, the reviewer asserts that while the book does not go far enough in articulating options for social and political action, or extracting from the field exemplary actions, the book is not devoid of seeds for action. The review maintains that when the author addresses the contributions of discourse theorists who deconstruct racist or conservative ideology, she opens the door for teachers, psychologists and citizens to reveal how hegemony works. This is no small accomplishment of discourse theorists. According to the reviewer, reading this book reminds one of how many brilliant theories there are out there for interpreting subjectivity,

selfhood, ideology, oppression, discrimination, and diversity. But witnessing the wealth of theorizing the reviewer could not help himself but to ask a naive and perhaps simple-minded question: Is the world a more just and better place because of all this theorizing?

McKinley, Jean; Fryer, David (2004). Higher Psychology: Approaches and Method. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 48-49.

Describes the work as the first pre-university psychology book of its kind for the Scottish market. The 'Higher Psychology' in the title, in the Scottish context, refers to the syllabus of the Scottish school-leaving examination in psychology. In the Scottish education secondary school system, 'Highers' is the name given to the examinations which students take just before leaving school and which are the main assessment relevant to admission to higher education. From a pupil's perspective the book is a success. Former Higher Psychology students commented that the book was clearly laid out. From a teacher's perspective, the book is extremely welcome as it fits the Higher syllabus like a glove. However, from the perspective of a preparation for the wider or further study of psychology, the book has demerits. Little attention is paid to ethical issues and the discussion of ethical issues is almost completely confined to research. More problematically, the reviewer believes, the book presents a very narrow perspective on the discipline, with little or no mention of social psychology, community, critical, discursive or feminist psychology perspectives, and virtually no mention of qualitative methods or attempts to promote critical thinking in relation to psychology.

Tazoglou, Evangelia (2004). The Three Identities of the Greek Family. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 45-48.

The family is (stereo)typically regarded as playing a central role in the nature and dynamics of southern European societies, including, of course, Greek society. As I have discovered during both my short research career and my personal experience as a Greek woman, it does indeed play such a role. However, little is written about this topic, so I was very enthusiastic when I came across this work. I remained enthusiastic until the last page of the book but it is easier to be enthusiastic than to convey that enthusiasm to potential readers of a book. It describes and analyses the structure, re-structuring and evolution of family relations in Greece over the last 30 years. The theoretical and methodological approach of the book is underpinned by General Systems Theory but is also based on empirical evidence conducted in different regions and time periods in Greece and also by the author's clinical

experience as a family therapist. The dynamics of the Greek family is discussed using three eco-theories: inconsistent, self-referential, and conceptual systems which co-exist and intermingle, creating difficulties in the interactions of family members both as individuals and a group. The reviewer found the book to be a valuable reference book for those interested in family issues.

Conway, Patricia (2004). World Report on Violence and Health. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 44-45.

Reviews the World Report on Violence and Health by the World Health Organization, and observes that given that we know that violence is a problem, a report to raise awareness of the problem of violence could, therefore, seem futile. The merit of this report is in its reframing of violence from a criminal justice/human rights issue to that of a public health issue. By reframing violence as a public health issue the report forces us to broaden our thinking. A model for understanding violence is presented which considers cause, effect and risk factors at the individual, relational, community and societal levels. By placing violence in this wider context the model challenges the dominant individualistic views of violence as solely acts of perpetrator on victim. Factors such as environment, poverty, gender, policies, commerce and politics are considered. The report explores these issues at length, using clear and compellingly frank writing, a sensible structure and information and is easy to digest with a complete absence of any feeling of wading through statistics. The report is broken down into nine chapters.

Pratt, Rebekah; Burman, Erica; Chantler, Khatidja (2004). Towards Understanding Domestic Violence: Reflections on Research and the 'Domestic Violence and Minoritization' Project. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 33-43.

The Domestic Violence and Minoritization: Supporting Women To Independence study was carried out from September 2001 to July 2002 in Manchester, England and considered the issues of minoritization and domestic violence. The views of service providers and survivors of abuse were explored and the project intervention phase offered group work to women who had left a violent relationship. The article presents some findings from the project along with exchanges between the authors. Discussion is organized around key findings highlighted in the report: the context for the study; conceptualizing domestic violence; structural barriers to services or independence; cultural issues as barriers to services; motherhood; and moving to independence and group work with women. The article asserts that one challenge still to be confronted is how to

locate individual or group work in a context of not putting onus, blame or responsibility on women individually. The authors also contend that the report missed an opportunity to better explain the process of institutional intervention that was implemented with women's group work. The authors' hope had been for a contextualized, process-sensitive analysis of minoritization, exploring intervention on an institutional level through action research.

Townsend, Glenn (2004). Review of 'A safe place? Service users' experiences of an acute mental health ward', by Daniel Wood and Nancy Pistrang. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 31-32.

The current author believes that there is nothing surprising to him or others with experience in the evidence found in the well thought-out and detailed piece of research by D. Wood and N. Pistrang. According to the author, issues of safety and dignity are very commonly mentioned in mental health User groups. For example, in Bristol, recently, research was completed where 80 inpatients said they did not feel safe in psychiatric wards. It is also noted that research on patient experiences of violence and safety is important, especially since mental health violence studies tend frequently to focus on assaults against staff. Additionally, it is mentioned that issues such as physical environment and single bedrooms are important in making people feel safe. The author believes that this work gives thoughtful consideration to the complex dynamics of safety, and that it elicits from patients what they mean by feeling unsafe. Patient accounts are characterized by an overwhelming sense of vulnerability and helplessness. How to change this is the difficult question. Wood and Pistrang recommend reflective practice, training, and ensuring that user views are heard at proper decision making levels.

Stevens, Scott (2004). Review of 'A safe place? Service users' experiences of an acute mental health ward', by Daniel Wood and Nancy Pistrang. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 29-30.

Comments on the article "A Safe Place? Service Users' Experiences of an Acute Mental Health Ward," by D. Wood and N. Pistrang. Mental health inpatient wards are often the places where people with a first experience of psychosis finds themselves, alone and scared. In at least one inner-London mental health facility, neither the staff nor patients enjoy feelings of safety. The article's findings cause us to wonder how people ever get well when they are treated in an atmosphere where their physical and emotional welfare may be subjected to worse constraints than those from which they have come away. It is particularly disturbing that the staff seem to share the view about the threats of the

ward environment whilst doing nothing to change them because they feel powerless too. Women are often subjected to experiences which would certainly come into the realms of the criminal law outside hospital. The article is an important narrative about the experiences of staff and patients and leads to the conclusion that inpatient facilities do not provide the basic requirements of safety and support which we should be affording to patients who have to be there.)

Wood, Daniel; Pistrang, Nancy (2004). A safe place? Service users' experiences of an acute mental health ward. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 16-28.

Studies of safety in psychiatric settings have tended to focus on the experience of staff, with little consideration of the experience of service users. This qualitative study aimed to provide a detailed description of the experience of being an inpatient on a mental health ward, specifically with regard to feelings of safety and threat. Semi-structured interviews were conducted with nine patients and seven nursing staff on an acute inpatient psychiatric unit. Thematic analysis yielded 10 themes, grouped into three clusters--patient interactions, staff behaviour and attitudes, and non-consensual treatment--that described factors impacting on feelings of safety. Patients' accounts were characterized by an overwhelming sense of vulnerability and helplessness. Staff accounts were largely consistent with patients' accounts.

Gracia, Enrique; Herrero, Juan(2004). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal and situational variables. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2004 Jan-Feb; Vol 14 (1): 1-15.

This article aims to explore the effects of personal, interpersonal, and situational variables on social integration in the community. Structural equation analyses from two-wave panel data (N=536) of adult participants living in an urban area showed that personal determinants (perceived stress and depressive mood), and situational determinants (undesirable life events) were statistically related to a decrease in social integration in the community. Interpersonal determinants (emotional, guidance, and instrumental support) were positively associated with an increase in social integration in the community. Implications of these and other findings are discussed.

De Zeeuw, Gerard (2003). Helping Others: Project or Research? *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2003 Nov-Dec; Vol 13 (6): 496-503.

Helping shows itself as most difficult--as in the exemplary query whether to help by providing the fish or the fishing-rod. Action research and similar approaches were developed to answer the question what helps the helper. Each provides structure--project-like, partly starting from science, partly from emancipatory ideology-structure to stimulate personal resources, structure to test, structure to give voice to helpees. This article identifies ways to improve on this structure by the construction of collectives that help increase competences (enable), at the same time providing a method to test whether this succeeds. Such self-correcting collectives constitute knowledge systems for users to participate in. Emancipation appears directly linked to the number of such systems ('knowledges') in which people are able to participate simultaneously, each helping to maintain a stable view point.

Roberts, Gerry; Dick, Bob (2003). Emancipatory Design Choices for Action Research Practitioners. *Journal of Community and Applied Social Psychology. 2003 Nov-Dec; Vol 13 (6): 486-495.* The process choices made in action research can determine how emancipatory an experience it is for participants. Some choices promote an experience of emancipation. Other choices can reduce it. There can be tensions between choices that encourage emancipation and those that pursue other advantages at the expense of emancipation. Here we consider six such tensions. For each choice we suggest how to frame the tension to deliver an experience of emancipation. The suggestions involve practitioners and participants choosing the driving force for the work, acquiring and applying skills for empowerment, mixing action and research to suit the context, choosing an appropriate simplicity of methodology, planning participation, and engaging with the different beliefs of practitioners and participants. We use practitioner and researcher interchangeably.

Roose, Rudi; De Bie, Maria (2003). From Participative Research to Participative Practice: A Study in Youth Care. *Journal of Community and Applied Social Psychology. 2003 Nov-Dec; Vol 13 (6): 475-485.*

In this contribution the development in action research of a participative care practice in youth care is discussed. The study was prompted by the intention of the Flemish government to reform youth care. The initial research-question was how youth care can be organized in such a way that it (also) represents an added value for the client(s). The aim was to find out to what extent the reorganization of youth care could contribute to a social service that enhances a dignified existence for their clients and contributes to a participative care. Hence, the aim of the research was not just to reorganize youth care, but also to develop a participative care prac-

tice. The research findings highlight the tension between a reorganization that takes as its starting point an expert way of thinking, and the realization of participative care in which the clients' perspective is taken as central point of departure. Against the background of this tension, the question to what extent care workers actually have room to realize a participative care practice turned out to be one of the most important issues within the research.

Bostock, Jan; Freeman, Jane (2003). 'No Limits': Doing Participatory Action Research with Young People in Northumberland. *Journal of Community and Applied Social Psychology. 2003 Nov-Dec; Vol 13 (6): 464-474.*

People's health needs tend to be responded to by professionally led, individualistic and reactive services, rather than preventive interventions, or by drawing on lay expertise. In this project, we used a participatory approach to involve young people in researching their needs and views of how sources of support can be improved and developed. We present the background to the work undertaken; the participatory methods used; results and recommendations. The young people emphasized their preferences for informal support rather than counselling services; and changes in the attitudes of professionals towards young people, rather than major new service developments. We discuss the implications of a participatory approach to the research and to the individuals involved.

Valkenburg, Ben (2003). The Development of an Individual, Demand Driven Approach in a Long-lasting Exemplarian Action Research. *Journal of Community and Applied Social Psychology. 2003 Nov-Dec; Vol 13 (6): 451-463.*

In this contribution, the author aims to elucidate the core aspects of the individual, demand driven approach and the way this approach has been developed in action research projects spanning more than 15 years. First the authors describe the developments towards more client centred approaches of labour-market policies and care, which formed the background against which the individual, demand driven approach took shape. Then the authors sketch the main characteristics of the action research programme they have been involved in. As an example one of the projects of this programme will be elaborated further. In the fourth section of this contribution the authors give an overview of the four most distinctive aspects of the individual, demand driven approach. They then close with a few evaluative remarks.

Coenen, Harry; Khonraad, Sjaak (2003). Inspirations and Aspirations of Exemplarian Action Research. *Journal of Community and Applied Social Psychology. 2003 Nov-Dec; Vol 13(6): 439-450.*

As a methodology aimed to focus social scientific theorizing on actual social problems and examine new directions and guidelines for emancipation and empowerment, action research is based on a joint learning process of researchers and researched. The model of exemplarian action research tries to capture how this learning process can develop in practice. Before describing this model and its emancipatory aspirations, the authors sketch the theoretical inspirations of the model of exemplarian action research. They then go on to focus on the relationship between researcher and the researched party, particularly on the principles of reciprocal adequacy and explicitness which are necessary both from an epistemologically and critical point of view. The article concludes by outlining some aspects in which exemplarian action research can be distinguished from pragmatic action research and by emphasizing that it does not stand for a post-modern position, but for a reflexive attitude that hopes to contribute to bringing us beyond a half-modern society.

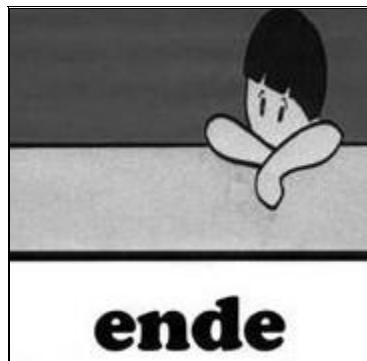
Boog, Ben W.M. (2003). The Emancipatory Character of Action Research, its History and the Present State of the Art. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2003 Nov-Dec; Vol 13 (6): 426-438.

Right from the start, action research was intended to be emancipatory research, and it still is. This article will underpin this by outlining its history and the present state of the art. Though a variety of action research approaches have developed along divergent theoretical pathways, it will be stressed that these approaches share the most important characteristics of action research and are basically different applications of different action theories. They are all supported by a participatory worldview

and are meant to be a double-sided process of research, self research and education directed at individual empowerment and collective empowerment and/or emancipation. Since the relationship between the researcher and the subjects being researched is crucial for the success of action research as an emancipatory or empowering activity, this article will maintain that the most important task of action researchers is to develop refined heuristics concerning this communication. The article will end by making some recommendations for the improvement of action research as an emancipatory practice.

Boog, Ben W.M.; Keune, Lou; Tromp, Coyan (2003). Editorial: Action Research and Emancipation. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2003 Nov-Dec; Vol 13 (6): 419-425.

Introduces this special issue of the *Journal of Community & Applied Social Psychology*, in which the authors reflect on the characteristics of action research and stimulate the discussion on the relevancy, adequacy and consequences of this kind of social scientific research, that differs in important ways from the traditional forms of research. A core definition most action researchers probably could agree on is to describe it as scientific social research which is participatory and practice-oriented, which aims to find solutions to social problems and to emancipate individuals and groups confronted with such problems. Even with regard to this basic definition, there is theoretical debate about the specific implications of the constituting elements, though. The articles in this issue focus on theoretical and conceptual developments, concrete cases of action research, process choices and systems analysis.



Aktuelle Hinweise für AutorInnen

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr. Der Redaktionsschluss für Originalarbeiten wird jeweils angegeben (für Heft 2 in 2004: 15. November, für Heft 1 in 2005: 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. Albert Lenz
Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen
Leostraße 19, D-33098 PADERBORN
Tel. 05251-122556
E-Mail: a.lenz@kfhnw.de

Prof. Dr. Bernd Röhrle
Fachbereich Psychologie Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstr. 18, D- 35032 MARBURG
Tel. 06421-2823620; Fax 06421-2828929
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 Schlüsselworten.